



EHESP

**Master 2 Santé publique :
Promotion de la santé et prévention**

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **Juillet 2023**

**Pair aideance en addictologie :
focus sur deux figures principales
en région Pays de la Loire**

Ewen COUTEAU

Remerciements

À ma famille, tout particulièrement mes parents et ma conjointe (Elsa), pour leur soutien durant mes études.

Aux professionnels de la SRAE Addictologie des Pays de la Loire (Solen PELE, Dr Pascale CHAUVIN-GRELIER, Emmanuelle LE BORGNE, Fabienne YOU, Virginie ZAULO), pour leur accueil et leur compagnonnage de qualité.

Aux personnels de l'ARS des Pays de la Loire (Mme Evelyne RIVET, Dr Farah BOUKRAA, Mme Roseline BONTEMPS), pour avoir permis la réalisation de mon stage.

Au groupe de travail « pair aideance », pour la bienveillance des interactions et la richesse des réflexions.

À toutes les personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête réalisée, pour le partage de leurs riches expériences.

À la promotion PSP 2022-2023, pour la dynamique positive durant cette année.

À Marie-Renée GUEVEL ainsi qu'à toute l'équipe pédagogique du Master PSP, pour leur disponibilité et la qualité de la formation.

À Delphine MOREAU, pour son accompagnement dans ce travail.

À l'EHESP, pour permettre aux étudiants d'accéder à des bases de données hébergeant des ressources précieuses.

À vous, lecteur, pour votre intérêt sur ce sujet passionnant.

Sommaire

Introduction	1
Terrain de stage	5
Méthodologie.....	6
Présentation générale.....	6
Groupe de travail.....	6
Enquête par méthode mixte	7
Public cible.....	8
Questionnaire.....	8
Entretiens semi-directifs	10
Limites	11
1 Pair aideance en addictologie : aperçu général	13
1.1 Pair aideance : quelle nouveauté ?	13
1.2 Panorama des modalités de pair aideance en structure d'addictologie.....	15
1.2.1 Démarche communautaire et actions de RdR	15
1.2.2 Intervention d'associations d'usagers.....	16
1.2.3 Autres modalités courantes de soins et d'accompagnement.....	17
1.2.4 Intervention de pairs aidants	18
1.3 Manifestations de l'intérêt pour une des modalités de pair aideance	20
1.3.1 Une nouvelle offre.....	21
1.3.2 Une demande actuelle	21
1.3.3 Offre et demande entremêlées : une rencontre de laquelle nait un projet	23
1.4 Synthèse partie 1.....	27
2 Analyse de deux figures principales de pair aideance	29
2.1 Associations d'usagers	29
2.1.1 Caractéristiques principales : des associations anciennes couvrant le territoire	29
2.1.2 Évolutions des pratiques de pair aideance en lien avec les évolutions sociales.....	30
2.1.3 Collaborations : un rôle varié d'une structure d'addictologie à l'autre	37
2.2 Pairs aidants	40
2.2.1 Au sein des équipes d'addictologie : une place qui varie.....	41
2.2.2 En tant qu'individu : entre approche singulière et posture professionnelle	42
2.2.3 En tant que collectif : structuration d'un groupe professionnel et de réseaux	50
2.3 Synthèse partie 2.....	52

3	Enjeux et perspectives.....	53
3.1	Enjeux spécifiques aux associations d’usagers	53
3.1.1	Les personnes souffrant d’addictions se tournent moins vers les associations	53
3.1.2	Un désengagement des bénévoles	56
3.1.3	Un cercle vicieux : vieillissement du milieu associatif et moindre identification	58
3.2	Enjeux spécifiques aux pairs aidants.....	59
3.2.1	Réticences des professionnels d’addictologie	59
3.2.2	Vers une acculturation des professionnels ?	62
3.2.3	Un problème de statut lié à l’absence de cadre réglementaire.....	64
3.3	Enjeux communs	66
3.3.1	Reconnaissance des savoirs expérientiels.....	66
3.3.2	Des projets et des collaborations qui ne tiennent qu’à quelques personnes.....	69
3.3.3	La pair aideance en structure d’addictologie au temps de la démocratie en santé : « effet de mode » pouvant générer de la concurrence ?	72
3.4	Synthèse partie 3.....	77
	Conclusion.....	79
	Bibliographie	83
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé.

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues. Il s'agit d'une structure médico-sociale.

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Il s'agit d'une structure médico-sociale.

CTR : Centre Thérapeutique Résidentiel (ou Communauté Thérapeutique). Il s'agit d'une structure médico-sociale.

ELSA : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie. Il s'agit d'une structure sanitaire.

RdR : Réduction des Risques (aujourd'hui RdRD).

RdRD : Réduction des Risques et des Dommages (anciennement RdR).

SMR : service/établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation (anciennement SSR). Il s'agit d'une structure sanitaire.

SSR : service/établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (aujourd'hui SMR). Il s'agit d'une structure sanitaire.

Introduction

La pair aideance

Sujet de littérature (Castro, 2020; Durand, 2020; Waha, 2021)¹, thématique d'événements et colloques (Unafam, 2022), propos de politiques publiques (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017) : la « pair aideance » apparaît comme une notion d'actualité pour le système de santé français. En région Pays de la Loire, l'Agence Régionale de Santé a initié en 2019 un travail sur le sujet, dans le prolongement duquel s'est inscrite ma mission de stage (cf terrain de stage). Nous pouvons donc nous demander les raisons d'un tel intérêt aujourd'hui. Clarifions d'abord ce terme par une définition trouvée fréquemment. La pair aideance « repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. Le partage du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constituent les principes fondamentaux de la pair aideance. » (Centre ressource réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive Lyon, 2019). Le rétablissement « est, chez une personne vivant avec une problématique de santé, un processus personnel visant à (re)trouver un équilibre, à améliorer sa qualité de vie et à renforcer sa capacité à agir » (Fédération Addiction, 2020). Cette définition de la pair aideance servira de base dans la suite de ce travail. Le contexte de notre réflexion est celui de l'addictologie. Or qui dit « pair aideance » et « addictologie » peut faire penser, de prime abord, aux « Alcooliques Anonymes », dont le modèle fait partie de la culture populaire². Alors qu'est-ce qui explique que l'on en parle autant à ce jour ?

Addictologie

Amenons ici quelques éléments pour contextualiser le champ dans lequel ce travail s'inscrit : l'addictologie. « D'un point de vue scientifique et médical, les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères » (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2015). La définition proposée en 1990, par le psychiatre Goodman (Goodman, 1990), est toujours d'actualité (Couteron, 2019). En effet, l'addiction se caractérise par : « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement » et « la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » ; ce

¹ Il s'agit essentiellement de littérature professionnelle. Plusieurs revues y ont consacré un numéro entier : Rhizome (2020), Pratiques en santé mentale (2020), Psychotropes (2021).

² Par exemple, l'épisode 18 de la saison 11 (1999-2000) de la série Les Simpson s'intitule « Sobre Barney : Alcooliques non anonymes ».

comportement ayant pour but de « produire du plaisir ou [d'] écarter une sensation de malaise interne » (Reynaud, 2016a). De façon assez dichotomique, on peut distinguer (SRAE Addictologie, 2017c) : des addictions avec produits, qu'ils soient licites (alcool, tabac, médicaments) ou illicites (cannabis, opiacés, cocaïne et dérivés de synthèse), et des addictions comportementales, aussi appelées sans substance (jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo). Deux principales classifications régissent les critères de définition des conduites addictives : la CIM-10³ et le DSM-V⁴. Cela étant, l'addictologie est avant tout un « objet complexe et évolutif ». En effet, « aucune discipline, aucun éclairage, qu'il soit médical et neurobiologique, psychopathologique ou socio-anthropologique, ne peut prétendre mettre en lumière l'intégralité de ce système » (Morel & Couteron, 2019). Retenons que l'addictologie est un domaine qui « a pour objet ces conduites humaines d'autostimulation du plaisir et de modification du rapport au monde, pouvant comporter des risques et donner lieu à des dommages » (Morel & Couteron, 2019).

Connotation sociale des pairs dans le champ des addictions

Intéressons-nous à ceux que l'on désigne comme « pairs ». Par ce terme, on entend classiquement « les mêmes au sens d'individus directement concernés par une même cause ou une même situation de vie : femmes battues, personnes migrantes, personnes dépendantes à l'alcool ou aux narcotiques, femmes allaitant leur nourrisson, personnes usagères de services de santé mentale, etc. » (Gardien, 2017). En réalité, être pair ne se limite pas au vécu d'une « expérience similaire » (Gardien, 2021). Ce statut requiert une « identification réciproque » (Gardien, 2017) : « il n'y a de pairs que parmi celles ou ceux que je reconnais comme tels » (Launat, 2020). En addictologie, les « pairs » ont d'abord une connotation négative. La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) rappelle notamment que « les consommations à risque sont favorisées par [...] l'influence des pairs » (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2023). Pour expliquer le passage de consommation à addiction, trois catégories de facteurs de risque sont identifiées : l'individu, le produit et l'environnement (INSERM, 2020). Dans cette dernière catégorie figure notamment « le rôle des pairs » : « il est incontestable que le groupe des pairs, soit par l'usage au sein du groupe, soit par la grande tolérance du groupe aux substances, joue un rôle majeur dans l'initiation à la consommation d'alcool et de drogue à l'adolescence, complétée, par la suite, par un rôle renforçateur dans le choix du groupe de pairs dans lequel circulent des

³ Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (1994).

⁴ Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'Association de Psychiatrie Américaine (2013).

substances » (Reynaud, 2016a). Cependant, et c'est tout le sujet de la pair aideance, il existe une autre connotation. Certains « pairs » semblent aujourd'hui perçus positivement en addictologie. Cela peut se remarquer de deux façons. Premièrement, les politiques publiques encouragent, sur le sujet de la santé des jeunes, l'« approche par les pairs » et les « actions de prévention par les pairs » (Amsellem-Mainguy, 2014). Effectivement, en Pays de la Loire, le Programme Régional de Prévention des Addictions (PRPA) 2019-2022 va en ce sens (ARS Pays de la Loire, 2019). Ensuite, les associations et collectifs d'usagers, héritiers d'une « connotation sociale négative » sont « longtemps restés dans l'ombre du soin médical » (Moureau, 2016). Aujourd'hui, ils sont reconnus et valorisés comme un acteur phare : « les mouvements d'entraide aux personnes en difficulté avec l'alcool ont été les pionniers de leur prise en charge et de leur accompagnement » ; aujourd'hui, ils « s'inscrivent à part entière dans l'organisation et le fonctionnement de la discipline addictologique » (Moureau, 2016).

Intégration récente de pairs aidants dans des équipes de soins et d'accompagnement

En France, il se développe depuis une dizaine d'années un mouvement d'intégration de pairs aidants dans des équipes de soins et d'accompagnement. Trois principales initiatives, importées de modèles étrangers (Cloutier & Maugiron, 2016; Le Cardinal et al., 2013), sont identifiées : l'équipe Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social (MARSS) à Marseille (2007), le programme Un Chez Soi d'Abord à Lille, Marseille, Paris et Toulouse (2011) et le programme des Médiateurs de Santé Pairs dont la formation est centralisée à Paris (2012) (Gesmond et al., 2016). Plusieurs domaines sont ainsi concernés : santé mentale, précarité, handicap... Le champ des addictions se trouve parfois à l'intersection de ces domaines. Nous allons donc questionner ce phénomène dans le contexte de l'addictologie en région Pays de la Loire.

Problématique

Au regard de l'ensemble de ce cheminement, le questionnement principal de ce travail est le suivant : **En quoi une modalité nouvelle de pair aideance émerge aujourd'hui dans les structures de soins et d'accompagnement en addictologie de la région Pays de la Loire ?**

La réponse à ce questionnement s'articulera en trois parties. Tout d'abord, nous allons dresser un aperçu général de la pair aideance en addictologie. Il s'agira pour nous de comprendre les origines de cette notion, les formes que cela peut prendre en structure d'addictologie ainsi que les manifestations de l'intérêt pour le sujet. Dans un deuxième temps, nous nous focaliserons sur ce qui nous est apparu comme deux figures principales de pair aideance : les associations d'usagers et les pairs aidants. Nous détaillerons dans cette partie les caractéristiques principales de ces deux figures, leurs spécificités vis-à-vis de la pair aideance ainsi que la façon dont elles s'inscrivent dans les structures d'addictologie. Enfin dans une dernière partie, il s'agira d'interroger les enjeux et perspectives pouvant mettre en péril les pratiques de pair aideance des associations d'usagers et des pairs aidants. Nous allons explorer à la fois les enjeux spécifiques à chacune de ces deux figures et les enjeux communs. Mais avant d'amorcer la réflexion que nous venons d'annoncer, il convient de présenter le terrain de stage dans lequel elle s'inscrit ainsi que la méthodologie mobilisée pour y répondre.

Terrain de stage

La SRAE Addictologie des Pays de la Loire

La Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en Addictologie est « un dispositif mis en œuvre et financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire » (SRAE Addictologie, 2017a). Créée en 2016, elle constitue un réseau de partenaires en addictologie en Pays de la Loire. Juridiquement, elle est portée par l'Union Régionale des Acteurs en Addictologie (URAA, association loi 1901). Ses principales missions sont :

- Contribuer à la fluidité des parcours de prévention, de soins et d'accompagnement ;
- Harmoniser les pratiques professionnelles ;
- Soutenir le développement de l'expertise ;
- Porter le dispositif d'appui au Programme Régional de Lutte contre le Tabac (PRLT) et au Programme Régional de Prévention des Addictions (PRPA) de l'ARS Pays de la Loire.

L'équipe de la SRAE Addictologie est composée de 4,8 équivalents temps plein : une directrice, une médecin addictologue, une cheffe de projet en santé publique, une experte tabacologue et une assistante de direction.

Contexte et mission de stage

En Pays de la Loire, l'ARS a inscrit au sein du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 l'objectif de « renforcer le pouvoir d'agir de l'utilisateur sur sa santé, sur son parcours de santé et d'accompagnement » (ARS Pays de la Loire, 2018)⁵. Un groupe de travail a été mené par l'ARS en 2019 sur la pair aide dans différents domaines (santé mentale, précarité, handicap et addictions). La SRAE Addictologie a ensuite été missionnée pour travailler sur les spécificités de la pair aide en addictologie. J'ai ainsi été recruté, en tant que stagiaire, sur la période d'octobre 2022 à mai 2023 (en alternance avec mes périodes de formation à l'EHESP) pour travailler ce projet. Les attendus étant de clarifier les concepts, de recenser les modalités d'intervention, d'appréhender les enjeux d'intervention et de proposer des outils supports pour accompagner le développement des pratiques dans les structures. Mon stage a notamment abouti à la formalisation d'un livrable se voulant opérationnel⁶.

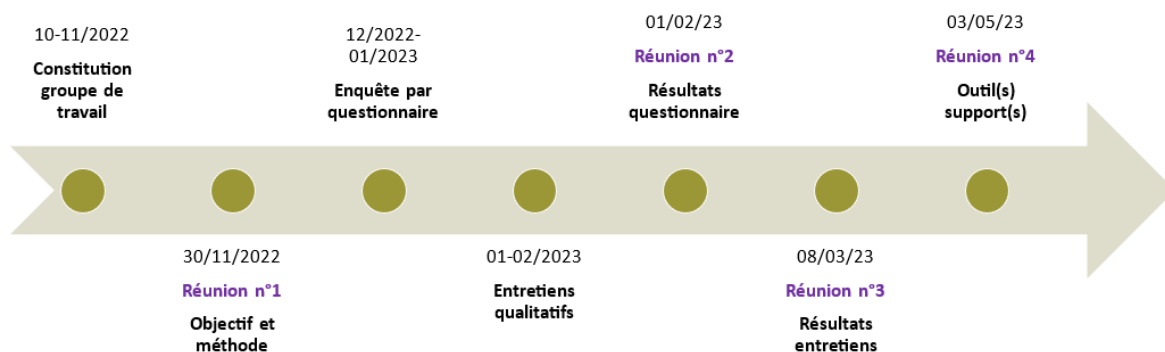
⁵ En raison de retards liés à la crise Covid, le PRS 3 n'est pas encore paru à l'heure actuelle.

⁶ « Pair aide en structure de soins et d'accompagnement en addictologie : repères pour développer les pratiques et organisations intégrant les savoirs expérientiels » (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023). Nous aurons l'occasion de mobiliser cette production dans le présent travail.

Méthodologie

Présentation générale

La méthode mobilisée pour répondre au questionnement de ce mémoire (cf introduction) recoupe pleinement la méthode employée dans le cadre de ma mission de stage (les attendus de ces deux projets s'articulent facilement). L'analyse présentée dans ce travail repose sur plusieurs éléments. Tout d'abord j'ai réalisé une revue de littérature sur le sujet⁷. J'ai également mené une démarche participative via l'animation d'un groupe de travail régional (détaillé ci-dessous). J'ai conduit une enquête suivant une méthode mixte (détaillée ci-après). Par cette enquête, certains documents (à usage interne aux structures d'addictologie et productions de partenaires) ont été collectés et analysés secondairement. Enfin, j'ai tenu, sur toute la durée de mon stage, un journal de terrain (compilant des notes de réunions, d'échanges informels et d'observations spontanées).



Période stage E. Couteau : 10/10/2022 - 19/05/2023

Figure : Temporalité du projet « pair aidance » que j'ai mené en collaboration avec la directrice de la SRAE Addictologie

Groupe de travail

Dans la perspective d'une démarche participative autour de ce projet « pair aidance », un appel à participation a été diffusé par mail aux structures d'addictologie et associations d'usagers de la région, aux abonnés de la Newsletter de la SRAE Addictologie et sur le site SRAE Addictologie. Le message diffusé indiquait : « L'objet de ce groupe de travail est de

⁷ Une première approche a été effectuée à l'aide d'une recherche par mots-clés (tels que « pair aidance », « patient-expert », « addictologie » ...) sur les bases de données Cairn et Google Scholar. Cette approche a été combinée à une méthode de « remontée des filières bibliographique » (Beaud, 2006). Il a ainsi été constitué une base d'une cinquantaine de ressources relatives à la pair aidance (articles de revues professionnelles, articles de revues scientifiques, ouvrages, littérature grise).

proposer un espace d'échange autour de la pair aide en addictologie afin de valoriser les actions émergentes ou déjà menées en région et d'accompagner la formalisation des pratiques de pair aide au sein des structures d'addictologie des Pays de la Loire. L'orientation du projet pourra s'adapter en fonction des attentes des participants du groupe. ». Cet appel à participation se montrait explicitement ouvert à trois profils de participants : « professionnels de l'addictologie, intervenants pairs aidants, membres d'associations d'usagers ». Grâce aux nombreuses réponses à cet appel, un groupe varié, de vingt-neuf membres, s'est constitué : sept professionnels de soins et d'accompagnement en addictologie (médecin, infirmier, psychologue...), douze professionnels d'encadrement et/ou de direction en addictologie (cadre de santé, chef de service en structure médico-sociale, directeur de structure médico-sociale...), sept pairs aidants, trois membres d'associations d'usagers⁸. En moyenne, quinze participants étaient présents à chacune des quatre réunions. Un tel fonctionnement a permis de co-construire, au sens de passer du « faire pour » au « faire avec » (Gross, 2018) les acteurs concernés. Ce groupe de travail régional présente une réelle plus-value concernant la qualité des données et des analyses mobilisées dans ce mémoire. En effet, les différentes réunions menées ont permis notamment l'élaboration et le test du questionnaire, l'identification de personnes ressources pour les entretiens qualitatifs, la discussion de l'interprétation des résultats.

Enquête par méthode mixte

Pour mener à bien ma mission de stage (cf terrain de stage), j'ai cherché à réaliser un état des lieux des pratiques de pair aide au sein des structures d'addictologie des Pays de la Loire et à capitaliser à partir des retours d'expérience. Pour cela, j'ai mobilisé une méthode mixte associant enquête par questionnaire (décliné en deux versions, adaptées à deux profils d'enquêtés) et entretiens semi-directifs. Cette méthode a suivi un protocole convergent en vue d' « obtenir une vue plus complète d'un phénomène à partir de deux bases de données » et de « corroborer des résultats issus de différentes méthodes » (Guével & Pommier, 2012). Les données ont été recueillies de façon concomitante : de décembre 2022 à janvier 2023 pour les questionnaires et de décembre 2022 à mars 2023 pour les entretiens. L'analyse de chacune des bases constituées a été faite de manière distincte pour ensuite permettre une mise en relation des résultats (Guével & Pommier, 2012).

⁸ Certains des sept pairs aidants sont également membres d'une association d'usagers (mais n'intervenaient pas à ce titre au sein du groupe de travail).

Public cible

Trois dispositifs constituent « les trois pôles d'un réseau de soins addictologiques » (Reynaud, 2016b) : les acteurs du premier recours (professionnels de santé de proximité, notamment libéraux), les dispositifs médico-sociaux (CSAPA et CAARUD) et les dispositifs sanitaires (consultation, hospitalisation, ELSA, SSRA). Afin de couvrir l'ensemble des dispositifs d'accompagnement et de soins en addictologie, il faut également ajouter les dispositifs d'auto-support (SRAE Addictologie, 2017b). Ainsi, l'enquête réalisée sur la pair aide en addictologie a ciblé les dispositifs médico-sociaux, sanitaires et d'auto-support (associations d'usagers) des Pays de la Loire.

Appellations utilisées dans ce travail pour désigner les différents acteurs

Nous désignerons par « structures d'addictologie » l'ensemble des dispositifs médico-sociaux et sanitaires (indépendamment d'un possible caractère associatif sur le plan juridique). Nous désignerons par « professionnels d'addictologie » l'ensemble des professionnels de soins, d'accompagnement, d'encadrement et de direction exerçant dans les structures d'addictologie. Nous désignerons par « associations d'usagers » les dispositifs d'auto-support et les mouvements d'entraide (qui se sont organisés sous forme associative grâce à l'engagement de bénévoles et salariés). Nous désignerons par « pairs aidants » une autre catégorie d'acteurs (cf partie 1.2).

Questionnaire

Le questionnaire avait pour but de recenser les structures d'addictologie de la région avec une pratique de pair aide, qualifier ces pratiques (selon un angle quantitatif) et caractériser les attentes/besoins associées (selon un angle qualitatif). Le questionnaire a été décliné en deux versions : une adaptée aux structures d'addictologie (cf annexe I questionnaire version structure) et une adaptée aux associations d'usagers de la région (cf annexe II questionnaire version association). De nombreuses questions étaient posées « en miroir » de manière à pouvoir recouper les résultats (entre les réponses de structures faisant intervenir des associations et les réponses d'associations intervenant en structures). Après élaboration⁹ du questionnaire, tests et réajustements (en lien avec le groupe de

⁹ Six drafts ont été faits pour aboutir à la version diffusée aux structures d'addictologie et quatre drafts ont été faits pour aboutir à la version diffusée aux associations d'usagers.

travail et deux entretiens exploratoires¹⁰), les deux versions ont été administrées en ligne. Une relance a été effectuée pour chaque version.

La première version du questionnaire a été adressée par mail à l'ensemble des structures d'addictologie de la région Pays de la Loire, soit soixante-et-une entités sollicitées¹¹ (cf annexe III réunion n°2 du groupe de travail). Vingt-neuf réponses ont été analysées (cinq autres réponses ont été exclues¹²). Le taux de participation estimé est supérieur à 40%, taux satisfaisant pour un questionnaire auto-administré auprès de professionnels de santé (Braithwaite et al., 2003). Soulignons cependant que si tous les services et unités de soins avaient répondu, plus de soixante-et-une réponses auraient été collectées (il n'est pas possible d'estimer combien)¹³. En effet, le questionnaire a été pensé pour qualifier les pratiques selon le site d'intervention des associations d'usagers et des pairs aidants (et non pas, par exemple, pour recueillir une réponse de chaque entité juridique). Retenons que des réponses ont été collectées pour chaque type d'entité existant (CAARUD, CSAPA, SMR, consultation/hospitalisation, tabacologie, ELSA, autre¹⁴) à l'exception d'un (CTR)¹⁵. Des réponses ont été collectées pour chacun des cinq départements des Pays de la Loire : Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée.

La seconde version du questionnaire a été adressée par mail à vingt-et-une associations d'usagers identifiées en région (cf annexe III réunion n°2 du groupe de travail). Il a également été demandé, à deux anciens réseaux départementaux (le Comité des Acteurs en Addictologie du Maine-et-Loire et le Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne) et aux réseaux locaux (animés par les CSAPA), de relayer l'enquête aux associations d'usagers avec qui ils sont en lien¹⁶. Seize réponses ont été analysées (deux autres réponses ont été exclues¹⁷). Il est à noter que deux réponses concernent deux antennes d'une même association. Le taux de participation estimé est supérieur à 70%. Il est possible que certaines associations présentes en région n'aient pas été identifiées¹⁸. Deux répondants (parmi les seize) n'ont pas répondu à l'intégralité des questions (environ 50% complété pour l'un et 25% pour l'autre).

¹⁰ Auprès d'une psychologue et d'un pair aidant. Ces personnes ont été réinterrogées dans le cadre des entretiens semi-directifs (afin de suivre le guide établi et non plus une approche exploratoire).

¹¹ Selon notre catégorisation, détaillée dans ce paragraphe. Il ne s'agit pas d'entités juridiques.

¹² Deux doublons, une réponse incluse dans une autre, une réponse actualisée par la suite et une réponse non valable pour l'année en cours.

¹³ Cela concerne surtout les structures sanitaires. En effet, trois réponses collectées (parmi les 29) concernent trois unités de soins distinctes, composant un même service.

¹⁴ Une réponse « psychiatrie » (cette structure est concernée par la prise en soins des addictions).

¹⁵ Ce type d'entité a cependant été investigué en entretien.

¹⁶ Nous n'avons pas d'information sur l'impact de cette demande de relai.

¹⁷ Deux doublons.

¹⁸ S'il y en a, il s'agirait vraisemblablement d'associations récentes (moins de dix ans d'ancienneté) et qui ne sont pas en lien avec les structures d'addictologie du territoire. La SRAE Addictologie travaille actuellement à l'élaboration d'une cartographie des associations usagers-entourage.

Entretiens semi-directifs

De façon complémentaire, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de professionnels d'addictologie, de pairs aidants et de membres d'associations d'utilisateurs (cf annexe IV guide d'entretien pair aidant et annexe V guide d'entretien association). Les entretiens semi-directifs avaient pour but de qualifier les pratiques de pair aidance (selon un angle qualitatif), de caractériser les attentes/besoins associées (selon un angle qualitatif), d'identifier les leviers et freins à l'intégration de pairs aidants en structures d'addictologie et d'identifier l'articulation des associations d'utilisateurs dans les parcours (de soins et d'accompagnement) en addictologie.

Les enquêtés (par entretien) ont principalement été identifiés par l'intermédiaire du questionnaire et du groupe de travail. Quelques personnes ont pu être identifiées à la suite d'entretiens réalisés. En tout, vingt-trois entretiens ont été réalisés (cf annexe VI réunion n°3 du groupe de travail), se traduisant en vingt-six configurations investiguées : dix-huit concernant des pairs aidants¹⁹, sept concernant des associations d'utilisateurs²⁰, une concernant une autre modalité de pair aidance (Communauté Thérapeutique Résidentielle). Malgré relance, onze entretiens demandés n'ont pas pu être réalisés : huit associations d'utilisateurs (dont six qui interviennent en structures d'addictologie) répondant au questionnaire²¹, deux structures d'addictologie répondant au questionnaire (et intégrant un pair aidant) et un médecin de l'ARS des Pays de la Loire²². Les entretiens ont été réalisés en visioconférence (onze entretiens), en face à face (neuf entretiens²³) et par téléphone (trois entretiens). Tous ont été enregistrés : la durée d'enregistrement varie entre 45 minutes et 1h30. Une analyse transversale (Alami et al., 2013) a été effectuée pour les douze entretiens concernant des pairs aidants en structures d'addictologie. Cette analyse a mis en évidence un phénomène de saturation des données²⁴, marque de qualité pour ce type de méthode (Balard et al., 2016). Une analyse transversale a également été réalisée pour les quatre entretiens concernant des associations d'utilisateurs intervenant en structures d'addictologie. La saturation des données ne peut être affirmée en raison du nombre conséquent d'associations qui n'ont pas répondu à la sollicitation d'entretien. Notons qu'il

¹⁹ Dont treize concernant des structures d'addictologie (intégrant un pair aidant), deux concernant des structures de coordination (intégrant un pair aidant), deux concernant la certification Patients-Experts Addictions, une concernant les perspectives de politiques publiques à venir sur le sujet.

²⁰ Dont six auprès d'associations d'utilisateurs différentes (quatre interviennent en structures d'addictologie) et une auprès d'une structure d'addictologie (collaborant avec des associations).

²¹ Ce nombre élevé de non réponses peut s'expliquer par la modalité d'approche (contact par mail), une difficulté de ressources humaines connue au sein du monde associatif, le sentiment de ne pas être concerné par le sujet (cf partie 1.1).

²² Entretien demandé dans la volonté d'investiguer les circuits de financement possibles.

²³ Dont cinq dans les locaux de la SRAE Addictologie et quatre sur le lieu d'exercice des enquêtés.

²⁴ « La saturation ne signifie pas que le sujet de la recherche a été épuisé mais que sur certains points précis, l'information collectée devient redondante » (Balard et al., 2016).

aurait été possible d'interroger davantage les structures d'addictologie²⁵ sur leur collaboration avec les associations d'usagers. Cela aurait permis, d'une part, de collecter le point de vue des professionnels d'addictologie, et d'autre part, de constituer une base qualitative plus étayée pour expliquer les « résultats discordants » (Guével et al., 2016) obtenus. En effet, il est apparu une forme de contradiction entre les données issues du questionnaire et les données issues des entretiens avec les associations d'usagers (cf partie 3.3). Une analyse entretien par entretien (Duchesne, 2000) a été réalisée pour les situations investiguées qui ne sont pas concernées par les analyses transversales. Par soucis d'anonymat, tous les noms des enquêtés (mentionnés dans ce travail) ont été modifiés.

Limites

Comme toute démarche méthodologique, cette enquête présente des limites. Tout d'abord, le questionnaire n'a pas été pensé dans une perspective de représentativité (un échantillon reflétant la tendance d'un ensemble plus large) mais dans une optique d'état des lieux (recensement exhaustif, dans la mesure du possible). En cela, il peut être délicat d'estimer la situation des non répondants au questionnaire. Pour ce qui concerne les associations d'usagers, ce biais semble négligeable (car les principales attendues ont répondu à ce volet de l'enquête). En revanche, parmi les structures d'addictologie n'ayant pas répondu, il peut y avoir des pairs aidants qui n'ont pas été identifiés. Nous supposons que les principaux intéressés (professionnels travaillant avec un pair aidant) ont répondu. Mais il est vrai que le point d'entrée des entretiens permettait assez peu d'attraper des personnes non identifiées par le questionnaire. Ensuite, le questionnaire permet peu d'éclairer des pratiques de pair aideance moins formalisées et/ou selon d'autres modalités que les deux questionnées²⁶, ce qui rend difficile d'estimer leur proportion. Enfin, il n'a pas été réalisé d'observation des pratiques en situation réelle. Au sein des structures d'addictologie, une observation ciblée (Foley, 2016) aurait probablement constitué un apport majeur quant à la place accordée aux associations d'usagers et aux pairs aidants. Au sein des associations d'usagers, une telle observation aurait notamment permis de caractériser des spécificités entre leur activités propres et celles réalisées au sein des structures d'addictologie.

²⁵ Dix enquêtés potentiels (professionnels d'addictologie ayant répondu au questionnaire).

²⁶ Il existe d'autres modalités de pair aideance que les associations d'usagers et les pairs aidants, tant en structure d'addictologie (cf partie 1.2) qu'à l'extérieur de celles-ci (cf partie 3.1).

1 Pair aideance en addictologie : aperçu général

L'objet de cette première partie est de dresser un état général du sujet « pair aideance » afin de mieux l'appréhender dans le contexte de l'addictologie. Nous allons notamment voir que la pair aideance est un concept qui se réinvente au sein des structures d'addictologie.

Définition : rappel (cf introduction)

La pair aideance « repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. Le partage du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constituent les principes fondamentaux de la pair aideance. » (Centre ressource réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive Lyon, 2019). Le rétablissement « est, chez une personne vivant avec une problématique de santé, un processus personnel visant à (re)trouver un équilibre, à améliorer sa qualité de vie et à renforcer sa capacité à agir » (Fédération Addiction, 2020).

1.1 Pair aideance : quelle nouveauté ?

Avant d'entrer dans les pratiques des structures de soins et d'accompagnement en addictologie, commençons par questionner le concept de pair aideance. Celui-ci est-il nouveau ? La littérature est unanime : la pair aideance n'est pas une pratique nouvelle. D'une part « l'accompagnement et le soutien par les pairs [...] ont probablement toujours existé de façon informelle et spontanée » (Gardien, 2021). D'autre part, les pratiques de pair aideance se sont largement organisées à partir de la seconde moitié du 20^e siècle, à travers l'essor des mouvements d'entraide (Durand, 2020). Parmi ces mouvements se trouvent notamment le champ des addictions²⁷, le champ de la lutte contre le VIH/sida²⁸ et le champ du handicap²⁹. Ainsi la pair aideance correspond à des pratiques anciennes et documentées dans le milieu associatif. En Pays de la Loire, parmi les répondants au questionnaire, on remarque effectivement que la plupart des associations d'usagers (propres au champ des addictions) sont anciennes : dix répondants (sur seize) déclarent que leur association existe depuis avant 2000. Pour sept d'entre eux, la création de leur association est même antérieure à 1980. Les principales activités déclarées par les associations s'inscrivent dans notre définition de la pair aideance (voir encadré ci-dessus) :

²⁷ Le mouvement des Alcooliques Anonymes, qui a émergé aux Etats-Unis dans les années 1930, constitue l'un des mouvements les plus connus. D'autres mouvements sont apparus en Europe de façon antérieure (Moureau, 2016).

²⁸ Années 1980-1990 en Occident.

²⁹ Années 1960 aux Etats-Unis puis années 1990 en France.

réunions (groupes de parole, rencontres conviviales...) (n=15/16), accompagnement individualisé (parrainage, entretiens téléphoniques...) (n=13/16), accueil/information via des permanences (au sein d'un lieu d'accueil, par téléphone, sur internet...) (n=12/16), visites de première rencontre avec les usagers (à domicile, en structures de soins et d'accompagnement, en milieu carcéral...) (n=12/16), actions de prévention (prévention primaire auprès du grand public, réduction des risques auprès d'usagers...) (n=12/16). Pour autant, il apparaît que le terme « pair aideance » n'est pas entré dans le vocabulaire courant de toutes les associations d'usagers : « *La pair aideance, moi c'était un mot que je ne connaissais pas, il y a encore pas si longtemps que ça.* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers). Cette notion apparaît comme l'apposition d'un terme contemporain sur des pratiques plus communément désignées par « entraide » (Moureau, 2016) dans l'ancien champ alcool et par « auto-support » (Chappard et al., 2019; Jauffret-Roustide, 2002) dans l'ancien champ toxicomanie (cf partie 2.1). « *La pair aideance, je dirais que sans le savoir, on la pratique depuis longtemps.* » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers). Ainsi à l'instar de M. Jourdain, dans le Bourgeois gentilhomme (Molière & Meneu, 2017), qui est amené à faire de la prose sans le savoir, les associations d'usagers pratiquent la pair aideance sans la nommer. Au-delà du terme : « ce qui est véritablement nouveau en France depuis le tournant des années 2010 est la promotion de [pratiques d'accompagnement et de soutien par les pairs] par les politiques publiques » (Gardien, 2021). Effectivement aujourd'hui on retrouve de telles incitations dans les orientations stratégiques du système de santé. C'est le cas par exemple du Projet Régional de Santé 2018-2022 (ARS Pays de la Loire, 2018)³⁰ ou dans la recommandation de la Haute Autorité de Santé « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire » (Haute Autorité de Santé, 2020)³¹. Nous reviendrons sur cet aspect par la suite (cf partie 3.3). De plus, il apparaît que « l'innovation vient d'une évolution récente : l'intégration de pairs-aidants dans des équipes de l'accompagnement et du soin » (Waha, 2021). Nous allons maintenant chercher à interroger les pratiques de pair aideance au sein des structures d'addictologie des Pays de la Loire afin de voir si nous retrouvons une telle tendance.

³⁰ L'ARS incite à « proposer de nouvelles modalités d'accompagnement notamment en direction des publics fragiles », avec l'orientation de « soutenir et déployer des projets innovants en accompagnement en santé (empowerment, médiation sanitaire...) » (ARS Pays de la Loire, 2018).

³¹ La recommandation incite à développer toutes les formes d'engagement dont « l'accompagnement par les pairs dans les lieux de soins et d'accompagnement (y compris au domicile) quelle que soit la forme envisagée : la pair-aideance, la pair-éducation, la pair-navigation, la médiation en santé, etc. » (Haute Autorité de Santé, 2020).

1.2 Panorama des modalités de pair aideance en structure d'addictologie

Derrière la définition donnée, il apparaît que plusieurs modalités de pair aideance sont possibles (Maugiron, 2020). Nous allons donc explorer différentes modalités identifiées en structures de soins et d'accompagnement en addictologie. Il s'agit de la démarche communautaire et des actions de réduction des risques, de l'intervention d'associations d'usagers, d'autres modalités courantes de soins et d'accompagnement et enfin, de l'intervention de pairs aidants.

1.2.1 Démarche communautaire et actions de RdR

Dans les structures d'addictologie médico-sociales (et plus précisément dans l'ancienne filière de soins « toxicomanie »³²), il y a une certaine habitude d'impliquer des usagers. Cela a d'ailleurs été institutionnalisé (Lalande & Chappard, 2012). En France, une politique de Réduction des Risques (RdR) chez les usagers de drogue a été inscrite dans le Code de santé publique en 2004 (Article L3121-4 - Code de la santé publique, 2004)³³, suite à l'épidémie de VIH/sida et d'un mouvement militant d'ampleur (Velazquez, 2020). Ces pratiques consistent « à soutenir les personnes et trouver avec elles des solutions adaptées à leurs pratiques et dans le respect de celles-ci afin de réduire les risques de contamination et/ou de transmission du VIH et des hépatites » (AIDES, 2023). Cette politique publique a notamment abouti à la création des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Ce type de structure d'addictologie est amené à accompagner les usagers de différentes manières : accueil dans ses locaux ou bien intervention : dans la rue et dans les espaces publics (aussi appelée « maraude »), en milieu festif ou en milieu carcéral (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022). Une directrice d'un CAARUD en Pays de la Loire témoigne d'une certaine habitude de réaliser des interventions d'« aller vers » (Couteron, 2012) avec des usagers : « *Systématiquement quand on partait sur le festif, on proposait à deux d'entre eux [les usagers du CAARUD], deux ou trois grand max de nous accompagner.* » (Amélie, directrice d'une structure médico-sociale). Ce fonctionnement semble empreint de la démarche communautaire propre à ce type de structure : « *Je suis arrivée il y a six ans et c'était déjà comme ça. [Le CAARUD étant] fondé sur une part collective très importante, à mon sens, à partir du moment où le festif s'est mis en place, c'est quelque chose qui s'est pensé et a été*

³² L'addictologie est marquée par la fusion des filières toxicomanie et alcoologie (auparavant distinctes) dans les années 2000 en raison de l'évolution des connaissances (Fortané, 2010).

³³ La politique de RdR a ensuite évolué pour devenir Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016).

naturellement proposé aux usagers. » (Amélie). Ce type d'engagement s'est même contractualisé : « *Lorsque on a acté le fait qu'on proposerait systématiquement, lorsqu'on part en festif, à des personnes de nous accompagner, j'ai fait une proposition de convention.* » (Amélie). Cette convention explicite notamment le rôle de ceux qu'ils ont nommés des « médiateurs pairs » : « *votre rôle sera de faciliter les échanges avec le public rencontré durant cet évènement afin de favoriser la démarche de réduction des risques »* (document à usage interne de la structure).

1.2.2 Intervention d'associations d'usagers

Nous avons énoncé en introduction que les mouvements d'entraide « s'inscrivent à part entière dans l'organisation et le fonctionnement de la discipline addictologique » (Moureau, 2016). En ce sens, nous remarquons qu'aujourd'hui, en Pays de la Loire, les structures d'addictologie et les associations d'usagers sont en lien (voir encadré ci-dessous).

Lien entre structures d'addictologie et associations d'usagers

Réponses au questionnaire de ces deux profils de répondants :

- Parmi les vingt-neuf réponses de structures d'addictologie, la moitié (n=14/29) font intervenir au moins une association d'usagers à ce jour. Ce chiffre (quatorze) semble d'ailleurs sous-estimé : les cinq CSAPA répondant ont déclaré « non » mais la réponse des associations et les échanges au sein du groupe de travail témoignent du contraire. Dans chacune des quatorze structures, trois associations interviennent en moyenne (réponses allant de une à cinq).
- Parmi les seize réponses d'associations d'usagers, les trois-quarts (n=12/16) interviennent en structure d'addictologie. Pour les douze associations, chacune intervient en moyenne dans quatre structures (réponses allant de une à douze). Les quatre répondants ayant déclaré ne pas être en lien sont des associations récentes (existant depuis 2000, cf partie 2.1).

Tous les types de structures d'addictologie sont concernées par des collaborations avec des associations : les structures sanitaires (services de consultation et d'hospitalisation, SSRA, ELSA) comme les structures médico-sociales (CAARUD, CSAPA, CTR). De plus, ces collaborations sont de longue date (voir encadré ci-dessous).

Temporalité des liens entre structures d'addictologie et associations d'usagers

Réponses au questionnaire de ces deux profils de répondants :

- Pour la plupart des quatorze structures concernées, la première collaboration a commencé il y a plus de dix ans (avant 2010 pour n=8/14 ; entre 2010 et 2019 pour n=3/14).
- Pour la plupart des douze associations concernées, la première collaboration a commencé il y a plus de vingt ans (avant 2000 pour n=8/12).

Intéressons-nous maintenant à l'action menée par les associations au sein des structures. Là aussi, les résultats obtenus (pour les deux profils de répondants au questionnaire) sont convergents. Il s'agit principalement d'intervention auprès d'usagers en collectif (n=11/14 pour les structures, n=19/24³⁴ pour les associations), avec une fréquence le plus souvent mensuelle (n=9/14 pour les structures, n=17/24 pour les associations). Concrètement, ces interventions prennent essentiellement la forme d'animation de groupes de parole (n=8 pour les structures, n=15 pour les associations, question ouverte) et/ou de présentation de l'association (n=3 pour les structures, n=9 pour les associations). Cela étant, les entretiens font apparaître des disparités à propos des collaborations entre structures d'addictologie et associations d'usagers. Effectivement, nous verrons que le rôle de ces dernières peut varier d'une structure à l'autre (cf partie 2.1).

1.2.3 Autres modalités courantes de soins et d'accompagnement

La participation aux temps animés par les associations d'usagers, au sein des structures d'addictologie, peut faire partie du contrat de soins des patients³⁵ (cf partie 2.1). Il existe d'autres modalités de soins et d'accompagnement, propres au domaine de l'addictologie, qui s'apparentent à de la pair aide. De façon plus générale, toutes les modalités qui favorisent « la rencontre », c'est-à-dire qui favorisent « les circonstances [permettant] la reconnaissance réciproque et l'émergence d'une relation [entre pairs] » sont apparentées à la pair aide (Gardien, 2022). Ainsi, nous pouvons citer en exemple les groupes de parole : « *Les services de toxico, qui est notre ADN d'une certaine manière [...] on sait très bien la force du groupe, la force de la reconnaissance de ceux qui sont passés par la galère.* » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire). Le contrat de soin, en

³⁴ Les associations avaient la possibilité de répondre pour chaque structure (jusqu'à trois).

³⁵ Il s'agit d'un document individuel de prise en soins définissant les droits et obligations à la fois de la structure et du patient.

communauté thérapeutique résidentielle, constitue un autre exemple d'encouragement aux pratiques de pair aidance : « *[Les résidents] en phase 2, ils commencent à avoir des responsabilités. Ils accueillent les nouveaux, ils sont "fils rouges", ce qu'on appelle "parrains".* » (Bastien, directeur d'une structure médico-sociale). Il s'agit-là de contextes favorables à l'émergence d'entraide spontanée (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023).

1.2.4 Intervention de pairs aidants

Distinct de ce qui a été présenté jusqu'ici, il existe actuellement, au sein des Pays de la Loire, un phénomène d'émergence de « pairs aidants » en structures d'addictologie. En effet, sur vingt-neuf répondants au questionnaire, dix structures d'addictologie (sanitaires et médico-sociales³⁶) déclarent l'intervention d'au moins un pair aidant (réponses allant de une à trois). Les cinq départements des Pays de la Loire sont concernés. Une autre structure d'addictologie a indiqué avoir eu un pair aidant par le passé. Deux autres structures ont indiqué avoir une réflexion en cours à ce sujet (l'une avec une forte probabilité d'intégration d'un pair aidant dans un futur proche et l'autre plus incertaine)³⁷. Selon les résultats obtenus dans notre enquête (questionnaire et entretiens), nous identifions quatorze pairs aidants actuellement en activité en structures d'addictologie en Pays de la Loire. Nous pouvons également mentionner trois autres pairs aidants rencontrés : deux exerçant dans des structures de coordination de santé mentale et un actuellement en formation (précédemment en exercice dans une structure sociale). Bien qu'ils n'exercent pas dans des structures étiquetées « addictologie », tous les trois ont un certain degré de proximité avec notre sujet³⁸. Ce phénomène est particulièrement récent (moins de deux ans³⁹) et à caractère expérimental (n=8/10). Pourtant, rétrospectivement, on identifie le « premier tandem de partenariat »⁴⁰ documenté au 18^e siècle (Flora & Brun, 2020). Un autre exemple connu est celui de l'hôpital Marmottan⁴¹ à Paris, qui intègre des « accueillants » depuis la fin du 20^e siècle (Lang, 2021). Néanmoins de telles pratiques n'étaient visiblement pas si répandues, et constituaient plus « l'exception » que « la règle ». Sans aller jusqu'à parler de pratiques courantes, le phénomène actuel présente tout de même une certaine

³⁶ Quatre unités de consultations/hospitalisations (dont trois d'un même service), trois CSAPA, deux CAARUD et un SSRA.

³⁷ Pour récapituler, sur les vingt-neuf répondants : dix indiquent avoir un pair aidant. Parmi les dix-neuf qui n'indiquent ne pas en avoir : un en a eu par le passé, deux ont une réflexion en cours, quatorze n'en ont pas et n'ont pas prévu d'en avoir (deux non réponses).

³⁸ Les liens existants entre addictions et santé mentale et entre addictions et précarité sociale peuvent quelquefois amener à privilégier une approche transversale plutôt que segmentée.

³⁹ Depuis 2022 (n=7/10), 2021 (n=1/10) et 2016 (n=2/10).

⁴⁰ Jean-Baptiste Pussin (dit « le gouverneur des fous ») est un ancien patient qui fut embauché à l'hôpital Bicêtre à Paris par le docteur Pinel (Flora & Brun, 2020).

⁴¹ Centre expérimental d'orientation et de soins pour toxicomanes en 1970 (aujourd'hui CSAPA).

ampleur. Nous retrouvons donc, en addictologie, ce qu'affirme la littérature : « du côté des institutions francophones de l'accompagnement et du soin, l'intérêt pour la pair-aidance est allé croissant au cours des deux dernières années [soit depuis 2019] » (Waha, 2021).

À l'instar des associations d'usagers, intéressons-nous à l'action menée par les pairs aidants dans les structures d'addictologie. Selon les réponses de ces dernières au questionnaire, il s'agit principalement d'intervention auprès d'usagers en collectif (n=10/10), avec une fréquence hebdomadaire (n=4/10) ou mensuelle (n=3/10). Concrètement, ces interventions prennent essentiellement la forme d'animation de groupes de parole (n=6, question ouverte). En nous limitant aux données recueillies par questionnaire, nous aurions tendance à penser qu'il n'y a pas véritablement de différence entre l'activité des pairs aidants et celle des associations d'usagers (détaillée précédemment) au sein des structures d'addictologie. Nous admettons d'ailleurs qu'un bénévole d'association d'usagers puisse très bien se reconnaître dans la définition donnée d'un pair aidant (voir encadré ci-dessous). Il semble que la différence « repose essentiellement sur la place accordée en structure d'addictologie » (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023).

Appellation « pair aidant »

Derrière un terme générique « pair aidant » se trouvent en réalité (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023) :

- Une diversité d'appellations proches⁴² dans la littérature désignant des réalités différentes ;
- Des personnes concernées qui ne s'y reconnaissent pas toujours (« pair aidant », « patient expert »⁴³) ;
- Un rôle exercé qui va parfois au-delà du seul champ de la « pair aidance »⁴⁴ ;
- Des visions différentes de la place et du rôle qu'une personne désignée comme « pair aidante » peut prendre au sein d'une structure d'addictologie (cf partie 2.2).

Le terme « pair aidant » est donc polysémique. Néanmoins, il est volontairement conservé dans ce travail en raison de son usage commun, applicable au contexte actuel en addictologie. De plus, il apparaît que « *le terme parle aux patients* » (Christophe, pair aidant dans une structure sanitaire). En effet plusieurs témoignages vont en ce sens : « *Dorian explique ce que c'est que d'être pair aidant. La plupart du temps, ils [les patients]*

⁴² Par exemple : patient-expert, patient-ressource, médiateur santé pair, travailleur-pair, intervenant pair, expert du vécu... (Dejour, 2021).

⁴³ L'idée générale derrière le rétablissement de la maladie addictive (cf introduction), c'est de ne plus être « pair » ou « patient ».

⁴⁴ Lorsque les activités de la personne n'impliquent pas d'interaction avec des usagers / patients (ex : formation, recherche...).

connaissent. » (Marie, psychologue dans une structure médico-sociale) ; « *"Pair aidant" je trouve que c'est plus parlant que "patient expert" ou que "médiateur de santé pair" [...]. J'ai une blouse [...] et c'est marqué "pair aidant" dessus. Je n'ai pas mis "médiateur santé pair".* » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire). Dans ce mémoire, nous entendons « pair aidant » selon la définition retenue par le groupe de travail de la SRAE Addictologie : « un pair aidant [au sein d'une structure d'addictologie] est une personne rétablie ou en rétablissement (mais stabilisée) amenée à mobiliser des savoirs expérientiels⁴⁵, dans un contexte formalisé, en vue de contribuer à la prise en soin et à l'accompagnement des patients/usagers de la structure d'addictologie » (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023).

En regardant au-delà des réponses au questionnaire, il apparaît exister une certaine « diversité des pratiques [des pairs aidants] » (Demailly & Garnoussi, 2015). Nous avons effectivement constaté d'importantes variations d'activités selon les projets concernés (cf partie 1.3) et selon la place attribuée (cf partie 2.2). Il existe également une diversité de statuts (cf partie 1.3).

Retenons qu'en structure d'addictologie, la pair aideance peut s'incarner selon différentes modalités. L'une d'elle, les pairs aidants, est en plein essor. Tâchons maintenant d'en explorer les manifestations sur le versant qualitatif de l'enquête.

1.3 Manifestations de l'intérêt pour une des modalités de pair aideance

Pour illustrer l'intérêt actuel des pairs aidants en structure d'addictologie, nous pouvons utiliser l'analogie de l'offre et de la demande. Dans cette perspective, il s'agirait de la rencontre entre d'un côté, des pairs aidants qui souhaitent s'investir, et de l'autre, des professionnels d'addictologie intéressés. Nous allons voir que cette analogie a ses limites. En réalité, il s'agit plutôt d'une rencontre.

⁴⁵ « Les « savoirs expérientiels » correspondent à l'ensemble des savoirs (connaissances, savoir-faire, savoir-être) acquis par une personne en lien avec son vécu. En addictologie, ce vécu expérientiel concerne : une (ou plusieurs) conduite(s) addictive(s) et ses répercussions dans différentes sphères de vie (personnelle, affective et familiale, sociale, professionnelle) ; un parcours de soins et d'accompagnement ; un rétablissement (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023).

1.3.1 Une nouvelle offre

Il arrive que des structures d'addictologie soient contactées par des personnes concernées : « *J'ai eu une candidature d'une patiente experte.* » (Amélie, directrice d'une structure médico-sociale) ; « *[À l'époque] je prospecte des services spécialisés.* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire). Du côté de « l'offre », nous pouvons identifier trois caractéristiques. Tout d'abord, il s'agit de personnes, avec un vécu de conduite addictive et un vécu de rétablissement après un parcours de soins et/ou accompagnement (voir encadré ci-dessus). Ensuite, ces personnes ont la volonté de s'investir au sein d'une structure d'addictologie afin de mettre à contribution leurs savoirs expérientiels (voir encadré ci-dessus) : « *J'avais dit à ma psy, au début du parcours de soins : "Lorsque ça ira mieux, je ne veux pas en rester là. Je veux ensuite aller auprès des personnes qui en souffrent pour les aider, pour leur dire, aussi pour témoigner, que c'est possible." Dans tous les cas, on peut en sortir. C'est pas comme beaucoup disent, ce n'est pas qu'une question de volonté, non, il faut aussi le travailler. Mais il faut savoir bien le travailler.* » (Joël, pair aidant dans une structure sanitaire). Cet investissement peut se faire selon différents statuts : bénévole (n=5/10), salarié (n=2/10), indépendant (n=2/10⁴⁶) ou même absence de statut/statut informel (n=1/10). Enfin, il apparaît chez les pairs aidants la volonté de proposer quelque chose de nouveau, différent de ce qui peut exister (cf partie 1.2), et notamment de ce que les associations d'usagers peuvent proposer. Par exemple, selon certains pairs aidants la modalité « groupe de parole », telle que pratiquée dans les associations d'usagers, ne convient pas à tous : « *Il y a un certain nombre de groupes de paroles d'associations, les personnes s'y retrouvent plus ou moins, elles n'osent pas causer [...]. Elles n'osent pas forcément pousser les portes ou quand elles le font, ne s'y retrouvent pas.* » (Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale) ; « *Moi, les groupes de parole, je n'y ai participé que deux fois et j'ai bien compris qu'en fait, c'était pas du tout pour moi.* » (Joël, pair aidant dans une structure sanitaire). Par la suite, nous verrons qu'il y a visiblement un moindre attrait qu'auparavant pour les associations d'usagers (cf partie 3.1).

1.3.2 Une demande actuelle

Intéressons-nous maintenant au côté de « la demande ». En Pays de la Loire, plusieurs indices témoignent d'un intérêt actuel des professionnels d'addictologie pour le sujet de la pair aide : les nombreuses réponses pour participer au groupe de travail de la SRAE Addictologie (allant parfois jusqu'à la rédaction de véritables mails motivés), l'important taux

⁴⁶ Il s'agit d'une même personne qui intervient dans deux services ayant répondu au questionnaire.

de réponse des structures d'addictologie au questionnaire, la disponibilité aux entretiens, les attentes exprimées (voir encadré ci-dessous).

Attentes recueillies

Dans les réponses au questionnaire, un nombre important de structures d'addictologie exprime des attentes en termes d'accompagnement aux activités de pair aidance (n=17/29). Ces attentes portent en premier lieu sur le fait de disposer d'outils supports facilitant l'intégration et/ou le travail avec un pair aidant (n=11/17, question à choix multiples) et le fait participer à des temps d'échange de pratiques avec d'autres structures qui intègrent un pair aidant (n=11/17). Les entretiens réalisés ont fait apparaître un besoin de visibilité et de partage sur l'ensemble des pratiques possibles : « *La question des pairs aidants qui participent aux temps cliniques ou aux réunions, moi c'est quelque chose qui m'intéresse.* » (Marie, psychologue dans une structure médico-sociale, elle co-anime un atelier avec un pair aidant). Il est également ressorti la nécessité de repères : « *Ce qu'on aurait besoin, c'est d'avoir une espèce de ligne de conduite sur les choses à faire et à ne pas faire. [...] Autant avec Théo ça se passe bien, si jamais on accueille un autre médiateur santé pair admettons, savoir un peu comment faire. Parce qu'on a notre expérience, mais notre expérience en fonction de quelqu'un. Ce qui est valable pour lui, n'est pas forcément extrapolable pour d'autres.* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire). Ainsi nous remarquons que ce besoin de repères n'est pas présent que chez les personnes souhaitant développer de pratiques de pair aidance, mais également chez des personnes ayant déjà pensé et formalisé de telles pratiques. C'est en lien avec ces attentes qu'a été élaboré, dans le cadre de la mission de stage, le livrable sur la pair aidance en structure d'addictologie (cf terrain de stage).

Ainsi en regardant un peu plus en détail, nous remarquons que l'intérêt des professionnels d'addictologie porte essentiellement sur une des modalités présentées (cf partie 1.2), celle des pairs aidants. Bien qu'il existe une certaine diversité de pratiques derrière ce phénomène (cf partie 1.2), il existe également un consensus. Il s'agit de l'idée que les « savoirs expérientiels » des personnes concernées (aussi appelés « vécu », « expérience ») présentent une plus-value dans le contexte de soins et d'accompagnement en addictologie. Voici quelques illustrations de plus-values relevées : incarnation d'un « *possible rétablissement* » pour les usagers (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire), « *regain de motivation* » pour les professionnels (Baptiste, médecin dans une structure sanitaire), « *bilinguisme, [c'est-à-dire] comment je traduis aux soignés ce que disent les soignants et vice versa* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire). En somme, il s'agit d'une « *expertise* » (Elodie, infirmière dans une structure médico-sociale)

qui apporte un « *autre regard* » (Joël, pair aidant dans une structure sanitaire). Cette « *complémentarité* » (Alizée, directrice d'une structure médico-sociale, et Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale) permet une « *prise en charge vraiment complète* » (Marie, psychologue dans une structure médico-sociale). La littérature nous indique également qu'intégrer des pairs aidants présente un intérêt dans un contexte de soins et d'accompagnement (voir encadré ci-dessous).

Pairs aidants : une plus-value documentée

Il existe « des bénéfices tant qualitatifs que quantitatifs à l'emploi de pair aidant dans le système d'accompagnement et de soin en santé mentale et addiction » (Waha, 2020). Il est en effet établi qu'intégrer des pairs aidants dans les organisations de soins a un impact significatif dans l'intervention précoce, dans l'accès aux soins des personnes mal insérées dans un parcours de soins ainsi que dans la réduction des ré-hospitalisations (Sells et al., 2006). Il apparaît également des effets bénéfiques (CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale, 2021) :

- Pour les personnes aidées : espoir, reprise du pouvoir d'agir, soutien social et « fonctionnement » social, empathie et reconnaissance, réduction de la stigmatisation, réduction du taux d'admission et maintien dans la communauté ;
- Pour les équipes : aide à des prises de conscience sur le point de vue du patient, réduction de la charge de travail, prise de recul sur leur façon de stigmatiser les patients, réduction des coûts liés au nombre de crises et de journées d'hospitalisation ;
- Pour le pair aidant lui-même : consolidation et poursuite du rétablissement, intégration dans une communauté (service, réseau...).

1.3.3 Offre et demande entremêlées : une rencontre de laquelle naît un projet

En réalité, l'essor de cette modalité de pair aideance ne peut se réduire à une conception dichotomique « offre » et « demande ». En effet, celles-ci sont étroitement liées. Comme le traduit les réponses des structures au questionnaire, l'origine de l'intégration d'un pair aidant est multiple : projet de la structure (n=6/10, question à choix multiples), proposition du pair aidant (n=4/10), demande des usagers accompagnés/pris en soins (n=3/10). Ainsi il s'agit d'abord d'une « *rencontre* » (Alizée, directrice d'une structure médico-sociale). En effet, il survient toujours cette idée de rencontre, avec schématiquement deux configurations, selon que la personne concernée ait été ou non suivie au sein de la structure

d'addictologie en question. Voici ce que peut nous apprendre la genèse des interventions de pairs aidants : « *Moi je l'avais déjà fait, en tant que personne accompagnée, cet atelier [sur l'estime et l'affirmation de soi]. Ça a été la première chose que j'ai faite en tant que pair aidant. En fait, avec la psychologue qui a créé ces groupes-là [...] on se connaît depuis quelques années maintenant. Et donc elle m'a proposé effectivement de co-animer avec elle [...]. Elle m'a proposé, donc c'est à son initiative, d'être pair aidant. [...] C'est elle qui m'a suivi mais ce n'est plus le cas actuellement. C'est comme ça qu'on s'est rencontré.* » (Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale) ; « *Carole a d'abord tapé à la porte de Sébastien [médecin dans une structure sanitaire]. Je crois par un mail au service ou un coup de téléphone. C'est Sébastien qui a répondu. [...] J'étais pas à la première rencontre, j'étais à la deuxième avec Sébastien et ça a fait "tilt" assez rapidement. En termes de personnalité, moi je l'aime beaucoup, et puis en termes de compétences, rapidement, on sentait que ça pouvait matcher dans plein de choses.* » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire).

C'est de cette rencontre qu'aboutie la réalisation de projets variés. Certains de ces projets consistent en l'implication de pairs aidants dans certaines activités de soins et d'accompagnement (qui peuvent d'ailleurs être créées à l'occasion). D'autres projets consistent à intégrer un nouveau professionnel au sein de l'équipe d'addictologie. Il existe donc des singularités propres à chaque projet. Celles-ci sont liées à la fois au contexte de la structure d'addictologie (public soigné/accompagné, dynamique institutionnelle...) et aux personnes investies dans le projet (pair aidant, membres de l'équipe de soins et d'accompagnement, cadre de santé/chef de service, médecin chef de service, direction...) (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023). Nous aborderons par la suite quelques spécificités propres à chaque pair aidant (cf partie 2.2). Afin d'illustrer la myriade de possibilités, prenons le cas de deux structures d'addictologie. Premier cas de figure, il s'agit d'une structure médico-sociale. Celle-ci a récemment mené une réflexion institutionnelle afin permettre l'émergence de divers projets de pair aide : « *On a monté un groupe avec les professionnels qui étaient intéressés pour pouvoir construire et nourrir notre réflexion sur la pair aide [...] C'était à cheval 2021-2022 [...] à peu près sur un an. Avec plusieurs rencontres. Ça s'est fait aussi en lien avec des potentiels pairs aidants.* » (Elodie, infirmière dans une structure médico-sociale). Cette réflexion a notamment abouti à l'élaboration de documents à usage interne : une charte commune et une trame de fiche mission. Un des exemples mentionnés ci-dessus concernant la rencontre (un pair aidant co-animant avec une psychologue un atelier « estime et affirmation de soi ») fait partie des projets mis en place depuis. En voici un autre : « *Au CAARUD, on a un pair aidant avec qui on a fait une première mission de trois mois. Il était présent sur l'accueil collectif du vendredi après-midi pour être avec nous, accueillir les gens, partager son expérience, pouvoir donner du matériel. Il s'était mis en mission de faire le café, il accueillait et "je vous sers un café ?" et*

puis pouvoir échanger. En fait, il créait le dialogue avec ça. » (Elodie, infirmière dans une structure médico-sociale). Il est intéressant de remarquer que cet exemple entre aussi dans ce que nous avons identifié plus tôt concernant la démarche communautaire et la RdR (cf partie 1.2). En l'occurrence, la structure d'addictologie en question a en quelque sorte réinventé ces éléments sous le jour de la pair aide. L'autre cas de figure que nous pouvons prendre concerne une structure sanitaire. Celle-ci a monté un projet en 2020-2021 en vue d'intégrer un médiateur de santé pair⁴⁷ en tant que ressource pour l'équipe et partenaire pour les soins (document à usage interne à la structure). Ils ont rencontré, plus ou moins par hasard, la personne qui a rejoint leur équipe : « *En fait, initialement nous avons un projet de médiateur santé pair sur [une structure sanitaire]. Et Monsieur M. [Théo] s'était présenté sur [une autre structure sanitaire] où je travaille aussi. [...] Il avait un diplôme de psychopraticien et il voulait savoir si ça intéressait le service d'addictologie. Comme ça fait partie des médecines un peu parallèles, à l'hôpital, on n'était pas forcément preneur. Il a pu dire qu'il avait été hospitalisé, lui, en addictologie [sur une des deux structures évoquées] il y a vingt ans, quelque chose comme ça, au début des années 2000, et maintenant rétabli. De fil en aiguille, on lui a dit : "Nous, on a peut-être un projet aussi de médiateur santé pair". Et du coup, c'est comme ça que lui, il s'y est intéressé aussi. Il avait fait plein de recherches. [...] De fil en aiguille, on a construit ce projet. [...] Ça a mis à peu près un an, le temps que tout se dégoupille et ça a pu commencer en janvier 2022.* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire). En raison des singularités dont nous parlions précédemment, ces deux cas de figures ne sont évidemment pas représentatifs de la diversité des situations rencontrées.

Par ailleurs, ces exemples permettent de souligner que nous avons retrouvé quasi-systématiquement de la co-construction (Gross, 2018). Voici par exemple la manière dont la structure médico-sociale (celle que nous avons mentionnée plus haut) a mené sa réflexion institutionnelle : « *Ça s'est fait aussi en lien avec des potentiels pairs aidants. On a convié des usagers à nos réflexions. Que ce soit sur l'image qu'eux, ils pouvaient avoir de la pair aide, comment ils pouvaient imaginer la pair aide. Et aussi sur ce qu'ils pouvaient proposer à partir de leurs compétences, pour pouvoir envisager quelque chose. Après, chaque document, on les a portés à leur connaissance, on les a retravaillés après avec leur réflexion. [...] C'était le début de la pair aide au final, parce qu'ils étaient vraiment présents dans ce travail de construction.* » (Elodie, infirmière dans une structure médico-sociale). La co-construction peut se traduire comme la volonté de faire à partir de la personne concernée : « *Au niveau du CSAPA [...] avec une paire aidante [Marion]⁴⁸, on*

⁴⁷ Il s'agit d'une des voies possibles de professionnalisation (au sens d'activité professionnelle), pour les pairs aidants choisissant une telle perspective (cf partie 2.2).

⁴⁸ Dans cet exemple, il s'agit d'une personne de l'entourage. Dans ce contexte, le terme « pair aidant » ne fait pas toujours l'unanimité. Néanmoins, cela n'enlève rien à sa légitimité de mobiliser ses savoirs expérientiels.

a monté un atelier d'expression par le Slam. On démarre le vingt-six janvier, en six séances. Ça part vraiment des compétences de cette paire aidante. [...] Elle avait vraiment envie de pouvoir participer à la pair aidance, sous plein de formes différentes. [...] On a monté le projet ensemble, on l'a écrit ensemble. Pour elle, c'est vraiment passer par l'écrit, pour pouvoir aussi nommer des émotions. C'est une manière de pouvoir parler de ses émotions quand c'est difficile de les nommer, c'est aussi travailler l'estime de soi par le biais de l'écrit. » (Elodie, infirmière dans une structure médico-sociale). Mais cette co-construction s'inscrit également dans un réel intérêt de soins et d'accompagnement, porté par l'équipe de professionnels : *« On a aussi évalué auprès de l'équipe s'ils pensaient que c'était pertinent de monter un groupe de parole. Ça, c'est vraiment co-crée avec tout le monde. »* (Marie, psychologue dans une structure médico-sociale) ; *« Et le lendemain [après une prise de contact], je rencontre les docteurs L [Sébastien] et R. [Benjamin] [...]. Mon idée, c'était d'abord de sonder le besoin : est-ce qu'il y a un besoin d'entendre cette voix de la maladie ? [...] Ils me disent : "Carole ne cherchez plus, les soignés ne demandent que ça." [...] Je dis : "Ok, donc ça c'est un besoin. Mais est-ce qu'il y a une demande des soignants derrière ?" [...] Quand je les rappelle, ils me disent : "oui, on souhaite ça, on a une demande pour ça, et de votre idée on voudrait en faire un projet." »* (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire).

Nous remarquons également que cette dimension projet se perçoit sur un versant méthodologique. Au-delà de la seule rencontre, plusieurs étapes traduisent la mise en œuvre d'une démarche projet⁴⁹ : conception, temporalité, parties prenantes, suivi de projet, réajustement, évaluation, dimension financière... Les différents projets rencontrés n'ont pas tous formalisé l'ensemble de ces étapes. Néanmoins, il convient de souligner qu'en vue de développer des pratiques de pair aidance, il ne s'agit pas uniquement de positionner physiquement une personne concernée au sein d'une structure de soins et d'accompagnement. Derrière l'intégration de pairs aidants dans les structures d'addictologie des Pays de la Loire, se trouve de véritables projets réfléchis et travaillés.

⁴⁹ Un projet est « un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant les contraintes de délais, de coûts et de ressource » (Norme internationale ISO 10006, 2003).

1.4 Synthèse partie 1

Dans cette partie, nous avons vu que la pair aidance correspond à une notion ancienne, sous couvert d'un terme contemporain. Une des modalités possibles est nouvelle : l'intégration de pairs aidants en structure d'addictologie. Ce phénomène se traduit actuellement par un essor en Pays de la Loire. La volonté d'intégrer les savoirs expérientiels des personnes concernées est à l'origine de rencontres et de projets. Cependant, n'oublions pas que les associations d'usagers représentent également une figure phare dans le paysage de l'addictologie. En effet, rappelons que « les mouvements d'entraide aux personnes [souffrant d'addictions] ont été les pionniers de leur prise en charge et de leur accompagnement. » (Moureau, 2016). C'est pourquoi dans la partie suivante, nous allons nous intéresser plus en détail à la fois aux pairs aidants et aux associations d'usagers.

2 Analyse de deux figures principales de pair aideance

Parmi les différentes modalités de pair aideance en structure d'addictologie, évoquées dans la partie précédente (partie 1.2), deux figures principales semblent se démarquer. D'un côté, il y a les associations d'usagers, figure ancienne et toujours active. D'un autre, il y a les pairs aidants, figure récente et en essor aujourd'hui. Dans cette partie, nous allons caractériser ces deux figures, sans nous limiter à leur présence dans les murs des structures d'addictologie. Nous allons ainsi déterminer les spécificités de chacune d'elles, vis-à-vis de la pair aideance.

2.1 Associations d'usagers

Commençons par les associations d'usagers. Ici, nous allons les caractériser, analyser les évolutions qu'elles ont connues et réinterroger leur rôle en structure d'addictologie (qui s'avère plus subtile que décrit précédemment).

2.1.1 Caractéristiques principales : des associations anciennes couvrant le territoire

À partir des réponses au questionnaire, il ressort que les associations d'usagers présentes en Pays de la Loire ont, pour l'essentiel, une ancienneté d'existence sur le territoire. Sur les seize réponses au questionnaire, dix associations (soit onze répondants) sont présentes depuis avant 2000 (dont sept depuis avant 1980). L'ensemble de ces anciennes associations constituent des déclinaisons (sous formes d'antennes) locales, départementales ou régionales d'associations avec une portée nationale (voire internationales). Pour chacune, « l'association mère », dont elles sont la déclinaison, a été fondée antérieurement à l'année d'installation sur le territoire régional (Moureau, 2016). Ces « associations mères » sont connues dans le champ de l'addictologie et pour la plupart reconnues d'utilité publique. Voici la liste de ces associations : Addictions Alcool Vie Libre, Adixio, Al-Anon Alateen, Alcool Assistance, Alcool Écoute Joie et Santé, Alcooliques Anonymes, Entraid'addict, La Croix bleue, Les Amis de la Santé, Narcotiques Anonymes. À l'origine, la quasi-totalité de ces associations était portée exclusivement sur l'addiction à l'alcool (nous allons détailler par la suite une évolution).

Il existe également quelques associations plus récentes (dont l'existence est ultérieure à l'an 2000). Créées entre 2000 et 2010, nous pouvons mentionner Anorexie Boulimie Ouest et Solidarités Anorexie Boulimie, qui sont des associations construites sur le même modèle

(sous la forme d'antennes), mais relatives à certaines addictions comportementales. Nées approximativement sur la même période, nous trouvons d'autres associations d'usagers, exclusivement locales, centrées sur la problématique de l'alcool. En voici quelques exemples : Franchir Le Pas, Nouvelle Vie sans alcool, Vaincre Ensemble, Vivre Sans Alcool. Enfin, il existe d'autres associations encore plus récentes (créées après 2010 voire après 2020) par exemple : Je Ne Fume Plus⁵⁰, ZAP Addictions.

Notons qu'à part Narcotiques Anonymes, nous n'avons pas mentionné d'associations affiliées à l'ancien champ « toxicomanie », telles que AIDES. En raison de l'institutionnalisation de la RdR (cf partie 1.2), de telles associations semblent agir aujourd'hui principalement par l'intermédiaire de structures médico-sociales (que nous avons catégorisées en tant que structures d'addictologie). Il existe aussi un autre groupe d'autosupport emblématique : ASUD (Jauffret-Roustide, 2002). Celui-ci ne semble visiblement pas actif en Pays de la Loire.

Dans la suite de notre réflexion, nous nous concentrerons essentiellement sur les associations avec une ancienneté d'existence. Pour autant, cela ne nous empêchera pas de nous appuyer sur les plus récentes pour illustrer notre propos. Revenons maintenant un peu plus dans le détail des pratiques de pair aide des associations d'usagers.

2.1.2 Évolutions des pratiques de pair aide en lien avec les évolutions sociales

Puisque la plupart des associations actives en région ont une certaine ancienneté, nous pouvons nous demander si les pratiques de pair aide ont évolué au cours du temps. Nous allons voir que les associations sont marquées par une extension du champ de reconnaissance des pairs et par un changement de la manière d'accompagner. Ces évolutions se sont opérées en lien avec deux phénomènes : l'extension du domaine des addictions et le passage à l'approche « réduction des risques ». Pour détailler ces deux évolutions, nous allons essentiellement nous appuyer sur les propos d'un enquêté (voir encadré ci-dessous).

Présentation d'un enquêté : personne-ressource pour cette partie

Yoan est médecin addictologue « *en retraite depuis quatre ans* », ayant exercé « *à temps plein pendant trente-quatre ans* » dans un « *centre de post-cure⁵¹ [...] comme on*

⁵⁰ Cette association n'est pas basée en Pays de la Loire mais est amenée à y intervenir.

⁵¹ Ce type de structure est devenu par la suite Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) puis plus récemment Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) en addictologie.

l'appelait à l'époque ». Il fait part d'un « lien très très fort entre l'équipe et les groupes d'entraide [du territoire], qui ont été très vite impliqués [dans l'établissement] » ; « C'était une collaboration très très riche. Si on l'a fait pendant trente-quatre ans, c'est que ça nous semblait important. Et ça a vraiment créé une dynamique, ça a permis aussi à nous soignants, de tout le temps évoluer avec eux. » (Yoan). Par ailleurs, Yoan exerce une fonction dans le milieu associatif au niveau national : « Depuis 1983, donc ça fait quarante ans cette année, je suis animateur d'un groupe au niveau de la Société Française d'Alcoologie, un groupe de travail où se rencontrent tous les responsables nationaux d'associations (donc les grandes associations d'entraide), mais également un certain nombre de groupes locaux et professionnels. » (Yoan). Il entretient aussi une activité au niveau de son département : « Depuis 2003, j'anime aussi un groupe de travail départemental inter associatif. » (Yoan). L'expérience de cette personne constitue une ressource précieuse, c'est pourquoi cette partie s'appuie essentiellement sur ses propos.

- **Extension des addictions et élargissement du champ de reconnaissance des pairs**

Tout d'abord, le champ de l'addictologie est marqué historiquement par une « extension du domaine des addictions » (Couteron, 2019) (voir encadré ci-dessous). Celui-ci a eu un impact sur les associations d'usagers (et aussi sur les structures d'addictologie).

Extension du domaine des addictions aux substances psychoactives

« Au cours des années 1990 émerge une manière inédite de percevoir la consommation de substances psychotropes dont la principale caractéristique est de ne plus établir de distinction entre les différents produits concernés. L'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie sont désormais appréhendés à travers le vocable "addictions" sur lequel repose cette conception transversale de l'usage de "drogues" » (Fortané, 2010). Ce changement de perception a été amené par un « coup de force symbolique de la dopamine [...], neurotransmetteur commun à l'ensemble des "substances psychoactives" » (Fortané, 2010). En France, cela a notamment été introduit sur la scène politique et médiatique avec le rapport au secrétariat d'Etat à la Santé sur la dangerosité des drogues (Roques, 1999). Par cette extension, « on est passé d'une conception qui mettait en avant le produit, à une conception qui met en avant le comportement de consommation et le contexte dans lequel il se déroule » (Reynaud, 2016a).

En lien avec cette évolution, les associations se sont visiblement ouvertes à l'ensemble des addictions. En effet, « *la plupart des groupes d'entraide dans les années 80, 90, 2000 et jusqu'en 2010, c'était plutôt centré sur l'alcool, c'était la porte d'entrée* ». Puis « *ils se sont ouverts à d'autres addictions. Ils se sont formés aussi dans ce domaine-là.* » (Yoan). Néanmoins, cela n'a pas nécessairement été aisé : « *c'est quelque chose qui, au départ, les a un peu bousculés parce qu'ils avaient une méconnaissance des autres addictions.* » (Yoan). Précisons qu'avant l'élargissement de la définition des addictions, le contexte social était marqué par un fort clivage « alcool » et « toxicomanie », lié aux représentations sociales de l'époque (voir encadré ci-dessous).

Clivage alcool - toxicomanie

Ce clivage s'explique par une « représentation sociale séparée » (Reynaud, 2016b). En effet, celui-ci était « [porteur] d'une idéologie morale centrée sur les produits, mauvais d'un côté, bons de l'autre. Une idéologie laissant penser que la toxicomanie était une intoxication par "la drogue", un groupe de produits mauvais puisqu'illicites, par la faute d'usagers déviants dont le soin ne pouvait s'imaginer que par la contrainte d'une cure de "désintoxication". Une idéologie considérant l'alcoolisme comme une perte de contrôle par quelques consommateurs, trop faibles, de la substance la plus valorisée au monde, l'alcool, dont la réhabilitation passait par une cure de sevrage et l'abstinence qu'elle devait instaurer. » (Morel & Couteron, 2019).

Ce clivage se retrouvait ainsi dans les associations d'usagers jusqu'à la dénomination même des pratiques de pair aide : « entraide » (Moureau, 2016) d'un côté et « auto-support » (Chappard et al., 2019; Jauffret-Roustide, 2002) de l'autre (cf partie 1.1). Par ailleurs, ce clivage était également présent dans les structures d'addictologie, organisées selon des « dispositifs spécialisés » (Reynaud, 2016a) souffrant d'un « cloisonnement étanche [...] toxicomanie-alcool-tabac » (Reynaud, 2016b).

Cela étant, les associations « *ont évolué en fonction des publics qu'elles recevaient.* » (Yoan). Cette adaptation s'est traduite concrètement : « *Il y a beaucoup de groupes d'entraide qui ont changé leur nom pour le terme d'addictions* ». Par exemple : « *"La croix d'or", qui était un mouvement d'inspiration religieuse, au départ catholique, est devenu en 1999 "Alcool assistance croix d'or", puis ensuite est devenue "Alcool assistance", ils ont quitté ce mot "croix". Et puis ils sont devenus maintenant depuis deux-trois ans "Entraid'addict". Autre exemple : "Vie libre", qui s'appelait "Vie libre" depuis 1953, est devenue il y a quelques années "Addictions Alcool vie libre"* ». Nous remarquons qu'ils « *ont quand même mis "addictions" et "alcool" en parallèle* ». (Yoan). Ainsi, malgré cette

ouverture, l'héritage du clivage semble encore présent pour certaines associations, comme en témoigne le discours de ce bénévole : « *Pour moi [...] il est plus compliqué de faire de l'accompagnement de personnes ayant des addictions à des produits psychoactifs autres que l'alcool. On parle toujours par rapport à notre expérience, bien sûr. D'ailleurs c'est pour ça que nous souvent, on oriente les gens qui sont sur des produits [...] vers le groupe des Narcotiques Anonymes.* » (Antoine, bénévole d'une association d'utilisateurs). De même, nous pouvons faire remarquer que la Société Française d'Alcoologie, dont fait partie Yoane ne s'est pas renommée Société Française d'Addictologie. Du côté des structures d'addictologie, il semble par ailleurs que certaines soient elles aussi, toujours empreintes d'une certaine « couleur »⁵², au regard de leur « *file active* » d'utilisateurs/patients (échange informel avec Sarah, directrice d'une structure de coordination en addictologie).

Pour faire le lien avec le sujet de ce travail, nous pouvons interpréter cette évolution par un élargissement de la notion de « pair » (cf introduction). Ainsi, avant l'évolution de la définition des addictions, l'identification entre pairs dans le monde associatif était étroitement liée à la notion de substance consommée (et de dépendance à cette substance). Aujourd'hui, l'identification entre pairs apparaît comme une reconnaissance vis-à-vis d'un vécu de conduites addictives (au sens large) et donc une reconnaissance vis-à-vis d'une souffrance. En effet, la dépendance pouvant être comme une « maladie des émotions » (Lowenstein, 2005). Cela étant, « l'addiction est [...] une maladie, mais elle n'est pas que cela : elle est aussi l'expression d'une difficulté sociale et d'un questionnement singulier » (Couteron, 2006). Aujourd'hui, nous admettons que la reconnaissance entre pairs se fait en lien avec « l'expérience addictive, l'expérience d'un parcours de soins addictologiques et l'expérience d'un rétablissement » (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023).

L'extension du domaine des addictions ne s'arrête pas là. En effet, à l'instar de la définition énoncée au début de ce travail (cf introduction), les addictions intègrent également aujourd'hui « des comportements jusque-là séparés » (Couteron, 2019). C'est pourquoi on parle de « conduites addictives » (Fortané, 2010) ou de « pratiques addictives »⁵³ (Reynaud, 2016a). Cela dit, les associations semblent conserver ce type de spécificité. À titre d'illustration, il existe en région l'association Solidarité Anorexie Boulimie et l'Association Anorexie Boulimie Ouest. Cette distinction est visiblement aussi conservée dans les structures d'addictologie, par exemple le service d'addictologie du CHU de Nantes dispose de deux unités d'hospitalisation à temps complet : une pour les addictions

⁵² Entendre ici coloration « alcoologie » ou « toxicomanie ».

⁵³ Et plus précisément de « pratiques de consommation susceptibles d'induire une addiction » (Reynaud, 2016a).

alimentaires et comportementales et une autre pour les addictions aux substances psycho-actives (CHU de Nantes, 2018).

- **Réduction des Risques (RdR) / Réduction des Risques et des Dommages (RdRD) et changement de la manière d'accompagner**

Une autre évolution majeure a eu lieu dans le champ de l'addictologie : il s'agit du passage à une approche « centrée sur la réduction pragmatique des dommages⁵⁴ » (Reynaud, 2016a). Nous avons précédemment indiqué (cf partie 1.2) que la RdR consiste « à soutenir les personnes et trouver avec elles des solutions adaptées à leurs pratiques et dans le respect de celles-ci afin de réduire les risques de contamination et/ou de transmission du VIH et des hépatites » (AIDES, 2023). En réalité, cette approche ne restreint pas qu'à l'ancienne filière « toxicomanie » : « la consommation contrôlée apparaît comme le principal paradigme de la réduction des risques appliquée à la consommation d'alcool » (Michel & Morel, 2012) (voir encadré ci-dessous).

La consommation contrôlée

Dans le contexte de prise en soins de dépendance à l'alcool, le « sevrage » a longtemps été la seule réponse (Haute Autorité de Santé, 1999). Toutefois aujourd'hui, deux objectifs possibles sont admis : l'abstinence et la consommation contrôlée. Ces deux objectifs n'ont pas la même indication : « L'abstinence est un objectif de consommation préférable chez les personnes souffrant d'une addiction sévère, ou d'un mésusage d'alcool [...] associé à des maladies somatiques ou psychiatriques importantes. Certains patients ne s'engagent pas dans cette voie, même s'ils l'ont déjà tenté soit parce qu'ils n'arrivent pas à accepter cette idée de stopper totalement la boisson éthylique, soit parce qu'ils ne s'en estiment pas capables. » (Karila, 2018a). La pratique de la consommation contrôlée présente une certaine efficacité : « De multiples études épidémiologiques [...] montrent que chez des patients présentant un usage problématique d'alcool et débutant une prise en charge, l'objectif d'une consommation contrôlée peut être atteint et se maintenir dans le temps, voire évoluer à terme vers une abstinence. Cependant, le retour à un usage problématique d'alcool est plus fréquent chez ces sujets que chez ceux devenus abstinentes au cours de la prise en charge initiale. » (Michel & Morel, 2012). C'est donc en cela que la RdRD est une « autre philosophie du soin » (Reynaud, 2016a).

⁵⁴ Institutionnalisation de la RdR en 2004 puis évolution en RdRD en 2016 (cf partie 1.2).

Le passage à la vision RdRD a marqué les structures d'addictologie (cf partie 1.2) mais également les associations d'usagers. Cela s'est visiblement opéré en deux temps : l'articulation entre associations et structures se serait trouvée questionnée durant un intervalle où il existait un décalage de vision (échange informel avec Sarah, directrice d'une structure de coordination en addictologie).

Jusqu'alors, les associations d'usagers étaient construites autour de la vision centrale de s'affranchir de la dépendance par l'arrêt de toute consommation : « *Leur fonctionnement [celui des associations] était quand même basé beaucoup, dans les années 80-90, sur l'abstinence en tant qu'objectif.* » (Yoan). Les associations ont été (et peuvent toujours être) confrontées à une autre demande possible : « *Il y a des patients qui viennent dans les groupes en disant "moi, mon but c'est pas d'arrêter l'alcool, c'est de réduire ma consommation".* » (Yoan). Cela est apparu comme une « *étape [...] compliquée [pour les associations]* » (Yoan). Nous avons vu qu'une des caractéristiques de l'addiction est « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement » (Reynaud, 2016a). Ainsi, cette idée de « consommation contrôlée » pouvait apparaître comme antinomique pour les associations. Yoan rapporte ainsi les propos de bénévoles d'association : « *Nous-mêmes, au départ, on a été dans des tentatives de consommation contrôlée [mais non étayées, entre autres par des traitements, car le seul objectif de soins reconnu était le sevrage]. [...] Pendant des années on a essayé de se convaincre qu'on pouvait réduire et que ça allait mieux. Ça allait mieux pendant certaines périodes et ça se dégradait.* » (Yoan). De plus, ce n'est pas uniquement la consommation contrôlée mais un ensemble d'éléments relatifs à la RdRD qui a pu les déstabiliser : « *Quand il y a eu le Baclofène, la question des CAARUD et la question de la réduction des risques, ça a quand même beaucoup bousculé.* » (Yoan). L'arrivée d'un nouveau médicament (voir encadré) a ainsi remis en question les associations : « *Les gens venaient en association en disant "alors j'ai tant de comprimés de Baclofène, moi j'arrive à boire comme tout le monde" [...] ça bousculait quand même le fonctionnement du groupe.* » (Yoan).

Baclofène : clés de compréhension

À l'origine, le Baclofène est un médicament « myorelaxant [...] utilisé dans la prise en charge de spasticités » (Vidal, 2017). En 2004, un cardiologue franco-américain (Olivier Ameisen) souffrant d'une dépendance alcoolique sévère décrit les résultats d'une expérimentation sur lui-même (Ameisen, 2005). Selon ses résultats, le Baclofène lui a permis de devenir indifférent à l'alcool et de ne pas réveiller d'envies irrésistibles de boire (craving) (Karila, 2018b). Il publie en 2008 un livre grand public : *Le Dernier Verre* (Ameisen, 2008). Cette potentielle découverte du traitement de l'alcoolisme est suivie

d'un « intense buzz médiatique » ainsi que d'une controverse scientifique concernant l'efficacité et la sécurité du médicament (Association Addictions France, 2018). Aujourd'hui, le Baclofène a une indication thérapeutique dans la prise en charge de l'alcoolisme, mais en dernier recours (Haute Autorité de Santé, 2021). Ainsi il ne s'agit pas d'un médicament « miracle », bien qu'il ait pu apparaître comme tel durant la controverse (Association Addictions France, 2018). Il peut toutefois aider à suivre une consommation contrôlée grâce à la maîtrise du craving (s'inscrivant ainsi dans la RdR).

Cela étant, les associations ont visiblement su adopter cette vision nouvelle : « *Après ils ont bien développé que l'abstinence, c'était le moyen, c'était pas l'objectif. L'objectif, c'était la qualité de vie. [...] La qualité de vie [...] peut être dans une consommation contrôlée, [si elle] permet d'aller mieux.* » (Yoan). Par ailleurs, les personnes concernées par des problématiques addictives peuvent ressentir un sentiment d'accablement lorsque qu'elles se trouvent faces à un objectif jugé inatteignable, c'est pourquoi cette perspective RdR est pragmatique : « *Tantôt [...] quand quelqu'un qui est en souffrance avec l'alcool venait dans les groupes alors qu'ils ne parlaient que de l'abstinence, comme un but en soi, effectivement on comprend que ça pouvait leur faire peur.* » (Yoan). Pour quelques associations ou selon la philosophie des antennes (locales ou départementales), cette adaptation est peut-être à nuancer. Par exemple, le modèle des Alcooliques Anonymes et des Narcotiques Anonymes reste connu pour être centré sur l'abstinence (voir encadré ci-dessous).

Narcotiques Anonymes : un ancrage sur l'abstinence ?

Un élément fondamental à l'association Narcotiques Anonymes est la recherche de la vie sans produit : « Nous nous réunissons régulièrement pour nous entraider à rester abstinents. C'est un programme d'abstinence complète de toute drogue. La seule condition pour devenir membre est le désir d'arrêter de consommer. » (Narcotiques Anonymes, 1989). Un bénévole de cette association justifie cela par l'expérience bénéfique associée : « *L'abstinence [...] moi je sais que ça m'a aidé, et qu'il y a pas mal de gens que ça a aidé aussi. C'est ça que j'ai envie de continuer à faire, à poursuivre quoi, à faire vivre.* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale). Cela dit, il témoigne d'une certaine ouverture d'esprit : « *Certaines personnes ne souhaitent pas [l'abstinence], j'ai aucun problème avec ça.* » (Dimitri). L'abstinence est alors proposée comme une voie possible de rétablissement : « *Ce que je peux retransmettre aux autres, c'est que : "Nous voilà, nous on fait ça. Ça te convient ou ça te convient pas ?" Moi, c'est vraiment dans l'idée de retransmettre aux personnes qui arrivent [...] qu'on peut leur proposer une aide dont ils peuvent se saisir ici.* » (Dimitri).

Exprimée ainsi, c'est-à-dire assumée de façon consciente et non dogmatique, l'abstinence ne semble pas s'opposer à la perspective de réduction des risques.

D'une manière générale, il semble que la réduction des risques représente « *un langage que maintenant [les associations] sont capables d'entendre* ». Celles-ci « *ont compris en quoi ça pouvait être utile* » et elles « *sont maintenant en capacité d'accompagner dans cette réduction des risques* » (Yoan, médecin retraité et bénévole dans une fédération associative). Nous remarquons alors que ce changement de prisme est associé à une évolution de la manière dont les membres d'association accompagnent, témoignant donc d'une évolution de leurs pratiques de pair aideance.

2.1.3 Collaborations : un rôle varié d'une structure d'addictologie à l'autre

Après ce cheminement historique, revenons aux pratiques actuelles pour nous réintéresser aux liens entre les associations et les structures d'addictologie. Pour rappel, nous avons montré précédemment (cf partie 1.2) que les associations interviennent généralement en structure pour animer des groupes de parole et/ou présenter leur association. Sur demande d'usagers/patients pris en soins/accompagnés en structures, les associations peuvent également intervenir de façon individuelle (par exemple sous la forme de visite de première rencontre ou d'échange téléphonique). Cela étant, les entretiens réalisés ont mis en exergue des subtilités que nous allons détailler ici. En effet, le lien entre les associations d'usagers et les structures d'addictologie semble plutôt à géométrie variable. Cela se répercute sur les pratiques de pair aideance.

La présentation de l'association semble être le moyen d'entrée en structure, la raison du premier contact : « *Aller présenter l'association et ce qu'on fait, ça fait partie des missions de l'association [...] c'est un peu le cœur de notre action.* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale). De prime abord, nous pourrions penser que cela n'implique pas de pair aideance. Toutefois, ce type d'espace peut être propice à la reconnaissance mutuelle et à l'émergence d'une relation : « *[Au sein d'une structure sanitaire A] ou [au sein d'une structure sanitaire B] ce n'était pas sous forme de groupe de parole. Mais les gens quand même se livrent. Ils se livrent quand même pas mal.* » (Dimitri) ; « *[Au sein d'une structure sanitaire C], c'est présentation et discussion avec les gens qui sont là.* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers).

Les réponses au questionnaire indiquent que l'intervention des associations d'usagers est « systématiquement proposée aux usagers⁵⁵ » (n=11/14 pour les structures, n=19/24 pour les associations) de la structure d'addictologie. Dans la pratique, il existe deux principales façons de proposer ces interventions : soit les usagers/patients de la structure ont le libre-choix d'y participer, soit ils sont incités fortement (voire contraints) d'y participer : « *[Au sein d'une structure sanitaire A⁵⁶], c'était accès libre [...] [au sein d'une structure sanitaire B], c'était inclus dans leur parcours de soins.* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale). Dans le premier cas de figure (en accès libre), cela peut se faire sous la forme d'une « permanence », par exemple « *sur le temps de midi [ici dans un contexte d'un hôpital de jour].* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers). Cette configuration expose cependant au risque que l'association ne rencontre aucun usager/patient : « *[Au sein d'une structure sanitaire] [...] on nous a proposé depuis cette année, depuis janvier, sur le temps de midi (entre 12h30 et 14h) [...]. Pour l'instant on l'a fait deux fois, on a vu une personne. Ça n'a pas été encore très concluant, mais bon c'est nouveau.* » (Romane) ; « *[Au sein d'une structure de santé mentale, avec une partie addictologie] [...] là c'est pareil, c'est facultatif. Donc quelquefois on y allait pour rien.* » (Romane). Cela semble renforcé par un certain désinvestissement du milieu associatif (cf partie 3.1). Autre possibilité, astreindre les usagers/patients à rencontrer les associations d'usagers : « *[Au sein d'une structure sanitaire] [...] les gens qui sont en soins, il y a une dizaine de personnes, sont obligés de participer.* » (Romane) ; « *[Au sein d'une structure de santé mentale, avec une partie addictologie] [...] il y a maintenant un peu plus obligation de venir.* » (Romane). Effectivement, la participation aux temps animés par les associations peut faire partie du contrat de soins des usagers/patients : « *Il y avait quatre réunions par mois [animées à tour de rôle par des associations différentes] et les patients devaient assister au moins à deux réunions par mois [...] ça faisait partie des soins d'assister à deux réunions par mois.* » (Yoan, médecin retraité et bénévole dans une fédération associative).

Par ailleurs, soulignons que les collaborations entre associations d'usagers et structures d'addictologie ne se limitent pas à l'intervention des premières au sein des secondes. Par exemple « *Ça peut arriver que des fois, des personnes qui sont en hospitalisation puissent avoir des autorisations de sorties pour aller au groupe de parole [animé en ville par l'association].* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale) ; « *Je sais qu'à Rennes [...] [des bénévoles de l'association] vont chercher [...] ceux qui le souhaitent. Ils ont créé pas mal de ponts avec un hôpital où ils vont chercher directement les personnes, un soir, pour les amener au groupe de parole. Et*

⁵⁵ Pour tous ou pour une partie des personnes soignées/accompagnées au sein de la structure.

⁵⁶ D'une citation à l'autre, les structures nommées A ou B ne sont pas nécessairement en rapport.

après ils les ramènent. » (Dimitri). Autre possibilité, l'association peut permettre à une personne d'accéder aux soins (voir encadré ci-dessous).

Service d'Accompagnement aux Soins : « ramener-vers »

Il existe une forme de collaboration spécifique à un des départements des Pays de la Loire. « *En Mayenne [...] on a créé un service particulier qui s'appelle le SAS, le Service d'Accompagnement aux Soins.* » (Yoan, médecin retraité et bénévole dans une fédération associative). Ce service, porté par le RIAM (Réseau des Intervenants en Addictologie de la Mayenne)⁵⁷, fonctionne grâce à « *quatre associations du département qui sont partenaires de ce service* ». Concrètement, « *il y a des professionnels qui font appel à eux, essentiellement les CSAPA ou [une structure sanitaire]. Pour un patient qui doit venir en consultation [...] le bénévole va chercher le patient à son domicile [pour l'accompagner et le ramener ensuite]* ». Un tel contexte est favorable à l'émergence de pair aidance : « *Il se passe des choses importantes dans la voiture, le côte-à-côte fait [...] qu'ils disent des choses importantes.* » (Yoan). Une telle organisation permet donc, dans un « *département rural* », un accès aux soins pour des personnes qui « *sont souvent isolées* » (Yoan). En effet, « *avec l'addiction [...] ils font un peu le vide autour d'eux, il y a parfois des gens qui ont plus trop de famille autour d'eux, plus d'amis, qui ont plus de permis de conduire, ont plus de voiture* » (Yoan). De plus, cela « *assure une certaine sécurité du transport* » pour « *des patients qui ont encore leur permis mais qui sont alcoolisés, qui sont dépendants physique* » (Yoan). Ce service, assuré bénévolement par des associations, est particulièrement en lien avec les besoins identifiés sur le territoire. Une personne de l'ARS des Pays de la Loire qualifie ce service de « *très intéressant* » sur la question de l'accès aux soins. En effet, à la différence des actions classiques d'« *aller-vers* » (dans lesquelles les professionnels d'addictologie vont vers des usagers éloignés des soins), il s'agit-là d'une action de « *ramener-vers* » (échange avec Eléonore, personnel de l'ARS Pays de la Loire).

Nous venons de montrer que le rôle des associations d'usagers en structure d'addictologie est assez varié. Ce rôle est le fruit d'une concertation : « *On échange [...] les échanges se font quand même beaucoup avec les cadres de service.* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale). Néanmoins, cela s'apparente visiblement plus à une adaptation des associations aux conditions proposées par les structures qu'à une totale décision partagée : « *On a notre mot à dire [...] c'est souvent eux [les cadres] quand même qui fixent les règles.* » (Dimitri). Cette idée est

⁵⁷ Réseau départemental, antérieur à la création de la SRAE Addictologie, qui maintient une certaine activité aujourd'hui.

soutenue par le fait qu'une même association peut intervenir différemment d'une structure à l'autre. Énonçons plusieurs arguments en ce sens. Le type d'intervention est variable : « *[Au sein d'une structure sanitaire] ... ah non, [au sein de cette structure] on ne fait pas de groupe de parole.* » (Dimitri). Le rythme d'intervention est fluctuant : « *[Au sein d'une structure sanitaire A] à l'époque, on y allait une fois tous les deux mois. [Au sein d'une structure sanitaire B], c'était une fois par mois. [Au sein d'une structure sanitaire C], c'était une fois par mois ou une fois tous les deux mois. En général, c'est ça, c'est une fois par mois, ou une fois tous les deux mois. Ce n'est pas toutes les semaines.* » (Dimitri). Le nombre de personnes rencontrées est changeant : « *[Au sein d'une structure sanitaire A], entre dix et quinze personnes. Quand on allait [au sein d'une structure sanitaire B], ils étaient sept à huit.* » (Dimitri). Le caractère astreignant ou non, pour les usagers/patients, est également modulable : « *[Au sein d'une structure sanitaire A], c'était accès libre [...] [Au sein d'une structure sanitaire B], c'était inclus dans leur parcours de soins.* » (Dimitri). Enfin, il est même possible que plusieurs associations soient positionnées conjointement : « *[Au sein d'une structure sanitaire], on y va deux associations en même temps. Parce qu'il y a quatre associations [dont la nôtre] qui participent. Donc ils nous font venir deux associations en même temps. [...] Il y a [l'association d'usagers A] qui vient, [l'association d'usagers B] [...] et [l'association d'usagers C]. Donc c'est deux associations un samedi, deux associations le samedi d'après et ainsi de suite.* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers) ; « *[Au sein d'une structure sanitaire] [...] on se retrouve en même temps, avec [une association d'usagers] et il me semble [une autre association d'usagers], à plusieurs tables différentes. Les gens sont invités à venir s'ils le souhaitent pour aller discuter avec qui ils veulent.* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale). Certaines de ces variations s'expliquent par le contexte de chaque structure (sanitaire ou médico-social, public accompagné/soigné, organisation des soins...) tandis que d'autres variations résultent manifestement d'un choix effectué. Nous questionnerons par la suite les enjeux associés à la reconnaissance des savoirs expérientiels (cf partie 3.3).

2.2 Pairs aidants

Après avoir abordé plus en détail les associations d'usagers, caractérisons maintenant la figure des pairs aidants. Pour cela, nous allons nous intéresser à trois angles d'analyse : celui des équipes d'addictologie (intégrant un pair aidant), celui du pair aidant (en tant qu'individu), celui des pairs aidants (en tant que collectif).

2.2.1 Au sein des équipes d'addictologie : une place qui varie

Commençons par le prisme des équipes. À première vue, il semble y avoir une idée récurrente dans le discours de la plupart des professionnels interrogés en entretien : « *Il [Christophe] fait partie de l'équipe.* » (Baptiste, médecin dans une structure sanitaire) ; « *Il [Théo] fait vraiment partie de l'équipe.* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire) ; « *On lui a dit [à Kylian] : tu fais partie de notre équipe, on a confiance en toi, tu peux avoir confiance en nous, on travaille ensemble.* » (Elodie, infirmière dans une structure médico-sociale). Pour autant, lorsque l'on entre davantage dans le détail de chaque situation, il apparaît que tous les pairs aidants n'occupent pas la même place, au sein de l'équipe. Les réponses au questionnaire, des structures d'addictologie, sont révélatrices à ce sujet. Pour une partie des répondants (n=6/10) le pair aidant contribue au projet de soins et d'établissement, est impliqué dans les réunions cliniques, est impliqué dans les réunions institutionnelles et a accès à des informations cliniques. L'autre partie des structures intégrant un pair aidant a répondu par la négative à ces questions. De façon schématique, nous trouvons deux configurations⁵⁸. Pour une partie des situations investiguées, le pair aidant est plutôt positionné sur un pied d'égalité avec les membres de l'équipe : « *Moi j'interviens déjà, du début à la fin, dans le plan d'élaboration de notre ETP [éducation thérapeutique du patient]⁵⁹ : comment est-ce qu'on va le construire, ce qu'on va y mettre... Et ensuite, oui, au niveau des entretiens.* » (Joël, pair aidant dans une structure sanitaire) ; « *Quand on parle des patients, il [Théo] est là. À la réunion clinique, il donne son avis. Pour moi, c'est quelqu'un qui fait partie de l'équipe, ça c'est clair.* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire). Pour une autre partie des situations, il existe apparemment un décalage entre le pair aidant et les membres de l'équipe : « *On a une médiation sur le qi gong, on a une médiation sur plutôt sur la danse, des choses comme ça. Ce sont des intervenants extérieurs. Pour moi, il [Christophe] a la même place que ces personnes-là. Voire même plus, parce qu'en fait, il vient plus régulièrement.* » (Baptiste, médecin dans une structure sanitaire) ; « *Des fois, il [Kylian] parlait de potes qu'ils avaient en commun. C'est aussi pouvoir redire à la fin de l'accueil collectif "soit vigilant, rappelle-toi, bien qu'ici, c'est anonyme, t'as pas à dire à un tel que tu l'as vu ici, on est bien d'accord". Ça fait vraiment partie des petites choses où là on se dit "nous on est des professionnels et pas lui".* » (Elodie, infirmière dans une structure médico-sociale). Ces deux configurations ne sont pas sans rappeler le continuum de l'engagement des usagers en santé (Pomey et al., 2015).

⁵⁸ Il s'agit plutôt de deux polarités. Chaque situation, spécifique, s'approche plus ou moins de l'une ou l'autre de ces configurations.

⁵⁹ Dans ce contexte, la personne intervient plus en tant que patient-expert qu'en tant que pair aidant. Néanmoins les subtilités (dans cette situation) sont minimales.

Continuum de l'engagement (Pomey et al., 2015)

Le continuum n'est pas spécifique à la pair aideance. Il distingue, entre autres, la collaboration et le partenariat, correspondant à deux manières de « faire-avec » des personnes concernées (Gross, 2018). Dans le cadre du partenariat, les savoirs expérientiels (cf partie 1.2) du pair aidant « sont positionnés de manière égale avec les autres savoirs (savoirs académiques, savoirs théoriques et pratiques des professionnels), permettant un regard croisé et une conflictualité constructive. La pluridisciplinarité des professionnels est élargie à la co-construction avec une personne concernée » (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023). « Le partenariat se caractérise par le co-leadership d'actions communes, la co-construction (de la compréhension du problème et des pistes de solution), et la co-responsabilité (par rapport aux résultats des actions réalisées conjointement) » (Boivin et al., 2017). Il faut toutefois nuancer le rapprochement effectué ici par le fait que la distinction membre de l'équipe / intervenant extérieur n'est pas forcément associée à la distinction participation / partenariat : « *On peut travailler en partenariat avec un intervenant extérieur, on peut [être dans la participation] avec un patient-expert.* » (Sandrine, cadre de santé dans une structure de coordination en santé mentale, lors d'une réunion du groupe de travail pair aideance).

La place attribuée va notamment dépendre du projet en question et donc des singularités liées à la fois aux personnes impliquées et au contexte de la structure d'addictologie (cf partie 1.3). Ce sujet de la place au sein de l'équipe est d'ailleurs un des questionnements centraux (cf partie 3.2).

2.2.2 En tant qu'individu : entre approche singulière et posture professionnelle

Plaçons-nous maintenant du point de vue du pair aidant, en tant qu'individu. Nous remarquons d'abord une approche singulière, propre à chaque pair aidant : « *Je crée ma pair aideance : partage de la maladie vécue [...]. J'ai une pair aideance qui est au service de la cause des TCA [trouble des conduites alimentaires].* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire) ; « *J'ai un discours guerrier [...]. Je dis : "votre addiction faites-en une vraie personne, un être à part entière [...] contre quoi se battre".* » (Christophe, pair aidant dans une structure sanitaire) ; « *J'interviens en ma double qualité : hypnothérapeute et pair aidant [...]. [Dans le contexte d'une séance d'éducation thérapeutique] j'intervenais aussi avec mes outils personnels : expérimenter la cohérence cardiaque et en y ajoutant un petit peu d'auto-hypnose. [...] L'idée, c'est de leur donner des outils pour gérer les émotions.* »

(Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale). Effectivement, au contraire des associations d'usagers (cf partie 2.1), les pairs aidants interviennent à titre individuel, en leur nom : « *Je suis Carole, celle qui comprend ce qu'elles vivent.* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire). Cela permet donc une certaine liberté, très spécifique à la personne concernée. Il apparaît effectivement que le « savoir-faire » des pairs aidants se situe « entre expérience, technique et style » (Demailly & Garnoussi, 2015). D'ailleurs, concernant l'expérience, celle-ci est à considérer au sens large. Rappelons que chaque pair aidant a sa propre histoire de vie (Demailly & Garnoussi, 2015). Or celle-ci dépasse le seul fait d'avoir connu une (ou des) conduite(s) addictive(s) et un rétablissement. Il s'agit de sa singularité, en tant qu'individu, qui englobe différentes sphères : personnelle, affective et familiale, sociale, professionnelle (Labouesse & Van Laethem, 2016). Rien que sur la dimension professionnelle, force est de constater que le bagage des pairs aidants est varié. Ils peuvent avoir une expérience comme professionnel de santé : « *J'ai été quinze ans aide-soignante [...] je travaillais la nuit, en soins hospitaliers, à domicile, en HAD [hospitalisation à domicile].* » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale). Non loin du secteur de la santé, ils peuvent avoir une expérience comme travailleur social : « *Moi j'ai bossé dans la protection de l'enfance.* » (Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale), ou une expérience dans le service à la personne et l'accompagnement : « *J'ai été aide-à-domicile aussi. [...] J'ai expérimenté pas mal de choses [...] dans le médico-social.* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale). Ils peuvent aussi venir d'horizons plus éloignés du monde de la santé et de l'accompagnement : « *J'étais consultante en stratégie d'entreprise.* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire) ; « *C'est vrai que le médiateur santé pair, ça peut être quelqu'un qui n'est pas du tout dans le soin. En fait, ça peut être un commerçant, un artisan. Enfin ça peut être n'importe qui.* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire). De plus, certains peuvent être « pair aidant » qu'une partie de leur temps et entretenir une activité à côté : « *Je travaille en commerce, chez Casto.* » (Joël, pair aidant dans une structure sanitaire) ; « *En parallèle, j'ai aussi mon métier [...] hypno-thérapeute.* » (Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale) ; « *J'ai un cabinet de psychothérapie à côté.* » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire). Il apparaît que les pairs aidants mobilisent au quotidien trois sources de savoirs d'expérience : le « savoir expérientiel » (de la maladie, du système de soins et du rétablissement), les savoirs d'expériences antérieures et les savoirs d'action acquis en cours de fonction (Demailly & Garnoussi, 2015). Le bagage professionnel que nous venons d'illustrer se rapporte aux savoirs d'expériences antérieures. Dans cette même catégorie, nous trouvons également un autre bagage possible, une expérience de pair aideance dans le milieu associatif : « *En fait, ça [ma pratique de pair aideance] a commencé, non pas [au sein de la structure d'addictologie] mais au travers [une association d'usagers]. Parce que j'ai rejoint cette asso en 2008. [...] C'est*

grâce à eux, entre guillemets, que j'ai commencé un peu à témoigner, discuter, apporter de l'écoute et de l'aide à des personnes en souffrances, tout simplement. » (Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale). Ce type d'expérience peut influencer la pratique des pairs aidants : « Certains [pairs aidants] sont passés par les Alcooliques anonymes et importent dans leur travail le mélange d'esprit d'entraide et de comportementalisme caractéristique de ce type d'association » (Demailly & Garnoussi, 2015).

Tâchons maintenant de nous décaler de la singularité de chaque pair aidant pour élargir à la recherche de caractéristiques communes. La caractéristique qui retient particulièrement notre attention est le sujet du professionnalisme des pairs aidants. Précisons que le terme « professionnalisme » est ici employé au sens de la posture adoptée par la personne concernée (Mulin, 2013). Il ne s'agit pas de faire référence à une activité professionnelle : « si nous parlons de professionnalisation et de patients experts, la plupart des individus que nous pourrions classer comme tels ne sont pas rémunérés, ne se sentent pas reconnus comme experts ou n'envisagent pas d'en faire leur "métier" » (Jacques, 2022). Effectivement, une part importante des pairs aidants en Pays de la Loire a un statut bénévole (cf partie 1.3). Une posture que nous caractérisons « professionnelle » n'est apparemment pas systématique⁶⁰ : « *Il y a des fois où ça va être un peu maladroit mais parce qu'il [Kylian] a son expertise mais il n'a pas la théorie qu'on a pu avoir nous.* » (Elodie, infirmière dans une structure médico-sociale). Néanmoins, cela semble être le cas pour une part importante des situations investiguées. En effet, plusieurs éléments retrouvés dans la plupart des discours (des pairs aidants comme des professionnels avec qui ils exercent), nous conduisent à dresser ce constat de professionnalisme. Tout d'abord, les pairs aidants, ayant par définition un vécu de conduite(s) addictive(s) et de rétablissement, adoptent une prise de recul vis-à-vis de leur propre expérience : « *Il [Théo] s'est plutôt bien positionné en disant, lui, son expérience, mais aussi en nuancant, en disant "ça a marché pour moi ça marchera peut-être pas pour vous".* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire) ; « *Il [Dorian] explique qu'il a eu un parcours dans l'addiction et que du coup, il utilise son parcours et son expérience pour aider les autres personnes à avancer, à cheminer [mais] qu'on peut dire que c'est sa vérité à lui. Il dit bien que ce qu'il va donner comme conseil ou comme expérience, c'est pas forcément applicable à tout le monde.* » (Marie, psychologue dans une structure médico-sociale). Ensuite, il semble que les pairs aidants sont en capacité de s'articuler au sein de l'équipe et de poursuivre un but commun : « *On fait un debrief après, avec l'équipe, on parle un tout petit peu avant. Il y a toujours, de toute façon, un retour qui sera inscrit dans les transmissions pour les patients que j'ai vus.* » (Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale) ; « *Nous [avec les professionnels de la*

⁶⁰ L'exemple évoqué concerne une personne intervenant régulièrement pour coanimer un accueil collectif en CAARUD.

structure], on s'impose d'être au minimum deux. Si on est trois, tant mieux, c'est l'idéal. Mais au moins deux. » (Joël, pair aidant dans une structure sanitaire) ; « C'était aussi important pour nous [l'équipe de professionnel] d'avoir quelqu'un qui parle dans un discours qui va dans le même sens que nous. » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire). Les pairs aidants interrogés ont également conscience de leurs limites personnelles : « Je me protège. Il ne faut pas que j'aille trop loin dans le rapport face à l'émotion par rapport aux autres. Et puis je sais que moi, la dépendance à l'alcool m'a énormément fait souffrir de la surcharge mentale, psychique, psychologique. Donc c'est pour ça que maintenant, j'ai appris à me poser et à tout bien mettre dans les cases. » (Joël, pair aidant dans une structure sanitaire) ; « Mon job à moi, de la personne rétablie que je suis, c'est de prendre soin de mon rétablissement d'abord. Parce que si je rentre dans le service il faut que je sois congruente. » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire). Enfin, et c'est probablement l'élément sur lequel nous souhaitons insister en lien avec cette posture, il apparaît que les pairs aidants font preuve de réflexivité sur leur pratique : « Je ne travaille qu'avec des soignants. Je ne rencontrerai jamais une personne seule [...], je ne souhaite pas prendre le risque d'incarner un modèle pour une personne qui souffre. » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire) ; « Il y a des choses sur lesquelles je suis vigilant [par exemple] ne pas faire de transfert. L'effet miroir joue énormément dans les témoignages des uns et des autres. C'est ce qui fait qu'au-delà d'un produit ou d'un comportement, les souffrances, les ressentis, les vécus, beaucoup de choses parlent aux uns et aux autres. » (Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale) ; « Je suis assez à l'aise avec le dévoilement, sachant que je fais quand même attention à ce que les patients ne soient pas dans une espèce de voyeurisme, enfin, des trucs qui sont hors sujet. Si on est en train de parler des conso en soirée et il y en a un qui me demande "vous avez des enfants ?" Souvent, je réponds par une question : "quel lien vous faites entre la question que je vous pose et le fait que j'ai des enfants ou pas ?" Il y a des patients qui disent : "c'est pour savoir". Je dis que ce n'est pas le sujet. Il faut savoir aussi mettre les limites. » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire). Ainsi la réflexivité dont ils font preuve consiste à être en capacité d'argumenter ses agissements mais consiste également à s'interroger régulièrement. C'est pour cela qu'une part importante de pairs aidants rencontrés participent à des espaces d'échange de pratiques, pouvant prendre la forme de supervision ou d'intervision (voir encadré ci-dessous).

Supervision et intervision

« La supervision n'est pas spécifique à l'accompagnement des pairs aidants. Elle concerne l'accompagnement, de façon individuelle ou collective, des membres d'une équipe. [...] Cela peut être assimilé à l'analyse des pratiques professionnelles. [...]

Lorsque cela est organisé entre pairs aidants exclusivement, il est d'usage de parler d' "intervision" (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023). Une personne interrogée explique que « *l'intérêt de la supervision, c'est de pouvoir dire "Bah voilà, j'ai vécu ça, qu'est-ce que vous auriez fait à ma place ? Quelle stratégie vous auriez mis en place ?" »* (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale). Une autre relate son expérience de l'intervision : « *Par exemple, je pense à une [...] pair aidante. [...] Elle avait une difficulté par rapport à un groupe de parole qui devait s'arrêter, alors que c'était pas prévu comme ça. Enfin, c'était vraiment un problème institutionnel, mais qui avait des répercussions sur les femmes qu'elle accompagnait. [...] C'est en tout cas une situation professionnelle qu'elle vit et qui la questionne. À chaque fois nous, on pose d'abord des questions. On a un cadre, une pair-vision. On pose d'abord des questions pour comprendre et après en fonction de notre expérience, enfin du professionnel que l'on est, on apporte des préconisations. Et après, elle [la personne qui a partagé sa situation] revient nous faire un feedback de ce qu'elle a entendu, de ce qu'elle prend, de ce qu'elle prend pas, des reformulations dont elle a besoin pour bien comprendre, etc... Et donc on arrive généralement à en faire deux. C'est une intervision qui dure trois heures.* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire). Les deux personnes interrogées s'accordent sur la nécessité de ce type d'espace : « *La pair aideance demande quand même un certain encadrement. Donc à mettre en place quand même des temps de supervision. [...] Ça me permet de me tenir au courant, de voir si je suis toujours dans un cadre, dans les clous. Quand même, il faut s'obliger, faut se contraindre à rester quand même avec un cadre.* » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale) ; « *Les supervisions pour moi, c'est indispensable.* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire).

Dans la littérature, nous retrouvons des éléments similaires⁶¹ à ceux que nous venons de décrire : « Il existe plusieurs manières d'exercer la pair-aideance dans une équipe. Certains, par choix personnel, sont bénévoles. D'autres, parce que cela s'inscrit dans leur projet, souhaitent être salariés. [...] Dans tous les cas, le pair-aidant doit travailler avec professionnalisme, c'est-à-dire en respectant des standards professionnels : fiabilité, compétence, respect des valeurs de l'équipe, de la confidentialité, des timings... » (Waha, 2021). L'ensemble des éléments que nous venons d'aborder nous font dire que les pairs aidants ont tendance à adopter une posture professionnelle, dans le sens d'un ensemble d'attitudes similaires à celles des professionnels de soins et d'accompagnement : éthique et déontologie, réflexivité sur sa pratique, travail en équipe pluridisciplinaire, identification des limites de son champ d'expertise... Cela étant, il n'y pas apparemment de consensus

⁶¹ Qui semblent essentiellement documentés pour des personnes ayant suivi des formations.

quant à l'inclusion ou non (sur le plan sociologique) du pair aidant à la catégorie des soignants et des professionnels de santé (voir encadré ci-dessous).

Identité professionnelle : les pairs aidants sont-ils considérés comme des soignants et des professionnels de santé ?

Pour certains professionnels d'addictologie, les pairs aidants ne sont pas des professionnels : « *Je trouve ça hyper complémentaire [entre] quelqu'un qui a le vécu [un pair aidant] et moi, qui ait cet aspect plus théorique et la pratique professionnelle.* » (Marie, psychologue dans une structure médico-sociale) ; « *Ça reste des gens qui ne sont pas des professionnels de santé.* » (Elodie, infirmière dans une structure médico-sociale). Pour d'autres, il peut s'agir d'un professionnel mais différent des autres : « *Ce n'est pas n'importe quel professionnel. Tout professionnel de santé peut avoir ses fragilités. Là, c'est vrai qu'on parle de quelqu'un qui a quand même eu un parcours douloureux qui a quand même connu la dépendance, la souffrance et qu'il faut quand même accompagner à bon escient. Plus l'intégration dans une équipe de soins, c'est pas toujours facile.* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire). Le pair aidant peut aussi être considéré comme un professionnel sans distinction des autres : « *Pour moi, Carole est une professionnelle de la santé comme une autre. Elle, elle ne veut pas entendre ça. Ce n'est pas un terme qui lui convient. Mais moi je ne peux pas trouver mieux que ça. [...] Carole est arrivée dans cette équipe [...], elle a été embauchée selon moi, comme une professionnelle à part entière, avec la particularité de la pair aidance.* » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire). Il est intéressant de souligner que la considération du pair aidant a une influence, notamment sur le secret professionnel : « *C'est une professionnelle de santé qui est là pour s'occuper des malades avec son regard particulier d'une ancienne malade et ses connaissances. [...] En tant que professionnelle de santé, elle rentre dans le secret médical sans aucun souci.* » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire).

La variété des identités possibles se fait également sentir dans le discours des pairs aidants. Il peut s'agir d'une évolution de rôle : « *Je suis un ancien patient qui est devenu soignant.* » (Christophe, pair aidant dans une structure sanitaire) ; « *Je suis un professionnel de santé qui est ancien patient, mais je suis d'abord un professionnel de santé quand je travaille.* » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire). D'ailleurs les médiateurs de santé pairs (MSP)⁶² ne semblent pas s'apparenter à la catégorie des soignants : « *durant les cours et entretiens, les étudiants MSP se sont questionnés sur ce statut et la majorité ne se reconnaissent pas comme des soignants et préfèrent le titre*

⁶² Une voie de professionnalisation des pairs aidants parmi les plus reconnues à l'heure actuelle.

d'accompagnant » (Sedan et al., 2022). Même pour ceux qui s'identifient en tant que professionnel de santé, il semble y avoir des nuances : « *Je ne suis pas un soignant, mais je fais partie de l'équipe soignante, ça je le souligne toujours. Je dis "je fais partie de l'équipe soignante mais je ne suis pas un soignant". Donc je ne suis ni en faveur de l'équipe, ni en faveur du patient. Je suis entre les deux.* » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire). En effet, nous pouvons retrouver l'idée de se démarquer volontairement, par exemple afin d'éviter un « *risque d'assimilation du pair aidant par l'institution, c'est-à-dire que je devienne un soignant, que je devienne [...] une blouse blanche. C'est pour ça que cette notion de différenciation est très importante.* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire). Il s'agirait donc plutôt d'un rôle « autre » : « *Je me définis en tant que professionnelle en pair aidance [...]. En fait, pour moi, c'est pas la notion d'appartenance au groupe de soignants qui est important, c'est l'appartenance au monde des professionnels.* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire).

La réponse à cette question controversée de l'identité professionnelle peut simplement reposer sur un désaccord de définition : « *L'un des deux médecins m'avait dit : "pourquoi tu dis que tu ne fais pas partie de l'équipe des soignants ?" Moi je dis que pour moi je ne suis pas soignante. "Oui mais c'est quoi le soin pour toi, alors ?" On n'a pas la même définition du soin. Donc ça part aussi de là, de cette question. Je dis : "pour moi le soin, c'est faire un garrot, c'est savoir donner des médicaments". À ce moment-là j'ai l'assistante psychiatre qui me regarde et dit : "moi je suis pas soignante alors parce que je fais pas ça. Moi, en fait, je vais écouter les gens". [...] Ils [les soignants] disent bien "pour nous le soin, en fait c'est prendre soin de la personne dans sa globalité". Déjà, ça part de là. [...] Moi, je ne suis pas soignante, dans la définition qui est la mienne.* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire).

Tâchons de comprendre comment s'acquiert cette posture professionnelle que nous venons de décrire. Il semble y avoir deux principaux déterminants : la formation et l'expérience (Hude & Pinet, 2020). Le parcours de formation semble effectivement cité : « *C'était important pour nous qu'il [Théo] ait fait sa formation, qui l'ait validée, qu'il ait bien conscience des limites de son champ d'intervention, tout ça quoi.* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire) ; « *Faire de la pair aidance pour moi, ça s'apprend. Le savoir se dévoiler à bon escient, ça s'apprend, avoir des notions de rétablissement, ça s'apprend, donner des pistes, élaborer des stratégies avec les patients, avoir une certaine proximité, pour moi, ça c'est indispensable.* » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire).

Les pairs aidants identifiés ont-ils suivi une formation ?

Pour rappel (cf partie 1.2), nous avons identifié par notre enquête quatorze pairs aidants actuellement en activité en structures d'addictologie en Pays de la Loire. Nous en avons également identifié trois autres avec une activité dans une structure proche (santé mentale, secteur social). Parmi ces dix-sept personnes :

- Quatre ont suivi (ou suivent actuellement) une formation en lien avec la pair aide : licence sciences sanitaires et sociales parcours médiateurs de santé pairs⁶³, DU pair-aide en santé mentale et neurodéveloppement⁶⁴, formation intervenant pair⁶⁵. Parmi ces quatre personnes, deux ont également obtenu la certification Patient-Expert Addictions⁶⁶.
- Deux ont suivi une formation 40h éducation thérapeutique du patient (ETP)⁶⁷. Parmi elles, une a aussi obtenu la certification Patient-Expert Addictions.
- Trois exercent comme professionnel de soins et d'accompagnement (avec la spécificité supplémentaire de la pair aide) : deux professionnels de santé (infirmiers), un travailleur social (éducateur spécialisé).
- Huit n'ont apparemment, pas de formation en rapport⁶⁸.

Ces éléments ont une simple valeur informative. Il n'apparaît pas pertinent d'interroger un possible lien de corrélation entre formation et posture professionnelle⁶⁹, notamment en raison d'une quête de légitimité pour certains (cf partie 3.3).

La littérature pointe l'intérêt de la formation dans l'acquisition de la posture du pair aidant (Demailly & Garnoussi, 2015; Waha, 2021). Néanmoins, il existe aussi une certaine critique : « Clairement, c'est pas une formation, que ça soit la certification FPEA ou le DU qui m'a appris à faire le métier que je fais aujourd'hui. [...] C'était surtout pour rassurer les psychiatres : je n'arrivais pas de nulle part. On est dans un pays du diplôme, j'ai bien compris qu'il fallait en fait avoir un diplôme. Donc, je suis allée chercher le diplôme. » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire) ; « C'est sûr que c'est pas forcément ça

⁶³ Université Sorbonne Paris Nord et Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS).

⁶⁴ Centre ressource réhabilitation psychosociale et Université Lyon 1.

⁶⁵ ARIFT (Association Régionale pour l'Institut de Formation en Travail Social) Angers.

⁶⁶ Cette certification se base sur un référentiel d'activité et de compétences établi par l'association France Patient Expert Addictions (FPEA), l'Association des Patients Experts en Addictologie (APEA) et l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP). Elle a notamment pour ambition d'apporter un gage de reconnaissance au rétablissement et à la capacité à accompagner des pairs (Dejour, 2021).

⁶⁷ Lorsqu'un patient suit une formation ETP de 40h, il obtient le statut de « patient-expert ». Il peut ensuite intervenir dans des programmes d'ETP, et bénéficier d'une rétribution financière.

⁶⁸ Tous n'ont pas été rencontrés en entretien.

⁶⁹ D'ailleurs, il n'existe apparemment pas de critères objectifs pour mesurer « le niveau de professionnalisme » des pairs aidants.

qui apprend le métier [...] Mais normalement on arrive au mois de juin avec des connaissances théoriques et aussi la pratique qu'on a pu faire pendant un an et demi. Donc quand on est diplômé, on a déjà un an et demi d'expérience. Normalement, on a pu développer les entretiens individuels, la co-animation en groupe ou l'animation même, tout ce genre de choses-là. » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire). Il apparaît donc que l'expérience pratique (en complément de possibles étayages théoriques), soit l'élément central pour acquérir une posture professionnelle. Il s'agit des « savoirs d'action acquis en cours de fonction » (Demailly & Garnoussi, 2015) que nous avons évoqués précédemment. Concrètement, l'apprentissage se fait « "sur le tas", après éventuellement quelques échecs, des techniques pour se présenter à un malade, à animer un groupe de parole ou à faire une visite à domicile. » (Demailly & Garnoussi, 2015). Cet apprentissage correspond à un processus de « socialisation professionnelle » : « Il s'agit, par exemple, de techniques acquises [...] en regardant leurs coéquipiers travailler, en écoutant leur langage, leur jargon de métier, leurs discussions d'équipe, en observant leurs méthodes, les critères avancés pour les diagnostics, les médications et leurs dosages ou en étant admis dans des formations continues en compagnie des infirmiers. » (Demailly & Garnoussi, 2015).

2.2.3 En tant que collectif : structuration d'un groupe professionnel et de réseaux

Puisqu'il semble qu'un certain nombre de pairs aidants manifestent une forme de professionnalisme (au sens de la posture adoptée), nous pouvons nous demander s'ils constituent, à l'échelle collective, un « groupe professionnel » (Gardien, 2021). Rappelons que dans ce travail, « groupe professionnel » n'intègre pas que « ceux qui sont engagés dans un réel processus de professionnalisation [au sens de suivre une formation] » (Jacques, 2022). Dans le contexte de la cancérologie, il apparaît que d'autres personnes concernées (patients-experts notamment) « qui certes ne peuvent ou ne souhaitent pas être considérés comme des professionnels [...] participent tout autant à la construction des règles et des normes du métier » (Jacques, 2022). Nous remarquons effectivement que les pairs aidants ont tendance à s'organiser collectivement.

Nous avons remarqué la structuration d'espaces rassemblant des pairs aidants de divers horizons sur le sujet de la supervision et de l'intervision (voir encadré plus haut). Au-delà de l'échange de pratiques, il existe des réseaux et communautés de pairs aidants : « *On [les pairs aidants] est tous plus ou moins dans des réseaux.* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale). En Pays de la Loire, il existe notamment Pair-Aidance Grand Ouest (PAGO). Cette association rassemble principalement des personnes concernées du champ de la santé mentale. Elle intègre aussi les champs « assimilés », dont celui des addictions (Pair-Aidance Grand-Ouest (PAGO),

2023). « PAGO, ça a quatre ans maintenant, non cinq ans. Quand on est tous arrivés à PAGO, on avait tous envie de se professionnaliser. Donc ça a permis un tremplin. On a tous mutualisé un peu nos projets. On a fait le levier pour tous. C'est vrai que maintenant beaucoup sont devenus professionnels. On est trente-cinq peut-être, trente-cinq membres, avec je dirais peut-être trente professionnels, plus ou moins en lien. [...] PAGO, c'est surtout sur Nantes, mais ça prend tout le grand ouest. En tout cas, ça a permis d'avoir du lien. C'est pour ça que maintenant, on se connaît tous un petit peu. » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale). Un tel réseau peut notamment servir pour diffuser des offres d'emploi en tant que pair aidant : « Sur PAGO, des fois on met des annonces. Quand il y a quelqu'un qui tombe sur une annonce pour du boulot, il poste ça. Après, chacun postule ou pas. » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire). Par ailleurs, des réseaux peuvent aussi naître par l'intermédiaire des promotions au sein des formations : « On aimerait monter un collectif déjà de médiateurs de santé pairs. C'est-à-dire toutes les personnes qui ont été formées par le biais du CCOMS, déjà faire un groupement de ces personnes-là, ce qui représenterait à la louche cent-cinquante personnes. Alors ce n'est pas dire "nous on a fait la licence et pas vous", c'est pas ça. Mais au moins, de commencer déjà à structurer par petits paquets. » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire). De multiples réseaux existent, y compris à l'étranger : en « Belgique », en « Suisse », au « Canada » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale). Au-delà de constituer des réseaux de pairs aidants, il peut aussi y avoir l'ambition de se fédérer, c'est-à-dire rassembler plusieurs communautés autour de valeurs communes. C'est l'idée de la Fédération des Associations de Pairs Aidants Francophones (FAPAF) qui a publié début 2023 une charte de valeurs partagée par les différentes associations membres : Espairs, Re-pairs, SMES, Le chemin de la renaissance, Pairaddicto, GP3A, En route ASBL, PAT, Culture lab Kollao, Preuve, Esper pro, L'heureux pair, Afder, Pouvoir d'agir 60 (Fédération des Associations de Pairs Aidants Francophones, 2023).

Tout ceci renforce l'idée que les pairs aidants se structurent en un groupe professionnel : « les pairs-aidants sont de nouveaux acteurs » (Waha, 2021). Ce phénomène de structuration collective a lieu notamment via internet : « les réseaux sociaux jouent un rôle important pour faciliter les échanges sur le territoire national qui contribuent à la structuration, à la fédération des volontés, des forces et des énergies nécessaires à l'émergence du groupe professionnel » (Hude & Pinet, 2020). Il faut toutefois apporter une nuance : ce que nous décrivons comme « structuration d'un groupe professionnel » concerne uniquement le plan sociologique, le plan réglementaire faisant défaut (cf partie 3.2).

2.3 Synthèse partie 2

Nous venons d'approfondir notre analyse sur deux figures principales de pair aide en addictologie, que sont les associations d'usagers et les pairs aidants. Concernant les associations d'usagers, nous avons pu souligner qu'elles affichent une certaine ancienneté et qu'elles couvrent le territoire. En lien avec les évolutions sociales (extension du domaine des addictions et passage à l'approche « réduction des risques »), les pratiques de pair aide des associations ont été amenées à évoluer. Nous avons également questionné plus en profondeur les collaborations effectives entre les associations d'usagers et les structures d'addictologie. Nous avons ainsi remarqué que le rôle des associations était modulable, essentiellement déterminé par les structures : type d'intervention, rythme d'intervention, nombre de personnes rencontrées, présence conjointe avec d'autres associations... Pour ce qui concerne les pairs aidants, nous avons pu établir que leur place au sein des équipes d'addictologie varie entre deux polarités, pouvant être ou non sur le même plan que les professionnels. Les pairs aidants, en tant qu'individus se caractérisent à première vue par la singularité de leur approche. Toutefois, plusieurs éléments nous ont conduit à dresser le constat d'une posture professionnelle (pouvant s'acquérir par la formation et l'expérience). Enfin sur le plan collectif, les pairs aidants se structurent un nouveau groupe professionnel (bien qu'il n'y ait pas de cadre réglementaire) et forment des réseaux. Dans la partie suivante, nous allons questionner les enjeux et les perspectives autour de l'organisation actuelle de la pair aide.

3 Enjeux et perspectives

Au fil de la réflexion présentée jusqu'ici, nous avons pu entrevoir certains enjeux, relatifs à la pair aide en addictologie. Nous allons maintenant les approfondir dans cette partie. Pour ce faire, nous allons d'abord interroger ceux rencontrés respectivement par les associations d'usagers et par les pairs aidants. Nous allons ensuite explorer les enjeux communs à ces deux figures de pair aide.

3.1 Enjeux spécifiques aux associations d'usagers

3.1.1 Les personnes souffrant d'addictions se tournent moins vers les associations

Nous avons vu que quelquefois, peu de personnes viennent à la rencontre des associations d'usagers lorsque ces dernières interviennent dans des structures d'addictologie (cf partie 2.1). Cela peut également être le cas dans leur fonctionnement autonome : « *[Il n'y a] pas grand monde qui vient aux réunions, ça c'est notre plus grande désolation, peu de monde vient aux groupes de parole [...] Au jour d'aujourd'hui, on se retrouve qu'entre membres actifs.* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers) ; « *À ce jour, on n'a pas de demandes, on a pas de nouveaux adhérents.* » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers). Notons que cela n'est pas le cas de toutes les associations : « *Pour donner un ordre d'idées, je me suis retrouvé une fois on était trois. Ça arrive parfois, on ne sait pas pourquoi. [...] Grand maximum que j'ai pu voir sur Nantes, ça va être vingt-deux, vingt-trois. C'est très aléatoire. On va dire en moyenne, on est entre huit et dix par groupe.* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale). Bien entendu, il convient de prendre en compte le contexte propre à chaque association. Entre une association⁷⁰ dans une ville de taille modeste⁷¹ et une autre association⁷² située dans la plus grande ville de la région⁷³, la dynamique n'est pas la même. Cela se perçoit dans leurs propos : « *Nous avons des groupes de paroles toutes les semaines, tous les vendredis soir. Là au jour d'aujourd'hui, c'est un vendredi sur deux.* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers) ; « *À Nantes on est à sept [groupes de parole animés par semaine], un tous les jours. Ce qui est notable par rapport à d'autres villes. Après Paris, on est la deuxième ville de France qui a autant de groupes de paroles. [...] C'est même arrivé à une époque, il y en avait deux dans la journée.* » (Dimitri, bénévole d'une association

⁷⁰ Dont l'antenne est composée de vingt bénévoles (réponse au questionnaire).

⁷¹ Presque 70 000 habitants (INSEE, 2015).

⁷² Le nombre de bénévoles n'a pas été renseigné mais l'entretien met en évidence « *entre trente-cinq et quarante personnes qui vont s'investir de façon, on va dire, plus régulière.* » (Dimitri).

⁷³ Un peu plus de 300 000 habitants (INSEE, 2015).

d'utilisateurs et pair aidant dans une structure sociale). Il en reste qu'au niveau d'un territoire donné, le phénomène de moindre attrait concerne plusieurs associations : « *[L'association d'utilisateurs A], sur Saint Nazaire, ils se plaignent aussi car il y a pas grand monde. [l'association d'utilisateurs B], eux ils nous disent toujours qu'ils ont du monde [...] Mais [l'association d'utilisateurs C] aussi, est un petit peu comme ça [comme nous] aussi. On a un petit peu le même souci partout.* » (Romane, bénévole d'une association d'utilisateurs).

Plusieurs pistes d'explication à ce phénomène apparaissent. Tout d'abord, la période de crise sanitaire a engendré un ralentissement, voire une mise à l'arrêt des associations : « *Le Covid nous a pas mal impacté pour les visites [à domicile]. On n'a pas eu de réunion pratiquement de tout le temps Covid.* » (Romane). Certaines associations ont toutefois pu poursuivre des activités en visioconférence : « *La tenue de ces réunions a permis à notre mouvement de poursuivre son fonctionnement lorsqu'il était devenu impossible de se réunir physiquement [...] pendant la difficile période du "covid 19".* » (Alcooliques Anonymes Belgique francophone, 2023). Il apparaît également que les personnes concernées soient moins attirées qu'auparavant par les associations d'utilisateurs : « *Les usagers ont beaucoup moins d'intérêt ou d'assiduité dans les associations.* » (Antoine, bénévole d'une association d'utilisateurs) ; « *Mon mari [...] a posé la question dernièrement à un groupe [au sein d'une structure sanitaire]. On lui a répondu [les patients du service d'addictologie] qu'ils avaient autre chose à faire (rire). Que seulement, pour l'instant, ils ressentaient pas le besoin. Certains [patients] lui ont dit que c'était de l'endoctrinement et de l'obligation. Alors que non c'est pas du tout l'esprit de [notre association] quoi.* » (Romane, bénévole d'une association d'utilisateurs). Il est aussi possible que la connotation religieuse ou spirituelle de certaines associations (qui s'explique par leur contexte historique, cf partie 2.1), soit moins en vogue aujourd'hui. Nous pouvons d'ailleurs supposer qu'une faible valorisation des associations, au sein de certaines structures d'addictologie (cf partie 3.3), ne permette pas de véhiculer une image fidèle de celles-ci auprès d'un public non initié. Enfin le vieillissement des associations (dont nous parlerons un peu plus loin) n'aide vraisemblablement pas non plus. Ainsi, les personnes souffrant d'addictions ont tendance à délaisser les associations pour potentiellement se tourner vers d'autres ressources (voir encadré ci-dessous).

Vers quelles autres ressources peuvent se tourner les personnes ?

Le parcours de soins en addictologie se caractérise, entre autres, par « la discontinuité et la chronicité » (SRAE Addictologie, 2017b). C'est une des raisons pour lesquelles les associations d'utilisateurs apparaissent comme un étayage important en addictologie, assurant notamment le rôle de « *côtoyer les gens dans la vraie vie, une fois sortis du centre de soins. Nous on fait ce que les soignants ne peuvent pas faire : accompagner* »

les gens dans la journée, le soir, le weekend... Au moment où ils n'ont plus la possibilité d'appeler les services soignants. » (Romane, bénévole d'une association d'utilisateurs). Face à ce constat, nous sommes en mesure de nous demander où vont les personnes concernées, d'autant que la crise sanitaire n'a pas amélioré les problématiques addictives (Karila & Benyamina, 2021). Sans prétendre à l'exhaustivité, nous allons évoquer quelques pistes de réponse qui ressortent de notre analyse. Première option, les personnes peuvent se tourner vers des individus à qui elles s'identifient le plus, car partageant leur cheminement actuel dans leur parcours de soins et d'accompagnement. Cela peut poser problème : « On a remarqué que [...] notamment des sorties de soins SSR, c'est la pair aide dans l'autre sens. C'est-à-dire que [...] lorsqu'on est en soin, on se crée des relations par rapport à des gens du groupe, voire à l'ensemble du groupe. Et bien souvent, on part avec son répertoire téléphonique (où on a tous les collègues de soins sur notre répertoire). Et puis, [...] au lieu d'aller vers une association ou d'aller vers des gens qui peuvent nous aider, on va vers les gens avec qui on a été soigné. Et l'effet domino se passe à l'inverse. C'est à dire que si j'ai rechuté, je vais aller en parler auprès de quelqu'un qui est sorti, on va dire dans la même date que moi, je vais bien sûr lui raconter que j'ai toutes les bonnes raisons [...], effectivement, il y a quelque chose qui va pas bien, mais je vais transmettre éventuellement mon mal-être à l'autre et aussi je vais transmettre à l'autre que "ben toute façon c'est pas vraiment réalisable l'abstinence". Là il y a l'effet domino qui se fait sur une pair aide négative. » (Antoine, bénévole d'une association d'utilisateurs) ; « On a vu, même au niveau de notre groupe [au sein de l'association], les gens se connaissent au niveau des groupes de parole. Et quelquefois mieux que de venir vers le bénévole, on se sent plus en confiance avec une autre personne. Mais des fois, hélas on se tire pas dans le bon sens quoi. Moi je me rappelle de deux personnes qui avaient choisies la consommation contrôlée, alors effectivement quand on en parlait tout se passait bien, mais la réalité était toute autre. [...] Et en fin de compte, ils se mentaient à l'un et à l'autre et ils jouaient à cache-cache avec eux-mêmes et avec nous. Ça n'a pas amené à grand-chose, sachant que la consommation contrôlée nécessite un accompagnement on va dire, de pair aide un peu plus rigoureuse, je dirais. » (Antoine). Une autre alternative consiste à se tourner davantage sur l'auto-support en ligne. Il existe en effet des forums tels que Addict'aide⁷⁴ et Psychoactif⁷⁵ qui constituent une autre forme de pair aide. Un des pairs aidants rencontrés explique ainsi son activité : « Je suis également investi en qualité de modérateur sur le forum d'entraide "Addict'aide", lieu où les personnes en difficulté viennent y chercher de l'écoute, du soutien, de l'aide, des outils et du réconfort, ce que nous tentons de leur

⁷⁴ En ligne : <https://www.addictaide.fr/>

⁷⁵ En ligne : <https://www.psychoactif.org/forum/>

apporter au mieux. » (Joël, pair aidant dans une structure sanitaire). Ce type d'auto-support se fait aussi sur les réseaux sociaux. Par exemple, nous avons rencontré deux associations assurant ce type d'activité sur Facebook : ZAP Addictions⁷⁶ et Je Ne Fume Plus⁷⁷. Enfin il apparaît une dernière possibilité : « *Il y a aussi des pairs aidants qui peuvent se mettre en libéral.* » Cet aspect semble susciter quelques réserves : « *La libéralisation [...] avec les dérives qu'il peut y avoir [...]. Comme avec beaucoup de personnes en libéral [pas que dans la pair aideance], on ne sait pas ce qu'il y a derrière. On sait pas à quel charlatan on a à faire.* » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale). Bien entendu, rien n'empêche de mobiliser ces différentes options de façon complémentaire.

3.1.2 Un désengagement des bénévoles

En France, en lien avec la pandémie, le taux d'engagement bénévole dans le secteur associatif est passé de 24% en 2019 à 20% en 2022⁷⁸ (France Bénévolat, 2022). Le moindre intérêt, du public concerné, pour les associations d'usagers, peut alimenter un phénomène de désengagement des bénévoles jusqu'alors investis : « *Comme il y a moins de gens qui viennent (de nouveaux), il y a moins d'envie aussi de participation et de présence aux réunions, c'est un cercle vicieux. [...] Je pense que le risque de notre association, c'est si les gens ne viennent plus, il va y avoir une démotivation de l'équipe. Les gens vont dire "bon bah c'est bon, moi mon parcours est fait, maintenant je vais m'arrêter là". [...] Si on avait des gens nouveaux [...] ça redynamise[rait] le groupe.* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers) ; « *A démarré [l'antenne de notre association] avec donc un groupe [...] qui a compté jusqu'à dix-sept personnes à une époque. Alors aujourd'hui [dans notre antenne], on est réduit à peau de chagrin [...] notre effectif s'est disséminé.* » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers). Comme toute entité associative, la dynamique tient grâce aux bénévoles investis : « *On le sait, si personne ne fait rien, [...] les groupes de paroles ferment. Au final, il y a quand même cette motivation-là qui fait que ça continue de tourner.* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale). Nous remarquons que l'association qui maintient le rythme d'une réunion par jour, rencontre elle-aussi des difficultés : « *Par exemple pour le comité qui organise des trucs dans les hôpitaux, des fois ça rame un peu plus, de trouver des gens motivés. [...] Ça peut être un peu plus difficile. [...] Questions d'engagement, de disponibilités [...] et puis la motivation. C'est un groupe qui a dû fermer*

⁷⁶ En ligne : <https://www.facebook.com/groups/zap.addictions.group/>

⁷⁷ En ligne : https://www.facebook.com/groups/jenefumeplus/?locale=fr_FR

⁷⁸ Il était de 23% en 2010.

plusieurs fois. Ce qui est toujours un peu dommage quand c'est fermé, c'est qu'on est obligé d'arrêter les actions qu'on a mis en place. [...] En général, ça reste un petit noyau. [...] Des fois, ça va plus m'agacer. Des fois, je le dis : "c'est dommage, on a des opportunités et puis on va manquer de monde parce qu'il y a pas assez de gens qui s'investissent". » (Dimitri). La pérennité de certaines associations semble menacée (voir encadré ci-dessous).

Certaines associations risquent-elles de disparaître ?

Si de moins en moins de nouvelles personnes rejoignent une association et si ses bénévoles se désinvestissent peu à peu, alors la pérennité de cette association est mise en péril. En effet, à titre d'exemple, « *la plus ancienne association d'aide aux malades de l'alcool [en France, qui] va fêter [ses] cent-quarante ans cette année* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers) semble particulièrement affaiblie, a minima à l'échelle de la région. Cette association a connu la fermeture de plusieurs de ses antennes : « *Moi, ça fait plus de trente ans que je suis [dans mon association]. J'y suis arrivé en 91. Et il y avait à ce moment-là une section sur Vannes, Quimperlé, Le blavet, Belle-Ile, Nantes et St Nazaire. Au jour d'aujourd'hui, malheureusement, il n'y a plus que Quimperlé, avec très peu de monde, Nantes avec très peu de monde aussi, et Saint Nazaire [où] nous sommes actuellement une douzaine de membres actifs et deux personnes suivies.* » (Romane). La durabilité des antennes restantes est aujourd'hui particulièrement menacée : « *S'il n'y a pas de relève, s'il n'y a personne qui vient après nous, l'association est bonne pour tomber. [...] Nous le problème se pose. Moi ça fait trois mandats [que j'assume en tant que présidente]. [...] Mon trésorier, ça fait presque dix-quinze ans qu'il est trésorier. [...] Mon secrétaire, ça fait vingt et quelques années qu'il est secrétaire, et il va avoir quatre-vingts ans bientôt. Il me dit "j'en ai un peu marre, j'aimerais bien passer le relai". Mais il y a personne. Donc c'est triste parce que les associations vont s'arrêter faute de relai.* » (Romane). Cette antenne ne semble subsister que par le sens de l'engagement d'une minorité de bénévoles : « *Mais on continue à le faire [animer une réunion] une fois tous les quinze jours pour ne pas fermer cette section. Ça me tient à cœur de tenir. C'est une chaîne d'amitié, chez nous, c'est ça, on tend la main à quelqu'un. On nous a tendu la main un jour et on redonne ce qu'on a reçu. C'est une chaîne. [...] Je garde espoir, je me dis toujours même si on en sauve qu'un sur une année, sur un trimestre ou sur un mois, c'est toujours un de gagné, un à qui on apporte du réconfort, de l'amitié. [...] Moi c'est aussi ça qui m'anime, c'est de tenir le plus que je pourrai pour que ça ne tombe pas.* » (Romane).

3.1.3 Un cercle vicieux : vieillissement du milieu associatif et moindre identification

Inévitablement, les associations qui peinent à renouveler leurs adhérents vieillissent : « *J'ai dépassé les soixante-dix bougies.* » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers) ; « *Notre moyenne d'âge, chez nous, c'est soixante ans et plus.* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers). Cela vient donc questionner le phénomène d'identification, à l'origine de la pair aidance : « *Ce qui est vrai, c'est que quand moi je m'adresse à un "jeune abstinent" ou à un patient, ils ont dans l'esprit plus mon vécu de vingt ans d'abstinence, que ce que je leur dis de mon parcours (éventuellement dans l'alcool et dans mon parcours de sortir d'addiction). Parce que pour eux c'est loin.* » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers). L'écart d'âge est en lien avec des consommations différentes sur un plan social. En effet, « les usages de drogues, mais aussi le prisme par lequel ils sont observés, ont considérablement évolué depuis vingt ans » (Beck, 2016) (cf partie 2.1). Pour un même produit, les manières de consommer évoluent également : « *De toute évidence, moi dans mon expérience, j'ai pas eu le même mode de consommation que les jeunes et les choses évoluent. [...] Exemple simple, quand un jeune me parle de consommation de bière, moi je lui demande de préciser un petit peu ce que c'est comme bière et ce que c'est comme contenant. Parce que moi à mon époque, on était que sur des contenants de vingt-cinq centilitres de l'ordre de quatre à six degrés. Alors qu'aujourd'hui, les contenants vont être de trente-trois à cinquante centilitres et dans une fourchette de six voire dix degrés, si ce n'est pas plus dans certains cas.* » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers). D'où l'intérêt d'avoir « *le même langage* » (Antoine). Ensuite l'écart de génération se perçoit aussi à travers une évolution des codes sociaux : « *On annonce nos réunions dans le journal. Et puis après, les gens qui viennent le savent, on donne la date pour la fois d'après. [...] On avait ouvert un compte Facebook [mais] la jeune femme, [qui] était assez aguerrie à ce genre de pratiques [...] est décédée. [...] Moi [...] je suis pas très douée avec ce genre de média. Et donc le compte Facebook n'est pas très alimenté.* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers).

Jusqu'alors, la diversité des bénévoles des associations permettait à diverses identifications de se faire. L'expérience du médecin addictologue retraité, que nous avons présenté précédemment (cf partie 2.1), est éclairante : « *Souvent ils [les bénévoles d'association] intervenaient à deux [au sein de la structure d'addictologie]. Ce qu'on leur demandait [c'était] d'intervenir avec une personne qui parfois, avait dix ou quinze ans de recul, et puis avec une autre personne qui avait un recul beaucoup plus court. Parce que les patients s'identifiaient beaucoup mieux à la personne qui avait décroché depuis six mois ou un an qu'à la personne qui avait quinze ans de recul.* » (Yoan, médecin retraité et bénévole dans une fédération associative). Cela concerne aussi d'ailleurs l'aspect mixité : « *Ce qu'on leur demandait, dans la mesure du possible, c'est d'essayer d'intervenir un*

homme et une femme. » (Yoan, médecin retraité et bénévole dans une fédération associative). Aujourd'hui, en raison du manque de renouvellement des bénévoles, cela semble plus difficile. Il se crée donc un cercle vicieux : les associations vieillissent, cela complexifie l'identification (des personnes concernées aux bénévoles), ce qui n'incite pas de nouvelles personnes à rejoindre les associations.

3.2 Enjeux spécifiques aux pairs aidants

3.2.1 Réticences des professionnels d'addictologie

Nous avons insisté sur l'intérêt prononcé des professionnels d'addictologie concernant la pair aide et plus particulièrement les pairs aidants (cf partie 1.3). Toutefois, la quasi-totalité des situations investiguées en entretien fait état de réticences d'une partie de l'équipe, essentiellement en amont et au début de l'intégration du pair aidant.

Pour comprendre ces réticences, rappelons que le pair aidant est un acteur nouveau (Waha, 2021). En ce sens, il est source d'interrogation du côté des structures et des équipes : « *On est quand même un objet non identifié. On ne sait pas ce que sait, tout le monde se pose des questions.* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire). Nous remarquons deux tendances de questionnements qui suivent la temporalité d'intégration (voir encadré ci-dessous).

Questionnements des professionnels d'addictologie

Dans un premier temps (au début du projet d'intégration d'un pair aidant dans l'équipe), il s'agit essentiellement de questions d'ordre général : « *Elle est malade, elle est pas malade ? Quel est son boulot ? Est-ce qu'elle cause comme nous ? Est-ce qu'elle a le droit de partager le secret médical ?* » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire) ; « *Quelle différence y a-t-il avec eux [les patients] ? Qu'est ce qui va faire de plus ou de moins [que nous, les professionnels] ? Quelle place va-t-il prendre ?* » (Amélie, directrice d'une structure médico-sociale). Cette question de la place apparaît d'ailleurs comme un point de questionnement systématique : « *C'est vrai que c'était pas facile au début de savoir c'était quoi exactement la place. Est-ce que c'était un trait d'union entre les patients et nous ? Est-ce que c'était vraiment quelqu'un du côté de l'équipe ?* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire). Nous avons montré précédemment que la place établie

oscille la plupart du temps entre deux polarités (cf partie 2.2). Un autre sujet central de débat est le partage du secret professionnel et de la confidentialité : « Ça a été aussi un grand questionnement : Qu'est-ce qu'on partage devant lui ? Qu'est-ce qu'on ne partage pas ? Où s'arrête le secret professionnel avec la pair aideance ? Qu'est-ce qu'on peut dire ? Qu'est-ce qu'on ne peut pas dire ? » (Elodie, infirmière dans une structure médico-sociale) ; « On ne savait pas trop ce qu'on pouvait dire des patients en sa présence et pas dire. » (Baptiste, médecin dans une structure sanitaire). Puis secondairement (lorsque le projet d'intégration se structure davantage et/ou quand il est mis en œuvre), ce sont des questions d'ordre plus pratico-pratiques qui surviennent : « Est ce qu'on lui met une blouse ? Est-ce qu'elle a un badge ? Est-ce qu'elle a un compte professionnel pour avoir la messagerie [de l'institution] ? » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire) ; « "Tu tutoies [les patients], tu [les] vouvoies ? Tu fais comment ?" » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire).

Ces interrogations traduisent souvent des « réticences » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire) de la part des professionnels d'addictologie. Nous avons remarqué plusieurs types de réticences. Tout d'abord, la question de la « rechute », c'est-à-dire une recrudescence de l'addiction : « Il y a un mouvement de retrait des équipes, de tout le monde, de prise de risque en disant : "Si ça se trouve on va la faire décompenser à la remettre le nez dans sa pathologie en fonction des patients qu'elle aura à gérer." » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire) ; « Quand j'avais eu un cours de DES [diplôme d'études spécialisées] et qu'ils avaient fait venir des pairs aidants, moi c'est le premier truc auquel j'ai pensé [la question de la "rechute"]. » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire).

La question de la « rechute » d'un pair aidant

Une professionnelle d'addictologie a pu témoigner d'un vécu particulièrement négatif : « Il [Ethan] s'est remis à consommer. Pour nous l'échec pur et dur de cette idée que la pair aideance ne peut être qu'un cercle vertueux. Là on est sur un contre-exemple, mais alors majeur. Alors qu'est-ce qu'on a loupé ? [...] En fait on fait pas ça, on fait surtout pas ça pour en arriver là. Il y a rien de pire pour nous en fait. Notre job c'est l'inverse quoi. Là on a le sentiment de les remettre dedans. » (Amélie, directrice d'une structure médico-sociale). L'objet ici n'est pas d'analyser les conditions défavorables à l'exercice de la pair aideance⁷⁹, mais de se dire que s'il arrive une perte de contrôle sur l'addiction, ce n'est

⁷⁹ Nous pourrions citer : le fait que la personne ne soit pas prête à l'instant T pour exercer une telle activité, le contexte RH de la structure, la temporalité de la réflexion pour construire le projet... Soulignons aussi que cette situation n'est pas représentative des différentes situations rencontrées.

pas nécessairement une fatalité. Il convient de garder à l'esprit que : « *Il peut y avoir des hauts et des bas dans le rétablissement.* » (Margot, intervenante socio-éducative dans une structure médico-sociale) ; « *Rétablissement ne signifie pas guérison.* » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale). Avec la mise à disposition d'espaces d'échange et un lien de confiance qui se crée, la question de la rechute ne semble progressivement plus un problème : « *On n'est pas inquiets en tout cas à l'idée qu'il [Théo] rechute. Il est assez transparent avec nous. Il va nous dire quand ça ne va pas et il s'autorise à nous dire en petit comité quand il a des problèmes personnels ou autre. Il s'autorise à le dire donc là-dessus on est quand même assez confiant. On sait que s'il rechute, il ne va pas le faire dans notre dos. [...] Puis si jamais il rechute, on fera les choses de façon... peut être qu'il se mettra en arrêt. Mais, en tout cas, ce n'est vraiment pas une inquiétude.* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire) ; « *Et puis les aléas, c'est-à-dire un moment où il y a retombée dans la consommation. [...] Kylian dans son parcours, il se connaît très très bien et il est le meilleur pour juger le moment le plus opportun [pour revenir].* » (Margot, intervenante socio-éducative dans une structure médico-sociale). Rappelons que précédemment, nous avons montré que les pairs aidants ont une conscience de leurs limites personnelles et sont vigilants concernant leur état de santé (cf partie 2.2).

Ensuite, il y peut exister une certaine crainte de l'inconnu : « *[Le sentiment ressenti pouvait être] "houla je sais pas ce que c'est, c'est étranger à nos habitudes, à nos pratiques".* » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire). Cela est d'ailleurs mêlée d'incompréhension : « *Et bien souvent c'est "ben, on comprend pas trop ce que fait le pair aidant dans notre service parce que nous, on le fait déjà, on sait ce qui est bon pour le patient".* » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale). Ici les réticences sont liées à la remise en question sa manière de travailler car pour les professionnels, intégrer un pair aidant, « *c'est quelque chose qui est assez nouveau, qui vient interroger beaucoup de pratiques.* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire) ; « *En tant que professionnel, il faut accepter la pair aide, accepter de se mettre un peu à l'épreuve aussi.* » (Elodie, infirmière dans une structure médico-sociale). Un pair aidant témoigne ainsi de son ressenti : « *Il y avait beaucoup de réticences à mon arrivée. Enfin pas chez tout le monde, mais il y en a qui disaient "qu'est-ce qu'il vient faire là [...] Il va tout bousculer".* » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire). Enfin une autre réticence identifiée est la peur d'une substitution, d'une « *dépossession* » (Amélie, directrice d'une structure médico-sociale), de sa place de professionnel par un pair aidant : « *[C'est l'idée que] "elle va me piquer mon boulot".* » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire) ; « *[Ce sont des] craintes que vous preniez [leur] poste.* » (Carole, pair aidante dans une

structure sanitaire). Les réticences des professionnels sont possiblement en lien avec « des idées reçues sur la pair aideance⁸⁰ » (World Health Organization, 2019).

Dans certains cas, les réticences sont si marquées qu'elles prennent une forme de « *résistance* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire). Une directrice relate ainsi le phénomène de levée de bouclier qu'elle a pu connaître : « *J'ai eu une candidature d'une patiente experte. J'ai dit à l'équipe que ça m'intéresse, je vais la recevoir. J'ai vu qu'ils faisaient la moue [...] : "Ben ouais, mais attendez parce que si elle fait partie à part entière de l'équipe..." Et là tout d'un coup j'avais une accumulation de difficultés potentielles.* » (Amélie, directrice d'une structure médico-sociale). Voici quelques exemples de difficultés mentionnées : « *Le secret professionnel [...] la question des liens [avec des usagers qu'elle peut connaître] [...] sa filiation venant des NA [Narcotiques Anonymes] [...] [Et ce sont aussi] tous les aspects de la vie au travail qui sont interrogés quand on en arrivé à l'idée d'un CDI pair aidant.* » (Amélie, directrice d'une structure médico-sociale).

3.2.2 Vers une acculturation des professionnels ?

En lien avec les réticences explicitées, les pairs aidants peinent parfois à être réellement intégrés. La littérature pointe le fait que ces nouveaux acteurs « s'insère[nt] dans le système de soin de façon douce et progressive » (Jacques, 2022). Effectivement, « tout se passe comme si pour "faire sa place", il fallait entrer prudemment, à pas feutrés, et proposer progressivement des adaptations ou des arrangements avec l'institution et ses professionnels » (Jacques, 2022). Ici, nous ne faisons pas allusion à la diversité des places possibles, plus ou moins engageante pour une personne concernée (cf partie 2.2). Nous pointons le fait que plusieurs personnes concernées peuvent connaître des difficultés à occuper leur place (pourtant définie) : « *Le consensus qui a été trouvé, c'est que je reste en observation jusqu'au mois de mars-avril, donc je n'intervenais pas de janvier à mars-avril. Et puis après j'ai commencé à intervenir un peu plus, à rebondir sur ce que disaient les personnes. Alors moi j'ai un peu rongé mon frein. Mais bon c'était aussi, je pense, de la bonne intelligence. Il faut ménager les susceptibilités, ça ne sert à rien de vouloir aller au clash [...] Il faut arriver sur la pointe des pieds.* » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire) ; « *Je suis restée en position basse assez longtemps, en période d'observation. Et je proposais. Je suis partie du principe que, comme la pair aideance ne s'impose pas, je propose. Après ils prennent ou ils ne prennent pas. Jusqu'à un certain point, au bout d'un*

⁸⁰ Exemples de compréhensions erronées : « La pair-aideance constitue un processus de réadaptation professionnelle pour des individus travaillant sur leur propre rétablissement » ; « Les pairs-aidants sont fragiles et peuvent rechuter à cause du stress et des responsabilités liées au travail » (World Health Organization, 2019).

moment, j'ai mis un peu les pieds dans le plat. » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire). Ainsi l'enjeu est de promouvoir l'acculturation des professionnels à travailler avec des pairs aidants. Bien entendu, l'idée n'est pas de « *faire un diktat "Il nous faut tous, entre guillemets, un patient expert ou un pair aidant au sein de nos équipes"* » (Amélie, directrice d'une structure médico-sociale). Précisons que « *[la pair aide] c'est pas obligatoire en soit, pour se rétablir. Ça reste un levier important (parce que les études montrent vraiment l'importance de la pair aide [pour prévenir] la rechute), mais si on n'est pas accompagné par un pair aidant, c'est pas dramatique non plus.* » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale). Il s'agit avant tout de normaliser la possibilité d'intégrer une personne concernée dans une équipe de professionnels : « *En fait la question [...] est importante à aborder sous cet angle-là [...] Qu'est-ce que demain la complémentarité pourra apporter à chacun et non pas déposséder ?* » (Amélie, directrice d'une structure médico-sociale) ; « *[Faire comprendre] que je n'allais pas piquer la chaise de quelqu'un, mais qu'on allait en rajouter une.* » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire). La littérature pointe également cette perspective de « *viser la complémentarité au lieu de la compétitivité* » (Charlier & Sandron, 2018).

Plusieurs éléments laissent à penser qu'une telle culture se diffuse peu à peu en Pays de la Loire. Tout d'abord, des personnes concernées interviennent dans la formation des professionnels de santé : « *[Dans le DU addictologie], je témoigne de mon parcours en tant que dépendant, et ensuite mon parcours de soins jusqu'à aujourd'hui, comment j'en suis arrivé là. Et c'est surtout aussi pour leur donner à ces futurs médecins, leur faire diffuser cette petite voix qui peut dire aux patients "vous pouvez vous en sortir, j'en connais donc vous aussi vous pouvez".* » (Joël, pair aidant dans une structure sanitaire) ; « *L'année dernière, on [la structure dans laquelle je travaille] est intervenu par exemple auprès des élèves infirmières [...]. On est intervenu toute une après-midi. Elles étaient en 3^e année [...]. Celles qui s'étaient inscrites pour nous rencontrer, elles avaient déjà envie d'aller travailler en psychiatrie. Donc on espère qu'à l'issue de cette rencontre, elles aient pu partager. On espère que ça diffuse comme ça.* » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale). À l'échelle des structures d'addictologie, certains managers de proximité (direction de structure médico-sociale, chef de service, cadre de santé, médecin chef de service...) essaient de diffuser progressivement : « *Le travail de fond, c'est-à-dire que j'ai vraiment privilégié la temporalité, en parler bribe par bribe [...]. C'est petite touche par petite touche. Il faut beaucoup rassurer [...] "Ce n'est pas de la concurrence mais de la complémentarité". Donc ça, j'ai répété ça plusieurs fois.* » (Bastien, directeur d'une structure médico-sociale). Pour cela, ils peuvent s'appuyer sur le cadre institutionnel : « *Je l'ai mis dans le projet d'établissement. [...] Le projet d'établissement j'ai dû le faire en 2018 [...]* » (Bastien) ; « *Là, je suis en train d'écrire le*

projet de service pour les années qui viennent. [...] Sur la pair aidance c'est évident qu'on souhaitera qu'il y ait une continuité. » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire). Il semble que cette approche « pas à pas » puisse faire évoluer les choses : « *Ça fait un petit moment. Après l'équipe à l'époque n'était pas forcément très partante. Et plus ça va, plus j'en parle... Donc là, on a une ouverture vraiment totale de l'équipe à ce projet-là.* » (Bastien, directeur d'une structure médico-sociale). Il faut ici souligner l'importance de ne pas imposer, au risque de créer davantage de défiance (Sedan et al., 2022). En effet : « *La pair aidance ne s'impose pas [dans une équipe], il faut être agile.* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire) ; « *Tout le monde [parmi les professionnels] n'est pas prêt à intégrer un pair aidant, et toutes les personnes rétablies ne peuvent être pair aidante non plus.* » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale). Un autre levier possible pour la diffusion de la culture est l'échange de pratiques avec des structures similaires ayant intégrées des pairs aidants : « *Je pense que si nous on continue vers ça, et ça va être le cas, on se rapprochera aussi d'établissements qui ont déjà fait le virage [comme cette] communauté thérapeutique.* » (Bastien, directeur d'une structure médico-sociale) ; « *Ils ont monté un groupe de parole à l'appui d'une co-animation pair aidant, [dans un autre] CSAPA. Je demandais, si on pouvait avoir les contacts pour notre groupe de travail sur le groupe de parole, pour s'en inspirer.* » (Amélie, directrice d'une structure médico-sociale). Remarquons que ce dernier point est surtout porté vers des professionnels déjà intéressés par le sujet. Les différents éléments cités (formation, sensibilisation, projet institutionnel et échange de pratique) apparaissent comme des moyens intéressants de diffuser cette culture localement. À une autre échelle, les pouvoirs publics ont également un rôle à jouer (Waha, 2021). De plus, au-delà de la culture de travailler avec des personnes concernées, il s'agit visiblement aussi d'un paradigme assez récent à promouvoir : « En Belgique francophone [à l'échelle des structures de soins et accompagnement mais également à l'échelle de la société] [...] les concepts de rétablissement et de pair-aidance n'ont pas encore percolé. Certains s'interrogent encore sur l'opportunité de développer ces approches qui ont pourtant fait leurs preuves et sont reconnues comme des pratiques basées sur les faits » (Waha, 2020).

3.2.3 Un problème de statut lié à l'absence de cadre réglementaire

Nous avons mentionné précédemment que les pairs aidants se constituent en tant que nouveau groupe professionnel (cf partie 2.2). Toutefois, « à l'heure actuelle, [dans les] pays francophones où il y a des pairs-aidants en activité, il n'existe pas de statut légal » (Waha, 2021). Cela pose problème pour ceux qui ont choisi d'en faire une activité professionnelle. Précisons que nous n'opposons pas ici pairs aidants bénévoles et pairs aidants salariés,

car « le débat "professionnel – bénévole" [...] est un serpent de mer⁸¹ dans le monde de la pair aide. » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire). Nous souhaitons simplement souligner que ceux qui souhaitent faire de la pair aide leur métier font face à des problèmes de statuts. Voici quelques cas rencontrés pour le statut de salarié : « En fait, il [Théo] est employé comme, je sais plus exactement, enfin plus ou moins comme un éducateur, parce que c'est un statut qui n'existait pas sur l'hôpital. C'est notre premier. Du coup, il est plutôt rangé plutôt côté éducateur. » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire) ; « Moi je suis recrutée, pas comme pair aidante, mais comme agent administratif. » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale) ; « Je me suis un peu chamaillée avec le service RH [ressources humaines]. Sur le contrat de travail, il est écrit "moniteur adjoint d'animation". J'ai expressément demandé à ce qu'il soit ajouté "pair aidant" et elle m'a dit "mais ça n'existe pas dans la convention collective". Je dis "je sais, mais il faut que ce soit gravé. Parce que s'il est pro sans la qualif au sein d'une équipe, non". J'ai gagné et elle a ajouté "pair aidant". On a mis dans la convention collective, coefficient tant, telle grille salariale, "moniteur adjoint d'éducation, en tant que pair aidant". Et j'ai demandé de le mettre en gras. [...] C'est tout ce qu'on a pu faire. » (Amélie, directrice d'une structure médico-sociale). Un autre statut possible est celui d'indépendant, qui ne semble pas plus simple : « Pour que juridiquement, moi je puisse rester [...] seule à mon compte, on est passé par FPEA [France Patient Expert Addictions]. On a créé un montage juridique qui n'existe pas, même en francophonie. J'ai essayé de chercher des ressources au Québec quand on était en difficulté. Parce qu'on avait des sous, mais on n'avait pas le montage juridique. L'hôpital ne voulait plus passer en direct avec moi. Alors qu'il nous avait donné leur accord au départ, [...] revirement de la part de la direction [de la structure d'addictologie] qui dit "on ne veut plus que la société de Madame C. nous facture directement, trouvez autre chose". Donc c'est pas grave, on a inventé. FPEA aujourd'hui permet le montage juridique et financier. [...] Et aussi moi il a fallu que je me démène pour trouver une assurance professionnelle, ça n'existait pas dans le monde de la pair aide. » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire). C'est probablement en lien avec une telle problématique de statut que certaines personnes concernées souhaitant s'engager professionnellement vont trouver une autre façon de s'investir (voir encadré ci-dessous).

⁸¹ Car il soulève des questions contre-productives telles que « Est-ce qu'on peut être pair aidant quand on est bénévole ? Est-ce qu'il faut être professionnel pour être pair aidant ? Et qui dit professionnel, est-ce qu'on doit être formé ? » (Carole).

Une autre façon de s'investir : la pair aidance comme une compétence supplémentaire

Après une expérience de rétablissement de conduites addictives, certaines personnes font le choix de suivre une formation plus reconnue que celles de pairs aidants : « *Il y a des patients-experts qui se forment pour devenir éduc, ils sont engagés comme éducateurs. [Cela se fait par exemple au sein d'une] communauté thérapeutique.* » (Bastien, directeur d'une structure médico-sociale). Par ailleurs, une personne elle-même professionnelle de soins et d'accompagnement peut être amenée dans sa vie à connaître des conduites addictives. Ainsi il semble possible pour un professionnel en activité, d'assumer ouvertement son propre parcours : « accompagner ses pairs avec [...] [une] double casquette et [une] double compétence [...] : infirmière et patiente experte addictions » (Pinel, 2021).

Par ailleurs, la rémunération des pairs aidants ayant fait le choix d'en faire une activité professionnelle ne semble pas si fructueuse : « *Comme agent administratif, on a encore des tarifs qui sont vraiment... on devient pas pair aidant pour gagner de l'argent, c'est pas vrai.* » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale) ; « *Là, il [Théo] est payé un peu comme stagiaire parce qu'il n'est pas diplômé.* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire). De façon plus globale, les pairs aidants sont confrontés aux questions de précarisation financière (absence de statut et sous-financement), précarisation sociale (moins de reconnaissance), précarisation identitaire (remise en question des valeurs et du sens) et de précarisation fonctionnelle (missions et fonctions en construction) (Charlier & Sandron, 2018).

3.3 Enjeux communs

3.3.1 Reconnaissance des savoirs expérientiels

Nous avons défini les savoirs expérientiels précédemment (cf partie 1.2). Aujourd'hui nous nous accordons à dire qu'« intégrer les savoirs expérientiels des usagers / patients dans les pratiques et organisations des structures d'addictologie enrichit la palette d'outils au service de la qualité des soins et de l'accompagnement » (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023). Néanmoins nous pouvons nous interroger sur leur véritable reconnaissance et sur les conditions requises pour leur accorder de la légitimité.

Du côté des associations d'usagers, il ne semble reconnu à ce jour que le parcours de rétablissement : « *Dans l'esprit de beaucoup de gens, je dirais, on intervient surtout par rapport à notre histoire et notre expérience, et dans l'alcool et au sortir en-dehors de l'alcool.* » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers). Or la formation apparaît comme un élément important pour les membres d'associations d'usagers : « Les mouvements d'entraide souhaitent favoriser une dynamique d'amélioration continue de la qualité de l'ensemble de leurs activités [...]. En ce sens, les mouvements d'entraide s'engagent à [...] améliorer/actualiser leurs connaissances de base en addictologie et renforcer leurs compétences dans l'accompagnement individuel ou collectif des personnes en difficulté avec l'alcool ou les autres produits [par de la formation]. » (Groupe de travail Société Française d'Alcoologie, 2016). C'est effectivement le cas du bénévole interrogé : « *Mais ce parcours, bien sûr, il est nourri de formations de tout ordre, que ce soit sur la communication au public, l'écoute [...] effectivement ce sont des formations qui sont indispensables. [...] À l'association, quand les gens deviennent bénévoles, ils ont une formation interne qu'on appelle nous de premier et deuxième degré en addictologie. Ensuite on a des formations complémentaires qui nous sont proposées tout au long de l'année, sur le plan régional ou national, que ce soit l'animation de groupe, l'intervention en milieu hospitalier, des modules aussi de réduction de risques et de prévention, sachant qu'on a ça aussi au niveau départemental avec d'autres partenaires.* » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers). Les réponses des associations au questionnaire traduisent aussi ce processus de formation/outillage en interne (n=13/16⁸²). Les bénévoles d'association ont donc une réelle expertise étayée : « *Effectivement, mes connaissances purement médicales ou en pharmaco, ne sont pas importantes [comparativement à un professionnel de santé]. Mais ma façon de pratiquer aujourd'hui, je dirais que je suis expert en accompagnement. Je me sers de connaissances que j'ai, puisque j'ai fait [des] formation[s].* » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers). Pourtant, comme nous l'avons mentionné, leur place en structure d'addictologie est très variable d'une structure à l'autre (cf partie 2.1). Ce phénomène peut parfois traduire un manque de valorisation à hauteur de ce que les associations peuvent fournir. L'explication à cela pourrait être une lacune d'interconnaissance : « *Je pense qu'il y a beaucoup de professionnels qui ne vont jamais en réunion d'associations, qui ne connaissent pas les associations. Et puis il y a aussi des associations qui ne connaissent pas le travail des professionnels, comment ils font. Donc il y a besoin de rencontres, de partager. Et quand on explique les choses, c'est beaucoup plus simple.* » (Yoan, médecin retraité et bénévole dans une fédération associative). À l'extrême, le défaut de considération des associations par les structures d'addictologie peut reléguer ces premières à assurer des activités occupationnelles : « *À une époque,*

⁸² Pour tous (n=4), pour la plupart (n=4) ou pour certains (n=5) bénévoles de l'association.

j'intervenais [dans une structure sanitaire] [...]. Nous avons arrêté pour deux raisons. C'est que les gens qui étaient hospitalisés, concernés par une addiction, ne venaient pas à ces informations, ce qui est un petit peu dommage. Donc j'en avais parlé avec les soignants qui me disaient "Ben on peut pas les forcer", ce qui est tout à fait vrai d'un côté. Bon d'un autre côté aussi bon bah c'est vrai que le monde hospitalier est un petit peu, on va dire, dans une précarité de personnel. Mais je me suis aperçu que les réunions d'information que je faisais, bah palliaient à des ateliers qui n'étaient plus assurés, soit en ergothérapie, soit en sophrologie ou autre. Alors moi j'étais pas trop d'accord pour ça. Parce que si je viens pour de l'occupation parce qu'il y a pas d'ergothérapeute, c'est pas la destination de mes interventions. Donc nous avons arrêté d'intervenir [dans cette structure]. » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers).

Du côté des pairs aidants, la question de la reconnaissance apparaît surtout en lien avec la formation. Effectivement, nous avons mentionné une critique du diplôme (cf partie 2.2). Il s'avère que l'acquisition de celui-ci peut parfois plus servir à affirmer sa légitimité et à rassurer les professionnels, qu'à bénéficier d'un réel outillage. Un pair aidant exerçant dans une structure d'addictologie, exprime ainsi sa motivation à vouloir suivre une formation : « *Valider non seulement une expérience au sein [de l'institution], mais aussi [...] une forme de légitimité.* » (Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale). Une autre personne interrogée justifie ainsi le fait de suivre une formation actuellement : « *On peut dire que j'ai beaucoup de savoirs expérimentiels accumulés [...] je souhaite me former pour asseoir les choses.* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale). En plus d'une « *réflexion pour faire ça [la pair aideance] professionnellement* », force est de constater que cette « *question de la reconnaissance* » (Dimitri) est toujours présente, et ce malgré environ huit ans d'investissement bénévole dans une association d'usagers et une expérience de deux ans dans le dispositif « Un chez soi d'abord »⁸³. Il s'agirait d'une particularité nationale : « *Avoir un diplôme, c'est comme ça qu'en France on fonctionne. T'as un diplôme, t'es compétent en fait.* » (Alizée, directrice d'une structure médico-sociale) ; « *Cette représentation française : un diplôme dit un professionnel.* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire). Or la littérature affirme qu'« il ne faut sûrement pas limiter la pair-aideance à la reconnaissance du savoir expérimentiel, validé par un diplôme » (Durand, 2020). Nous pourrions donc nous demander s'il ne faudrait pas davantage réfléchir dans une approche par compétences en situation. Par exemple, au Québec, il existe un référentiel de compétences des patients partenaires (Université de Montréal, 2016a). Nous avons pu réaliser un entretien avec une personne exerçant, entre

⁸³ « Le dispositif Un chez soi d'abord permet aux personnes sans abri les plus fragiles [...] d'accéder directement à un logement ordinaire et d'être ainsi accompagnées vers la réinsertion. » (Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires, 2020). Les équipes intègrent notamment des médiateurs de santé pairs (il ne s'agit pas ici de personnes ayant suivi la licence MSP à Paris).

autres, au Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public (CEPPP)⁸⁴. Elle illustre comment cela se passe : « *On est très proche par compétence au Québec. On ne va pas voir la personne en fonction de son CV, si elle est sympa pendant l'entrevue, mais on va la mettre en situation. On va observer si, avec une grille d'analyse, si on observe la manifestation, des compétences qui sont indiquées. Donc la personne, on la fait littéralement co-animer un atelier d'éthique clinique à la fac de médecine, pour les patients formateurs par exemple. Là il y a un patient plus expérimenté qui vient et qui évalue ça pendant la séance. Est-ce que j'ai vu se manifester les compétences principales qu'on recherche chez un patient formateur ? Et si elles n'y sont pas entièrement, est-ce que ça se développe dans le temps et donc ça marche finalement ? Ou est-ce que la personne est beaucoup trop loin et de ce fait là il va falloir qu'elle fasse d'autres trucs qu'elle chemine par rapport à son parcours ? [...] L'approche par compétence, c'est ça qui est intéressant, ça casse la logique de statut.* » (Adrien, personnel du CEPPP). Néanmoins, dans le contexte de la France, cela ne serait pas forcément aisé en raison de « *rapports de pouvoir*⁸⁵ [à déconstruire] » (Adrien, personnel du CEPPP). Au Québec, il existe aussi un référentiel « *pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux* » (Université de Montréal, 2016b).

3.3.2 Des projets et des collaborations qui ne tiennent qu'à quelques personnes

Les projets impliquant des pairs aidants, comme les collaborations avec les associations d'usagers peuvent dépendre d'une minorité de professionnels d'addictologie, s'agissant souvent des managers de proximité (direction de structure médico-sociale, chef de service, cadre de santé, médecin chef de service...). Si ces derniers sont favorables, alors ils sont en quelque sorte « ambassadeurs » en ce sens qu'ils contribuent à porter les projets et collaborations. Dans le cas contraire, ces derniers peuvent être grandement menacés. C'est notamment sur ce point que notre méthode mixte a permis d'identifier une contradiction (cf méthodologie). En se limitant aux réponses des associations sur le versant quantitatif de l'enquête (questionnaire), leur collaboration avec les structures d'addictologie apparaît comme systématiquement facile⁸⁶ (n=24/24). Néanmoins, deux exemples (rencontrés en entretien) témoignent à l'inverse. En effet, la collaboration se trouve particulièrement complexifiée lorsqu'un professionnel de la structure, favorable à

⁸⁴ « Le CEPPP a été créé en 2015 à l'initiative de l'Université de Montréal ». Il s'agit d'un organisme « pionnier » et « leader international » sur le sujet de la collaboration avec les patients et le public (Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public, 2020).

⁸⁵ Sans parler d'intégrer des personnes concernées, même la collaboration entre professionnels de santé n'est pas toujours aisée, notamment en raison d'un « pouvoir médical » (Hudon et al., 2009).

⁸⁶ La question précisait « collaboration (intégration, relations avec le personnel...) ».

l'implication des associations d'usagers, n'est plus en poste : « *On a eu une collaboration donc pendant trente-quatre ans avec ces groupes [d'entraide] [...] entre 1985 et 2019. Il y a eu un changement d'équipe important en 2019. [...] Quand je suis parti, le nouveau médecin ne souhaitait plus travailler avec les groupes d'entraide. Donc il y a eu trois ans où il y a plus eu de contact, il y a plus eu de collaboration. [...] En fait, le nouveau médecin souhaitait faire un peu table-rase de ce qui avait été fait auparavant. [...] Et là le contact s'est recréé par rapport à un nouveau directeur [...] qui a souhaité renouer ce contact.* » (Yoan, médecin retraité et bénévole dans une fédération associative) ; « *Ça a jamais été facile avec [une structure médico-sociale], ça a jamais été très simple comme relation. [...] C'est mon ressenti, mais on a pas senti non plus du personnel et de la directrice, on sentait pas que c'était quelque chose qui était indispensable pour elle quoi. On avait l'impression que c'était un petit peu forcé [...] Là, les derniers temps, il y avait une infirmière, Sidonie P., qui était très favorable à la venue des associations. Donc elle nous avait quand même bien ouvert la porte. Et là elle est en formation cette année. Du coup elle est plus disponible. Et bon, on a bien vu. Le fait qu'elle ne soit plus là, ne nous a pas facilité les affaires quoi.* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers). C'est pourquoi « l'interconnaissance et la collaboration entre professionnels d'addictologie et membres d'associations d'usagers [sont] une dynamique à entretenir » (Groupe de travail SRAE Addictologie, 2023), voire même une dynamique à valoriser davantage (comme évoqué plus haut).

Concernant les pairs aidants, nous remarquons également qu'une poignée de professionnels influent fortement la dynamique. C'est notamment ce qui va déterminer si des projets vont se mettre en place ou non : « *Je rencontre le professeur G [...] qui me dit que je ne suis pas prête. Et le lendemain, je rencontre les docteurs L [Sébastien] et R. [Benjamin] [...]. Ils me disent : "Carole ne cherchez plus, les soignés ne demandent que ça."* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire) ; « *Le Dr S. [Baptiste], il fait partie des personnes qui sont ouvertes [au sein de l'équipe] [...] ça dépend beaucoup des personnes.* » (Christophe, pair aidant dans une structure sanitaire). Ce sont également une minorité de professionnels qui vont garantir les conditions favorables à l'exercice des pairs aidants. Par exemple, en consacrant du temps à un accompagnement : « *Depuis mars, avec ma cadre Madame G, on le voit une fois par mois à peu près pour voir un peu : Comment il est ? Comment il avance sur son cheminement, sur sa formation ? Comment il se sent dans l'équipe ? Etc. [...] On le voit après une réunion. C'est important qu'il y ait ces petits temps-là.* » (Maëlys, médecin dans une structure sanitaire) ; « *Après le temps de parole [groupe co-animé], on prend un petit temps, toujours avec Dorian pour débriefer sur comment ça s'est passé et comment il se sent aussi. [...] Prendre aussi le temps [...] comme on peut faire entre collègues. Ne pas partir avec un truc qui reste, qui ne va pas. [...] Oui, je prends dix minutes, un quart d'heure, souvent avec Dorian.* » (Marie, psychologue dans une structure médico-sociale). Ou parfois, avec un investissement moindre, il peut s'agir de

choses plus terre-à-terre qui permettent d'instaurer de bonnes conditions : « *Les soignants, c'est s'il y en a un qui y pense. Autrement rien n'est fait. Là il y en a un qui s'est posé la question [de me fournir un badge d'accès à la cafétéria].* » (Christophe, pair aidant dans une structure sanitaire). La pérennité des projets également, repose parfois sur une minorité de personnes : « *Nous sommes toutes les deux [deux professionnelles] à fond, motivées [...] Avec Margot [intervenante socio-éducative] on se posait la question de la vigilance aussi, à ce qu'on ne soient pas les deux seules à porter et à co-animer tous les projets de pair aideance [au sein de l'établissement]⁸⁷. Parce qu'actuellement, il n'y a que nous. [...] Il ne faudrait pas qu'on nous assimile à la pair aideance, que c'est [que] nous, qu'il n'y ait pas d'autres projets. Parce qu'à un moment, on ne va pas pouvoir non plus, nous, porter tous les projets. Déjà ça demande du temps. Donc si on veut que ça perdure, c'est que chacun [les autres professionnels] puisse aussi [porter des projets] [...] Sinon ça va s'essouffler et on va s'essouffler avec.* » (Marie, psychologue dans une structure médico-sociale). Pour les quelques cas rencontrés où il est question de financement et de rémunération, cet effet « personne-dépendant »⁸⁸ semble encore plus marqué : « *Monsieur B. [...] C'est notre interlocuteur ARS pour à la fois l'addicto et Carole C. Et globalement, on sait qu'il a un avis très positif sur le dossier Carole C. Parce qu'il a un avis positif de la personne Carole C, qu'il a rencontré [...] Lui nous a rencontré, il voit bien qu'on peut être partie prenante et il sent qu'il y a un truc qui peut tourner, qui peut avoir du sens. Il a un avis positif et donc il fait avancer le dossier. [...] Mais s'il n'avait pas cet intérêt personnel, sans cette certitude-là, on se retrouverait dossier numéro douze sur une file... On sait que ça passe aussi par ce genre d'éléments là.* » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire). Dans ce cas cité, cela ne dépend donc pas que des professionnels de proximité impliqués mais aussi de relations inter institutionnelles. Le caractère expérimental de la plupart des projets (cf partie 1.2) explique visiblement ce phénomène : « *Tant qu'on est dans les constructions d'amont, d'expérimentation qu'on est en train de vivre actuellement sur les pairs aidants, ça ne tient qu'au fil des volontés individuelles.* » (Benjamin, médecin dans une structure sanitaire).

Ainsi nous soulignons ici le fait que des projets et collaborations, souvent riches pour les parties prenantes et pour les usagers/patients, peuvent parfois ne pas « tenir à grand-chose ». L'enjeu est donc d'essayer de garantir leur pérennité au-delà de ces aspects.

⁸⁷ Contexte de cette situation : il s'agit d'un établissement médico-social ayant mis en place la pair aideance sous forme de missions, définis au cas par cas (selon les intérêts, envies et capacités des personnes concernées) et avec des temporalités variables (d'une demi-journée à plusieurs mois).

⁸⁸ Pas dans le sens de l'addictologie mais dans le sens « qui dépend d'individus spécifiques ».

3.3.3 La pair aide en structure d'addictologie au temps de la démocratie en santé : « effet de mode » pouvant générer de la concurrence ?

Nous avons commencé ce travail par remarquer que la pair aide est un sujet d'actualité (cf introduction). L'intérêt pour ce sujet apparaît particulièrement marqué : « *Un engouement [...], une tendance actuelle [autour de la pair aide].* » (Carole, pair aidante dans une structure sanitaire, lors d'une réunion du groupe de travail pair aide) ; « *Un emballement de la pair aide en santé mentale.* » (Sandrine, cadre de santé dans une structure de coordination en santé mentale, lors d'une réunion du groupe de travail pair aide). Pour rappel, cet emballement concerne essentiellement l'intégration de pairs aidants en structure d'addictologie (cf partie 1.2). Cette tendance, à développer de tels projets, semble en lien avec les orientations des politiques publiques : « *En fait, il y avait l'idée d'intégrer un pair aidant. C'était un projet parce que ça faisait partie des directives de l'HAS [Haute Autorité de Santé]. Pour pouvoir suivre cette feuille de route-là, ils avaient l'ambition d'embaucher un pair aidant.* » (Théo, pair aidant dans une structure sanitaire) ; « *Il me semble que c'était dans les tuyaux depuis un moment. Je crois que c'était aussi une volonté des financeurs. Alors peut-être que je me trompe, ça, je ne suis pas sûre, mais je pense que c'était quand même discuté un peu plus haut, de vouloir mettre en place la pair aide.* » (Margot, intervenante socio-éducative dans une structure médico-sociale). Il en va visiblement de même pour la perspective de professionnalisation⁸⁹ : « *Vraiment cette histoire de professionnalisation est venue avec vraiment une demande de la part de l'État en fait.* » (Daphnée, pair aidante dans une structure de coordination en santé mentale). Rappelons au passage que ma mission de stage s'est également inscrite dans les orientations politiques de la région (cf terrain de stage). Comme nous l'avons mentionné (cf partie 1.1), la nouveauté concernant la pair aide est « la promotion de [pratiques d'accompagnement et de soutien par les pairs] par les politiques publiques » (Gardien, 2021). Aujourd'hui, les orientations des pouvoirs publics sont effectivement en faveur du développement de la pair aide (voir encadré ci-dessous).

Orientations des pouvoirs publics

Au niveau national, nous trouvons des éléments favorables au développement de la pair aide dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017), dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018 et 2023 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023), dans le Plan National de Mobilisation contre les Addictions (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les

⁸⁹ Employé ici dans le sens de : suivre une formation et faire de la pair aide une activité professionnelle (dans la partie 2.2, nous avons utilisé ce terme pour parler de la posture adoptée).

conduites addictives, 2018) et dans les recommandations de bonnes pratiques (Haute Autorité de Santé, 2020). Au niveau régional, l'ARS des Pays de la Loire affichent également une stratégie favorable dans son Projet Régional de Santé (ARS Pays de la Loire, 2018). Pour plus de détails de contenu, cf annexe VII orientations des politiques publiques.

Dans ces orientations, nous remarquons qu'il n'est pas toujours exclusivement mention de « pair aidance ». Il peut aussi être sujet de « patient-expert », de « place de l'utilisateur » et plus généralement de « démocratie en santé ».

Démocratie en santé

La démocratie en santé est « une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. » (Agence Régionale de Santé, 2021). Cette notion renvoie à « la participation citoyenne aux politiques de santé » (Arveiller & Tizon, 2016). La co-construction (« passer du "faire pour" au "faire avec" ») correspond à « la partie opérationnelle » de la démocratie en santé (Gross, 2018).

La pair aidance apparaît ainsi comme une des formes possibles de participation et d'engagement des usagers en santé. Effectivement, aujourd'hui, « il existe une littérature abondante sur l'implication croissante des usagers dans le système de soin en France et à l'étranger » (Jacques, 2022). Le patient/usager a émergé en tant qu'acteur de la santé ces vingt dernières années (Buisson, 2016) car on lui reconnaît aujourd'hui une expertise (Mougeot et al., 2018) liée aux savoirs expérientiels (cf partie 1.2). De nouveaux termes sont apparus dans une véritable « explosion sémantique » : « patients-ressources, patients-médiateurs, patients-aidants, médiateurs de santé, médiateurs pairs, patients formateurs, patients experts, patients diplômés en éducation thérapeutique, patients partenaires, patients sentinelles, patients auto-normatifs, patients co-chercheurs » (Mougeot et al., 2018). Toutes ces qualifications traduisent le « passage d'un rôle de patient marqué par la passivité et l'asymétrie vers un rôle actif dans lequel le patient est porteur de savoirs et revendique un pouvoir lui permettant de dialoguer et de négocier avec les représentants de l'autorité de la médecine » (Mougeot et al., 2018). Nous ne remettons absolument pas en question la richesse de ces formes d'engagement. Il semble intéressant d'avoir conscience que la pair aidance est une des façons possibles d'impliquer des usagers parmi d'autres. Concernant l'addictologie, il existe notamment un guide repère en vue de promouvoir « la participation des usagers : de l'implication à la coopération », dont

la pair aideance fait partie (Fédération Addiction, 2020). Nous souhaitons simplement souligner deux éléments.

Premier aspect, présentée ainsi la démocratie en santé apparaît essentiellement comme une démarche top-down⁹⁰. Il est vrai que « la reconnaissance du nouveau rôle des patients et de leurs savoirs associés se traduit dans de nombreux textes incitatifs [...] ou réglementaires dans différents contextes nationaux » (Simon et al., 2019). En France, nous trouvons effectivement trois principaux textes législatifs : la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002)⁹¹, la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST (LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009)⁹² et la loi du 26 janvier 2016 (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016)⁹³. Toutefois, il ne faut pas omettre le « caractère bottom-up de la démocratie sanitaire » (Simon et al., 2019). Effectivement, « la pair-aideance s'inscrit dans une longue histoire sociale marquée par une reconnaissance accrue des droits sociaux et de la participation » (Simon et al., 2019). Ce mouvement « a largement porté par un milieu associatif très diversifié » (Jacques, 2022). Il est reconnu en addictologie que « [les] mouvements [d'entraide] à travers plus de cent-quarante ans d'histoire ont aidé à faire évoluer la société, passant de la « moralisation » et de la culpabilisation à la reconnaissance de l'alcoolisme comme maladie. [...] Les militants⁹⁴ de ces associations prennent position en tant que citoyens, contre le modèle social de consommation d'alcool conviviale excessive. » (Moureau, 2016). Or l'aspect bottom-up apparaît moins mis en avant. Effectivement, dans le contexte de la psychiatrie, il semble que « le terme [rétablissement a] subit une forme de dépolitisation [comparativement aux mouvements originels empreints de militantisme] » (Linder, 2022). Dans le contexte de la Suisse francophone, les « pairs-praticiens [...] se concentrent sur le partage des savoirs expérientiels, en mettant au moins en partie le militantisme de côté » (Linder, 2022).

⁹⁰ « Top-down » (démarche descendante, de haut en bas) et « bottom-up » (démarche ascendante, de bas en haut) sont employées pour désigner « deux modalités de gouvernance opposées [...] dans le jargon politique et économique » (Géoconfluences, 2020).

⁹¹ Cette loi « a véritablement permis de repenser les droits des patients et qui a introduit la notion de « démocratie sanitaire », structurée autour de droits individuels (être acteur de sa santé) et de droits collectifs (être acteur de la santé) » (Jacques, 2022). La « démocratie sanitaire » a évolué en « démocratie en santé », puisqu'elle recouvre les champs sanitaire, médico-social et social (Lefevre & Ollivier, 2018).

⁹² Cette loi contribue à « la reconnaissance d'un nouvel acteur comme le « patient expert » [...]. [Cependant] la loi HPST ne mentionne pas l'intervention de « patient expert » mais les critères d'autorisation de programmes d'éducation thérapeutique mentionnent explicitement la participation de patients ou représentants d'associations de santé dans leur mise en œuvre » (Baillet et al., 2011).

⁹³ Cette loi a permis de mieux encadrer le rôle des patients, leur formation et leur représentation (Berthod-Wurmser et al., 2017).

⁹⁴ Nous remarquons que l'appellation « militants d'associations » est employée dans le discours de Yoan, médecin retraité et bénévole dans une fédération associative.

Second élément que nous souhaitons pointer, il nous apparaît que l'accent soit davantage mis sur l'usager en tant qu'individu que sur les usagers en tant que collectif. Précisons toutefois que l'implication des associations d'usagers figure dans les orientations des pouvoirs publics. Ce qui nous interroge ici, c'est un possible effet secondaire non anticipé, en lien avec l'intérêt manifesté. Nous nous demandons s'il n'y aurait pas une possible tendance à promouvoir certains aspects de participation (en l'occurrence les pairs aidants) et, involontairement, à en invisibiliser voire évincer un autre (en l'occurrence les associations d'usagers). Le risque ici est de générer une forme de concurrence. L'exemple suivant témoigne en ce sens : « *[La structure d'addictologie en question] est une structure de soins où on intervient, où on fait de l'information une fois par mois [...]. Le SSR a également une unité de jour [...]. J'ai demandé éventuellement à intervenir en information sur la structure hôpital de jour. Jusque-là j'ai pas eu de réponse positive, voire même, je pense qu'elle est négative puisqu'ils m'ont dit que la pair aideance intervenait aussi principalement sur l'hôpital de jour. Donc bah c'est un petit peu dommage mais bon. [...]. Et donc la pair aideance qui se fait là-bas est animée par d'anciens patients⁹⁵ [...] qui sont sortis, on va dire dans les un mois, deux mois, six mois du centre de soins. Moi, j'avais demandé à intervenir en tant qu'association auprès de cette structure de jour. Mais ils jugent que l'intervention des anciens patients [...] est suffisante dans l'immédiat. Alors est ce que c'est une question d'organisation du planning ? (Puisque ce sont des demi-journées à l'hôpital de jour). De toute façon, moi je peux pas m'immiscer dans leur organisation. J'en ai fait la demande et aujourd'hui, ils ne sont pas preneurs de ma proposition.* » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers). Nous nous interrogeons donc si la tendance à promouvoir aujourd'hui la pair aideance ne risque pas, en addictologie, d'évincer les associations d'usagers. Cette idée est renforcée par le fait que les associations d'usagers ne se reconnaissent pas derrière ce terme (cf partie 1.1) ou qu'elles s'en distinguent : « *Nous, dans notre pair aideance.* » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers). Il en va de même pour la notion de « savoirs expérientiels ». En effet, cette appellation récente (Simon et al., 2019) ne semble pas présente dans le discours des bénévoles d'associations interrogés. Pourtant, la reconnaissance des savoirs des personnes concernées n'est pas si nouvelle dans le champ de l'addictologie⁹⁶. Il pourrait potentiellement exister un écueil : celui de n'attribuer la « pair aideance » et les « savoirs expérientiels » qu'aux pairs aidants, délégitimant ainsi les associations d'usagers.

⁹⁵ Ils sont nommés « patients-ressources ». Cet exemple pourrait aussi permettre d'ouvrir sur un risque d'instrumentalisation des pairs aidants par les structures.

⁹⁶ En 1977, Jean Rainaut (psychiatre alcoologue) documentait déjà le « savoir empirique des alcooliques devenus abstinents » et l'importance « d'une collaboration étroite et ouverte » entre service d'alcoologie et mouvements d'entraide (Groupe de travail Société Française d'Alcoologie, 2016).

Cependant, nous pouvons nuancer une possible forme de concurrence. En effet, des pairs aidants rencontrés ont pu souligner la logique de complémentarité avec les associations d'usager. Comme évoqué, ils peuvent eux-mêmes en être membre (cf partie 2.2). D'autre part, ils peuvent également orienter les personnes soignées/accompagnées vers les associations d'usagers : « *C'est très bien [les associations d'usagers] parce que beaucoup de personnes s'y retrouvent et c'est en ça que je conseille fortement [les patients de la structure d'addictologie], enfin, je les conforte dans l'idée que : "Allez-y, faites-le. Et puis après, libre à vous de rester ou pas. Mais ça en aide énormément."* » (Joël, pair aidant dans une structure sanitaire) ; « *J'encourage beaucoup les gens [patients de la structure d'addictologie] à tester [aller aux réunions d'associations d'usagers] pour voir si elles s'y retrouvent ou pas.* » (Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale). Nous souhaiterions étayer cette affirmation qu'associations d'usagers et pairs aidants ne sont pas en opposition. Il convient de souligner que nous avons remarqué, lors des entretiens, un caractère commun à ces deux figures. En effet, à la base, l'idée principale qui anime ces personnes à s'engager, dans ce que nous avons nommé « pair aidance », est la même. La motivation originelle est d'aider l'autre, à son tour, en mobilisant sa propre expérience. Nous retrouvons cela du côté des associations : « *On tend la main à quelqu'un. On nous a tendu la main un jour et on redonne ce qu'on a reçu.* » (Romane, bénévole d'une association d'usagers). On retrouve aussi cela du côté des pairs aidants : « *C'est déjà, bien humblement, essayer de restituer un peu de ce qu'on m'a donné.* » (Dorian, pair aidant dans une structure médico-sociale). Et on retrouve cela, logiquement, du côté d'une personne ayant cette double casquette : « *Nous [dans l'association] on dit "redonner ce qu'on m'a donné" [...]. Je retrouve la même chose, autant de façon bénévole que salariée [...]. J'apporte mon expérience [...] auprès d'autres personnes qui peuvent vivre les mêmes situations que je vis. Apporter mon expérience quand j'étais confronté à différentes difficultés, que je peux avoir encore aujourd'hui (même si j'ai arrêté de consommer, il y a encore plein d'autres trucs qui sont pas simples). Donc c'est apporter mon expérience, que peut être la personne puisse se saisir de certaines choses. Cette question d'identification : se reconnaître. [...] Se reconnaître dans l'expérience de l'autre.* » (Dimitri, bénévole d'une association d'usagers et pair aidant dans une structure sociale). Là où il peut exister une différence, c'est simplement dans la forme que cela prend, c'est-à-dire dans la manière de s'y prendre en vue d'aider autrui. Nous pourrions réaliser un florilège avec la richesse des propos recueillis à la question posée à la fin de chaque entretien : « *Quelle serait votre définition ou votre vision de la pair aidance ? Autrement dit, que mettez-vous derrière cette notion ?* ». Voici une des réponses : « *La pair aidance [...] c'est la transmission de l'expérience et une invitation au mieux-être, en y arrivant de façon progressive. [...] Je dirais que c'est un petit peu comme le bâton de l'alpiniste. Ça permet d'aider à gravir, ça permet*

d'avancer, ça permet de pouvoir s'appuyer sur. Et alors aussi bien sûr, c'est une invitation aussi à recréer du lien. » (Antoine, bénévole d'une association d'usagers).

3.4 Synthèse partie 3

Dans cette partie nous nous sommes intéressés aux enjeux relatifs à la pair aide. Nous avons d'abord analysé les enjeux spécifiques aux associations d'usagers. Il s'avère que celles-ci attirent moins qu'auparavant, ce qui a une double répercussion : vieillissement des associations et désengagement des bénévoles. Cela alimente un cercle vicieux puisque les personnes concernées par les addictions s'identifient plus difficilement aux bénévoles d'une autre génération. La pérennité de certaines associations s'en trouve ainsi menacée. Ensuite nous avons interrogé les enjeux spécifiques aux pairs aidants. Ceux-ci sont confrontés aux réticences des professionnels d'addictologie, représentant un véritable frein dans leur intégration. Il semble toutefois se diffuser progressivement une certaine acculturation de la possibilité de travailler avec des personnes concernées et au fait que ces dernières ne viennent pas se substituer aux professionnels en poste. Il existe également un problème de statut, touchant essentiellement les pairs aidants souhaitant exercer sous la forme d'activité professionnelle. L'absence de cadre réglementaire limite grandement la structuration de ce nouveau groupe professionnel et entretient une certaine précarité. Enfin nous avons remarqué des enjeux communs aux associations d'usagers comme aux pairs aidants. La reconnaissance des savoirs expérientiels se développe mais reste encore assez limitée. Nous avons remarqué cela à travers la faible valorisation, par les structures d'addictologie, des formations qu'ont suivi les bénévoles d'associations d'usagers, ainsi qu'à travers l'utilisation fréquente du diplôme par les pairs aidants pour attester leur légitimité. Nous avons également constaté que bon nombre de projets et collaborations tiennent par la volonté d'une minorité de personnes. Ainsi la faveur ou défaveur de certains professionnels d'addictologie a des répercussions importantes sur la mise en place et la valorisation des activités de pair aide au sein des structures d'addictologie. Nous en sommes ensuite venus à réinterroger l'intérêt actuel pour le sujet pair aide. Selon notre analyse, il pourrait s'agir d'une forme d'« effet de mode » risquant de générer de la concurrence entre associations d'usagers et pairs aidants. Pour autant, nous rappelons qu'outre des liens qui peuvent exister entre ces deux figures, nous retrouvons un fond commun : l'idée d'aider l'autre, à son tour. Nous allons maintenant pouvoir conclure.

Conclusion

La pair aideance connaît aujourd'hui un intérêt majeur. Dans le champ de l'addictologie, cela se caractérise essentiellement par l'émergence récente de nouveaux acteurs prenant place dans les structures de soins et d'accompagnement. Ces acteurs, communément désignés « pairs aidants », viennent apporter leurs savoirs expérientiels, complémentaires aux savoirs théoriques et pratiques des professionnels d'addictologie. Cela étant, la pair aideance est un concept plus vaste que les pratiques de ces pairs aidants. Cette notion recouvre tout un panel de modalités possibles, récentes comme plus anciennes. Ainsi dans le champ de l'addictologie, une autre figure incontournable est celle des associations d'usagers. Bien que ces dernières ne se reconnaissent pas toujours derrière ce terme nouveau « pair aideance », leurs pratiques s'inscrivent dans la définition retenue (cf introduction). Au regard de la littérature et de la méthodologie mobilisée, nous avons fait le choix d'articuler notre réflexion autour de ces deux figures : pairs aidants et associations d'usagers. D'autres modalités de pair aideance auraient pu faire l'objet d'une analyse approfondie : entraide spontanée entre usagers/patients accompagnés/soignés, auto-support en ligne (réseaux sociaux et forums), intervention de pairs dans un contexte de santé au travail, pratiques libérales...

Les associations d'usagers, couvrant le territoire régional, ont une ancienneté d'existence. Elles assurent un rôle essentiel dans les parcours des usagers : continuité dedans-dehors (vis-à-vis des hospitalisations et du monde extérieur), disponibilité constante, lien social et convivialité. À travers les années, elles ont été amenées à évoluer : elles ont connu l'extension du domaine des addictions (réunissant d'abord alcoolisme et toxicomanie derrière l'ensemble des substances psychoactives, puis intégrant les addictions comportementales) et le passage à l'approche réduction des risques (se substituant au paradigme d'abstinence, jusqu'alors unique objectif prôné). Avec ces évolutions, les associations d'usagers ont ainsi fait évoluer leurs pratiques de pair aideance : élargissement des « pairs » et changement de manière d'accompagner. Aujourd'hui, la pérennité de certaines associations, ou du moins de certaines antennes, se trouvent menacée par un manque de renouvellement de leurs adhérents. Les associations, qui semblent aujourd'hui moins attractives pour les personnes souffrant d'addictions, connaissent ainsi un important vieillissement. Ce dernier n'améliore en rien la tendance car il vient remettre en cause le principe de reconnaissance, à la base de la pair aideance. Par ailleurs, les associations d'usagers affichent une ancienneté de collaboration avec les structures d'addictologie. Le plus souvent, ces collaborations se traduisent par l'animation de groupes de parole et/ou la présentation de l'association (qui se révèle propice à l'émergence de l'échange) au sein des structures d'addictologie. De nombreuses autres collaborations existent, par exemple

la possibilité de conduire des usagers/patients jusqu'au lieu de réunion de l'association, pour leur permettre d'y participer, avant de les ramener dans la structure d'addictologie où ils sont pris en soins. Les associations d'usagers font parfois partie intégrante des soins réalisés par la structure (se manifestant par un engagement formel pour les usagers/patients pris en soins). Néanmoins, il est apparu que les structures d'addictologie exercent souvent un pouvoir de décision sur les associations d'usagers, qui s'adaptent. Cela explique que pour une même association, la manière d'intervenir varie d'une structure à l'autre : type d'intervention, rythme d'intervention, nombre de personnes rencontrées, présence conjointe avec d'autres associations... Cela explique aussi que ces collaborations dépendent parfois beaucoup du bon vouloir des structures et surtout d'une minorité de professionnels d'addictologie (valorisant plus ou moins la place des associations).

L'autre facette de la pair aideance étudiée dans ce travail est celle des pairs aidants. Leur activité ne se limite pas nécessairement à leur engagement dans les structures d'addictologie : ils peuvent aussi soutenir et accompagner des personnes souffrant d'addictions d'autres façons (au sein d'associations d'usagers, sur des forums en ligne...). C'est principalement sur leur rôle en structure que nous nous sommes concentrés. La rencontre entre d'un côté, des personnes souhaitant s'engager à titre individuel, et d'un autre côté, des professionnels d'addictologie désireux d'intégrer les savoirs expérientiels, est à l'origine de projets variés. Ces projets se traduisent par l'implication de pairs aidants dans certaines activités de soins et d'accompagnement (parfois créées à l'occasion), voire parfois même par une véritable intégration à l'équipe d'addictologie. Quel que soit le projet en question, il est apparu que la place des pairs aidants varie entre deux polarités, selon qu'ils soient positionnés ou non sur un pied d'égalité avec les professionnels d'addictologie. Intégrer un pair aidant soulève chez les professionnels de nombreuses interrogations (notamment portées sur le partage ou non du secret professionnel et sur la place dans l'équipe ainsi que vis-à-vis des usagers/patients). Il existe par ailleurs des réticences, là aussi du côté des professionnels d'addictologie. Ces réticences sont principalement : l'inquiétude de provoquer une recrudescence de l'addiction (rechute) par la mise en difficulté de la personne concernée, la peur de remettre en question sa manière de travailler (évolution des pratiques) et la crainte d'une substitution de sa place de professionnel par le pair aidant. Tout cela représente a minima des freins à l'intégration des pairs aidants. Ces freins peuvent parfois même s'agréger en une véritable résistance collective. Nous avons toutefois l'impression qu'il se diffuse une certaine culture de la possibilité à travailler avec des personnes concernées (sans que cela ne soit obligatoire pour autant). La diffusion et l'assimilation de cette culture au sein des structures et des équipes repose visiblement sur une minorité de professionnels favorables. Chaque pair aidant peut se caractériser par l'aspect singulier de son approche. Mais nous avons aussi remarqué le développement d'une posture professionnelle dans la plupart des situations investiguées. L'acquisition de

cette posture se fait par l'expérience et la formation. Toutefois ce dernier aspect est sujet à la critique : le diplôme peut parfois être recherché afin d'obtenir une légitimité et une reconnaissance (plus qu'un véritable étayage de sa pratique). C'est pourquoi développer une approche par compétences semble préférable. À l'échelle collective, les pairs aidants forment des réseaux et s'organisent comme un nouveau groupe professionnel (indépendamment du statut). Il existe cependant une absence de statut légal qui limite fortement la reconnaissance de ce groupe. Cela induit aussi une certaine précarité pour les pairs aidants ayant choisi d'en faire une activité professionnelle.

Dans notre analyse, associations d'usagers et pairs aidants ont été traités de façon relativement segmentée. Néanmoins, il existe des liens entre ces deux figures. Premièrement, elles interagissent. Les pairs aidants peuvent faire partie (ou avoir fait partie) d'associations d'usagers. Les pairs aidants peuvent également orienter les personnes rencontrées vers ces associations. Deuxièmement, il existe des similitudes entre associations d'usagers et pairs aidants. Nous avons notamment souligné la motivation commune animant ces personnes (la volonté d'aider l'autre, à son tour, en mobilisant sa propre expérience). Et troisièmement, ces deux figures connaissent des enjeux communs. Toutes deux sont confrontées à une reconnaissance, certes présente mais encore faible dans les faits, des savoirs expérientiels. Pour toutes les deux, la valorisation et la pérennité de leurs pratiques en structures d'addictologie ne tiennent bien souvent qu'à une minorité de professionnels.

Enfin nous en sommes venus à interroger la pair aideance, de manière plus globale, au regard de l'intérêt actuel des professionnels d'addictologie et de la promotion par les politiques publiques. Notre réflexion met en évidence le risque encouru de favoriser une logique de concurrence, plus que de complémentarité. La tendance actuelle autour de la pair aideance pourrait engendrer un tel effet, de façon non intentionnelle. C'est pourquoi il convient d'être vigilant à un possible conflit de place entre associations d'usagers et pairs aidants, dans les structures d'addictologie.

De nouvelles politiques publiques sont à paraître en 2023. Au niveau des Pays de la Loire, il s'agit du Projet Régional de Santé 2023-2027. Au niveau national, il s'agit de la Stratégie Nationale de Santé 2023-2027. Ces orientations stratégiques seront liées au travail mené dans le cadre du Conseil National de la Refondation⁹⁷ (Ministère de la Santé et de la

⁹⁷ L'objectif du CNR est de « réunir l'ensemble des parties prenantes de la santé – citoyens, professionnels de santé, agences régionales de santé, élus, etc. – pour se concerter et, autour d'un diagnostic partagé des besoins du territoire, répondre au mieux à ces derniers par des solutions concrètes et innovantes » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023). Il s'est déroulé d'octobre 2022 à mai 2023.

Prévention, 2023). Associations d'usagers et pairs aidants auront vraisemblablement une place dans ces politiques publiques, non forcément sous l'angle de la pair aideance, mais au prisme de l'« aller-vers », de la médiation en santé, et de la prévention (François Braun, 2023)⁹⁸.

⁹⁸ Pour plus de détails, cf annexe VII orientations des politiques publiques.

Bibliographie

Agence Régionale de Santé. (2021, avril 23). *Qu'est-ce que la démocratie en santé ?*

<https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-en-sante-3>

AIDES. (2023, avril 29). *Réduction des risques liés à l'usage de drogues.*

<http://www.aides.org/reduction-des-risques-lies-usage-de-drogues>

Alami, S., Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2013). *L'analyse et la restitution des résultats:*

Vol. 2e éd. (p. 107-120). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives--9782130617679-p-107.htm>

Alcooliques Anonymes Belgique francophone. (2023). *Réunions AA en ligne.*

<https://alcooliquesanonymes.be/reunions/reunions-aa-en-ligne/>

Ameisen, O. (2005). Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of

alcohol-dependence using high-dose baclofen : A self-case report of a physician. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 40(2), 147-150.

<https://doi.org/10.1093/alcalc/agh130>

Ameisen, O. (2008). *Le dernier verre.* Denoël.

Amsellem-Mainguy, Y. (2014). Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ?

Cahiers de l'action, 43(3), 9-16. <https://doi.org/10.3917/cact.043.0009>

ARS Pays de la Loire. (2018). *Schéma régional de santé 2018-2022* (p. 90). <https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/30899/download?inline>

<https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/30899/download?inline>

ARS Pays de la Loire. (2019). *Programme régional de prévention des addictions (PRPA) 2019-2022*

(p. 26). <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/36409/download>

Article L3121-4—Code de la santé publique, (2004).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687842/2009-08-14

- Arveiller, J.-P., & Tizon, P. (2016). Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? *Pratiques en santé mentale*, 62(2), 2-2. <https://doi.org/10.3917/psm.162.0002>
- Association Addictions France. (2018). *Baclofène : Entre science et médias* (Décryptages, p. 20). https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj5pdGrpsD_AhVoTKQEHVhbCcEQFnoECACQAQ&url=https%3A%2F%2Faddictions-france.org%2Fdatafolder%2Fuploads%2F2022%2F11%2FDcryptages-N-34-Baclofene-RV-2022.pdf&usg=AOvVaw3MwbFeADdfnaoIX6XY92RQ
- Baillet, A.-S., Gagnayre, R., Andrade, V. de, d'Ivernois, J.-F., & Mazères, I. P. (2011). Éducation thérapeutique et responsabilité juridique des équipes soignantes dans le cadre de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire de juillet 2009, Du devoir du médecin au droit du patient. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 3(2), S207. <https://doi.org/10.1051/tpe/2011109>
- Balard, F., Kivits, J., Schrecker, C., & Voléry, I. (2016). Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 167-185). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0167>
- Beaud, M. (2006). 15. *Comment effectuer la recherche bibliographique* (p. 72-76). La Découverte. <https://www.cairn.info/l-art-de-la-these--9782707147943-p-72.htm>
- Beck, F. (2016, décembre 14). *Vingt ans d'évolutions de l'usage de drogues en France, héritages et nouvelles transformations*. vih.org. <https://vih.org/20161214/vingt-ans-devolutions-de-lusage-de-drogues-en-france-heritages-et-nouvelles-transformations/>
- Berthod-Wurmser, M., Bousquet, F., & Legal, R. (2017). Patients et usagers du système de santé : L'émergence progressive de voix qui commencent à compter. *Revue française des affaires sociales*, 1, 5-19. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0005>
- Boivin, A. P., Flora, L., Dumez, V., L'espérance, A., Berkesse, A., & Gauvin, F.-P. (2017). Co-construire la santé en partenariat avec les patients et le public : Historique, approche et impacts du « modèle de Montréal ». In *La participation des patients* (Daloz). <https://hal.science/hal-02554655>

- Braithwaite, D., Emery, J., De Lusignan, S., & Sutton, S. (2003). Using the Internet to conduct surveys of health professionals : A valid alternative? *Family Practice*, 20(5), 545-551.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cm509>
- Buisson, A. (2016). De patient à expert. *Hegel*, 1(1), 54-56. <https://doi.org/10.3917/heg.061.0054>
- Castro, D. (2020). Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance. *Le Journal des psychologues*, 374(2), 18-23. <https://doi.org/10.3917/jdp.374.0018>
- CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale. (2021). *Le programme Médiateurs de Santé-Pairs*.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj48qHepsD_AhWUVKQEHerCCwQ4ChAWegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.c2rp.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F11%2FCCOMS-MSP-OCTOBRE-2021.pdf&usg=AOvVaw0741x43HH1g6YLQKAZHJ3k
- Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public. (2020). *À propos*.
<https://ceppp.ca/a-propos/>
- Centre ressource réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive Lyon. (2019). *La pair-aidance en psychiatrie : Dossier ressource* (p. 44).
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjOw5KWp8D_AhUmUaQEHaIHBiQQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fcentre-ressource-rehabilitation.org%2FIMG%2Fpdf%2Fdossier_pair_aidance_crr.pdf&usg=AOvVaw11tmtDhJ8XyreiflDQo1zg
- Chappard, P., Couteron, J.-P., & SOVAPE, A. (2019). Chapitre 43. L'auto-support. In *Addictologie: Vol. 3e éd.* (p. 585-600). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0585>
- Charlier, É., & Sandron, L. (2018). Les pairs aidants : Vecteurs ou victimes de précarisation du travail social ? *Le Sociographe*, 64(4), 71-83. <https://doi.org/10.3917/graph.064.0071>
- CHU de Nantes. (2018). *Hospitalisation à temps complet*. CHU de Nantes. <https://www.chu-nantes.fr/hospitalisation-a-temps-complet>

- Cloutier, G., & Maugiron, P. (2016). La pair aideance en santé mentale : L'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, 92(9), 755-760.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1545>
- Couteron, J.-P. (2006). Toxicomanies, addictions, quel(le)s mode(s) de sortie ? Introduction aux Journées de l'Anit, 15 et 16 juin 2006, Palais Beaumont, Pau. *Psychotropes*, 12(3-4), 11-19. <https://doi.org/10.3917/psyt.123.0011>
- Couteron, J.-P. (2012). Société et addiction. *Le Sociographe*, 39(3), 10-16.
<https://doi.org/10.3917/graph.039.0010>
- Couteron, J.-P. (2019). Chapitre 10. Le concept d'addiction. In *Addictologie: Vol. 3e éd.* (p. 107-117). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0107>
- Dejour, A. (2021). Une certification Patient-Expert Addictions au carrefour du savoir expérientiel du patient rétabli de ses conduites addictives et des activités des acteurs des soins. *Psychotropes*, 27(1-2), 77-94. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0077>
- Demilly, L., & Garnoussi, N. (2015). Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences & Actions Sociales*, 1(1), 51-72.
<https://doi.org/10.3917/sas.001.0051>
- Duchesne, S. (2000). Pratique de l'entretien dit « non-directif ». In *Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique.* (Presses Universitaires de France, p. 9-30). PUF. <https://shs.hal.science/halshs-00841927>
- Durand, B. (2020). Les origines de la pair-aideance. *Pratiques en santé mentale, 66e année*(3), 6-13.
<https://doi.org/10.3917/psm.203.0006>
- Fédération Addiction. (2020). *Participation des usagers : De l'implication à la coopération* (Repères, p. 69). <https://www.federationaddiction.fr/actualites/guide-participation-des-usagers-de-limplication-a-la-cooperation/>
- Fédération des Associations de Pairs Aidants Francophones. (2023). *Charte de la FAPAF.*
<https://fapaf.pat.support/index.php/charte/>

- Flora, L., & Brun, P. (2020). Naissance de la pair-aidance en France : Les médiateurs de santé-pair. *Pratiques en santé mentale*, 66(3), 14-19. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0014>
- Foley, R.-A. (2016). Chapitre 6. L'observation. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 118-133). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0118>
- Fortané, N. (2010). La carrière des « addictions ». D'un concept médical à une catégorie d'action publique. *Genèses*, 78(1), 5-24. <https://doi.org/10.3917/gen.078.0005>
- France Bénévolat. (2022). *L'évolution de l'engagement bénévole associatif en France de 2010 à 2022* (p. 28). https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjNk_nQp8D_AhVJT6QEHWAAADqgQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.francebenevolat.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Factualites%2FNOTE_COMPLETE_FranceBenevolat-IFOP-2022_DEF1705.pdf&usg=AOvVaw1yFi0vlOobjWi19gxLaoCS
- François Braun. (2023, mai 3). *Discours de clôture—CNR Santé plénier*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-de-cloture-cnr-sante-plenier>
- Gardien, E. (2017). *L'accompagnement et le soutien par les pairs*. Presses universitaires de Grenoble (PUG). <https://www.pug.fr/produit/1353/9782706127052/l-accompagnement-et-le-soutien-par-les-pairs>
- Gardien, E. (2021). *L'accompagnement par les pairs : Enjeux de participation et de professionnalisation*. Presses universitaires de Grenoble (PUG). <https://www.pug.fr/produit/1957/9782706151842/l-accompagnement-par-les-pairs>
- Gardien, E. (2022, juin 8). *La pair-aidance : De quoi parle-t-on?* [Colloque]. <https://www.youtube.com/watch?v=LNvzyxVZ3iw>
- Géoconfluences. (2020, novembre). *Top down et bottom up* (ISSN : 2492-7775) [Terme]. Géoconfluences; École normale supérieure de Lyon. <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/top-down-et-bottom-up>

Gesmond, T., Cinget, A., & Estecahandy, P. (2016). *La pair-aidance : Note de synthèse* (p. 6).

Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL).

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjxoZ3np8D_AhVFU6QEHQJTafAQFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gouvernement.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fcontenu%2Fpiece-jointe%2F2016%2F09%2Fnote_pair_aidance.pdf&usg=AOvVaw22mtpefrzQXp_krqU6nbb

Goodman, A. (1990). Addiction : Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>

Gross, O. (2018). 6. La co-construction est-elle un leurre ? In *La démocratie en santé en question(s)* (p. 71-79). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.lefeu.2018.01.0071>

Groupe de travail Société Française d'Alcoologie. (2016). *Charte des mouvements d'entraide en addictologie* (p. 8). <https://alco-retab.net/wp-content/uploads/2019/09/SFA2016.pdf>

Groupe de travail SRAE Addictologie. (2023). *Pair aide en structure de soins et d'accompagnement en addictologie : Repères pour développer les pratiques et organisations intégrant les savoirs expérientiels des usagers / patients*.

Guével, M.-R., & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : Enjeux et illustration. *Santé Publique*, 24(1), 23-38. <https://doi.org/10.3917/spub.121.0023>

Guével, M.-R., Pommier, J., & Absil, G. (2016). Chapitre 17. Articuler des méthodes qualitatives et quantitatives. Illustrations de la conceptualisation par les méthodes mixtes. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 296-311). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0296>

Haute Autorité de Santé. (1999). *Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant* (Recommandation de bonne pratique). <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant

Haute Autorité de Santé. (2020). *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire

Haute Autorité de Santé. (2021, avril 1). *Baclofène zentiva (baclofène)*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3258706/fr/baclofene-zentiva-baclofene

Hude, W., & Pinet, E. (2020). Les médiateurs de santé pair : Une profession en devenir. *L'information psychiatrique*, 96(7), 527-532. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2143>

Hudon, R., Martin, É., & Perreault, M. (2009). Le pouvoir médical et le défi de la collaboration interprofessionnelle. Trois cas de figure. *Recherches sociographiques*, 50(2), 321-344. <https://doi.org/10.7202/038042ar>

INSERM. (2020). *Addictions : Du plaisir à la dépendance*. <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>

Jacques, B. (2022). Intégrer des patients experts, patients partenaires, patients formateurs ou cochercheurs en cancérologie : Une démocratie en santé encore incertaine. *Dialogue*, 61(1), 33-53. <https://doi.org/10.1017/S0012217322000221>

Jauffret-Roustide, M. (2002). Les groupes d'autosupport d'usagers de drogues : Mise en œuvre de nouvelles formes d'expertise. In *Société avec drogues* (Érès, p. 165-181). <https://www.cairn.info/societe-avec-drogues--9782865869961-page-165.htm>

Karila, L. (2018a). « La consommation contrôlée d'alcool est un objectif impossible. » In *Idées reçues sur l'addiction à l'alcool: Vol. 2e éd.* (p. 145-149). Le Cavalier Bleu. <https://www.cairn.info/idees-recues-sur-l-addiction-a-l-alcool--9791031802671-p-145.htm>

- Karila, L. (2018b). « Les traitements médicamenteux pour l'addiction à l'alcool ne sont pas très efficaces. » In *Idées reçues sur l'addiction à l'alcool: Vol. 2e éd.* (p. 151-160). Le Cavalier Bleu. <https://www.cairn.info/idees-recues-sur-l-addiction-a-l-alcool--9791031802671-p-151.htm>
- Karila, L., & Benyamina, A. (2021). Addictions en temps de pandémie. *La Presse Médicale Formation*, 2(3), 273-281. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2021.06.014>
- Labouesse, S., & Van Laethem, N. (2016). Outil 59. Les sphères de vie. In *La Boîte à outils de la Pleine conscience au travail* (p. 174-177). Dunod. <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-la-pleine-conscience-au-trava--9782100748297-p-174.htm>
- Lalande, A., & Chappard, P. (2012). 8. Réduction des risques, savoir profanes et professionnalisation. In *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie* (p. 98-110). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2012.01.0098>
- Lang, A. (2021). Regard transversal d'Alain après 26 ans à l'accueil de l'hôpital Marmottan. *Psychotropes*, 27(1-2), 107-110. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0107>
- Launat, D. (2020). De qui suis-je le pair ? *Pratiques en santé mentale*, 66e année(3), 40-49. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0040>
- Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : Historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365-370. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1070>
- Lefevre, K., & Ollivier, R. (2018). 1. Démocratie sanitaire ou démocratie en santé : De quoi parle-t-on ? In *La démocratie en santé en question(s)* (p. 13-21). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.lefeu.2018.01.0013>
- Linder, A. (2022). De la contestation à la collaboration : Tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. *Sociologie*, N° 1, vol. 13, Article N° 1, vol. 13. <https://journals.openedition.org/sociologie/9694>

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002-303 (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 (2009).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016-41 (2016).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641>

Lowenstein, D. W. (2005). *Ces dépendances qui nous gouvernent : Comment s'en libérer ?* Calmann-Lévy.

Maugiron, P. (2020). Les différentes modalités qui déterminent l'accompagnement par les pairs. *Pratiques en santé mentale, 66e année*(3), 20-25. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0020>

Michel, L., & Morel, A. (2012). 12. Alcool et réduction des risques. In *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie* (p. 186-195). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2012.01.0186>

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023, janvier 6). *Conseil national de la refondation (CNR)—Santé*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/conseil-national-de-la-refondation-cnr-sante/>

Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires. (2020, décembre 28). *Un chez soi d'abord*. Ministères Écologie Énergie Territoires.
<https://www.ecologie.gouv.fr/chez-soi-dabord>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022* (p. 53).
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2023). *Santé mentale et psychiatrie : Synthèse du bilan de la feuille de route* (p. 35).
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_-_3_mars_2023.pdf

- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022, octobre 22). *La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues*. Ministère de la Santé et de la Prévention.
<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues>
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (2018). *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022* (p. 132).
https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (2023). *Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027* (p. 56).
<https://www.drogues.gouv.fr/le-gouvernement-publie-la-strategie-interministerielle-de-mobilisation-contre-les-conduites>
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (2015). *Qu'est-ce qu'une addiction ?* <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
- Molière, & Meneu, C. (2017). *Le Bourgeois gentilhomme* (Hachette education).
- Morel, A., & Couteron, J.-P. (2019). Avant-propos. De quoi l'addictologie est-elle le nom ? In *Addictologie: Vol. 3e éd.* (p. XV-XVII). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0000b>
- Mougeot, F., Robelet, M., Rambaud, C., Occelli, P., Buchet-Poyau, K., Touzet, S., & Michel, P. (2018). L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : Une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique*, 30(1), 73-81. <https://doi.org/10.3917/spub.181.0073>
- Moureau, F. (2016). 71. Les associations d'entraide. In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 530-532). Lavoisier. <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-p-530.htm>
- Mulin, T. (2013). Posture professionnelle. In *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 213-216). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.devel.2013.02.0213>

- Narcotiques Anonymes. (1989). *Texte de base*. <https://www.narcotiquesanonymes.org/quest-ce-que-na/>
- Norme internationale ISO 10006. (2003). *Systèmes de management de la qualité : Lignes directrices pour le management de la qualité dans les projets*.
<https://www.iso.org/fr/standard/36643.html>
- Pair-Aidance Grand-Ouest (PAGO). (2023, mai 19). *Accueil*. <https://pago-asso.org/>
- Pinel, S. (2021). L'entre-deux : Comment allier posture d'infirmière et de patiente experte addictions ? *Psychotropes*, 27(1-2), 111-116. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0111>
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, S1(HS), 41-50.
<https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
- Reynaud, M. (2016a). 1. Comprendre les addictions : L'état de l'art. In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 1-28). Lavoisier. <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-p-1.htm>
- Reynaud, M. (2016b). 47. Évolution de l'offre de prise en charge en addictologie. In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 386-392). Lavoisier. <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-p-386.htm>
- Roques, B. (1999). *La dangerosité des drogues : Rapport au secrétariat d'Etat à la Santé*. Odile Jacob. https://www.odilejacob.fr/catalogue/medecine/toxicologie-addictologie/dangerosite-des-drogues_9782738106575.php
- Sedan, M., Grard, J., & Vassy, C. (2022). L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : Espoirs, ressources et limites. *L'information psychiatrique*, 98(4), 286-292. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2411>

- Sells, D., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P., & Rowe, M. (2006). The Treatment Relationship in Peer-Based and Regular Case Management for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services, 57*(8), 1179-1184. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.8.1179>
- Simon, E., Halloy, A., Hejoaka, F., & Arborio, S. (2019). Introduction : La fabrique des savoirs expérientiels : généalogie de la notion, jalons définitionnels et descriptions en situation. In *Les savoirs expérientiels en santé. Fondements épistémologiques et enjeux identitaires* (p. 11-48). Presses universitaires de Lorraine. <https://shs.hal.science/halshs-02862462>
- SRAE Addictologie. (2017a). *A propos*. SRAE Addictologie. <https://srae-addicto-pdl.fr/a-propos/srae-addictologie/>
- SRAE Addictologie. (2017b). *Dispositifs en addictologie : L'accompagnement et les soins*. SRAE Addictologie. <https://srae-addicto-pdl.fr/parcours-de-soins/dispositifs-en-addictologie/>
- SRAE Addictologie. (2017c). *Les addictions*. SRAE Addictologie. <https://srae-addicto-pdl.fr/a-propos/les-addictions/>
- Unafam. (2022). *Colloque : La pair-aidance, une pratique en plein essor*. <https://www.unafam.org/nos-actions/agenda/colloque-recherche-unafam-2022-la-pair-aidance-une-pratique-en-plein-essor>
- Université de Montréal. (2016a). *Référentiel de compétences des patients partenaires* (p. 18). https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjgJSErcD_AhVtTKQEHxVAmAQFnoECBQQAQ&url=https%3A%2F%2Fmedfam.umontreal.ca%2Fwp-content%2Fuploads%2Fsites%2F16%2F2018%2F05%2FReferentiel_competences_des_patients_2016.pdf&usg=AOvVaw38MipPToVRWh_InWRIUKnl
- Université de Montréal. (2016b). *Référentiel pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux* (p. 25). https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjgJSErcD_AhVtTKQEHxVAmAQFnoECBUQAQ&url=https%3A%2F%2Fmedfam.umontreal.ca%2Fwp-content%2Fuploads%2Fsites%2F16%2F2018%2F04%2FReferentiel-

pratique_Collaborative-et-partenariatPatient_sss-28-10-
2016.pdf&usg=AOvVaw2vENCsys4Lor679rYEuTNU

Velazquez, M. (2020). Les usagers de drogues durant le confinement dû à la pandémie de Covid-19 : La vision d'ASUD. *Psychotropes*, 26(2-3), 95-103.

<https://doi.org/10.3917/psyt.262.0095>

Vidal. (2017, mars 20). *Baclofène : Substance active à effet thérapeutique*. Vidal.

<https://www.vidal.fr/medicaments/substances/baclofene-482.html>

Waha, S. (2020). *Impacts et bénéfices de la pair-aidance. Que dit la recherche ?* (p. 6). Association En route. <https://pratiquesensante1.jimdo.com/2021-04-26-01>

Waha, S. (2021). Pair-aidance : De l'ombre à la clarté. *La Revue Nouvelle*, 6(6), 54-63.

<https://doi.org/10.3917/rn.216.0054>

World Health Organization. (2019). *One-to-one peer support by and for people with lived experience : WHO QualityRights guidance module* (p. 58). World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329591>

Liste des annexes

Annexe I : questionnaire (version structure d'addictologie)

Annexe II : questionnaire (version association d'usagers)

Annexe III : réunion n°2 du groupe de travail (méthode et résultats questionnaire)

Annexe IV : guide d'entretien (version pair aidant)

Annexe V : guide d'entretien (version association)

Annexe VI : réunion n°3 du groupe de travail (méthode et résultats entretiens)

Annexe VII : orientations des politiques publiques

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire**. En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

Introduction : 1 / 7

CONTEXTE

Dans le cadre d'un travail régional sur la pair aidance en addictologie, nous vous sollicitons aujourd'hui pour répondre à ce questionnaire, que votre structure (ou service) fasse intervenir ou non des pairs aidants et/ou associations d'entraide.

Prévoir 10 à 15 minutes pour répondre, selon les activités au sein de votre structure (ou service).

CIBLES DE L'ENQUÊTE

Ce questionnaire a été conçu pour être complété par les chefs de service et directeurs (structures médico-sociales) ainsi que par les médecins, responsables d'unité et cadres de santé (structures sanitaires). Un autre questionnaire s'adresse aux associations d'entraide.

Pour les associations gestionnaires de plusieurs structures/antennes, merci de compléter une réponse par structure/antenne.

Pour le secteur sanitaire, merci de compléter une réponse par service.

Les données recueillies seront agrégées et analysées à l'échelon régional. Ce travail sera complété dans un second temps par des entretiens auprès de professionnels, de pairs aidants et d'associations d'entraide.

Pour contacter l'auteur·rice de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framafoms.

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire**. En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

Répondant : 2 / 7

Conformément aux lois "informatique et libertés" et "RGPD", vous pouvez exercer vos droits d'accès à vos données, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation ou de portabilité en contactant : projets@srae-addicto-pdl.fr

Carte d'identité structure

Type de votre structure *

- Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)
- Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR)
- Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) en addictologie (anciennement Soins de Suites et de Réadaptation en Addictologie SSRA)
- Structure hospitalière – Consultation et hospitalisation en addictologie
- Structure hospitalière – Unité de coordination de tabacologie (consultation)
- Structure hospitalière – Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)
- Autre

Nom de votre structure (ou service) *

Le cas échéant, préciser l'antenne

Ville *

Carte d'identité répondant

Nom du répondant *

Fonction du répondant au sein de la structure *

Adresse mail du répondant *

Cette adresse servira à communiquer les résultats de l'enquête

*Pour contacter l'auteur·rice de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.*

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire**. En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

Avant-propos : 3 / 7

Afin de bien comprendre les questions de cette enquête, nous vous proposons les quelques éléments suivants :

Il existe plusieurs définitions de la pair aideance. Cependant celles-ci ne font pas toujours consensus, des différences existent selon les contextes et les points de vue.

D'une manière très générale, la pair aideance peut prendre plusieurs formes (adaptées de Psycom, 2015) :

- Participation à des groupes de parole au sein d'association d'usagers ;
- Rencontre dans des groupes d'entraide mutuelle (GEM) ;
- Intégration de pairs aidants bénévoles ou professionnels dans les structures et services de soins et d'accompagnement.

Lorsqu'intégrée au sein d'une structure ou d'un service, la pair aideance peut recouvrir des appellations différentes. En voici quelques exemples : patient-expert, patient-ressource, patient-intervenant, pair aidant, usager pair, médiateur santé pair, travailleur-pair, expert du vécu...

Par simplicité, dans ce questionnaire nous désignerons cette (ces) personne(s) par le terme « pair(s) aidant(s) ».

Retenons que l'idée principale, derrière ces modalités d'intervention, est de reconnaître et de s'appuyer sur les savoirs expérientiels des usagers, ces savoirs étant issus : du vécu de l'addiction, de leurs parcours de soins, de rétablissement et/ou d'abstinence (Dejour, 2021).

Pour contacter l'auteur·rice de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.

Arborescence du questionnaire (version structure d'addictologie)

Plan :

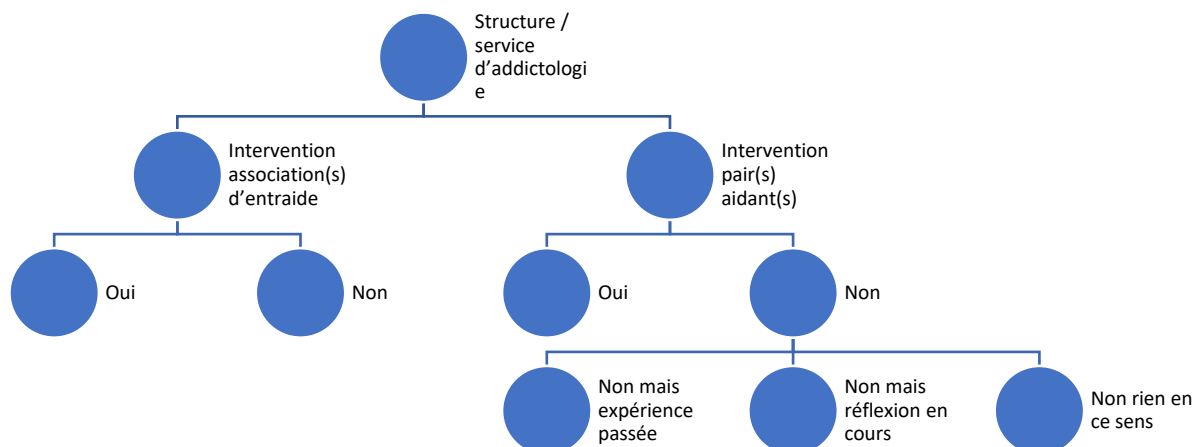
I – Intervention association(s) d'entraide

II – Intervention pair(s) aidant(s) à titre individuel

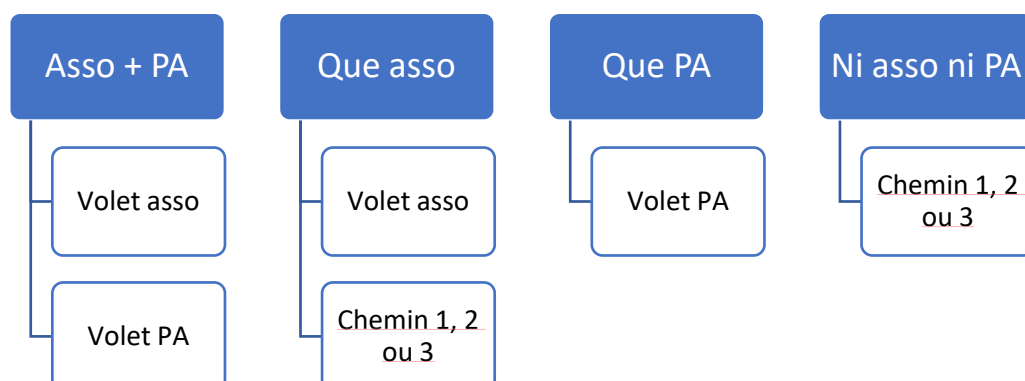
III – Attentes

Conclusion (entretien, autre répondant, remarques)

Détail embranchements parties I et II :



Ainsi, un répondant (une structure) se trouve dans 1 des 4 cas de figure suivants :



Conditions d'affichage des volets et chemins (invisibles au répondant) :

Associations d'entraide	Pairs aidants à titre individuel		
Oui → Volet association	Oui → Volet pair aidant		
Non	Non → Préciser		
	Mais expérience passée → Chemin 1	Mais réflexion en cours → Chemin 2	Rien en ce sens → Chemin 3

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire**. En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

1 - Association(s) : 4 / 7

I - Association(s) d'entraide

A partir d'ici les questions portent sur l'implication d'association(s) d'entraide au sein de votre structure (ou service). L'implication de pairs aidants, à titre individuel (ex : pair aidant salarié, pair aidant indépendant), sera questionnée dans un second temps.

Actuellement, est-ce qu'une (ou plusieurs) association(s) d'entraide intervien(nen)t au sein de votre structure (ou service) ? *

- Oui
 Non

Attention : la question ci-dessus détermine la suite du questionnaire, merci de vérifier votre réponse afin de ne pas revenir en arrière après vous être engagé sur un chemin.

Pour contacter l'auteur-riche de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire**. En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

1 - Association(s) : 4 / 7

I - Association(s) d'entraide

A partir d'ici les questions portent sur l'implication d'association(s) d'entraide au sein de votre structure (ou service). L'implication de pairs aidants, à titre individuel (ex : pair aidant salarié, pair aidant indépendant), sera questionnée dans un second temps.

Actuellement, est-ce qu'une (ou plusieurs) association(s) d'entraide intervien(nen)t au sein de votre structure (ou service) ? *

Oui

Non

Attention : la question ci-dessus détermine la suite du questionnaire, merci de vérifier votre réponse afin de ne pas revenir en arrière après vous être engagé sur un chemin.

1) Caractéristiques association(s) d'entraide

Depuis quand une association intervient-elle dans votre structure (ou service) ?

Avant 1980

Entre 1980 et 1989

Entre 1990 et 1999

Entre 2000 et 2009

Entre 2010 et 2019

Entre 2020 et aujourd'hui

Ne sait pas

Peut être différent de la date depuis laquelle la (les) association(s) actuelle(s) intervien(nen)t

Actuellement, combien d'association(s) d'entraide intervien(nen)t au sein de votre structure (ou service) ?

Répondre par un nombre entier (si vous ne savez, donnez si possible un ordre de grandeur)

Ce questionnaire est conçu pour détailler jusqu'à 3 associations différentes que nous nommerons A, B et C dans les questions suivantes.

Pouvez-vous indiquer le nom de l'association concernée ?

Si plusieurs associations interviennent dans votre structure (ou service), indiquez ici le nom de l'association A

Si concerné, indiquez le nom de l'association B :

Sinon passez cette question

Si concerné, indiquez le nom de l'association C :

Sinon passez cette question

Commentaire éventuel

Si vous souhaitez indiquer d'autres associations. Notez cependant que la plupart des questions suivantes ne vous permettront de détailler que les associations A, B et C mentionnées ci-dessus.

La fréquence d'intervention de la (des) association(s) au sein de votre structure (ou service) est-elle définie ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

2) Critères association(s) d'entraide

Y a-t-il un (des) critère(s) prédéfini(s) pour qu'une association d'entraide puisse intervenir dans votre structure (ou service) ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Ex : association constituée d'usagers avec une expérience des conduites addictives, indépendance de caractère idéologique

Une personne qui intervient au titre de la (d'une des) association(s) d'entraide peut-elle être suivie actuellement au sein de votre structure (ou service) ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Concernant sa propre prise en soins/son propre accompagnement

Commentaire éventuel :

3) Aspects administratifs association(s) d'entraide

L'intervention de la (des) association(s) d'entraide au sein de votre structure (ou service) est-elle encadrée par une convention ?

	Oui	Non	Ne sait pas	Non concerné
Association A				
Association B				
Association C				

Si une seule association intervient dans votre structure (ou service), inscrivez votre réponse pour l'association A

Y a-t-il un (des) autre(s) document(s) qui permet(tent) d'encadrer les modalités d'intervention de la (des) association(s) ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Ex : charte

4) Activités association(s) d'entraide

Au sein de votre structure (ou service)

La (les) activité(s) de la (des) association(s) d'entraide concerne(nt) :

- L'accompagnement des usagers, de façon individuelle (ex : entretien, maraude)
 L'accompagnement des usagers, de façon collective (ex : groupe de parole, groupe d'éducation thérapeutique)
 Une (des) autre(s) activité(s) (ex : formation de professionnels, représentation des usagers)

Plusieurs réponses possibles

Selon vous, les activités de la (des) association(s) d'entraide au sein de votre structure (ou service) relèvent de la pair aidance :

- Toujours
 Souvent
 Parfois
 Jamais

Commentaire éventuel

Les activités de la (des) association(s) d'entraide sont-elles systématiquement proposées à l'ensemble des usagers accompagnés/pris en soins par votre structure (ou service) ?

	Oui pour tous les usagers	Oui pour certains usagers	Non	Ne sait pas	Non concerné
Association A					
Association B					

Oui pour tous les usagers

Oui pour certains usagers

Non

Ne sait pas

Non concerné

Association C

Si une seule association intervient dans votre structure (ou service), inscrivez votre réponse pour l'association A

La (les) personne(s) de la (des) association(s) intervien(nen)t-elle(s) en binôme avec un professionnel de votre structure (ou service) ?

- Oui toujours
- Oui souvent
- Oui parfois
- Non jamais

Commentaire éventuel :

La (les) personne(s) qui intervien(nen)t au titre de la (des) association(s) est (sont)-elle(s) toujours la (les) même(s) personne(s) ?

- Oui toujours
- Oui souvent
- Oui parfois
- Non jamais

*Pour contacter l'auteur-riche de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.*

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire**. En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

2 - Pair(s) aidant(s) : 5 / 7

II - Pair(s) aidant(s) à titre individuel

A partir d'ici, les questions portent sur l'implication de pair(s) aidant(s), à titre individuel (ex : pair aidant salarié, pair aidant indépendant) au sein de votre structure (ou service). Elles ne portent pas sur l'implication d'association(s) d'entraide en tant que telles.

Actuellement, est-ce qu'un (ou plusieurs) pair(s) aidant(s) intervien(nen)t, à titre individuel, au sein de votre structure (ou service) ? *

- Oui
- Non

Attention : la question ci-dessus détermine la suite du questionnaire, merci de vérifier votre réponse afin de ne pas revenir en arrière après vous être engagé sur un chemin.

Pour contacter l'auteur-riche de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire.** En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

2 - Pair(s) aidant(s) : 5 / 7

II - Pair(s) aidant(s) à titre individuel

A partir d'ici, les questions portent sur l'implication de pair(s) aidant(s), à titre individuel (ex : pair aidant salarié, pair aidant indépendant) au sein de votre structure (ou service). Elles ne portent pas sur l'implication d'association(s) d'entraide en tant que telles.

Actuellement, est-ce qu'un (ou plusieurs) pair(s) aidant(s) intervien(nen)t, à titre individuel, au sein de votre structure (ou service) ? *

- Oui
- Non

Attention : la question ci-dessus détermine la suite du questionnaire, merci de vérifier votre réponse afin de ne pas revenir en arrière après vous être engagé sur un chemin.

Si "non", merci de préciser :

- Non pas actuellement mais par le passé oui
- Non mais il y a une réflexion en cours
- Non rien n'est prévu en ce sens

Pour contacter l'auteur-riche de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire**. En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

2 - Pair(s) aidant(s) : 5 / 7

II - Pair(s) aidant(s) à titre individuel

A partir d'ici, les questions portent sur l'implication de pair(s) aidant(s), à titre individuel (ex : pair aidant salarié, pair aidant indépendant) au sein de votre structure (ou service). Elles ne portent pas sur l'implication d'association(s) d'entraide en tant que telles.

Actuellement, est-ce qu'un (ou plusieurs) pair(s) aidant(s) intervien(nen)t, à titre individuel, au sein de votre structure (ou service) ? *

- Oui
- Non

Attention : la question ci-dessus détermine la suite du questionnaire, merci de vérifier votre réponse afin de ne pas revenir en arrière après vous être engagé sur un chemin.

Si "non", merci de préciser :

- Non pas actuellement mais par le passé oui
- Non mais il y a une réflexion en cours
- Non rien n'est prévu en ce sens

Sur quelle période un (des) pair(s) aidant(s) est (sont)-il(s) intervenu(s) au sein de votre structure (ou service) ?

Ex : mars 2019 - juin 2019

Pour quelle(s) raison(s) cela ne se fait-il plus aujourd'hui ?

- Manque de moyens (financement, ressources humaines, temps) de votre structure (ou service)

- Difficultés à identifier/mobiliser un (des) pair(s) aidant(s)
- Fin de l'implication du (des) pair(s) aidant(s)/départ(s) non remplacé(s)
- Expérience non concluante
- Autre
- Ne sait pas

Plusieurs réponses possibles

MENU

Si les conditions étaient différentes aujourd'hui, souhaiteriez-vous développer à nouveau des activités impliquant un (des) pair(s) aidant(s) au sein de votre structure (ou service) ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

*Pour contacter l'auteur·rice de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.*

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire**. En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

2 - Pair(s) aidant(s) : 5 / 7

II - Pair(s) aidant(s) à titre individuel

A partir d'ici, les questions portent sur l'implication de pair(s) aidant(s), à titre individuel (ex : pair aidant salarié, pair aidant indépendant) au sein de votre structure (ou service). Elles ne portent pas sur l'implication d'association(s) d'entraide en tant que telles.

Actuellement, est-ce qu'un (ou plusieurs) pair(s) aidant(s) intervien(nen)t, à titre individuel, au sein de votre structure (ou service) ? *

Oui

Non

Attention : la question ci-dessus détermine la suite du questionnaire, merci de vérifier votre réponse afin de ne pas revenir en arrière après vous être engagé sur un chemin.

Si "non", merci de préciser :

Non pas actuellement mais par le passé oui

Non mais il y a une réflexion en cours

Non rien n'est prévu en ce sens

Pouvez-vous quantifier la probabilité que la réflexion en cours aboutisse effectivement à l'intégration d'un (ou plusieurs) pair(s) aidant(s) au sein de votre structure (ou service) ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de certitude

1 = pas sûr du tout et 10 = sûr à 100%

Quelle est la perspective temporelle d'intégrer un (des) pair(s) aidant(s) au sein de votre structure (ou service) ?

Un futur proche (maximum 1 an)

Un futur plus lointain (au-delà de 1 an)

Non défini/incertain

Ne sait pas

Avez-vous identifié un (des) pair(s) aidant(s) qui pourrai(en)t intervenir au sein de votre structure (ou service) ?

Oui

Non

Ne sait pas

Pour contacter l'auteur-riche de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire**. En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

2 - Pair(s) aidant(s) : 5 / 7

II - Pair(s) aidant(s) à titre individuel

A partir d'ici, les questions portent sur l'implication de pair(s) aidant(s), à titre individuel (ex : pair aidant salarié, pair aidant indépendant) au sein de votre structure (ou service). Elles ne portent pas sur l'implication d'association(s) d'entraide en tant que telles.

Actuellement, est-ce qu'un (ou plusieurs) pair(s) aidant(s) intervien(nen)t, à titre individuel, au sein de votre structure (ou service) ? *

- Oui
- Non

Attention : la question ci-dessus détermine la suite du questionnaire, merci de vérifier votre réponse afin de ne pas revenir en arrière après vous être engagé sur un chemin.

Si "non", merci de préciser :

- Non pas actuellement mais par le passé oui
- Non mais il y a une réflexion en cours
- Non rien n'est prévu en ce sens

Souhaiteriez-vous développer des activités impliquant un (des) pair(s) aidant(s) au sein de votre structure (ou service) ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

*Pour contacter l'auteur·rice de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.*

MENU

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire**. En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

2 - Pair(s) aidant(s) : 5 / 7

II - Pair(s) aidant(s) à titre individuel

A partir d'ici, les questions portent sur l'implication de pair(s) aidant(s), à titre individuel (ex : pair aidant salarié, pair aidant indépendant) au sein de votre structure (ou service). Elles ne portent pas sur l'implication d'association(s) d'entraide en tant que telles.

Actuellement, est-ce qu'un (ou plusieurs) pair(s) aidant(s) intervien(n)nt, à titre individuel, au sein de votre structure (ou service) ? *

Oui

Non

Attention : la question ci-dessus détermine la suite du questionnaire, merci de vérifier votre réponse afin de ne pas revenir en arrière après vous être engagé sur un chemin.

1) Caractéristiques pair(s) aidant(s)

Depuis quelle année (environ) un pair aidant intervient dans votre structure (ou service) ?

Ex : 2022

Actuellement, combien de pair(s) aidant(s) intervien(n)nt au sein de votre structure (ou service) ?

Répondre par le nombre de personnes (et non pas en équivalent temps plein), si vous ne savez pas donnez si possible un ordre de grandeur

Quelle(s) appellation(s) est (sont)-elle(s) utilisée(s) pour désigner le (les) pair(s) aidant(s) qui intervien(n)nt ?

- Expert du vécu
- Intervenant-pair
- Médiateur de santé-pair
- Pair aidant
- Pair-émulateur
- Patient-expert
- Patient-intervenant
- Patient partenaire
- Patient-ressource
- Travailleur-pair
- Usager pair
- Autre

Plusieurs réponses possibles

Par simplicité, nous continuons à désigner cette (ces) personne(s) par le terme « pair(s) aidant(s) ».

La fréquence d'intervention du (des) pair(s) aidant(s) au sein de votre structure (ou service) est-elle définie ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Quel(s) type(s) d'addiction est (sont) concerné(s) par l'intervention d'un pair aidant ?

- Addiction à une (des) substance(s)
- Addiction(s) comportementale(s)

Plusieurs réponses possibles

Qu'est-ce qui fut à l'origine de l'implication d'un (de) pair(s) aidant(s) au sein de votre structure (ou service) ?

- Un projet de votre structure (ou service)
- Une proposition d'une association d'entraide
- Une proposition d'un pair aidant à titre individuel
- Une demande d'usagers accompagnés/pris en soins par votre structure (ou service)
- Autre
- Ne sait pas

Plusieurs réponses possibles

2) Critères pair(s) aidant(s)**Y a-t-il un (des) critère(s) prédéfini(s) pour qu'une personne puisse intervenir en tant que pair aidant dans votre structure (ou service) ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Exemples : expérience d'une conduite addictive, expérience de soins addictologiques

Une personne qui intervient en tant que pair aidant peut-elle être suivie actuellement au sein de votre structure (ou service) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Concernant sa propre prise en soins/son propre accompagnement

Commentaire éventuel :**3) Aspects administratifs pair(s) aidant(s)****Quel est le statut du (des) pair(s) aidant(s) au sein de votre structure (ou service) ?**

- Plusieurs statuts selon les cas
- Pas de statut défini ou statut informel
- Bénévole
- Indépendant
- Salarié de votre structure (ou service)
- Autre
- Ne sait pas

Le(s) pair(s) aidant(s) a (on)-il(s) une formation ou certification en lien avec son (leur) activité ?

- Plusieurs réponses selon les cas
- Oui une formation/certification acquise
- Oui une formation/certification en cours
- Non
- Ne sait pas

Le(s) pair(s) aidant(s) perçoit-il(s) de l'argent en lien avec son (leur) activité ?

- Oui une rémunération (ex : salaire)
- Oui une indemnisation/défraiement (ex : frais de déplacement)
- Les deux
- Non
- Ne sait pas

Quel(s) document(s) permet(tent) d'encadrer les modalités d'intervention du (des) pair(s) aidant(s) au sein de votre structure (ou service) ?

- Aucun
- Convention de stage (ex : pair aidant suivant une formation)
- Contrat de travail
- Charte
- Fiche missions
- Fiche de poste
- Autre
- Ne sait pas

Plusieurs réponses possibles

4) Activités pair(s) aidant(s)

Au sein de votre structure (ou service)

La (les) activité(s) du (des) pair(s) aidant(s) concerne(nt) :

- L'accompagnement des usagers, de façon individuelle (ex : entretien, maraude)
- L'accompagnement des usagers, de façon collective (ex : groupe de parole, groupe d'éducation thérapeutique)
- Une (des) autre(s) activité(s) (ex : formation de professionnels, représentation des usagers)

Plusieurs réponses possibles

Selon vous, les activités du (des) pair(s) aidant(s) au sein de votre structure (ou service) relèvent de la pair aide :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

Commentaire éventuel :

Le (les) pair(s) aidant(s) contribue(nt)-il(s) à l'élaboration du projet de soins et d'accompagnement ?

- Oui au projet individuel (ex : projet personnalisé de soins)
- Oui au projet institutionnel (ex : projet de service, projet d'établissement)
- Les deux
- Non
- Ne sait pas

Le(s) pair(s) aidant(s) est (sont)-il(s) impliqué(s) dans les réunions cliniques ?

- Oui toujours
- Oui souvent
- Oui parfois
- Non jamais
- Ne sait pas

Commentaire éventuel :

Le(s) pair(s) aidant(s) a (ont)-il accès à des informations cliniques ?

- Oui à toutes les informations
- Oui à certaines informations
- Non
- Ne sait pas

Ex : dossiers

Le(s) pair(s) aidant(s) est (sont)-il(s) impliqué(s) dans les réunions institutionnelles afin d'aborder leur activité au sein de la structure (ou service) ?

- Oui toujours
- Oui souvent
- Oui parfois
- Non jamais
- Ne sait pas

Ex : réunion de service, réunion d'équipe (il ne s'agit pas ici d'une implication en tant que représentant des usagers)

Commentaire éventuel :

Les activités du (des) pair(s) aidant(s) sont-elles systématiquement proposées à l'ensemble des usagers accompagnés/pris en soins par votre structure (ou service) ?

	Oui pour tous les usagers	Oui pour certains usagers	Non	Ne sait pas	Non concerné
Pair aidant A					
Pair aidant B					
Pair aidant C					

Si un seul pair aidant intervient dans votre structure (ou service), inscrivez votre réponse pour le pair aidant A

Commentaire éventuel :

Le(s) pair(s) aidant(s) intervien(nen)t-il(s) en binôme avec un professionnel de votre structure (ou service) ?

- Oui toujours
 Oui souvent
 Oui parfois
 Non jamais

Commentaire éventuel :

5) Perception du (des) pair(s) aidant(s) par l'équipe de la structure (ou service)

Pouvez-vous graduer, selon votre perception, si le(s) pair(s) aidant(s) est (sont) plutôt considéré(s) comme intervenant(s) extérieur(s) à l'équipe de soins et d'accompagnement ou comme membre(s) à part entière de l'équipe ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Graduation

1 = intervenant(s) extérieur(s) et 10 = membre(s) à part entière

Commentaire éventuel :

6) Perspectives pair(s) aidant(s)

Les activités actuelles du (des) pair(s) aidant(s) au sein de votre structure (ou service) relèvent-elles d'une expérimentation ?

- Oui
 Non

Les activités du (des) pair(s) aidant(s) au sein de votre structure (ou service) sont-elles pérennes ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Pour contacter l'auteur-riche de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.

Vous avez déjà soumis ce formulaire. [Voir vos précédentes soumissions.](#)

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier l'implication de pairs aidants et d'associations d'entraide au sein des structures et services d'addictologie des Pays de la Loire**. En cas de difficultés : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version structures et services.

3 - Attentes : 6 / 7

III - Attentes pair aideance

Plus que quelques questions concernant vos attentes et/ou besoins vis-à-vis de la pair aideance.

Avez-vous des attentes ou des besoins en termes d'accompagnement/d'appui aux activités de pair aideance au sein de votre structure (ou service) ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

De quelle(s) attente(s) ou besoin(s) s'agit-il ?

- Clarifier des notions théoriques (pair aideance, rétablissement, savoirs expérientiels...)
- Disposer d'outils supports facilitant l'intégration et/ou le travail avec un pair aidant (ex : fiche mission)
- Préciser comment « recruter » un pair aidant (à qui s'adresser, critères à définir...)
- Bénéficier d'un accompagnement méthodologique (démarche projet)
- Bénéficier d'un accompagnement pour la recherche de financement
- Proposer un accompagnement individuel au(x) pair(s) aidant(s)
- Participer à des temps d'échange de pratiques avec d'autres structures (ou services) qui intègrent un (des) pair(s) aidant(s)
- Autre(s)

Plusieurs réponses possibles

Conclusion

MENU

Seriez-vous d'accord pour être sollicité par la SRAE Addictologie en vue d'un entretien qualitatif ?

- Oui
- Non
- Ne se sent pas concerné

Le cas échéant, cet entretien aura pour but d'éclairer plus spécifiquement les activités de pair aideance au sein de votre structure (ou service). Les entretiens auront lieu en janvier/février. Compter 1h d'échanges.

Autre répondant

Si vous pensez à une autre personne avec laquelle nous pourrions échanger, nous vous invitons à indiquer ici ses coordonnées :

Nom

Fonction

Exemple : pair aidant

Mail

Remarque(s) ou suggestion(s)

Si vous souhaitez ajouter quelque chose avant de soumettre votre réponse



*Pour contacter l'auteur-riche de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.*

Enquête pairs aidants et associations d'entraide en structures d'addictologie Pays de la Loire

Terminé : 7 / 7

Nous vous remercions pour votre temps et votre participation. Votre contact sera ajouté à la liste de diffusion des résultats (présentés sous forme agrégée). Le cas échéant et si vous avez donné votre accord, votre contact pourra aussi être utilisé pour vous proposer un entretien qualitatif.

Si vous souhaitez nous partager d'autres éléments, n'hésitez pas à nous écrire : projets@srae-addicto-pdl.fr

Pour en savoir plus sur le groupe de travail pair aideance piloté par la SRAE Addictologie : <https://srae-addicto-pdl.fr/animation-regionale/groupes-de-travail/>

[Retourner au formulaire](#)

Pour contacter l'auteur·rice de ce formulaire, [cliquez ici](#)

Enquête pair aide en associations d'entraide addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier les pratiques de pair aide au sein des associations d'entraide en Pays de la Loire** ainsi que le **rôle des associations intervenant dans les structures et services d'addictologie**.
Pour nous contacter si besoin : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version associations d'entraide.

Introduction : 1 / 6

CONTEXTE

La Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en Addictologie des Pays de la Loire contribue à l'amélioration de la fluidité des parcours de prévention, de soins et d'accompagnement des patients et usagers par le soutien des acteurs de l'addictologie et de leurs partenaires.

Dans le cadre d'un travail régional sur la pair aide en addictologie, nous vous sollicitons aujourd'hui pour répondre à ce questionnaire.

Prévoir une dizaine de minutes, selon les activités de votre association.

CIBLES DE L'ENQUÊTE

Ce questionnaire s'adresse aux associations d'entraide en addictologie situées et/ou intervenant en Pays de la Loire. Un autre questionnaire s'adresse aux structures et services d'addictologie.

Dans la mesure du possible, merci de fournir une seule réponse par association.

Les données recueillies seront agrégées et analysées à l'échelon régional. Ce travail sera complété dans un second temps par des entretiens auprès de professionnels de soins et d'accompagnement, de pairs aidants et de membres d'associations d'entraide.

Pour contacter l'auteur·rice de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framafoms.

Enquête pair aideance en associations d'entraide addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier les pratiques de pair aideance au sein des associations d'entraide en Pays de la Loire** ainsi que le **rôle des associations intervenant dans les structures et services d'addictologie**.
Pour nous contacter si besoin : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version associations d'entraide.

Répondant : 2 / 6

Conformément aux lois "informatique et libertés" et "RGPD", vous pouvez exercer vos droits d'accès à vos données, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation ou de portabilité en contactant : projets@srae-addicto-pdl.fr

Carte d'identité association

Nom de votre association : *

Quel public est concerné par votre association ?

- Les usagers (ou anciens usagers)
- Leur entourage
- Les deux

Depuis quand votre association existe-elle ?

- Avant 1980
- Entre 1980 et 1989
- Entre 1990 et 1999
- Entre 2000 et 2009
- Entre 2010 et 2019
- Entre 2020 et aujourd'hui

Quel est aujourd'hui le territoire d'intervention de votre association ?

- Local
- Départemental
- Régional

National Autre

Plusieurs réponses possibles

Pouvez-vous préciser :

Notamment dans le cas où votre association comprendrait plusieurs antennes

Votre association comprend-elle un (des) salarié(s) ? Oui Non Ne sait pas**De combien d'adhérents et/ou bénévoles est composée votre association ?**

Répondre par un nombre entier (si vous ne savez pas, donnez si possible un ordre de grandeur)

Carte identité répondant**Fonction du répondant au sein de l'association :** Membre du bureau (président, secrétaire, trésorier) Membre du conseil d'administration (CA) Bénévole/adhérent (hors cas ci-dessus) Salarié Autre

Plusieurs réponses possibles

Nom et/ou prénom du répondant

Facultatif

Adresse mail du répondant *

Cette adresse servira à communiquer les résultats de l'enquête

*Pour contacter l'auteur-riche de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.*

Arborescence du questionnaire (version association d'entraide)

Plan :

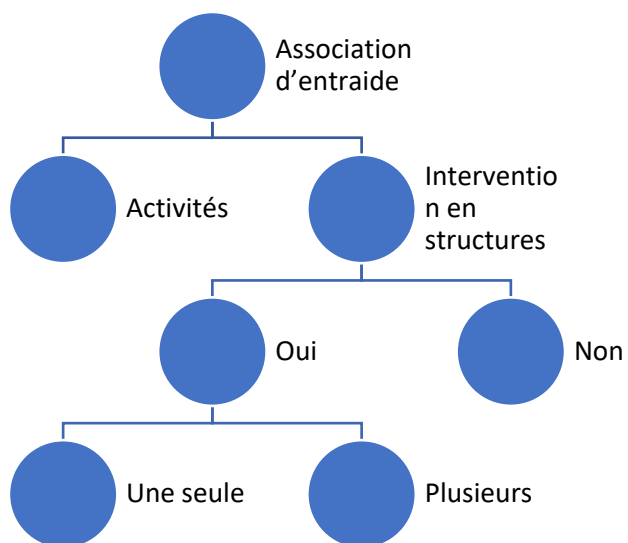
I – Activités

II – Intervention en structure(s) d'addictologie

III – Attentes

Conclusion (entretien, autre répondant, remarques)

Détail embranchements parties I et II :



Enquête pair aideance en associations d'entraide addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier les pratiques de pair aideance au sein des associations d'entraide en Pays de la Loire** ainsi que le **rôle des associations intervenant dans les structures et services d'addictologie**.
Pour nous contacter si besoin : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version associations d'entraide.

1 - Activités : 3 / 6

I - Activités

1) Description

Quelles sont les activités de votre association ?

- Accueil/information via des permanences (au sein d'un lieu d'accueil, par téléphone, sur internet...)
- Visites de première rencontre avec les usagers (à domicile, en structures de soins et d'accompagnement, en milieu carcéral...)
- Accompagnement individualisé (parrainage, entretiens téléphoniques...)
- Réunions (groupes de parole, rencontres conviviales...)
- Actions de prévention (prévention primaire auprès du grand public, réduction des risques auprès d'usagers...)
- Formation et/ou sensibilisation de personnes extérieures à votre association
- Plaidoyer et/ou représentation des usagers dans des instances de politiques publiques
- Autre

Plusieurs réponses possibles

2) Cadre de fonctionnement

Y a-t-il un (des) document(s) qui permet(tent) d'encadrer les activités de votre association ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Ex : charte, procédures d'intervention

En vue d'exercer les activités décrites précédemment, les membres de votre association bénéficient-ils d'un processus de formation/outillage en interne ?

- Oui pour tous
- Oui pour la plupart

Oui pour certains

Non

Ne sait pas

Des membres de votre association bénéficient-ils d'une formation ou certification formalisée/reconnue, en lien avec leur activité ?

Oui pour tous

Oui pour la plupart

Oui pour certains

Non

Ne sait pas

Que la formation/certification soit acquise ou en cours

*Pour contacter l'auteur·rice de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.*

Enquête pair aideance en associations d'entraide addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier les pratiques de pair aideance au sein des associations d'entraide en Pays de la Loire** ainsi que le **rôle des associations intervenant dans les structures et services d'addictologie**.
Pour nous contacter si besoin : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version associations d'entraide.

2 - Intervention en structure(s) d'addictologie : 4 / 6

II - Intervention en structure(s) d'addictologie (région Pays de la Loire)

A partir d'ici les questions portent sur les éventuelles activités de votre association au sein d'une (ou plusieurs) structure(s) de soins et d'accompagnement en addictologie située(s) dans la région des Pays de la Loire.

Actuellement, votre association intervient-elle au sein d'une (ou plusieurs) structure(s) d'addictologie située(s) en Pays de la Loire ? *

- Oui
- Non

Ex : CSAPA, CARUUD, service d'un établissement sanitaire

Pour contacter l'auteur-riche de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.

Enquête pair aideance en associations d'entraide addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de recenser et qualifier les pratiques de pair aideance au sein des associations d'entraide en Pays de la Loire ainsi que le rôle des associations intervenant dans les structures et services d'addictologie. Pour nous contacter si besoin : projets@sræe-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version associations d'entraide.

2 - Intervention en structure(s) d'addictologie : 4 / 6

II - Intervention en structure(s) d'addictologie (région Pays de la Loire)

A partir d'ici les questions portent sur les éventuelles activités de votre association au sein d'une (ou plusieurs) structure(s) de soins et d'accompagnement en addictologie située(s) dans la région des Pays de la Loire.

Actuellement, votre association intervient-elle au sein d'une (ou plusieurs) structure(s) d'addictologie située(s) en Pays de la Loire ? *

Oui

Non

Ex : CSAPA, CARUUD, service d'un établissement sanitaire

Depuis quand votre association intervient-elle dans une structure d'addictologie ?

Avant 1980

Entre 1980 et 1989

Entre 1990 et 1999

Entre 2000 et 2009

Entre 2010 et 2019

Entre 2020 et aujourd'hui

Ne sait pas

Peut être différent de la date depuis laquelle votre association intervient dans la (les) structure(s) actuelle(s)

Actuellement, dans combien de structure(s) d'addictologie intervient votre association ?

Une seule structure

Plusieurs structures

Votre réponse permet d'adapter la formulation des questions suivantes

1) Caractéristiques structures d'addictologie

Pouvez-vous préciser : actuellement, dans combien de structures d'addictologie intervient votre association ?

Répondre par un nombre entier (si vous ne savez pas, donnez si possible un ordre de grandeur)

Les questions sont pensées pour détailler jusqu'à 3 structures d'addictologie différentes. Dans le cas où votre association intervient dans davantage de structures, merci d'en choisir 3 pour ce questionnaire, que nous nommerons A, B et C. Les autres pourront être abordées dans le cadre d'un entretien qualitatif.

Sigles utilisés pour la question suivante :

- Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)
- Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR)
- Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) en addictologie (anciennement Soins de Suites et de Réadaptation en Addictologie SSRA)
- Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

De quel(s) type(s) de structures s'agit-il ?

	CAARUD	CSAPA	CTR	SMR (ex SSRA)	Consultation et hospitalisation addictologie	ELSA	Autre	Non concerné
Structure A								
Structure B								
Structure C								

Si votre association intervient dans 2 structures, cochez "non concerné" (ou laissez vide) pour la structure C

Pouvez-vous indiquer le nom de la structure A ?

Pouvez-vous indiquer la ville de la structure A ?

Pouvez-vous indiquer le nom de la structure B ?

Pouvez-vous indiquer la ville de la structure B ?

Si concerné, pouvez-vous indiquer le nom de la structure C ?

Sinon passez cette question

Si concerné, pouvez-vous indiquer la ville de la structure C ?

Sinon passez cette question

Commentaire éventuel

Si vous souhaitez indiquer d'autres structures. Notez cependant que la plupart des questions suivantes ne vous permettront de détailler que les structures A, B et C mentionnées ci-dessus.

Qu'est-ce qui fut à l'origine de l'implication de votre association au sein des structures d'addictologie ?

	Une proposition de votre association	Une proposition de la structure d'addictologie	Les deux	Autre	Ne sait pas	Non concerné
Structure A						
Structure B						
Structure C						

Commentaire éventuel

Si vous avez coché "proposition de la structure" (ou "les deux"), pouvez-vous préciser s'il s'agit pour la structure :

	D'un projet des professionnels de la structure	D'une demande des usagers accompagnés/pris en soins par la structure	Les deux	Autre	Ne sait pas	Non concerné
Structure A						
Structure B						
Structure C						

Sinon passez cette question

Commentaire éventuel

La fréquence d'intervention de votre association au sein des structures d'addictologie est-elle définie ?

- Oui (pour toutes les structures)
- Cela dépend des structures
- Non

Ne sait pas

2) Critères

Un membre de votre association qui intervient, à ce titre, dans les structures d'addictologie peut-il y être suivi actuellement concernant sa propre prise en soins/son propre accompagnement ?

	Oui	Non	Ne sait pas	Non concerné
Structure A				
Structure B				
Structure C				

Commentaire éventuel

3) Aspects administratifs

L'intervention de votre association au sein des structures d'addictologie est-elle encadrée par une convention ?

	Oui	Non	Ne sait pas	Non concerné
Structure A				
Structure B				
Structure C				

Y a-t-il un (des) autre(s) document(s) qui permet(tent) d'encadrer les modalités d'intervention de votre association au sein d'une (ou plusieurs) des structures ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Ex : charte, protocole

Commentaire éventuel

4) Activités en structures d'addictologie

La (les) activité(s) de votre association au sein de la structure A concerne(nt) :

- L'accompagnement des usagers, de façon individuelle (ex : maraude)
 L'accompagnement des usagers, de façon collective (ex : groupe de parole)
 Une (des) autre(s) activité(s) (ex : sensibilisation de professionnels)

Plusieurs réponses possibles

La (les) activité(s) de votre association au sein de la structure B concerne(nt) :

- L'accompagnement des usagers, de façon individuelle (ex : maraude)
 L'accompagnement des usagers, de façon collective (ex : groupe de parole)
 Une (des) autre(s) activité(s) (ex : sensibilisation de professionnels)

Plusieurs réponses possibles

Si concerné, la (les) activité(s) de votre association au sein de la structure C concerne(nt) :

- L'accompagnement des usagers, de façon individuelle (ex : maraude)
 L'accompagnement des usagers, de façon collective (ex : groupe de parole)
 Une (des) autre(s) activité(s) (ex : sensibilisation de professionnels)
 Non concerné

Si votre association intervient dans 2 structures, cochez "non concerné" (ou passez cette question)

Selon vous, les activités de votre association au sein des structures d'addictologie relèvent de la pair aideance :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Non concerné
Structure A					
Structure B					
Structure C					

Commentaire éventuel

Les membres de votre association ont-ils accès à des informations cliniques concernant les usagers accompagnés/pris en soins par les structures d'addictologie ? (ex : dossiers)

	Oui à toutes les informations	Oui à certaines informations	Non	Ne sait pas	Non concerné
Structure A					
Structure B					
Structure C					

Les activités de votre association sont-elles systématiquement proposées à l'ensemble des usagers accompagnés/pris en soins par les structures d'addictologie ?

	Oui pour tous les usagers	Oui pour certains usagers	Non	Ne sait pas	Non concerné
Structure A					
Structure B					
Structure C					

Lors des interventions de votre association, un (plusieurs) professionnel(s) des structures d'addictologie est (sont)-il(s) présent(s) ?

	Oui toujours	Oui souvent	Oui parfois	Non jamais	Ne sait pas	Non concerné
Structure A						
Structure B						
Structure C						

Si concerné, pouvez-vous préciser la fonction du professionnel pour la structure A ?

Ex : infirmier (si non concerné, passez cette question)

Si concerné, pouvez-vous préciser la fonction du professionnel pour la structure B ?

Ex : infirmier (si non concerné, passez cette question)

Si concerné, pouvez-vous préciser la fonction du professionnel pour la structure C ?

Ex : infirmier (si non concerné, passez cette question)

Les membres de votre association qui interviennent dans les structures d'addictologie sont-ils les mêmes personnes lors de chaque intervention ?

	Oui toujours	Oui souvent	Oui parfois	Non jamais
Structure A				
Structure B				
Structure C				

5) Perception

Selon vous, la collaboration entre votre association et les structures d'addictologie (intégration, relations avec le personnel...) est :

	Facile	Plutôt facile	Plutôt difficile	Difficile
Structure A				
Structure B				
Structure C				

Commentaire éventuel

Selon vous, les échanges entre les membres de votre association et les usagers accompagnés/pris en soins par les structures sont :

	Faciles	Plutôt faciles	Plutôt difficiles	Difficiles
Structure A				
Structure B				
Structure C				

Commentaire éventuel

6) Perspectives

A moyen/long terme, avez-vous l'intention de poursuivre vos interventions au sein des structures d'addictologie ?

	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout
Structure A				
Structure B				
Structure C				

Pour contacter l'auteur-riche de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.

Enquête pair aideance en associations d'entraide addictologie Pays de la Loire



L'objectif est de **recenser et qualifier les pratiques de pair aideance au sein des associations d'entraide en Pays de la Loire** ainsi que le **rôle des associations intervenant dans les structures et services d'addictologie**.
Pour nous contacter si besoin : projets@srae-addicto-pdl.fr ou 02 40 41 17 36. Version associations d'entraide.

3 - Attentes : 5 / 6

III - Attentes pair aideance

Plus que quelques questions concernant vos attentes et/ou besoins vis-à-vis de la pair aideance

Avez-vous des attentes ou des besoins en termes d'accompagnement/d'appui aux activités de pair aideance au sein de votre association ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

En dehors de vos éventuelles activités au sein d'une (de) structure(s) d'addictologie

De quelles attentes ou besoins s'agit-il ?

Merci d'inscrire des mots-clés

Avez-vous des attentes ou des besoins en termes d'accompagnement/d'appui aux activités de pair aideance de votre association au sein de la (des) structure(s) d'addictologie ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

De quelles attentes ou besoins s'agit-il ?

- Clarifier des notions théoriques (pair aideance, rétablissement, savoirs expérientiels...)

- Disposer d'outils supports facilitant l'intégration et/ou les activités des membres de votre association en structure (ex : fiche mission) MENU
- Préciser comment « démarcher » une structure d'addictologie
- Proposer un accompagnement individuel aux membres de votre association qui interviennent
- Participer à des temps d'échange de pratiques avec des membres de la (d'autres) association(s) et/ou des professionnels de structures d'addictologie
- Autre(s)
Plusieurs réponses possibles

Conclusion

Seriez-vous d'accord pour être sollicité par la SRAE Addictologie en vue d'un entretien qualitatif ?

- Oui
- Non
- Ne se sent pas concerné

Le cas échéant, cet entretien aura pour but d'éclairer plus spécifiquement les activités de votre association en lien avec une (des) structure(s) d'addictologie. Les entretiens auront lieu en janvier/février. Compter 1h d'échanges.

Autre répondant

Si vous pensez à une autre personne avec laquelle nous pourrions échanger, nous vous invitons à indiquer ici ses coordonnées :

Nom :

Fonction :

Ex : professionnel de soins et d'accompagnement

Mail :

Remarque(s) ou suggestion(s)

Si vous souhaitez ajouter quelque chose avant de soumettre votre réponse



*Pour contacter l'auteur·rice de ce formulaire, [cliquez ici](#)
Ne communiquez aucun mot de passe via Framaforms.*

Enquête pair aideance en associations d'entraide addictologie Pays de la Loire

Terminé : 6 / 6

Nous vous remercions pour votre temps et votre participation. Votre contact sera ajouté à la liste de diffusion des résultats (présentés sous forme agrégée). Le cas échéant et si vous avez donné votre accord, votre contact pourra aussi être utilisé pour vous proposer un entretien qualitatif.

Si vous souhaitez nous partager d'autres éléments, n'hésitez pas à nous écrire : projets@srae-addicto-pdl.fr

Pour en savoir plus sur le groupe de travail pair aideance piloté par la SRAE Addictologie : <https://srae-addicto-pdl.fr/animation-regionale/groupes-de-travail/>

[Retourner au formulaire](#)

Pour contacter l'auteur·rice de ce formulaire, [cliquez ici](#)



Logo of the Pays de la Loire Addictology network (SR) in the top left corner. The background is a blurred image of a person walking. The text 'Groupe de travail pair aideance' is centered in a dark purple font, followed by 'Ordre du jour' in a bold, pink font. The agenda is listed below:

1. Questionnaires : résultats et discussion
 - Méthode
 - Rappels objectif et indicateurs
 - Diffusion et répondants
 - Activités des associations d'entraide
 - Associations d'entraide en structures d'addictologie
 - Réponse des structures (faisant intervenir des associations)
 - Réponse des associations (intervenant dans des structures)
 - Attentes des associations
 - Pairs aidants en structures d'addictologie
 - Réponses des structures (faisant intervenir des pairs aidants)
 - Attentes des structures
2. Calendrier

01/02/2023 2



MÉTHODE



RAPPELS OBJECTIFS ET INDICATEURS



Groupe de travail pair aideance

Objectif et méthode des questionnaires

Recenser les structures d'addictologie de la région avec une pratique de pair aideance et qualifier ces pratiques

2 versions de questionnaire :

- Structures d'addictologie
- Associations d'entraide

Complémentarité : entretiens qualitatifs

Une enquête plus qualitative que quantitative (pas vocation représentativité)

→ Qualification des pratiques selon le site d'intervention des associations d'entraide et des pairs aidants

01/02/2023



Groupe de travail pair aideance

Indicateurs explorés

Questionnaire structures/services d'addictologie

1) Intervention d'association(s) d'entraide (si concerné)	2) Intervention de pair(s) aidant(s) à titre individuel (si concerné)
Caractéristiques	Caractéristiques
Critères	Critères
Aspects administratifs	Aspects administratifs
Activités	Activités
	Perception
	Perspectives
3) Attentes	

01/02/2023

Questionnaire associations d'entraide

1) Activités association	2) Intervention en structure(s)/service(s) d'addictologie (si concerné)
Description	Caractéristiques
Cadre de fonctionnement	Critères
	Aspects administratifs
	Activités
	Perception
	Perspectives
3) Attentes	

6



DIFFUSION ET RÉPONDANTS

Questionnaire structures d'addictologie

Diffusion (répondants potentiels)

Entités sollicitées	Nombre dans la région
CAARUD	5
CSAPA (dont maison d'arrêt)	9
Etablissement sanitaires (hors ELSA et SMR)	29*
ELSA	14*
SMR (ex SSR)	7
Total	61*

*Nombre d'entités identifiées (61) ≠ nombre d'entités juridiques (≈ 30)
car certains CSAPA/CAARUD portés par une même association, ELSA regroupées dans établissements sanitaires...

*Si tous avaient répondu alors > 61 réponses
car structures sanitaires : possible une réponse par unité d'un même service (comptabilisation nombre de services)
car structures médico-sociales : possible une réponse par antenne

01/02/2023

→ Une enquête plus qualitative que quantitative

8

Questionnaire structures d'addictologie



Répondants

Type de structure	Nombre de réponses
Consultations et hospitalisation	7 (dont 3 unités d'un même service*)
ELSA	7
CSAPA	5
SMR (ex SSRA)	4
CAARUD	3
Tabacologie	2
Autre	1
Total	29 (ou 27 entités distinctes*)

29 réponses (dont 27 entités distinctes) sur les 61 entités sollicitées
 Estimation taux de réponse (répondants réels/répondants potentiels) > 40 %

→ Une enquête plus qualitative que quantitative

01/02/2023

9

Questionnaire associations d'entraide



Diffusion (répondants potentiels)

Contact de diffusion	Nombre
Sollicitation directe : associations d'entraide identifiées	21*
Sollicitation indirecte (relai) : réseaux locaux et départementaux	CAAD 49 RIAM 53 7 CSAPA

*Nombre total d'associations existantes en PDL : non connu à ce jour (recensement en cours)

Répondants

16 réponses (15 associations différentes, car 2 antennes départementales pour l'une)
 Estimation de taux de réponse > 70%

→ Une enquête plus qualitative que quantitative

01/02/2023

10



ACTIVITÉS DES ASSOCIATIONS D'ENTRAIDE

Questionnaire association d'entraide (N=16)

Activités associations



Quelles sont les activités de votre association ?

Modalité	Occurrence
Réunions (groupes de parole, rencontres conviviales...)	15
Accompagnement individualisé (parrainage, entretiens téléphoniques...)	13
Accueil/information via des permanences (au sein d'un lieu d'accueil, par téléphone, sur internet...)	12
Visites de première rencontre avec les usagers (à domicile, en structures de soins et d'accompagnement, en milieu carcéral...)	12
Action de prévention (prévention primaire auprès du grand public, réduction des risques auprès d'usagers...)	12
Formation et/ou sensibilisation de personnes extérieures à votre association	6
Plaidoyer et/ou représentation des usagers dans des instances de politiques publiques	4
Autre	1

16 répondants, choix multiple (0 non réponse)

12

Questionnaire association d'entraide (N=16)



Cadre de fonctionnement

- Un (des) document(s) encadre(nt) les activités de l'association : oui = 11/16 (non = 4, nsp = 1)
 - Quoi (réponse libre) : « charte » n=5
- Des membres bénéficient d'un processus de formation/outillage : oui = 13/16 (non = 3)
 - Parmi les 13 oui : 4 pour tous les membres, 4 pour la plupart et 5 pour certains
 - Quoi (réponse libre) : formation en interne et/ou externe par organisme formation
- Des formations ou certifications formalisées/reconnues : oui = 8/16 (non = 7, nsp = 1)
 - Quoi (réponse libre) : addictologie (niveau 1 et 2), ETP, animation, accompagnement, RDR, CPEA

02/03/2023

Commission Entourage/Usagers

13



ASSOCIATIONS D'ENTRAIDE EN STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE



RÉPONSE DES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE

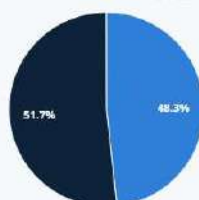
Questionnaire structures d'addictologie (N=29)



Synthèse structures faisant intervenir des associations

Actuellement, est-ce qu'une (ou plusieurs) association(s) d'entraide intervien(n)ent au sein de votre structure (ou service) ?

[Chart options »](#)



29 réponses (0 non réponse)

Oui	14
Non	15

Détail selon le type des 14 structures concernées :

- Consultation et hospitalisation : oui (5/7)
- ELSA : oui (5/7)
- SMR (ex SSRA) : oui (3/4)
- Autre (santé mentale) : oui (1/1)
- CSAPA : non (5/5)
- CAARUD : non (3/3)

→ 50% des répondants (n=14) font intervenir une ou plusieurs associations d'entraide

→ Présence essentiellement dans les structures sanitaires ? (différence avec la réponse des associations)

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 14 faisant intervenir des associations)



Synthèse structures faisant intervenir des associations

- Dans chacune des 14 structures, 3 associations différentes interviennent en moyenne (réponses allant de 1 à 5)
- En tout, 15 associations d'entraide nommées par les structures
- Collaborations anciennes (depuis plus de 15 ans pour la plupart, n=8/14)
- Prérequis pour certaines structures (n=6/14), les principaux sont (6 répondants, choix multiple) :
 - Expérience des conduites addictives (n=6)
 - Association reconnue d'utilité publique (n=5)
 - Valeurs communes (n=5)
- Principales modalités d'intervention :
 - Auprès d'usagers en collectif (n=11/14), essentiellement groupe de parole (réponse libre, n=8) et présentation association (réponse libre, n=3)
 - Mensuel (n=9/14)
 - Systématiquement proposées aux usagers/patients (tous ou certains) de la structure (n=11/14)
 - Parfois en binôme avec un professionnel de la structure (n=7/14), infirmier essentiellement (réponse libre n=5)

01/02/2023

17



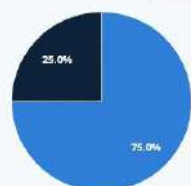
RÉPONSE DES ASSOCIATIONS D'ENTRAIDE

Questionnaire association d'entraide (N= 16)



Synthèse associations intervenant en structures

Actuellement, votre association intervient-elle au sein d'une (ou plusieurs) structure(s) d'addictologie située(s) en Pays de la Loire ?



16 réponses (0 non réponse)

Oui	12
Non	4

Type de structure déclarées par les associations

- SMR (ex SSRA) : 9
- Consultation et hospitalisation : 5
- ELSA : 3
- CSAPA : 4
- CAARUD : 0
- CTR 3

→ ¾ des associations répondant interviennent en structure d'addictologie

→ Intervention aussi dans le médico-social, notamment CSAPA (différence avec la réponse des structures)

01/02/2023

19

Questionnaire association d'entraide (N= 16 dont 12 intervenant en structures)



Synthèse associations intervenant en structures

- Pour les 12 associations concernées, chacune intervient en moyenne dans 4 structures (réponses de 1 à 12)
- En tout, une vingtaine de structures différentes nommées (comptage selon le site d'intervention et non selon l'entité juridique)
- Collaborations anciennes (depuis plus de 20 ans pour la plupart, n=8/12)
- Principales modalités d'intervention :
 - Auprès d'usagers en collectif (n=19/24*), essentiellement groupe de parole (réponse libre, n=15) et présentation de l'association (réponse libre, n=9)
 - Mensuel (n=17/24*)
 - Systématiquement proposées aux usagers/patients (tous ou certains) de la structure (n=19/24*)
 - En présence d'un professionnel (n=21/24*), infirmier essentiellement (réponse libre, n=17)
 - Pas d'accès aux données cliniques (n=24/24*)

*Chaque association pouvait décliner pour la structure A, la structure B et la structure C (si concernée par au moins 3 structures)

Au total de chaque question, 24 réponses ont été recueillies pour 11 associations concernées

A noter que la 12^e association intervenant en structure n'a pas répondu au reste des questions

01/02/2023

20



Questionnaire association d'entraide (N= 16 dont 12 intervenant en structures)

Synthèse associations intervenant en structures

- Les associations déclarent une facilité de collaboration avec les structures d'addictologie (n=24/24*)
- Les associations déclarent une facilité concernant leurs échanges avec les usagers rencontrés dans les structures d'addictologie (n=24/24*)
- Les associations ont l'intention de poursuivre leurs activités aux sein des structures (n=23/24*)

**Chaque association pouvait décliner pour la structure A, la structure B et la structure C (si concernée par au moins 3 structures)*

Au total de chaque question, 24 réponses ont été recueillies pour 11 associations concernées

A noter que la 12^e association intervenant en structure n'a pas répondu au reste des questions

01/02/2023

21

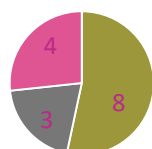


ATTENTE DES ASSOCIATIONS D'ENTRAIDE

Questionnaire association d'entraide (N= 16 dont 12 intervenant en structure d'addictologie)



Attentes en termes d'accompagnement
aux activités de pair aideance au sein de
l'association



■ Oui ■ Non ■ Ne sait pas

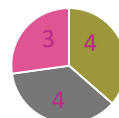
Sur 16 associations répondant (1 non réponse)

8 associations sur 16 déclarent avoir des attentes
concernant la pair aideance au sein de leur
association

- Essentiellement formation (réponse libre, n=4)

01/02/2023

Attentes en termes d'accompagnement
aux activités de pair aideance de
l'association au sein des structures
d'addictologie



■ Oui ■ Non ■ Ne sait pas

Sur 12 associations intervenant en structure (1 non réponse)

4 associations sur les 12 intervenants en structure
déclarent avoir des attentes concernant la pair
aideance au sein des structures :

- Echange de pratiques (n=4)
- Accompagnement individuel des membres intervenant (n=3)

23



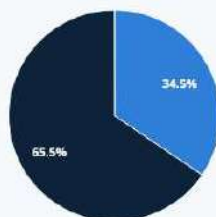
PAIRS AIDANTS EN STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE

Questionnaire structures d'addictologie (N=29)



Actuellement, est-ce qu'un (ou plusieurs) pair(s) aidant(s) intervien(nen)t, à titre individuel, au sein de votre structure (ou service) ?

[Chart options »](#)



29 réponses (0 non réponse)

Oui	10
Non	19

Distribution des 10 structures avec pairs aidants selon le type de structure

- Consultations et hospitalisation : 4
- CSAPA : 3
- CAARUD : 2
- SMR (ex SSRA) : 1

→ 1/3 des structures répondant (n=10/29) font intervenir au moins un pair aidant

Parmi les 10 structures concernées, chacune intègre en moyenne 2 pairs aidants (réponses allant de 1 et 3)

01/02/2023

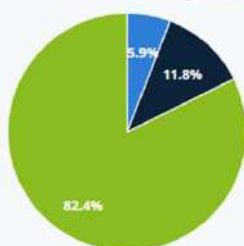
25

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 19 ne faisant pas intervenir de pair aidant)



Si "non", merci de préciser :

[Chart options »](#)



17 réponses (2 non réponse)

Non pas actuellement mais par le passé oui	1
Non mais il y a une réflexion en cours	2
Non rien n'est prévu en ce sens	14

Parmi les 14 structures où rien n'est prévu (0 non réponses) :

- 6 ont le souhait de développer des activités avec un pair aidant
- 6 déclarent ne pas savoir
- 2 ne souhaitent pas

→ 2/3 des répondants (n=19/29) n'ont pas de pair aidant à ce jour, la plupart d'entre eux (n=14) n'ont pas de projet

→ Cependant un souhait est exprimé de développer ces pratiques (n=6/14), peu d'opposition (n=2/14)

01/02/2023

26

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 10 avec pair aidant)



CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES STRUCTURES INTÉGRANT DES PAIRS AIDANTS

Collaborations récentes

- 2022 (n=7/10)
- 2021 (n=1/10)
- 2016 (n=2/10)

Origine (10 répondants, choix multiple) :

- Projet structure (n=6)
- Proposition pair aidant (n=4)
- Demande usagers accompagnés/pris en soins (n=3)

01/02/2023

27

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 10 avec pair aidant)



DIVERSITÉ OBSERVÉE

Appellations (10 répondants, choix multiple) :

- Pair aidant (n=5)
- Médiateur de santé pair (n=3)
- Patient ressource (n=2)
- Patient expert (n=1)
- Usager pair (n=1)
- Autre : « pas d'appellation » (n=1)

Statuts :

- Bénévole (n=5/10)
- Indépendant (n=2/10)
- Salarié (n=2/10)
- Pas de statut/statut informel (n=1/10)

01/02/2023

28

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 10 avec pair aidant)



DIVERSITÉ OBSERVÉE

Formation/certification

- Oui (n=5/10, dont 3 acquise et 2 en cours d'acquisition)
 - DU pair aidance
 - Licence 3 médiateur de santé pair
 - Formation 40h ETP
 - Certification patient-expert addictions
- Non (n=4/10)
- Ne sait pas (n=1/10)

Valorisation financière

- Oui rémunération (n=4/10) : 2 salariés, 2 indépendants
- Oui indemnisation (n=3/10) : 3 bénévoles
- Non (n=3/10) : 2 bénévoles et 1 sans statut/statut informel

01/02/2023

29

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 10 avec pair aidant)



DES PRATIQUES ENCADRÉES

Des pratiques encadrées par des documents formalisés (10 répondants, choix multiple)

- Charte (n=6)
- Contrat de travail (n=4)
- Fiche mission (n=3)
- Fiche de poste (n=2)
- Aucun (n=2)

01/02/2023

30

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 10 avec pair aidant)



CRITÈRES PRÉREQUIS POUR INTERVENIR COMME PAIR AIDANT

Il existe des critères prérequis pour intervenir comme pair aidant (n=7/10), les principaux sont (10 répondants, choix multiple) :

- Expérience conduite addictive (n=7)
- Expérience de soins addictologiques (n=5)
- Fait d'accepter d'être supervisé (n=4)
- Fait de justifier d'une formation/certification en lien (n=4)

Pas de consensus sur le fait qu'un pair aidant puisse être suivi ou non au sein de la structure dans laquelle il intervient :

- Non (n=6/10)
- Oui (n=4/10)

01/02/2023

31

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 10 avec pair aidant)



ACTIVITÉS MENÉES PAR LES PAIRS AIDANTS DANS LES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE

10 répondants, choix multiple

Accompagnement
des usagers de
façon collective
(n=10)

Groupe de
parole
(n=6)

Réponse libre

Accompagnement
des usagers de
façon individuelle
(n=3)

Entretien
individuel
(n=1)

Réponse libre

Autres activités
(n=3)

Formation de
professionnels
(n=1)

Co-
construction
programme
ETP (n=1)

Participation
recherche
(n=1)

Représentation
patients/usage
rs (n=1)

Choix multiple

01/02/2023

32

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 10 avec pair aidant)



MODALITÉS D'INTERVENTION DU PAIR AIDANT DANS LES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE

- Activités systématiquement proposées pour tous les usagers (n=6/10)
- Fréquence d'intervention (1 non réponse) :
 - Hebdomadaire (n=4/10)
 - Mensuelle (n=3/10)
 - Journalière (n=1/10)
 - Autre (n=1/10) : « intervention sur un cycle d'atelier »
- Intervention en binôme avec un professionnel de soins et d'accompagnement (n=10/10), infirmier essentiellement (réponse libre, n=7)

01/02/2023

33

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 10 avec pair aidant)



PLACE DU PAIR AIDANT DANS LES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE

- Contribution au projet de soins et d'établissement (n=6/10)
- Implication dans les réunions cliniques (n=6/10)
- Impliqué dans les réunions institutionnelles (n=7/10)
- Accès à des informations cliniques (n=6/10)

Pouvez-vous graduer, selon votre perception, si le(s) pair(s) aidant(s) est (sont) plutôt considéré(s) comme intervenant(s) extérieur(s) à l'équipe de soins et d'accompagnement ou comme membre(s) à part entière de l'équipe ?



1 = intervenant extérieur
10 = membre à part entière de l'équipe

1 non réponse

- Pairs aidants avec statuts salarié / indépendant se trouvent dans les cotations élevées (7-8-10)
- Autant de pairs aidants bénévoles dans les cotations plus faibles (3-4) que dans les cotations plus élevées (7-8-10)

01/02/2023

34

Attention : simple observation, pas la puissance statistique requise pour établir de véritables corrélations

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 10 avec pair aidant)



DEVENIR

Dans la plupart des cas, les activités des pairs aidants relèvent d'une expérimentation (n=8/10)

La pérennité de ces activités semble incertaine :

- Non pérennes (n=4/10)
- Pérennes (n=3/10)
- Ne sait pas (n=3/10)

01/02/2023

35

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 10 avec pair aidant)



Synthèse structures faisant intervenir des pairs aidants

- 10 des 29 répondants déclarent faire intervenir au moins 1 pair aidant actuellement dans leur structure
- Collaborations récentes et à caractère expérimental
- Diversité des statuts, formation/certification (acquise ou en cours) pour certains, des pratiques encadrées
- Une place importante pour le pair aidant au sein de la structure, parfois considéré comme membre à part entière de l'équipe
- Le devenir interrogé
- Certaines structures n'ayant pas de pairs aidants actuellement se disent intéressées pour développer ces pratiques (n=6/14)
- Un nombre important de structures répondant expriment des attentes (n=17/29 cf suite présentation) ³⁶

01/02/2023

Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 10 avec pair aidant)



Limite du questionnaire

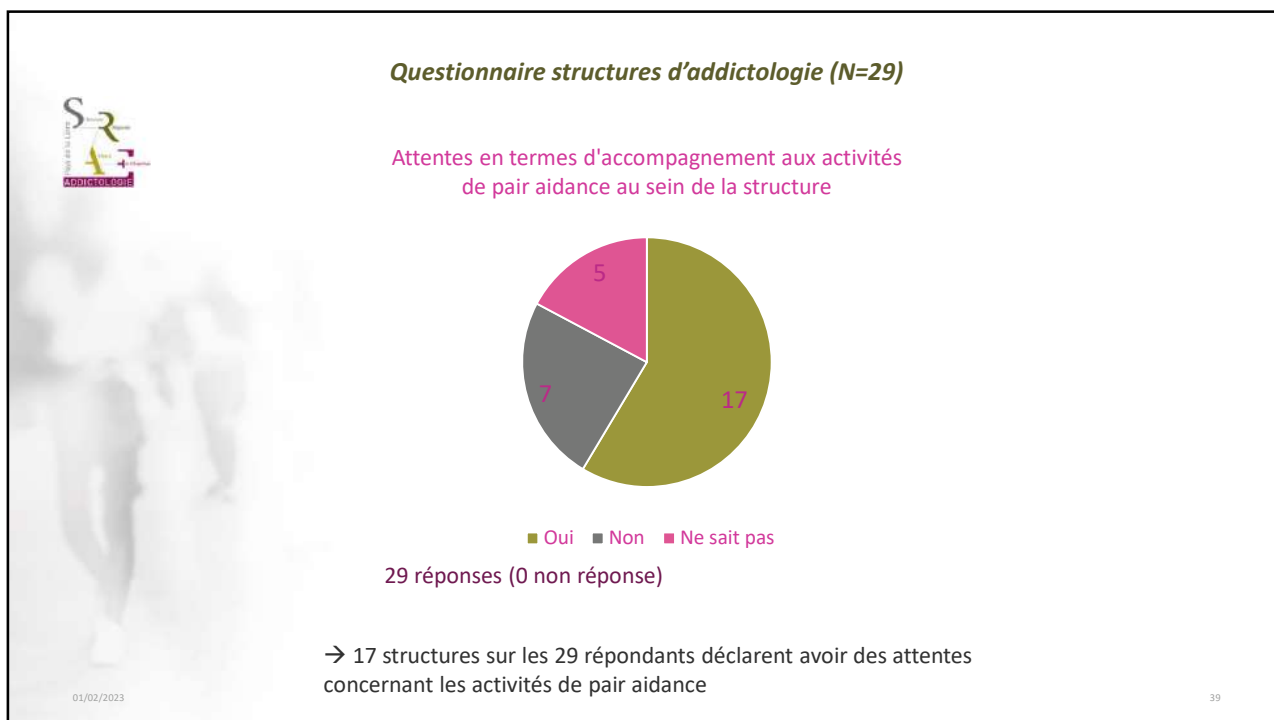
- Il y a possiblement d'autres pairs aidants dans les structures dans la région, non identifiés via le questionnaire :
 - Structures non répondants
- Pas de visibilité sur des pratiques moins formalisées et/ou selon d'autres modalités que celles questionnées :
 - Contexte favorisant l'émergence de pair aidance (ex : CTR, des résidents « anciens » parrainant des « nouveaux »)
 - Activités ponctuelles (ex : CAARUD intervention en milieu festif avec des médiateurs pairs)
 - ...
- Pas d'investigation de la pair aidance hors des structures d'addictologie et des associations d'entraide :
 - Auto-support en ligne
 - Pratiques libérales
 - Interventions en entreprise (santé au travail)
 - ...

01/02/2023

37



ATTENTE DES STRUCTURES D'ADDICTOLOGIE



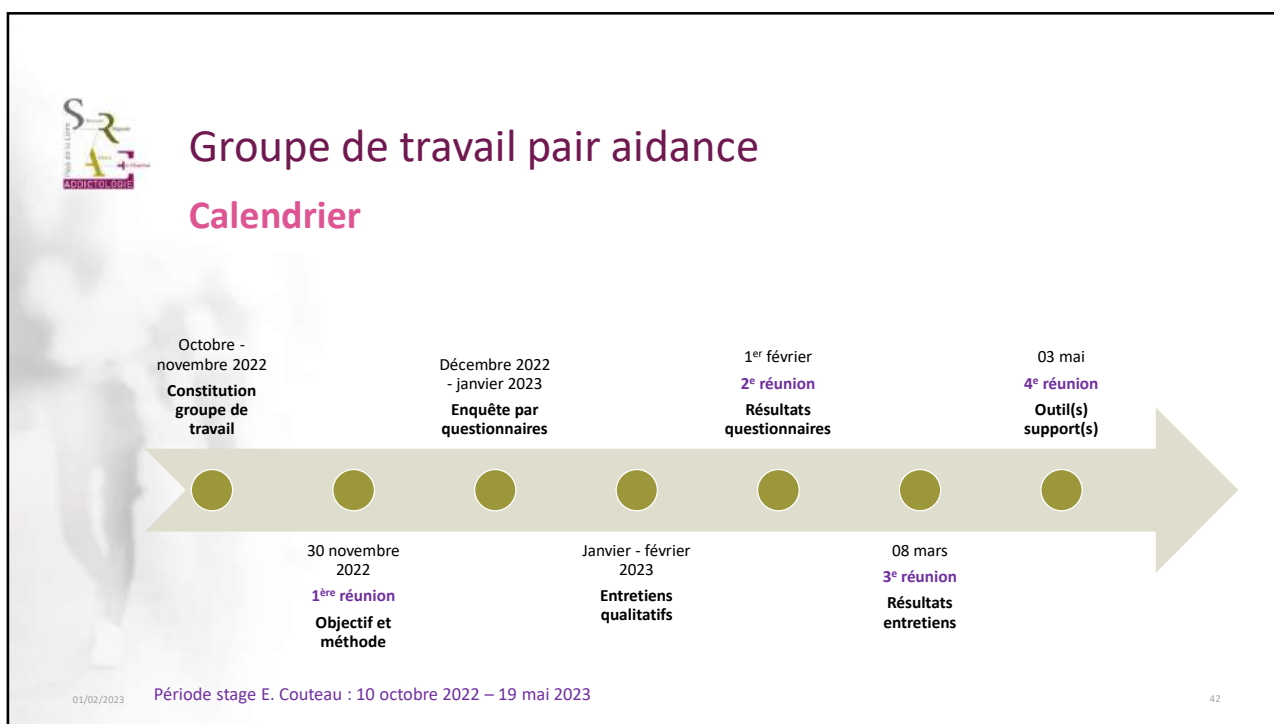
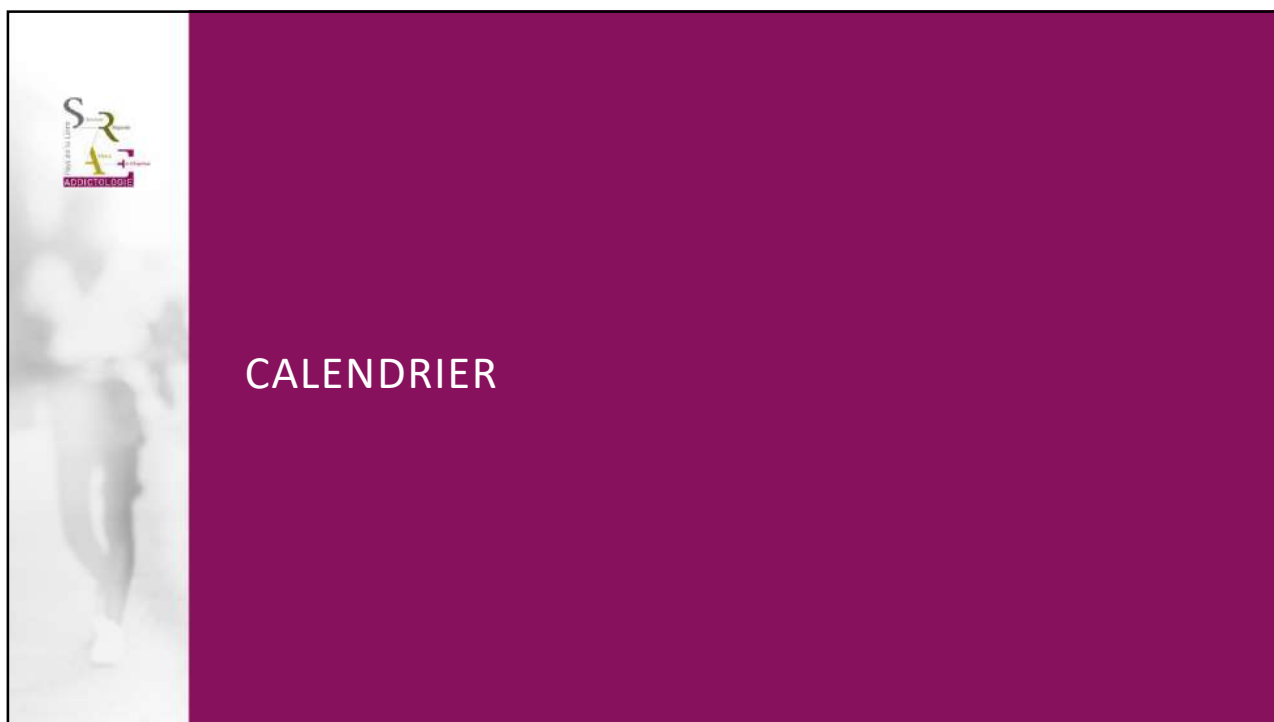
Questionnaire structures d'addictologie (N=29 dont 17 avec des attentes)

De quelle(s) attente(s) ou besoin(s) s'agit-il ?

Modalité	Occurrence
Disposer d'outils supports facilitant l'intégration et/ou le travail avec un pair aidant (ex : fiche mission)	11
Participer à des temps d'échange de pratiques avec d'autres structures (ou services) qui intègrent un (des) pair(s) aidant(s)	11
Clarifier des notions théoriques (pair aidance, rétablissement, savoirs expérientiels...)	9
Bénéficier d'un accompagnement pour la recherche de financement	9
Bénéficier d'un accompagnement méthodologie (démarche projet)	8
Préciser comment « recruter » un pair aidant (à qui s'adresser, critères à définir...)	5
Proposer un accompagnement individuel au(x) pair(s) aidant(s)	5
Autre(s)	2

17 réponses (choix multiple, 0 non réponse)

01/02/2023 40




Merci de votre attention



SRAE ADDICTOLOGIE DES PAYS DE LA LOIRE
2 rue de la Loire – 44200 Nantes

Des informations complémentaires ainsi qu'un annuaire des professionnels en addictologie
sont disponibles sur le site :

 srae-addicto-pdl.fr

GUIDE D'ENTRETIEN
Structures/services d'addictologie
Avec pair(s) aidant(s) actuel(s)

Contexte

Date :

Nom de la structure :

Interlocuteur(s) :

Environnement/lieu de rencontre :

Cadre de l'entretien

- Présentation

Ewen Couteau, étudiant M2 EHESP, stage SRAE Addictologie.

- Objectif de l'entretien

La SRAE Addictologie réalise actuellement un travail visant à faciliter le développement de la pair aide en Pays de la Loire. La finalité de ce travail est notamment la production d'outils supports (guide, échéance mai 2023).

La première étape de ce travail consistait à recenser et qualifier les modalités de pair aide en région grâce à une enquête par questionnaires.

En complémentarité, l'objectif de ces entretiens est de **qualifier les pratiques/modalités de pair aide** en addictologie en région et d'**identifier les leviers et freins à l'intégration de pairs aidants** en structures d'addictologie.

- Aspects pratiques

Durée minimum entretien 1h. Possibilité enregistrer ? (pour fluidité échange et faciliter le travail d'analyse)

J'ai pensé aborder ... avec vous, mais peut-être avez-vous d'autres expérience en lien avec la pair aide dont nous pourrions également parler.

Introduction

- Présentation interviewé et structure

Pouvez-vous présenter en quelques mots votre structure/service ? Quel est le public accompagné/pris en soins ? A quelle étape du parcours de soins et d'accompagnement vous situez-vous ?

Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? Rôle, principales missions / activités au sein de votre structure/service ?

Votre rôle/vos activités vis-à-vis de la pair aideance ?

Êtes-vous investi dans une (plusieurs) association(s) (d'entraide) en lien avec la pair aideance ? Laquelle (lesquelles) ?

- Question introductive

Sans rentrer dans le détail, actuellement, quelle(s) forme(s) de pair aideance existe-il au sein de votre structure/service ?

- Pairs aidants à titre individuel ? Quelle appellation ? (ex : patient expert, médiateur de santé pair)
- Associations d'entraide ?
- Groupe d'entraide mutuelle ? (GEM)
- Autre(s) forme(s) de pair aideance, possiblement moins formalisée ? (ex : conditions favorisant l'entraide entre usagers)

➔ Focus de cet entretien : intégration de pairs aidants individuels en structure (et éventuellement comparaison avec autres formes de pair aideance)

I – Modalités actuelles pair(s) aidant(s) individuel(s)

- Origine

Pouvez-vous me raconter comment ça s'est mis en place, le contexte d'émergence ? Depuis quand ? A l'initiative de qui ? Quel intérêt recherché ? Pourquoi ce projet ?

Expérimentation ? Pérennité ?

Comment avez-vous « recruté » ? Des critères ?

- Activités actuelles

Pouvez-vous décrire ce qui se fait actuellement dans votre structure/service ? Quelles activités/missions du pair aidant ? (accompagnement des usagers ? Autres : formation, recherche...) Fréquence ?

Selon quelles modalités ? (binôme avec professionnel, pour tous/certains les usagers, accès à des infos cliniques, participation aux réunions cliniques, participation à des réunions institutionnelles...)

- Appellation (intitulé poste et au quotidien)

Quel est l'intitulé du poste ?

Quelle appellation est utilisée au quotidien ? Comment/par qui cette appellation a-t-elle été définie ?

- Cadre/outils

Quel cadre est posé ? Qu'est-ce qui encadre/régit les activités de pair aidance ?

Des outils pour encadrer/accompagner les pratiques ? (charte) Un outil individuel ou universel (si plusieurs pairs aidants) ? Comment et pourquoi l'avoir élaboré ? Quel intérêt ? Quelles limites ?

- Statut

Quel statut ? (salarié, bénévole, indépendant...) Comment/par qui ce statut a-t-il été défini ?

- Financement

Si financements, lesquels ? Quel circuit ? Quelle pérennité ?

- Formation

A-t-il une formation ? Laquelle ? Intérêt et limites ? Est-ce un prérequis obligatoire ?

II – Retour d'expérience

- Positionnement du pair aidant auprès des usagers

Quel positionnement ?

Obligatoire ou facultatif pour les usagers ?

Quel vécu pour le pair aidant ?

Quel retour des usagers ?

Des difficultés ? Des tensions ? Pour qui ?

- Place du pair aidant dans l'équipe

Plutôt intervenant extérieur ou membre à part entière ? Une évolution constatée avec le temps ?

Quel rapport entre pair aidant et autres membres de l'équipe ? (collaboration, encadrement/supervision...)

Des difficultés ? Des tensions ? Pour qui ?

Avez-vous remarqué des changements depuis, du côté des professionnels de soins et d'accompagnement ? (des réticences au début ?)

Quel vécu pour l'équipe ?

Quel retour du pair aidant ?

Pensez-vous que ses compétences sont reconnues ?

- Perceptions et retours concernant les activités du pair aidant

Pour vous, quelle(s) plus-value(s) à l'intégration de pair(s) aidant(s) dans votre structure/service ? Pour qui ? (usagers, équipe, pair aidant...)

Quels sont les retours des autres membres de l'équipe ? (apports du pair aidant, modifications dans le fonctionnement...)

Quels sont les retours des usagers/patients ? (apports du pair aidant...)

Quels sont les retours du pair aidant lui-même ? (concernant ces deux aspects : équipe et usagers)

- Dimension/questionnements éthiques

Est-ce qu'il y a des points/aspects sur lesquels vous pensez qu'il faut être vigilant ? Et qui peuvent poser question ? Exemple ?

Des questionnements soulevés ? (accès aux données, suivi dans la structure, fragilité supposée du pair aidant...) A quel moment ? (avant, pendant, depuis...)

Des réponses apportées ?

- Préparation en amont

L'équipe s'est-elle préparée à intégrer un pair aidant ? De quelle façon ? (représentations...)

Au-delà de l'équipe, réflexion au sein de la structure/institution ? Quel cadre structurel ?

Des conseils à suggérer pour une équipe/structure qui souhaite développer un projet ?

- Accompagnement au quotidien/supervision

Un accompagnement proposé au pair aidant ? De quelle façon ? (mentorat, formation...)

Des espaces d'échanges de pratiques ? Pour qui ? (soignants, pair aidant, les deux...) Au sein de votre structure uniquement ou aussi en dehors ? Quel intérêt y trouvez-vous ?

De la supervision ?

Et dans le cas où le pair aidant va moins bien (plan addicto ou santé mentale), ce cas a-t-il été envisagé ? Ce cas s'est-il produit ? Comment avez-vous fait ?

III – Perspectives et attentes

- Perspectives

Quel devenir est-il prévu au sein de votre structure/service ?

Expérimentation et incertitude, ou intégration établie et pérenne ?

- Attentes/besoins

Avez-vous des attentes ou des besoins en termes d'appui ou d'accompagnement à ces pratiques de pair aideance ? (recrutement, financement, accompagnement, échange de pratiques...)

Des questions pour lesquelles vous auriez besoin d'une réponse ?

Conclusion

- Définition/vision de la pair aideance

Quelle serait votre définition/vision de la pair aideance ? Que mettez-vous derrière cette notion ?

- Synthèse de votre retour d'expérience

A travers votre expérience d'intégration d'un pair aidant, quels seraient les points positifs et les axes d'amélioration que vous identifiez dans votre cas de figure ?

Et d'une manière plus générale (intégration de pair aidant en structure, pas nécessaire la vôtre), selon vous, quelles peuvent-être les difficultés/freins rencontrés ? Et quels peuvent être les ressources/leviers ?

- Autre aspect

Souhaitez-vous ajouter quelque chose, revenir sur un élément ?

- Contact

Un contact à partager ?

GUIDE D'ENTRETIEN

Association d'entraide

Contexte

Date :

Nom de l'association :

Interlocuteur(s) :

Environnement/lieu de rencontre :

Cadre de l'entretien

- Présentation

Ewen Couteau, étudiant M2 EHESP, stage SRAE Addictologie.

- Objectif de l'entretien

La SRAE Addictologie réalise actuellement un travail visant à faciliter le développement de la pair aide en Pays de la Loire. La finalité de ce travail est notamment la production d'outils supports (guide, échéance mai 2023).

La première étape de ce travail consistait à recenser et qualifier les modalités de pair aide en région grâce à une enquête par questionnaires.

En complémentarité, l'objectif de ces entretiens est de **qualifier les pratiques/modalités de pair aide** en addictologie en région ainsi que les **éventuels besoins/attentes sur le sujet**.

- Aspects pratiques

Durée minimum entretien 1h. Possibilité enregistrer ? (pour fluidité échange et faciliter le travail d'analyse)

J'ai pensé aborder ... avec vous, mais peut-être avez-vous d'autres expérience en lien avec la pair aide dont nous pourrions également parler.

Introduction

- Présentation association

Pouvez-vous présenter en quelques mots votre association ? Depuis quand existe-elle ?

Public accompagné ?

Territoire d'intervention ?

- Présentation interviewé

Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? Rôle, principales missions / activités au sein de votre association ?

Votre rôle/vos activités vis-à-vis de la pair aideance ?

Êtes-vous investi dans d'autres associations d'entraide en lien avec la pair aideance ? Laquelle (lesquelles) ?

I – Modalités actuelles pair aide association

→ Lien avec questionnaire

- Activités propres à l'association

Pouvez-vous décrire ce qui se fait actuellement dans votre association ? Quelles activités en lien avec la pair aide ? Fréquence ? Selon quelles modalités ?

Comment s'organise la pair aide au sein de votre association ? Quelle(s) forme(s) cela prend-t-il ?

Quel cadre est posé ? Qu'est-ce qui encadre/régit les activités de pair aide ?

- Activités en structure(s) de soins et d'accompagnement

Votre association intervient-elle dans une structure/service d'addictologie ? (service hospitalier, CSAPA, CAARUD...)

Depuis quand ?

Combien ? Laquelle/lesquelles ?

A l'initiative de qui ?

Quelles activités ? Selon quelle modalité ? (avec professionnels ou non...)

Quel cadre est posé ? Qu'est-ce qui encadre/régit les activités de pair aide ?

- Place dans les parcours

Quelle articulation de votre association avec les parcours de soins et d'accompagnement des usagers ? Avec les structures d'addictologie existantes ?

II – Retour d'expérience

- Positionnement auprès des usagers (activités propres et en structures)

Quel positionnement ?

Obligatoire ou facultatif pour les usagers ?

Quel vécu pour les membres de l'association ?

Quel retour des usagers ?

Des difficultés ? Des tensions ? Pour qui ?

- Relation avec les professionnels de la structure de soins et d'accompagnement (si concerné)

Plutôt intervenant extérieur ou membre à part entière ? Une évolution constatée avec le temps ?

Quel rapport entre membres de l'association et membres de l'équipe ?

Des difficultés ? Des tensions ? Pour qui ?

Avez-vous remarqué des changements depuis, du côté des professionnels de soins et d'accompagnement ? (des réticences au début ?)

Quel vécu pour l'équipe ?

Quel retour des membres de l'association ?

- Perceptions et retours concernant les activités de l'association

Pour vous, quelle(s) plus-value(s) à l'intervention de votre association dans une structure/service ?

Pour qui ? (usagers, professionnels...)

Quels sont les retours de l'équipe ?

Quels sont les retours des usagers/patients ?

Quels sont les retours des membres de votre association ? (concernant ces deux aspects : équipe et usagers)

- Dimension/questionnements éthiques

Est-ce qu'il y a des points/aspects sur lesquels vous pensez qu'il faut être vigilant ? Et qui peuvent poser question ? Exemple ?

Des questionnements soulevés ? Des réponses apportées ?

III – Perspectives et attentes

- Perspectives

Des évolutions envisagées pour votre association ?

Quel devenir concernant l'intervention dans les structures/services ?

- Attentes/besoins

Avez-vous des attentes ou des besoins en termes d'appui ou d'accompagnement à ces pratiques de pair aideance ? Sur quels aspects ?

Concernant les activités propres à votre association ? Concernant les interventions en structures ?

Des questions pour lesquelles vous auriez besoin d'une réponse ?

- Lien avec l'essor de la professionnalisation

Aujourd'hui constat d'un développement de la pair aideance professionnelle, qu'en pensez-vous ?

Perception de concurrence/complémentarité ?

Conclusion

- Définition/vision de la pair aideance


Quelle serait votre définition/vision de la pair aideance ? Que mettez-vous derrière cette notion ?

- Autre aspect

Souhaitez-vous ajouter quelque chose, revenir sur un élément ?

- Contact

Un contact à partager ?

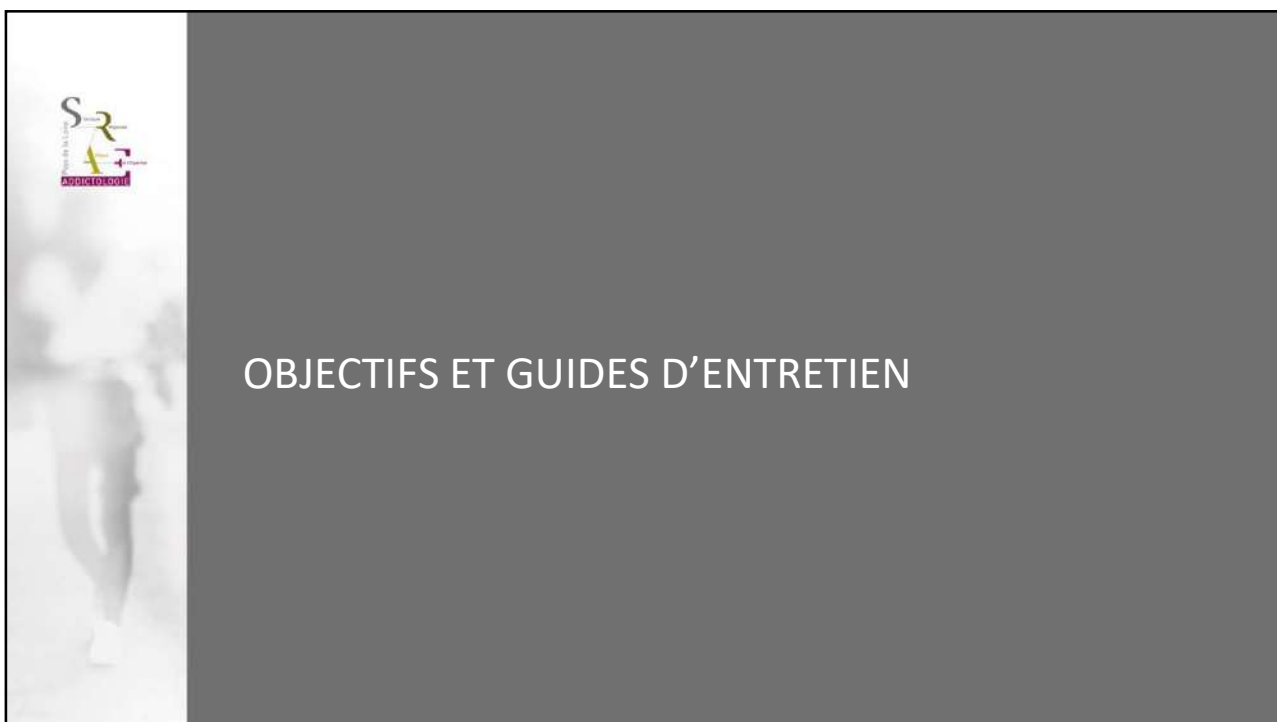
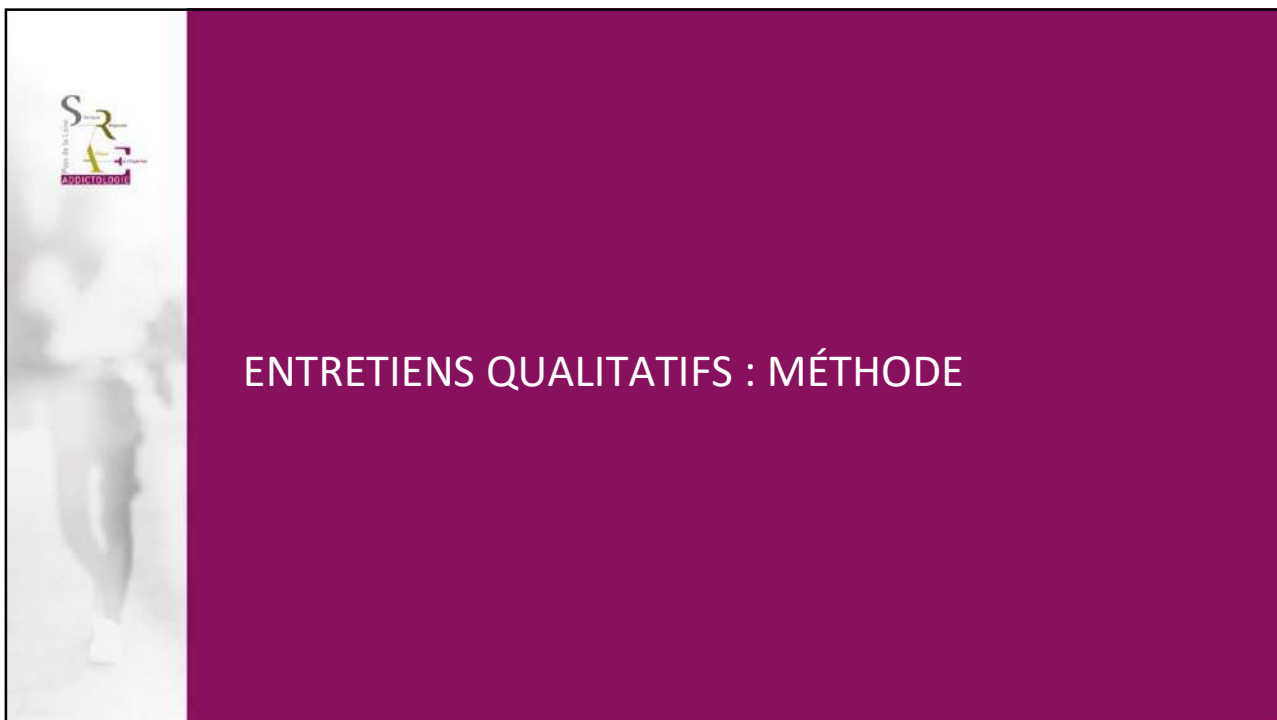



Groupe de travail pair aideance

Ordre du jour

1. Entretiens qualitatifs
 - Méthode
 - Objectifs et guides d'entretien
 - Entretiens réalisés
 - Synthèse des résultats et discussion
 - 3 constats principaux
 - Limites des entretiens
2. Calendrier

08/03/2023 2





Groupe de travail pair aideance

Rappel objectifs

- Questionnaires d'enquête (cf réunion 01/02/23) :
 - Recenser les structures d'addictologie de la région avec une pratique de pair aideance
 - Qualifier ces pratiques (angle quantitatif, peu de caractéristiques spécifiques à chaque contexte)
- Entretiens qualitatifs :
 - Qualifier les pratiques de pair aideance de façon plus fine (en tenant compte de chaque contexte)
 - Identifier les leviers et freins à l'intégration de pairs aidants en structures d'addictologie
 - Caractériser les attentes/besoins (en tenant compte des contextes)

→ Complémentarité

08/03/2023

5



Groupe de travail pair aideance

Guide entretien pairs aidants en structure d'addictologie

0) Introduction : personne interrogée et structure concernée		
1) Modalités actuelles pair aideance	2) Retour d'expérience	3) Perspectives et attentes
Origine	Positionnement vis-à-vis des usagers	Perspectives
Activités	Place dans l'équipe de professionnels	Attentes/besoins
Appellation(s)	Perceptions et retours concernant les activités	
Cadre/outil formalisé	Dimension éthique/questionnements	
Statut	Préparation en amont de l'intégration	
Financement	Accompagnement au quotidien/supervision	
Formation		
4) Conclusion : vision de la pair aideance		

08/03/2023

6



Groupe de travail pair aideance

Guide entretien associations d'entraide


0) Introduction : personne interrogée et association		
1) Modalités actuelles pair aideance	2) Retour d'expérience	3) Perspectives et attentes
Activités propres à l'association	Positionnement vis-à-vis des usagers	Perspectives
Activités en structure de soins et d'accompagnement (si concerné)	Positionnement vis-à-vis des usagers en structures (si concerné)	Attentes/besoins
Place de l'association dans les parcours	Relation avec les professionnels de la structure (si concerné)	Positionnement quant à l'émergence de « pairs aidants individuels »
Cadre/outil formalisé	Perceptions et retours concernant les activités de l'associations en structure (si concerné)	
Formation	Dimension éthique/questionnements	
4) Conclusion : vision de la pair aideance		

08/03/2023

7



ENTRETIENS RÉALISÉS



Groupe de travail pair aideance

Entretiens réalisés

**Entretiens réalisés
Concernant des pairs aidants « à titre individuel »**

Structures d'addictologie intégrant un pair aidant	12
Structures de coordination (santé mentale) intégrant un pair aidant	2
Certification Patients-Experts Addictions (membres de jury)	2
Politiques publiques (perspectives 2023)	1
Total	17

**Entretien réalisé
Concernant une autre modalité de pair aideance**

Structure d'addictologie	1 (CTR)
Total	1

**Entretiens réalisés
Concernant des associations d'entraide**


Associations d'entraide*	4 (+ 2 planifiés)
	Dont 2 intervenant en structure (+ 2 planifiés)
Structures d'addictologie collaborant avec des associations d'entraide	1 (SSR)
Total	5

*14 associations contactées car favorables (selon réponse questionnaire), soit 8 non réponses

08/03/2023

TOTAL GÉNÉRAL : 23 configurations investiguées (réparties sur 20 entretiens différents)

9



Détail 12 entretiens structures d'addictologie avec pair aidant

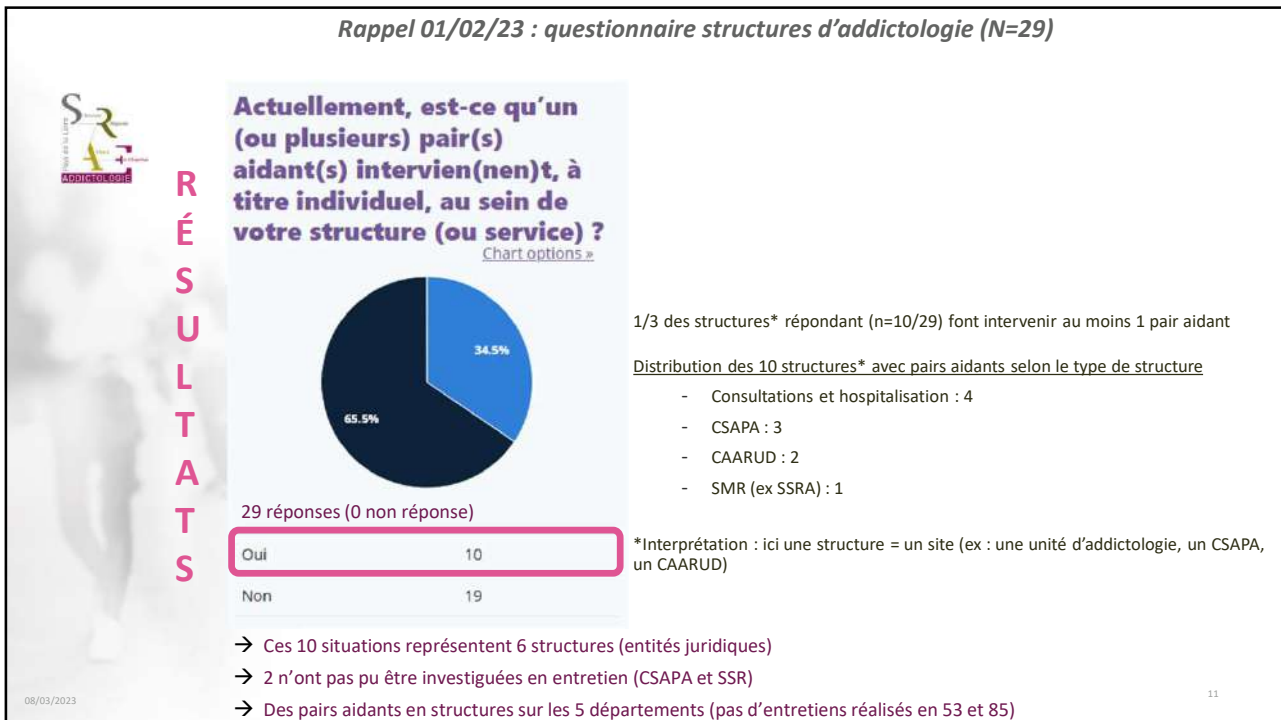
Structures sanitaires	Service	Personne interrogée
ES* n°1 44	Unité A	Médecin addictologue
	Unité A et unité B	Pair aidant
	Unité C	Pair aidant
	Unité D	Médecin addictologue
ES n°2 et ES n°3 44	Unité E (ES n°2) et unité F (ES n°3)	Médecin addictologue
	Unité E (ES n°2) et unité F (ES n°3)	Pair aidant
ES n°4 49	Unité G	Pair aidant (aussi sur CSAPA/CAARUD 49)
Structures médico-sociales	Personne interrogée	
CSAPA/CAARUD 49	Psychologue	
	Pair aidant (aussi sur ES n°4 49)	
	Intervenante sociale et infirmière	
CSAPA/CAARUD 72	Directrice et chef service	
CSAPA/CAARUD 44 et CSAPA/CAARUD 44	Directrice	
Structure sociale (pas spécifique addicto)	Personne interrogée	
Un Chez Soi D'abord 44	Pair aidant	

*ES : Etablissement de santé

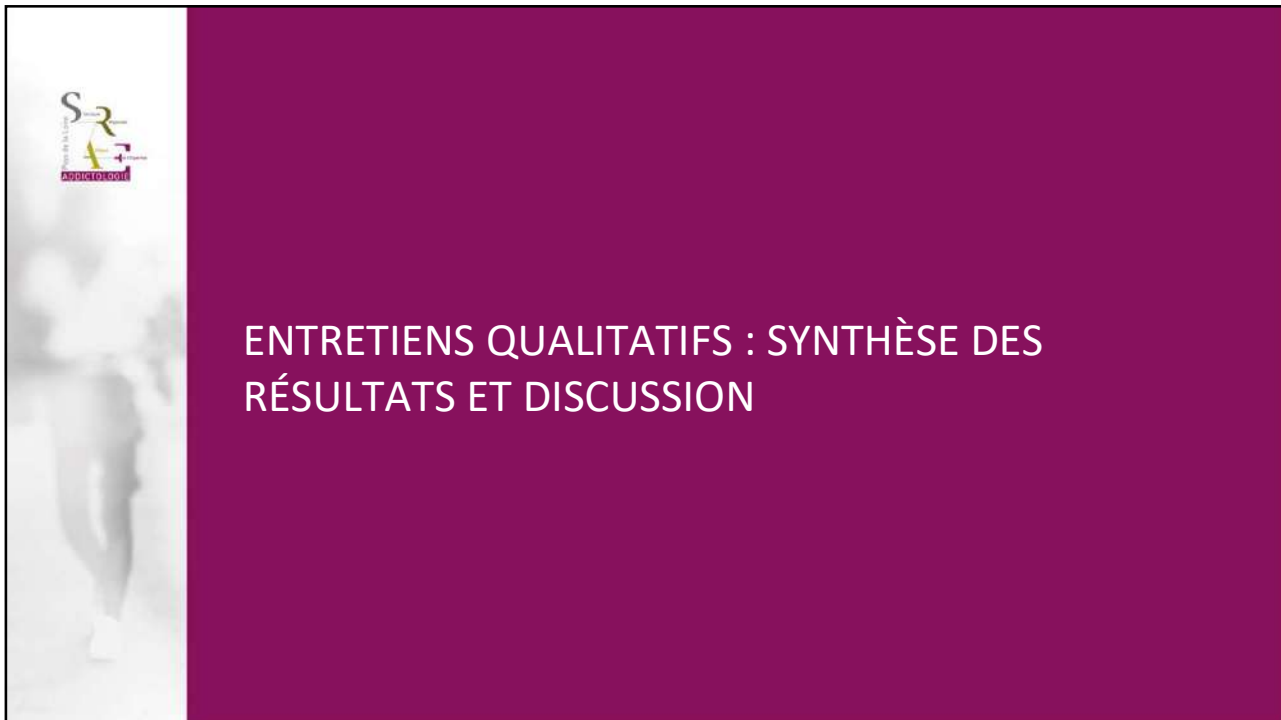
08/03/2023

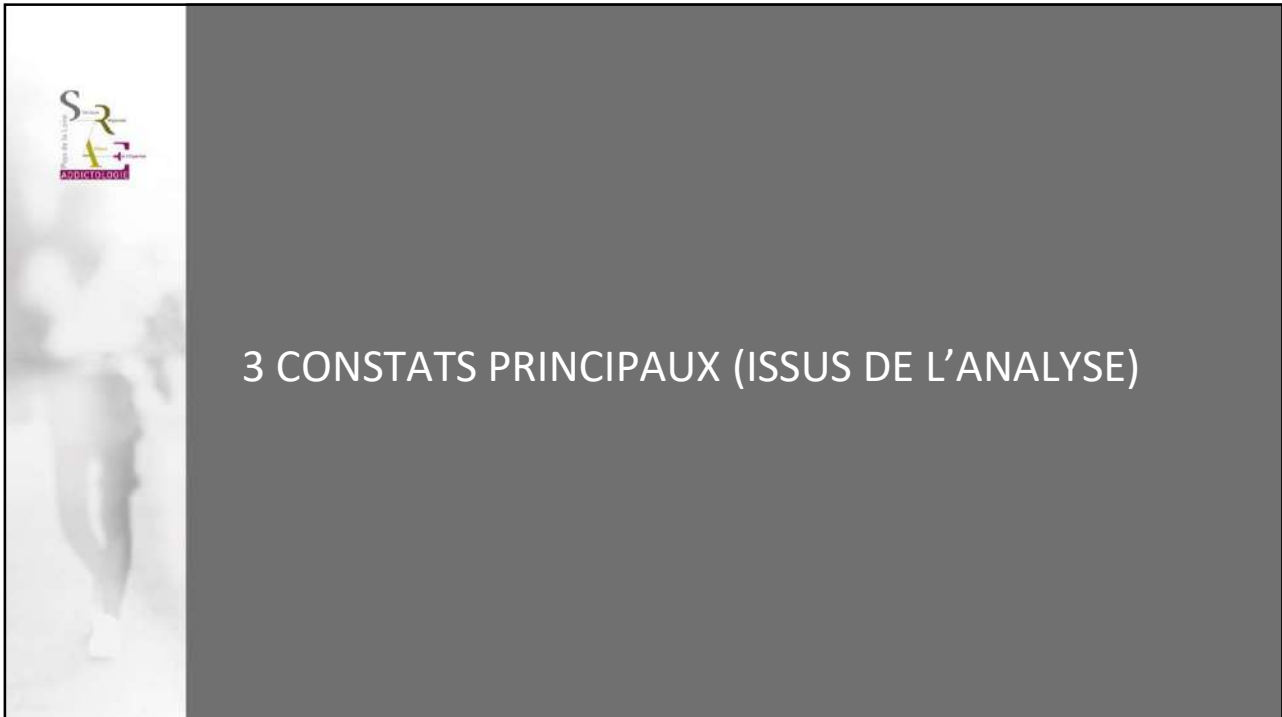
12 entretiens réalisés, concernant 7 structures d'addictologie (échantillon varié, des « binômes » pair aidant - professionnel)
Méthode : analyse des entretiens 1 à 1 et analyse transversale des 12 entretiens structures addicto

10



11





 A presentation slide with a white background. On the left side, there is a vertical white bar containing a logo with the letters 'S', 'R', and 'A' in a stylized font, and the text 'APRILIO 2001' below it. The main title 'Groupe de travail pair aideance' is in purple, and the subtitle 'Constat 1 : Diversité de pratiques' is in pink. The content consists of a bulleted list. At the bottom left, the date '08/03/2023' is visible, and at the bottom right, the number '14' is visible.

Groupe de travail pair aideance

Constat 1 : Diversité de pratiques

- Entretiens d'une grande richesse :
 - Apports des retours d'expérience
 - Diversité des pratiques
 - Activités concrètes, relation au secret professionnel, place ou non en réunion clinique...
 - Statuts, financement, formation... (cf questionnaire)
 - Certains pairs aidants sur plusieurs structures et certaines structures avec plusieurs pairs aidants
- Une diversité de pratiques qui s'explique par :
 - Singularité des contextes des structures (public accompagné/soigné, dynamique institutionnelle...)
 - Singularité des personnes qui s'investissent (pair aidant, membres de l'équipe de soins et d'accompagnement, cadre, médecin chef de service, direction...)
 - Singularité des projets (à la rencontre entre le contexte et les personnes)

08/03/2023 14



Groupe de travail pair aideance

Constat 2 : Volonté de mobiliser les savoirs expérientiels

- Consensus parmi les personnes interrogées :
 - Les « savoirs expérientiels » (ou « le vécu », « l'expérience » des addictions, des soins, du rétablissement) présentent une plus-value dans le contexte de soins et d'accompagnement en addictologie
 - « *J'incarne un possible rétablissement* » (pair aidant), « *regain de motivation* » (médecin) pour les professionnels
 - « *Richesse* » (intervenante sociale), « *autre regard* » (pair aidant), « *ils ont une expertise que nous on n'a pas* » (infirmière), « *cette notion de bilinguisme, comment je traduis aux soignés ce que disent soignants et vice versa* » (pair aidant)
 - Une « *complémentarité* » (directrice, pair aidant) qui permet une « *prise en charge vraiment complète* » (psychologue)
 - ... (non exhaustif)
- La volonté de reconnaître et mobiliser ces savoirs expérientiels se traduit par la mise en place de projets récents
 - « *Au moment où on monte le projet...* » (pair aidant), « *C'est intéressant, ce sont de beaux projets* » (infirmière)
 - Ces « projets » pouvant désigner l'intégration de pairs aidants dans des équipes et structures d'addictologie et/ou la conception et mise en œuvre de nouvelles activités en structure (ces activités impliquant des pairs aidants). 15

08/03/2023



Groupe de travail pair aideance

Constat 3 : Attente de repères (1/4)

- Une évolution des pratiques
 - « *C'est quelque chose qui est assez nouveau, qui vient interroger beaucoup de pratiques* » (médecin)
 - « *Les pairs aidants, en tout cas le patient expert, ce n'est pas nouveau dans d'autres disciplines, dans le sens de la santé mentale de l'addicto c'est beaucoup plus récent* » (médecin)
- Suscitant parfois des réticences voire de la méfiance chez les professionnels
 - « *résistance* », « *réticences* » (médecin)
 - Peut se traduire par une « *accumulation de difficultés potentielles* » (directrice), en lien notamment avec une crainte de « *dépossession* » (directrice), c'est-à-dire « *craintes que vous preniez [leur] poste* » (pair aidant)
 - « *On est quand même un objet non identifié. On ne sait pas ce que sait, tout le monde se pose des questions* » (pair aidant)
- Intérêt de promouvoir une acculturation en addictologie
 - « *Tout le monde n'est pas orienté rétablissement - pair aideance* » (pair aidant en santé mentale)
 - Avoir « *une sorte de référentiel [...] pour travailler avec un ou une paire aidante dans un établissement de santé* », et qui soit « *adapté à notre discipline* » (médecin) 15

08/03/2023



Groupe de travail pair aideance

Constat 3 : Attente de repères (2/4)

- De nombreux questionnements (surtout exprimés du côté des structures)
 - En amont et au début du projet : questions d'ordre général (parfois empreintes de réticences)
 - « *Il est pas malade, il est pas malade ? Quel est son boulot ? Est-ce qu'il cause comme nous ? Est-ce qu'il a le droit de partager le secret médical ?* » (médecin)
 - « *Quelle différence y a-t-il avec eux ? Qu'est ce qui va faire de plus ou de moins ? Quelle place va-t-il prendre ?* » (directrice)
 - « *Est-ce que c'était un trait d'union entre les patients et nous ? Est-ce que c'était vraiment quelqu'un du côté de l'équipe ?* » (médecin)
 - Quand le projet se structure : questions d'ordre plus pratico-pratiques
 - « *Est ce qu'on lui met une blouse ? Est-ce qu'il a un badge ? Est-ce qu'il a un compte professionnel pour avoir la messagerie [de l'institution] ?* » (médecin)
 - « *Tu tutoies, tu vouvoies ? Tu fais comment ?* » (pair aidant)
- Aussi des questionnements chez les pairs aidants
 - A propos des formations et certifications : « *il y a beaucoup de choses, alors comment faire le tri quand on est un peu ignorant de la matière ?* » (pair aidant)

08/03/2023

17



Groupe de travail pair aideance

Constat 3 : Attente de repères (3/4)

- Aussi des attentes dans les cas où les pratiques sont particulièrement formalisées
 - Besoin d'un socle commun se lequel se baser
 - « *Ce qu'on aurait besoin, c'est d'avoir une espèce de ligne de conduite sur les choses à faire et à ne pas faire. [...] Autant avec [nom du pair aidant] ça se passe bien, si jamais on accueille un autre [pair aidant] admettons, savoir un peu comment faire parce qu'on a notre expérience, mais notre expérience en fonction de quelqu'un. Ce qui est valable pour lui, n'est pas forcément extrapolable pour d'autres* » (médecin travaillant avec un pair aidant dont le rôle est contractualisé)
 - Volonté d'avoir de la visibilité sur d'autres manières de faire
 - « *La question des pairs aidants qui participent aux temps cliniques ou aux réunions, moi c'est quelque chose qui m'intéresse* » (psychologue travaillant avec un pair aidant dont le rôle est contractualisé)

08/03/2023

18



Groupe de travail pair aideance

Constat 3 : Attente de repères (4/4)

- Des repères nécessaires pour garantir des conditions favorables
 - Des structures parfois sollicitées
 - « J'ai eu une candidature d'une patiente experte » (directrice)
 - Importance de penser les pratiques (en amont et au quotidien)
 - « Il y a quand même des précautions à prendre [...] Comment est-ce qu'on accompagne ? » (directrice), « il faut penser les choses en amont » (intervenante sociale)
 - « Lui il a vraiment un nouveau métier que personne n'a et que personne ne maîtrise dans l'équipe. Donc il n'y a pas le côté compagnonnage comme il peut y avoir avec d'autres stagiaires » (médecin)
 - Des points de vigilance à mentionner : illustration à partir d'un exemple isolé
 - « Il s'est remis à consommer. Pour nous l'échec pur et dur de cette idée que la pair aideance ne peut être qu'un cercle vertueux. Là on est sur un contre-exemple, mais alors majeur. Alors qu'est-ce qu'on a loupé ? [...] On fait surtout pas ça pour en arriver là, y a rien de pire pour nous en fait. Notre job c'est l'inverse quoi. Là on a le sentiment de les remettre dedans en fait » (professionnel témoignant d'un vécu négatif)
 - Dans l'idée d'un échange bienveillant et constructif, ce professionnel a donné son accord pour en parler « ce que j'attends [...] c'est ce genre d'échange qui sont crus de vérité, et parfois difficile à aborder quand même, mais qui feront avancer [...] parce que sinon, si on ne se dit pas vraiment, on y va avec les craintes »

08/03/2023

19



Groupe de travail pair aideance

En résumé

- Diversité de pratiques en raison de singularités (contextes, personnes, projets)
- Volonté de mobiliser les savoirs expérientiels car complémentaires
- Attente de repères pour aider à penser les conditions d'exercice de la pair aideance
- Enjeux
 - Questionnements multiples (des équipes et des pairs aidants)
 - Acculturation des équipes et des pairs aidants
 - Repères sur les conditions favorables / sans normalisation excessive
 - Reconnaissance et valorisation des pratiques
- Pour y répondre : formalisation d'un socle
 - Pour accompagner et soutenir le développement
 - A adapter aux singularités

08/03/2023

20



Groupe de travail pair aideance

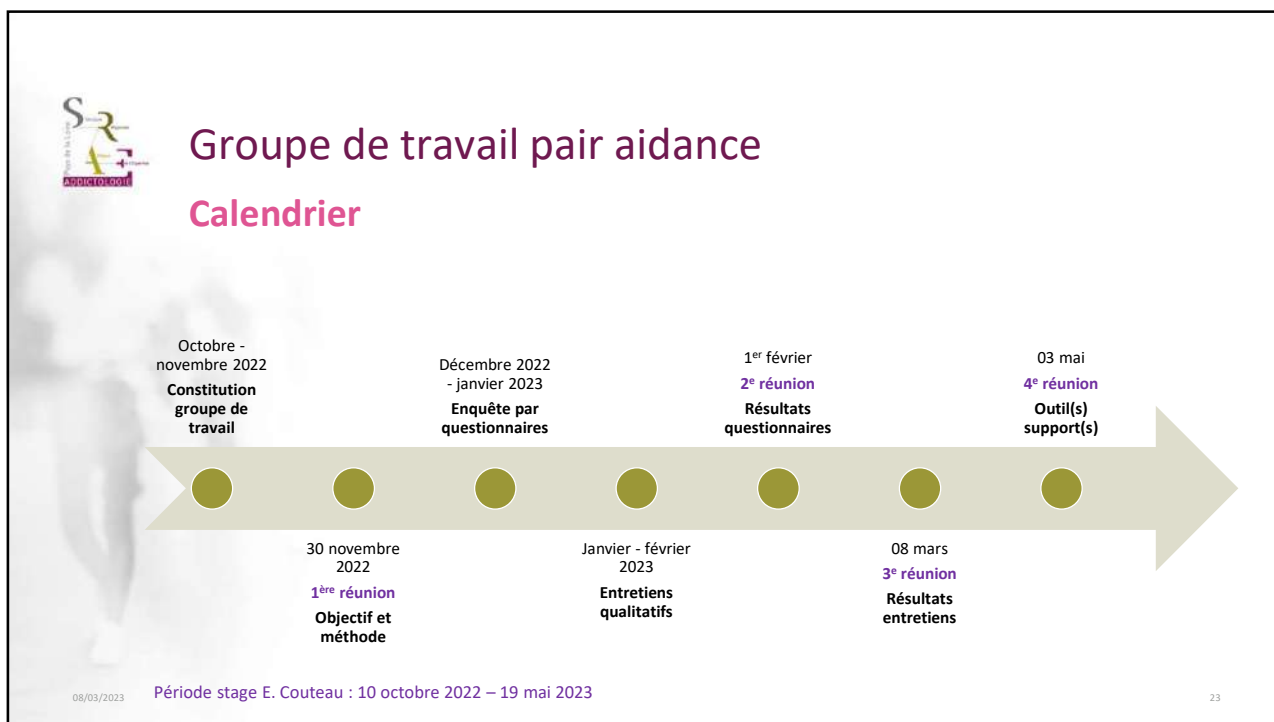
Limites des entretiens

- Point d'entrée via le questionnaire
 - On peut supposer que les structures concernées étaient plus enclin à répondre au questionnaire (dont le taux de réponse est important)
 - Probablement des pairs aidants non recensés (difficile à estimer)
- Les répondants sont les plus favorables à la pair aideance (possiblement des réticences non identifiées)
- Pas d'observations des pratiques en situation réelle (ex : rapport à l'équipe)
- Peu de visibilité sur l'ensemble des pratiques que peuvent avoir les pairs aidants
 - Engagement associatif, auto-support en ligne, recherche, enseignement, activité professionnelle autre...
- Possiblement d'autres pratiques différentes ailleurs (hors région)
- Difficulté à investiguer les associations d'entraide
 - Hypothèses : méthode de contact (mail), notion nouvelle (« pair aideance ») pour désigner des pratiques₂ anciennes, difficultés RH milieu associatif

08/03/2023



CALENDRIER



Orientation des politiques publiques : pair aideance et démocratie en santé

Niveau national

Recommandation « soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire » (Haute Autorité de Santé, 2020)

- Incite à développer toutes les formes d'engagement dont « l'accompagnement par les pairs dans les lieux de soins et d'accompagnement (y compris au domicile) quelle que soit la forme envisagée : la pair-aideance, la pair-éducation, la pair-navigation, la médiation en santé, etc. »

Stratégie nationale de santé 2018-2022 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017)

- Affirme la nécessité de « favoriser l'autonomie et la participation des usagers par des démarches innovantes d'accompagnement et d'éducation pour la santé (démarches de renforcement des capacités (« empowerment ») et d'éducation thérapeutique, mobilisation des technologies e-santé, démarches de type patient/usager « expert », médiateur de santé pair, accompagnement de l'observance) ».

Santé mentale et psychiatrie : synthèse du bilan de la feuille de route (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023)

- Rappelle l'objectif annoncé en 2018 de « favoriser l'émergence d'intervenants-pairs professionnels » et annonce des perspectives pour « reconnaître, encadrer et développer la pair aideance professionnelle »

Plan National de Mobilisation contre les Addictions (PNMA) 2018-2022 (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2018)

- Pose l'objectif de « rénover les pratiques professionnelles » par le développement de « la formation de pairs aidants et des patients experts et leur intégration dans les équipes d'addictologie ».

- En vue de « consolider la place de l'utilisateur » relative à l'offre de soins des territoires, rappelle « les efforts entrepris [visant] notamment à développer la formation de patients experts, défendre les droits des usagers d'alcool, de tabac et de drogues illicites et améliorer l'exercice effectif de la démocratie sanitaire ».

Perspectives à venir : extrait du discours de clôture du Conseil National de la Refondation :

- « Autre exemple de projet à accélérer, la plupart des CNR territoriaux ont remonté la difficulté à soigner les personnes les plus éloignées de notre système. Plusieurs projets ont montré l'intérêt d'une mobilisation de professionnels non soignants, aux côtés des soignants. Dans cette dynamique, j'ai confié au Docteur Philippe DENORMANDIE, à Alexandre BERKESSE et à Émilie HENRY le soin de nous faire des propositions pour le déploiement plus massif de ces nouvelles formes d'« aller-vers » et pour la consolidation des activités de médiation en santé. L'objectif, est d'aller toucher cette frange de nos concitoyens (20%, dit-on), qui sont éloignés durablement de notre système de santé, en lien avec les dispositifs de patients-partenaires, de pairs-aidants et les associations représentantes d'utilisateurs. » (François Braun, 2023).

Niveau régional (Pays de la Loire).

Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 (ARS Pays de la Loire, 2018)

- Objectif de « renforcer le pouvoir d'agir de l'utilisateur sur sa santé et son parcours de santé et d'accompagnement ».
- Incite à « proposer de nouvelles modalités d'accompagnement notamment en direction des publics fragiles », avec l'orientation de « soutenir et déployer des projets innovants en accompagnement en santé (empowerment, médiation sanitaire...) ».
- Focus santé mentale : améliorer le parcours de santé des personnes vivant avec un handicap psychique ou avec un trouble psychique : « Développer les modalités de soutien par les pairs » et notamment « former des médiateurs santé pairs en santé mentale ».

Programme Régional de Prévention des Addictions (PRPA) 2019-2022 (ARS Pays de la Loire, 2019)

- Objectif de « développer [des] interventions probantes, avec des partenaires adaptés aux publics prioritaires [chez les jeunes] » encourage à « Développer les actions de mobilisation communautaire et la prévention par les pairs (SUMPPS, service sanitaire) ».

COUTEAU

Ewen

Juillet 2023

Master 2 Santé publique : PSP

Promotion 2022-2023

Pair aideance en addictologie : focus sur deux figures principales en région Pays de la Loire

Résumé :

La pair aideance « repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. Le partage du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constituent les principes fondamentaux de la pair aideance. » (Centre ressource réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive Lyon, 2019). Aujourd'hui, il apparait un intérêt, voire même un engouement, autour de cette notion. Cela influe notamment sur les pratiques et organisations des acteurs de santé. Nous avons exploré ce sujet dans le contexte de l'addictologie, en région Pays de la Loire. Pour cela, nous avons réalisé un travail d'enquête par méthode mixte (questionnaire en ligne et entretiens semi-directifs). Nous nous sommes également appuyés sur la réflexion d'un groupe de travail (constitué de professionnels d'addictologie et de personnes concernées), animé dans le cadre d'une mission de stage de deuxième année de Master. Nous avons ainsi investigué la notion de pair aideance à travers deux figures principales : les associations d'usagers et les pairs aidants.

Mots clés :

Pair aideance – Addictologie – Addictions – Structures de soins et d'accompagnement – Associations d'usagers – Pairs aidants.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.