



Hôpital et Addictions
Sucht im Spital
Hospital and addiction

Lausanne, 31 juillet 2026

Pair-aidance au sein du Service de médecine des addictions du CHUV (projet-pilote 2024-2026)

Marcel Hunziker

CHUV – Service de Médecine des Addictions (SMA)
Groupe Romand d'Études des Addictions (GREAA)

Rapport de recherche corédigé avec Christophe Al Kurdi, Loïc Menneret, Gaël Lehmann et Prof. Yasser Khazaal



Abstract

Ce rapport de recherche, réalisé sur mandat du projet national « Hôpital et Addictions », rend compte du rattachement de deux pairs-aidants au Service de Médecine des Addictions (SMA) du CHUV, entre avril 2024 et mars 2026. Il décrit les modalités d'intervention auprès des patients, les relations avec le personnel soignant et les contraintes structurelles qui ont influencé les conditions d'exercice de ce nouveau métier. Puis, il discute des tensions entre logique institutionnelle (formalisation, protocole) et logique relationnelle (souplesse, informalité) qui structurent l'exercice de la pair-aidance en milieu hospitalier. Enfin, il conclut sur des recommandations, formulées par les pairs, en vue de pérenniser cette pratique.

Citation suggérée

Hunziker, Mariel, Christophe Al Kurdi, Loïc Menneret, Gaël Lehmann, et Yasser Khazaal. 2026. « Pair-aidance au sein du Service de médecine des addictions du CHUV (projet-pilote 2024-2026) ». Rapport de recherche. Lausanne : Projet Hôpital et Addictions, Service de médecine des addictions (SMA) et Groupement Romand d'Études des Addictions (GREAA).

Information supplémentaire et téléchargement

Ce rapport de recherche et de nombreuses ressources sur la pair-aidance dans le domaine des addictions sont disponibles sur le site web de projet : <https://hopital-addictions.ch/>

Remerciement

Le projet-pilote « Pair-aidance au sein du Service de médecine des addictions du CHUV » a bénéficié indirectement, via Hôpital et Addictions, du financement de Promotion Santé Suisse (PSS), nous les remercions.

Partenaires du projet





PRÉFACE

Rédigé par Loïc Menneret et Prof. Yasser Khazaal

Le Méandre est un fleuve turc à la sinuosité extrêmement prononcée, qui aurait inspiré Dédale pour construire son fameux labyrinthe. Par antonomase, il désigne aujourd'hui tout ce qui résiste à la ligne droite : un système, un lieu, une pensée. Lorsque nous évoquons les addictions, c'est un mot qui revient invariablement — complexe. La grande difficulté tient autant de la diversité des besoins, profils et troubles concomitants qui touchent les personnes avec addictions que du système alambiqué dans lequel elles doivent naviguer. Deux méandres qui ne s'annulent pas : ils se conjuguent.

Dans ces méandres, ce qui semblait disqualifier devient ressource. C'est tout l'enjeu du savoir expérientiel que porte la paire-aidance : faire reconnaître comme compétence ce qui fut longtemps considéré comme un passé à taire.

Les métiers des soins se sont construits sur cette réalité depuis l'origine. Les sages-femmes de l'Antiquité sont celles qui ne procréaient plus et qui aidaient les plus jeunes à enfanter. Les infirmiers·ères sont à l'origine des indigents accueillant des indigents. Les médecins ont été des guérisseurs blessés — et nul besoin de remonter si loin : si l'on s'intéresse à la naissance de la vocation chez de nombreux soignants·es, on pourrait retrouver une blessure personnelle, la leur ou celle d'un proche. La paire-aidance ne nous est pas étrangère. Elle nous a légué un héritage que nous avons parfois oublié de reconnaître.

L'hôpital est une institution paradoxale, ouverte vers le monde, mais fonctionnant en vase clos. Il se scinde en autant d'entités elles-mêmes fractionnées — départements, services, unités — chacune régie par ses cultures et ses impératifs. Ce morcellement s'explique par de multiples facteurs : l'ultraspécialisation, une gestion administrative complexe, des besoins organisationnels singuliers. Mais la raison première est ailleurs : l'imprévisibilité du vivant. Toute la structure tend à l'ultra-organisation pour tenter de prévoir — et pour accueillir malgré tout l'imprévu. L'hôpital n'aime pas l'imprévisible : c'est sa tension fondatrice.

La personne qui entre à l'hôpital arrive dans un pays étranger dont elle ne connaît ni la langue ni les usages. Pour les professionnels·les des soins, c'est un quotidien familier ; pour elle, c'est un événement dans sa vie, parfois attendu et choisi avec l'espoir d'une aide efficace, parfois subi. Dans cet univers, il faut une main qui ait déjà tenu le fil — celui qu'Ariane tendit à Thésée pour qu'il sorte du labyrinthe et poursuive sa voie de rétablissement.

Mais aucun fil ne se tend de la même manière. La réalité des personnes hospitalisées est multiple et singulière, et l'hôpital doit répondre à chacun tout en relevant le défi de la standardisation. Nous frôlons l'injonction paradoxale.

Le processus de rétablissement — la reconquête d'une vie qui ait du sens, des liens, une direction — avec ou malgré un trouble mental, ne fait qu'ajouter sa propre sinuosité à celle du système. C'est un parcours rarement linéaire, une lutte interne faite de périodes où se mêlent le calme et l'agitation. Les soignants·es ont leur rôle à jouer — ils peuvent contribuer à lever des barrières au rétablissement. Mais malgré leurs efforts, il leur manque ce quelque chose qu'aucune formation ne transmet : l'expérience vécue de l'intérieur. Cette zone aveugle,



renforcée par le confort du savoir académique et clinique, ils la scotomisent, sans toujours s'en rendre compte — c'est-à-dire qu'ils en effacent inconsciemment le contour, comme l'œil efface son propre angle mort.

Il existe pourtant une catégorie d'aidants encore sous-exploitée, qui pourrait éclairer précisément cet angle mort : les pairs-aidants-es en addictologie (PAA).

C'est avec un intérêt non feint que nous avons décelé, dans le projet qui vous est présenté, le potentiel d'une réelle opportunité. Le mot est choisi délibérément. Notre nature humaine nous confine en premier lieu à la méfiance — c'est un mécanisme de survie, non un défaut de caractère. Ce serait un cliché de dire que nous n'aimons pas le changement ; ce n'est pas la nouveauté qui inquiète, c'est l'imprévu qu'elle porte. Et l'hôpital, nous l'avons dit, n'aime pas l'imprévisible.

Il fallait donc calibrer l'accueil de ces nouveaux professionnels avec soin. L'institution est pétrie de règles — et chacune a sa vocation, en premier lieu celle de protéger l'intégrité du patient. Travailler de concert avec de multiples acteurs, comprendre la contrainte de l'autre sans perdre les objectifs du projet initial, ici l'inclusion des pairs en addictologie avec les professionnels : c'est un exercice d'équilibre permanent. Dans un monde scientifique, clinique, et administratif, l'opinion doit se soumettre à l'épreuve des preuves. Cela prend du temps. Mais la méfiance bien conduite n'est pas un obstacle : elle oblige à aller au fond des choses, à argumenter, à démontrer. Les bons sentiments ne suffisent pas, et l'idéologie n'a pas sa place. Chaque pierre posée à l'édifice est une brique de plus qui scelle la légitimité de ces professionnels.

L'installation d'une nouvelle profession dans un hôpital prend plusieurs années. Nous avons eu deux ans pour initier un mouvement, et nous l'avons fait. Ce sont deux mondes qui méritent de mieux se connaître, et qui ont mutuellement à se faire grandir : l'institution hospitalière d'un côté, le réseau des pairs de l'autre. Les uns comme les autres y travaillent — et le chapitre consacré aux conseils pour réussir l'accueil des pairs, rédigé par des pairs, en témoigne mieux que nous ne saurions le faire ici.

L'hôpital est inquiet pour son avenir. Les modèles de soutien et d'accompagnement devront être repensés — vers une meilleure éducation des patients-es et de leurs proches, vers l'intervention d'acteurs ayant su transformer une expérience en compétence. La formule mérite qu'on s'y arrête : transformer une expérience en compétence. C'est précisément ce que font les pairs-aidants. Ce n'est pas de la bienveillance improvisée — c'est un savoir expérientiel incarné.

Un parcours de soins axé sur le rétablissement doit impliquer un soutien de pairs.

Une clinique, un hôpital, une institution : dès lors qu'ils s'orientent vers le rétablissement, ils ne peuvent se passer du soutien de pairs. Nous l'affirmons avec sérénité, parce que nous l'avons expérimenté et que les plus-values sont nombreuses. Il ne nous viendrait pas à l'idée, sans expérience de haute montagne, de gravir l'Himalaya sans le soutien d'un sherpa.

Alors pourquoi priverions-nous les patients-es et les équipes de la guidance de ceux qui ont traversé le Méandre ?



TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	I
A. INTRODUCTION	3
A.1. Contexte général et objectifs du projet pilote	3
A.2. Cadre du projet pilote	5
B. MÉTHODOLOGIE	8
C. RÉSULTATS	10
C.1. Champs d'intervention auprès des patients-es	10
C.1.1 Plan de Crise Conjoint (PCC) : un outil réapproprié	11
C.1.2 Contribution à la transition hôpital-domicile	12
C.1.3 L'ouverture vers la communauté : connaissance du réseau	12
C.2. Modalités d'intervention auprès des patients-es	14
C.2.1 La présence relationnelle comme modalité structurante : visibilité et accessibilité	15
C.2.2 De l'échange informel à l'entretien de pairémulation	16
C.3. Effets relationnels observés : alliance, parole et autonomie	22
C.3.1 Alliance par les pairs : réduction de la distance et légitimité du vécu	22
C.3.2 Continuité post-hospitalière	26
C.4. Relations avec les équipes soignantes : entre reconnaissance et limites de coconstruction ...	27
C.4.1 Reconnaissance du rôle des pairs-aidants-es	27
C.4.2 La pair-aidance comme traducteur culturel : évolution de la culture institutionnelle	28
C.4.3 La coanimation à l'épreuve : négociation des places et légitimité	29
C.5. Contraintes structurelles	30
C.5.1 Un statut hors catégorie : entre vide juridique et opportunité de regard	31
C.5.2 Contraintes organisationnelles : temps partiel, visibilité et turnover	32
D. DISCUSSION	35
D.1. Rappel synthétique des principaux résultats	35
D.2. Les mécanismes de la plus-value : pourquoi ça marche ?	35
D.2.1 Une posture « hors injonction » et non prescriptive	36
D.2.2 La légitimité par l'expérience	36
D.2.3 La sélection relationnelle : le « feeling » comme critère clinique	37



D.3. Les conditions structurelles de la plus-value	38
D.3.1 Un statut « hors catégorie » : entre précarité juridique et autonomie du rôle.....	38
D.3.2 De l'ELMA à l'UHMA : de la proximité à la distance	39
D.3.3 Contraintes venues de l'extérieur.....	40
D.3.4 Quand l'outil formel rencontre la logique relationnelle : le PCC réapproprié	41
D.3.5 La supervision par les pairs : un espace de régulation nécessaire	42
D.4. Transformations culturelles.....	43
D.4.1 Pédagogie par la présence.....	43
D.4.2 Entre levier institutionnel et risque d'instrumentalisation	44
E. RECOMMANDATIONS PAR LES PAIRS-ES	45
F. PERSPECTIVES ET MOTS DE CONCLUSION	48
G. BIBLIOGRAPHIE	49
H. ANNEXES	52



A. INTRODUCTION

A.1. Contexte général et objectifs du projet pilote

Les parcours de soins des personnes souffrant d'addiction se caractérisent souvent par des allers-retours discontinus entre différents niveaux du système de santé où les dimensions médicales, psychiques et sociales sont étroitement imbriquées. Ces trajectoires exposent les patients-es à un risque accru de ruptures de parcours, particulièrement lors des moments de transition que constituent l'admission à l'hôpital, le séjour hospitalier, la sortie et le relais vers le suivi ambulatoire ou communautaire.

Les personnes souffrant d'addictions consultent plus l'hôpital que le reste de la population, pour des raisons somatiques ou psychiques. Pourtant, les systèmes hospitaliers actuels ne sont que rarement adaptés à ce public. Ils peinent à s'articuler avec la durée longue du rétablissement et l'articulation étroite avec les dispositifs ambulatoires et communautaires, fragilisant la continuité des soins au-delà du temps de l'hospitalisation.

Ces difficultés ne sont pas propres à l'addictologie, mais s'inscrivent dans une organisation structurellement fragmentée du système de santé, où l'hôpital, l'ambulatoire et le médico-social ne fonctionnent pas toujours comme un *continuum*. Or, les enjeux de coordination interprofessionnelle et interinstitutionnelle sont particulièrement saillants dans le champ de l'addictologie, où la continuité du lien thérapeutique et l'accompagnement des transitions jouent un rôle central dans les processus de rétablissement.

C'est dans ce contexte que la pair-aidance trouve sa pertinence à l'hôpital. Les pairs-aidants-es sont « des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale qui a entraîné une interruption ou une bifurcation significative de leur trajectoire de vie. Leurs attitudes, leurs aptitudes personnelles et leur formation en font des modèles de rétablissements positifs, pour les soignés comme pour les soignants ainsi que pour la société en général » (Pelletier et al., 2021). Contrairement aux soignants-es, le-a pair-aidant-e n'a pas de pouvoir prescriptif, n'évalue pas cliniquement et ne détient pas d'autorité hiérarchique sur le parcours de soin. Sa légitimité repose exclusivement sur le partage d'une expérience vécue de rétablissement et une formation spécifique à la relation d'aide. La relation entre le-a patient-e et le-a pair-aidant-e est basée sur une relation asymétrique bénéfique, car contrairement aux groupes d'entraide mutuels traditionnels, le-a pair-aidant-e possède un niveau de rétablissement et de compétences différent de celui du patient, et la relation n'est pas censée apporter un bénéfice mutuel immédiat (Chinman et al., 2014 ; Reif et al., 2014). En d'autres mots, les pairs-aidants-es sont des professionnels-les cliniciens-nes de la santé mentale, qu'on peut qualifier « d'experts-es du vécu » (Müller de Menezes et Chiapparini, 2021 : p.21) reconnus pour leur expertise fondée sur l'expérience vécue. Cette expertise ne remplace pas les professionnels soignants-es, mais occupe une position complémentaire et médiatrice au sein des équipes, apportant une capacité particulière à rejoindre les patients-es, incarnant des modèles crédibles de rétablissement et facilitant le lien entre des ressources communautaires, levier clinique et relationnel (Reif et al., 2014 ; Chinman et al., 2014 ; Eddie et al., 2019 ; Liebling et al., 2021).



En Suisse romande, les notions de rétablissement et de valorisation des savoirs expérientiels gagnent du terrain dans les politiques de santé publique. Cependant, elles restent encore peu institutionnalisées à l'hôpital. C'est dans ce contexte que le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a développé un dispositif pilote d'intégration de la pair-aidance en addictologie. Ce dispositif vise à répondre aux limites identifiées en renforçant la continuité des soins, afin de créer et pérenniser une communauté d'intérêts pour une meilleure collaboration entre l'hôpital et le réseau extra-hospitalier. Il s'inscrit dans une logique d'expérimentation, permettant de tester, d'observer et d'évaluer les apports, les ajustements et les limites de la pair-aidance en milieu hospitalier (également étudié dans les études menées par Eddie et al., 2019 ; Liebling et al., 2021).

Impacts attendus et portée du projet

La théorie du changement sous-jacente au projet postule que, lorsque les pairs-aidants-es disposent de conditions d'exercice suffisamment claires et soutenantes, leur intervention peut produire des effets à plusieurs niveaux ; à la fois sur les patients-es, sur les équipes soignantes et sur le système de soin dans son ensemble.

Pour les patients-es accompagnés-es, il favoriserait un renforcement du pouvoir d'agir, une amélioration de la lisibilité et de l'appropriation des dispositifs de soins. Pour les professionnels-les, il s'agit d'une invitation à faire évoluer les pratiques vers davantage d'inclusion et de collaboration avec les ressources communautaires. À l'échelle du système, le dispositif vise à réduire les ruptures de parcours, les situations de crise et les recours répétés aux urgences, avec, à plus long terme, des effets attendus sur la qualité de vie des personnes concernées et sur les inégalités de santé.

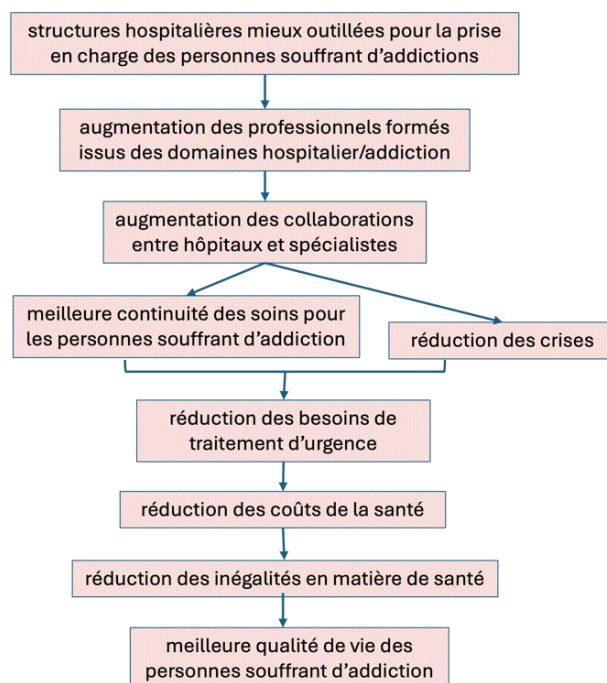


Figure 1. Chaîne d'impacts attendus du dispositif pilote de pair-aidance en addictologie (CHUV), représentant la théorie du changement sous-jacente au dispositif pilote



Ces ambitions systémiques méritent cependant d'être formulées avec prudence. Les bénéfices en termes de coûts ou de désengorgement des urgences, même s'ils ont leur importance ne peuvent pas devenir la finalité première, au risque de transformer la pair-aidance en variable d'ajustement budgétaire pour pallier le manque de personnel soignant (Englander et al., 2020). Ces potentiels bénéfices pourraient plutôt résulter d'un effet collatéral d'interventions plus proches des besoins des personnes concernées

Ces effets attendus sont néanmoins conditionnés par des facteurs organisationnels et structurels, tels que la reconnaissance du rôle des pairs-aidants-es, leur intégration dans les dynamiques d'équipe et leur taux d'activité, qui s'ancrent dans des contraintes et modes de fonctionnement propres à l'institution hospitalière.

Objectif de ce rapport

L'objectif principal de ce rapport est d'analyser le déploiement du dispositif pilote de pair-aidance en addictologie afin d'analyser les conditions de déploiement d'un dispositif hybride dans un environnement hospitalier contraint, en mettant en lumière les tensions structurelles entre logique institutionnelle (formalisation, protocole) et logique relationnelle (souplesse, informalité). Au-delà de l'évaluation des effets observés, le rapport s'inscrit dans un questionnement plus large sur la collaboration interprofessionnelle et sur les enjeux liés à l'intégration socioprofessionnelle des pairs-aidants-es dans un environnement hospitalier. Il vise ainsi à produire des connaissances utiles tant pour les acteurs du projet que pour les décideurs et les institutions souhaitant développer ou pérenniser des dispositifs similaires dans le champ de l'addictologie hospitalière. Il repose sur l'hypothèse que les outils développés seront connus, utilisés et intégrés durablement dans le fonctionnement des institutions socio-sanitaires, favorisant un changement structurel au-delà du projet pilote.

A.2. Cadre du projet pilote

Mise en œuvre du projet pilote et phase exploratoire du dispositif

Le dispositif pilote débute officiellement en avril 2024 avec l'accueil de deux pairs-aidants-es au sein de l'Équipe de liaison et de mobilité en addiction (ELMA) du Service de médecine des addictions de l'hôpital universitaire vaudois (CHUV). Cette phase initiale s'inscrit dans une démarche exploratoire, tant pour les pairs-aidants-es que pour les équipes soignantes, dans un contexte institutionnel où la pair-aidance demeure encore peu connue des équipes et peu formalisée. Le projet est ainsi conçu dès l'origine comme un dispositif évolutif, appelé à se transformer au fil de son déploiement. En février 2025, les pairs-aidants-es rejoignent l'unité hospitalière de médecine des addictions (UHMA), dans un moment de restructuration du service.

Le dispositif repose sur l'engagement de deux pairs-aidants-es en addictions (PAA) à un taux d'activité de 40 % chacun, correspondant à un équivalent plein temps cumulé de 80 %. Chaque pair-aidant-e est présent deux jours par semaine, avec un jour de présence commune. Ce choix organisationnel a été considéré comme à la fois sécurisant et limitant. Il est sécurisant dans la mesure où il permet de réduire les risques liés à l'absence ou à l'indisponibilité d'un seul intervenant et d'assurer une continuité minimale du dispositif. Il apparaît cependant également limitant, dans la mesure où deux temps partiels restreignent la continuité de la



présence auprès des patients·es et des équipes, et compliquent l'inscription durable des PAA dans le quotidien de l'unité hospitalière.

En cours de projet, un ajustement du dispositif a été rendu nécessaire à la suite du départ à la retraite anticipée de l'un·e des pairs-aidants, survenu fin décembre 2025, soit trois mois avant la fin initialement prévue du contrat. Le dispositif a été ajusté de manière transitoire à la présence d'un·e seul·e pair-aidant·e à un taux de 40 % sur la période comprise entre décembre 2025 et avril 2026.

Parties prenantes impliquées et gouvernance du projet pilote

Ce rapport s'inscrit dans le cadre du projet national « Hôpital et Addictions », qui a pour but l'amélioration de la prise en charge des personnes concernées par des addictions en milieu hospitalier, de renforcer les collaborations entre hôpitaux et les acteurs·rices spécialisés·es en addictologie, et de documenter des modalités de collaboration expérimentées à travers ce projet pilote. Le programme est déployé sur la période 2023–2026 et s'inscrit dans une logique d'expérimentation, d'apprentissage et d'évaluation en vue d'un éventuel déploiement à plus large échelle.

La mise en œuvre du dispositif repose sur un partenariat entre plusieurs partenaires institutionnels et associatifs, couvrant les dimensions de pilotage stratégique, d'ancrage clinique, de formation à la pair-aidance, de supervision et d'évaluation. La direction du programme est assurée par le Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA), avec un pilotage opérationnel porté par Christophe Al Kurdi¹. Au sein du CHUV, le projet est porté par le Service de médecine des addictions (SMA), sous la responsabilité du Professeur Dr Yasser Khazaal, et mobilise notamment l'ELMA et l'UHMA. L'organisation du travail des pairs-aidants·es s'appuie sur l'implication de Loïc Menneret (adjoint à la direction des soins et infirmier-chef de service) et, au sein de l'ELMA et de l'Unité Hospitalière de Médecine des Addictions (UHMA), sur celle d'Alice Diebolt (infirmière-chef de l'unité de soins), du Dr Ahmed Ben Hassouna, médecin cadre de l'UHMA, et de la Dre Mélanie de Almeida, coresponsables de l'organisation des soins et du travail des pairs. La préparation à l'accueil des pairs-aidants·es est assurée par le Centre de compétences de la pair-aidance en santé mentale (ComPASM) via la CORAASP. Gaël Lehmann de l'Association SYSTMD a joué un rôle central tout au long du projet : il a participé au processus de recrutement et d'embauche des pairs-aidants·es, contribué aux réflexions sur l'intégration de la pair-aidance au sein du dispositif, et s'est chargé du coaching ainsi que de la supervision externe des pairs-aidants·es. L'évaluation externe du projet est menée par Sarah Mariéthoz d'INTERFACE. Lucien Rochat, Dr en psychologie et neuropsychologue, a apporté son expertise et une supervision dans la partie quantitative. Le projet bénéficie enfin d'un soutien financier de Promotion Santé Suisse (PSCH).

Précision : depuis la fin du projet pilote, l'ELMA a été englobée dans les prestations de l'Unité de soins intensifs et communautaires (USIC), dirigée en première ligne par la Dre Mélanie de Almeida et Céline Ngniheula, responsable socio-éducative.

Le rattachement opérationnel au Service de médecine des addictions (SMA), distinct des équipes infirmières de l'UHMA, a constitué un choix stratégique. Il offre aux pairs-aidants·es

¹ La liste nominative détaillée des personnes impliquées est présentée en [Chapitre H : Annexes](#)



un ancrage institutionnel tout en préservant une distance fonctionnelle vis-à-vis de la hiérarchie soignante directe, favorisant ainsi leur neutralité et leur liberté d'action.



B. MÉTHODOLOGIE

Le présent rapport repose sur une étude ad hoc, combinant des données qualitatives et quantitatives, couvrant la période d'activité de juillet 2025 à mars 2026, correspondant à la dernière phase de déploiement du projet et à la fin du mandat des pairs-aidants-es impliqués-es.

La démarche adoptée repose sur une approche méthodologique mixte, combinant des données qualitatives et quantitatives. Il convient de noter que les périodes de collecte diffèrent selon les types de données. Les observations ethnographiques couvrent la période de juillet à décembre 2025, correspondant à la phase de présence terrain de la chercheuse. Les données quantitatives issues des outils de suivi débutent quant à elles en août 2025, date à laquelle le Template a été finalisé et mis en œuvre de manière systématique. Ces décalages de démarrage reflètent la nature évolutive et exploratoire du dispositif.

Dans ce rapport, le terme *patient·e* est employé pour désigner les personnes bénéficiant d'un accompagnement par un·e pair-aidant·e, dans la mesure où le dispositif étudié s'inscrit dans un contexte hospitalier. Nous reconnaissons néanmoins que ce terme, ancré dans une relation asymétrique de soin, ne reflète pas pleinement la réalité des interactions étudiées, qui se déroulent également en dehors du cadre hospitalier. Le terme de « *personne accompagnée* » aurait à cet égard été sans doute plus juste, car il reflète mieux la nature horizontale et non stigmatisante de la relation de pair-aidance, tout en englobant l'ensemble des contextes dans lesquels cet accompagnement prend place.

Approche qualitative

L'approche qualitative repose sur des observations ethnographiques, des entretiens semi-directifs et des sources documentaires.

- Les observations ethnographiques ont été menées au sein de l'hôpital où exercent les pairs et où sont hospitalisés-es les patients-es (juillet 2025 à décembre 2025). Ces observations ont permis de documenter le fonctionnement concret du dispositif dans le quotidien hospitalier, en rendant visibles l'organisation réelle du travail des équipes et des pairs-es, les pratiques implicites, les ajustements des pairs-aidants-es, ainsi que les points de friction ou de négociation avec les équipes soignantes. Dans ce cadre, des observations participantes ont été réalisées lors de réalisation d'entretiens de pairémulation² et de réalisations de plan de crise conjoint (PCC) avec la présence des pairs-aidants-es et des patients-es.
- Les entretiens semi-directifs ont été réalisés avec différents groupes d'acteurs impliqués dans les addictions, comme avec les pairs-aidants-es et des professionnels internes et externes au projet pilote. Les professionnels·les impliqués-es au projet ont été inclus·es afin de comprendre à la fois les fonctionnements hospitaliers, les représentations de la pair-aidance et les vécus liés à la mise en œuvre du projet. Ces entretiens visent à recueillir les représentations, expériences et perceptions des acteurs concernant les apports de la pair-aidance, les difficultés rencontrées et les effets du dispositif sur les pratiques et les parcours de soins.

² La pairémulation (parfois désignée sous le terme de *pairitude*) désigne la dimension de mutualité qui fonde le travail du pair : le fait de s'appuyer sur une expérience partagée pour créer une relation d'égal à égal (Silver & Nemec, 2016 ; Gardien, 2010). (Définition complète [introduction p.7](#))



- Enfin, l'analyse qualitative est enrichie par des sources documentaires, incluant notamment le cahier des charges des pairs-aidants-es, des documents institutionnels, des notes de supervision et de coaching, les journaux des pairs-aidants-es et des rapports de suivi d'activités, qui permettent de contextualiser les pratiques observées. Ces documents permettent de contextualiser les pratiques observées, de retracer l'évolution du dispositif et de croiser les discours institutionnels avec les réalités du terrain.

Approche quantitative

L'approche quantitative mise en place visait à assurer un suivi systématique de l'activité des pairs-aidants-es, dans le but de rendre visibles les entretiens de pairémulation réalisés et les formes de soutien qui s'y déploient. Il s'agissait de produire des indicateurs chiffrés permettant d'estimer le volume d'entretiens réalisés par les pairs-aidants-es fondés sur la capacité effective des pairs-aidants-es, permettant d'estimer une moyenne d'entretiens de pairémulation qu'ils peuvent réaliser, en tenant compte des contraintes organisationnelles, du temps nécessaire à l'établissement de la relation de confiance, ainsi que de la variabilité des situations cliniques.

Pour répondre à ces objectifs, un outil de suivi quantitatif a été élaboré entre juillet et octobre 2025. Dans le cadre de ce projet pilote, le Template a fait l'objet de trois versions successives, ajustées progressivement en fonction des retours et des avis des pairs-aidants-es. Comme c'était un projet pilote, nous avons préféré laisser une certaine liberté d'expression aux pairs-aidants-es plutôt que de tout catégoriser dès le départ, adaptant les versions à leurs réponses. Afin de ne pas alourdir le temps consacré à la saisie, des catégories de réponses ont été progressivement introduites, permettant de simplifier le remplissage du Template. Celui-ci a fait l'objet de trois versions successives : une première version déployée en août 2025, une deuxième en fin septembre 2025, et une troisième en fin octobre 2025. Chaque version a été ajustée sur la base des retours des pairs-aidants-es et de l'analyse des réponses collectées dans les versions précédentes, afin de mieux correspondre à la réalité de leur pratique tout en simplifiant la saisie.

Il est important de souligner que les données chiffrées présentées dans ce rapport ne reflètent qu'une partie de l'activité réelle des pairs-aidants-es. Certaines dimensions de leur travail, notamment les prises de contact informelles, les échanges spontanés et la présence relationnelle quotidienne, ne font pas l'objet d'un suivi systématique et échappent à toute mesure quantitative. Les chiffres disponibles doivent donc être lus comme des indicateurs partiels, et non comme un reflet exhaustif de l'engagement des pairs-aidants-es.

L'objectif n'est pas de présenter la pair-aidance comme une solution miracle, mais de comprendre ce qu'elle produit réellement dans un environnement hospitalier et ce qu'elle rend possible pour les patients-es et les équipes soignantes. La suite du rapport se structure en trois grandes parties. La partie C présente les résultats quantitatifs et qualitatifs et de premières analyses ; la partie D sera dédiée à une discussion ; enfin la partie E abordera quelques recommandations pour la pérennisation de la pratique de la pair-aidance en milieu hospitalier.



C. RÉSULTATS

Ce chapitre présente les principaux résultats issus des données qualitatives et quantitatives recueillies. Les résultats sont présentés en quatre axes principaux. Le premier axe porte sur *les champs d'intervention des pairs-aidants-es auprès des patients-es*. Il examine les domaines initialement prévus (plans de crise conjoints [PCC], transitions hospitalières et orientation vers la communauté) et met en évidence les ajustements observés sur le terrain. Le deuxième axe s'intéresse aux *modalités concrètes d'intervention*. Il décrit la pratique quotidienne des pairs-aidants-es (présence relationnelle, échanges informels et entretiens de pairémulation) et montre comment la flexibilité et l'adaptation aux patients-es constituent à la fois une ressource centrale du dispositif et un défi en termes de visibilité et de traçabilité du travail réalisé. Le troisième axe analyse *les effets relationnels observés chez les patients-es*. Enfin, le quatrième axe porte sur *les relations avec les équipes soignantes* et les conditions institutionnelles d'exercice de la pair-aidance. Il rend compte d'une reconnaissance progressive et de collaborations situées, tout en soulignant les limites structurelles qui freinent l'intégration du dispositif.

C.1. Champs d'intervention auprès des patients-es

Les champs d'intervention désignent l'ensemble des domaines et des contextes d'action dans lesquels les pairs-aidants-es exercent leur rôle auprès des patients-es, tant durant l'hospitalisation qu'en période post-hospitalière.

Trois champs d'intervention principaux initialement prévus par le projet pilote ont pu être identifiés :

1. La réalisation des plans de crise conjoints (PCC) en milieu hospitalier ;
2. Le soutien à la transition hôpital-domicile, notamment dans une perspective de prévention de la rechute ;
3. L'accompagnement à la transition hospitalière vers la communauté, incluant la reconnexion au réseau médico-social, en particulier pour les patients-es en situation de grande précarité.

Cette structuration répond à une évolution des besoins identifiés par les équipes médicales, qui soulignent la nécessité de dépasser une approche purement technologique pour intégrer une dimension du soin faite autour des liens. Comme le formule un médecin :

« Les coûts de la médecine c'est quand même des coûts humains [...] on s'est rendu compte peut-être aussi que la médecine, c'est pas que technologique, puis que le volet d'accompagnement relationnel est important. Et puis que pour diminuer les coûts, il fallait impliquer les proches, la famille, et ainsi de suite. Et ça, c'est quelque chose d'assez nouveau, qui est peut-être... peut-être là pour des raisons un peu de pression financière, peut-être aussi parce qu'on se rend compte, peut-être un peu plus aujourd'hui des besoins de soutien, des besoins relationnels des patients. Alors qu'en médecine des addictions, c'est une évidence. Nous, on a toujours impliqué les familles, parce qu'on sait bien qu'il faut aller chercher les aidants là où ils sont. Ça peut être les amis, ça peut être la famille, etc. »

(Entretien avec médecin SMA, février 2026)



C.1.1 Plan de Crise Conjoint (PCC) : un outil réapproprié

Les résultats mettent en évidence une faible mobilisation des plans de crise conjoints (PCC) par les pairs-aidants-es au cours de la période étudiée, conduisant à un désengagement progressif de l'utilisation de cet outil. Le bilan réalisé entre juillet 2025 et mars 2026 estime seulement cinq PCC initiés et menés à terme au sein du dispositif.

La première tient à la position même des pairs-aidants-es : la proposition d'un PCC repose entièrement sur leur initiative. Sans prescription ni recommandation de l'équipe soignante, l'outil dépend de leur capacité à identifier le bon moment, la bonne personne, dans une fenêtre souvent étroite. Les résultats montrent qu'il ne s'agit pas d'un abandon du contenu des PCC, mais plutôt d'une réappropriation de leurs thématiques au sein de formats relationnels jugés plus ajustés. Les pairs-aidants-es ne rejettent donc pas le contenu de l'outil, mais son format formalisé, révélant un décalage entre la logique institutionnelle du PCC et les modalités relationnelles qu'ils privilégient dans leur pratique quotidienne.

Face aux difficultés rencontrées dans l'usage des PCC, les pairs-aidants-es ont progressivement privilégié des « entretiens de pairémulation » (développé au [point 2.2](#)). Ces modalités sont décrites comme plus souples et mieux adaptées aux besoins, au rythme et à la disponibilité des patients-es rencontrés-es. Les pairs-aidants-es indiquent que plusieurs dimensions initialement prévues dans les PCC (comme l'identification des déclencheurs, des ressources mobilisables ou des limites personnelles) sont intégrées de manière plus informelle au sein des entretiens de pairémulation.

Les données d'observation suggèrent que la proposition d'un PCC fonctionne également comme un révélateur du degré d'engagement et de disponibilité psychique du patient.

« PAA avait rendez-vous avec un patient pour faire un PCC, c'est son dernier jour de séjour. Je suis le PAA dans le salon où l'on croise le patient qui à l'air d'éviter le contact. Le PAA s'adresse à lui en l'appelant deux fois par son prénom, que celui-ci ignore. Plus tard, durant la réalisation du PCC avec le patient, celui-ci revient sur ce moment en disant qu'il ne voulait pas faire de PCC et c'est pourquoi il avait décidé de l'ignorer jusqu'à qu'il finisse par se retourner et interagir avec le PAA, car avait quand même envie de discuter de ses émotions. Plus tard, il dira que cet entretien autour du PCC lui a fait du bien, et qu'il s'est même ouvert sur des sujets très émotionnels, car il sentait qu'il était à l'aise avec le PAA pour parler des thèmes de rechute et de la possibilité d'une nouvelle hospitalisation. »

(Observation UHMA, juillet 2025)

Le refus ou l'évitement de cet outil n'apparaît pas comme un échec de la relation, mais comme un indicateur clinique permettant d'apprécier le moment du parcours dans lequel se situe la personne, notamment en lien avec la fatigue émotionnelle ou la proximité de la sortie d'hospitalisation. Ils sont notamment jugés utiles lorsque les patients-es se montrent volontaires et disposés-es à s'engager dans une démarche réflexive autour de leur hospitalisation, de leur parcours de rétablissement et de leurs limites personnelles.

De plus, ils sont décrits par les pairs-aidants-es comme un cadre structurant pertinent, en particulier lors des phases de démarrage du dispositif. Ils constituent alors une porte d'entrée possible pour initier l'activité des pairs-aidants-es et ouvrir la discussion autour des représentations du rétablissement, des vulnérabilités et des limites perçues par les patients-es.



C.1.2 Contribution à la transition hôpital-domicile

Le soutien à la transition entre la fin de l'hospitalisation, la sortie et le post-suivi constitue un champ d'intervention important du travail des PAA, qui représente un moment particulièrement sensible dans le parcours de soins, marqué par des risques de rechute. Ce travail s'inscrit dans une logique d'anticipation, permettant aux patients-es de mieux appréhender les situations à risque et de réfléchir à des stratégies de protection adaptées à leur contexte de vie. Les pairs-aidants-es mobilisent à cet égard leur expérience vécue pour soutenir une réflexion concrète et contextualisée autour des enjeux de la sortie.

Les données quantitatives montrent qu'un nombre important de patients-es bénéficie d'un suivi en post-hospitalisation sur la période analysée, allant de juillet 2025 à mars 2026. On compte entre 17 et 20 patients-es distincts-es vus-es en post-hospitalisation.

Ce suivi se déploie selon des modalités souples, adaptées à la disponibilité et aux besoins des patients-es, et contribue à maintenir un lien au-delà de la période d'hospitalisation. Les données montrent que les contacts avec les pairs-aidants-es sont particulièrement fréquents dans les jours suivant la sortie de l'hôpital, puis tendent à s'espacer progressivement. Cette temporalité reflète une intensification du besoin de soutien au moment de la transition, suivie d'un ajustement du suivi en fonction de l'évolution de la situation du patient. Les résultats montrent également que l'accompagnement post-hospitalier connaît certaines limites. Dans plusieurs situations, le suivi ne se poursuit pas au-delà de quelques contacts, soit en raison d'une indisponibilité du patient, soit en lien avec d'autres relais de prise en charge ou un désengagement progressif.

Cet accompagnement prend la forme d'échanges individualisés visant à anticiper les difficultés potentielles liées à la reprise du quotidien, à la gestion des émotions et à la rupture du cadre sécurisant de l'hospitalisation. Certaines situations observées donnent lieu à des recadrages préventifs, lorsque les projets formulés par les patients-es apparaissent peu réalistes ou susceptibles d'augmenter le risque de rechute. À titre d'exemple, un patient exprime le souhait de se rendre à l'étranger immédiatement après sa sortie afin de changer de contexte pour éviter toute consommation pendant un moment. La discussion avec un-e pair-aidant-e permet alors d'explorer les limites de cette stratégie, de mettre en lumière les vulnérabilités sous-jacentes et d'envisager des alternatives plus sécurisantes.

C.1.3 L'ouverture vers la communauté : connaissance du réseau

Les résultats montrent que l'orientation vers la communauté et le réseau extra-hospitalier constitue un champ d'intervention central du travail des pairs-aidants, facilitant l'orientation des patients-es vers des groupes d'entraide, des groupes de parole ou d'autres dispositifs de soutien.

Les observations montrent que leur intervention joue un rôle de médiation lorsque les patients-es sont confrontés-es à des choix complexes concernant leur orientation ou la poursuite de leur prise en charge. Les pairs-aidants-es soutiennent alors les patients-es dans la clarification de leurs priorités, l'expression de leurs hésitations et la réflexion autour des différentes options possibles, par exemple dans le choix d'un établissement postcure, d'un dispositif de suivi ou d'une ressource communautaire (groupes de parole). Cette intervention



contribue à renforcer la capacité de décision des patients·es et à soutenir leur autonomie dans leur parcours de soins.

Les résultats montrent que les pairs-aidants·es ne se limitent pas à informer les patients·es sur l'existence de ressources externes, mais qu'ils jouent un rôle de facilitateur de liaison. Les pairs-aidants·es orientent fréquemment les patients·es vers des ressources communautaires, comme les groupes d'entraide (notamment Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes, Cocaïnomanes Anonymes) ainsi que vers des groupes de parole, en particulier ceux proposés par le service de psychiatrie générale (PGE). Cette dimension est décrite par les pairs-aidants·es comme relevant de leur principale valeur ajoutée au sein du dispositif. Comme l'exprime l'un·e d'entre eux·elles :

« Envoyer les gens à des groupes de parole, c'est ce qu'on sait faire de mieux »

(Entretien PAA, décembre 2025)

Ces orientations s'appuient sur une connaissance fine du tissu communautaire et sur l'expérience vécue des pairs-aidants, qui leur permet de proposer des ressources concrètes, adaptées et perçues comme crédibles par les patients·es.

Les connaissances du réseau extra-hospitalier favorisent également la connaissance des équipes soignantes. Certaines situations observées montrent que certains·es infirmiers·ères, notamment des infirmiers·ères intérimaires, connaissent peu, voire pas, certains dispositifs communautaires extra-hospitaliers, notamment les groupes d'entraide. Lors de briefings, il a ainsi été observé que les sigles NA ou AA n'étaient pas toujours compris.

« Pendant le briefing du matin, un patient demande à une infirmière ce que NA et AA veulent dire sur le planning, après un moment de pause et de réflexion, elle répond que c'est sûrement des groupes de parole, mais qu'elle n'est pas sûre. Je lève la main pour lui répondre que c'est des sigles pour narcotique anonyme et alcoolique anonyme et que ce sont des groupes de parole avec chacune des approches différentes, mais qui ont en commun le rétablissement par le partage et l'écoute d'expériences similaires liées aux parcours de rétablissement. Je rajoute de ne pas hésiter à demander aux PAA des informations complémentaires, car eux y participent souvent et représente un outil qui leur à aider dans leur rétablissement. »

(Observation UHMA, novembre 2025)

Dans ce contexte, les pairs-aidants·es endossent également un rôle d'intermédiaires entre le monde hospitalier et la communauté, en contribuant à la circulation et à la clarification de ces ressources.

Enfin, la connaissance du réseau extra-hospitalier peut faciliter le lien entre les pairs-aidants·es et les patients·es.

« Le PAA me raconte qu'il a croisé un patient ce matin. Celui-ci est venu vers le PAA en ayant l'impression de le reconnaître d'un ancien établissement et lui a demandé depuis quand il était hospitalisé à Cery (UHMA). Il lui a expliqué qu'il n'était plus patient, qu'il était aujourd'hui abstinent et qu'il travaillait comme pair-aidant au sein de l'institution. Plus tard, il me décrit cette interaction comme un moment très fort émotionnellement et qu'il a perçu chez le patient une forme "d'illumination" comme une prise de conscience concrète que le rétablissement est possible. »

(Observation UHMA, novembre 2025)



Cette reconnaissance mutuelle, ancrée dans un réseau extra-hospitalier commun, semble favoriser l'alliance relationnelle et soutenir l'espoir de rétablissement, en incarnant concrètement une trajectoire possible de sortie de la maladie et de l'hospitalisation.

C.2. Modalités d'intervention auprès des patients-es

Les modalités d'intervention des pairs-aidants-es décrivent les formes concrètes selon lesquelles les pairs-aidants-es exercent leur rôle auprès des patients-es, autrement dit le « comment » de l'intervention. Les résultats montrent que ces interventions ne s'inscrivent pas dans un cadre standardisé, mais reposent sur une adaptation continue aux besoins, au rythme et à la disponibilité des patients-es rencontrés-es.

Cadre et temporalité des interventions

Les interventions des pairs-aidants-es ont lieu principalement au sein de l'UHMA, où les patients-es sont hospitalisés-es, qui constitue le cadre central du projet, mais ont aussi lieu en dehors. Les pairs-aidants-es peuvent également intervenir dans d'autres services, notamment au service de psychiatrie générale (PGE), ou se déplacer hors du cadre hospitalier, par exemple dans des lieux du quotidien (comme un café) lorsque le patient est déjà sorti de l'hôpital et engagé dans une phase de post-hospitalisation. Cette flexibilité géographique permet de maintenir le lien au-delà de la période d'hospitalisation, lorsque cela est jugé pertinent par les pairs-aidants, les patients-es, les équipes sociosanitaires et les proches.

Les observations mettent en évidence que la posture de disponibilité constitue une modalité d'intervention à part entière. Les pairs-aidants-es privilégient une présence visible et accessible au sein des espaces de l'unité, tout en laissant l'initiative de la rencontre aux patients-es. Cette posture non intrusive favorise des sollicitations spontanées et contribue à renforcer la place centrale accordée au patient dans son parcours de soins. Les observations mettent en évidence une modulation fine de la posture relationnelle, alternant écoute, retrait, recadrage ou partage d'expérience, en fonction du degré d'engagement et des besoins exprimés par les patients-es. Certaines rencontres peuvent être différées ou écourtées, tandis que d'autres sont reprises ultérieurement.

Les données d'observation soulignent une dimension incarnée de l'intervention des pairs-aidants-es. Les échanges s'inscrivent fréquemment dans des situations du quotidien (marches, moments partagés, activités informelles) qui facilitent l'amorce et le maintien de la relation.

Si les pairs-aidants-es rencontrent un nombre important de patients-es au fil de leur présence dans le service, seule une proportion limitée de ces rencontres donne lieu à un suivi dans le temps. Les résultats montrent que cette sélection s'opère en fonction de plusieurs éléments qui pourraient être : l'accrochage relationnel, le degré d'engagement du patient dans la rencontre et ce que les pairs-aidants-es décrivent comme un ressenti subjectif ou un « feeling ».

Typologies des modalités d'intervention

Les résultats permettent d'identifier trois modalités principales auprès des patients-es qui peuvent se succéder ou se combiner au fil du parcours du patient :



1. Une présence relationnelle ;
2. Des échanges informels ;
3. La réalisation d'entretiens de pairémulation.

C.2.1 La présence relationnelle comme modalité structurante : visibilité et accessibilité

Dans le cadre de ce projet pilote, la présence relationnelle est considérée comme une modalité d'intervention. Bien qu'elle ne s'accompagne pas d'objectifs thérapeutiques explicites, cette présence produit des effets observables sur les dynamiques relationnelles.

La présence active, régulière et répétée des pairs-aidants-es en addictologie (PAA) constitue ainsi une condition structurante de leur intervention et un préalable à l'émergence de la relation. Elle permet aux patients-es d'identifier les PAA comme des figures accessibles et constantes, mais également aux professionnels-les de les reconnaître comme des interlocuteurs-rices identifiés-es.

Leur présence au sein des briefings du matin à l'UHMA constitue une première entrée en contact avec les équipes infirmières intérimaires et les nouveaux patients-es. Ces temps collectifs, réunissant équipes professionnelles et patients-es autour de transmissions cliniques et organisationnelles, ont lieu chaque matin de semaine et constituent un espace central de visibilité pour les pairs-aidants. Lors de ces briefings, les PAA présentent leur rôle (aux patients-es et équipes des infirmiers-ères intérimaires) et précisent leur disponibilité.

Les observations montrent que ces moments peuvent générer de nombreuses sollicitations spontanées de la part des patients-es pour des entretiens de pairémulation. À titre d'exemple, lors d'un briefing, quatre patients-es ont sollicité un échange individuel avec un-e pair-aidant-e dans les quinze minutes suivant la fin d'un briefing. Ces sollicitations illustrent le rôle des briefings comme déclencheurs de la relation, en rendant les PAA immédiatement identifiables et accessibles.

Au-delà de ces temps formalisés, la présence des pairs-aidants-es met en évidence un rôle de facilitateur relationnel, tant dans la relation avec les patients-es que dans les interactions entre patients-es eux-mêmes. Certaines situations montrent que les pairs-aidants-es soutiennent l'inclusion de patients-es isolés-es ou confrontés-es à des barrières linguistiques, sans intervention explicite ni cadre formel. Par exemple, un patient non francophone, initialement en retrait des échanges collectifs en raison de difficultés linguistiques, a confié avoir hâte de revoir les pairs-aidants-es pour pouvoir parler de manière informelle avec quelqu'un dans la journée. Dans ce sens, les observations montrent que certains-es patients-es identifient rapidement les pairs-aidants-es comme des figures constantes et familières au sein de l'unité. Cette reconnaissance contribue à l'instauration d'un lien de confiance, fondé sur la continuité de la présence et la familiarité progressive.

La présence relationnelle des pairs-aidants-es s'inscrit également au sein des activités institutionnelles de l'hôpital, notamment lors des ateliers de parole (prévention de la rechute ou atelier des émotions). Ces espaces collectifs constituent souvent un premier lieu de rencontre entre les pairs-aidants-es et les patients-es. La simple présence du-de la pair-



aidant·e, ainsi que ses interventions ponctuelles ancrées dans l'expérience vécue, peut influencer la dynamique groupale, favoriser l'expression et susciter des résonances. Ces moments peuvent ainsi ouvrir vers une relation de confiance, certains patients·es formulant par la suite une demande d'entretiens de pairémulation individuels.

« Pendant l'atelier, lors des tours de présentation, une patiente relève une faible présence de femme parmi les participants (deux sur huit). Le pair-aidant intervient alors pour questionner les représentations sociales liées à la consommation de substances des femmes et la difficulté à demander de l'aide en tant que femme. Elle souligne que les femmes consomment plus fréquemment de manière dissimulée, à l'inverse des hommes, dont la consommation est davantage visible, par exemple en terrasse. Son intervention va susciter des interventions de la part du médecin et des patients. À l'issue de l'atelier, deux patients s'approchent du pair-aidant pour lui demander si elle serait disponible prochainement pour un entretien individuel »

(Observation UHMA, juillet 2025)

La présence relationnelle apparaît dès lors comme une modalité transversale de l'intervention des PAA, facilitant l'accès au lien et soutenant l'engagement dans le suivi.

C.2.2 De l'échange informel à l'entretien de pairémulation

Si la pair-aidance se distingue par la qualité du lien qu'elle cherche à instaurer, elle se distingue aussi par la diversité des formes que ce lien peut prendre. Dans le cadre du dispositif pilote, l'intervention des pairs-aidants·es ne se réduit pas à des entretiens planifiés : elle s'articule autour d'un continuum de modalités qui *s'articulent entre elles*, allant du microcontact spontané dans le couloir à l'entretien structuré autour du parcours de rétablissement.

Moment informel

Les moments d'échanges informels constituent une modalité centrale de l'intervention des pairs-aidants, étroitement liée à leur présence relationnelle au sein de l'unité. La présence régulière des pairs-aidants·es dans l'institution joue à cet égard un rôle déterminant, en permettant la multiplication de microcontacts successifs.

Ils prennent la forme d'interactions spontanées ou de micro-entretiens d'une durée approximative de cinq à quinze minutes, pouvant survenir à différents moments du séjour hospitalier des patients·es. Ces échanges ne sont ni planifiés ni formalisés, mais ils s'inscrivent dans le quotidien de l'hospitalisation. Ces interactions répétées participent progressivement à la construction du lien, sans nécessiter d'engagement immédiat de la part des patients·es. Les pairs-aidants·es initient peu eux-mêmes ces rencontres. Ils adoptent une posture de disponibilité, attentive au rythme et à l'autonomie des patients·es, laissant l'initiative de la demande à ces derniers·ères.

Ces échanges se déroulent principalement dans les espaces de vie de l'unité, comme le salon, la cuisine, la terrasse ou le jardin, ainsi que lors d'activités partagées, comme le baby-foot. Ces contextes non médicaux favorisent l'amorce de la rencontre et créent des conditions propices à des échanges plus horizontaux, distincts des cadres de soins formels. Ils permettent aux patients·es d'aborder des sujets personnels dans un environnement perçu comme moins contraignant et peuvent donner suite à des entretiens informels.

« Au salon, des patients·es demandent à la PAA si elle veut faire une partie de baby-foot, elle dit qu'il manque des joueurs, alors elle va demander à d'autres patients·es s'ils



voudraient faire une partie. Un des patients-es assis sur un canapé commence à parler avec la PAA et rapporte avoir regardé la veille un film comportant des scènes de consommation de whisky. Il indique, que depuis la première fois depuis son hospitalisation, il a eu envie de reconsommer, indiquant la scène du film comme un déclencheur de consommation »

(Observation UHMA, octobre 2025)

Les contenus abordés au cours de ces échanges, selon ce que les pairs-aidants-es rapportent, sont variés et étroitement liés aux préoccupations immédiates des patients-es. Il peut s'agir de difficultés actuelles en lien avec la consommation ou l'hospitalisation, de questionnements autour des ressources disponibles, de craintes liées à la sortie, de stratégies de prévention de la rechute, ou encore d'interrogations concernant le parcours de rétablissement des pairs-aidants-es eux-mêmes. Des questions comme : « Qu'est-ce qui vous a donné envie d'arrêter ? » ou « Comment avez-vous fait ? » reviennent fréquemment, témoignant de la place centrale du partage d'expérience dans ces interactions.

Les échanges informels jouent également un rôle de préambule à des entretiens plus approfondis. En ouvrant un espace de parole sans engagement formel, ils permettent d'instaurer un climat de confiance susceptible de déboucher, dans certains cas, sur un suivi ultérieur. Toutefois, ces échanges peuvent rester ponctuels et ne pas donner lieu à une continuité relationnelle, notamment lorsque le·a patient·e ne souhaite pas aller plus loin ou ne se sent pas prêt·e à s'engager dans une démarche plus structurée.

Sur le plan quantitatif, ces moments d'échanges informels, tout comme les prises de contact spontanées avec les patients-es, sont difficilement mesurables et restent en grande partie non comptabilisés dans les outils de suivi existants. Les chiffres présentés dans ce rapport ne sauraient donc être interprétés comme le reflet exhaustif de l'activité des pairs-aidants-es, dont une part significative demeure invisible aux indicateurs quantitatifs.

Les observations montrent que certains échanges se poursuivent après la sortie de l'hôpital, sous forme de courriels, d'appels téléphoniques ou de discussions informelles. Ces contacts contribuent à la continuité du lien au-delà du temps de l'hospitalisation, sans être systématiquement intégrés aux données quantitatives disponibles.

Entretiens de pairémulation

La notion d'entretien de pairémulation, traduit du terme anglo-saxon « peer-consulting » met en lumière une particularité spécifique de l'entretien mené par des pairs-aidants-es, qui se distingue des équipes médico-soignantes par la mobilisation de l'expérience vécue et de l'émulation mutuelle comme leviers pour aborder la question du rétablissement. Elle est préférée au terme d'« entretien clinique », pour créer une catégorie avec un outil propre à l'activité des pairs-aidants-es, permettant de mettre en avant leur plus-value dans un système déjà très clinique.

Les entretiens de pairémulation constituent une modalité d'intervention qui s'inscrit dans une démarche d'accompagnement personnalisé visant à soutenir les personnes dans leurs réflexions, leurs démarches et leurs projections autour de leur parcours de rétablissement. Contrairement aux échanges informels, ces entretiens reposent sur un cadre structuré et une temporalité dédiée, permettant un travail d'accompagnement plus approfondi. Ils ne s'inscrivent pas dans une logique d'évaluation clinique ou de décision thérapeutique, mais



dans un espace de réflexion et de soutien centré sur l'expérience vécue et les ressources de la personne.

Les données présentées dans cette section reposent à la fois sur des observations lors de présence à des entretiens de pairémulation et sur l'analyse des résultats quantitatifs obtenus des outils de suivi (voir [chapitre B Méthodologie](#))

Modalités et cadre des entretiens

Les entretiens individuels sont des temps planifiés, d'une durée généralement comprise entre trente minutes et une heure. Ils se déroulent le plus souvent en tête-à-tête entre le·a pair-aidant·e et le·a patient·e, bien qu'il puisse arriver, de manière rare, qu'un·e proche soit présent·e à la demande de la personne accompagnée.

La temporalité et la fréquence des entretiens sont souples et s'adaptent à la disponibilité des patients·es ainsi qu'à la dynamique relationnelle qui se construit dans le temps. Cette souplesse constitue une caractéristique centrale de cette modalité d'intervention.

Dans la grande majorité des cas, les entretiens sont sollicités à l'initiative des patients·es eux-mêmes. Dans un second cas, les demandes peuvent également émaner des équipes soignantes (infirmiers·ères et médecins) lorsqu'un besoin spécifique est identifié ou à la demande du patient lui-même. Dans cette situation, l'entretien a lieu sans nécessité qu'un échange informel préalable ait pu s'établir.

Fréquences des entretiens et nombre de patients·es

Lors du démarrage du projet, le dispositif prévoyait une activité pouvant aller jusqu'à quatre patients·es accompagnés·es par jour et par pair-aidant·e. Cette projection s'est toutefois révélée irréaliste au regard des conditions nécessaires à l'établissement d'un lien relationnel de qualité.

Face à ces limites, un cadre formel a été progressivement introduit dans le cahier des charges du dispositif afin de mieux réguler l'activité et de prévenir les situations de surcharge. Ce cadre prévoyait notamment :

- Un bilan systémique à l'issue de quatre entretiens, permettant d'établir un premier lien de confiance, de clarifier le rôle et les modalités d'accompagnement du·de la pair-aidant·e, de coconstruire avec le patient·e des objectifs cohérents avec son projet de soins, et d'éviter un accompagnement qui s'étirerait sans direction, perdant ainsi sa pertinence thérapeutique.³
- La réalisation d'un bilan partagé à l'issue de ces entretiens ;
- une clarification des suites possibles de l'accompagnement (poursuite avec un·e pair-aidant·e, relais par un·e soignant·e ou orientation vers le réseau).

Toutefois, les observations de terrain et l'analyse des données montrent que ce cadre est resté partiellement appliqué. En pratique, la réalisation systématique d'un bilan partagé à l'issue de quatre entretiens est rare. Elle peut en partie s'expliquer par un contexte institutionnel

³ Cette étape a été souvent mal comprise par les pair-aidants·es. Elle est pourtant nécessaire pour légitimer le rôle du pair en l'inscrivant dans un processus réflexif de prise en charge, où son analyse de la situation et ses moyens d'action sont mobilisés pour soutenir activement le projet du patient.



particulièrement perturbé, marqué par la dissolution du dispositif ELMA et le déménagement vers l'UHMA. Ces transitions ont pu générer des ruptures organisationnelles, des incertitudes sur les rôles et une charge cognitive accrue pour les équipes, rendant difficile l'ancrage de nouveaux protocoles. Il se peut aussi que ce cadre de 4 séances avec restitution soit peu adapté au contexte hospitalier, aux besoins des patients, aux modalités d'interactions flexibles observées. Plus que le cadre, c'est probablement les fonctions des interactions et les dynamiques de soutien relationnel qui jouent un rôle central.

Sur la période d'août 2025 à mars 2026, les données issues des outils de suivi font état de 99 entretiens de pairémulation conduits auprès de 67 patients-es distincts-es.⁴ Ces chiffres couvrent huit mois d'activité (dont les six premiers avec deux pairs-aidants-es, et les deux derniers avec un-e seul-e). Ramenée à l'échelle individuelle, l'activité représente en moyenne de 7-8 patients-es différents-es par mois et par pair-aidant-e (soit un taux d'activité de 40 % par pair-aidant-e, équivalent à deux jours de présence par semaine). Rapportée à un équivalent temps plein (100 %), l'activité représente environ 19 patients-es (entre 18 et 19) par mois et par pair-aidant-e.

Du côté des patients-es, la moyenne est de 2,7 entretiens par patient-e, mais la médiane de 1 révèle que pour plus de la moitié d'entre eux-elles, la rencontre est restée unique. Cette distribution asymétrique reflète deux réalités coexistantes : une majorité de contacts ponctuels, liés à la brièveté des séjours, à une sortie rapide ou à l'absence de demande renouvelée ; et une minorité de suivis dans la durée, où le lien de confiance a pu s'établir progressivement.

Les données quantitatives montrent que les premiers entretiens sont majoritairement consacrés à l'instauration de la relation, et que le travail d'accompagnement proprement dit s'engage le plus souvent au-delà des premières rencontres. Comme l'exprime l'un des pairs-aidants-es :

« Le travail se fait après les premiers entretiens une fois que la relation de confiance est suffisamment établie. »

(Entretien PAA, décembre 2025)

Types de soutiens proposés

Afin de caractériser les formes de soutien mobilisées lors des entretiens de pairémulation, l'analyse s'appuie sur une catégorisation issue des outils de suivi. Cette catégorisation est elle-même inspirée des quatre formes de soutien au rétablissement décrites par la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2023), le soutien émotionnel, le soutien informationnel, le soutien instrumental et le soutien relationnel⁵. Les données issues des

⁴ La période débute en août 2025, date de déploiement de la première version du Template. Ces 99 entretiens correspondent uniquement aux entretiens de pairémulation formellement enregistrés : ils ne reflètent pas l'ensemble de l'activité des pairs-aidants-es, dont une part importante (prises de contact informelles, échanges spontanés, présence relationnelle) n'a pas fait l'objet d'un suivi systématique et reste donc non comptabilisée.

⁵ 1. Le soutien émotionnel s'exprime à travers une écoute active, d'empathie et de bienveillance. Il permet d'encourager et responsabiliser les patients-es dans leur démarche de rétablissement, de les soutenir dans la définition de réalisation de leurs objectifs personnels et d'inspirer un sentiment d'espoir. 2. Le soutien informationnel repose sur le partage de connaissances, d'informations et de repères issus à la fois de l'expérience de rétablissement. Les échanges peuvent porter sur les effets physiques et psychiques de l'usage de substances, sur la compréhension de l'addiction comme maladie chronique ou encore sur les stratégies permettant de soutenir le changement après l'hospitalisation. 3. Le soutien instrumental est défini comme une aide pratique en matière de logement, de transport et d'accès à des biens de premières nécessité. 4. Le soutien relationnel, entendu comme un soutien à l'affiliation, vise à rompre l'isolement en mettant en lien la personne en rétablissant vers des groupes



templates remplis par les pairs-aidants-es montrent que, dans le cadre du projet pilote, trois types de soutien sont mobilisés de manière récurrente et lors des entretiens de pairémulation : le soutien émotionnel, le soutien informationnel et le soutien relationnel, auxquels s'ajoutent des formes d'aide ponctuelle au PCC ainsi que des actions d'*advocacy*. Il est par ailleurs fréquent qu'un même entretien mobilise plusieurs types de soutien simultanément. En revanche, le soutien instrumental n'est que peu présent dans les pratiques observées, car ce sont des tâches dédiées à la travailleuse sociale du service.

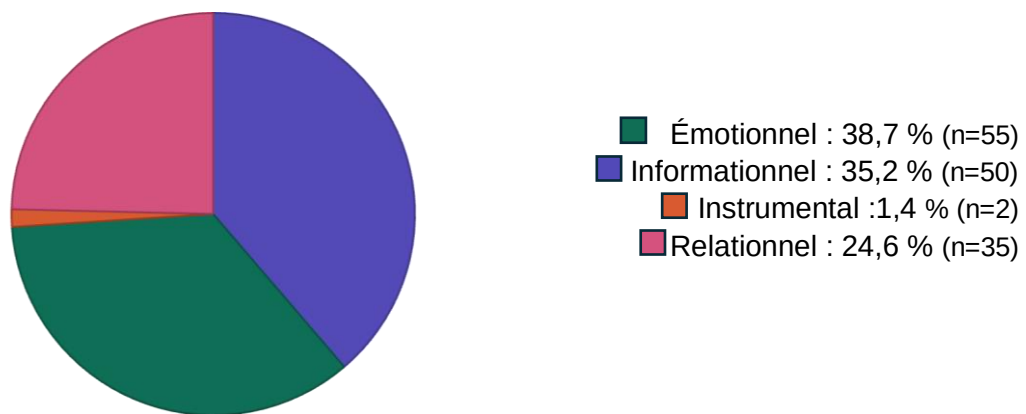


Figure 2. Répartition quantitative des quatre types de soutiens mobilisés durant les entretiens de pairémulation⁶

La répartition des types de soutiens confirme et nuance à la fois ce que les observations de terrain suggèrent. Le soutien émotionnel domine légèrement (38,7 %), suivi de près par le soutien informationnel (35,2 %). Ces deux formes représentent ensemble près des trois quarts de l'activité, ce qui reflète bien la double fonction des entretiens de pairémulation : créer un espace d'écoute et d'accueil émotionnel tout en orientant les patients-es vers des ressources, des droits ou des dispositifs qu'ils-elles ne connaissent pas toujours. Le soutien relationnel (24,6 %) occupe une place significative, et sa présence distincte dans la catégorisation mérite une attention particulière : il renvoie aux actions visant à (re)tisser des liens, avec le réseau, la famille, les pairs, ou les institutions, et illustre la fonction de passerelle que jouent les pairs-aidants-es entre l'hôpital et le monde extérieur. Le soutien instrumental est quasi absent (1,4 %), ce qui s'explique structurellement : ces tâches relèvent du rôle de la travailleuse sociale du service. Sa présence résiduelle suggère néanmoins que la frontière des rôles, bien que claire dans les textes, peut être ponctuellement franchie dans la pratique.

Au-delà de leur fréquence respective, ces différentes formes de soutien ont également été mises en relation avec le ressenti rapporté à l'issue des entretiens. Ce ressenti, défini comme la qualité globale de l'interaction ressentie par le·a pair-aidant·e, a été coté sur une échelle à quatre niveaux (1 = moyen, 2 = bon, 2,5 = bien, 3 = très fluide). Les figures suivantes présentent la distribution des scores observés ainsi que les statistiques descriptives associées pour chaque type de soutien.

d'entraide ou des espaces collectifs. Il s'observe notamment lorsque les pairs-aidants présentent aux patients-es des communautés de rétablissement existantes, comme des groupes d'entraides (NA, AA, CA). (SAMHSA, 2023 ; Reif et al., 2014).

⁶ Chiffres issus de la version 1.2 septembre-mars 2026

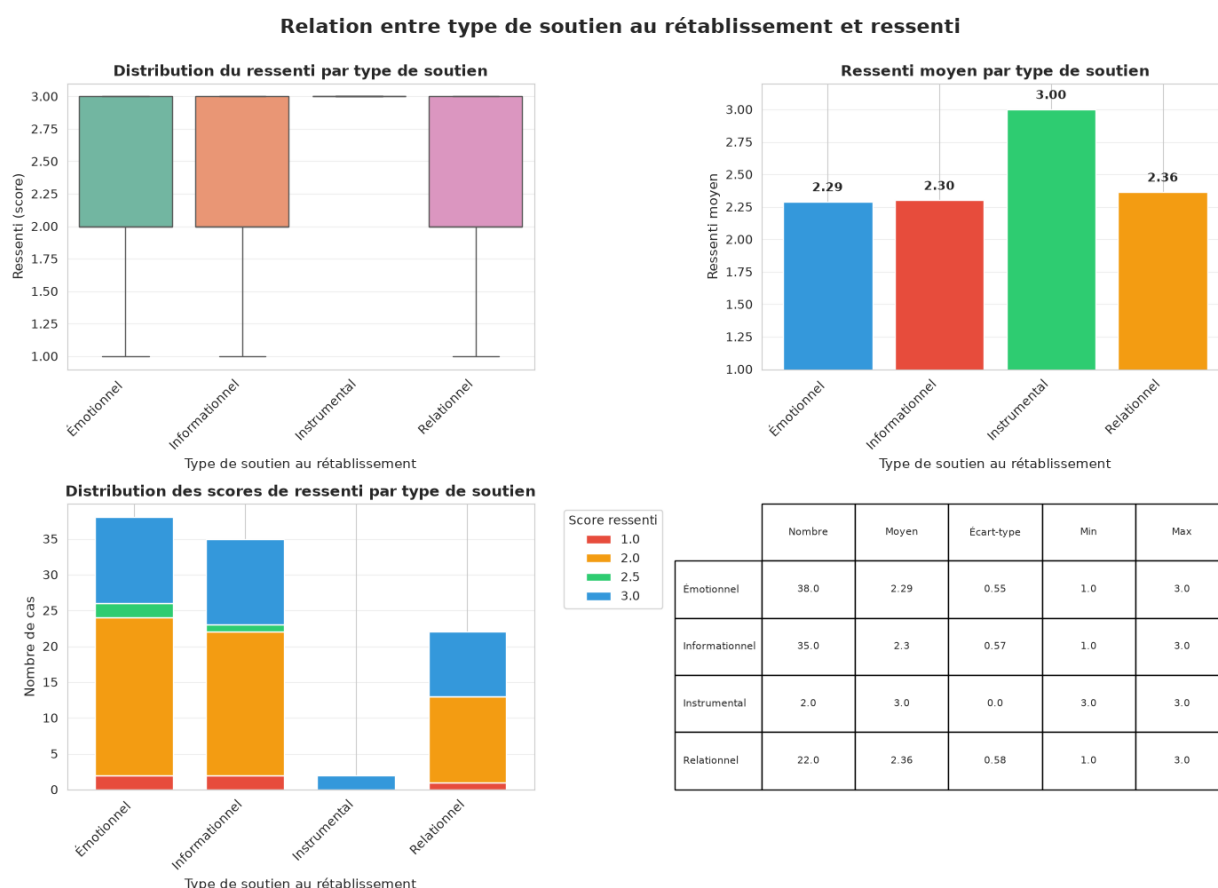


Figure 3. Relation entre le type de soutien au rétablissement et le ressenti rapporté par les pairs à l'issue des entretiens de pairémulation

Ces soutiens ont été rencontrés auprès de 38 patients-es distincts-es, certains-es ayant été vus-es à plusieurs reprises, donnant 51 entretiens de pairémulation sur la période⁷. Ces tableaux permettent de nuancer la lecture purement quantitative de la répartition des soutiens : un type de soutien peu mobilisé n'est pas nécessairement moins porteur sur le plan relationnel.

Le ressenti moyen apparaît globalement élevé et relativement homogène entre les trois principales formes de soutien (émotionnel : 2,29 ; informationnel : 2,30 ; relationnel : 2,36), ce qui suggère qu'aucune de ces modalités ne se distingue nettement des autres en matière de qualité perçue de l'échange. Le soutien instrumental, bien que peu proposé dans les pratiques (n=2, soit 1,4 % des situations), affiche pour sa part un ressenti maximal (3,00) sur les deux occurrences recensées ; un effectif aussi réduit invite toutefois à ne pas en tirer de conclusion généralisable, et confirme surtout son caractère exceptionnel plutôt qu'un effet propre à ce type de soutien.

⁷ Sur les 99 entretiens réalisés (août à mars), seuls 51 ont pu être exploités quantitativement, auprès de 38 patients-es distincts-es. Deux raisons expliquent cet écart : d'une part, les questions relatives au ressenti n'ont été introduites qu'à partir de la version 3 du template (en octobre) ; d'autre part, certaines fiches incomplètes sur ces variables ont dû être écartées. Par ailleurs, un entretien ne correspond pas nécessairement à un seul soutien : plusieurs formes de soutien peuvent être mobilisées au cours d'une même rencontre, ce qui explique que le nombre total de soutiens recensés soit supérieur au nombre d'entretiens.



Au-delà de ces moyennes, la distribution des scores montre une prédominance des ressentis favorables (scores de 2 et 3) pour l'ensemble des catégories de soutien. Quelques évaluations plus mitigées (score de 1) sont néanmoins observées dans les soutiens émotionnels, informationnels et relationnels. Cette dispersion limitée, mais constante des appréciations, alors même que les moyennes demeurent très proches d'un type de soutien à l'autre, suggère que l'expérience vécue par les pairs-aidants·es dépend moins de la nature du soutien mobilisé que des caractéristiques propres à chaque rencontre qui pourraient être: contexte de l'échange, moment du parcours de rétablissement, qualité de l'alliance ou adéquation entre le besoin exprimé et la réponse apportée, confiance perçue quant à son intervention, les états émotionnels des personnes en interaction.

C.3. Effets relationnels observés : alliance, parole et autonomie

Les données qualitatives issues des observations de terrain mettent en évidence des effets relationnels spécifiques associés à la pair-aidance en milieu hospitalier. Ces effets ne relèvent pas uniquement des modalités d'intervention mises en œuvre, mais de la nature du lien qui se construit entre pairs-aidants·es et patients·es. Ils concernent la qualité de l'alliance, les registres de parole mobilisés, la manière d'aborder des thématiques sensibles et la continuité du rétablissement au-delà de l'hospitalisation.

C.3.1 Alliance par les pairs : réduction de la distance et légitimité du vécu

Les observations montrent que les pairs-aidants·es parviennent à instaurer une alliance relationnelle avec les patients·es. Cette alliance semble se construire principalement à partir de l'expérience vécue partagée, qui constitue un levier central d'entrée en relation. Cette proximité perçue semble faciliter l'entrée en relation et la mise en confiance, en réduisant la distance symbolique souvent associée aux figures professionnelles du soin. Elle contribue à créer un cadre relationnel dans lequel la parole peut circuler plus librement, sans que le patient ne se sente immédiatement assigné à une position de malade ou d'usager de soins.

La solidité de cette alliance se manifeste également par des demandes ciblées, adressées aux pairs-aidants·es identifiés·ées, y compris après la sortie de l'hôpital. Ces sollicitations personnalisées indiquent que le lien établi occupe une place spécifique dans le parcours de soins des patients·es.

Les observations montrent que les pairs-aidants·es ajustent la distance relationnelle au cours des interactions, notamment à travers le recours au tutoiement ou au vouvoiement. Les pratiques observées ne sont pas uniformes entre les pairs-aidants·es. Le recours au tutoiement ou au vouvoiement varie selon les personnes, sans qu'une modalité apparaisse comme dominante ou prescrite. Les observations montrent également que ces choix relationnels s'ajustent aux réactions et aux attentes perçues des patients·es, suggérant une coconstruction de la relation.

Le tutoiement est mobilisé comme un registre relationnel ordinaire, permettant d'inscrire l'échange dans une interaction moins formalisée et moins marquée par les codes institutionnels du soin. Il ne remet pas en cause l'existence d'un cadre, mais vise à limiter une



relation perçue comme asymétrique. Le vouvoiement est également utilisé, sans pour autant traduire une posture professionnelle ou hiérarchique, mais comme une manière de maintenir une distance relationnelle jugée nécessaire par le·a pair-aidant·e, tout en ne renforçant pas une représentation misérabiliste des personnes souffrant d'addictions :

« Je me suis rendu compte qu'on a tendance à tutoyer plus facilement les personnes souffrant d'addictions que les autres malades. »

(Entretien PAA, octobre 2025)

Dire la rechute

Les pairs-aidants·es abordent régulièrement des thématiques associées au sentiment de honte et de culpabilité, telles que le déni, la codépendance, les comportements d'évitement ou les dynamiques familiales. Ces sujets sont traités de manière explicite et contextualisés, à partir d'exemples concrets issus de leur expérience vécue, ce qui contribue à rendre ces difficultés plus dicibles et moins stigmatisantes.

Dans ce cadre relationnel, la rechute semble plus facilement abordée avec un·e pair-aidant·e qu'avec un·e soignant·e. Une situation observée illustre cette dynamique :

« Le patient nous indique avoir confié sa rechute pour la première fois à la PAA présente avant d'en parler à un soignant. Il décrit avoir rencontré davantage de difficultés à aborder cette question dans un cadre qu'il associait à l'évaluation et au suivi thérapeutique, et avoir eu besoin de plus de temps pour en parler avec un soignant. »

(Observation entretien de pairémulation, novembre 2025)

Cette proximité relationnelle s'appuie également sur une manière de mobiliser un vocabulaire issu de l'expérience vécue des consommations. Cet usage d'un langage perçu comme plus concret et plus ajusté apparaît particulièrement saillant lors d'échanges portant sur les substances, les dosages ou le rapport aux traitements. Sans opposer frontalement les savoirs, on observe que la familiarité des pairs-aidants·es avec les substances psychoactives permet d'affiner la compréhension de la situation. Les observations recueillies montrent que cette familiarité avec les pratiques et les effets des produits contribue à renforcer le sentiment de reconnaissance et de légitimité du vécu des patients·es, en contraste avec des expériences antérieures parfois marquées par un sentiment d'incompréhension ou de décalage avec les professionnels·les de santé :

« La dame assît à côté me dit qu'elle se sent bien ici, et que oui, pouvoir avoir des gens qui connaissent les substances, c'est important. Que, dans d'autres institutions, elle était "en errance médicale" parce qu'elle consomme de la kétamine et que beaucoup d'infirmières le confondent avec les effets de la cocaïne "alors que ça n'a rien à voir" ! Elle sent qu'ici, les professionnels savent un peu plus de quoi ils parlent, même si parfois on sent des lacunes. Elle ajoute qu'une personne lui a conseillé cet endroit pour se sevrer, car ils connaissent quand même bien les effets de la kétamine. »

(Observation salon UHMA octobre 2025)

Ce témoignage met en lumière comment la pertinence de l'accompagnement repose aussi sur une connaissance fine des substances. La présence de pairs-aidants·es, ou de professionnels·les formés à ces réalités, permet de combler un vide informationnel. En validant la spécificité de son expérience (ici en distinguant clairement les effets de la kétamine de ceux de la cocaïne), le·a pair-aidant·e ne se substitue pas à l'équipe soignante, mais il sécurise la relation de soin. Le patient n'a plus à faire un travail pédagogique constant pour expliquer sa



réalité ; il peut enfin s'appuyer sur cette compétence partagée pour avancer dans son projet de rétablissement.

Si la proximité relationnelle et la mobilisation du savoir expérientiel constituent des atouts majeurs de la pair-aidance, elles appellent également à une vigilance accrue. Le risque principal réside dans une projection inconsciente de la trajectoire du·de la pair-aidant·e sur celle de la personne accompagnée, sous l'hypothèse erronée que des vécus similaires impliquent des besoins ou des solutions identiques. Cette tension est clairement identifiée par un médecin interrogé en février 2026, qui souligne l'importance de ne pas transformer son expérience en modèle prescriptif :

« Je ne sais jamais ce qui va marcher pour telle personne. Et puis, quand on travaille avec ce modèle motivationnel, on est très surpris de voir quelle est la bonne recette et la bonne solution pour cette personne-là. Par exemple, il y a des gens qui vont réduire leur consommation avec des trucs un peu bizarres, avoir toutes sortes d'idées comme ça, expérimenter des trucs. Et puis, si vous, vous êtes sûr de savoir ce qui marche, puis vous dites "non, non, non, c'est pas ça qu'il faut faire", alors à ce moment-là, vous pourriez vous retrouver dans une relation où il faut surtout pas dire aux patients comment ils doivent faire. [...] C'est-à-dire qu'elle a des idées très claires sur comment il faut faire. Alors que moi, j'ai pas des idées très claires parce que précisément, je pense qu'il faut que la personne soit créative, il faut qu'elle soit active, il faut qu'elle décide pour elle, il faut qu'elle ait l'impression qu'elle trouve la solution, et puis qu'elle soit soutenue. Les conseils, c'est pas bon. [...] »

(Entretien avec un médecin SMA, février 2026)

Choix et réciprocité : restaurer l'autonomie du patient

Dans le parcours de soins habituel, les interlocuteurs sont le plus souvent désignés par l'organisation institutionnelle, laissant peu de place à la préférence du patient. À l'inverse, la relation de pair-aidance introduit une dynamique rare et précieuse : le choix réciproque. Les patients·es rencontrés·es soulignent l'importance cruciale de pouvoir sélectionner le·a pair-aidant·e avec qui ils souhaitent échanger, mais aussi de se sentir choisis·es par lui en retour. Cette possibilité est décrite comme rare dans leur parcours de soins, où les interlocuteurs·rices sont le plus souvent désignés·es par l'organisation institutionnelle. Cette réciprocité transforme la relation, qui n'est plus vécue comme imposée, mais comme volontaire, et contribue à renforcer le sentiment d'autonomie, d'autodétermination et de légitimité des patients·es. Ce point est d'autant plus fondamental, car il intervient dans un contexte pathologique où la notion de choix est souvent altérée par la maladie, voire confisquée par les institutions (ordre médical ou légal).

Cette dimension de choix réciproque trouve un écho dans les données quantitatives recueillies par les pairs aidant.e.s sur l'origine de la sollicitation.



Relation entre initiateur de rencontre et ressenti

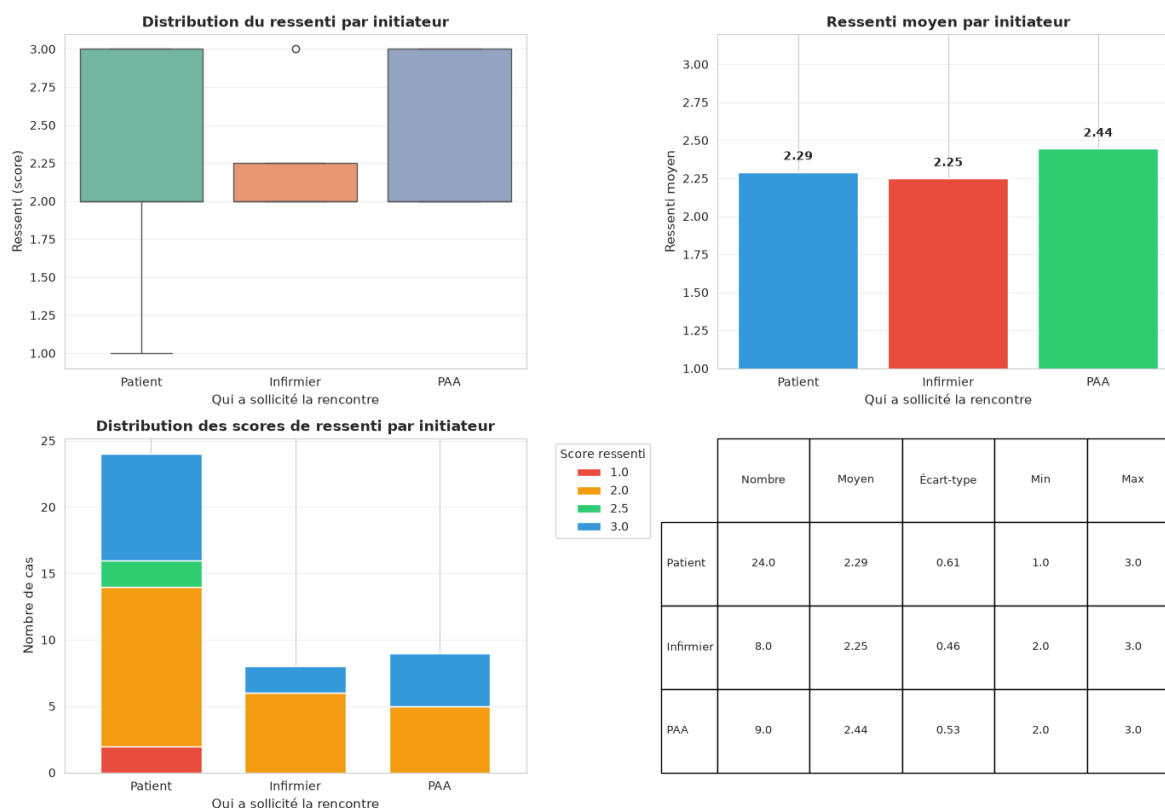


Figure 4 : Relation entre l'initiateur de la rencontre (le·a patient·e, l'infirmier·ère ou le·a pair-aidant·e) et le ressenti rapporté à l'issue des entretiens par les pairs-aidants·es

Sur l'ensemble des situations renseignées (n=41), la rencontre est très majoritairement initiée par le patient lui-même (n=24), contre un nombre plus restreint de sollicitations émanant d'un·e infirmier·ère (n=8) ou de l'équipe de pair-aidance (n=9). Cette répartition confirme, à l'échelle quantitative, la posture de disponibilité plutôt que d'initiative : ce sont les patients·es qui, dans la grande majorité des cas, sollicitent la rencontre.

Le ressenti rapporté à l'issue de ces échanges, évalué sur une échelle à quatre niveaux (1 = moyen, 2 = bon, 2,5 = bien, 3 = très fluide), reste globalement élevé, quel que soit l'initiateur de la rencontre, avec toutefois une nuance notable : le ressenti moyen est légèrement supérieur lorsque c'est le·a pair-aidant·e qui initie l'échange (2,44), comparé aux sollicitations venues du patient (2,29) ou de l'infirmier·ère (2,25). Cet écart, mesuré sur un nombre de situations restreint (n=9 pour les initiatives des pairs-aidants), ne permet pas d'établir une relation causale robuste, mais suggère que la qualité perçue de l'échange ne dépend pas uniquement du fait que la demande émane spontanément du patient. Il rappelle aussi que les rares initiatives prises par les pairs-aidants·es ne sont pas pour autant moins bien reçues : lorsqu'elles ont lieu, elles semblent s'inscrire dans des situations où le·a pair-aidant·e identifie l'opportunité ou la pertinence d'une rencontre au regard du contexte observé.

On notera enfin que la dispersion des scores est plus resserrée pour les sollicitations émanant des infirmiers·ères (écart-type de 0,46, contre 0,53 pour les pairs-aidants·es et 0,61 pour les patients·es), ce qui suggère un ressenti plus homogène, sans qu'il soit toutefois possible de déterminer avec certitude les mécanismes sous-jacents à cette différence compte tenu des



effectifs observés. Cette homogénéité pourrait néanmoins refléter le fait que ces sollicitations interviennent dans des situations où un besoin a déjà été repéré et partagé par l'équipe soignante.

Les espaces informels (comme les couloirs, les lieux de vie, les ateliers ou les activités partagées) constituent des cadres privilégiés pour l'émergence et le développement de cette relation. Les observations montrent que ces contextes favorisent un engagement progressif, sans injonction explicite à la parole, et permettent des interactions moins formalisées, plus proches des modes relationnels ordinaires. C'est dans ce contexte que certains·es patients·es engagent, parfois de manière indirecte ou progressive, des conversations plus personnelles, ou sollicitent ultérieurement un échange plus approfondi avec un·e pair-aidant·e.

C.3.2 Continuité post-hospitalière

Les données recueillies montrent que de nombreux échanges se poursuivent après la sortie de l'hôpital, sous forme de courriels, d'appels téléphoniques ou de discussions informelles. Les demandes de coordonnées des pairs-aidants·es transitent fréquemment par le réseau infirmier ou s'effectuent lors de contacts directs, ce qui témoigne de la valeur accordée à cette relation au-delà du temps d'hospitalisation.

Cette continuité du lien apparaît comme un soutien important dans l'ancrage du processus de rétablissement dans la durée. Elle s'accompagne toutefois d'enjeux relationnels spécifiques nécessitant une vigilance constante. Les pairs-aidants·es identifient rapidement les risques d'attachement excessif ou de codépendance, qu'ils reconnaissent notamment à partir de leur propre expérience. Ces situations donnent lieu à des ajustements de posture, visant à maintenir une juste distance relationnelle, à soutenir l'autonomie des patients·es et à encourager l'orientation vers d'autres ressources du réseau de soins ou de soutien.

Par ailleurs, les séances de supervision font émerger des limites structurelles liées aux modalités de communication mobilisées dans la relation avec les patients·es, en particulier en ce qui concerne l'adéquation des outils institutionnels mis à disposition. Les téléphones professionnels attribués aux pairs-aidants·es s'avèrent peu adaptés aux usages effectifs observés sur le terrain, en partie car ils ne permettent pas l'installation d'applications de messagerie instantanée (comme WhatsApp). Les pairs-aidants·es eux-mêmes les identifient comme des solutions potentielles pour assurer une plus grande souplesse et une continuité dans le lien lors des phases de transition post-hospitalière. Cependant, cette aspiration à utiliser de tels outils se heurte à des impératifs déontologiques majeurs soulignés lors des supervisions. Ces plateformes ne garantissant pas la confidentialité requise pour des échanges entre patients·es et pairs-aidants·es, et posent un problème dans le respect du secret professionnel. La recommandation qui émerge est de cantonner ce type d'outil physique ou téléphonique sécurisé (tout en déployant des solutions institutionnelles conformes — chiffrées et hébergées localement).



C.4. Relations avec les équipes soignantes : entre reconnaissance et limites de coconstruction

Les données qualitatives issues des observations de terrain, de l'analyse documentaire et des entretiens menés dans le cadre du projet mettent en évidence une évolution progressive des relations entre les pairs-aidants-es et les équipes soignantes. Ces relations ne se construisent ni de manière immédiate ni de façon homogène. Elles s'inscrivent dans des ajustements, où coexistent une reconnaissance ponctuelle de l'apport des pairs-aidants-es, des formes de collaboration situées, et des contraintes structurelles et organisationnelles persistantes qui limitent leur intégration au sein des équipes.

C.4.1 Reconnaissance du rôle des pairs-aidants-es

Les données recueillies mettent en évidence une dynamique évolutive marquée dans les relations entre pairs-aidants-es et soignants-es. Si la phase de déploiement initiale a été caractérisée par des réticences, des questionnements sur la légitimité des nouveaux venus et une certaine incertitude quant à leur place au sein de l'équipe, les interactions tendent ensuite à se fluidifier et à s'inscrire dans une collaboration positive.

Cette évolution se manifeste concrètement par l'appropriation de la pair-aidance par les professionnels-les eux-mêmes, qui deviennent alors des prescripteurs actifs de ce dispositif auprès des patients-es. Les professionnels-les intègrent ainsi la pair-aidance dans le « menu thérapeutique » proposé en consultation :

« On amène le menu des options possibles en disant vous pouvez faire ça, vous pouvez faire ça, vous pouvez faire ça. Moi, je ne sais pas ce qui est bien pour vous, mais je pense qu'il y a toutes sortes de possibilités. Et puis ça, c'est ce qui vient un peu pendant les premières consultations. Et puis, de ce point de vue là, la pair-aidance, ça fait partie de l'offre. »

(Entretien médecin SMA, février 2026)

La pair-aidance n'est pas perçue comme une activité périphérique, mais bien comme une option légitime parmi d'autres dans le parcours de soin.

Une infirmière interrogée illustre cette dynamique par deux situations concrètes dans lesquelles elle a orienté des patients-es vers les pairs-aidants-es : un patient fréquentant régulièrement les groupes NA et refusant tout suivi médical, et une patiente dans une situation complexe qui a bénéficié de constater que le parcours du-de la pair-aidant-e avait été « plus grave » que le sien, ce qui a restauré un sentiment d'espoir.

Les données recueillies auprès de cette infirmière permettent d'affiner cette reconnaissance en la situant dans une temporalité institutionnelle précise. L'arrivée des pairs-aidants-es en février 2025 a coïncidé avec une période de restructuration du service et une surcharge des équipes, générant des résistances initiales, notamment la crainte de devoir les encadrer et les « prendre sous leur aile ». Le déménagement du dispositif de l'ELMA vers l'UHMA a eu un effet déchargeant pour les équipes infirmières : la pair-aidance n'est plus perçue comme une obligation supplémentaire, mais comme un outil optionnel, que les professionnels-les peuvent solliciter selon leur évaluation clinique.



C.4.2 La pair-aidance comme traducteur culturel : évolution de la culture institutionnelle

Les observations recueillies suggèrent que la présence des pairs-aidants-es participe, de manière progressive et située, à une évolution de la culture institutionnelle au sein du service.

Plusieurs patients-es relèvent que les groupes d'entraide, tels que les AA, NA ou CA, sont peu abordés par les soignants-es dans le cadre des consultations. Cette relative méconnaissance apparaît également dans certaines situations observées, notamment lors d'un briefing au cours duquel des patients-es ont interrogé la signification de l'acronyme « NA », question à laquelle les infirmières intérimaires présentes n'ont pas su répondre. Ce jour-là, les pairs-aidants-es étaient absents. Dans ce type de configuration, leur rôle de médiation peut être supposé comme particulièrement saillant : ils sont susceptibles de traduire, reformuler ou recontextualiser des éléments liés au rétablissement à partir de leur connaissance des dispositifs d'entraide et de leur expérience du réseau communautaire.

Les pairs-aidants-es apportent également un éclairage complémentaire sur le réseau extra-hospitalier et les ressources communautaires, contribuant à enrichir la compréhension du cadre de soins auprès des équipes professionnelles (en particulier les professionnels-les intérimaires). Lors d'un briefing, un-e pair-aidant-e a mentionné la présence hebdomadaire d'un groupe de parole externe intervenant au PGE, information qui n'avait pas été annoncée par l'infirmier-ère intérimaire, alors même qu'elle figurait sur la feuille de planning. La semaine suivante, lors du briefing, l'interiminaire a, cette fois, annoncé la venue du groupe de parole. Cet exemple illustre moins une défaillance individuelle qu'une limite structurelle liée à l'instabilité des équipes et à la difficulté pour les professionnels-les temporaires de s'approprier pleinement les dynamiques du service, surtout lorsqu'elles reposent sur des routines non formalisées. Ce qui émerge ici, c'est la capacité du·de la pair-aidant-e à agir comme un point d'appui organisationnel, non pas en corrigeant les oublis, mais en réactivant des ressources existantes et en rendant visibles les dimensions communautaires du rétablissement. De plus, la légitimité du·de la pair-aidant-e se construit dans la capacité à proposer, coanimer et négocier sa place au sein des équipes. En ce sens, la contribution du·de la pair-aidant-e à l'institution participe à une reconfiguration douce des pratiques, où l'ouverture aux ressources externes devient des espaces de rencontre partagés, négociés et coconstruits avec l'équipe, plutôt que des responsabilités isolées. En rendant visibles des ressources extra-hospitalières ou en rappelant des dimensions communautaires du rétablissement, le·la pair-aidant-e *traduit* l'expérience vécue dans le langage institutionnel et inversement.

L'intégration des pairs-aidants-es révèle parfois un décalage culturel significatif entre le langage clinique institutionnel et l'expérience vécue des patients-es. Ce constat du langage et de l'ajustement au vécu de la consommation apparaît dans un entretien mené avec un-e patient-e et un-e pair-aidant-e :

« Au cours de l'entretien avec le PAA, le patient me dit que les questions sont menées différemment par les pairs-aidants-es que par les soignants-es. Il lui est arrivé d'être gêné par certaines questions posées par l'infirmière qui lui posait des questions sur la quantité d'alcool consommée en employant leur terme d'unité. Il a senti un décalage entre des questions hyperthéoriques et le vécu de sa consommation. »

(Observation pendant entretien avec PAA et patient octobre 2025)

La nécessité clinique de quantifier (par unités d'alcool) et la réalité subjective du·de la patient-e créent ici une distance relationnelle contre-productive, il évoque un malaise ressenti face à



certaines questions posées par une infirmière qu'il perçoit comme trop abstraite et trop théorique. C'est ici que réside une plus-value organisationnelle majeure des pairs-aidants-es qui peut être abordée par leur fonction de médiation directe auprès des équipes soignantes, et constituer un levier d'ajustement culturel au sein de l'institution.

Enfin, un.e infirmier.e souligne une plus-value relationnelle clairement identifiée dans les retours des patients-es :

« Le retour des patients-es renforce l'idée que les gens ont besoin de parler, et de choses plus larges que les symptômes ou ce qui les a amenés ici ».

(Entretien infirmière UHMA mars 2026)

Ces éléments suggèrent que la présence des pairs-aidants-es influe progressivement sur certaines représentations et pratiques professionnelles, participant à une évolution graduelle de la culture institutionnelle autour du rétablissement et de l'articulation entre soins hospitaliers et ressources communautaires.

C.4.3 La coanimation à l'épreuve : négociation des places et légitimité

Le projet a également donné lieu à des formes ponctuelles de collaboration entre pairs-aidants-es et soignants-es, qui mettent en lumière à la fois des possibilités de travail conjoint et les limites de leur formalisation.

Un exemple concerne un groupe de parole hebdomadaire existant au sein de l'hôpital, animé par un médecin interne. Un des pairs-aidants-es a formulé la demande sur la possibilité d'y être associé de manière plus active. Cette demande s'inscrit à la fois dans l'importance accordée par les pairs-aidants-es aux groupes de parole dans les processus de rétablissement et dans le constat que, en l'absence du médecin, le groupe de parole n'a pas lieu. L'implication souhaitée des pairs-aidants-es visait ainsi à renforcer la continuité de ces moments d'échanges collectifs et à en garantir l'accessibilité pour les patients-es.

Une première observation, réalisée en juillet 2025, montre une participation périphérique de la pair-aidance. La séance est animée par une personne du corps médical, le-a pair-aidant-e prenant place à ses côtés, face aux patients-es disposés-es en demi-cercle. Cette configuration distingue spatialement le-a pair-aidant-e et l'intervenant.e du reste du groupe. Si elle n'intervient pas directement dans l'animation, certains signes non verbaux témoignent néanmoins de son positionnement critique et expérientiel. Elle réagit, par exemple, lorsque le médecin évoque l'efficacité des postcures, en échangeant des regards avec une patiente. Elle m'exprimera par la suite ses réserves quant à ces dispositifs, perçus comme des lieux où la consommation de substances demeure présente. Le-a pair-aidant-e prend également la parole pour aborder les représentations genrées des consommations, en soulignant que les femmes consomment plus fréquemment de manière cachée, en lien avec des attentes sociales associées à la responsabilité familiale et au care, tandis que les hommes peuvent plus facilement consommer de manière visible, par exemple en terrasse. Ces interventions demeurent ponctuelles et ne s'inscrivent pas dans une place clairement définie au sein de l'animation du groupe. Elles illustrent une reconnaissance implicite de la parole expérientielle, sans que celle-ci ne soit pleinement intégrée comme ressource structurante au groupe de parole.



Une seconde observation, réalisée en août 2025, illustre une tentative de coanimation de la pair-aidant-e, à la suite d'échanges et d'un accord préalable avec les responsables du projet pilote. Sa présence est pensée comme une modalité complémentaire permettant de soutenir la continuité de ces espaces collectifs dans le processus de rétablissement des patients-es. Lors de cette séance consacrée à la prévention de la rechute, le-a pair-aidant-e se présente brièvement en évoquant son parcours de rétablissement, sans toutefois expliciter auprès du médecin sa volonté d'occuper une place de coanimation. Cette absence de verbalisation s'inscrit dans une difficulté à s'imposer dans un dispositif déjà structuré autour d'une figure médicale. Dans ce contexte, le médecin n'a pas l'opportunité de se positionner quant à cette éventuelle coanimation, ni même de prendre pleinement connaissance de la volonté du-de la pair-aidant-e d'occuper une place plus active au sein du groupe. Cette situation met en évidence une difficulté à expliciter et à négocier sa place dans les dispositifs collectifs hiérarchisés, dans lesquels la parole expérientielle peine à s'inscrire comme une ressource pleinement reconnue et structurante.

Une troisième observation, réalisée fin octobre 2025, met en évidence un déplacement du rôle du pair-aidant-e lorsque la coanimation du groupe de parole n'est pas formalisée. Après un entretien individuel avec un patient participant régulièrement au groupe, le-a pair-aidant-e l'accompagne à l'atelier. À l'arrivée, seuls le médecin et le patient sont présents. Le-a pair-aidant-e prend alors l'initiative d'aller informer de la tenue du groupe et chercher les nouveaux patients-es dans l'unité, ce qui conduit à la participation de sept patients-es supplémentaires. Elle ne participera toutefois pas au groupe de parole. Plus tard, l'on apprendra que les infirmiers-ères intérimaires n'avaient pas annoncé le groupe de parole au briefing ce même matin. Cette situation souligne le rôle actif du-de la pair-aidant-e dans la mobilisation des patients-es et dans la mise en œuvre effective du dispositif, tout en confirmant que cette contribution s'exerce en dehors d'un cadre formel de ses charges.

Ces éléments soulignent que la collaboration entre pairs-aidants-es et soignants-es s'appuie sur des équilibres relationnels fins et situés, dans lesquels la prudence des pairs-aidants-es apparaît comme une manière de composer avec des enjeux de légitimité et de positionnement, dans des dispositifs collectifs hospitaliers encore peu stabilisés.

C.5. Contraintes structurelles

Plusieurs contraintes structurelles influencent directement les conditions d'exercice des pairs-aidants-es et peuvent freiner leur intégration formelle au sein des équipes soignantes. Ces tensions relèvent à la fois du cadre statutaire (précarité, temps partiel), des modalités d'organisation du travail (plannings, absence de lieux dédiés) et de la dynamique parfois figée des équipes en place.

En dépit de ces contraintes institutionnelles, les pairs-aidants-es participent pleinement à la constitution de la dynamique d'équipe, au même titre que tout autre professionnel. Leur capacité à agir ne dépend pas uniquement de la reconnaissance formelle de leur statut, mais aussi de leur investissement quotidien, de leur présence sur le terrain et de leur aptitude à tisser des liens informels avec les soignants-es et les patients-es. Ainsi, si l'institution peut limiter leur *visibilité* administrative, elle n'entrave pas nécessairement leur *impact* réel sur la culture du service et la qualité des interactions.



C.5.1 Un statut hors catégorie : entre vide juridique et opportunité de regard

Le statut « hors catégorie » des pairs-aidants-es les place dans une position institutionnelle intermédiaire, ni pleinement intégrés-es aux équipes soignantes, ni clairement identifiés-es comme intervenants-es externes.

La problématique de leur intégration, et notamment l'absence systématique d'accès au dossier patient informatisé (SOARIAN), est plus complexe qu'une simple question de catégorie administrative. Elle renvoie avant tout à l'absence de reconnaissance légale d'une catégorie socioprofessionnelle spécifique pour la pair-aidance. Actuellement, il s'agit d'un statut professionnel en construction, qui ne permet pas encore une affiliation claire à une famille de métiers reconnue. Or, sans cette affiliation, il est difficile pour les institutions de les intégrer automatiquement comme des professionnels-les ayant un droit d'accès légitime aux données de santé. Ils doivent s'appuyer sur leur propre interprétation du cadre légal. Même engagés-es par un hôpital public (comme le CHUV) et soumis-es au secret de fonction des employés-es de l'État, les pairs-aidants-es n'ont pas d'accès au dossier patient. La solution la plus probable et la plus sécurisée réside dans la mise en place d'un accès restreint et ciblé, plutôt que dans une absence totale de droits ou un accès complet. Cette situation crée un parallèle intéressant avec d'autres corps de métier au sein de l'hôpital. Par exemple, un employé technique intervient en milieu sensible et est tenu à un devoir de réserve, mais n'a aucun accès aux données médicales des patients-es, même s'il est amené à interagir avec eux. De la même manière, la pair-aidance pourrait se voir attribuer un niveau d'accès proportionné à sa fonction spécifique, reconnaissant ainsi sa légitimité d'intervention sans pour autant lui conférer les mêmes droits qu'un-e soignant-e clinicien-ne.

Ce non-accès complique les transmissions avec les équipes soignantes et limite l'inscription du travail de pair-aidance dans les outils institutionnels. Les échanges entre pairs-aidants-es et soignants-es reposent dès lors principalement sur des transmissions orales ou informelles, rarement consignées. Cette absence de traçabilité formalisée contribue à une faible visibilité du travail réalisé par les pairs-aidants-es et complique l'articulation avec l'ensemble des professionnels-les impliqués-es dans le suivi des patients-es.

Si l'absence d'accès au dossier patient informatisé (SOARIAN) limite l'inscription du travail de pair-aidance dans les outils de transmission institutionnels, cette contrainte ne constitue pas nécessairement un frein opérationnel pour l'intervention elle-même. En réalité, la pertinence de la relation d'aide ne dépend pas de la connaissance préalable de l'historique clinique, mais plutôt de la clarification du champ d'intervention du pair et de son intégration dans l'équipe. Contrairement aux soignants-es qui doivent assurer la continuité des soins sur la base d'un historique médical, le-a pair-aidant-e s'inscrit dans une temporalité différente, centrée sur le présent et le projet d'avenir du patient. Cette position lui confère un avantage spécifique : celui d'un regard neutre, non biaisé par les diagnostics passés ou les étiquettes cliniques. Le patient peut ainsi être accueilli « là où il en est », sans que son histoire antérieure ne vienne prédéterminer la relation. Dès lors, si les échanges entre pairs et soignants-es reposent effectivement sur des transmissions orales ou informelles, cette absence de traçabilité formalisée dans le dossier médical ne signifie pas une absence de valeur. Elle reflète plutôt la nature spécifique de la pair-aidance, qui agit comme un complément aux soins cliniques plutôt que comme un prolongement administratif de ceux-ci. À l'instar d'autres professionnels-les de l'institution (comme les employés-es techniques ou administratifs) qui interagissent avec les usagers sans accéder à leur dossier médical, le-a pair-aidant-e s'appuie sur une légitimité



relationnelle et expérientielle, et non sur une légitimité technique liée à la maîtrise de l'information clinique.

Cependant, l'absence d'accès aux outils institutionnels ne touche pas uniquement la traçabilité du travail des pairs-aidants-es, mais peut aussi recréer une charge informationnelle asymétrique pour les soignants-es qui collaborent avec eux. L'infirmière de liaison interrogée décrit les feedbacks entre elle et les pairs-aidants-es comme se faisant principalement à l'oral, ce qui génère parfois des problèmes de communication. Elle évoque la charge que représente le fait de « courir après les informations » notamment dans des situations imprévues, comme l'absence pour maladie d'un-e pair-aidant-e sans qu'aucune information ne lui ait été transmise. Elle raconte que ce n'est :

« pas archi facile de collaborer avec des personnes qui n'ont pas accès aux outils ; une fois la personne était malade, je ne savais pas où elle était et personne ne m'avait mise au courant ».

(Entretien infirmière UHMA mars 2026)

C.5.2 Contraintes organisationnelles : temps partiel, visibilité et turnover

La qualité de l'intégration des pairs-aidants-es dans un milieu hospitalier ne dépend pas uniquement des postures individuelles ou des dynamiques interprofessionnelles, elle est aussi largement déterminée par les conditions structurelles dans lesquelles s'exerce le rôle. Cette section examine trois contraintes organisationnelles qui pèsent concrètement sur le dispositif : un taux d'activité limité à 40 %, qui contraint les arbitrages quotidiens et réduit la visibilité des pairs-aidants-es dans les espaces collectifs ; un turnover élevé des équipes soignantes, qui oblige à une réintroduction répétée du rôle et fragilise la continuité des relations de travail ; et des modalités d'intégration qui varient fortement selon les configurations organisationnelles.

Participation aux colloques et taux d'activité à 40 %

Si les pairs-aidants-es expriment une volonté de pouvoir bénéficier d'espaces d'échange plus réguliers et structurés avec les autres professionnels·les du service, leur participation à des colloques avec d'autres professionnels·les soignants-es demeure limitée. Elle s'explique par des difficultés à trouver pleinement leur place provenant d'un sentiment de décalage entre leur expertise expérientielle et les cadres d'échange institutionnels.

Leur participation limitée aux colloques s'explique également par leur taux d'activité fixé à 40 %. Ce temps de travail restreint, combiné à des incompatibilités horaires avec les temps institutionnels de coordination, limite concrètement leur présence dans ces espaces. Dans ce contexte, les pairs-aidants-es sont amenés-es à opérer des arbitrages entre différentes dimensions de leur activité. Comme l'exprime un-e pair-aidant-e :

« Le temps que je prends en colloque infirmier, c'est le temps que je ne prends pas avec les patients »

(Entretien PAA, décembre 2025)

Si cette priorisation renforce la disponibilité relationnelle auprès des patients-es, elle contribue également à une moindre visibilité du travail de pair-aidance dans les instances collectives et à une intégration limitée dans les dynamiques d'équipe.



Turn-over des équipes soignantes

Les observations montrent que le changement des équipes soignantes, notamment intérimaire, constitue une contrainte majeure pour l'intégration des pairs-aidants. Le recours fréquent à des infirmiers·ères intérimaires, ainsi que le renouvellement régulier des médecins assistants·es (tous les six mois à un an), contraignent les pairs-aidants·es à se présenter et à expliciter leur rôle de manière répétée auprès des nouveaux·elles professionnels·les, limitant la continuité des relations de travail et compliquant l'inscription durable de la pair-aidance dans le fonctionnement quotidien du service.

Cette situation crée une dynamique complexe : si l'adaptation à de nouveaux collègues est une difficulté partagée par tous, elle peut toutefois creuser un écart spécifique dans la perception de l'intégration. D'un côté, le·a pair-aidant·e cherche à consolider sa place ; de l'autre, l'infirmier·ère intérimaire est lui·elle-même en phase d'intégration dans un milieu inconnu, face à des acteurs qu'il·elle ne maîtrise pas encore. Cette superposition de situations précaires tend à marginaliser involontairement le·a pair-aidant·e, dont la fonction, moins codifiée que celle des soignants·es, risque d'être reléguée au second plan par un·e professionnel·le concentré·e sur sa propre prise de repères.

Dans ce contexte, certains·es professionnels·les méconnaissent l'existence ou la fonction des pairs-aidants·es. Leur présence n'est par ailleurs pas systématiquement annoncée lors des briefings du matin, ce qui entrave leur identification au sein des équipes :

« Lors du briefing, une infirmière intérimaire annonce la présence de l'aumônier, présent une fois par semaine, avant de conclure qu'“il n'y a rien d'autre d'important à annoncer”, alors même que la présence des pairs-aidants·es ce jour-là est connue et mentionnée dans les documents qu'elle tient en main. »

(Observation briefing, novembre 2025)

Cette absence de mention, bien qu'involontaire, contribue à une faible visibilité du rôle des pairs-aidants·es au sein du service. Mais la phrase montre également l'intégration des pairs-aidants·es dans les outils de planification du service, qui représente un signe institutionnel de la reconnaissance de leur rôle. L'écart entre cette reconnaissance sur le papier et leur invisibilité dans la pratique quotidienne illustre bien la distance qui peut exister entre l'intégration formelle et l'intégration réelle.

Modalités d'intégration contrastées selon les configurations organisationnelles

Les données recueillies montrent que les modalités d'intégration des pairs-aidants·es varient fortement selon les configurations organisationnelles dans lesquelles ils et elles exercent. L'intégration ne dépend ainsi pas uniquement des pratiques professionnelles ou des postures individuelles, mais s'inscrit étroitement dans le cadre institutionnel et organisationnel qui structure la pair-aidance.

Avant leur présence à Cery, les pairs-aidants·es intervenaient au sein d'une équipe mobile (ELMA), où leur rôle s'inscrivait dans un fonctionnement collectif déjà structuré. Cette inscription au sein d'une équipe clairement identifiée favorise une intégration directe dans les dynamiques de travail quotidiennes et facilite les collaborations avec les autres professionnels·les. Toutefois, cette proximité renforcée pouvait également générer des



tensions et des résistances liées aux logiques de hiérarchie, à la répartition des tâches ou à la définition claire des rôles :

« Si on était resté à l'ELMA, je ne sais pas ce qu'on aurait fait. Non, parce qu'on aurait travaillé un petit peu dans la résistance, un petit peu logistique. Et puis, possiblement, évidemment, les patrouilles auraient été plus compliquées à gérer par les uns que les autres. »

(Entretien avec infirmière UHMA, mars 2026)

À l'inverse, l'exercice du rôle de la pair-aidance dans un cadre plus autonome et distinct, comme à l'UHMA, s'est accompagné dans un premier temps d'un flou quant à la définition de leur rôle. Toutefois, cette relative autonomie semble avoir, à terme, limité certaines formes de résistance. Cette autonomie ne signifie pas une absence d'appartenance. Les pairs-aidants-es interviennent bel et bien au sein d'une équipe identifiée. On peut avancer l'hypothèse que c'est précisément leur rattachement hiérarchique et fonctionnel au SMA qui leur a permis de jouir d'une quiétude relative dans leurs interventions, les préservant des tensions directes avec les équipes soignantes. Ainsi, ce n'est pas tant l'autonomie en soi qui protège, mais la manière dont elle est institutionnellement encadrée.

De plus, il est important de ne pas idéaliser cette position. Le discours sur l'autonomie peut aussi exprimer une ambivalence propre aux pairs-aidants-es eux-mêmes, partagés-es entre le désir d'être reconnus comme membres à part entière de l'équipe (« dedans ») et la volonté de préserver leur spécificité et leur indépendance (« dehors »). Cette tension révèle un travail intégratif que les pairs doivent mener vis-à-vis de l'institution, mais aussi une relation ambiguë avec le formalisme institutionnel, une ambiguïté qu'ils ne sont d'ailleurs pas les seuls à éprouver.

Dès lors, le fait de ne pas être directement intégrés-es à une équipe soignante identifiée a permis aux pairs-aidants-es d'occuper une position plus clairement différenciée, réduisant les frictions liées aux rapports hiérarchiques ou à la distribution des responsabilités. L'autonomie relative du dispositif apparaît ainsi, sous certaines conditions organisationnelles, non pas comme un obstacle à l'intégration, mais comme un levier permettant de limiter certaines tensions et de soutenir une reconnaissance progressive du rôle des pairs-aidants-es, tout en laissant ouverte la question de leur rapport à long terme avec les structures formelles de l'institution.



D. DISCUSSION

D.1. Rappel synthétique des principaux résultats

Les résultats de ce travail s'organisent autour de trois constats qui structurent la discussion développée dans ce chapitre. Ils seront d'abord présentés de manière synthétique avant d'être approfondis dans les sections suivantes.

Le premier constat concerne le rôle des pairs-aidants-es dans la transition hôpital-communauté. Ils agissent comme des passeurs vers le réseau extra-hospitalier (vers les groupes d'entraide AA, NA, ressources communautaires) comblant des connaissances lacunaires au sein des équipes soignantes intérimaires. En plus de leur apport pendant la période d'hospitalisation, les pairs-aidants-es assurent une continuité humaine dans un système de soin structurellement discontinu.

Le deuxième constat est d'ordre paradoxal. Sur le plan institutionnel, le dispositif peine à s'inscrire dans les catégories administratives de l'hôpital : les pairs-aidants-es y exercent avec des contrats précaires et sans accès aux outils de coordination clinique informatique (tels que le dossier patient SOARIAN). Cette précarité statutaire n'est pas sans effet sur la manière dont ils sont perçus : la littérature montre qu'elle peut alimenter une représentation des pairs-aidants-es comme « patients-es fragiles » plutôt que comme partenaires de soin à part entière (Otte et al., 2020). Or, l'analyse invite à ne pas réduire ce positionnement à un simple déficit. Sans nier la réalité de cette précarité (et la nécessité de mieux reconnaître la pratique sur le plan institutionnel), l'analyse révèle que cette relative autonomie ouvre des espaces d'intervention souples, dont une présence informelle, des activités hors les murs et une adaptation aux rythmes des patients-es, difficilement maintenables dans un cadre soignant standardisé.

Le troisième constat porte sur les effets culturels de la pair-aidance au sein du service. En introduisant un langage ancré dans l'expérience vécue et en légitimant la parole sur la rechute sans jugement, les pairs-aidants-es réduisent la distance symbolique avec les patients-es et facilitent une alliance thérapeutique plus authentique. Leur présence conduit par ailleurs les équipes à affiner leur propre vocabulaire (Suter & Favrod, 2020). Fonctionnant comme des « ponts » entre l'institution hospitalière, les patients-es et la communauté (Egli Anthonioz et al., 2024), ils contribuent à faire évoluer le service de l'UHMA d'une posture hospitalo-centrée vers une intégration plus fluide de la pair-aidance dans le parcours global de rétablissement.

D.2. Les mécanismes de la plus-value : pourquoi ça marche ?

Il s'agit de comprendre comment elle produit les effets expliqués plus haut. L'analyse des données fait émerger trois mécanismes se renforçant mutuellement : une posture relationnelle sans pouvoir décisionnel, une légitimité ancrée dans l'expérience vécue et une sélectivité relationnelle fondée sur le lien et le *feeling*. Ces trois mécanismes fonctionnent mutuellement.



D.2.1 Une posture « hors injonction » et non prescriptive

Le premier mécanisme tient à la nature même de la relation que les pairs-aidants-es établissent avec les patients-es. À la différence des soignants-es, les pairs-aidants-es n'ont aucun pouvoir prescriptif ; c'est-à-dire qu'ils ne délivrent pas de médicaments, ne tiennent pas de dossier médical et ne prennent pas de décisions thérapeutiques. Cette absence de pouvoir décisionnel crée une configuration relationnelle unique, où la parole n'est soumise ni à l'évaluation ni à la décision clinique.

Dans cet espace, les dimensions habituellement centrées sur la gestion des symptômes et du cadre clinique sont laissées de côté. Même si d'autres mécanismes peuvent entrer en place, les patients-es qui s'engagent avec un-e pair-aidant-e ne cherchent pas une validation médicale (Collins et al., 2019).

C'est précisément dans cet interstice que la pair-aidance produit sa plus-value : elle offre un espace de reconstruction identitaire hors du statut de « malade », à un rythme qui appartient au patient, dans une logique de coconstruction plutôt que de soin vertical. Ce premier mécanisme pose ainsi les conditions de possibilité des deux suivants.

D.2.2 La légitimité par l'expérience

Si la posture « hors injonction » ouvre un espace, c'est la légitimité expérientielle du-de la pair-aidant-e qui lui donne sa substance. La distinction avec le-a soignant-e ne tient pas à l'absence supposée de vécu personnel chez ce dernier, car il serait naïf de penser que médecins et infirmiers-ères sont exempts de toute expérience intime de l'expérience de l'addiction (Maugiron, 2020). Elle tient à ce que le cadre professionnel leur *permet de dire* (idem, p.65). Dans la relation de soin, le personnel soignant doit adopter une posture de neutralité et d'expertise : son vécu personnel n'a pas sa place dans l'échange clinique, ou du moins pas explicitement, où le professionnel est peu autorisé à partager ouvertement son propre vécu avec l'usager. Les pairs-aidant.e.s, ont la capacité à témoigner de leur vécu et de leur parcours de rétablissement, avec comme conséquence de ce partage la possibilité d'une identification réciproque entre le pair aidé et eux-mêmes.

Encore faut-il avoir les mots pour le raconter. En effet, pour que le mécanisme d'identification opère, il faut que la personne pair aidée soit en mesure de *valider* le-a pair-aidant-e comme un-e pair-e, c'est-à-dire de reconnaître dans son récit une expérience suffisamment proche de la sienne pour que le lien ait du sens. Ce n'est donc pas seulement une question de vécu partagé, mais de capacité à le mettre en mots de façon accessible et crédible (Eddie & Kelly, 2025).

Ce savoir expérientiel, défini comme la connaissance issue du vécu personnel (Gardien, 2017), n'est donc pas une version appauvrie du savoir clinique : c'est un *savoir situé*, au sens de Haraway (1988), qui offre une compréhension lucide, que la relation de soin classique ne peut mobiliser sans brouiller ses propres codes.

Ce mécanisme active deux leviers bien documentés dans la littérature. D'abord, ce qu'on peut appeler l'*espoir incarné* (Maugiron, 2020) ; la visibilité d'un-e pair-aidant-e stable et fonctionnel constitue une preuve concrète que le rétablissement est possible, ce qui peut rompre le sentiment de déterminisme souvent associé à la maladie chronique. Ensuite, une *transmission*



ancrée dans le réel (Linder, 2020) ; les solutions proposées ne viennent pas de la théorie, mais d'une expérience partagée, avec un langage et des codes communs qui facilitent l'identification.

Cela dit, nos données invitent à ne pas idéaliser ce mécanisme. L'identification par l'expérience et le parcours (Repper et Carter, 2011 ; Chinman et al., 2014), n'est pas automatique et si certains patients-es ne se reconnaissent pas dans le profil du-de la pair-aidant-e, la relation n'a alors pas lieu.

De plus, si l'identification est le mécanisme central de la pair-aidance, alors la diversité des pairs-aidants-es, notamment en termes de genre, d'origine culturelle ou ethnique, devient une condition d'accessibilité (Davidson et al., 2012), et non un simple critère de représentativité symbolique. Cette exigence s'étend à la nécessité de recruter des pairs issus de communautés diverses (communauté sourde, LGBTQ+) et de parcours divers pour garantir que les services soient culturellement adaptés et accessibles (Byrne et al., 2022). En effet, selon Williams et Mohammed (2009), la perception de la discrimination est un facteur déterminant qui explique le manque de confiance envers le système de santé. L'identification opère à partir de dimensions de catégorisation saillantes, comme le genre ou l'ethnicité, et leur absence dans le profil des pairs disponibles peut rendre le lien improbable. Cette vigilance culturelle constante face aux préjugés potentiels peut pousser certains-es patients-es à exprimer une préférence marquée pour des intervenants de même origine ou, à défaut, à retarder ou renoncer à leurs soins.

Ce projet a précisément cherché à intégrer cette préoccupation en mobilisant deux pairs-aidants-es aux profils différents : 1) une femme, dans la soixantaine, mère, abstinente depuis plus de trente ans ; et 2) un homme, dans la trentaine, père, ancien cadre en entreprise, abstinent depuis moins de cinq ans. Cette configuration permet d'offrir des points d'ancrage identitaires variés issus de statuts sociaux (en termes de genre, de trajectoire professionnelle, de rapport au temps de rétablissement) et d'élargir ainsi le spectre des patients-es susceptibles de s'identifier à l'un ou l'autre.

Mais cet idéal de diversité se heurte à une contrainte concrète et difficilement contournable : les financements. Engager plusieurs pairs-aidants-es aux profils et parcours variés suppose des ressources dont la plupart des dispositifs hospitaliers ne disposent pas. Dans les faits, les postes de pairs-aidants-es sont souvent peu nombreux, précaires, et dépendants de financements de projets à durée limitée. La diversité du dispositif reste donc, dans bien des cas, une aspiration plutôt qu'une réalité.

D.2.3 La sélection relationnelle : le « feeling » comme critère clinique

Le troisième mécanisme est peut-être le moins intuitif, et pourtant tout aussi déterminant. Les pairs-aidants-es n'accompagnent pas tous les patients-es qui leur sont proposés : ils opèrent une sélection, fondée sur ce qu'ils décrivent eux-mêmes comme un « feeling ». Ce terme, qui peut sembler flou, recouvre en réalité quelque chose de plus précis : une intuition relationnelle, nourrie par le partage d'émotions et une sensibilité singulière légitime (Demailly et Garnoussi, 2025), qui leur permet d'évaluer si un engagement réel est possible.

Cette logique de sélection qualitative (privilégiée sur la profondeur du lien et la régularité des microcontacts informels) est essentielle à la cohérence du dispositif. En ce sens, le « feeling »



agit comme un régulateur. Il garantit que l'intervention a lieu dans des conditions où les deux mécanismes précédents, l'espace « hors injonction » et la légitimité expérientielle peuvent réellement opérer. Sans cette condition de départ, la relation ne s'engage pas ; avec elle, les trois mécanismes se renforcent mutuellement pour produire l'effet de plus-value décrit dans la partie précédente.

D.3. Les conditions structurelles de la plus-value

Cette section examine les conditions dans lesquelles le dispositif se produit ainsi que les contraintes structurelles et organisationnelles. Quatre dimensions sont analysées successivement. La première porte sur le statut socioprofessionnel des pairs-aidants-es, dont le flou juridique constitue à la fois une source de précarité et, paradoxalement, une condition de possibilité de certaines de leurs pratiques spécifiques. La deuxième examine comment le passage de l'ELMA à l'UHMA a reconfiguré les formes concrètes de la collaboration et les dynamiques de légitimité. La troisième identifie deux frictions que l'environnement hospitalier impose au dispositif de l'extérieur : le décalage temporel entre logique du rétablissement et rythme de l'aigu, et la superposition de précarités organisationnelles. La quatrième, enfin, interroge la place des outils formels, en particulier le plan de crise conjoint (PCC) et la question, plus large, de la visibilité du travail réalisé.

D.3.1 Un statut « hors catégorie » : entre précarité juridique et autonomie du rôle

L'absence de reconnaissance socioprofessionnelle formalisée des pairs-aidants-es (absence de nomenclature⁸, de grille salariale stabilisée, de cadre contractuel clarifié) traduit un vide juridique structurel. Cette situation inscrit les pairs-aidants-es dans une position « hors catégorie », observable dans d'autres contextes nationaux suisse (Suter, 2020) et caractéristique des professions émergentes en cours d'institutionnalisation.

Ce flou statutaire produit des effets concrets et documentés : une précarité contractuelle, une position subalterne dans la hiérarchie salariale, un accès limité aux espaces de coordination et aux outils institutionnels (Crisanti et al., 2022). Il fragilise également la construction d'une identité professionnelle stabilisée et contribue à une méconnaissance persistante du rôle de la part de certains professionnels-les (Burr et al., 2020 ; Otte et al., 2020). Cette reconnaissance institutionnelle a des conséquences matérielles très concrètes : c'est elle qui conditionne le statut contractuel, le niveau de rémunération, la pérennité des postes et l'accès aux espaces décisionnels où se définissent les orientations du service. Une légitimité construite uniquement par les pratiques et les relations du quotidien, sans traduction formelle dans les structures de l'institution reste fragile, en soi elle peut disparaître avec un changement d'équipe, un départ de direction ou une réorganisation du service.

Pourtant, réduire ce statut « hors catégorie » à un déficit serait inexact, et nos données invitent à une lecture plus nuancée. Certaines des contraintes que ce statut impose apparaissent aussi, à y regarder de plus près, comme des conditions de possibilité du rôle lui-même. L'exemple le plus saillant est celui de l'accès au dossier patient SORIAN. Son absence limite certes l'inscription des pairs-aidants-es dans les circuits formels d'information et de

⁸ Soit de toute catégorie administrative officielle permettant d'identifier et d'encadrer le rôle



coordination. Mais elle leur permet en retour de rencontrer les patients·es en dehors de leur historique clinique, sans le filtre des diagnostics accumulés, sans le poids des étiquettes nosographiques. Ce positionnement favorise un regard centré sur l'expérience présente et le vécu subjectif, là où la relation de soin tend structurellement à être orientée par ce qui précède. Ce n'est pas tant l'absence d'accès qui définit leur posture, que la liberté de regard qu'elle rend possible : la contrainte devient ainsi, dans certaines configurations, une ressource relationnelle à part entière.

D.3.2 De l'ELMA à l'UHMA : de la proximité à la distance

Ce projet pilote prend forme dans un contexte organisationnel précis, qui l'oriente et le contraint. Le passage de l'équipe de liaison mobile (ELMA) à l'unité d'hospitalisation (UHMA) constitue à cet égard un point d'observation privilégié : sans avoir pu observer directement le fonctionnement antérieur de l'ELMA, les récits des professionnels·les et des pairs-aidants·es permettent de saisir comment ce changement de contexte a reconfiguré concrètement les pratiques, les tensions et les formes que prend la collaboration au quotidien.

Le modèle ELMA était caractérisé par une intégration forte au sein d'une équipe mobile, avec une proximité opérationnelle entre pairs-aidants·es et soignants·es. Selon les témoignages recueillis, cette configuration exposait davantage les pairs-aidants·es à des tensions explicites autour de la légitimité de leur intervention (avec une confrontation directe et régulière entre logique expérientielle et logique biomédicale) dans un espace de travail partagé et peu différencié. Le contexte actuel de l'UHMA est décrit par les équipes soignantes et les pairs-aidants·es, à l'inverse, comme offrant davantage de respirations organisationnelles. Les interactions entre pairs-aidants·es et soignants·es y sont rapportées comme plus pragmatiques, centrées sur des situations concrètes (dont des orientations, des transmissions ponctuelles). Cette évolution est globalement perçue comme ayant apaisé les dynamiques de travail, même si elle produit parfois une collaboration plus distante.

Cette distance organisationnelle, si elle réduit les frictions, crée néanmoins une vulnérabilité spécifique : elle rend le rôle des pairs-aidants·es plus facilement méconnu au sein du service, et donc plus exposé aux effets du turnover des équipes soignantes (Burr et al., 2020 ; Forchuk et al., 2020). Face à cette vulnérabilité, les pairs-aidants·es développent des stratégies d'adaptation concrètes, dont la plus significative est une présence régulière aux briefings du matin. Cet espace, minimal en apparence, s'avère structurant : les données montrent que l'annonce systématique de leur présence y constitue un déclencheur direct de sollicitations de la part des patients·es. Sans résoudre la question de fond, c'est précisément le type de levier organisationnel à faible coût que la littérature identifie comme point d'entrée efficace dans des contextes d'intégration difficile (Otte et al., 2020). Les soignants·es, de leur côté, sont eux aussi engagés dans un travail d'ajustement. L'introduction d'un savoir expérientiel dans un environnement structuré par des logiques biomédicales peut bousculer certains repères, notamment dans la façon d'aborder la rechute, la motivation au changement, ou le recours aux ressources communautaires. Les données suggèrent que les soignants·es oscillent entre l'intégration de cette ressource et le maintien des cadres propres à leur rôle, produisant des formes de collaboration prudentes et situées plutôt qu'une redéfinition en profondeur des pratiques.



La légitimité se construit dans le temps par accumulation de preuves de l'utilité du rôle (Maugiron et al., 2020), ce qui suppose une certaine endurance de la part de ceux et celles qui l'exercent, notamment dans un projet pilote.

D.3.3 Contraintes venues de l'extérieur

Cette sous-partie déplace le regard vers des frictions que lui impose l'environnement hospitalier lui-même, indépendamment de sa cohérence interne. Deux d'entre elles méritent d'être distinguées, car elles ne relèvent pas du même registre et n'appellent pas les mêmes réponses. La première est d'ordre temporel, entre une logique du rétablissement, sur laquelle repose la pair-aidance, et un décalage avec le rythme de l'hôpital aigu. La deuxième relève d'une fragilité structurelle plus classique avec une superposition de professions précaires qui pèse sur le dispositif indépendamment de sa propre cohérence interne.

Le choc des temporalités

La pair-aidance repose sur la durée. Comme nous l'avons vu ([en section 2](#) de la discussion), son efficacité passe par l'établissement progressif d'une relation de confiance, au fil de microcontacts répétés, d'échanges informels et d'entretiens de pairémulation. Cette logique du temps long entre en tension directe avec la temporalité hospitalière, caractérisée par des séjours courts, un rythme de soins soutenu et une organisation pensée autour de la gestion de l'aigu plutôt que du suivi relationnel.

Cette tension ne condamne pas le dispositif : elle en redéfinit les espaces de pertinence. Les données suggèrent que la pair-aidance ne trouve pas uniquement sa place dans la phase intrahospitalière, c'est précisément à l'interface entre le temps de l'hospitalisation et le temps post-hospitalier, dans la transition vers le réseau communautaire, qu'elle peut pleinement déployer sa logique propre. La contrainte de temporalité pousse ainsi le dispositif à se penser au-delà des murs de l'hôpital. C'est dans ce sens que la lenteur relative de la pair-aidance peut constituer une ressource en elle-même dans un environnement où tout va vite : elle offre aux patients·es un espace de rencontre à un rythme différent, un interstice dans la cadence institutionnelle.

La superposition des rôles professionnels-les précaires

La deuxième friction tient à l'instabilité organisationnelle de l'hôpital. Le fort recours à des infirmiers·ères intérimaires au sein de l'UHMA en est une illustration : ces professionnels·les, en phase d'intégration dans un milieu qu'ils ne maîtrisent pas encore, ne disposent pas toujours des repères nécessaires pour identifier le rôle des pairs-aidants·es, orienter les patients·es vers eux, ou mobiliser les ressources communautaires qu'ils connaissent (comme les groupes d'entraide, AA, NA). L'omission involontaire de leur présence lors d'un briefing, ou l'absence d'explication de leur rôle aux nouveaux patients·es, ne traduit pas un refus de collaboration : c'est une limite structurelle, liée à la saturation de professionnels·les, eux-mêmes en train de trouver leurs marques.

Ce qui se joue ici peut être décrit comme une superposition de précarités. Les pairs-aidants, dont le statut professionnel est en construction, dont le temps de présence est limité à 40 %, et dont la légitimité doit sans cesse être réaffirmée, doivent s'intégrer auprès d'équipes elles-mêmes partiellement instables. La pair-aidance subit ainsi, indirectement, les effets d'une précarité organisationnelle qui n'est pas la sienne. Le·a pair-aidant·e qui n'est pas mentionné



lors d'un briefing n'est pas victime d'indifférence, mais de la saturation de ceux qui devraient le rendre visible.

D.3.4 Quand l'outil formel rencontre la logique relationnelle : le PCC réapproprié

Cette dernière sous-partie examine ce qui se passe lorsqu'un outil formel, comme le plan de crise conjoint (PCC), rencontre la logique concrète de la pair-aidance. Le plan de crise conjoint, conçu comme un support structurant pour anticiper les vulnérabilités et mobiliser les ressources du·de la patient·e, a peu été utilisé dans sa forme initiale au cours de la période analysée. Ce faible recours conduit à une lecture qui montre une réappropriation de son contenu au sein de modalités ajustées à la pratique de la pair-aidance.

Les thématiques portées par le PCC, comme l'identification des déclencheurs, la mobilisation des ressources, l'anticipation des vulnérabilités et des meilleures manières d'y faire face, ne sont pas absentes des pratiques. Elles se retrouvent intégrées de façon diffuse, mais effective dans les entretiens de pairémulation, réinvesties selon des modalités ajustées au moment du parcours et à la disponibilité du patient. Ce n'est pas le contenu du PCC qui est rejeté, c'est son format, jugé trop linéaire et trop rigide pour s'adapter à une dynamique motivationnelle qui, en addictologie particulièrement, est par nature fluctuante, ambivalente et non linéaire. Ceci montre l'importance d'un équilibre entre structure et flexibilité pour permettre un accompagnement véritablement centré sur la personne (Foye et al., 2025), c'est précisément cet équilibre que les pairs-aidants·es semblent avoir cherché à préserver en s'écartant progressivement du format initial.

Les données montrent d'ailleurs que la proposition d'un PCC peut elle-même fonctionner comme un indicateur clinique à part entière. L'acceptation, l'évitement ou le refus de le formaliser renseignent sur la disponibilité psychique du patient à ce moment précis, sans pour autant préjuger de la qualité de la relation ni de l'engagement dans le rétablissement. Dans certains cas, le refus de formaliser n'empêche pas l'émergence d'échanges approfondis sur des éléments pourtant centraux du parcours.

Le PCC conserve une pertinence réelle dans certaines configurations : lorsque le patient est volontaire et psychologiquement disponible, lorsque la relation est suffisamment établie pour permettre un travail réflexif en profondeur, ou en tout début de suivi, où il peut servir de cadre structurant pour amorcer la collaboration. La question n'est donc pas de savoir s'il faut conserver ou abandonner l'outil, mais comment le positionner parmi d'autres, et le mobiliser de façon contextuelle plutôt que systématique.

Visibilité du travail invisible

Les entretiens de pairémulation, les échanges informels, les microcontacts répétés, le suivi post-hospitalier échappent largement aux outils de suivi existants. Ce qui ne se trace pas ne se voit pas, et ce qui ne se voit pas se défend mal auprès des décideurs, des financeurs, et des instances qui évaluent la pertinence du dispositif.

Cette invisibilité a donc des effets très concrets : elle fragilise la légitimité institutionnelle du dispositif, complique l'évaluation de son impact, et contribue à maintenir les pairs-aidants·es dans une position où ils doivent sans cesse justifier leur utilité sans disposer des outils pour



en apporter la preuve formelle. Il ne s'agit pas ici de plaider pour une formalisation accrue qui trahirait la logique relationnelle du dispositif (le risque serait de recréer exactement les conditions cristallisées décrites plus haut). Il s'agit plutôt de travailler à des formes de traçabilité adaptées à la nature de ce travail et de créer des outils capables de rendre compte de la densité relationnelle sans la réduire à des indicateurs de performance standardisés.

Un exemple de ce que pourrait recouvrir un tel travail : l'opérationnalisation du « feeling » (décrit en [section 2](#)) ; ce critère intuitif par lequel les pairs-aidants-es évaluent la disponibilité relationnelle d'un patient à un moment donné. Identifier les indicateurs concrets qui sous-tendent cette évaluation (sans les figer en grille mécanique) permettrait de la rendre communicable aux équipes soignantes et de l'inscrire dans une logique partagée. Ce serait une manière de valoriser un savoir expérientiel réel sans le trahir en le standardisant.

La pair-aidance comme dispositif hybride

Ces quatre sous-parties convergent vers le constat que la pair-aidance en milieu hospitalier aigu ne peut être pleinement comprise ni évaluée avec les outils conçus pour les interventions cliniques standard. Elle opère dans l'entre-deux, entre le dedans de l'institution et le dehors, entre le temps aigu et le temps long du rétablissement. Cette position n'est pas un déficit à combler, mais elle suppose d'être reconnue comme telle pour ne pas devenir une source de fragilité permanente.

D.3.5 La supervision par les pairs : un espace de régulation nécessaire

Ce projet pilote a bénéficié d'une supervision externe, assurée par un pair-aidant professionnel. Cette modalité, encore peu répandue dans les dispositifs francophones, mérite d'être discutée pour elle-même : non pas comme un simple appui logistique, mais comme une condition structurelle de la tenue du rôle dans le temps.

Un espace de régulation indispensable, particulièrement en première année

La première année d'exercice expose les pairs-aidants-es à une vulnérabilité spécifique, à la croisée de plusieurs processus simultanés. Il s'agit d'abord de la construction d'une identité professionnelle encore instable, qui doit se définir par contraste avec l'identité de patient·e dont elle est directement issue, sans pour autant disposer des repères stabilisés d'une profession établie. Il s'agit ensuite d'une intégration dans un milieu parfois peu préparé à l'accueillir, où la méconnaissance du rôle oblige les pairs-aidants-es à argumenter leur légitimité. Il s'agit enfin d'un risque de dérive de rôle, soit un glissement progressif vers une posture clinique conventionnelle, sous l'effet conjugué de la pression du milieu hospitalier et de l'absence de repères propres à la profession (Englander et al., 2020).

C'est précisément pour contenir ces risques qu'une supervision spécifique par des pairs est jugée cruciale dans la littérature, notamment pour gérer le stress inhérent à ce positionnement et prévenir l'épuisement professionnel (Collins et al., 2019). Cette supervision ne se substitue pas à l'encadrement hiérarchique habituel, mais elle s'en distingue, en constituant un espace tiers, extérieur à la ligne hiérarchique soignante, où le·a pair-aidant·e peut se positionner sans craindre une évaluation de sa pratique par les cadres dont il dépend par ailleurs administrativement.



Pourquoi un superviseur pair-praticien

Confier la supervision à un pair-praticien (pair-aidant professionnel) plutôt qu'à un clinicien est un choix structurant, pas un détail organisationnel. Il repose sur le même postulat qui traverse l'ensemble de cette réflexion : l'expérience vécue constitue une plus-value irremplaçable. Le superviseur pair-praticien n'est pas seulement un soutien dans l'exercice quotidien du rôle ; il est aussi un passeur, capable d'accompagner les futurs pairs-aidants-es dans leur intégration professionnelle, dans une logique de transmission qui dépasse le cadre du seul projet pilote.

Un superviseur clinicien, aussi compétent soit-il, reste extérieur au savoir situé qui fonde la pair-aidance. Il risque de ramener la supervision vers des catégories cliniques conventionnelles, reproduisant ainsi, au cœur même de l'espace de régulation, la dérive de rôle qu'elle est précisément censée prévenir. Il doit en outre être capable de distinguer ce qui relève de la spécificité culturelle et institutionnelle du rôle de la pair-aidance de ce qui tient aux contraintes structurelles communes à l'ensemble du corps soignant.

Ce constat rejoint un résultat bien documenté dans la littérature : formation et supervision figurent parmi les besoins les plus fréquemment identifiés dans les études sur la pair-aidance, avec une fréquence confirmée à 44 % (Walker et Bryant, 2013). Loin d'être optionnelle, la supervision par un pair-praticien apparaît comme une condition structurelle de la soutenabilité du rôle, particulièrement dans les premières années d'un dispositif encore en construction.

D.4. Transformations culturelles

Au-delà de ses effets directs sur les patients-es et de ses frictions avec les logiques hospitalières, la pair-aidance produit un troisième type d'effets à long terme ; elle agit sur la culture institutionnelle elle-même. Ce chapitre explore cette dimension en deux temps. Il analyse les effets culturels concrets observés dans le projet pilote, puis il questionne enfin ce que la pair-aidance fait à l'institution et si cette présence relève davantage d'un changement de culture que d'un ajustement pragmatique face aux contraintes du système sous tension.

D.4.1 Pédagogie par la présence

L'influence des pairs-aidants-es sur les représentations professionnelles ne s'exerce pas par la transmission formelle d'un savoir, mais par quelque chose de plus discret et de plus diffus : la présence elle-même. Leur participation aux briefings, aux groupes de parole ou aux ateliers constitue une forme de pédagogie implicite. Elle agit d'abord sur les patients-es, qui trouvent dans le pair une figure de légitimation de leur vécu, la preuve incarnée qu'un parcours semblable peut s'inscrire dans une trajectoire de rétablissement. Mais elle agit aussi, plus subtilement, sur les professionnels-les : la transmission de témoignages contribue à enrichir leur compréhension des parcours addictologiques et à nourrir une empathie que les formations cliniques seules ne peuvent toujours pas produire (Linder, 2020).

Les pairs-aidants-es jouent également un rôle de relais entre le monde de l'expérience vécue et celui de l'institution. Cette fonction est particulièrement visible autour des ressources communautaires (groupes d'entraide de type AA, NA ou CA) que certaines équipes soignantes, notamment intérimaires, connaissent peu ou valorisent insuffisamment. Parce qu'ils fréquentent ces espaces à titre personnel, les pairs-aidants-es en connaissent le



fonctionnement réel, les codes et la portée. En les rendant visibles lors des briefings ou des ateliers, ils contribuent à élargir la conception du soin au-delà du cadre strictement hospitalier, rappelant que la guérison se joue aussi, et parfois surtout, dans des espaces que l'institution ne contrôle pas.

D.4.2 Entre levier institutionnel et risque d'instrumentalisation

Dans le contexte du projet pilote, les pairs-aidants-es assurent de fait une continuité relationnelle que l'institution peine à garantir par elle-même. Ils maintiennent le lien avec les patients-es dans les interstices du soin, atténuent partiellement les effets du turnover infirmier, et facilitent la connexion avec un réseau communautaire. Mais elle soulève une question que les données invitent à ne pas esquiver : dans quelle logique cette utilité s'inscrit-elle ?

Deux logiques coexistent dans le déploiement actuel de la pair-aidance, sans nécessairement s'opposer, mais sans se confondre non plus. La première relève de la rationalisation : mobiliser des ressources humaines moins coûteuses pour répondre à des besoins que le système formel ne peut plus pleinement couvrir. La seconde relève de la reconnaissance : admettre que l'accompagnement relationnel est une composante à part entière du soin, non un supplément toléré, mais une dimension constitutive de la prise en charge. Ces deux logiques ne sont pas incompatibles, mais la tension entre elles n'est pas anodine : elle conditionne la manière dont la pair-aidance sera soutenue, encadrée et, à terme, pérennisée ou marginalisée.

Ce que la pair-aidance fait, dans tous les cas, c'est rendre visibles des besoins qui existaient avant elle : le besoin de lien, de temps, de continuité relationnelle, de reconnaissance du vécu. En les nommant et en démontrant la pertinence clinique, elle contraint l'institution à se confronter à certains de ses angles morts. Les tensions observées dans ce projet (invisibilité administrative, difficulté à formaliser le travail, résistances liées au statut) ne sont pas des accidents de parcours. Elles sont caractéristiques de l'implémentation de dispositifs innovants en milieu institutionnel, et sont particulièrement prévisibles lorsque ces dispositifs questionnent des hiérarchies implicites du savoir (Shalaby et al., 2020 ; Burr et al., 2020). Les préjugés que les pairs subissent de la part de certains collègues, ou leur participation encore marginale aux processus de recherche et aux décisions de politique de soins, témoignent de résistances dont la profondeur ne doit pas être sous-estimée.

La pair-aidance peut produire une évolution culturelle véritablement transformatrice si l'institution accepte d'être questionnée et crée les conditions d'une intégration réelle — avec les ressources, la reconnaissance et les espaces de délibération que cela suppose. Mais elle peut aussi générer une résistance défensive, voire un effacement progressif, si elle est perçue comme une menace plutôt que comme une ressource. L'enjeu pour la suite du dispositif est de cultiver activement les conditions du premier scénario : en nommant explicitement les questions que la pair-aidance pose à l'institution, en créant des espaces de discussion collective autour de ces questions, et en s'appuyant sur les alliances déjà construites pour élargir progressivement le cercle des professionnels-les convaincus-es.



E. RECOMMANDATIONS PAR LES PAIRS-ES

Les recommandations qui suivent ont été coconstruites par Gaël Lehmann avec les pairs-aidants-es Corine Chevaux et Thomas Robertson.

Il m'est difficile d'introduire ces recommandations sans partager mon point de vue : celui d'un expert du vécu devenu accompagnant de ces pairs. Un regard personnel, forgé hors des bancs de l'académie.

Je pars ici du postulat que l'être humain se reconnaît et trouve du soutien dans le partage d'expériences communes — en particulier celles des grandes difficultés liées à l'addiction. Or, à ces difficultés répondent de grandes souffrances. Nous voici donc au cœur de notre sujet : l'isolement dans la souffrance. Car si certains moments de solitude sont essentiels au cheminement humain, l'isolement, lui, peut être fatal.

Sortir de l'isolement sans se sentir profondément reconnu peut tourner au calvaire : perte de sens, envie de mourir, puis abandon et désespoir. Or l'abandon et le désespoir nous entraînent dans la mauvaise direction — à l'opposé de ce à quoi nous aspirons : une meilleure qualité de vie. Meurtris et incompris, nous traçons alors un chemin nourri d'extrême souffrance, qui prend des allures de non-retour : un chemin de honte, de culpabilité, de perte de citoyenneté, et même de déshumanisation.

« Le pair-aidant arrive ici, en face de toi, dévasté, désespéré et fataliste. Dans l'un des pires moments de ta vie, il t'annonce une nouvelle inattendue, inconcevable : il te comprend, il est passé par là, et il n'est jamais trop tard pour reprendre goût à la vie. Le bonheur, te dit-il, est fait de petits détails additionnés dans la joie et la bonne humeur. Une bonne humeur futile, discrète et surtout éphémère : éphémère, car elle peut apparaître et disparaître à chaque instant ; futile, mais non pas superficielle. Tu découvres qu'elle prend racine au plus profond de ton être, et qu'elle fait concurrence au désarroi constant et morne.

Entouré, compris et considéré dans ton immense souffrance, il devient possible de revivre. Avec tes possibilités physiques et psychiques actuelles, tu peux retrouver l'espoir et ressentir à nouveau le plaisir de vivre. Mieux : de grands moments de joie t'attendent, au fil d'un enchaînement de petites victoires — des victoires conquises à l'impossible. Car l'impossible devient possible, la fatigue se change en énergie et le regret se mue en acceptation incarnée.

Mais je ne suis pas là pour te vendre du rêve, je suis là, maintenant, pour passer un moment avec toi. Et qui vivra, verra. »

Les slogans « par les pairs et pour les pairs ! » et « rien sur nous sans nous ! » nous rappellent que le concept du rétablissement est né dans un contexte de maltraitance vécue par les pairs. Hors du champ sociosanitaire, ce concept s'explique aisément : il désigne simplement un soin humain et holistique, qui favorise les collaborations au sens large. Dans un système de soin marqué par une déshumanisation structurelle, le rétablissement, porté par les experts-es du vécu, vise à refaire du soin moderne un tout — un ensemble de personnes qui se battent pour ne jamais perdre de vue l'essentiel d'un lieu dédié aux soins : faire du bien, soutenir la résilience et accueillir la maladie sans aucun jugement.

En ce qui concerne les recommandations, j'aimerais aborder quatre points :



La présentation des PAA aux équipes

La littérature regorge de recommandations sur l'implémentation de la pair-aidance ; je me limite ici à quelques constats issus de ce projet pilote.

Comme nous l'avons vu dans ce rapport, l'intégration des PAA dépend des contraintes structurelles et organisationnelles de l'hôpital, liées notamment au turnover et au recours à du personnel intérimaire.

Indépendamment d'une formation globale des soignants·es de l'hôpital au concept du rétablissement, un sujet qui dépasse le cadre de ce projet pilote, plusieurs axes méritent d'être considérés :

- Les PAA devraient être présentés par un·e supérieur·e hiérarchique et pouvoir partager leur vécu avec les équipes en place, dans un cadre structuré qui valorise l'expertise du vécu et sa complémentarité avec le système de soin existant. Cette démarche devrait être renouvelée régulièrement, notamment à l'arrivée de nouveaux employés·es.
- Dès leur embauche, les nouveaux employés·es devraient être informés·es qu'ils·elles rejoindront une équipe comptant des pairs-aidants·es. Une brève présentation de cette profession émergente et de sa plus-value — pour les soignants·es comme pour les patients·es — leur serait alors utile.
- Des séances d'information systématiques sur la pair-aidance et, plus largement, sur le concept du rétablissement devraient être organisées dans les unités susceptibles de collaborer avec les PAA, ainsi qu'auprès de leurs nouveaux employés·es. Idéalement, ces séances seraient animées par des pairs-aidants·es externes mandatés spécifiquement à cet effet.

La supervision par les pairs·es

Il paraît essentiel que les PAA bénéficient régulièrement d'une supervision par les pairs·es. Cette proposition repose sur un postulat : le partage d'une expérience commune constitue une plus-value considérable. Devenus « experts·es du vécu », les pairs·es sont à même d'en soutenir d'autres ; ces professionnels·les cliniciens·es de la santé mentale peuvent ainsi accompagner les futurs·es pairs-aidants·es en voie d'intégration professionnelle. Comme évoqué plus haut, il importe de distinguer leur champ d'intervention de celui des autres soignants·es. À cet égard, la supervision par les pairs·es apparaît comme un moyen efficace de préserver la singularité de cette profession et, partant, de lutter contre son assimilation. Au-delà des formations à la supervision, quatre prérequis peuvent être identifiés.

Détenir :

- une expérience professionnelle d'intégration en milieu hospitalier ou dans un établissement médicalisé de type EPSM (Établissements psychosociaux médicalisés dans le canton de Vaud) ;
- une expérience d'intervention dans le milieu ou de bonnes connaissances du domaine d'action ;
- une bonne connaissance du contexte de professionnalisation des pairs en Suisse romande. Avec mise à jour régulière de ces connaissances ;



- une bonne capacité à distinguer les enjeux liés à la professionnalisation des pairs-es (culturels, institutionnels, etc.) de ceux relevant de l'organisation structurelle de l'hôpital, qui concernent l'ensemble du corps soignant (contraintes et modes de fonctionnement propres à l'institution hospitalière).

La coconstruction du projet avec les pairs-es

- Associer les PAA ainsi qu'un organisme spécialisé dans l'implémentation de la pair-aidance — à toutes les étapes du projet — semble en faciliter considérablement la mise en place.

L'unité idéale : par et pour les pairs-es

Je m'inspire ici de Pelletier (Pelletier et al., 2021) et de l'hôpital africain sans ressources qu'il évoque, où chaque patient est invité à participer à la gestion du lieu. J'avoue rêver d'une unité composée majoritairement de pairs-aidants-es et fondée sur l'autogestion. Rêve partagé à plusieurs reprises avec les PAA lors des séances de supervision.

Les deux PAA engagés dans ce projet pilote ont bénéficié d'un modèle particulier — un modèle courant en pratique, où la quasi-totalité des professionnels·les situent leur savoir à deux endroits : celui du savoir clinique ou professionnel et celui du savoir expérientiel.

Docteur·e, infirmier·ère, membre de l'intendance : chacun·e est concerné·e et nomme son propre savoir expérientiel de l'addiction. Un modèle forgé par des résultats probants.

Pour en revenir au contexte de futures implémentations de PAA, nous recommandons une unité :

- constituée d'une équipe professionnelle situant le savoir à deux endroits : une équipe de professionnels·les nommant leur savoir expérientiel du vécu de l'addiction, et de PAA ;
- offrant une palette quotidienne de groupes de parole et thérapeutiques animés ou coanimés par les pairs-es ;
- soutenant l'autogestion et l'entraide entre pairs-es de manière définie et structurée.

Nous sommes convaincus des bénéfices humains, sanitaires et structurels qu'offrirait une telle unité hospitalière.



F. PERSPECTIVES ET MOTS DE CONCLUSION

Ce projet pilote a permis de poser les premières bases concrètes d'une pair-aidance intégrée au sein de l'hôpital vaudois. Il ouvre plusieurs pistes pour la suite.

La première concerne la pérennisation du dispositif : il s'agira de formaliser une reconnaissance statutaire du rôle de la pair-aidance au sein du CHUV (clarifier son statut d'emploi, inscrire un cadre régulier de supervision et sécuriser un financement au-delà de la phase pilote), sans pour autant nier la souplesse relationnelle qui constitue précisément sa valeur ajoutée.

La seconde piste consiste à nourrir une réflexion plus large sur l'intégration de la pair-aidance dans d'autres services du CHUV ou d'autres établissements hospitaliers de Suisse romande, dans un contexte de professionnalisation croissante du champ et de réflexion élargie sur le déploiement du modèle.



G. BIBLIOGRAPHIE

- Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Weidling, K., Kozel, B., et Gurtner, C. (2020). Peer support in Switzerland – Results from the first national survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, (29). <https://doi.org/10.1111/inm.12665>
- Byrne, L., Roennfeldt, H., Wolf, J., Linfoot, A., Foglesong, D., Davidson, L., et Bellamy, C. (2022). Effective Peer Employment Within Multidisciplinary Organizations: Model for Best Practice. *Administration and policy in mental health*, 49(2), 283–297. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01162-2>
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A. et Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 65(4), 429– 441. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244>
- Crisanti, A. S., Earheart, J., Deissinger, M., Lowerre, K., et Salvador, J. G. (2022). Implementation Challenges and Recommendations for Employing Peer Support Workers in Emergency Departments to Support Patients Presenting after an Opioid-Related Overdose. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095276>
- Collins, D., Alla, J., Nicolaidis, C., Gregg, J., Gullickson, D. J., Patten, A., et Englander, H. (2019). « If It Wasn't for Him, I Wouldn't Have Talked to Them » : Qualitative Study of Addiction Peer Mentorship in the Hospital. *Journal of general internal medicine*, 10.1007/s11606-019-05311-0. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05311-0>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Demilly, L., et Garnoussi, N. (2025). Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences et Actions Sociales, Empowerment, participation, activation... Des concepts aux pratiques d'intervention sociale*, (1).
- Eddie, D., Hoffman, L., Vilsaint, C., Abry, A., Bergman, B., Hoepfner, B., Weinstein, C., et Kelly, J. F. (2019). Lived Experience in New Models of Care for Substance Use Disorder: A Systematic Review of Peer Recovery Support Services and Recovery Coaching. *Frontiers in psychology*, 10, 1052. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01052>
- Egli Anthonioz, N., Naula, M., et Bornet, G. (2024). Collaboration entre domaines des soins et spécialistes des addictions impliquant un service de liaison, des pairs-aidants ou du travail social — Revue des bénéfices, vécus et éléments de mise en œuvre (Numéro 168). *Addiction Suisse*.



- Englander, H., Gregg, J., Gullickson, J., Cochran-Dumas, O., Colasurdo, C., Alla, J., Collins, D., et Nicolaidis, C. (2020). Recommendations for integrating peer mentors in hospital-based addiction care. *Substance abuse*, 41(4), 419–424. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1635968>
- Forchuk, C., Martin, M.— L., Sherman, D., Corring, D., Srivastava, R., O'Regan, T., Gyamfi, S. et Harerimana, B. (2020). An ethnographic study of the implementation of a transitional discharge model: peer supporters' perspectives. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), Article 18. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00353-y>
- Foye, U., Lyons, N., Shah, P., Mitchell, L., Machin, K., Chipp, B., Jeffreys, S., Jeynes, T., Persaud, K., Nicholls, V., Cooper, R. E., Grundy, A., Pemovska, T., Ahmed, N., Appleton, R., Repper, J., Johnson, S., Lloyd-Evans, B. et Simpson, A. (2025). Understanding the barriers and facilitators to delivering peer support effectively in England: a qualitative interview study. *BMC psychiatry*, 25(1), 480. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06850-z>
- Gardien, È. (2017). Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? *Vie sociale*, 20(4), 31-44. <https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0031>
- Gardien, È. (2010). La pairémulation dans le champ du handicap : Histoire, pratiques et débats en France. *Rhizome*, 2010, 40, pp. 3-4. hal— 00673245
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>.
- Lennox, R., Lamarche, L., et O'Shea, T. (2021). Peer support workers as a bridge: a qualitative study exploring the role of peer support workers in the care of people who use drugs during and after hospitalization. *Harm reduction journal*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00467-7>
- Liebling, E. J., Perez, J. J. S., Litterer, M. M., et Greene, C. (2021). Implementing hospital-based peer recovery support services for substance use disorder. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 47(2), 229–237. <https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1841218>
- Linder, A. (2020). Les savoirs expérientiels des pairs-aidants en santé mentale. Une perspective sociologique. In *Les savoirs expérientiels des pairs-aidants en santé mentale. Une perspective sociologique*. Elsevier Masson.
- Maugiron, P., Gross, O., Fransolet, P., Klenorova, T., et Koenig, M. (2020). 5 — Légitimité de la pair-aidance professionnelle. In *Pair-aidance en santé mentale* (p. 61-70). Elsevier France. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77119-4.00005-5>
- Pelletier, J.— F., et al. (2021). Se rétablir en santé mentale, fondements et pratiques du rétablissement par la pair-aidance. Elsevier Masson
- Reif, S., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Salim, O. et Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer recovery support for individuals with substance use



- disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(7), 853–861. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400047>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- SAMHSA (2023). *Incorporating Peer Support Into Substance Use Disorder Treatment Services (TIP 64)*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. pp 18-19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK596262/>.
- Shalaby, R. A. H., & Agyapong, V. I. O. (2020). Peer Support in Mental Health: Literature Review. *JMIR Mental Health*, 7(6), Article 15572. <https://doi.org/10.2196/15572>
- Silver, J., et Nemec, P. B. (2016). The role of the peer specialists: Unanswered questions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 289–291. <https://doi.org/10.1037/prj0000216>
- Suter, C., et Favrod, J. (2020). 18 — Pair-aidance en Suisse romande. In *Pair-aidance en santé mentale* (p. 203-211). Elsevier France. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-77119-4.00018-3>
- OFAS, R. Müller de Menezes et E. Chiapparini (2021). « Et si vous nous donniez la parole ». Tenir compte des signes]. Disponible sur : <https://www.bundespublikationen.admin.ch/fr/product/000000000862691336/guide-pratique-participation>
- Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G., & Gather, J. (2020). Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams : Results from a qualitative interview study. 263-269.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of behavioral medicine*, 32(1), 20–47. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>



H. ANNEXES

Christophe **Al Kurdi** (GREA, chef de projet senior) : En charge de la direction du projet Hôpital et Addictions et de la conduite opérationnelle de plusieurs sous-projets.

Loïc **Menneret** (SMA, ICS et ADSD) : Adjoint à la direction des soins et infirmier-chef de service.

Charlène **Tripalo** (CORAASP, coordinatrice du centre de compétences de la pair-aidance en santé mentale) : Préparation de l'ELMA à l'accueil des pairs-aidants (phase 1).

Gaël **Lehmann** (SYSTMD, coordinateur ) : Coaching et supervision externe des pairs, participation au recrutement/embauche des pairs, participation aux réflexions sur l'intégration de la pair-aidance en hôpital.

Alice **Diebolt** (UHMA, infirmière-chef de l'unité de soins [ICUS]) : Co-responsable des soins au sein de l'Équipe de liaison et de mobilité en addictions (ELMA), et organisation du travail des pairs au sein de l'UHMA.

Dre Mélanie **De Almeida** (DCISA) : Co-responsable des soins au sein de l'Équipe de liaison et de mobilité en addictions (ELMA)

Andréa **Ehretsmann** (CORAASP, Paire praticienne en santé mentale [PPSM] au Centre de compétences de la pair-aidance en Santé Mentale) : Préparation de l'ELMA à l'accueil des pairs-aidants-es (phase 1).

Tania **Zambrano Ovalle** (CORAASP, Paire praticienne en santé mentale [PPSM] au centre de compétences de la pair-aidance en Santé Mentale) : Préparation de l'ELMA à l'accueil des pairs-aidants (phase 1).

Sarah **Mariéthoz** (INTERFACE, Cheffe de projet sénior) : En charge de l'évaluation externe du projet pilote : aspects organisationnels, intégration du sous-projet « PP CHUV » au projet Hôpital et Addictions.

Lucien **Rochat** : Supervision de la partie quantitative

Corine **Chevaux** (ELMA, UHMA, paire-aidante en addictions [PAA]) : Détachée auprès de l'ELMA.

Thomas **Robertson** (ELMA, UHMA, pair-aidant en addictions [PAA]) : Détaché auprès de l'ELMA.

Mariel **Hunziker** (SMA, Chargée de projet) : En charge de l'acquisition et de la consolidation des données.

Professeur Dr. Yasser **Khazaal** (SMA, médecin chef) : Responsable du projet pilote vaudois au sein du Service de médecine des addictions (SMA).

Précision : aujourd'hui l'ELMA n'existe plus et a été englobée dans les prestations de l'Unité de soins intensifs et communautaires (USIC), dirigée en première ligne par Mélanie de Almeida et Céline Ngniheula, responsable socio-éducative.