

Rapport final de recherche

**INTERACTIONS PATIENTS EXPERTS EN ADDICTOLOGIE :
MODELISATION DES INTERACTIONS PATIENTS-PATIENTS EXPERTS-
SOIGNANTS AU COURS DU PARCOURS DE SOINS EN ADDICTOLOGIE
IPEXA**

Porteur du projet :
Dr. Delphine Moisan

Auteurs du rapport :
Dr. Delphine Moisan (coordinatrice)
M. Geoffrey Dufayet (responsable scientifique)
Dr. Camille Couffignal (méthodologiste)
Mme Lien Han (statisticienne)

28/05/2025

Soutenu par : IReSP et l'ARS

TABLE DES MATIERES

NOTE D'INSTRUCTIONS AUX AUTEURS	3
I. PARTIE SCIENTIFIQUE.....	7
Résumé.....	8
Abstract	10
Synthèse longue	12
Rapport scientifique complet.....	Erreur ! Signet non défini.
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	22

NOTE D'INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Le rapport final vise à **présenter les résultats de recherche** soutenue au titre d'un appel à projets de l'IReSP. Complété par **l'annexe budgétaire finale**, ce dossier permet de rendre compte de l'ensemble du travail mené par les personnes impliquées dans ce projet.

Il est demandé au **coordonnateur scientifique du projet**, en incluant les éléments des éventuelles équipes partenaires, d'établir un rapport sur le modèle décrit ci-après et de le communiquer à l'IReSP à la **date indiquée par la convention**.

▲ Pour les **réseaux et communautés mixtes de recherche**, un modèle de rapport final est en cours de construction. Dans l'attente de sa mise en ligne, vous êtes invités à utiliser ce modèle, en l'adaptant selon les spécificités de ces modalités.

1. Le contenu du rapport

Le dossier de rapport final de recherche comprend **deux parties** : une partie scientifique et une partie sur la valorisation.

1.1. Une partie scientifique

Cette partie permettra d'apprécier le travail scientifique réalisé par les équipes durant toute la durée de la recherche et de prendre connaissance de ses résultats. Elle pourra faire l'objet d'une relecture par un expert extérieur (qui devra signer un engagement de confidentialité).

Elle se décline en **trois sous-sections distinctes qui visent des objectifs et des lecteurs différents et qui ont vocation à être consultées indépendamment les unes des autres** : un résumé en français et en anglais, une synthèse longue en français et le rapport scientifique complet (**uniquement pour les projets financés dans le cadre du programme Autonomie soutenu par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA**, et rédigé en français).

▪ Un résumé en français et en anglais

Dans ce résumé, vous communiquerez **les principaux éléments de la recherche**. Il doit être formulé de manière **simple et claire**, de sorte à **être compréhensible par un public initié mais non spécialiste du sujet**.

Le résumé sera **publié en l'état sur le site de l'IReSP** et sur tout autre support de diffusion de l'IReSP et du ou des financeur(s) afin de donner de la visibilité au projet et ses résultats.

Il doit présenter :

- le **contexte** et les **objectifs** du projet ;
- la **méthodologie** utilisée (très brièvement) ;
- les principaux **résultats** obtenus ;
- les apports ou **impacts potentiels** de ces résultats.

Deux versions doivent être rédigées, l'une en **français** et l'autre **anglais**.

Le format de chaque résumé est de **1 page en format A4**.

▪ Une synthèse longue en français

Cette synthèse permet de rendre compte des résultats de projet au(x) financeur(s) et autres membres du GIS-IReSP. Un effort particulier est attendu concernant la rédaction de ce document car c'est celui qui sera mobilisé de manière privilégiée au sein des institutions publiques afin d'éclairer leurs décisions. Il doit **présenter la méthodologie employée et les résultats obtenus afin de mettre en évidence leurs apports pour la communauté de la recherche et/ou pour la décision publique.**

La synthèse pourra être publiée **sur le site de l'IReSP et/ou sur les sites internet des financeurs** et sur tout autre support de diffusion de l'IReSP et du.es financeur.s.

Cette synthèse longue doit comporter entre **10 et 15 pages**.

Elle présente :

- **les messages clés du projet** dans un encart (ses résultats principaux, l'originalité du projet, ou encore ses apports pour la santé publique et/ou les politiques de l'autonomie) ;
- le **contexte** et les **objectifs** du projet ;
- la **méthodologie** utilisée (deux pages maximum) ;
- les principaux **résultats** obtenus ;
- les **apports** potentiels de ces résultats pour la communauté de recherche ;
- la manière dont ces résultats peuvent éventuellement **alimenter les réflexions et actions de décideurs, acteurs nationaux ou locaux**, ainsi que des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social, social ou autres acteur, le cas échéant ;
- Dans le cadre d'une **recherche interventionnelle** : les **conditions de transférabilité** ou de mise à l'échelle et les points de vigilance (▲ si applicable) ;
- les **perspectives de recherches** ;
- les **15 principales références bibliographiques citées** en mettant en évidence, en caractères gras, les publications issues du projet (les autres publications issues du projet feront l'objet d'un recensement exhaustif dans la partie « Valorisation des résultats de la recherche »).

Si besoin, il est possible de réorganiser ce plan.

▲ Pour les **projets d'amorçage, projets pilote, contrats de définition et pour la mise en place de projets européens**, préciser : 1. les **conditions de faisabilité** du projet de recherche que vous envisagez de mener à partir de ce premier travail et 2. les principaux points sur lesquels il convient d'être **vigilant** concernant l'étude à venir, la **méthodologie**, les **partenariats**, les **coûts** ou encore le **calendrier**.

▪ Rapport scientifique complet en français

▲ La rédaction du rapport scientifique complet n'est **requise que pour les projets financés** par la CNSA (hors **projets d'amorçage, contrat de définition, communautés mixtes des recherches** et les soutiens accordés pour la **mise en place de projets européens**).

Le rapport scientifique complet doit permettre de présenter de manière approfondie la **démarche scientifique** du projet et ses **résultats**. Il pourra lui aussi faire l'objet d'une relecture par un expert extérieur (qui devra là-encore signer un engagement de confidentialité).

Ce document sera mis en ligne sur le site institutionnel de la CNSA. Il pourra aussi être consulté par tout membre du GIS-IReSP.

Ces rapports permettent à la CNSA de **prendre connaissance** du projet et de ses **résultats de manière approfondie**, ce qui est indispensable pour qu'elle **appuie et oriente ses actions** sur ces connaissances. Ces rapports sont, par ailleurs, régulièrement mobilisés par la CNSA, en réponse à des sollicitations provenant d'autres institutions (ex : Inspection Générale des Affaires Sociales, Cour des comptes, ...).

Le rapport scientifique complet doit présenter :

- le **contexte** et les **objectifs** de la recherche (si pertinent, les modifications des objectifs par rapport au projet initial) ;
- les **méthodologies** utilisées ;
- les **résultats** détaillés ;
- la **bibliographie** ;
- les **annexes**.

La **longueur** du rapport scientifique complet est à adapter selon l'envergure et la complexité du projet et doit satisfaire aux exigences attendues pour un rapport scientifique final de recherche. **Des publications scientifiques issues du projet peuvent constituer des parties du rapport si elles s'y prêtent. Elles doivent être intégrées en totalité dans le rapport. Si elles sont en anglais, au moins le résumé traduit en français doit être intégré dans le rapport et l'article mis en annexe.**

Les **supports visuels** (graphiques, tableaux etc.) permettant une meilleure compréhension du sujet sont appréciés.

Les **livrables** (brochures de présentation, capsules vidéo, thèses ou mémoires, articles soumis à des revues, articles publiés ou en cours de soumission, diaporamas en support d'une présentation orale, posters, etc...) réalisés au cours du projet doivent être transmis à l'IReSP à titre d'annexe(s).

Toute information confidentielle présentée dans ce rapport scientifique final et qui ne peut pas faire l'objet d'une divulgation aux destinataires mentionnés ou qui est sous embargo, doit être portée à la connaissance de l'IReSP.

Une date de fin d'embargo doit être communiquée pour une mise en ligne du rapport scientifique final sur le site de la CNSA.

1.2. Une partie sur la valorisation du travail et des résultats de la recherche

Cette section est destinée à répertorier l'ensemble des productions issues du projet, destinées à un public relevant du milieu académique ou non.

Elle sera transmise au(x) financeur(s) et pourra être consultée par tout membre du GIS-IReSP. Les liens renseignés pourront être relayés sur le site internet de l'IReSP.

2. La forme, le format et l'accessibilité du rapport

Sur la **forme**, il est demandé :

- que le document soit rédigé en police **Calibri 12** et **interligne simple** ;
- que les graphiques, tableaux, photographies etc. soient **légendés** ;
- **que les sauts de pages** intégrés dans ce document entre chaque section soit conservés afin de permettre une lecture facilitée du document et la consultation des différentes sections indépendamment les unes des autres ;
- de **conserver les mises en forme** proposées dans un souci d'harmonisation des visuels.

Le rapport final de recherche devra être transmis en **format Word** à cette adresse suiviprojets.iresp@inserm.fr

Sur l'**accessibilité du contenu du rapport final de recherche aux personnes en situation de handicap**.

La mise en forme du rapport final accessible pour le public en situation de handicap est requise. Afin de rendre les contenus compréhensibles et utilisables par toutes personnes en situation de handicap, les rédacteurs sont invités à **consulter les recommandations nationales sur l'accessibilité numérique**. Les rédacteurs peuvent consulter, entre autres documentations, le « [Kit d'accessibilité PDF, livret pédagogique](#) »¹ développé par le programme de recherche Fractures. Ci-dessous sont listés quelques conseils.

- Le texte ne devra pas être « justifié » (mais aligné à gauche)
- Conserver les accents sur les majuscules (ex : À, É, etc.)
- Expliciter les abréviations et acronymes
- Déclarer tout changement de langue
- Insérer une description des images, graphiques utilisés dans le rapport
- Détailler les données des graphiques
- Utiliser des couleurs de texte contrastées
- Utiliser les niveaux de titres automatiques et générer, si besoin, une table des matières automatique

¹ https://www.fracturesnumeriques.fr/kit-accessibilite-pdf/livrets/livret_googledocs.pdf

I. PARTIE SCIENTIFIQUE

1. Résumé

Titre

Interactions patients experts en addictologie: modélisation des interactions Patients-patients
eXperts-soignants au cours du parcours de soins en Addictologie. **IPEXA**
Etude coordonnée par le Dr. D. Moisan

CONTEXTE

En France et à l'étranger, l'engagement des patients est de plus en plus encouragé, notamment par le biais de programmes d'éducation thérapeutique et de valorisation d'initiatives impliquant les patients dans leurs propres soins ou dans ceux de leurs pairs. Cela concerne principalement les domaines des maladies chroniques et de la santé mentale. Cette dynamique s'inscrit dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », qui accorde une importance croissante à l'expérience des usagers du système de santé.

Depuis plus de dix ans, le département de Psychiatrie – Addictologie de l'hôpital Bichat mobilise d'anciens patients ayant acquis une expertise pour accompagner des personnes en soins addictologiques, en complément des prises en charge réalisées par les professionnels de santé. Face au développement de leurs missions, une intégration formelle des patients experts au sein de l'équipe soignante s'est imposée.

Cette démarche s'est appuyée sur des expériences similaires observées en France et à l'étranger, notamment au Québec et en Suisse. Le terme de « patient expert », popularisé par Catherine Tourette-Turgis (fondatrice de l'Université des patients de Paris 6), a été adopté. Elle définit le patient expert comme « un patient ayant acquis une expertise reconnue et validée, lui permettant d'exercer des fonctions, d'assurer des missions, de dispenser des enseignements ou de remplir divers rôles dans et hors du système de santé ».

Le modèle de Montréal a permis de préciser les champs d'intervention des patients experts : les soins, l'organisation des soins, la formation, l'enseignement et la recherche. Un autre modèle, celui des « médiateurs de santé – pairs » en psychiatrie, met en avant des compétences spécifiques, telles que le savoir expérientiel, le bilinguisme, l'identification réciproque et la juste distance relationnelle.

En tant que lien intermédiaire entre patients et soignants, les patients experts jouent un rôle clé dans l'amélioration de l'écoute et de l'attention accordée aux patients. Ils contribuent à replacer ces derniers au centre du parcours de soins, favorisant leur pleine intégration dans ce processus.

C'est dans cette optique qu'a été créée, en 2016, l'Association des Patients Experts en Addictologie (APEA), actuellement sous convention avec l'AP-HP. En collaboration avec le centre de formation continue de l'AP-HP, les patients experts ont co-construit une formation destinée aux patients abstinentes souhaitant devenir experts, ainsi qu'aux professionnels de santé envisageant d'intégrer un patient expert dans leur équipe.

In 2016, the benefits of the PE program—for both patients and healthcare professionals—were suggested during a professional practice assessment (PPA). Given the relatively low level of evidence from the PPA, it seemed important to consider a larger-scale research project in order to objectively assess the nature and impact of PE interventions with patients.

In the absence of existing data in the field of addiction medicine regarding patient engagement, a preliminary study within the department and the APEA was necessary to evaluate the benefits for patients and healthcare professionals, as well as the feasibility and personnel time-cost of implementing the PE program

OBJECTIFS

Objectif principal

Décrire les parcours des soins des patients à travers leurs interactions avec les PE et le système de soins global en addictologie, sur une durée d'un an, au sein du département de Psychiatrie-Addictologie de l'hôpital Bichat puis en ambulatoire.

Critère de jugement principal

Recueil et description des parcours patients rencontrant les PE en termes de recours aux soins. Cette description portera sur la nature, la raison et le nombre de contacts, leur fréquence, leur durée et leur modalité (groupe ou individuelle).

MÉTHODOLOGIE

- Étude prospective, non interventionnelle, avec suivi à 3, 6 et 12 mois.
- Données recueillies via questionnaires, entretiens et dossiers médicaux.
- Analyse quantitative (parcours de soins, rechutes, qualité de vie, collaboration...) et qualitative (entretiens avec les parties prenantes).

Effectif cible : 170 patients, pour 120 parcours analysés.

Population :

Patients hospitalisés à temps plein pour un trouble lié aux substances ou aux addictions au sein du département de Psychiatrie-Addictologie de l'hôpital Bichat

PRINCIPAUX RESULTATS

-Inclusion de 161 patients sur les 170 attendus

Parmi les visites de suivi attendues, les taux de réalisation étaient de 53 % à 3 mois (86 sur 163), 50 % à 6 mois (81 sur 163) et 22 % à 12 mois (32 sur 142). Parmi les patients ayant effectué ces visites, respectivement 35 % (30/86), 12 % (10/81) et 22 % (7/32) ont déclaré avoir eu un contact avec un Patient Expert (PE) au cours des trois derniers mois ou depuis leur dernière visite.

- Inclusion de 14 patients experts
- Mise en relation des patients avec les patients experts
- Meilleure compréhension des interactions entre patients souffrant d'addictions et patients experts
- Meilleure compréhension des parcours des patient avec une ou plusieurs addictions

APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

- Décrire et définir la place des patients experts dans les parcours de soins des patients suivis en addictologie
- Décrire la nature de la collaboration entre les patients experts et les professionnels de santé en addictologie
- Définir un modèle de partenariat entre patients experts et professionnels de santé duplicable au sein des unités de soins en addictologie
- Formuler des hypothèses concernant l'impact de l'intervention des patients experts auprès des patients pris en charge en addictologie

Abstract

Expert patient interactions in addictology: modeling interactions between patients, expert patients, and healthcare professionals throughout the addictology care pathway

Study coordinated by Dr. D. Moisan

CONTEXT

In France and abroad, patient engagement is increasingly encouraged, particularly through therapeutic education programs and initiatives that involve patients in their own care or the care of their peers. This is especially relevant in the fields of chronic diseases and mental health. This approach aligns with the "My Health 2022" plan, which places growing emphasis on the experiences of healthcare system users.

For over a decade, the Psychiatry – Addictology Department at Bichat Hospital has involved former patients who have developed expertise to support individuals undergoing addiction treatment, complementing the care provided by healthcare professionals. As their responsibilities expanded, the formal integration of expert patients into the care team became necessary.

This approach was inspired by similar experiences in France and abroad, particularly in Quebec and Switzerland. The term "expert patient," popularized by Catherine Tourette-Turgis (founder of the University of Patients at Paris 6), was adopted. She defines an expert patient as "a patient who has acquired expertise that is recognized and validated, enabling them to perform functions, carry out missions, deliver training, or take on various roles within and outside the healthcare system."

The Montreal model helped clarify the areas of intervention for expert patients: care, care organization, training, teaching, and research. Another model, that of "peer health mediators" in psychiatry, highlights specific competencies such as experiential knowledge, bilingualism, mutual identification, and maintaining appropriate relational distance.

As intermediaries between patients and healthcare professionals, expert patients play a key role in enhancing the attention and care provided to patients. They help reposition patients at the center of their care pathways, fostering their full integration into the process.

In this context, the Association of Expert Patients in Addictology (APEA) was created in 2016. Currently under agreement with the AP-HP, the association collaborated with the AP-HP Continuing Education Center to co-develop a training program. This program is aimed at abstinent patients wishing to become expert patients and healthcare professionals planning to integrate expert patients into their teams.

OBJECTIVES

Primary Objective

To describe the care pathways of patients through their interactions with expert patients (EPs) and the overall healthcare system in addictology over the course of one year, within the Psychiatry-Addictology Department of Bichat Hospital and subsequently in outpatient care.

Primary Outcome

Collection and description of patient pathways involving interactions with expert patients (EPs) in terms of healthcare utilization. This description will include the nature, reason, and number of contacts, as well as their frequency, duration, and format (group or individual).

METHODS

- Prospective, non-interventional study with follow-up at 3, 6, and 12 months.
- Data collected through questionnaires, interviews, and medical records.
- Quantitative analysis (care pathways, relapses, quality of life, collaboration...) and qualitative analysis (interviews with stakeholders).

Target sample size: 170 patients, with 120 pathways analyzed.

Population

Patients hospitalized full-time for substance-related disorders or addictions within the Psychiatry-Addictology department of Bichat hospital.

MAIN RESULTS

- Inclusion of 161 patients out of the expected 170.
- Inclusion of 14 expert patients.
- Connection of patients with expert patients.
- Improved understanding of interactions between patients suffering from addictions and expert patients.
- Better comprehension of the pathways of patients with one or more addictions.

POTENTIAL CONTRIBUTIONS OR IMPACTS

Describe and define the role of patient experts in the care pathways of patients followed in addiction medicine.

Describe the nature of the collaboration between patient experts and healthcare professionals in addiction medicine.

Define a replicable partnership model between patient experts and healthcare professionals within addiction care units.

Formulate hypotheses regarding the impact of patient expert interventions on patients receiving care in addiction medicine.

Synthèse longue

Interactions patients experts en addictologie: modélisation des interactions Patients-patients eXperts-soignants au cours du parcours de soins en Addictologie. IPEXA
Dr Delphine MOISAN, hôpital Bichat , APHP
AAP ADDICTION 2109-IPEXA - RSUB2210569
• Madame Aurélie BOURMAUD, l'Inserm CIC-EC 1426, Unité d'épidémiologie clinique, ci-après désignée « Responsable Scientifique » ; • Messieurs Frédéric ARNAUD puis Nicolas DALIBARD, Association des patients experts en addictologie (APEA), ci-après désignés « Responsable Scientifique » ; • Madame Camille COUFFIGNAL, Unité de Recherche Clinique, DRCl, AP-HP Centre d'investigation clinique- Epidémiologie Clinique CIC-EC 1425, ci-après désignée « Responsable Scientifique ».
« Modalité du projet Projet de recherche complet Modalité du projet »

Messages clés du projet

- Le projet de recherche IPEXA est innovant du fait de l'intégration de patients experts à toutes les étapes du processus de recherche (élaboration de la méthodologie et du protocole, recueil de données, communication).
- Le projet IPEXA permet de valoriser l'activité et l'investissement des patients experts au sein des unités de soins en addictologie, auprès des patients et des professionnels de santé.
- L'étude IPEXA vise à construire un modèle d'engagement des patients experts au sein des institutions de soins en addictologie et servira de point de départ à des recherches ultérieures sur l'efficacité de ce type de partenariat.

Rappel de l'étude

Objectifs

Objectif principal

La description des parcours des soins des patients à travers leurs interactions avec les PE et le système de soins global en addictologie, sur une durée d'un an, au sein du département de Psychiatrie-Addictologie de l'hôpital Bichat puis en ambulatoire.

Objectifs secondaires

- caractériser et décrire les profils des patients rencontrant les PE en fonction des parcours de soin en addictologie.
- décrire l'apport des PE en termes de coordination des soins (interaction patients – PE – professionnels de santé).

Plan expérimental

Le type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective non-interventionnelle de type cohorte. Les données sont recueillies de manières mixtes : d'une part rétrospectivement sur les antécédents addictologiques lors de la visite d'inclusion, puis prospectivement à M3, M6 et M12 pour obtenir le suivi longitudinal.

Le(s) critère(s) de jugement principal et secondaire

Critère d'évaluation principal

Le critère d'évaluation principal est le recueil et la description des parcours patients rencontrant les PE en termes de recours aux soins.

Cette description portera sur la nature, la raison et le nombre de contacts, leur fréquence, leur durée et leur modalité (groupale ou individuelle).

Ces données seront recueillies auprès des patients et soignants sur présentation d'un auto-questionnaire par les PE après leurs interactions avec les patients et les soignants.

Critères d'évaluation secondaires

Les critères de jugement secondaires pour caractériser le profil des patients rencontrant les PE sont :

- Les modalités d'entrée en hospitalisation,
- Le suivi post-hospitalisation,
- Les caractéristiques sociodémographiques,
- Les antécédents addictologiques.

Pour évaluer la coordination des soins, on le fait sur la base d'indicateurs :

- Niveau de collaboration,
- Qualité des soins évaluée par les patients et les professionnels de santé.

Les critères d'évaluation secondaires visent à caractériser le profil des patients rencontrant les PE lors de leur hospitalisation dans le département de psychiatrie – addictologie de l'hôpital Bichat et de leur prise en charge ambulatoire avec un suivi d'un an.

Les données seront recueillies au cours de leur hospitalisation puis à 3 mois, 6 mois et 12 mois, par un technicien d'étude clinique ou l'investigateur principal, lors d'un entretien individuel ou à partir du dossier de soins :

- Modalités d'entrée en hospitalisation (SAU, consultation hospitalière, consultation de ville)
- Orientation post-hospitalisation (SSR, clinique psychiatrique, suivi ambulatoire addictologique, suivi ambulatoire psychiatrique)
- Caractéristiques sociodémographiques
- Niveau de littératie en santé
- Antécédents addictologiques
- Suivi en cours / contact patient - soignant
- Nombre de ré-hospitalisations
- Re-consommations / Rechutes
- Échelle de motivation

- Activité professionnelle
- Qualité de vie

Les critères de jugement secondaire pour évaluer la coordination des soins dans ses différentes dimensions sont les suivants :

A. Évaluation quantitative avec les indicateurs suivants :

- Niveau de collaboration interprofessionnel
- Qualité des soins délivrés, évaluée par les professionnels de soins, dans six domaines :
 - Les liens communautaires
 - L'encouragement à l'autonomisation
 - L'aide à la décision
 - La conception des processus de soin
 - Les systèmes d'information
 - L'organisation des soins
- Qualité des soins perçue par les patients
- Alliance thérapeutique, exprimée par le patient et le soignant
- Continuité des soins, exprimée par le patient
- Engagement du patient

B. Évaluation qualitative, par analyse sociologique, organisationnelle et systémique :

Entretiens réalisés auprès des parties prenantes afin d'identifier et décrire :

- Les représentations des interviewés sur la maladie, le soin, le dispositif PE, ainsi que l'évolution de ces représentations au cours du temps
- Les éléments contextuels et organisationnels, moteurs ou barrières à l'implémentation et à l'efficacité du dispositif PE
- Les potentiels effets inattendus du PE au sein du parcours de soin

Le nombre de patients à inclure est de 170 patients avec une attente de 30% de PDV donc une description de 119 parcours de soins.

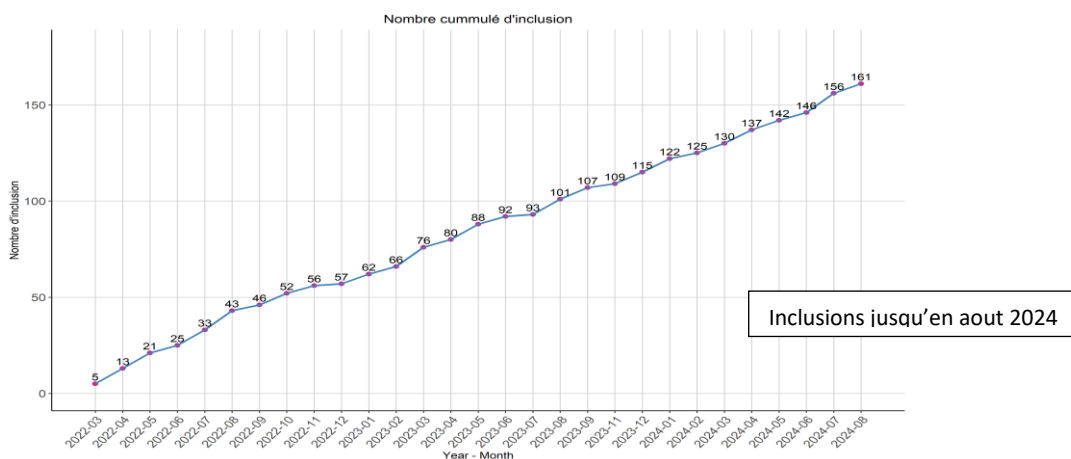
- *Date de la première inclusion : 01/03/2022*
- *Date de la dernière inclusion : 27/08/2024*
- *Date de fin du suivi : 27/08/2025*

Important :

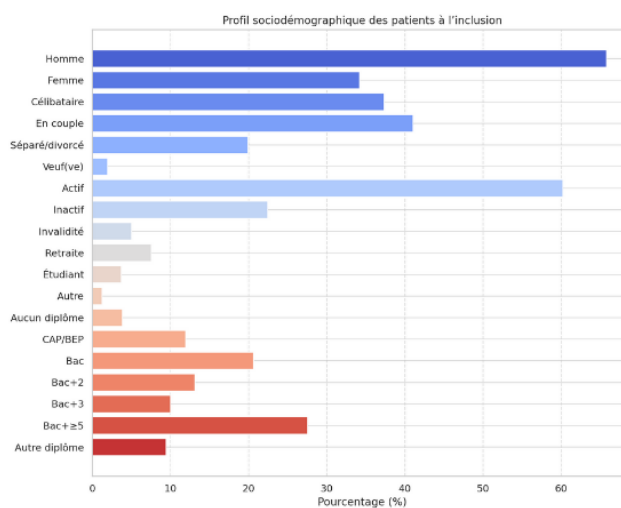
La dernière inclusion a été réalisée en août 2024, avec un suivi prévu jusqu'en août 2025. La convention avec l'IReSP a pris fin en décembre 2024. Toutefois, le promoteur, l'APHP, a souhaité prolonger l'étude d'une année supplémentaire, ce qui nous amène à une fin du suivi en août 2025. La présentation ci-dessous met principalement en avant des graphiques illustrant une description des patients au 20/11/2024. Les résultats définitifs seront détaillés et transmis après la fin de la période de suivi, prévue en décembre 2025. Cette prolongation permettra une analyse plus complète des données recueillies tout au long de l'étude, et notamment l'analyse de parcours de soins complets, garantissant ainsi que toutes les conclusions soient soigneusement évaluées et présentées.

I. Inclusion et suivi

1.1 Courbe d'inclusion



II. Données sociodémographiques

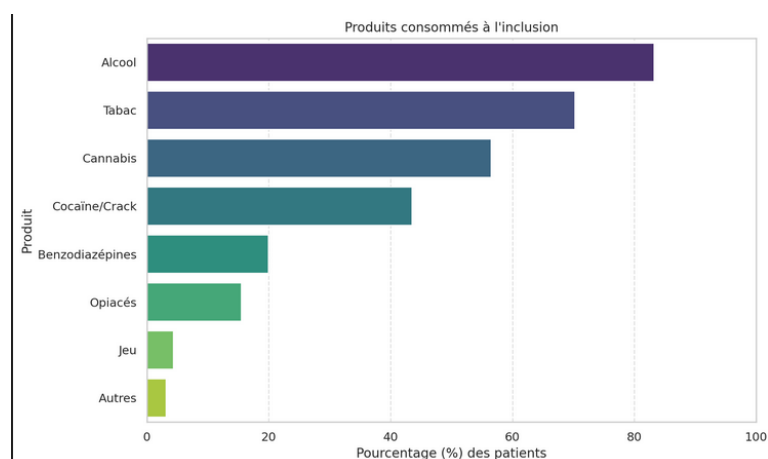


III. Parcours addictologie

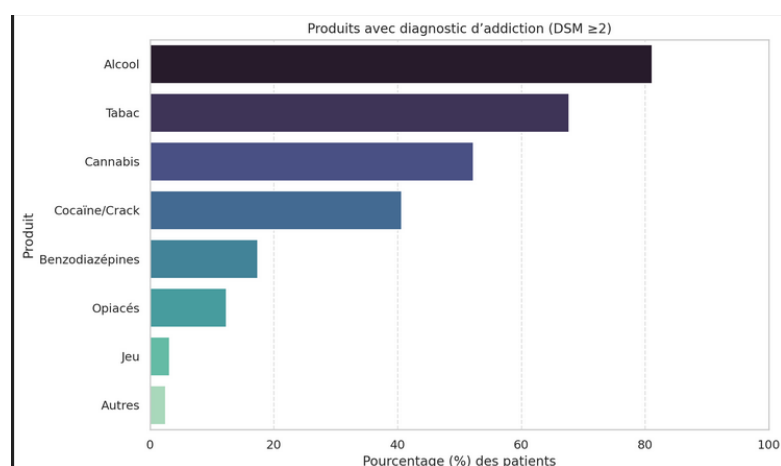
3 types de données sur les produits sont recueillis

- Produits consommés
- Produits d'addiction diagnostiqué par DSM 5 ≥ 2
- Produits à l'origine de l'hospitalisation actuelle.

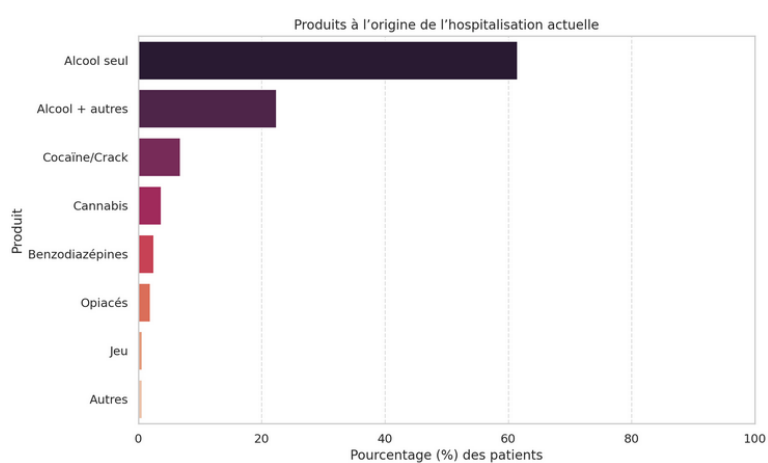
3.1 Produits consommés



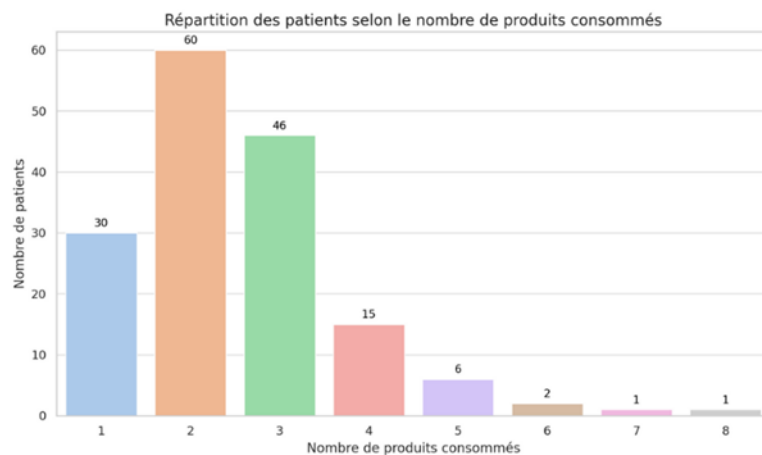
3.2 Produits d'addiction diagnostiqué par DSM 5 ≥ 2



3.3. Produit à l'origine de l'hospitalisation

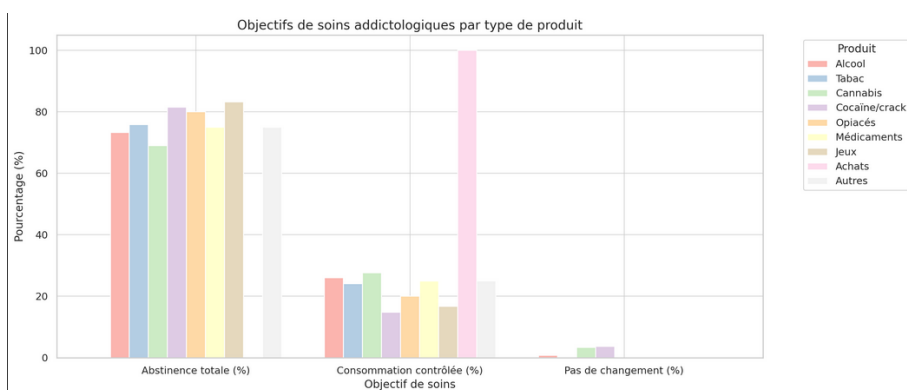


3.3.1 Répartition des patients selon le nombre de produits consommés

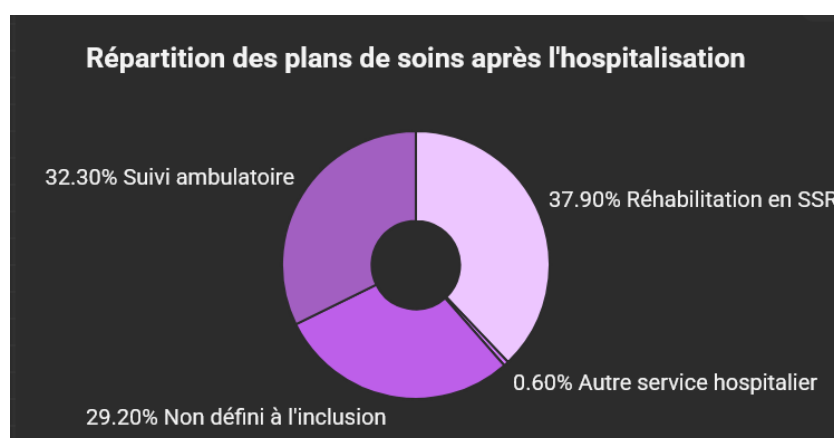


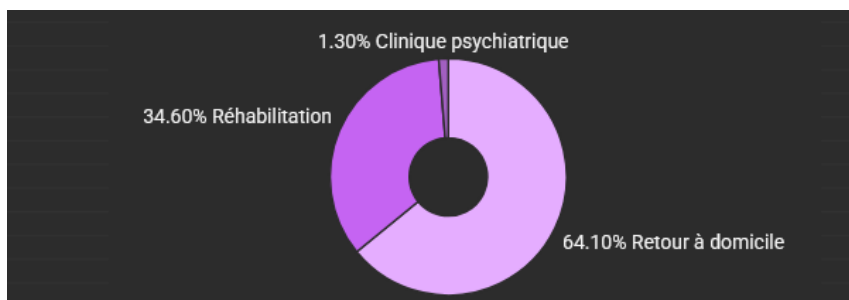
3.4 Parcours d'addiction

3.4.1 Objectif de soin par type de produit



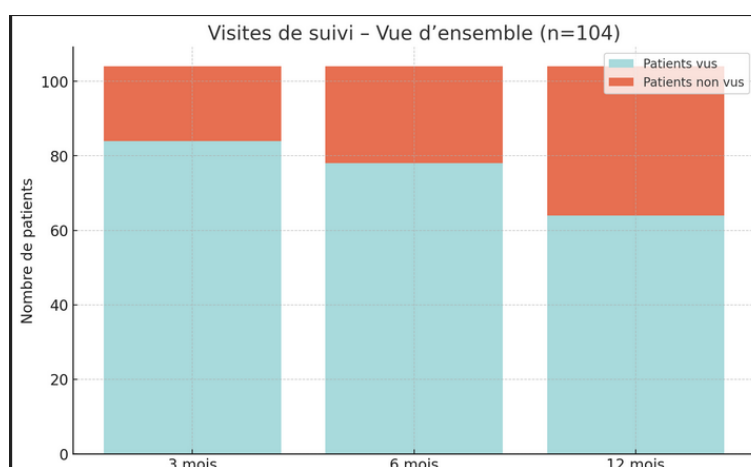
3.4.2 Projet de soin des patients après l'hospitalisation





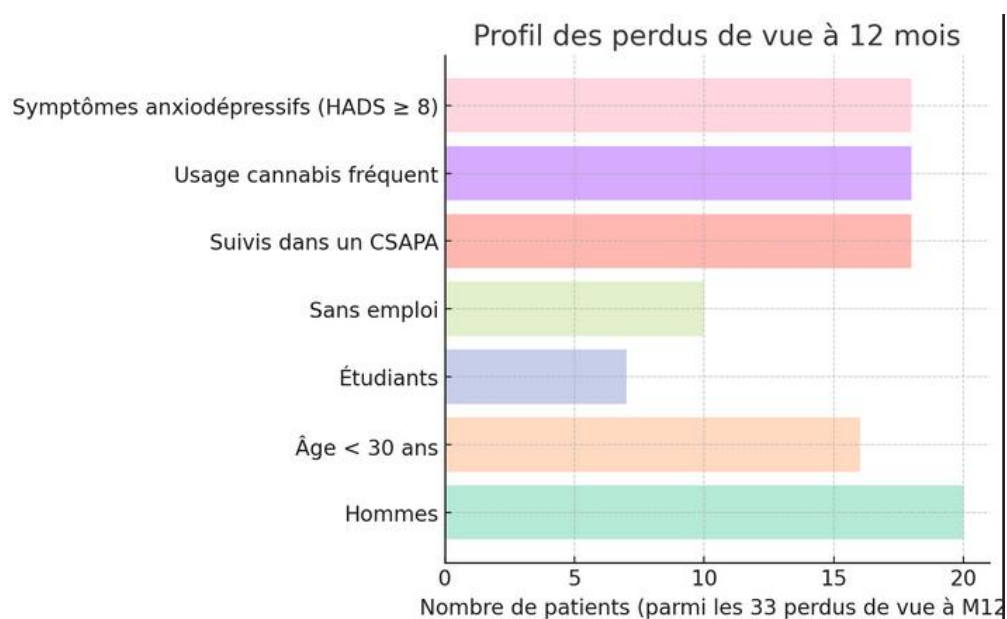
IV. Visites de suivi

4.1 Visites de suivi jusqu'à M12

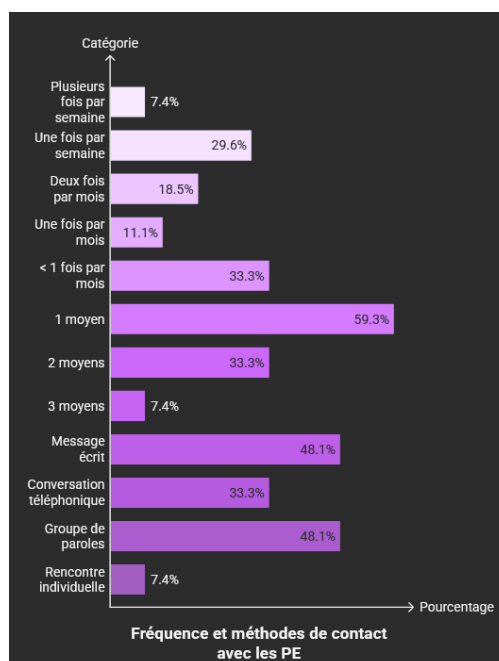


Près de 40 % des participant·es sont perdus de vue à 12 mois. Ce sont majoritairement des hommes jeunes, souvent étudiants ou sans emploi.

La moitié présente des symptômes anxiodépressifs, un usage fréquent de cannabis ou un suivi en CSAPA.



4.2 Contact avec les Patients-experts (PE)

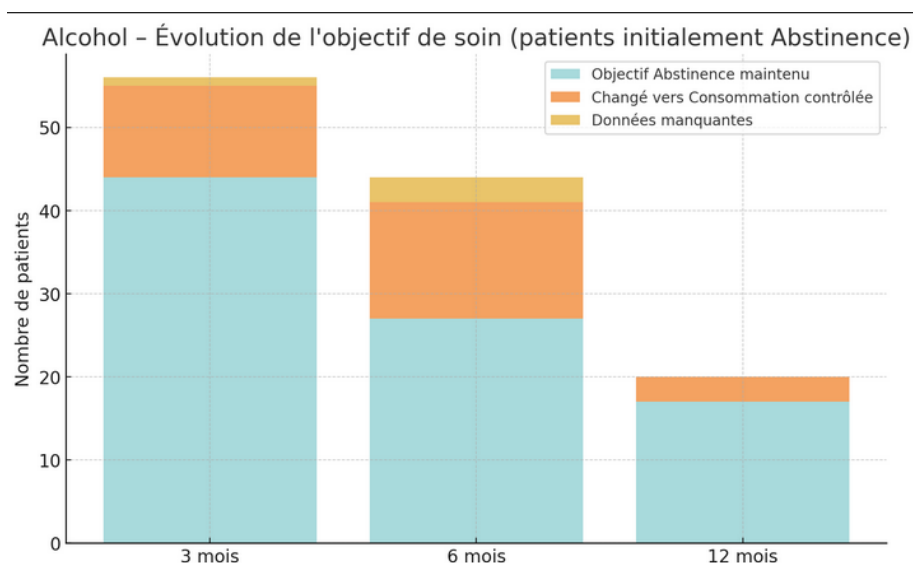


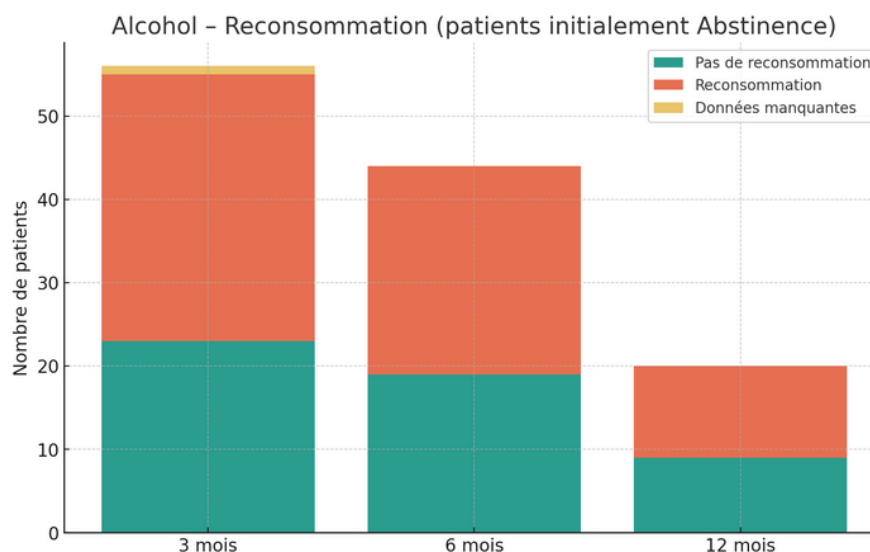
4.3 Evolution de la reconsommation de l'alcool et du tabac

Alcool

Évolution de l'objectif : Sur 56 patient·es visant initialement l'abstinence, 79 % gardent cet objectif à M3, puis 61 % à M6 et 85 % à M12. Le principal glissement se fait vers un objectif de « consommation contrôlée ».

Reconsommation : Plus de la moitié des patient·es (57 %) ont reconsommé avant M3 ; la proportion reste élevée (57 → 57 % à M6, 55 % à M12).

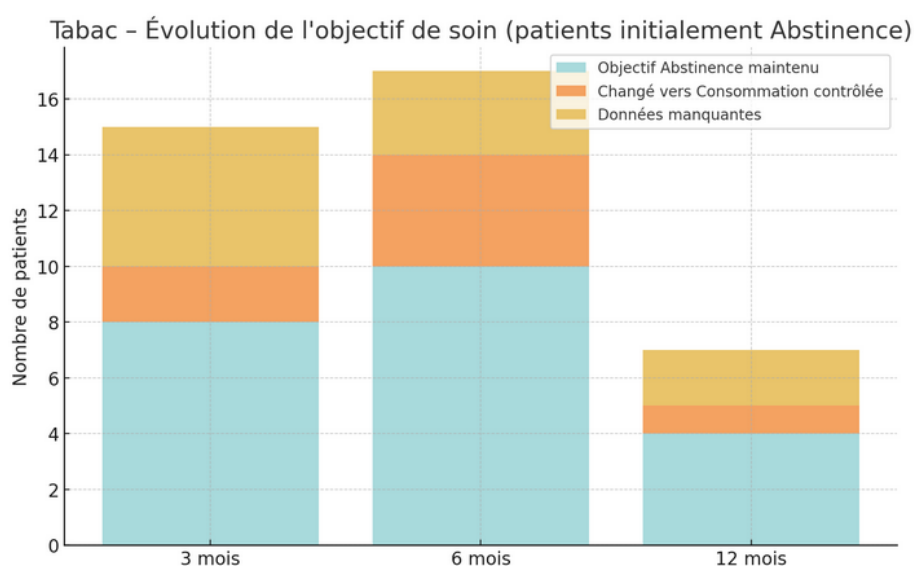


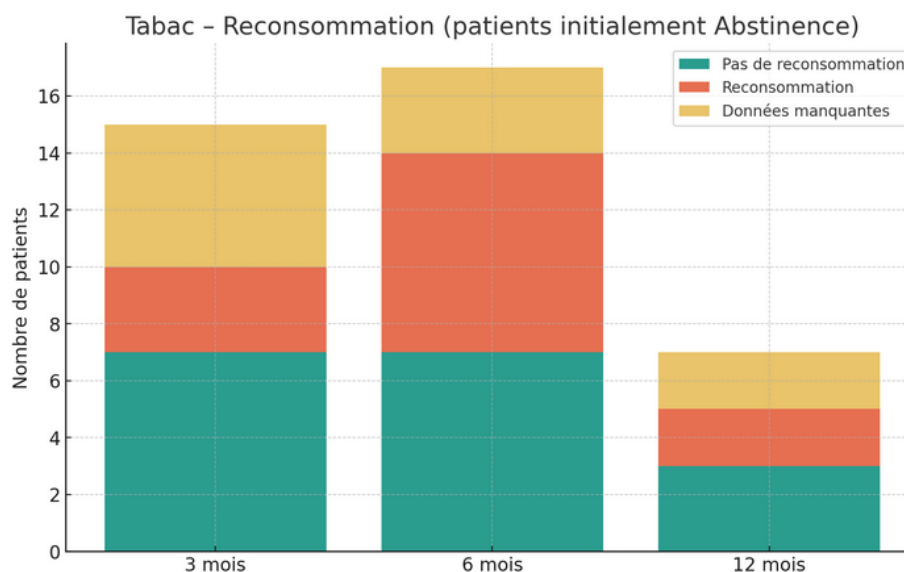


Tabac

Évolution de l'objectif : La majorité maintient l'abstinence (53 % à M3, 59 % à M6, 57 % à M12) malgré un nombre de cas plus réduit.

Reconsommation : Les rechutes sont plus modérées : 20 % à M3, 41 % à M6, puis 29 % à M12 ; l'incertitude liée aux données manquantes reste importante.





S'il s'agit d'un **projet d'amorçage, projet pilote, contrat de définition** ou de soutien à la **mise en place de projets européens** : Non

Ce projet a-t-il permis de construire un projet de recherche complet ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez bien dans la synthèse les perspectives : projet envisagé, conditions de faisabilité, principaux points d'attention et perspectives de financement.

I. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour rappel, la politique de Science ouverte à l'IReSP vise à ce que les coordonnateurs des projets financés par l'IReSP déposent en priorité les articles scientifiques issus des projets de recherche financés dans des revues ou ouvrages en accès ouvert. À défaut, le bénéficiaire ainsi que les équipes participant à la réalisation du projet s'engagent à déposer dans une archive ouverte publique comme HAL. **L'article 30 de la Loi pour une République Numérique fixe comme délai maximum d'embargo :**

- **6 mois** pour les publications dans le **domaine des sciences, de la technique et de la médecine (STM)**.

- **12 mois** pour les publications dans le **domaine des sciences humaines et sociales (SHS)**.

Pour les publications non accessibles en accès ouvert, merci d'indiquer les raisons n'ayant pas permis de favoriser cette démarche.

1. Publications scientifiques

1. Liste des articles et communications écrites

Préciser s'il s'agit d'articles dans des revues à comité de lecture ou toute autre revue / d'ouvrages ou de chapitres d'ouvrage / de communications dans des colloques ou des congrès / de dépôt de brevet...

Référencer selon les normes habituelles. Indiquer également les publications prévues à venir.

2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet

Préciser le titre, date de soutenance (prévue ou réelle), soutien financier, activité actuelle des étudiants ayant soutenu leur thèse.

3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisés durant la période concernée

Préciser la date, le lieu, l'objet, le nombre des participants si possible.

4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

Préciser la date, le lieu, l'objet, les équipes ou autres acteurs rencontrés

2. Communications autres

Lister les communications autres qu'académiques. Il peut s'agir de site internet, interview, questionnaire, forum, plaquette de présentation, capsule vidéo, ...

FICHE A RENSEIGNER

Publications scientifiques

Ajouter tous les liens URL des publications, si possible.

Merci de préciser quand l'article n'est pas disponible en accès ouvert, le cas échéant, joindre l'article en format PDF.

1. Liste des articles et communications écrites

- 0

2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.

- Mémoire de **Master 1** : « Interaction patients experts en addictologie : Analyse descriptive des interactions patients - patients experts au cours du parcours de soins en addictologie », Farah Ben Aribi, soutenance en juin 2023.
- Mémoire de **Master 2** : « Analyse organisationnelle de la mise en œuvre de patients experts en addictologie dans un service hospitalier : IPEXA organisationnelle, une étude mixte qualitative-quantitative », Andrea Talla, soutenance en septembre 2024.

3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

- Dr Delphine MOISAN, 12/12/2024, Rencontres URC inter-DMU, Faculté de médecine X.Bichat
- Dr Delphine MOISAN, Véronique COUSIN, Nicolas DALIBARD (APEA), 13/06/24, 3ème journée de la recherche en soins du GHU AP-HP. Nord, Faculté de médecine X.Bichat
- Dr Delphine MOISAN, 14/11/2023, Journée de la Collégiale d'Addictologie de l'AP-HP, HEGP (Auditorium),
- Dr Delphine MOISAN, Geoffrey DUFAYET, Margaux LAPLACE (APEA), 6/10/2023, Colloque EPSM de la Marne sur le Partenariat Patient, Châlons-en-Champagne
- Geoffrey DUFAYET, Dr Delphine MOISAN, 22/06/2022, Restitution de l'appel à projets « Expérience Patient », ARS Ile-de-France (Projet classé 2ème/10)
- Dr Delphine MOISAN, 15/10/2020, Journée scientifique de la FHU d'Addictologie Paris NOR-SUD, Hôpital Fernand Widal AP-HP & diffusion en ligne
- Geoffrey DUFAYET, Dr Delphine MOISAN, Frédéric ARNAUD (APEA), 24/09/2020, Cellule de recherche en soins, Hôpital Bichat AP-HP

4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

- 0

Communications au grand public

0