

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

N° 001

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en

MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Xavier LÉAUTÉ

Né le 14 mai 1985 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le : 31 mars 2015

***MOTIVATIONS, ATTENTES ET FREINS
À LA MISE EN ŒUVRE D' ACTIONS DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS
DANS DES MAISONS DE SANTÉ PLURI PROFESSIONNELLES.***

Président : Monsieur le Professeur SENAND Rémy

Directeur : Monsieur le Docteur RAT Cédric

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Cédric RAT

Membres du jury :

Madame le Docteur Caroline VICTORRI-VIGNEAU

Monsieur le Docteur Cyrille VARTANIAN

Monsieur le Docteur Gilles BARNABÉ

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Rémy Senand,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Cédric Rat,

Reçois mes plus sincères remerciements pour la direction de cette thèse, pour tes conseils tout au long de ce travail et pour le temps que tu m'as consacré.

A Madame le Docteur Caroline Victorri-Vigneau,

Recevez mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Cyrille Vartanian,

Reçois mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse, pour tes conseils et ton soutien durant les six mois où tu as été mon maître de stage.

A Monsieur le Docteur Gilles Barnabé,

Recevez mes sincères remerciements pour m'avoir permis de travailler sur ce sujet dans de bonnes conditions et d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A l'équipe de l'APMSL-PDL,

Merci pour nos réunions où vous aviez toujours une idée pour faire avancer ma thèse.

Aux professionnels de santé qui ont accepté d'être interviewés pour ce travail,

Merci pour le temps que vous m'avez accordé. Vous avez permis la réalisation de ce projet et m'avez apporté un grand enrichissement personnel et professionnel, aussi veuillez croire en mon profond respect.

A mes maîtres de stage d'externat et d'internat,

Merci pour votre compagnonnage qui m'a permis de découvrir, de progresser et de m'épanouir en médecine générale.

A mes confrères de La Membrolle sur Longuenée,
Merci de la confiance que vous avez placée en moi.

A Anne-Ju, Ben, Cyril, Marie, Mélissa et Pascaline,
Merci pour nos bons moments passés à Angers.

A Alban, Benjamin, Germain, Pierre,
Merci pour les bons moments passés depuis le début de l'externat.

A Nicolas,
Merci pour ton soutien lors de ma première année de médecine et pour les bons moments passés depuis le lycée.

A mes beaux-parents,
Merci pour votre soutien et vos conseils dans la réalisation de cette thèse.

A mes parents,
Merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de mes études.

A Mathilde,
Merci pour l'amour et le bonheur que tu m'apportes au quotidien, pour tes conseils et ta relecture de
ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
MÉTHODE	9
RÉSULTATS	10
DISCUSSION	16
1. Apports et limites de la méthode	16
2. Principaux résultats	16
3. Comparaison à la littérature	17
CONCLUSION	19
RÉFÉRENCES	20
LISTE DES FIGURES	28
ANNEXES	29
Annexe 1 : Critères DSM-5 des troubles d'utilisation de substances	29
Annexe 2 : Guide d'entretien	30
Annexe 3 : Population des entretiens	32
Annexe 4 : Durée des entretiens	32
Annexe 5 : Conventions typographiques de la rédaction des <i>verbatim</i>	33
Annexe 6 : 3 exemples de <i>Verbatim</i>	34
• <i>Verbatim P4</i>	34
• <i>Verbatim P7</i>	42
• <i>Verbatim P10</i>	48

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- C : Consultation
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins
- DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
- MSP : Maison de Santé Pluri-Professionnelle
- PS : Professionnel de Santé

INTRODUCTION

En Europe et dans le reste du monde, les addictions posent un problème de santé publique majeur dont les impacts sont multiples, à la fois sanitaires, sociaux et médicaux [1-20]. En France, elles représentent la première cause de mortalité évitable, avec environ 100 000 décès par an. Elles interviennent dans près de 30 % des cas de mortalité prématurée (avant 65 ans) [8, 9, 10].

Dans la 5ème édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), les addictions ont été regroupées sous la seule terminologie de « trouble d'utilisation de substances », remplaçant les diagnostics d'« abus » et de « dépendance à une substance » de la précédente édition (DSM-4). Ce trouble est défini par 11 critères diagnostiques présents chez le patient au cours de l'année écoulée (annexe 1) parmi lesquels : 1) la tolérance, 2) le sevrage, 3) le *craving* (l'envie intense de consommer). Ce trouble peut être léger (2 ou 3 symptômes), modéré (4 ou 5 symptômes) ou sévère (6 symptômes ou plus) [21].

Les addictions concernent de nombreuses substances psychoactives. Les plus répandues sont le tabac, l'alcool et le cannabis. En France, en 2010, près de 30 % des 18-75 ans déclaraient être fumeurs quotidiens [22, 23, 24, 25]. 12 % des 18-75 ans déclaraient boire de l'alcool tous les jours et la consommation moyenne par adulte était estimée à 27 grammes par jour, soit environ 3 verres [24]. 2 % des 18-64 ans déclaraient fumer régulièrement du cannabis et 5 % des 18-25 ans déclaraient fumer du cannabis au moins dix fois par mois [24].

Il existe également des addictions sans produit ou comportementales, comme le jeu pathologique [18, 19, 21, 26, 27, 28, 29]. En France en 2010, environ 10 % des 18 à 75 ans déclaraient jouer régulièrement et 1 à 2 % des 18 à 75 ans étaient considérés comme des joueurs pathologiques [20, 30]. Un champ de recherche plus récent porte sur les usages intensifs de jeux vidéo, de smartphones, ou l'hyperactivité sexuelle ou professionnelle [31, 32, 33, 34, 35, 36].

Les professionnels de santé de premier recours rencontrent fréquemment des usagers présentant un trouble d'utilisation de substance. Ainsi 70 % des médecins généralistes disent être confrontés chaque semaine à des demandes de sevrage concernant le tabac et 51 % concernant l'alcool [37, 38]. 59 % disent rencontrer au moins une fois par mois des patients consommant du cannabis. Par ailleurs, 85 % des pharmaciens rapportent voir au moins un patient toxicomane par mois [39]. Certains auteurs ont relevé que l'exercice en groupe était associé à un taux de suivi d'usagers de cannabis ou d'opiacés plus élevé [38, 40]. De même, la participation à un réseau de

soins concernant l'alcool, le tabac, le cannabis ou les autres toxicomanies serait associée à un plus fort taux de suivi d'usagers de substances psychoactives [37, 38]. Dans ce contexte, les maisons de santé pluri-professionnelles pourraient être des lieux privilégiés pour mener des projets de prévention des addictions.

Ces structures, mises en avant par les pouvoirs publics français, tendent à se rapprocher des centres de soins primaires tels qu'ils existent en Angleterre, aux USA ou en Espagne [41]. Elles regroupent des professionnels des soins de premier recours (professionnels médicaux, paramédicaux et pharmaciens) et développent des actions coordonnées en fonction d'un projet de santé intégrant des priorités de santé publique [42].

La prévention des addictions fait partie des rôles et des compétences des professionnels de santé en soins primaires [43, 44]. Ceci a été rappelé par le plan addiction 2013-2017 [45]. Celui-ci préconise notamment d'élargir l'enseignement en addictologie actuellement dispensé aux étudiants en médecine à l'ensemble des professionnels de santé ainsi qu'aux travailleurs sociaux, ergothérapeutes et psychomotriciens [45]. Sur le plan scientifique, les études encouragent un repérage précoce et des interventions brèves qui ont fait la preuve de leur efficacité au plan international [46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54]. Par ailleurs les actions en termes de sevrage tabagique réalisées par des professionnels de santé autres que médecins ont montré des preuves d'efficacité [43, 55, 56, 57, 58, 59]. Ainsi concernant la prévention tertiaire du tabac en France comme au Canada, les fédérations de médecins ont cosigné des recommandations avec les fédérations d'infirmières, de dentistes, de kinésithérapeutes, de sages-femmes, de pharmaciens, de diététiciens-nutritionnistes, d'inhalo-thérapeutes, d'optométristes... [43,60]. Les maisons de santé pluri-professionnelles semblent donc des lieux privilégiés pour mettre en œuvre des actions de projet de prévention des addictions où elles pourraient intégrer l'ensemble de leurs professionnels de santé. Cependant, peu de projets de santé concernent la prévention des addictions [61].

L'objectif de ce travail était d'évaluer les motivations, les attentes et les freins au développement d'actions de prévention des addictions dans les maisons de santé pluri-professionnelles.

MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de professionnels de santé exerçant en maisons de santé pluri-professionnelles dans les Pays de la Loire.

Les responsables de maisons de santé pluri-professionnelles bénéficiant de financements publics (ou en cours de demande de tels financements) auprès de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire ont été informés par courrier électronique de la réalisation d'un travail portant sur la prévention des addictions. La première question qui leur était posée était de savoir si leur groupe de professionnels pouvait être intéressé à construire une action dans ce champ. Dans l'affirmative, chaque responsable contacté était invité à nous orienter vers un ou plusieurs de ses collègues qui accepteraient de participer à des entretiens individuels.

Dans un second temps, nous avons constitué un échantillon raisonné de professionnels à rencontrer à partir de caractéristiques (âge, sexe, profession) qui nous avaient été communiquées. Dix-huit professionnels de santé ont finalement donné leur accord pour participer (huit médecins, six infirmiers, un podologue, un kinésithérapeute, un dentiste et un médecin biologiste).

Quinze entretiens ont été réalisés entre avril et juillet 2014 sur le lieu d'exercice des professionnels de soin.

Le guide d'entretien (annexe 2) explorait 4 axes : motivations à construire une action de prévention des addictions, thématiques d'intérêt, moyens à mobiliser, freins/facteurs facilitants et modalités d'évaluation de l'action.

Au début de chaque entretien, le cadre de la recherche et ses modalités ont été rappelés. Les enregistrements ont été réalisés sur un ipad® via le logiciel ALON Dictaphone®. La communication non verbale était notée par le chercheur lors des entretiens. La retranscription a été réalisée avec le logiciel Open Office® (annexes 5 et 6). Une analyse thématique manuelle a ensuite été conduite après lecture des *verbatim* par le chercheur et son directeur de thèse.

RÉSULTATS

Six médecins, six infirmiers, un kinésithérapeute, un podologue et un dentiste ont été interviewés sur leur lieu de travail (annexe 3). Il s'agissait de 9 hommes et 6 femmes d'âges compris entre 33 et 61 ans. Parmi eux, onze exerçaient déjà en maisons de santé pluri-professionnelles, depuis une période allant de 3 mois à 8 ans : deux d'entre eux exerçaient dans la maison de santé pluri-professionnelle de Bécon-les-Granits, deux à Savenay, un à Clisson et six étaient installés sur l'île d'Yeu. Quatre professionnels étaient en cours de création de leur maison de santé. Les entretiens ont duré entre 19 et 57 minutes (annexe 4). La saturation a été obtenue au bout de 13 entretiens.

Les professionnels interrogés ont fait état de motivations à développer une action de prévention des addictions (figure 1) du fait : a) de la fréquence des addictions : ils insistaient sur leurs rencontres fréquentes avec ces patients dans le cadre de leur activité professionnelle ; b) des multiples conséquences potentielles des addictions (conséquences sociales, médicales et sanitaires) associées à la complexité des situations rencontrées ; c) du bénéfice du travail en équipe pluri-professionnelle : la présence de professionnels différents était décrite comme favorable à la prise en charge des cas complexes, la complémentarité des professionnels de santé dans leur approche avec le patient serait un atout et les soins longs avec les paramédicaux seraient parfois l'occasion d'échanges approfondis avec les patients sur les addictions ; d) d'expériences préalables de travail en groupe et de retours positifs des patients. La confrontation à cette problématique dans leur vie personnelle a aussi été citée (P1). D'autres motivations plus générales et non spécifiques à la problématique des addictions ont été mises en avant : des motivations à développer la prévention par rapport au soin curatif « *J'ai toujours dit qu'il valait mieux faire du préventif que du curatif* » (P4), le plaisir de travailler en équipe « *c'est plus sympa quand on se connaît* » (P5), le plaisir de s'impliquer dans un projet nouveau « *En se forçant un petit peu à creuser, à en discuter avec les autres, à définir des protocoles, des questionnaires etc... on apprend à mieux connaître, et du coup ça commence à devenir intéressant de s'y intéresser.* » (P3).

Figure 1 : Motivations à développer une action de prévention des addictions.

a) La fréquence des addictions

- . *On est une région qui est assez touchée par l'alcoolisme (P6).*
- . *On avait une file active méthadone-buprénorphine qui était significative (P10).*
- . *On a à faire tous les jours à différents types de patients par rapport à différents types d'addictions (P9).*
- . *C'est effectivement un problème quotidien, qu'on rencontre (P2).*
- . *On baigne pratiquement dans ce genre de pathologie (P14).*

b) Conséquences sociales, médicales et sanitaires des addictions :

- . *Ça enclenche des pathologies qui sont diverses (P14).*
- . *Des problèmes au niveau parodontal. (P15).*
- . *Ça peut aller jusqu'à la désocialisation complète (P2).*
- . *La misère (P14).*
- . *Tout le monde y gagne, y compris la santé en termes de santé publique, l'ARS en termes de coût(P5).*
- . *J'aime bien avoir des cas un peu difficiles (P6).*

c) Une complémentarité des soignants au service du patient

- . *Ce n'est pas toujours très évident de savoir comment s'en sortir avec un patient [donc] ça peut être intéressant de mettre les choses en commun (P8).*
- . *Il est quand même plus facile d'intervenir à plusieurs (P4).*
- . *Le contact qui ne sera pas le même entre le patient et son médecin, et le patient et son pédicure ou son infirmière ou sa diététicienne (P7).*
- . *Il faut aussi savoir se protéger. Il faut savoir aussi où passer la main (P6).*
- . *Ils sont en train de se faire soigner les pieds et ils se livrent énormément (P7).*
- . *Quand on fait un massage, ils peuvent parler et dire des choses difficiles qu'ils ont vécues (P1).*

d) Des retours d'expériences positifs

- . *Déjà tous les mois, on a une réunion avec le centre médico-psychologique, on prend une heure pour présenter, pour discuter de certains dossiers (P10).*
- . *La réussite de quelques cas. La réussite motive (P12).*

Les addictions à l'alcool et au tabac ont été citées comme prioritaires : « *ce qui est vraiment le plus important pour la société : l'alcool, et pour la santé : le tabac* » (P3). L'addiction à l'alcool a été la seule à être citée par l'ensemble des professionnels de santé interrogés. L'addiction au tabac a été citée par 10 professionnels de santé sur 15. Certains acteurs rapportaient avoir centré leurs actions sur l'addiction au tabac en lien avec un programme d'éducation thérapeutique (ETP) portant sur les maladies cardio-vasculaires développé actuellement dans leur maison de santé pluri-professionnelle : « *ça a un peu découlé de (...) [l'] ETP sur les maladies cardio-vasculaires* » (P8). D'autres enfin ont rapporté un souhait de développer des actions de prévention chez les jeunes, en visant le « *binge drinking* » (P11) ou « *le cannabis pour les jeunes* » (P5).

Les actions de prévention envisagées étaient les suivantes : a) actions de repérage des conduites à risque ou de la dépendance, b) actions de « *conseil minimal* » et la recherche de la motivation, c) orientation vers des consultations dédiées (figure 2). Les actions de communication grand public ont parfois été décrites comme inutiles : « *les affiches, ça sert à rien.* » (P11).

Figure 2 : Actions envisagées en prévention des addictions.

a) Repérer les conduites à risque ou la dépendance

. *Évaluer s'il y a vraiment un risque d'addiction (P4).*

b) Conseiller et rechercher la motivation à l'arrêt

. *Donner l'information sur les conséquences (P11).*

. *Essayer d'augmenter la motivation des gens pour arrêter (P11).*

Interrogés sur les moyens nécessaires à la réussite d'une action, les professionnels de santé ont mis en avant la nécessité de consacrer des moyens pour la coordination en identifiant un coordonnateur et en réservant des temps de réunion (figures 3a et 3b). Ils ont décrit l'importance d'avoir une formation commune pour partager un vocabulaire commun, pour identifier les partenaires locaux, pour pouvoir finalement utiliser des outils et délivrer un message commun (figure 3c). Certains proposaient d'harmoniser les pratiques par la création d'« *un genre de protocole* » (P8) local. Ils disaient vouloir inclure dans ces projets de prévention des addictions des acteurs n'appartenant pas à leur maison de santé pluri-professionnelle (figure 3d) : CMP, psychiatres et psychologues libéraux, assistantes sociales, « *associations d'anciens patients* » (P2), en soulignant l'intérêt que ce soient des acteurs locaux « *qui existent déjà* » (P1) ou en créant des « *antennes* » locales (P14). Certains ont proposé de solliciter aussi des structures non spécialisées mais pouvant servir de vecteurs d'information grand public : « *les clubs, les associations locales, ça peut être intéressant aussi* » (P2). De nombreux professionnels ont finalement rapporté la nécessité de dédommager les professionnels pour le temps et les moyens investis dans ces actions. Référence était alors faite aux « *nouveaux modes de rémunération* » (P7, P8, P10).

Figure 3 : Moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une action de prévention des addictions.

a) Un (des) coordonnateur(s)

. Deux ou trois personnes très motivées qui mènent la barque (P2).

b) Des temps de réunion

. Pour aboutir à quelques actions (P3).

. [Pour] diffuser au niveau des autres professionnels de santé (P4).

. Pour les prises en charge qui peuvent être complexes (P2).

c) Une formation commune

. [Pour] savoir ce qu'est une addiction (P1).

. [Pour] que ce soit bien clarifié, qu'on n'ait pas trop à chercher l'interlocuteur qu'on veut (P6).

. Un message commun mais, en même temps, adapté aux professionnels qui le donnent (P2).

d) Inclure les acteurs n'appartenant pas à la maison de santé pluri-professionnelle

. Avec ceux qui existent déjà (P1).

. [Des structures] qui peuvent justement être créées ou qui ont été créées (P4).

. Ceux qui connaissent déjà bien le terrain (P5).

. Des gens plus spécialisés que nous (P14).

. La croix d'or, les alcooliques anonymes (P1) ; Les gens de l'hôpital (P1).

. via le CMP (P10) ; Avec un CSAPA ou CAPSA (P10).

. Les assistantes sociales (P4).

. Psychologues, pharmaciens (P15).

Un des freins exprimés était lié au regard des soignants et des soignés sur les addictions. Ce champ suscite des interrogations sur la place de la médecine, dès lors que la consommation relève aussi de la liberté individuelle, pointant encore l'impuissance des professionnels de santé parfois ressentie (figure 4a-1). Une difficulté serait de définir la frontière entre normal et pathologique (figure 4a-2). L'appréhension de la réaction des patients a aussi été mise en avant comme un frein (figure 4a-3). La formation semblait être un bon moyen de surpasser ces difficultés : « *moi, je suis sensibilisée, du coup pour moi, c'est bon, les frontières, les obstacles il n'y en a plus.* » (P11) « *Le tabou même de l'alcool, moi je ne l'ai plus, mais c'est vraiment lié à ma formation en addicto* » (P11). Le manque d'accessibilité des ressources spécialisées en addictologie (CMP, psychiatres) était aussi rapporté comme un frein (figure 4a-4). Un professionnel a enfin évoqué de possibles freins extérieurs : « *Il y a aussi le côté financier... Il faut pouvoir faire marcher les bars.* » (P13).

Figure 4b : Freins à la mise en œuvre d'une action de prévention des addictions.
Freins en rapport avec la mise en place d'une action au cabinet

1) L'appréhension de projets inadaptés par rapport à l'exercice quotidien

- . *Il faut avoir le temps de mûrir [le projet] soi-même (P2).*
- . *Les projets clés en mains sont parfois un peu difficiles à mettre en pratique (P2).*
- . *Il faut que vraiment, ce ne soit pas grand-chose. Facile, facile d'accès (P11).*
- . *Il faut aussi savoir un peu être modeste (P2).*

2) Le temps et l'argent

- . *Le temps je pense [...] que c'est le plus gros frein (P1).*
- . *Toujours le temps. Le temps, le fric, enfin, tout ça va de pair (P12).*
- . *On vous dit c'est trois « C » de l'heure [...] une espèce de défraiement (P3).*
- . *Si on sait que ça va encore être une réunion bénévole, on n'a plus envie de rentrer chez soi (P1).*

3) Les appréhensions du travail en groupe

- . *Trop nombreux, parfois on ne fait rien (P15).*
- . *Je ne sais pas, honnêtement, qui fait quoi ! (P8).*

- . *Il ne faut pas oublier que (...) bah! On buvait c'était normal (P14).*
- . *Ils doivent fumer des drogues douces... enfin... des drogues... du cannabis mais ça ne me paraît pas trop méchant (P1).*

3) L'appréhension de la réaction des patients

- . *[La peur] de faire fuir le patient, (...) ce qui arrive malheureusement (P2).*
- . *Le tabou même de l'alcool (P11).*

4) Le manque d'accessibilité des ressources spécialisées

- . *L'accessibilité à la consultation, du fait des délais de rendez-vous avec le psychiatre qui vient maintenant (P10).*

Les interviewés ont fait état de leurs appréhensions vis-à-vis de projets inadaptés par rapport à l'exercice quotidien (figure 4b-1). La nécessité de dégager un temps dédié et de le valoriser financièrement était mise en avant (figure 4b-2). Ils ont finalement rapporté que le travail en groupe pouvait aussi être source d'obstacles (figure 4b-3)

Interrogés sur l'évaluation de l'action (figure 5), onze professionnels disaient qu'elle était nécessaire pour justifier la poursuite et la pérennisation de l'action ainsi que pour « *la faire évoluer, l'adapter* » (P2). Interrogés sur les modalités possibles d'une évaluation, les interviewés ont proposé d'utiliser soit des méthodes quantitatives, « *en comptabilisant le nombre de patients qu'on a pu voir ou améliorer (...) ou le nombre de personnes qui ont pu être soignées* » (P1), soit des méthodes qualitatives basées sur « *le retour des patients* » (P3). Trois professionnels jugeaient *a contrario* qu'il n'était pas opportun d'évaluer le résultat d'une action de prévention des addictions : « *Non, parce qu'on est devant un état de fait (...) soit on veut y faire face, soit on laisse courir* » (P14).

Figure 5 : Intérêt et modalité d'une évaluation du projet de prévention des addictions.

a) Pérenniser et adapter le projet

- . *On pourra pérenniser quelque chose qui marche (P5)*
- . *Pour évaluer (...) si ça sert à quelque chose de nous financer (P8)*
- . *Améliorer [le projet] (P1)*
- . *Le faire évoluer, l'adapter (P2)*

b) Des méthodes quantitatives et qualitatives

- . *Voir combien de gens ont été dépistés. (P2)*
- . *En comptabilisant le nombre de patients qu'on a pu voir ou améliorer (...) ou le nombre de personnes qui ont pu être soignées (P1)*

c) Une évaluation non opportune :

- . *Non, parce qu'on est devant un état de fait (...) soit on veut y faire face, soit on laisse courir (P14).*
- . *Je ne fais pas cela pour le résultat parce que je pense que le résultat je ne l'aurai pas. Je ne l'aurai pas tout de suite en tout cas (P5).*
- . *C'est impossible à faire. C'est impossible. On sait bien que tous les programmes de prévention, on ne sait absolument pas l'impact qu'ils peuvent avoir (P11).*

DISCUSSION

1. Apports et limites de la méthode

Les différentes étapes associées à ce type de recherche en sciences humaines ont été respectées [62, 63]. La méthode qualitative par entretiens semi-dirigés était susceptible de révéler des informations inattendues.

La validité de cette étude peut être limitée par un biais de sélection. Même si les professionnels ont été sélectionnés parmi l'ensemble des équipes travaillant en maisons de santé pluri-professionnelles dans la région des Pays de la Loire, ceux qui ont accepté étaient volontaires et portaient vraisemblablement un intérêt particulier à ce sujet. Aucun pharmacien n'a participé à notre étude alors qu'ils font partie des professionnels largement investis dans les données nationales [64, 65]. Ensuite, conduire un entretien semi-dirigé demande à l'intervieweur de maîtriser des techniques particulières et c'était sa première expérience. Enfin, un biais de désirabilité et un biais d'interaction intervieweur/interviewé ont également pu intervenir : la posture de l'enquêteur se voulait la plus neutre possible mais il était connu des interviewés comme interne de médecine générale.

2. Principaux résultats

Les principales motivations à développer des actions de prévention des addictions dans les maisons de santé pluri-professionnelles étaient la fréquence des addictions à l'alcool, au tabac et au cannabis, et la complexité de ces situations. Les professionnels étaient motivés à s'impliquer dans des actions de repérage, d'intervention brève ou à orienter les patients si nécessaire. Les professionnels ont rapporté la nécessité 1) de dégager du temps pour réussir une telle action de prévention : du temps pour la coordination, pour les échanges, pour des formations en commun et 2) d'être rémunérés pour le temps passé. Les freins étaient liés à une appréhension des réactions du patient, à la sensation d'être intrusif dans un champ qui relèverait de la liberté individuelle et où la limite entre normal et pathologique serait parfois difficile à définir. Ils étaient aussi liés à la crainte de protocoles peu adaptés à leurs contraintes d'exercice. S'agissant de l'évaluation des actions, certains adhéraient au principe et proposaient des évaluations portant sur la mise en œuvre de l'action, tandis que d'autres pointaient l'impossibilité de rendre compte de résultats sur la santé des patients avant plusieurs années.

3. Comparaison à la littérature internationale

L'addiction à l'alcool (et dans une moindre mesure au cannabis) a été largement mise en avant. Ceci apparaît cohérent avec les résultats de l'étude Baromètre Santé Médecins Généralistes 2010 selon laquelle les professionnels sont demandeurs d'une prise en charge pluri-professionnelle de cette addiction : seulement 15 % des médecins généralistes disaient prendre en charge seuls leurs patients dépendants à l'alcool (25 % de leurs patients dépendants au cannabis) alors que 80 % des MG rapportaient prendre en charge seuls leurs patients dans le cadre d'un sevrage tabagique [37].

Notre étude a aussi montré la gêne persistante chez les professionnels lorsqu'il s'agit de parler d'alcool, ce qui est cohérent avec des travaux précédents [66, 67, 68, 69, 70, 71, 72] : seuls 23 % des médecins généralistes disent aborder le sujet de l'alcool systématiquement avec leurs patients alors que 63 % disent aborder systématiquement la question du tabac [37]. Seuls 4 % des pharmaciens disaient avoir souvent l'occasion de parler d'alcool [73, 74]. D'autres auteurs ont aussi décrit que des problèmes de communication avec les patients et la crainte d'une réaction négative de la part de ces derniers sont un obstacle possible au développement de pratiques préventives [75, 76]. Ainsi dans une enquête effectuée en 2001 chez 236 médecins généralistes en Grande-Bretagne, 77 % d'entre eux étaient prêts à entamer une démarche auprès d'un patient fumeur désireux d'arrêter de fumer mais ils n'étaient que 30 % à l'envisager auprès de tous les fumeurs [77]. Toutefois, cette crainte ne correspond pas toujours à une réalité chez les patients qui seraient au contraire en attente d'une attitude active de prévention et de conseil des professionnels [78].

Dans notre étude, les professionnels de santé ont également évoqué la minimisation des patients concernant leurs consommations comme un frein à la réussite d'une action de prévention des addictions. Cette notion est retrouvée dans plusieurs études. Certains auteurs se réfèrent à l'optimisme comparatif. Ainsi dans une étude française de 2007, 44 % des fumeurs considèrent que la consommation de tabac peut occasionner des cancers mais seulement pour des consommations quotidiennes supérieures à la leur et 20 % de fumeurs considèrent que le risque de cancer survient pour une durée de consommation supérieure à la leur [79]. Des résultats comparables sont retrouvés aux USA [80]. D'autres auteurs ont fait état de cet optimisme comparatif chez les patients ayant un problème d'addiction à l'alcool [81].

Le manque de connaissance sur le thème des addictions et le besoin de formation ont souvent été évoqués par les professionnels de santé lors de cette étude. Plusieurs études concernant des dentistes [82], des pharmaciens [74], des infirmières [83] et médecins [72] retrouvent cette

notion.

Les professionnels interrogés ont rapporté le besoin de dégager des temps dédiés pour mettre en place des actions coordonnées de prévention. Cette préoccupation a déjà été mise en avant dans d'autres travaux : dans une enquête de 2009, 90 % des médecins généralistes décrivaient que pour faire de la prévention, ils apprécieraient d'avoir plus de temps [84]. Dans une étude de 2009, les médecins généralistes français déclaraient travailler en moyenne de 52 à 60 heures par semaine [85]. Une étude américaine a pointé qu'il faudrait plus de 7 heures par jour pour faire tous les actes de prévention nécessaires pour une patientèle de 2500 américains [86], ce qui semble impossible à réaliser.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mieux connaître les motivations, les attentes, les facteurs facilitants et les freins à la mise en œuvre d'actions de prévention des addictions dans les maisons de santé.

La plupart des actions envisagées étaient en lien avec la prévention et le dépistage de l'addiction à l'alcool.

Le manque de temps et la peur du manque de réceptivité de la part des patients étaient les freins principaux à la réalisation d'un projet de prévention des addictions. A l'opposé, la formation semblait l'aide la plus précieuse pour les professionnels de santé. Le travail en équipe semblait être un atout dans cette lutte mais la nouveauté de ce procédé induisait chez les professionnels de santé de la prudence dans son utilisation.

Ainsi les projets de prévention des addictions semblent mieux convenir à des maisons de santé pluri-professionnelles confirmées ayant déjà l'expérience du travail en groupe et des partenariats.

RÉFÉRENCES

1. Essati M, Lopez AD, Rodgers A et al. Selected major risk factor and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002 nov 2;360(9343):1347-60
2. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011 jun 18;377(9783):2093-102
3. Degenhart L, Whiteford HA, Ferrari AJ et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2013 nov 9;382(9904):1564-74
4. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2013 nov 9;382(9904):1575-86
5. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012 jan 7;379(9810):55-70
6. Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, Corrao G. Alcohol consumption and the risk of cancer : a meta-analysis. *Alcohol Res Health* 2001;25:263-70
7. Boffetta P, Hashibe M, La Vecchia C, Zatonski W, Rehm J. The burden of cancer attributable to alcohol drinking. *Int J Cancer* 2006;119:884-7
8. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health* 2013;23:1-6
9. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford: University of Oxford. 2006
10. Peto R, Boreham J, Lopez AD, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268-78
11. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519

12. Phillips AN, Wannamethee SG, Walker M, Thomson A, Smith GD. Life expectancy in men who have never smoked and those who have smoked continuously: 15 year follow up of large cohort of middle aged British men. *BMJ* 1996;313:907-8
13. Tilloy E, Cottel D, Ruidavets JB et al. Characteristics of current smokers, former smokers, and second-hand exposure and evolution between 1985 and 2007. *Eur J Preventive Cardiology* 2010;17:730-6
14. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994;3:242-7
15. Dongfeng G, Tanika N, Xigui W et al. Mortality attributable to smoking in China. *N England J Med* 2009;360:150-159
16. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable smoking in 2000. *Lancet* 2003 sep;362(9387):847-852
17. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States
18. Goudriaan AE. Gambling and problem gambling in The Netherlands. *Addiction* 2014 jul;109(7):1066-71
19. Binde P. Gambling in Sweden: the cultural and socio-political context. *Addiction* 2014 feb; 109(2):193-8
20. INSERM. Jeux de hasard et d'argent : contextes et addictions. Paris : Les éditions Inserm, 2008
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Association, 2013
22. Hill C. Épidémiologie du tabagisme. *La Revue du Praticien* 2012;62:325-329
23. Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis, Baromètre santé, 2013

24. Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances* 2011;76:1-6
25. Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Perreti-Wattel P. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé. *BEH* 2011;20:230-3
26. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disorder gambling behavior in the United States and Canada : a research synthesis. *Am J Public Health* 1999;89:1369-76
27. Lejoyeux M, Loughlin M, Adès J. Epidemiology of behavioral dependence: literature review and results of original studies. *Eur Psychiatry* 2000 mar;15(2):129-34
28. Bosc E, Fatséas M, Alexandre JM, Auriacombe M. Similarities and differences between pathological gambling and substance dependence; a clarification
29. Choi SW, Kim HS, Kim GY et al. Similarities and differences among Internet gambling disorder, gambling disorder and alcohol use disorder: a focus on impulsivity and compulsivity. *J Behav Addict* 2014 dec;3(4):246-53
30. Costes JM, Pousset M, Eroukmanoff V et al. Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010. *Tendances* 2011;77:1-6
31. Coulomb D. Jeux vidéo, jeux d'argent, sexe, travail : des addictions comme les autres ? *Science et santé* 2014;19:22-33
32. Achab S, Nicolier M, Mauny F et al. Massively multiplayer online role-playing games: comparing characteristics of addict vs non-addict online recruited gamers in a French adult population. *BMC psychiatry* 2011;11:144
33. Lam LT. Internet gaming addiction, problematic use of the internet, and sleep problems: a systematic review. *Curr Psychiatry Rep* 2014 apr;16(4):444
34. Zanetta D, Zermatten A, Bilieux J et al. Motivations to play specifically predict excessive involvement in massively multiplayer online role-playing games: evidence from an online survey. *Eur Addict Res* 2011;17(4):185-9

35. Kuss DJ, Louws J, Wiers RW. Online gaming addiction? Motives predict addictive play behavior in massively multiplayer online role-playing games. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2012;15(9):480-5
36. Festl R, Scharkow M, Quandt T. Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction* 2013 mar;108(3):592-9
37. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. *Baromètre santé médecins généralistes* 2009;1-6
38. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'épidémiologie de de santé publique*. 2011 oct;59(5):285-94
39. Pin S. Drogues : la prise en charge des patients toxicomanes. *Baromètre santé médecins-pharmaciens* 2003;164-89
40. Evrard I, Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Baudier F. Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale. *Baromètre santé médecins* 2009;221-37
41. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé publique* 2009;21:27-38
42. Code de santé publique-art. L6323-3
43. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Paris : HAS, 2014
44. Code de santé publique-art. L4130-1, L4141-1, L4151-1
45. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Paris: La documentation française, 2013
46. Michaud P, Gache P, Batel P, Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. *La Revue du praticien - Médecine générale* 2003;17:281-9

47. Michaud P. Repérage précoce, les médecins en première ligne. *La Santé de l'homme* 2003;368:41-2
48. Sobell LC, Sobell MB. L'intervention brève au cabinet médical, une occasion unique de conseiller à propos d'alcool. *Alcoologie et Addictologie* 2004;26:6S-10S
49. Diaz Gomez C, Milhet M. Repérage précoce intervention brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. Saint-Denis : OFDT, 2005
50. Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *Exercer* 2010;90:20-3
51. Sullivan LE, Tetrault JM, Braithwaite RS, Turnur BJ, Fiellin DA. A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home. *Am J Addict* 2011;20:343-56
52. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 2003;327:536-42
53. Saitz R, Palfai TP, Cheng DM et al. Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial. *JAMA* 2014 aug 6;312(5):502-13
54. Humeniuk R, Ali R, Babor T et al. A randomized controlled trial of brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care setting in four countries. *Addiction* 2012 may;107(5):957-66
55. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;8:CD001188
56. U.S. Department of Health and Human services. Treating tobacco use and dependence. Rockville : US Department of Health and Human services, 2008. Disponible sur : http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf

57. Nasser M. Evidence summary: is smoking cessation an effective and cost-effective service to be introduced in NHS dentistry? *Br Dent J* 2011 feb;210(4):169-77
58. An LC, Foldes SS, Alesci NL et al. The impact of smoking-cessation intervention by multiple health professionals. *Am J Prev Med* 2008 jan; 34(1):54-60
59. Zwar NA, Richmond RL, Forlonge G, Hasan I. Feasibility and effectiveness of nurse-delivered smoking cessation counselling combined with nicotine replacement in Australian general practice. *Drug Alcohol Rev* 2011 nov;30(6):583-8
60. Tremblay M, Poirier H. Regard sur un partenariat fructueux : cinq ordres professionnels et l'institut national de santé publique du Québec engagés dans la lutte contre le tabagisme. Institut national de santé publique du Québec, 2011
61. Maisonnier N. État des lieux des actions de préventions menées au sein des maisons de santé pluri-professionnelles de la région Pays de la Loire. Nantes, 2013
62. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2 ed. Paris : Armand Colin, 2013
63. Miles MB, Huberman A. Analyse des données qualitatives. 2 ed. Paris : De Boeck, 2003
64. DGOS. Observatoire des maisons de santé pluri-professionnelle. Communication lors de la 3ème journée de la Fédération Française des Maisons de et Pôles de Santé. Tours. Mars 2014
65. Afrite A, Mousquès J. Les formes du regroupement pluri-professionnel en soins de premier recours : une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération. *Questions d'économie de la santé* 2014;201:1-8
66. Nygaard P, Aasland OG. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol Alcohol* 2011 jan-feb;46(1):52-60

67. Johansson K, Bendtsen P, Akerlind. Factors influencing Gps' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. *Public health* 2005 sep;119(9):781-8
68. Tam CW, Zwar N, Markham R. Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2013 aug 20;14:121
69. Mules T, Taylor J, Price R et al. Addressing patient alcohol use: a view from general practice. *J Prim Health Care* 2012 sep 1;4(3):217-22
70. Broyles LM, Rodriguez KL, Kraemer KL, Sevick MA, Price PA, Gordon AJ. A qualitative study of anticipated barriers and facilitators to the implementation of nurse-delivered alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment for hospitalized patients in a Veterans Affairs medical center. *Addict Sci Clin Pract* 2012 may 2;7:7
71. Horsfield E, Sheridan J, Anderson C. What do community pharmacists think about undertaking screening and brief interventions with problem drinkers? Results of a qualitative study in New Zealand and England. *Int J Pharm Pract* 2011 jun;19(3):192-200
72. Beich A, Gannik D, Malterd K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ* 2002 oct 19; 325(7369):870
73. Perrin H, Gautier A. Tabac et alcool : quelle implication des professionnels. *Baromètre santé médecins-pharmaciens* 2003:141-61
74. Sheridan J, Wheeler A, Ju-Hsing Chen L, Chen-Yun Huang A, Nga-Yee Leung I, Yow-Chyi Tien K. Screening and brief interventions for alcohol: attitudes, knowledge and experience of community pharmacists in Auckland, New Zealand. *Drug Alcohol Rev* 2008 jul;27(4):380-7
75. Levêque A, Berghmans L, Lagasse R, Laperche J, Piette D. Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique. *Archives of Public Health* 1997;55:145-58
76. Williams A, Winfield M. General practitioners attitudes towards prevention. *Health education journal* 1989;48:30-2

77. McEwen A, Akotia N, West R. General Practitioners' views on the English national smoking cessation guidelines. *Addiction* 2001 jul;96(7):997-1000
78. Kviz FJ, Clark MA, Hope H, Davis AM. Patients' perceptions of their physician's role in smoking cessation by age and readiness to stop smoking. *Preventive Medicine* 1997;26:340-349
79. Wattel GP, Constance J, Guilbert P, Beck F, Moatti JP. Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey. *Tobacco Control* 2007;16:351-6
80. Weinstein ND, Marcus SE, Moser RP. Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tobacco Control* 2005;14:55-9
81. Dillard AJ, Midboe AM, Klein WMP. The dark side of optimism: unrealistic optimism about problems with alcohol predicts subsequent negative event experiences. *Pers Soc Psychol Bull* 2009;35:1540-50
82. Mc Neely J, Wright S, Matthews AG et al. Substance-use screening and interventions in dental practices: survey of practice-based research network dentists regarding current practices, policies and barriers. *J Am Dent Assoc* 2013;144(6):627-38
83. Norberg MM, Gates P, Dillon P, Kavanagh DJ, Manocha R, Copeland J. Screening and managing cannabis use: comparing GP's and nurses' knowledge, beliefs, and behavior. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2012 jul 24;7:31
84. Balcou-Debussche M, Baudier F, Beck F et al. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Inpes, Baromètre santé médecins généralistes. 2009
85. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes : une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la santé* 2009;144 :1-8
86. Yarnall K, Pollak K, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003;93:635-41

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Motivations à développer une action de prévention des addictions	11
Figure 2 : Actions envisagées en prévention des addictions	12
Figure 3 : Moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une action de prévention des addictions	13
Figure 4-a : Freins à la mise en œuvre d'une action de prévention des addictions : freins en rapport avec le thème des addictions	14
Figure 4-b : Freins à la mise en œuvre d'une action de prévention des addictions : freins en rapport avec la mise en place d'un projet	14
Figure 5 : Intérêt et modalité d'une évaluation du projet de prévention des addictions	15

ANNEXES

ANNEXE 1 : Critères DSM-5 des troubles d'utilisation de substances

Le trouble d'utilisation d'une substance est défini par la présence, sur l'année écoulée, de 2 ou plus des 11 critères suivants :

1. l'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison ;
2. l'utilisation répétée de la substance dans des circonstances où cela peut être physiquement dangereux ;
3. l'utilisation de la substance est poursuivie malgré des problèmes relationnels ou sociaux causés ou exacerbés par les effets de la substance ;
4. la tolérance, définie par un besoin d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets et par des effets diminués en cas d'utilisation continue des mêmes doses ;
5. le sevrage ;
6. le désir persistant et/ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
7. la substance est consommée en quantité plus importante ou sur une durée plus prolongée que prévue ;
8. les activités sociales ou récréatives sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
9. le temps important passé pour obtenir, utiliser et récupérer des effets de la substance ;
10. l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache qu'elle a un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ;
11. l'envie intense de consommer la substance.

Le trouble d'utilisation des substances est dit :

- léger en présence de 2 à 3 critères
- modéré en présence de 4 à 5 critères
- sévère en présence de 6 critères et plus

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

1) Parlez-moi de vos motivations dans la prévention des patients souffrant d'addiction, au sein de votre Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP).

Thèmes	A été abordé	Relances
Apport de la pluri-professionnalité		Qu'apporte une équipe pluri-professionnelle dans un projet de prise en charge des addictions ?
Importance de prendre en charge les patients souffrant d'addiction		Pourquoi prendre en charge les patients souffrant d'addiction ?
Intérêt personnel à faire de la prévention des addictions		De manière personnelle, quel intérêt trouvez-vous à faire de la prévention des addictions ?

2) Parlez-moi du projet que vous souhaitez élaborer.

Thèmes	A été abordé	Relances
Choix du thème		Comment et pourquoi le thème a-t-il été choisi ?
Professionnels impliqués dans votre MSP		Quels sont les partenaires avec lesquels vous souhaiteriez travailler et comment ?
Professionnels impliqués hors de votre MSP		Quels sont les partenaires avec lesquels vous souhaiteriez travailler et comment ?

3) Parlez-moi de la manière dont vous pensez mettre en œuvre ce projet concrètement.

Thèmes	A été abordé	Relances
Coordinateur		Existe-t-il un coordinateur du projet ?
Outils		Quels (types d') outils souhaitez-vous utiliser ?
Temps		Comment estimez-vous le temps dédié pour ce projet ?
Financement		Attendez-vous un financement pour ce projet ?

4) Parlez-moi des difficultés que vous pensez rencontrer dans l'élaboration et/ou la mise en place de votre projet.

Thèmes	A été abordé	Relances
Lors de la préparation		Quelles difficultés pensez-vous rencontrer dans l'élaboration du projet ?
Lors de la mise en œuvre de l'action		Quelles difficultés pensez-vous rencontrer lors la mise en œuvre concrète du projet ?
Avec les professionnels hors de votre MSP		Quelles difficultés pensez-vous rencontrer dans les partenariats avec les autres professionnels de santé ?

4') Parlez-moi de ce qui facilite l'élaboration et/ou la mise en œuvre de votre projet.

Thèmes	A été abordé	Relances
Lors de la préparation		Quelles difficultés pensez-vous rencontrer dans l'élaboration du projet ?
Lors de la mise en œuvre de l'action		Quelles difficultés pensez-vous rencontrer lors la mise en œuvre concrète du projet ?
Avec les professionnels hors de votre MSP		Quelles difficultés pensez-vous rencontrer dans les partenariats avec les autres professionnels de santé ?

5) Avez-vous pensé à une modalité d'évaluation pour ces actions de prévention des conduites addictives ?

Thèmes	A été abordé	Relances
Intérêt de l'évaluation		Pensez-vous qu'il soit utile d'évaluer votre action de prévention des addictions ?
Modalités d'évaluation		Comment faire pour évaluer un tel projet ?

ANNEXE 3 : Population des entretiens

Professionnels de Santé (PS)					Maisons de santé		
PS	Sexe	Age	Profession	Diplomé en	Localité	Dép.	état de fonctionnement
PS1	H	46	kinésithérapeute	1992	Bécon les Granits	49	en fonctionnement
PS2	H	54	médecin	1986	Bécon les Granits	49	en fonctionnement
PS3	H	61	médecin	1982	Segré	49	en cours de création
PS4	F	39	infirmière	2002	Segré	49	en cours de création
PS5	H	49	infirmier	1993	Segré	49	en cours de création
PS6	F	41	infirmière	2001	Segré	49	en cours de création
PS7	H	37	podologue	2000	Savenay	44	en fonctionnement
PS8	H	33	médecin	2011	Savenay	44	en fonctionnement
PS9	H	60	médecin	1983	Ile d'Yeu	85	en fonctionnement
PS10	H	49	médecin	1991	Ile d'Yeu	85	en fonctionnement
PS11	F	38	médecin	2000	Ile d'Yeu	85	en fonctionnement
PS12	F	56	infirmière	1982	Ile d'Yeu	85	en fonctionnement
PS13	F	47	infirmière	2006	Ile d'Yeu	85	en fonctionnement
PS14	H	-	infirmier	1974	Ile d'Yeu	85	en fonctionnement
PS15	H	60	dentiste	1977	Clisson	44	en fonctionnement

- PS : Professionnels de Santé
- Dép. : départements
- - : Informations manquantes

ANNEXE 4 : Durée des entretiens

PS	durée d'entretien
PS1	00:24:05
PS2	00:35:49
PS3	00:26:41
PS4	00:31:17
PS5	00:43:54
PS6	00:57:55
PS7	00:25:16
PS8	00:30:10
PS9	00:22:38
PS10	00:19:23
PS11	00:25:11
PS12	00:28:22
PS13	00:26:01
PS14	00:23:51
PS15	00:28:20

- PS : Professionnels de Santé

ANNEXE 5 : Conventions typographiques de la rédaction des *verbatim*

- {} : pour toutes formes de précision, notamment relatives au ton et aux gestes.
- [] : ajout du chercheur pour faciliter la compréhension du texte
- = : est indiqué à la fin de la prise de parole d'un participant et au début de celle d'un autre pour indiquer que le second reprend la parole sans laisser d'interruption, voire l'interrompt, et le premier lui laisse la place.
- (...) : inaudible
- *en italique* : l'enquêteur
- **en gras** : *les questions* et **sous-questions** de la trame d'entretien posées par l'enquêteur

ANNEXE 6 : 3 exemples de *Verbatim*

(les autres verbatim sont disponibles sur le CD en fin de thèse)

Verbatim P4

(Enquêteur : E ; Professionnel de Santé 4 : P4)

E : Parlez-moi d'abord de vos motivations pour faire de la prévention des patients souffrants d'addiction au sein d'une maison de santé ?

P4 : Eh bien, le problème qu'il y a, c'est qu'on rencontre des addictions qu'on ne sait pas forcément toujours traiter, et que les patients ne veulent pas non plus être traités. Parce qu'on propose parfois des aides ou des choses comme ça et parfois on voit des gens qui déclinent. Donc le préventif justement... Et comme on n'a pas forcément les moyens, ou on ne sait pas ce qu'on peut mettre en place justement, pour pouvoir éviter l'addiction, donc du coup ce projet est plutôt intéressant, parce qu'on en rencontre dans nos patients... malheureusement.

E : D'accord. Donc l'importance pour le patient, pour éviter justement son déclin ?

P4 : Bah oui, si on peut éviter d'arriver justement jusqu'à l'addiction, ce serait quand même nettement mieux. Je pense. Donc il y a des choses qui à mon avis, qui sont... qui peuvent être mise en place. Nous on essaie de mettre des choses à notre niveau, mais on n'a pas forcément la corrélation pour voir avec quel intervenant autre on peut éventuellement jouer pour justement, faciliter les choses.

E : Quand vous dites « à votre niveau » c'est quoi ?

P4 : A notre niveau, c'est-à-dire : déjà on essaie de faire discuter les gens, voir les problèmes qui... qui font que justement ils peuvent arriver vers une addiction. On a le milieu social, familial, la pathologie, donc on essaie de tenir en compte tout ça. Et puis après, en fonction de comment réagit la personne à ce qu'on peut lui dire, les conseils, le si peu qu'on a pour l'instant, on voit après si on peut ou pas faire des choses, mettre des choses en place. Donc une aide serait bienvenue !

E : Une aide serait bienvenue.

P4 : Exactement

E : D'accord. Dans la prise en charge du patient que vous décrivez, que pourriez-vous apporter le fait de travailler avec les autres acteurs de votre maison de santé pluri-professionnelle ?

P4 : Déjà, je pense qu'on... D'être plusieurs, on a une objectivité qui est complètement différente. On n'est pas dedans, en se disant... Même nous, parfois on a forcément des a priori en se disant « bah écoute, il pourrait faire un effort ». On n'en arriverait pas là. Donc après, on ne connaît pas forcément toute l'histoire de vie, non plus, de la personne. Le médecin traitant à son... sa façon de voir, les assistantes sociales s'il y en a qui peuvent être mises ont leurs façons..., ont leurs connaissances, donc si on a forcément tous un petit bout de l'histoire de vie, je pense qu'on peut peut-être arriver à plus facilement mettre des choses en place.

E : D'accord. Donc quelque chose d'assez complémentaire ?

P4 : Oui, qui vient travailler en complément de ce qu'on fait nous.

E : D'accord. Et d'un point de vue personnel, quel intérêt vous, vous trouvez à faire de la prévention ?

P4 : Alors j'ai toujours dit qu'il valait mieux faire du préventif que du curatif. C'est toujours plus important de faire du préventif. Donc une fois que les choses sont installées, il est parfois difficile de s'en sortir. Donc si en amont, on a fait du préventif, on peut quand même parfois avoir des situations qui ne tournent pas au drame. Si on n'en arrive pas là...

E : D'accord. Et quelles sont vos motivations personnelles pour faire de la prévention des addictions en particulier ?

P4 : Là ! Mon histoire de vie ? {Rires}... Quelles sont mes motivations à moi ? Eh bien, justement, comme je le disais avant, je préfère faire du préventif que du curatif donc, que ce soit pour toutes les pathologies, les addictions, le diabète ou autres, je pars du principe qu'il vaut mieux faire du préventif que du curatif. Donc, après, c'est plus dans ma façon à moi de travailler.

E : *D'accord.*

P4 : C'est pour ça que je préfère faire ça, voilà : prévention !

E : *Donc agir avant.*

P4 : Avant, oui ! Si on peut, c'est mieux !

E : *Agir avant, se coordonner avec les autres professionnels ?*

P4 : Voilà, exactement

E : *Afin d'être plus objectif sur le problème ?*

P4 : Tout à fait.

E : *Et puis essayer de régler ce problème ?*

P4 : Avoir un...C'est vrai. Il est quand même plus facile d'intervenir à plusieurs. Et parfois on peut s'essouffler quand la personne qui est face à nous ne tient pas compte de ce qu'on dit nous. On se dit que si on est plusieurs à lui répéter les choses, on peut peut-être arriver à faire en sorte qu'elle l'entende, au bout d'un moment. Donc il est évident que travailler en collaboration, avec d'autres professionnels nous permet aussi de se dire « bah on n'est pas tout seul, on va y arriver plus facilement ». Ce qu'on fait déjà un petit peu. Après, c'est vrai qu'on est tous un peu dans notre coin aujourd'hui, donc c'est un peu difficile pour pouvoir se rencontrer, poser des moments. Là, à la maison de santé, je pense que ça nous permettra justement de pouvoir avoir un lieu où on se rencontre plus facilement et où les choses pourront peut-être se mettre plus facilement en place.

E : *D'accord. Très bien. Alors si on avance un petit peu, après avoir vu vos motivations, parlez-moi du projet. Quel serait le projet que vous imaginerez élaborer ?*

P4 : Quel projet ? Est-ce que ce sera des addictions ciblées ou est-ce que ce sera plus l'alcool ? Après il n'y a pas... Dans le ségréen, il y a beaucoup, beaucoup d'alcool.

E : *Et bien je vous retourne la question, justement.*

P4 : J'avoue que dans nos patients, l'addiction qui revient le plus, c'est quand même l'alcoolisme. Donc une prévention, plus ciblée sur l'alcoolisme me semblerait plus adaptée à nos patients aujourd'hui.

E : *Que de faire l'ensemble des addictions ?*

P4 : Que de faire l'ensemble les addictions, oui. Pour nous, je pense qu'il serait préférable de cibler quelques addictions que l'on rencontre souvent que d'avoir un panel d'addiction qui... qu'on va peut-être rencontrer peut être une fois tous les 10 ans. Donc il vaut mieux pour nous, je pense, avoir une addiction plus ciblée, parce que la prise en charge est forcément pas la même.

E : *Effectivement. D'accord. Donc plutôt sur le l'alcool. C'est un thème sur lequel vous avez déjà discuté en groupe ?*

P4 : Non, non non. On n'en avait pas encore discuté. Je dois vous avouer que c'est qu'on a... Quand on s'est mis en place en se disant ce serait bien s'il y avait une maison de santé, quand les gens se sont un peu... Je dirais qu'on travaille ensemble depuis le mois de janvier {2014}. Avant, on travaillait vraiment tous côte à côte et le fait de se rencontrer un peu plus lors de réunions comme ça, on s'est dit tient, il y aurait des choses à faire sur ça, des choses à faire sur ça. Et c'est vrai qu'en discutant entre nous, on se dit qu'en effet les addictions, en l'occurrence l'alcoolisme, font partie des choses que l'on rencontre vraiment, fréquemment.

E : *D'accord. Travailler sur l'alcoolisme. Et travailler avec quels professionnels? D'abord au sein votre future maison de santé et après, en dehors de celle-ci.*

P4 : Les médecins traitants, parce que déjà... De toute façon ils sont comme nous {les infirmières} vraiment proche du patient. Après, il peut y avoir aussi, tout ce qui est quand il y a addiction à l'alcool, il y a forcément les problèmes sous-jacents familiaux, donc travailler peut-être en collaboration aussi avec les assistantes sociales, parce que je pense qu'il doit quand même y avoir

un lien, malheureusement. Travailler aussi avec... Justement en prévention il y a « le CE... le CESAME » je crois à Segré qui lui, certainement, a des protocoles qui également peuvent être mis en place. Avant d'arriver à soigner vraiment l'addiction, il y a des choses qui doivent être faites en amont.

E : D'accord. Donc principalement, dans la maison de santé, les médecins et les infirmières

P4 : Oui

E : Et en dehors, le CESAME et puis ?

P4 : Mais ce serait bien s'il y avait une antenne sociale au pôle santé, ce serait vraiment top, oui. Parce qu'on rencontre à domicile, on rencontre quand même beaucoup de gens qui sont désespérés, qui ne savent plus quoi faire, justement, par rapport à la multitude de papiers que l'on peut rencontrer. Et ne serait-ce qu'au niveau médical, quand il y a des démarches à faire, ils sont mais complètement « per-dus » ! Donc du coup, ce serait bien. On leur a suggéré déjà, mais est-ce que ça se fera? {Rires}

E : Donc une antenne sociale en particulier ?

P4 : Oui voilà ?

E : Au sein de votre maison de santé, parmi les autres professionnels qui vont y participer, est-ce que vous en voyez d'autres qui pourraient participer ou être intéressés par ce projet ?

P4 : La sage-femme peut-être, à son niveau justement prévention par rapport [au] risque de [la] grossesse justement par rapport aux addictions. Kiné, je ne sais pas s'il y aurait vraiment... Après podologues, je ne pense pas, mais après ils peuvent aussi rencontrer... Après, ce serait à voir en fonction de si eux rencontrent des difficultés justement dans leurs patients, parce que les patients qu'ils voient eux, ce ne sont pas forcément les gens que l'on voit nous. Donc s'il y a besoin, travailler ensemble, oui pourquoi pas, bien sûr.

E : D'accord. Assez large ?

P4 : Oui, après ça se rapproche. Je pense que les choses, au début, peuvent être ciblées, et puis après on peut les adapter en fonction des besoins, donc ce serait à voir quand on aura la maison de santé, nos besoins réels à ce moment-là.

E : D'accord. Et en dehors, vous parliez du CESAME, de l'assistante sociale. J'ai entendu parler du fait que vous serez proche de l'hôpital.

P4 : Oui tout à fait, enfin quand ils arrivent à l'hôpital pour une addiction, c'est que là ce n'est plus de la prévention, c'est du curatif! Hein ! {Rires} Après, moi je pense [qu'] une fois qu'ils sont rendus à l'hôpital, c'est plutôt du curatif !

E : D'accord. Et vous connaissez des structures, peut-être pas professionnelles, mais par exemple des associations qui s'occupent d'addiction ?

P4 : Alors, ici non, parce que moi je viens de la Touraine. Donc il y avait une association qui s'appelait « Louis Savestre », donc du coup il y avait une prise en charge, mais là c'était carrément l'addiction, ce n'était pas de la prévention, mais ici c'est vrai, je n'ai pas vraiment... C'est vrai que ce moyen-là du coup, va pouvoir nous permettre de connaître les structures ou les associations qui peuvent justement être créée ou qui ont été créées, pour pouvoir parer à ça...Mais là non, c'est vrai que je n'en ai pas connaissance.

E : On a vu l'idée du projet : donc recentrer sur une ou plusieurs addictions, notamment l'alcool, et impliquer l'ensemble des professionnels notamment ceux qui le souhaitent ?

P4 : Oui parce que tout le monde peut rencontrer ces difficultés-là, en prenant en charge ces patients. Parce que la prévention, on ne soigne pas vraiment une personne tant qu'elle n'a pas de symptômes, donc le préventif... C'est vrai que le pédicure qui va rencontrer un patient où plusieurs fois il se rend compte que la personne parle justement de ces problèmes, elle {le pédicure} pourrait justement être amenée à rencontrer des difficultés dans la prise en charge, ou essayer de l'aider. Donc pourquoi pas envoyer vers un médecin ou vers nous pour justement... Ou même elle, le faire, je pense... Donc, oui il peut y avoir un outil où tous les professionnels, tout le monde, tous les professionnels de santé, ou tous ceux qui peuvent intervenir puissent l'utiliser.

E : *D'accord. Un thème recentré. Par contre des professionnels assez élargis ?*

P4 : Oui, je pense.

E : *Et puis une communication avec l'extérieur ?*

P4 : Bien sûr.

E : *Notamment les associations et les assistantes sociales si j'ai bien compris. **Si vous vouliez nous parler maintenant le plus concrètement possible de la mise en œuvre de ce projet.***

P4 : Je pense d'abord qu'il faudrait voir, évaluer s'il y a vraiment un risque d'addiction. Donc après on peut rencontrer quelqu'un et se dire après « bah tient, il faut qu'on fasse attention », mais est-ce qu'on est vraiment dans le vrai ? Donc, est-ce qu'il y aurait des moyens des échelles, où on pourrait se dire tient, on pose telle ou telle question et suite à ça on se dit « bah, cette personne, il faudrait peut-être qu'on la surveille un peu plus, qu'on la revoit d'ici quelques temps, qu'on pose le même questionnaire. Si on se rend compte que les problèmes sont récurrents, bon bah là on va peut-être essayer de mettre quelque chose en place de plus précis. Donc je pense, oui, il pourrait peut-être y avoir un questionnaire, je ne sais pas si ça existe ça, par rapport à l'addiction.

E : *Il y a des choses qui existent.*

P4 : Donc après des choses toutes simples, qu'on pourrait utiliser vraiment facilement en discutant avec la personne lors d'un soin ou... Je pense que ça, ça serait utile. Après, pouvoir les évaluer et puis revoir la personne en disant « bah écoutez, là j'aimerais bien vous revoir, en parler et puis réévaluer je pense, parce que ce n'est pas en une fois qu'on peut évaluer. Ça peut être ponctuel : la personne se sent pas bien, et puis voilà. On peut la réévaluer plus tard. Si on voit que vraiment que le problème persiste, pourquoi pas justement essayer d'en parler avec d'autres professionnels qui ont vu cette personne, en disant « bah, écoutez, là... », tirer une sonnette d'alarme, et puis voir ce qu'on peut mettre derrière. Par contre les moyens qui sont à mettre derrière en place, il nous faudra de l'aide ! {Rires}

E : *D'accord. En tout cas, **si j'entends bien, vous souhaiteriez avoir des outils pour, entre guillemets, un diagnostic ?***

P4 : Oui voilà.

E : *Ou une échelle ?*

P4 : Oui voilà. Une échelle pour évaluer. Parce que nous, en ce qui concerne les addictions, on les voit quand elles sont déjà présentes. Donc est-ce qu'il n'y aurait pas effectivement des choses à faire en amont, qu'on se dise « bah tient, là, on va essayer de cibler, de s'interroger... » En posant des questions bien particulières, dire : « bah tient, là il faudrait vraiment qu'on fasse attention ». Pourquoi pas réitérer quelques temps après, et se dire : « Bon, bah, là vraiment, on est dedans, et il faut vraiment mettre des choses en place avant d'arriver à l'addiction ». Donc je pense que ça, ça va être le travail qui justement va être fait pour pouvoir utiliser ces choses-là.

E : *Oui.*

P4 : C'est parfait ! {Rires}

E : *J'ai une collègue qui s'occupe de faire effectivement de la bibliographie sur ce qui existe dans ce domaine.*

P4 : Eh bien, ça tombe bien, voilà.

E : *Si je comprends bien, vous souhaitiez essayer de clarifier un peu les choses, et peut-être d'enlever le côté un peu subjectif. Vous me parliez alors d'un questionnaire, de quelque chose qui peut être reproductible par des professionnels différents ?*

P4 : Bien sûr.

E : *Ainsi un patient peut voir une fois l'infirmier et puis, deux mois après, un médecin qui pourront remplir ce questionnaire. Puisque pour vous, le diagnostic ne se fait pas dans l'instant ?*

P4 : Mais non puisqu'il y a... Il peut y avoir un moment où la personne est un petit peu moins bien, et en fin de compte, un mois après, vous la revoyez, et puis tout va bien quoi. Elle peut juste être un peu fragile pendant une période. Et c'est vrai que si on avait tous la même trame, ça permettrait de dire « et bien la dernière fois, on a déjà posé cette question-là. Même si ce n'est pas le

même professionnel qui intervient, bon bah, la réponse était déjà la même la dernière fois, il serait peut-être temps qu'on fasse quelque chose ». Donc du coup, oui c'est vrai ça pourrait être un moyen justement à utiliser et on parlait justement, nous, par rapport à la maison de santé d'avoir un même logiciel, du coup qui nous permettrait à tous les professionnels de santé de pouvoir mettre les choses dessus, donc si ce questionnaire était fait et que le... ça apparaîtrait sur le dossier du patient. Si nous on rencontre le patient et puis que le médecin un mois après rencontre le même patient, il dira : « bah tient, l'infirmière elle a posé ça comme question, j'ai déjà eu ces réponses-là. Du coup, il pourrait y avoir comparaison, ce serait plus facile. Donc voilà.

E : Profiter de l'informatique en plus ?

P4 : Exactement, pour que tout le monde puisse avoir les mêmes références, les mêmes dossiers. Et puis voir exactement, pour avoir un suivi adapté, que le dossier du patient suive à tout le monde.

E : D'un côté le diagnostic et de l'autre vous me dites la prise en charge. Que faire finalement quand on a trouvé ou détecté un problème ?

P4 : Bah au niveau de la prise en charge, justement, je crois qu'il y a des choses à mettre en place. A notre niveau en tant qu'infirmiers ça peut être, je ne sais pas, essayer de faire verbaliser la personne sur ses angoisses, voilà... Après, est-ce qu'il y a des traitements qui peuvent être mis en place, justement, parce que du coup, il y a un problème de dépression qui engendre de l'alcoolisme. Donc ça je pense que c'est plus le médecin qui fera ça parce que {rires} nous à notre niveau... Mais par contre on peut voir s'il n'y a pas d'effets secondaires ou des choses comme ça. Et puis après, est-ce que les services sociaux peuvent intervenir et mettre des choses en place. Nous on pourra le juger à domicile ou pas. Donc tout ça, c'est ce qui pourrait se mettre en place, je pense.

E : D'accord. Donc tout le monde peut aider au diagnostic et ensuite une prise en charge qui peut être=

P4 : =Globale.

E : Pluri-professionnelle ?

P4 : De toute façon il y a... Je pense qu'il n'y a que cette façon-là de pouvoir intervenir : pluri-professionnelle. On ne peut pas intervenir nous tout seul dans notre petit coin : on ne fera pas grand-chose

E : D'accord. Pour entrer toujours dans le concret du projet. Est-ce que vous avez un coordonnateur ou quelque chose qui coordonne ce projet ?

P4 : Pour l'instant pas vraiment, puisque là c'était vraiment l'ébauche. Mais je pense que oui, il y aura un référent justement pour pouvoir essayer de voir comment évoluent les choses, comment on les met en place. Mais je pense que ça se fera.

E : J'ai entendu parler de groupe de travail au sein de votre maison de santé.

P4 : Oui, tout à fait.

E : Est-ce qu'il y a un groupe de travail qui est dédié à ce projet en particulier ?

P4 : Oui, oui. On a ce qu'on a appelé un « comité psy ». Voilà, nous sommes deux médecins, trois infirmiers. On essaie de pouvoir justement... Donc je pense qu'on fera partie des référents après pour pouvoir justement diffuser au niveau des autres professionnels de santé.

E : D'accord. Donc il y a déjà une structure un peu qui coordonne ce projet ?

P4 : Voilà, oui, tout à fait.

E : D'accord. Est-ce que vous avez une idée du temps qu'il vous faudra dédier à ce projet ?

P4 : Du temps à dédier à ce projet ? Aucune idée ! {Rires} Vraiment aucune idée.

E : Et peut-être du temps à dédier dans l'élaboration de ce projet ? Pour des réunions entre professionnels ? Pour créer ce projet ? Et peut-être après, une fois que le projet sera mis en place, comme vous le disiez tout à l'heure, pour parler d'un patient, par exemple ?

P4 : Bien sûr. Donc ça après je dirais que ce sera à l'usage. C'est au moment où on aura des choses à faire, à mettre des choses en place, on adaptera notre temps. On arrivera toujours à trouver du temps, même la nuit. {Rires} Les libéraux sont très souples au niveau du temps, après on essaie de s'adapter.

E : Après les journées ne sont pas extensibles non plus.

P4 : Oui, mais on arrive toujours à trouver un créneau pour pouvoir...

*E : D'accord. Toujours dans la mise en œuvre concrète du projet. **Est-ce que vous vous attendez à un financement pour votre projet ?***

P4 : Bah, s'il y en a un c'est bien. S'il n'y en a pas, de toute façon, je crois qu'il y a réellement des choses à faire, donc il faudra bien qu'on fasse quelque chose pour la prise en charge du patient, pour améliorer sa prise en charge. Donc après si bien évidemment il y a des financements, ça aidera peut-être plus pour... Et « encore »... Oui, le financement, peut-être pour la prise en charge des patients. Après je ne sais pas comment ça peut se présenter, mais...

{Entrée puis sortie d'une tierce personne dans la pièce d'entretien}

E : Donc le financement, ce n'est pas quelque chose de majeur dans votre projet ?

P4 : Personnellement, non. Je me dis que si j'ai du temps à y passer pour... C'est vraiment pour la prise en charge, pour nous faciliter la prise en charge du patient, voilà.

E : D'accord.

P4 : Donc après, si on est un peu dédommagé sur le temps qu'on y passe, c'est très bien. Mais ce n'est pas... Pour moi, ce n'est pas la chose majeure.

*E : Pas la chose majeure. D'accord. Si on avance encore un petit peu, on a vu pas mal de choses sur l'élaboration du projet. **Est-ce que vous avez anticipé des difficultés dans l'élaboration de ce projet ?***

P4 : Est-ce que j'anticipe des difficultés ? Aucune idée. {Rires} Il y en aura forcément, puisque comme tout projet, on rencontre des difficultés à certains niveaux. Après, est-ce que la mise en place des choses que l'on va établir va être possible en fonction de chaque patient, je ne sais pas, ce sera vraiment au moment où on utilisera les moyens qu'on nous a transmis, qu'on verra s'ils sont adaptés ou pas également à nos patients. Après il y aura peut-être des petites choses à modifier, à adapter, c'est comme tout, c'est quand on utilise qu'on se rend compte si ça fonctionne. Donc, on sera peut être obligé de refaire d'autres réunions pour justement remettre en place des choses, mais ça, on avisera à ce moment-là, voilà.

E : D'accord. Vous parlez de l'alcool et du recrutement de vos patients notamment. Est-ce que ce sont les patients qui viennent vous voir pour ce problème là ou viennent-ils pour autre chose et c'est vous qui soulevez le problème ?

P4 : Non, on le constate. Ils viennent pour autre chose et souvent on constate qu'il y a de l'alcoolisme. Les gens ne viennent pas vous voir avec une pancarte en disant « je suis alcoolique », sinon... {Rires} Il y a quand même un déni de la pathologie. Donc nous on le constate malheureusement quand l'addiction... Ou remarquez, non pas forcément mais quand on voit qu'il y a une dérive. Mais les gens ne le disent pas clairement, donc c'est vraiment à nous de voir si oui ou non il y a un réel problème. Mais ça c'est à force de côtoyer les gens, de discuter pendant le soin, qu'on se dit « bon là il y a un petit souci » donc « faut peut-être voir ce qu'on peut faire ».

E : D'accord. Est-ce que, puisque vous dites que ce sont les professionnels qui abordent l'alcoolisme, est-ce que vous pensez que c'est un sujet facilement abordable avec le patient ?

P4 : Facilement, non. Dans un premier temps il y a le déni. Franchement la personne se met sur ses gardes en se disant : « Oh là ! Qu'est-ce qu'elle fait là ? Elle vient dans mon petit domaine. Moi j'y suis bien ». Et puis après il y a la confiance qui s'installe, donc les gens se disent : « bon, on n'est pas jugé, on peut en discuter sans être jugé ». Après nous on n'est pas là pour ça, on essaie de comprendre pourquoi ils en sont arrivés là. Donc du coup au fil du temps, ils se disent : « bon, on a plutôt une aide qu'un jugement », donc les choses se mettent en place progressivement. Et puis si on voit que vraiment, vraiment, ça ne va pas, qu'on essaie d'avoir quelque chose, on essaie et du coup ils se braquent contre nous, donc on se dit « et bien écoutez, il y a d'autres solutions, allez voir un autre professionnel de santé, peut-être que ça passera mieux, d'où l'intérêt de ne pas être tout seul. Mais non dans un premier temps, ce n'est pas eux qui disent : « je suis alcoolique », c'est nous qui constatons.

E : C'est vous qui constatez. Vous, j'ai l'impression que vous n'avez pas trop de problème pour parler d'alcool à vos patients. Vous dites également que si ça ne marche pas avec vous, vous envoyez vers quelqu'un d'autre ?

P4 : Bah oui, il ne faut pas être buté, il faut être réaliste. On ne peut pas plaire à tout le monde. On peut ne pas passer. Voilà, il y a des gens avec qui on va discuter plus facilement que d'autres, et puis il y a des gens qui vont dire « non, je refuse d'en parler catégoriquement », donc on va se dire, de toute façon, il n'y a pas grande chose à y faire : si le patient ne veut pas on ne peut pas l'imposer, c'est évident. Donc on peut soumettre, et puis on peut aussi retenter quelques temps après. Il peut laisser mûrir un peu la situation, dire « bon, bah écoutez, je vous ai proposé mon aide, vous n'en voulez pas pour l'instant, mais elle est toujours là [mon aide], donc vous pouvez revenir dans 6 mois un an ». Et puis même il nous arrive parfois de ne plus voir les patients ensuite, et qu'ils nous rappellent pour avoir des informations, pour nous poser des questions. Donc on leur dit « bah de toutes façons, vous pouvez toujours passer au cabinet ou nous appeler, il n'y a pas de souci ».

E : D'accord.

P4 : Donc voilà. Donc on est assez ouvert. On essaie en tous cas ! {Rires}

E : D'accord. Très bien. **Et est-ce que vous pouvez pré-sentir des difficultés dans la relation avec les autres professionnels de santé ?**

P4 : Pour l'instant, non. Non, après on est plus à l'aise avec certains que d'autre, c'est évident. Mais non je ne pense pas qu'il y ait des difficultés. Après, on n'est pas toujours d'accord, c'est évident, on a tous une autre façon de travailler, une autre façon de faire, mais on essaie de tous travailler dans le même sens, c'est à dire pour le bien être du patient, donc c'est le principal. Donc voilà.

E : D'accord. **Est-ce qu'au contraire ils y auraient d'autres choses qui pourraient faciliter la mise en place de ce projet ?**

P4 : Le fait qu'on s'entende tous plus ou moins bien quand même! Donc je pense que ça peut aider. {Rires} Justement. Donc c'est certainement plus facile. On arrive à discuter plus facilement des choses quand on a besoin de discuter d'un patient. On arrive toujours à trouver un créneau justement pour pouvoir en discuter. On n'est pas buté, que ce soit les uns ou les autres. De toute façon on travaille tous côte à côte et pas... Enfin ensemble quoi ! Donc du coup, ça se passe plutôt très bien !

E : D'accord. **Donc la bonne entente au sein de la maison de santé.**

P4 : Ah, ça c'est primordial. Si, dès qu'on a le dos tourné les autres disent ce n'est pas bien, je ne vois pas bien l'intérêt de travailler ensemble ! Donc c'est une relation de confiance qui s'installe entre nous. Et puis, le patient le ressent de toute façon. Il faut être réaliste, si nous même, on n'arrive pas à s'entendre, le patient, il va dire : « c'est quoi ce bazar ! » ...Parce qu'il va avoir deux sons de cloche, donc à un moment il dira : « bah c'est bon là ! Euh... ». Personne ne s'y retrouve donc ce n'est pas la peine, on n'avance pas, donc il va laisser tomber. Et puis, bah nous, forcément au bout d'un moment aussi, ça c'est évident. Donc non, je crois qu'on va plutôt tous dans le même sens.

E : D'accord. **Donc la bonne entente et le message commun finalement dans le projet, auprès des patients, ce serait deux choses qui pourraient faire en sorte que le projet fonctionne bien ?**

P4 : Bien sûr ! Bien sûr ! C'est évident que oui, si on ne dit pas les mêmes choses, au patient, au bout d'un moment, personne ne va s'y retrouver ! {Rires} Ça c'est évident. Je ne sais pas, oui. Ça sera un beau bazar.

E : D'accord. **Bon, on va passer si vous voulez bien à la dernière question. Quelles seraient les modalités d'évaluation d'un tel projet ? Selon vous, est-ce que c'est nécessaire ou utile d'évaluer le projet ? Et ensuite comment faire ?**

P4 : Alors, utile de l'évaluer ? Oui je pense. Pour en avoir un retour je ne vois pas comment on peut ne pas évaluer le projet. Ce dire : « bah on met des choses en place et puis on laisse tomber après », ça ne sert à rien. Comment l'évaluer ? Peut-être en suivant plusieurs fois nos patients, voir comment ça évolue, voir les choses qui ont été mises en place, les choses qui ont fonctionné voir

celles qui n'ont pas fonctionné. Et puis, de toute façon, il faut être réaliste, on va être obligé d'adapter à chaque patient, parce que chaque personne est différente donc on sera bien obligé d'évaluer, d'adapter et puis d'avancer ! Voilà et avancer voilà, c'est important. Sinon, ça ne sert à rien.

E : D'accord. Et autour d'une pathologie dont la prise en charge est longue, avec des rechutes, comment faire pour évaluer justement sur du court terme ? Parce que évaluer sur dix ans c'est intéressant, peut-être pour voir les gens qui ont arrêté ou pas, mais, vous dites, il faut savoir si ça marche ou si ça ne marche pas pour avancer. Ainsi il ne fait peut-être pas attendre dix ans pour savoir si ça marche ou pas ?

{Entrée d'une personne dans la pièce d'entretien}

P4 : On a quand même l'avantage de voir nos patients quand même fréquemment, donc du coup l'évaluation se fait forcément au moment où on les rencontre. Après pas forcément à chaque fois qu'on les voit, mais on peut faire un point avec eux et avec tout le monde tous les trois quatre mois ou moins ou plus en fonction du patient. Et puis c'est à ce moment-là qu'on peut réadapter, voir si ça a fonctionné ou pas, voir les choses qui ont fonctionné, les choses qui n'ont pas fonctionné, ce qui doit être remis en place ou pas. Donc oui, je pense que sur le court terme, on peut tout à fait évaluer, du fait qu'on a la chance de pouvoir voir nos patients quand même fréquemment. Donc ce n'est pas des gens qu'on voit une fois et dont on se dit : « on a mis des choses en place ». Et de toute façon ce n'est pas possible, ce ne serait pas réalisable hein ! On ne peut pas mettre des choses en place en une seule fois.

E : Plutôt un mode d'évaluation qui serait d'évaluer où se situe le patient à chaque fois.

P4 : Oui !

E : De « stader » un peu le patient, et dire : « bah il était là, il est là » ?-

P4 : Oui, en fonction de l'évolution, en fonction de ce qu'on a mis en place, on peut se dire ça ça a marché, ou ça n'a pas marché, et puis voir avec plusieurs patients.

E : D'accord. Bon, on a dit beaucoup de choses.

P4 : Bon bah c'est bien ! Rires}

E : Je pense qu'on en a oublié beaucoup aussi !

P4 : {rires}

E : Je ne sais pas si vous aviez d'autres choses à rajouter sur le sujet ?

P4 : Non, pas spécialement.

E : Je vous remercie beaucoup d'avoir participé.

Verbatim P7

(Enquêteur : E ; Professionnel de Santé 7 : P7)

E : *Est-ce que vous pouvez me parler de vos motivations pour faire de la prévention des addictions au sein de votre maison de santé ?*

P7 : Pour tout le monde, là?

E : *Pour vous.*

P7 : Pour moi. En ce qui me concerne du coup, moi c'est le... L'intérêt il est que... Enfin moi je suis pédicure podologue, donc le... C'est ce que j'expliquais l'autre jour, c'est que je passe un temps important avec des patients, qui sont passifs pendant un soin de pédicurie, et ça peut durer jusqu'à trois quarts d'heure le soin ! Ils sont en train de se faire soigner les pieds et ils se livrent énormément et il y a beaucoup d'échanges donc par rapports aux addictions : bah en fait je me rends compte qu'en fait, moi je vais avoir une connaissance du patient, par rapport à un médecin qui va voir son patient un quart d'heure et qui va avoir "X" choses à gérer, moi c'est pas du tout dans le même esprit et le patient en plus il ne se sent pas oppressé par un médecin, avec du coup une autorité de "médecine". Avec le pédicure il est beaucoup plus à l'aise, je pense. Donc du coup, ça rentrait dans mon activité, en fait, sans le faire exprès, mais voilà! Alors autant savoir un peu comment ça se passe et ce qu'il faut faire, ce qu'il faut dire, c'est encore mieux.

E : *D'accord. Ça ne rentre pas forcément dans votre champ de profession=*

P7 : =Non

E : *Mais c'est par la force des choses, avec notamment pas mal de relationnel avec le patient que les addictions rentrent dans votre activité ?*

P7 : Oui. Voilà. Parce que directement, que quelqu'un fume ou pas, à la limite pour faire un ongle incarné, ça ne me dérange pas. C'est pour ça que ça ne rentre pas directement dans mes compétences de soin. Par contre après ce qu'il se passe, c'est que du coup, il y a un rapport qui se crée avec le patient qui fait qu'on peut... C'est quand même intéressant et on est amené après... Il nous demande aussi notre avis, et on est amené à échanger, donc c'est pour ça qu'à un moment donné on échange, on échange. Mais moi, à part ce que je sais, ce que je crois savoir et ce que je connais. Voilà, après c'est pour ça que c'est bien d'asseoir les choses pour que je ne dise pas que des bêtises non plus aux gens.

E : *D'accord. Donc effectivement c'est entre guillemets la force des choses, et cette relation de discussion importante qui fait que les addictions rentrent dans votre métier ?*

P7 : Voilà, plus qu'un soin!

E : *D'accord. **Quelle est l'importance, selon vous de prendre en charge ces patients qui souffrent d'addictions?***

P7 : Bah, l'importance, c'est pour eux déjà en priorité : c'est leur bien-être, leur bien-être physique et moral, je pense, par rapport aux addictions. Parce que, que ce soit l'alcool ou des choses comme ça, c'est qu'après, socialement même c'est compliqué! Et puis la raison au niveau de la santé physique. Le principe c'est de les aider eux.

E : *D'accord. **Est-ce que vous pouvez me parler de l'apport de la pluri-professionnalité dans ce genre de projet?***

P7 : Alors, du coup, encore une fois ça va retomber dans le contact qui ne sera pas le même entre le patient et son médecin, et le patient et son pédicure ou son infirmière ou sa diététicienne. Je pense qu'il y a déjà un rapport de temps qui n'est pas le même et un rapport de... Le médecin, il a beaucoup de choses à gérer avec son patient sur son quart d'heure de consultation. Il faut qu'il gère beaucoup de choses par rapport à son patient. Je vous dis encore une fois, nous en pédicurie, la podologie ça va être autre chose, mais la pédicurie nous permet vraiment d'avoir un temps assez important de discussion très ouverte, ce qui fait qu'on va apprendre des choses sur les patients que les médecins n'imaginent même pas, de la même manière qu'une infirmière, à mon avis, ou qu'un infirmier qui passe du temps avec les patients au quotidien. Ils vont avoir une connaissance du

patient dans sa vie, qui ne sera peut-être pas celle du médecin. À mon avis

E : *D'accord. Donc un apport dans la complémentarité ?*

P7 : Qui peut vraiment aider les médecins, je pense, oui.

E : *D'accord. Quel est le projet que vous avez élaboré autour des addictions ?*

P7 : Pour les addictions. Alors, ça débute simplement : on a fait une formation il y a 15 jours, avec du coup deux médecins de Saint Nazaire. Donc le projet des addictions, ça va être du coup de... Ils nous ont apporté, du coup un petit peu de connaissances par rapport à des traitements, par rapport à où les orienter les patients, notamment la Rose des Vents tout ça. C'est à Saint Nazaire. Moi c'est des choses que je ne connaissais absolument pas. Après même si ce n'est pas moi qui les oriente directement, ça permet de savoir encore, de connaître un petit peu plus de choses pour l'échanger avec le patient, le réorienter vers leur médecin, tout en leur donnant des informations qui sont déjà nécessaires. Donc du coup l'élaboration du projet, c'est ça : c'est d'abord d'avoir quelques connaissances.

E : *Et les connaissances sont sur l'ensemble des addictions ou plus une addiction en particulier ?*

P7 : Alors, là, c'était surtout par rapport... Ils nous ont beaucoup parlé du Baclofène® surtout par rapport à l'alcool, mais après du coup ça va rentrer dans les addictions en règle générale quand même : tabac, après bah le shit du coup, l'alcool et puis bon après les drogues plus fortes aussi. Après moi les drogues plus fortes, moi à mon niveau, au cabinet, j'en entends moins parler. Moi, ça va rester alcool, tabac. Après du coup je ne vais pas avoir des gens qui sont... Les héroïnomanes par exemple ils ne m'en parlent pas au cabinet. Et puis je ne les vois peut-être pas ceux-là. Ce n'est pas une population qui vient se faire soigner forcément les pieds.

E : *D'accord. Donc plus un projet centré sur le tabac et l'alcool ?*

P7 : Plus tabac. Alors tabac et alcool sauf que là, du coup il va y avoir... Ils ont mis en place quelques réunions d'éducation thérapeutique « tabac ».

E : *Donc là c'est plus centré sur le tabac.*

P7 : Plus centré sur le tabac, oui.

E : *Et le choix du thème a été fait comment ?*

P7 : Avec l'ARS, je crois. Et du coup il n'y a pas l'ARS qui a dû donner des thèmes, non ? Je ne sais pas comment le tabac est arrivé en premier. Il y a une question de faisabilité par rapport à l'addiction : le tabac ça concerne beaucoup beaucoup de personnes, de résultats où en discutant, les médecins surtout, ont pensé que du coup il y avait du travail à faire sur le tabac et qu'on pouvait agir. Et puis après avec l'ARS, je crois aussi que l'ARS était intéressée pour que du coup on fasse des réunions d'éducation thérapeutique tabac, je pense. Je ne sais plus trop si l'ARS a orienté ou pas. Manu {Emmanuelle C., diététicienne dans la MSP} pourrait vous dire ça. Je ne sais plus.

E : *D'accord. Donc un thème plutôt tabac au départ. Quels sont les professionnels qui sont impliqués, dans votre maison de santé, sur ce projet ?*

P7 : Les infirmières, les médecins, l'angiologue il était là aussi, la diététicienne et puis bah moi [pédicure-podologue]. Tous, en fait. Tous les acteurs de la maison de santé en fait. On est intéressé pour tout ça.

E : *D'accord. Est-ce qu'il y a des professionnels qui n'appartiennent pas à votre maison de santé et qui font également partie de ce projet ?*

P7 : Non. Non, pas directement. Non, parce que du coup c'est plus compliqué par rapport... Par exemple on a les kinés ou qu'est-ce qu'on a : les sages-femmes ou les orthophonistes mais comme elles ne sont pas non plus dans le pôle de santé c'est quand même plus compliqué. Plus compliqué pour se mettre en relation, qu'elles soient là tout le temps. Et puis pour l'instant non, il n'y a pas de projet avec eux par rapport à ça.

E : *Vous parliez tout à l'heure d'intervenants extérieurs ?*

P7 : Oui, alors là c'était du coup un médecin général qui est responsable de la « Rose de Vents », je ne pourrais vous dire le nom, vous connaissez peut-être, et une dame qui était responsable du

service en addiction de Saint Nazaire.

E : *D'accord. Donc deux professionnels des addictions de Saint Nazaire. Dans votre projet, vous avez déjà rencontré des associations de patients ou autres ou des réseaux d'addictions locaux ?*

P7 : Pas à ma connaissance, non. Non, je ne pense pas. Je ne pense pas que les médecins aient rencontré...

E : *Est-ce quelque chose qui est prévue ? Est-ce quelque chose que vous souhaitez ?*

P7 : Bah, on n'en a pas parlé l'autre jour, mais je pense que ça pourrait être intéressant. Oui, tout à fait. Après je ne sais pas s'il y en a beaucoup des associations ici et se rapprocher de Nantes ou de Saint Nazaire, pour les alcooliques anonymes ou des... Je ne sais pas si à Savenay il y quelque chose. Je ne pense pas. C'est peut-être une méconnaissance de ma part. {Regard interrogateur sur l'enquêteur}}

E : *Je n'ai pas plus de connaissance que vous sur votre territoire. **Pouvez-vous maintenant me parler de la manière concrète dont votre projet est mené actuellement ? Est-ce qu'il y a un coordinateur du projet ?***

P7 : Alors oui. Là, sur le projet « addiction », il va y avoir des personnes plus moteurs quand même dans le projet que d'autres. Moi, par exemple je suis, par rapport à l'éducation thérapeutique, par rapport là aux réunions d'addictions... Je vais être moins... Je ne vais pas intervenir dans les réunions autant que, par exemple, E C., la diététicienne qui est beaucoup plus investie sur tout ça. Donc elle prend un peu les rênes, effectivement par rapport à tout ça, en association avec un médecin généraliste. On essaie quand même du coup, mais bon, il n'y a pas... Il n'y a pas eu de définition vraiment pour dire qui va s'occuper de quoi, tout le temps comme coordinateur chef tout le temps. Mais après voilà, c'est souvent les mêmes personnes qui vont prendre les rênes un petit peu.

E : *Vous avez des gens motivés qui tirent un peu le projet.*

P7 : Voilà, après c'est ça : il faut qu'il y ait des gens moteurs pour après caler les réunions pour... Oui pour caler par rapport au planning, remplir les papiers, faire l'administratif, il y a des gens plus moteurs à ce niveau-là, oui.

E : *D'accord. Quel est le temps que vous dédiez à ce projet dans votre pratique quotidienne ?*

P7 : Difficile à évaluer. Ce n'est pas long. Par rapport aux... Parce que du coup ça va correspondre à des temps, à des plages horaires quand on va se réunir ensemble ou des choses comme ça. Ce que ça représente ? Je ne sais pas moi, quotidiennement, ça ne représente pas forcément... C'est pas facile à évaluer une pratique quotidienne parce que les échanges après ils ne sont pas... Par rapport aux patients, vous considérez que c'est une pratique ?

E : **Oui.**

P7 : Ou par rapport aux projets entre nous, sur la marche à suivre ?

E : **Vous parlez de réunions et vous parlez aussi du temps avec le patient. Combien de temps comptez-vous consacrer à ces actions, à ce projet ?**

P7 : Je n'évalue pas. J'aurais du mal à évaluer. Parce que là pour l'instant le temps par rapport aux réunions, ça correspond à : là on doit être à je ne sais pas, peut-être sur trois heures ou quelque chose comme ça. Et après avec mes patients, moi ça va dépendre de chaque patient.

E : *Avec vos patients, ça va s'intégrer dans votre temps de consultation ?*

P7 : En ce qui me concerne oui. Ce n'est pas comme un médecin qui va prendre du temps pour faire un quart d'heure sur les addictions de son patient. Moi, ça va s'intégrer dans ma consultation. On y viendra et du coup... Mais moi je travaillerai en même temps en faisant les pieds et je pourrai discuter avec les patients.

E : *Donc vous, ça ne vous rajoute pas de temps avec le patient ?*

P7 : Non

E : *Ensuite vous parlez des réunions, de trois heures. C'est trois heures depuis combien de temps ?*

P7 : Bah là, on a commencé il y a quinze jours l'« addiction ». De réunions tous ensemble,

d'échanges. Après je ne vous parle pas des réunions avec les patients sur l'éducation thérapeutique, mais que des réunions entre nous. Mais du coup on a commencé il y a quinze jours la première.

E : D'accord. Et vous vous réunissez tous les combien de temps ?

P7 : Alors pour l'« addiction », je ne sais pas comment ça va se passer. Après, nous, au pôle santé on se réunit de toute façon tous les mois. Une fois par mois pour échanger sur... Ça dépend du sujet mais voilà... Sans parler, une fois de temps en temps, des assemblées générales, des trucs comme ça. Mais de toute façon tous les mois on se réunit pour échanger sur la vie du pôle de santé.

E : Donc ça s'intègre aussi à ces réunions ?

P7 : Non, pour l'instant l'« addiction » là c'était un autre moment dédié à l'addiction, en plus. Mais après pour la suite, je ne sais pas comment ça va se passer au niveau du temps.

E : D'accord, donc ça c'était entre vous [les professionnels]. Vous parliez également de réunions avec les patients ?

P7 : Oui l'ETP [Éducation thérapeutique]

E : Et avez-vous déjà trouvé un rythme de travail ?

P7 : L'ETP, en général c'est, pour chaque patient, trois réunions. Donc c'est des réunions qui durent 2 heures et qui sont animées par un professionnel, un médecin généraliste et un auxiliaire médical. Et du coup, ça ils ont commencé. Donc ce n'est pas moi qui ai animé. Manu [E C.] la diététicienne, les infirmières et puis les médecins, je ne sais plus, ça doit être Olivier (...) ou Jérôme qui ont dû... P B. ou JN G. n'animent pas les réunions non plus. Ils sont moins dans l'éducation thérapeutique.

E : D'accord. Et donc là, vous utilisez le moyen de l'éducation thérapeutique. Est ce qu'il y a d'autres moyens ou d'autres outils que vous mettriez en œuvre pour prendre en charge les addictions ?

P7 : Après ça devra être fait par les médecins je suppose. Moi à mon niveau, non. Les médecins, oui, j'imagine. Après ils ont tout un panel de béquilles chimiques pour les aider les patients. Moi en ce qui me concerne non, c'est au-delà de mon domaine.

E : D'accord. Votre projet est-il financé ?

P7 : Alors l'éducation thérapeutique, elle est financée par l'ARS avec les nouveaux modes de rémunération. Alors en fonction des réunions, du nombre de personnes, il y a des enveloppes qui sont dédiées à ça.

E : D'accord. Alors, on va passer maintenant, si vous le voulez bien aux freins que vous avez pu observer dans la création de ce projet ? Ou peut-être dans la réalisation actuelle de ce projet ?

P7 : Les freins... Les freins extérieurs au pôle de santé ? Du pôle de santé ? Ou les freins en général ?

E : Les freins en général.

P7 : Bah, à l'intérieur du pôle de santé, il peut y avoir éventuellement des réticences chez certaines personnes par rapport au temps de travail que ça représente en plus d'une activité déjà souvent assez chargée. Ça peut faire peur un petit peu. Après, ça peut être aussi dans les addictions, ce qui est toujours délicat, c'est de juger jusqu'où ça a un impact sur le patient. Néfaste quoi. Que ce soit la cigarette, l'alcool, le cannabis tout ça. Bon, est-ce qu'il faut faire arrêter absolument le patient ou pas ? Et puis voilà, ça peut être les freins... Après au niveau des freins je ne vois pas trop.

E : Savoir s'il faut lui faire arrêter l'alcool ou le tabac, c'est l'évaluation du degré de dépendance ?

P7 : L'évaluation du degré de dépendance et le bénéfice. Est-ce que par exemple, quelqu'un qui fume cinq cigarettes par jour, il faut le faire arrêter absolument par rapport à un environnement général ? Est-ce qu'il a... ? Est-ce qu'il faut l'aider à s'arrêter ou c'est le moindre de ces soucis par rapport à autres chose ? Voilà quoi.

E : Et c'est un frein dans quel sens ?

P7 : Bah du coup, par rapport à l'investissement sur le projet, surtout ça en fait.

E : Ne pas s'investir trop sur des choses où il n'y a pas forcément besoin, et plutôt cibler votre

investissement sur les patients qui en ont besoin ?

P7 : Par exemple, voilà. Ça n'en vaut pas le coup forcément. Mais bon après, c'est que forcément, sur un panel de personnes ce ne sera certainement pas efficace sur tout le monde et peut-être pas nécessaire sur tout le monde non plus après.

E : *D'accord. Donc pour l'instant le manque de motivation de certains et puis essayer de faire un investissement plutôt ciblé sur une certaine population, et ne pas s'éparpiller ?*

P7 : Oui, voilà à mon avis. Mais après, ce qu'il y a aussi de délicat pour moi c'est que là encore, c'est le médecin qui va jouer un rôle quand même beaucoup plus important que moi, qui va échanger avec mon patient. À un moment donné, moi ça reste de l'échange. Le médecin va pouvoir prescrire du Baclofene[®] pour un alcoolique, va pouvoir faire de choses comme ça, va avoir une vision en plus de l'état de santé de son patient qui est quand même plus précise que moi.

E : *D'accord. Est-ce que vous voyez d'autres freins à l'élaboration de ce projet ?*

P7 : Non, pas tellement. Je pense même que ça pousse plutôt au niveau national pour faire ce type de projet. Là, comme ça, non, je n'en vois pas.

E : *D'accord. Vous anticipez la question suivante. Y a-t-il des choses qui faciliteraient votre action ? Vous me parlez de cette volonté nationale d'aller vers une prise en charge plus globale des addictions.*

P7 : Oui, du coup le fait que ça pousse un peu comme ça, je pense que ça aide. Ce qui peut pousser aussi c'est les nouveaux modes de rémunération, qui font que le médecin qui prend de son temps ou l'auxiliaire médicale qui prend de son temps pour faire ça, si en plus il y a une enveloppe qui permet de payer ces heures-là, du coup je pense que ça aide aussi. Ils ne vont pas faire ça de façon bénévole ! Ça motive quand même moins les gens. Donc, voilà, je pense que ça, ça aide. Après...

E : *La volonté nationale. La rémunération en plus. Voyez-vous d'autres éléments qui pourraient favoriser la mise en place de votre action ?*

P7 : La mise en place de la prévention ?

E : *Oui, de votre projet ou de ce qui a favorisé la mise en place de votre projet ?*

P7 : Bah, du coup, après, ça peut être tout simplement avoir un résultat sur nos patients. À titre personnel, c'est plaisant d'aider des gens à décrocher de l'alcool, du tabac, du cannabis. C'est une réussite quand même. Ça c'est une motivation aussi qui n'est pas négligeable.

E : *La réussite.*

P7 : Oui.

E : *D'accord. Décidément, vous anticipez toutes les questions ! Justement, la question suivante porte sur l'évaluation du projet. Comment est-ce que vous évaluez aujourd'hui ? Ou comment comptez-vous évaluer l'efficacité de ce projet ?*

P7 : Alors du coup c'est une question qu'il faudra reposer aux médecins. Alors l'évaluation, ça va être plus facile pour le médecin. Après par rapport à ses objectifs chez son patient. Moi, encore une fois, je vais être dans une autre démarche et un autre échange. Le médecin il va avoir une évaluation, je pense par rapport à l'alcool et au tabac, ça va être les deux plus fréquents, qui va normalement être assez concrète, par rapport à quelqu'un qui va fumer trois paquets par jour. Six mois après, quand il lui dit combien il fume, si le patient est honnête avec lui et avec son médecin, le médecin va arriver à évaluer le nombre de cigarettes fumées, s'il y en a encore ou plus du tout. De la même manière avec un alcoolique. S'il est à une demi bouteille de whisky par jour et qu'il passe après à un verre de vin par jour ou un verre de whisky, ça le patient devrait être capable de l'évaluer facilement quand même, et du coup de donner le résultat à son médecin qui aura le résultat pour voir un petit peu si ça a porté ses fruits ou pas. Donc, ça me paraît assez facile pour ça, à évaluer alcool et tabac.

E : *D'accord. Évaluer sur les quantités consommées ?*

P7 : Voire après l'arrêt !

E : *Sur la quantité ou la non quantité.*

P7 : Voilà.

E : *C'est quelque chose qui selon vous devra être noté dans le dossier médicale ?*

P7 : Alors, nous on a un logiciel commun ici. Du coup, ils vont rentrer sur ce logiciel les informations. Ça sera stocké. Alors nous on peut même... Alors, c'est un peu compliqué avec le logiciel, mais éventuellement... Après il y aurait peut-être même moyen de sortir des statistiques ou des choses comme ça, mais ça il faut voir avec le logiciel, c'est un peu compliqué. Mais bon, on a déjà un logiciel commun ici, et qui se remplira au fur et à mesure par les médecins.

E : *D'accord. Et par rapport aux financeurs, pour vous l'ARS qui vous finance en partie par l'ETP. Pensez-vous qu'ils attendent une évaluation particulière du projet ?*

P7 : Ah, je ne sais pas, s'ils attendent une... Je ne sais pas s'il faut qu'on leur rende une évaluation précise. Il faudrait demander à E [E C., diététicienne dans la MSP] ou à un médecin. Je ne sais pas du coup s'il y a besoin de rendre compte d'une évaluation. Je ne sais pas. Après je pense que oui : ils aimeraient bien certainement avoir des résultats et des évaluations de résultats. Mais je ne sais pas sous quelle forme ils demandent ça ?

E : *D'accord. OK, en tout cas l'évaluation, c'est important aussi ne serait-ce que pour vous, si j'ai bien compris dans la motivation à poursuivre votre projet ?*

P7 : Ah bah, oui ! Si vous avez des évaluations qui montrent que tout ce que vous faites ça fonctionne, c'est très motivant pour continuer, je pense. Effectivement, si vous vous rendez compte au bout d'une année que pour tout ce que vous avez fait, il y a trois patients sur 100 qui ont arrêté vous pouvez avoir une certaine démotivation, je pense.

E : *OK. Très bien. Merci beaucoup d'avoir répondu à toutes ces questions.*

Verbatim P10

Enquêteur : E ; Professionnel de Santé 10 : P10)

E : *Pour commencer, est-ce que vous pouvez me parler de vos motivations pour faire de la prévention des addictions ?*

P10 : Alors la motivation principale, c'est déjà qu'il y a matière à faire. On est confronté à des demandes de consultations, des demandes de prise en charge, concernant les addictions sur l'île d'Yeu, parce qu'on est les seuls médecins. On a quasiment l'ensemble des soins primaires. Et Anne nous en a parlé : la difficulté à adresser ces... ce type de pathologie, à faire un adressage continental.

E : *D'accord. Effectivement la particularité c'est d'être sur une île.*

P10 : Exactement donc on y est par la force des choses confronté. Euh... et moi-même j'ai une formation de tabacologie, euh... qui concerne une partie des addictions.

E : *D'accord. Donc l'importance, vous dites, du nombre de patients sur l'île, du nombre de consultations potentielles ?*

P10 : Oui, ça avait été évalué. Je ne sais pas si le chiffre vous avait été communiqué. La file active, alors j'avais le fichier ici parce que c'est moi qui avais géré ça, et ce fichier s'est détruit donc... mais enfin on avait une file active méthadone-buprénorphine qui était significative. Quand on l'a présenté au CSAPA de la Métairie, là : {modifie sa voix} « Ah oui quand même ! »

E : *Plus importante que les autres ?*

P10 : Oui visiblement. De parce que... c'est du fait de l'insularité qu'on a tous les soins primaires, y compris les demandes de d'addictologie.

E : *D'accord. Qu'apporterait sur votre île, une prise en charge pluri-disciplinaire, en termes d'addiction, avec les différents professionnels intervenant sur votre île ?*

P10 : Alors on s'est très vite aperçu, là dans nos prises en charge initiales d'addictologie, que seul on... on n'apportait pas... on n'avait pas une performance satisfaisante, hein. Et ça nous est tous paru, à l'équipe, évident qu'on n'allait pas s'en sortir seul, donc il fallait créer des relations avec d'autres professionnels de santé spécialisés dans l'addictologie. Euh... alors on s'est rapidement tourné vers la Métairie et vers le CMP à ce sujet.

E : *D'accord. Le CMP, la Métairie, ce sont des structures qui sont sur l'île ou qui sont sur le continent ?*

P10 : Alors, la Métairie elle est continentale et le CMP ils viennent une fois par mois sur l'île d'Yeu.

E : *D'accord. Et les consultations sont faciles à avoir au CMP ?*

P10 : Non. Alors il y a eu deux freins avec le CMP. Donc le... l'accessibilité de la consultation. Il y a même trois freins. L'accessibilité à la consultation, du fait des... des délais de rendez-vous euh... avec le psychiatre qui vient maintenant. Une réticence, enfin on n'est pas sur la même longueur d'onde avec le psychiatre sur la prise en charge addictologie, on n'a pas senti chez lui une motivation à... à travailler avec nous sur ce problème. Et euh... le troisième frein, c'était le... la clientèle les personnes atteintes de d'addiction, euh... leur volonté d'aller au CMP notamment sur l'île d'Yeu.

E : *D'accord. Leur volonté de franchir le cap, après avoir vu le médecin généraliste lors d'une consultation. D'aller voir un deuxième recours. Et avec les autres professionnels de santé : infirmières, dentistes, pharmaciens, il y a des relations particulières sur les addictions ?*

P10 : Alors avec les infirmières, il y a des relations. Les relations qu'il y a ces dans les... les euh... dans l'aide à l'observance thérapeutique, dans certains cas particuliers, notamment quand il y a des comorbidités psychiatriques qui ne permet pas aux gens de gérer leur traitement eux-mêmes. Là, il y a des relations avec les infirmières. Et avec le pharmacien c'est des relations plus quotidiennes dans la gestion des... de la bonne utilisation... du bon usage des traitements substitutifs. Hein. On a établi un protocole pour répondre aux questions quand les... les patients venaient... venaient pas aux bonnes dates, euh... pas aux bons moments. Les demandes de rajout de traitement ou d'avance de

traitement.

E : *D'accord. Et avec les dentistes notamment ?*

P10 : pas à ma connaissance. Pas eu de... pas eu de relation de travail de fait avec les dentistes à ma connaissance.

E : *D'accord. O.K. Euh... Est-ce que vous pouvez me parler du projet que vous souhaiteriez élaborer au sein de votre territoire sur la prévention des addictions ?*

P10 : Nous, ce serait un projet qui rejoint les... les gens dont on vient de parler. C'est à dire vraiment un travail pluridisciplinaire notamment avec un CSAPA ou CAPSA ?

E : *CSAPA*

P10 : Je ne sais pas. Je suis un peu dyslexique, dès fois ça va de travers. Donc avec un CSAPA. Voilà l'essentiel du projet ; bien relayé avec notamment la... les compétences d'Anne sur le sujet.

E : *D'accord. Le CSAPA ce serait quelque chose qui serait sur l'île ou bien sur le continent ?*

P10 : Dans l'idéal, effectivement, il pourrait y avoir un passage sur l'île, hein. Parce que ça bloque énormément pour faire aller les patients sur le continent. Ou alors le relais... ou discuter d'un relais par Anne, des compétences CSAPA ou... ou des outils CSAPA euh... relayés par Anne.

E : *D'accord.*

P10 : Mais je crois que déjà, le projet dans la première phase, si on pouvait déjà établir vraiment un travail plus approfondi entre le CSAPA et nous, on aurait déjà une première étape qui nous aiderait beaucoup.

E : *Et le CSAPA, il est déjà créé ?*

P10 : Oui. Oui c'est la Métairie de Challans. Ils sont déjà venus. Ils sont déjà venus pour de la formation. On a commencé déjà à se réunir, et Anne après a entretenu... je crois qu'elle a fait son stage sur sa capacité d'addictologie... elle a fait son stage chez eux je crois. Je ne sais plus où elle l'a fait. Je crois que c'était récemment. Donc oui il y a déjà un travail qui est en cours, qui se construit.

E : *D'accord. **Votre projet de prévention des addictions, il concernerait l'ensemble des addictions ou au départ il se concentrerait une ou deux ou voire trois addictions ?***

P10 : bon. Je crois qu'au départ, il faut qu'on se concentre sur le problème des opiacés qui nous pose le plus de problème et qui est le plus dur à gérer.

E : *D'accord.*

P10 : Et après, on pourrait après travailler après sur l'alcoologie et la tabacologie hein. Je mettrais cette hiérarchie-là : opiacé, alcoologie, tabacologie.

E : *D'accord. **Donc vous me dites que vous voulez intégrer à ce projet le CSAPA. Il y a d'autres professionnels sur l'île que vous aimeriez intégrer au projet ?***

P10 : Alors on souhaiterait, la... vu l'importance de la prévalence des comorbidités psy, euh... intégrer un professionnel euh... des maladies mentales. Alors il y a certaines ressources dans les CSAPA, mais je pense qu'il faudrait qu'on ait aussi euh... via le CMP par exemple quelqu'un de motivé qui... qui puisse dédier du temps à des consultations addictologie. Oui.

E : *D'accord. Et donc là, il y a un médecin. Vous dites qu'il y a aussi des infirmières sur le CMP ?*

P10 : Le CMP. : Donc ils viennent à trois. Il y a un psychiatre, une infirmière et une psychologue quand c'est possible, quand ils ont les ressources, qu'ils... Parce que là, en ce moment, ils n'ont plus de psychiatre à Challans. Euh... la psychologue aussi je crois est partie, donc c'est un peu... Les ressources en santé mentale, là, sont difficiles. Mais dans l'idéal, ils viennent à trois. Et après en fait il y a l'infirmière. En fait, ils fonctionnent : quand on fait un adressage, en général, il y a une infirmière qui fait le premier entretien et puis qui après... qui en réfère euh... qui adresse après au psychiatre ou à la psychologue suivant les... suivant ce qu'elle a évalué comme comme problématique.

E : *D'accord. O.K.*

P10 : Et déjà tous les mois, on a une réunion avec eux on prend une heure pour présenter des dossiers, pour discuter de certains dossiers avec eux.

E : *D'accord. C'est une réunion qui est mise en place depuis longtemps ?*

P10 : Quelques années, oui. Oui, ça tourne déjà depuis... parce que c'était déjà avec le docteur L. euh... alors je dirais quatre - cinq ans.

E : *D'accord. C'est quelque chose qui est bien cadrée ? Avec les problèmes de timing, il n'y a pas eu de souci ?*

P10 : Non. Non, il y a une heure, une heure tous les deux mois. Entre deux heures et trois heures.

E : *C'est déjà quelque chose de bien rodée ?*

P10 : Voilà.

E : ***Est-ce que vous pouvez me parler de la manière dont vous pensez mettre en œuvre concrètement ce projet ?***

P10 : Alors la manière, dans la forme, euh... c'est à dire la manière, comment on construirait ?

E : *Par exemple, **est-ce qu'il y a un coordonnateur de ce projet sur les addictions ?***

PS10 : Oui. Alors, oui c'est centralisé par Anne bien sûr. C'est elle qui va coordonner sur ce projet.

E : *D'accord. Et ce coordonnateur, il a été choisi à l'unanimité ?*

P10 : A ma connaissance oui. Il n'y pas eu d'opposition à ce projet. Ça c'est {ou s'est}... il me semble hein. Après, il me semble que tout le monde est partant pour ce projet hein. Après, chacun à sa façon, sa pratique individuelle et sa réceptivité à la prise en charge des patients, mais globalement tout le monde est d'accord pour qu'il y ait {cherche ses mots} un coordonnateur, qu'il y ait une compétence gérée par Anne et après un... d'autres structures, d'autres professionnels qui nous aident.

E : *D'accord.*

P10 : Donc, après, ceux qui ont le moins d'appétences ou de compétences en addictologie pourraient après par exemple suivre les... le suivi des renouvellements des patients stables, suivre la décroissance des traitements, par exemple.

E : *D'accord. Quel temps vous pensez dédier à ce projet ?*

P10 : Alors ça, j'en sais rien. Là, je ne me rends pas du tout compte du temps qui... je ne sais pas. Difficile de répondre à cette question, parce que ça va être un temps qui va être à mon avis surtout utilisé par Anne. {Silence} Après est-ce qu'elle nous... nous demandera pour qu'on ait à faire, pour ce projet,... Est-ce qu'il y aura, je le pense, un temps de réunion qui va se produire, à un moment ? Mais là, au niveau temps à définir, pour répondre précisément à votre question, là, je ne sais pas.

E : *D'accord.*

P10 : Le temps qu'il faudra pour construire. Un temps de réunion certainement.

E : ***Est-ce que vous avez pensé ou est-ce que vous souhaité des outils pour vous aider dans la prise en charge de ces patients ?***

P10 : Oui, bah... ça, c'est ce qu'on attend aussi de ce projet. Et des compétences des autres professionnels spécialisés là-dedans. C'est évidemment qu'ils nous fournissent et éventuellement nous forment dans les outils les plus pertinents à utiliser.

E : *D'accord.*

P10 : Que je ne connais pas. Alors, moi j'ai mon côté tabacologie. Donc là, sur la partie tabacologie je maîtrise certains outils. Sur la partie opiacée-alcoologie euh... j'en connais moins et j'en maîtrise moins.

E : *D'accord. O.K. Et quels types d'outils ce seraient ? Des questionnaires ?*

P10 : Oui. Alors, il y a évidemment les questionnaires qui sont beaucoup utilisés. Euh... {Silence} Oui essentiellement des questionnaires. Oui. Qu'est-ce que j'utilise en tabacologie ? Bah... c'est des questionnaires, c'est des... des... On a construit, c'est dans ma formation médecin pompier qu'on a qu'on fait ça, on a fait une sorte de feuille de route. Parce que cette consultation tabacologie a été... il y a des infirmiers qui ont aussi été formé. Donc des paramédicaux qui sont capables de le faire. Donc une sorte de feuille de route de consultation qui est... qui a été faite euh... donc feuille de route, questionnaire, euh... En tabacologie, j'utilise un... un... un mesureur de monoxyde de carbone

expirée. Donc, en en opiacé ben... il y les tests... les tests urinaires qui sont à utiliser. Alors là aussi, personnellement je connais mal les indications et les moments où il faut utiliser le test urinaire. Donc voilà : questionnaires, tests urinaires. Enfin, tests et puis probablement une feuille de route, un guide de consultation.

E : *D'accord. Alors, je sais que vous êtes dans une structure publique, mais est-ce que vous vous attendez à un financement pour ce projet ?*

P10 : Je ne sais pas. Ah là, Anne répondra à (...) Je ne me rends pas compte du financement. Elle en avait parlé dans son mémoire. Donc, il y a {silence} après, il y a les... les financements directs et les financements indirects. Dans les financements indirects, j'intègre les temps... les temps de consultation ou de réunion pluri-disciplinaire, (...) c'est du temps, par exemple les réunions pluri-disciplinaires c'est du temps qui n'est pas financé. Enfin, nous, on est financé, quasiment, que par les consultations. Via l'ARS on est indirectement en marge de ça euh... on est financé par les... l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération qui financent des temps de coordination, des (...) enfin tout ce qui peut être en rapport avec euh..., toute coordination tout travail en réseaux. Donc il y a ça qui le... qui le finance en parti. Après, s'il faut acheter des tests {silence} là il y aura besoin de financement certainement.

E : *D'accord. OK. Est-ce que vous pouvez prévoir des difficultés pour mener à bien ce projet ?*

P10 : Les difficultés, elles vont être à mon sens, dans ce genre de projet ou des projets un peu équivalent, qu'on essaie de mener en réseau, toujours des difficultés logistique, hein, de transport, de... d'horaire de... de bateau, de financement de... Le bateau coûte pas trop cher encore mais le financement du coût de l'hélico si on euh... veut rendre la logistique plus facile. Ça rejoint aussi le coût du financement, hein, dont tu parlais avant. Euh... des difficultés logistiques et euh... les... le... la difficulté essentiellement qu'on a identifiée, c'est j'y reviens, c'est la difficulté par rapport au CMP quoi. On... on n'est pas vraiment... Si tu veux, on a un seul interlocuteur psychiatre, le docteur B.. Et il n'est pas dans la même vision que nous de la prise en charge addictologique. Donc là, il y a... il y a difficulté de ce coté-là.

E : *D'accord.*

P10 : Parce qu'il faudra trouver d'autres ressources en santé mentale que... que le CMP. {Silence} Peut être celle du CSAPA.

E : *D'accord.*

P10 : Donc ressources en... difficultés en logistique et en ressources en santé mentale.

E : *D'accord. {Silence} Est-ce que, au contraire, il y a quelques choses qui pourraient faciliter l'élaboration d'un tel projet ?*

P10 : Alors, ce qui pourrait faciliter l'élaboration d'un tel projet, c'est ce qui a déjà facilité l'élaboration d'autres projets ici. C'est un peu la cohésion de groupe médical, hein. Et l'élément moteur du groupe médical, et le fait qu'on ait Anne maintenant avec ses compétences en addictologie. Donc on est quand même un site euh..., pour le CSAPA, on est déjà un site qui va être..., je pense, qui facilitera à être reconnu euh.... ayant déjà des compétences acquises pour cette prise en charge.

E : *D'accord. On va aborder la dernière question, si vous le voulez bien, qui est sur le mode d'évaluation du projet. Est-ce que vous vous pensez qu'il faut faire une évaluation du projet ?*

P10 : Oui. Moi, je pense que tout doit être évalué, critiqué et... Oui, bien sûr.

E : *Et comment est-ce que vous comptez évaluer ce projet ?*

P10 : Ça, c'est une bonne question. Comment est-ce qu'on pourrait évaluer un tel projet ? C'est à dire évaluer sa... sa... sa pertinence, son... son efficacité, {silence} c'est ouvert ?

E : *C'est ouvert.*

P10 : Euh... {Silence} Ça, ça je ne sais pas. Évaluer ? {Silence} Bon, il y aura déjà une évaluation quantitative : le nombre de patient qu'on prend en charge. Si cette procédure permet de prendre en charge plus de patients, il y aura déjà évaluation quantitative qui pourra être faite. Après, évaluation qualitative euh.... Je ne sais pas trop. {Silence} Je ne sais pas trop comment on peut évaluer la... la...

Je n'ai pas assez d'expérience en addictologie pour évaluer la qualité. Alors je l'ai faite dans le cadre de... j'ai fait un mémoire il y a pas longtemps en... l'année dernière, là, pour le... mon diplôme de médecin pompier. Je l'ai fait sur la consultation tabacologie... taba-co-lo-gie... qu'on a faite. Donc l'évaluation que j'ai faite euh... j'ai pris la file active et je l'ai un peu... je l'ai examinée sur le nombre de sevrés et plus généralement sur le nombre de... d'années... paquets enfin de nombre d'années... patients... sans tabac obtenu par cette consultation. Donc là, il y a avait une évaluation qualitative qui a été qui a été faite. (...) L'addictologie aux opiacés, parce que c'est le point de départ, euh... ça, je sais par trop comment ça peut... si on est performant dans cette prise en charge ou pas ça je ne sais pas comment on peut...

E : D'accord.

P10 : Mais c'est une bonne question. Effectivement, il faudra trouver des outils d'évaluation, s'il en existe. Oui, il en existe déjà... Pas évident, hein.

E : Pas évident.

P10 : De trouver des outils d'évaluation. Parce que c'est difficilement spécifiquement quantifiable {silence} le tabagique, c'est il fume ou il ne fume pas ou il fume moins. On a des nombre de cigarettes qu'on peut... qu'on peut évaluer. Ça, ça n'a pas été très difficile. Pour les autres... pour les autres opiacés, ça me semble un peu plus...

E : Peut-être les doses de méthadone ou de Subutex® qu'on peut prescrire ?

P10 : Oui. Oui. Est-ce que ça va être qualitatif ça ? Est-ce qu'on obtient des sevrages, des sevrages ou des diminutions de doses ou des... Ou s'il y a quelque chose qui pourrait être qualitatif à mon avis c'est la régularité euh... des suivis obtenus. Euh... ça, je vois ça qui me vient à l'idée.

E : Peut-être la satisfaction des usagers ?

P10 : Les indices de mésusages. Ça, le mésusage aussi. Les indices de mésusage, on pourra (...) parce que la morbidité... la mortalité aux opiacés, bah... ça donnera rien. On n'a pas eu de....

E : Et puis, en soin primaire, c'est difficile de faire des tests sur la mortalité morbidité ?

P10 : Oui. Oui. Après, les décès par overdose sur l'île d'Yeu on en a eu tellement peu que ceux qu'on a eu on se les rappelle. Et puis euh... il doit y en avoir 2 depuis... depuis que je suis à l'île d'Yeu. Il y en a eu deux.

E : D'accord.

P10 : En quatorze ans. Donc, ce ne sera pas très significatif. {Silence} Je n'ai rien d'autre qui me vient à l'idée sur l'évaluation.

E : Très bien. Merci beaucoup.

P10 : *C'est tout. Cool. Non, c'était bien fait.*

Auteur : Xavier LÉAUTÉ

Titre : Motivations, attentes et freins à la mise en œuvre d'actions de prévention des addictions dans des maisons de santé pluri-professionnelles.

RÉSUMÉ

Contexte. Les addictions sont la première cause de mortalité évitable en France. Les maisons de santé pluri-professionnelles pourraient être un lieu favorable à la mise en place d'actions de prévention en population générale.

Objectif. Évaluer les motivations, les attentes et les freins au développement d'actions de prévention des addictions dans les maisons de santé pluri-professionnelles.

Méthode. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de professionnels de santé exerçant en maisons de santé pluri-professionnelles. Le guide d'entretien comportait 5 axes : motivations à construire une action de prévention des addictions, thématiques d'intérêt, moyens à mobiliser, freins/facteurs facilitants, et modalités d'évaluation de l'action. Les entretiens ont été intégralement enregistrés puis retranscrits. Une analyse thématique manuelle a été conduite par deux chercheurs, qui ont secondairement mis en commun leurs résultats.

Résultats. D'après les professionnels, les problématiques liées aux addictions sont fréquentes, elles ont un fort retentissement social et médical, et c'est un champ dans lequel les soignants se sentent effectivement complémentaires. Les professionnels souhaiteraient repérer les mésusages, conseiller, motiver ou finalement orienter vers des consultations dédiées pour les cas difficiles. Pour de telles actions, ils anticipent la nécessité d'identifier un coordonnateur, de prévoir des temps de réunion ou de formation en commun. Ils appréhendent le temps à consacrer et la difficulté à travailler en groupe. D'autres interrogations sont liées à la thématique des addictions : certains enjeux dépassent le champ du soin (enjeux sociaux, enjeux éthiques et moraux autour de la liberté individuelle, autour de la stigmatisation, discussions autour des normes).

Conclusion. Cette étude permet de définir quelques champs de formation destinés aux professionnels des maisons de santé prêts à s'engager : 1) formation au repérage, aux techniques de communication, identification des acteurs locaux, 2) formation à l'animation de petits groupes, 3) clarification des enjeux éthiques liés à la thématique des addictions.

MOTS-CLÉS

Addiction ; Prévention ; Soins primaires ; Maison de santé pluri-professionnelle.