



Master 2 professionnel « éducation et santé publique », option éducation à la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes
Université d'Auvergne – Clermont-Ferrand 1 – IUFM d'Auvergne

Année universitaire 2010/2011

Enjeux d'un dossier patient partagé dans un service d'addictologie

Amélie Gomes

**Travail d'Étude et de Recherche réalisé sous la direction de
Mr Nicolas Bonnet**

Remerciements

Je tiens à remercier :

Mon directeur de mémoire, M. Nicolas Bonnet, directeur du Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD), qui m'a donné l'opportunité de réaliser mon stage au sein de cette structure. Je le remercie également pour son accompagnement et ces divers conseils tout au long de cette année de Master.

Le Docteur Anne Borgne qui m'a m'accueillie au sein de son service d'addictologie à l'hôpital René Muret à Sevrans.

Tous les patients et les professionnels rencontrés au cours de ces entretiens qui m'ont permis de réaliser ce mémoire. Je les remercie tout particulièrement pour la disponibilité qu'ils ont su m'accorder.

M. Frank Pizon, Mme Yacine Thiam et Mme Carine Simar, pour leurs conseils et leur soutien au cours de mes diverses sollicitations.

Toutes les autres personnes qui ont participé de près ou de loin à ce mémoire.

Enfin, un grand merci à toute la promotion du master pour m'avoir soutenue et encouragée tout au long de cette année mais également pour tous ces moments partagés.

SOMMAIRE

Résumé	3
Listes des sigles et abréviations	4
Introduction :	5
II Approche théorique	15
1 Le dossier médical partagé	15
1.1 Quel impact sur la pratique des professionnels de santé ?	15
1.2 Quel impact sur la relation soignants–soignés et les différentes postures que cela peut faire émerger?	17
2 L’enchèvement des concepts de promotion et de d’éducation pour la santé	20
2.1 Promotion de la santé	20
2.2 « Education pour la santé»	21
2.3 Quels bénéfices pour le patient ?	23
2.4 L’éducation du patient... tributaire des représentations sociales	24
3 Des questions éthiques... ..	28
III Matériel et méthodes :	32
1 Choix de la méthode utilisée :	32
2 Population interviewée	36
3 Déroulement de l’enquête	37
4 Difficultés rencontrées	39
5 Les limites et biais méthodologiques	39
IV Résultats des entretiens :	41
1 Modalité d’analyse	41
2 Présentations des résultats	42
2.1 Adéquation entre la pratique individuelle des professionnels et la conception actuelle du Dossier Patient Partagé	43

2.2 Adéquation entre la pratique collective des professionnels et la conception actuelle du Dossier Patient Partagé.....	44
2.3 Attentes et réflexion concernant la mise en place d'un Dossier Patient Partagé	46
2.4 Représentations en éducation à la santé, éducation du patient et éducation thérapeutique	49
2.5 Place du patient dans la prise en charge.....	52
2.6 Intérêt du patient pour sa prise en charge.....	57
2.7 Satisfaction ressentie par les patients	58
V Analyse et Discussion	59
1. Les professionnels et leurs pratiques.....	59
1.1 La pratique individuelle des professionnels	60
1.2 La pratique collective des professionnels.....	60
1.3 Attentes formulées par les professionnels et Dossier Patient Partagé.....	62
2 Place du patient dans sa prise en charge	63
2.1 Relation et implication	63
2.2 Du Dossier Patient Partagé à l'éducation du patient.....	66
Conclusion.....	73
Bibliographie.....	76
Annexe A : Guide d'entretien professionnels	79
Annexe B : Guide d'entretien patients	82
Annexe C : Entretiens professionnels.....	86
Annexe D : Entretiens patients	129
Annexe E : Ligne du temps représentative de l'évolution de la mission réalisée	158

Résumé

Le dossier patient partagé est un dispositif mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Peu d'études se sont penchées sur la mise en place d'un tel outil dans un service d'addictologie. Notre objectif était donc d'explorer grâce à une méthode qualitative, comment un outil de partage des informations réfléchi et conçu au cours de notre stage pouvait correspondre à la pratique et aux attentes des professionnels. De plus, afin de comprendre comment celui-ci pourrait réinterroger la place du patient dans la relation soignants-patients, nous souhaitons comprendre quelles étaient leurs attentes respectives. Les résultats suggèrent d'une part, que la place de l'outil serait en adéquation avec la pratique des professionnels. Néanmoins, son contenu nécessite d'être reconsidéré. D'autre part, ils révèlent que la mise en place d'un dossier patient partagé pourrait renforcer la place du patient au sein d'une relation qui se veut déjà bilatérale et où l'implication est mutuelle.

Listes des sigles et abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CFES : Comité Français d'Education pour la Santé

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

DMP : Dossier Médical Partagé

DPP : Dossier Patient Partagé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

RECAP : Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge

RESPADD : Réseau des établissements de santé pour la prévention des Addictions

SAM : Service d'Appui pour la Méthadone

Introduction :

Les addictions font partie des priorités de santé publique au niveau national¹. Elles engendrent des conséquences sanitaires, médicales et sociales.

Aujourd'hui, quel que soit le type d'usage², le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France, à l'origine de plus de 100000 décès prématurés par maladie ou par accident³.

En effet, le tabac est un produit fortement dangereux et addictif dont l'usage est banalisé mais qui pourtant provoque 66000 décès chaque année en France (soit plus de 10 % des décès).

L'alcool accuse également un taux de mortalité important qui concerne près de quatre fois plus les hommes que les femmes. Selon l'OFDT⁴ (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) au début des années 2000, 37 000 à 45 000 décès par an étaient liés à l'alcool.

La consommation régulière de cannabis serait également susceptible de provoquer des cancers mais il n'existe pour l'instant aucune estimation du nombre de décès qui pourraient en résulter.

Un peu d'épidémiologie...

Selon le baromètre santé 2010 publié par l'INPES⁵ (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), parmi les 15-85 ans, environ un tiers des individus se déclaraient fumeurs de tabac, soit 27,3 % de fumeurs quotidiens et 4,3 % de fumeurs occasionnels. Les hommes restent encore plus souvent consommateurs de tabac que les femmes (35,6 % vs 27,9 %).

Malgré des campagnes de prévention et une consommation en baisse depuis plusieurs décennies, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée en France.

¹ Reynaud, M. (2006). *Traité d'addictologie*. Flammarion.

² Ces différents types d'usage seront définis au fil des pages.

³ Alcool, tabac et médicaments psychotropes chez les seniors. Les usages de substances psychoactives licites entre 60 et 75 ans– Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)–Tendances, n°16, septembre 2001, 4 pages. Disponible sur internet : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/tend16.pdf>

⁴ <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/consequ.html>

⁵ <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-sante2010.pdf>

En 2005, sur environ 46 millions d'individus âgés de 12 à 75 ans en France, l'OFDT⁶ comptabilisait 42,5 millions d'expérimentateurs d'alcool, dont 6,4 millions d'usagers quotidiens (par comparaison l'OFDT estimait à 555 000 le nombre de consommateurs quotidiens de cannabis et à 11,8 millions le nombre de consommateurs quotidiens de tabac). Le test de dépistage AUDIT - C⁷, a permis de dénombrer 390 000 consommateurs d'alcool dépendants et 3,3 millions de consommateurs à risque parmi les 18-75 ans.

La France constitue un des pays où l'incidence de prise de cannabis est la plus élevée notamment parmi les jeunes. Les chiffres de l'INPES⁸ révèlent qu'en 2005 un adolescent de 17 ans sur deux en a déjà consommé. Si certains en restent à une expérience unique ou une consommation occasionnelle, d'autres s'engagent dans une consommation plus importante : 28 % des jeunes de 17 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois, et 15% des garçons et 6 % des filles en font un usage régulier.

Qu'en est-il de la situation sociale ?

En ce qui concerne les chiffres clés en termes de soins, les statistiques hospitalières ont enregistré d'une part, plus de 110 000 séjours pour un problème d'alcool en 2008, selon le PMSI (Programme de médicalisation du système d'information qui permet de mesurer l'activité et les ressources des établissements, à partir d'informations quantifiées et standardisées)⁹. Plus des deux tiers était liés à des intoxications aiguës (ivresses) et était de très courte durée.

En dehors de ces recours directement liés à la prise en charge de l'abus ou de la dépendance à l'alcool, il a été évalué en 2003 que 1,3 million de séjours hospitaliers étaient liés à des pathologies provoquées par la consommation excessive d'alcool (cancers, cirrhoses, accidents vasculaires cérébraux, traumatismes, etc.)¹⁰.

D'autre part, l'OFDT en 2003 énonçait que 55 000 nouveaux patients ont été accueillis dans les consultations de tabacologie et 84 000 patients souhaitant s'arrêter de fumer ont été vus en

⁶ Drogues, chiffres clés—Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), décembre 2007, 6 pages. Disponible sur internet : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dce.pdf>
Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Evolutions, contextes d'usage et prise de risque—OFDT—Tendances, n°64, janvier 2009, 6 pages. Disponible sur internet : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxslp1.pdf>

⁷ « Alcohol Use Disorder Identification Test », test mis au point par l'Organisation mondiale de la santé pour repérer les consommateurs d'alcool mettant leur santé en danger.

⁸ Beck F, Legleye S, Spilka S, « Les drogues à 17 ans. Evolutions, contextes d'usages et prises de risque. Résultats de l'enquête nationale ESCAPAD2005 », Tendances, n°49, 4 p, septembre 2006.

⁹ PMSI 2009 : Programme de médicalisation du système d'information (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH))

¹⁰ PMSI 2003 (ATIH, estimation P. Kopp -Université Paris I et P. Fenoglio - Université Nancy II)

médecine de ville chaque semaine. Au cours de la même année, 18 % des demandes adressées aux centres de soins aux toxicomanes concernaient le cannabis. Les consultations destinées aux jeunes consommateurs et à leurs familles, mises en place en 2005, ont attiré 16 000 usagers au cours de la première année d'existence de ce dispositif.

En prenant en compte l'ensemble des dépenses supportées par la collectivité, le coût social du cannabis peut être estimé à 919 millions d'euros.

Une consommation...différents types d'usage

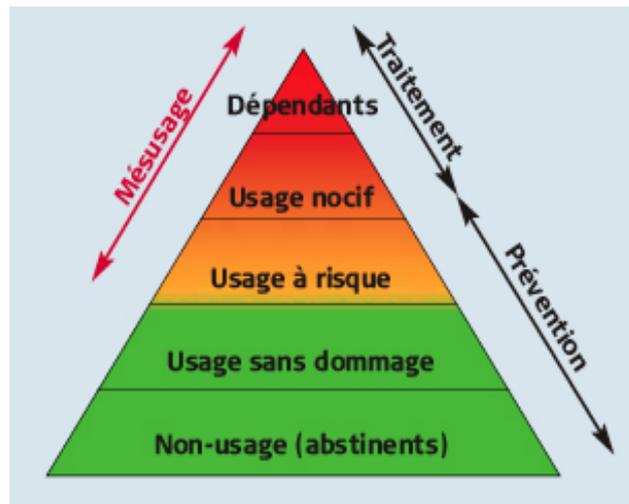
Afin de mieux comprendre l'incidence des consommations de ces substances psychoactives, il est important de rappeler les différents types d'usage. Pour cela, nous ferons référence à la littérature clinique et scientifique qui détermine trois catégories pour classer les consommateurs de substances psychoactives¹¹. La première correspond à **l'usage**, défini comme une consommation expérimentale, occasionnelle ou régulière mais n'entraînant pas de dommages. La deuxième concerne **l'abus** qui correspond autant à l'usage à risque qu'à l'usage nocif. L'usage à risque est une consommation susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages (dépendance incluse). L'usage nocif se caractérise par la concrétisation des dommages liés à une consommation à risque répétée. Enfin, la dernière catégorie s'apparente à **la dépendance** ou à un comportement psychopathologique avec, entre autres, un désir compulsif de la substance, un syndrome de sevrage et de tolérance aux effets de la substance.

Afin de schématiser ces différentes notions, nous utiliserons une pyramide proposée initialement par Skinner en 1981¹² et modifiée par la suite plusieurs fois, par John Saunders, Philippe Michaud et Philippe Batel¹³. Cette pyramide donne une illustration imagée qualitative mais non quantitative des différents types de consommateurs d'alcool.

¹¹ Selon l'Association Américaine de Psychiatrie reprise dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV).

¹² Skinner, H., Holt, S., Israel, Y. (1981). *Early identification of alcohol abuse: 1. Critical issues and psychosocial indicators for a composite index*. Can Med Assoc J, 124:1141-52.

¹³ Pyramide de Skinner adaptée par Batel & Michaud, Source : Dr Marc Kreuter / [Philippe Batel](#), Dossier L'Alcoolisme, Le généraliste no.2358.



La prise en charge et la prévention des addictions

Au regard des chiffres présentés précédemment, la prévention des addictions est devenue une priorité nationale de santé publique. Avant l'actuel Plan Addictions 2007-2011, plutôt soucieux de fonder l'addictologie en milieu hospitalier, le précédent plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, portant sur la période 2004-2008¹⁴ et élaboré par la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie), présente un grand intérêt. Il donne un aperçu des orientations à venir dans la lutte qui sera menée dans le domaine. Il confirme le mouvement esquissé dans le rapport du professeur Philippe Parquet (1997)¹⁵, mouvement d'unification de la diversité des pratiques au profit d'une seule approche sensée les englober : *le comportement addictif*. Pour résumer, le rapport Parquet préconise de recentrer la problématique de dépendance sur les comportements de consommation (la personne est donc au centre du système de soin). Les messages de prévention sont alors inscrits dans une politique globale de promotion de la

¹⁴ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 : http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_gouvernemental_du_27_juillet_2004_2_.pdf

¹⁵ Rapport du Professeur Parquet. Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives. P.J Parquet, MILDT, Vanves, Editions CFES, 1997, 107 p.

santé. Toutes les professions sont donc concernées et adoptent une même façon de procéder quant à la prévention.

Plus tard, en 2006, le ministère de la Santé et des Solidarités a lancé le « **Plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions** »¹⁶ qui apporte une réponse globale à ce problème majeur de santé publique.

Ce plan fixe six priorités :

- *Une meilleure prise en charge des addictions dans les établissements de santé ;*
- *Une meilleure prise en charge des addictions dans les centres médico-sociaux ;*
- *Une meilleure coordination des trois secteurs de suivi et d'accompagnement du patient : hospitalier, ambulatoire et médico-social ;*
- *Le développement de la prévention ;*
- *Le renforcement de la formation des professionnels au repérage et à la prise en charge des addictions ;*
- *Le renforcement et la coordination de la recherche en addictologie*

Ce plan vise plusieurs mesures dans le but d'optimiser l'action dans ce domaine notamment le besoin d'effectuer un recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP élaboré par l'OFDT en 2005¹⁷) au niveau de chaque structure, mais aussi au niveau régional, national et européen. Ce recueil de données est constitué d'indicateurs permettant de suivre le nombre et les caractéristiques des consommateurs de drogues, licites ou illicites, pris en charge. Ces données doivent contribuer à mieux adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et attentes de cette population en difficulté.

Une place du patient réaffirmée au cœur de sa prise en charge

En effet, la mise en place de ce plan addiction visait dans un premier temps à restructurer l'offre de soins, à l'organiser pour placer le patient au cœur du dispositif en apportant à la fois une réponse médicale et une réponse médico-sociale.

¹⁶ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf

¹⁷ <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html>

Au cours des dernières décennies, plusieurs rapports ministériels ont permis de faire évoluer cette réflexion sur la place des usagers dans le système de soins, malgré un contexte parfois hostile. La mise en place de la loi du 4 mars 2002¹⁸, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (aussi appelée loi Kouchner, alors ministre de la Santé) a marqué une avancée majeure en matière de droits individuels et collectifs des patients. « *Développer la démocratie sanitaire* » faisait d'ailleurs partie de ses objectifs. Cette démocratie sanitaire se traduit par un bouleversement des rapports soignants soignés, mais aussi par l'attribution aux malades d'un véritable rôle d'acteur, favorisant ainsi leur expression.

Ultérieurement, la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) promulguée le 21 juillet 2009¹⁹, est venue renforcer les droits des patients. Elle affirme que « *le patient, acteur de prévention, devient coresponsable de sa santé, tant dans le domaine de la prévention que dans les actes en lien avec son traitement* ». Elle reconnaît notamment, l'intégration de l'éducation thérapeutique dans le parcours de soin des patients atteints de maladie chronique.

En adéquation avec cette problématique, des dossiers de consultation et des dossiers patients partagés se sont développés. Leur développement répond également à la nécessité de communiquer, coordonner les soins, partager l'information de manière totalement sécurisée et d'améliorer la qualité des soins.

Dossier patient partagé

Le dossier médical personnel (DMP) connu aussi sous l'appellation dossier patient partagé (DPP) est un projet public lancé par le ministère français de la Santé visant à ce que chaque français dispose d'un dossier médical informatisé reprenant tout son passé et son actualité médicale. Le projet est lancé par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.²⁰ Le dossier du patient est un outil primordial pour favoriser la coordination des soins et améliorer la qualité des prises en charge. Conçu également pour faciliter l'accès du patient à ses données de santé, il entend aussi l'inciter à participer davantage à sa prise en charge et à devenir acteur de sa propre santé. En contribuant à l'amélioration du service rendu

¹⁸ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

¹⁹ http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=9795D471DC06D03D37484AD83AC42B20.tpdjo08v_1?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=20100616

²⁰ Cf. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JO 2004;190:14598.

aux patients et en facilitant l'accès à des soins de qualité identique en tout point du territoire, le DMP est un véritable service de santé publique.

Peu d'études se sont penchées sur l'évaluation d'un dossier patient partagé notamment dans le domaine des addictions. Cependant, un article paru dans les cahiers de l'ARS n° 3 de Trellu H. (avec la coll. de Le Borgne-Uguen F.) en 2006²¹, s'intéresse à la création des réseaux de santé et aux usages du dossier médical partagé. Celle-ci révèle que ce dernier est un outil au service d'une coordination entre les uns et les autres, il n'est pas, pour autant, à l'origine de cette médiation. Le DMP peut faciliter des échanges d'informations, structurer certaines pratiques professionnelles, offrir un moyen de travail collectif et une mutualisation de certaines connaissances.

Une seconde étude parue dans les cahiers de l'ARS n°2, de Le Borgne-Uguen et al (2007)²² proposait une méthode d'évaluation originale des usages du Dossier Patient Partagé (DPP) au sein d'un réseau de santé, le réseau ADDICA (addictions précarité) en Champagne-Ardenne. Lors de cette étude, cet outil a bénéficié d'une procédure d'évaluation externe confiée à l'ORS Champagne-Ardenne (Observatoire Régional de la Santé) avec le soutien de travaux effectués par l'équipe du projet Automate qui analyse les usages en télésanté. L'objectif de ce projet est de proposer un ensemble d'indicateurs et de méthodes d'évaluation des usages des systèmes d'information développés au sein des réseaux de santé (évaluation statistique, sociologique et économique). Les principaux résultats obtenus suite aux entretiens effectués auprès des professionnels au sujet des usages du DPP montrent que celui-ci fait fonction d'outil pédagogique pour certains professionnels. Un second intérêt a été soulevé, celui de la qualité et la systématisme de la communication que le DPP peut amener entre les professionnels pour une prise en charge commune. Le Dossier Patient Partagé constitue également un vecteur de partage d'informations important.

En ce qui concerne le patient, les résultats révèlent que l'intérêt premier pour celui-ci est l'adaptation du traitement proposé par le praticien en fonction des soins mis en œuvre par les autres professionnels. Néanmoins, une limite est soulevée par cette étude, elle concerne l'implication restreinte du patient. En effet, la question de l'accès au DPP par le patient reste

²¹ Trellu, H. et Le Borgne-Uguen, F. (2006). Évaluation des usages du Dossier Patient Partagé au sein d'un réseau d'addictions. *Cahier de recherche*. Janvier 2007, N° 2-2007.

²² Le Borgne-Uguen, F. et al. (2007). Création des réseaux de santé et usages du dossier médical partagé. *Cahier de recherche*. Janvier 2007, N° 1-2007.

encore en suspens. Il a vocation de mettre le patient au centre, mais le DPP n'est pas encore consultable par le patient en question.

C'est pourquoi, lorsqu'il nous a été demandé de travailler sur un projet de création d'un dossier patient partagé (DPP) pour un service d'addictologie hospitalier au cours de notre stage, nous souhaitions lui attribuer une plus value supplémentaire en lien avec l'éducation du patient lors de sa création. En effet, il nous semblait important que ce dossier ne soit pas seulement au service des professionnels mais aussi au bénéfice du patient. De plus, comme le soulignaient les études antérieures, le patient ne semblait pas au cœur de ce dispositif. Or, aujourd'hui la notion d'accès aux soins apparaît indissociable des notions d'accès aux droits et d'éducation à la santé²³.

Dans un premier temps, nous avons défini les objectifs à prendre en compte pour réaliser ce DPP:

- Permettre un protocole commun d'enregistrement et d'évaluation des consultations
- Promouvoir la qualité des soins en prenant en compte les recommandations préconisées
- Permettre un suivi personnalisé des patients
- Standardiser les procédures de suivi des patients

Les objectifs secondaires sélectionnés sont les suivants:

- Améliorer le suivi des patients en addictologie
- Améliorer la visibilité de l'activité en addictologie

Dans un deuxième temps, nous avons effectué une enquête des actions réalisées et des outils déjà en œuvre, d'une part dans le champ médico-social, d'autre part dans certains hôpitaux afin de les intégrer dans la constitution de ce dossier. Ces différents outils et dossiers recensés, nous ont servi d'appui théorique lors de la mise en œuvre de l'action.

Nous avons donc relevé les logiciels et les fiches (dossiers) déjà mis en œuvre.

²³ Moutel, G., et Herve. C. (2001). *Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients*. Presse Med.

Tout d'abord, nous avons pris appui sur le Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge (RECAP)²⁴ qui représente un noyau commun de questions pour les structures spécialisées en addictologie. Ce recueil a été créé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, en 2005, afin d'obtenir des rapports d'activités et des statistiques annuelles. Nous nous sommes appuyés sur un second dossier appelé dossier de tabacologie²⁵ élaboré initialement par le comité français d'éducation pour la santé (CFES) en collaboration avec un comité d'expert et réactualisé en 2007. Ce dossier est utilisé dans le cadre des consultations de tabacologie pour la prise en charge des patients désirant arrêter de fumer. Il est utilisé par près de trois équipes de tabacologie sur quatre.

Deux autres dossiers ont été également utilisés, le dossier Éo addictions qui assure la gestion des dossiers des usagers et consultants dans les centres de toxicomanie (CSST²⁶, CAARUD²⁷), les centres d'alcoologie (CCAA²⁸), les consultations de tabacologie et les CSAPA²⁹. Ce logiciel permet de collecter des informations concernant l'ensemble des addictions.

Enfin, un dernier dossier médical type permettant le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone, nous a servi de référence. Ce dernier a été élaboré par le service d'appui pour la méthadone (SAM) pour faciliter l'exercice professionnel des médecins engagés dans le suivi médical de patients dépendants des opioïdes traités avec la méthadone.

Ce travail nous a permis d'identifier les différents avantages et inconvénients des différents supports disponibles.

Ainsi pour constituer cet outil, nous avons dû sélectionner les questionnaires et les tests incontournables pour le dépistage et l'évaluation des différentes dépendances afin de les inclure dans chacune des parties. Ce travail de recherche bibliographique et documentaire nous a permis de répertorier les tests qui faisaient consensus par rapport aux outils consultés. Néanmoins, leur validité a dû être également vérifiée.

²⁴ Cf: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html>

²⁵ Cf: <http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=10000/dosstabaco/dosstabaco.htm>

²⁶ Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

²⁷ Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

²⁸ Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

²⁹ Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Le dossier que nous avons voulu réaliser avait pour objectif de réunir à la fois les aspects médicaux, les aspects psychologiques et les aspects sociaux de la prise en charge des addictions.

Par extension aux précédents dossiers qui ne traitaient qu'une seule addiction, celui-ci avait pour ambition de réunir au sein d'un seul outil, tous les dispositifs permettant une prise en charge globale dans le cadre des consultations d'addictologie hospitalière. En effet, il nous semblait important que l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des addictions puissent collaborer conjointement afin d'améliorer et d'adapter au mieux la prise en charge globale du patient.

Toutefois, la question de la place du patient dans sa prise en charge reste entière.

Cette situation nous interroge et c'est pourquoi, à travers cette démarche de recherche, nous souhaitons étudier les incidences liées à la mise en place d'un dossier médical partagé dans un service d'addictologie. Pas seulement sur la pratique des professionnels mais aussi sur la relation médecin-patient.

Cette étude permet alors d'interroger la place de cet outil dans un tel service avant sa mise en place. Elle s'inscrit dans un processus dynamique, où le premier exemplaire de ce dossier de consultation va être confronté aux attentes des protagonistes de ce projet, à savoir, les patients et les professionnels de santé. Cette étape pourra alors conduire à une réévaluation des besoins et des éléments à prendre en compte, afin de réajuster cet outil dans le futur.

Dans une première partie nous exposerons les concepts théoriques liés à la mise en place d'un dossier patient partagé ainsi que les notions d'éducation du patient et les questions éthiques qui y sont associées. Dans une seconde partie, nous étudierons les différentes pratiques des professionnels de santé, ainsi que leurs attentes et leurs besoins liés à la mise en place d'un dossier patient partagé. Nous nous intéresserons également aux attentes et aux besoins des patients quant à leur prise en charge. Enfin dans une dernière partie nous discuterons ces résultats avant de conclure sur cette étude.

II Approche théorique

Dans cette partie, nous exposerons un certain nombre de références et de concepts qui sous tendent notre raisonnement et qui nous permettent d'illustrer et clarifier les notions abordées dans l'introduction.

Les références théoriques citées s'inspirent d'apports venus essentiellement de la sociologie, de la santé publique, de la psychologie ou encore de l'éducation.

Dans un premier temps, nous définirons la notion de dossier médical partagé selon deux perspectives :

- En lien avec la pratique des professionnels de santé
- En lien avec la relation soignants/soignés et les différentes postures que cela peut faire apparaître.

Puis dans un second temps, nous exposerons les notions de promotion de la santé et d'éducation du patient. Ces concepts nous permettront de comprendre comment le DPP pourrait s'inscrire dans cette démarche.

Dans une troisième partie, nous développerons les questions éthiques que soulèvent ces différents changements dans la relation médecin patient.

1 Le dossier médical partagé

1.1 Quel impact sur la pratique des professionnels de santé ?

Au cours des dernières décennies, le dossier médical s'est placé au cœur du système de santé ; son volume et son importance pratique ont augmenté, le nombre de dossiers est devenu de plus en plus important. Tout cela a conduit les pouvoirs publics à légiférer sur le dossier médical en 2004³⁰, suite au premier texte fondateur du DMP mis en place par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

³⁰ Cf. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JO 2004;190:14598.

Instaurés par la loi n°2004-810 du 13 août 2004, les objectifs du DMP sont clairement formulés.

En effet, l'article 3 précise que : *« le premier objectif est d'améliorer la qualité et la continuité des soins car les professionnels de santé peuvent accéder plus aisément à l'histoire médicale de leurs patients. Le deuxième objectif est de faciliter la coordination entre professionnels, puisqu'ils pourront échanger des informations sur le patient au cours de la prise en charge. »*

Les conditions d'exercice de la médecine ayant évoluées, les prises en charge sont multidisciplinaires, ainsi le dossier patient partagé est un vecteur informationnel important pour la continuité des soins. Il est constitué de l'ensemble des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins et notamment des informations qui permettent le suivi des actes et des prestations de soins.

Le DMP possède en théorie de nombreux avantages³¹:

- Accès à un dossier de manière très rapide
- Echange de données rapide et sûr
- Confidentialité des données
- Réseau opérationnel sur tout le département, et à l'avenir, sur toute la région

La mise en place d'un dossier patient partagé dans un service d'addictologie apparait au regard de ces éléments comme une démarche pertinente et utile. En effet, la prise en charge des addictions implique de nombreux professionnels du secteur médical, social et psychologique pour une prise en charge globale. De plus, il existe également un besoin de coopération et de coordination entre les différentes structures hospitalières, les centres de cures ou encore le médecin généraliste, au bénéfice des patients.

Le DMP constitue donc un projet dont les potentialités sont nombreuses, comme nous le présenterons dans la prochaine partie.

³¹ Hilmoine, N. (2007). *Evaluation du Rezo Addictions 41. Organisation et Fonctionnement*. Etude pour l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) du Centre. 171 p.

1.2 Quel impact sur la relation soignants–soignés et les différentes postures que cela peut faire émerger?

La relation médecin–patient, c’est toute l’histoire de la médecine. D’Hippocrate à la médecine scientifique du XXI^e siècle, les rapports entre le médecin et son patient ont évolués. D’un modèle biomédical longtemps prédominant et centré davantage sur la maladie, nous sommes passés à un modèle bio psychosocial³² qui tient compte des déterminants de la santé et du contexte dans lequel se trouve le patient. En effet, c’est le patient à part entière (avec l’ensemble de ses caractéristiques) qui est placé au centre des préoccupations. Ainsi donc, le paternalisme médical qui, pendant des siècles, présidait à l’exercice de la médecine a laissé place à une médecine qui prend davantage en considération le patient comme un partenaire et un acteur de soin. Cette évolution s’accompagne d’une modification d’attitude vis-à-vis des patients, faisant passer ces derniers du statut de « patients passifs » dans une relation consumériste au statut « d’acteurs » dans la gestion de leur santé³³.

La version actualisée du serment d’Hippocrate, témoigne de ce changement de paradigme :
« Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. »

Depuis plusieurs années déjà, l’autonomie et la volonté du patient sont devenues prioritaires et elles sont désormais fixées dans une loi promulguée le 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle réaffirme et complète le droit d’accès du patient à son dossier médical et concerne tous les professionnels de santé.

Ainsi, le dossier médical partagé se trouve à la convergence de plusieurs évolutions du système de santé : celle du changement de la relation médecin–patient. Il devient alors un outil de communication entre le médecin et le malade permettant une meilleure information,

³² Modèle défendu, entre autre, par Engel (1977): Engel, G.L. (1980). *The clinical application of the biopsychosocial model*. Am J Psychiatr,137:535.

³³ Moutel, G. (2003). *Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche : entre idéalismes et réalités clinique*. Edition L'Harmattan, pp.27-35.

indispensable pour lui permettre de participer à la décision médicale et de donner son consentement aux soins.

Dorénavant, on peut espérer un malade mieux averti, plus responsable, prenant mieux en compte les impératifs de sa santé, la prévention des maladies et le suivi de son traitement.

Ainsi un dossier de qualité est un enjeu de confiance entre les professionnels et les malades et c'est dans ce sens que la loi peut oeuvrer à la consolidation de la relation médecin patient³⁴.

Le dossier médical partagé permettrait d'établir une relation plus équilibrée entre le médecin et le patient et améliorerait le dialogue entre ces deux acteurs selon les futurs usagers de celui-ci³⁵.

A travers les différents arguments précédemment apportés, nous pouvons conclure d'une part, que la mise en place d'un dossier médical partagé aurait des conséquences positives sur la relation médecin-patient.

D'autre part, il permettrait également de faire émerger de nouveaux rôles pour chacun d'entre eux dans cette relation.

En effet, les patients devenus citoyens-usagers du service public ont souhaité être de plus en plus informés, ils ont pris conscience des nouveaux enjeux de la médecine les concernant directement: la nécessité de comprendre les avantages et les inconvénients des choix thérapeutiques, le droit d'accéder au progrès en terme de prévention, de dépistage et de soins. Mais plus encore que citoyen il devient un usager partenaire de la démarche de soins.

Ce nouveau rôle est bénéfique pour leur prise en charge car la littérature³⁶ montre qu'une plus grande participation du patient aux décisions médicales, si elle est souhaitée par le patient lui-même, diminue son anxiété et améliore sa satisfaction et sa santé.

Le Professeur Fieschi, auteur du rapport sur « Les données du patient partagées » remis au Ministre de la santé en mai 2003³⁷, affirme même que « *l'absence d'un dossier patient*

³⁴Conférence inaugurale du Médec-12 mars 2002. Disponible à partir de : http://www.ccecqa.asso.fr/downloads/revue_presse_36.pdf

³⁵ D'après un sondage CSA sur le dossier médical personnel, en 2006.

³⁶ Santé Canada. La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa: Santé Canada, 2001, 31 p. http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/bc-cds/pdf/tt2resource_f.pdf

³⁷ Rapport Fieschi, « Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins », mai 2003. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/fieschi/sommaire.htm>

électronique représente un frein à la mise en place d'une plus grande implication du malade, souhaitable dans la prise en charge de sa santé ».

Pour résumer, un patient informé et actif est un patient mieux soigné.

Cette nouvelle pratique de partage de l'information suscite également de nouveaux rôles pour les professionnels de santé.

En effet, le dossier médical devient un outil de communication entre le médecin et son malade. Cependant, sa mise en place nécessite que le médecin ne s'inscrive plus seulement dans une pratique curative mais aussi dans une pratique préventive et prédictive.

Selon les docteurs Hervé et Moutel (2001)³⁸, le médecin « *doit désormais exercer, non plus uniquement un rôle d'ordonnateur, mais un rôle de conseiller de santé* ».

Le libre accès par le patient à son dossier médical implique effectivement pour le soignant de nouvelles responsabilités. Il se doit alors d'accompagner le patient à appréhender les différentes informations auxquels celui-ci sera confronté.

Le travail de prévention et de conseil apparaît donc de plus en plus important dans l'exercice médical. Cependant, le professionnel de santé ne doit pas se contenter d'informer le patient, mais il doit confronter ses propres informations médicales et connaissances scientifiques avec les arguments et les informations que pourraient avancer le patient. Il ne s'agit en aucun cas d'apporter des informations sous forme d'un exposé unilatéral mais sous celui d'un dialogue avec le patient.

La diffusion de ces informations doit s'accompagner d'une compréhension des comportements et des besoins du patient, afin d'être en mesure d'interagir avec eux. Ceci implique de faire appel au jugement des personnes et à leurs propres ressources.

Cette démarche correspond à l'approche « centrée sur le patient »³⁹, qui trouve son origine dans les travaux de Balint (1970) et qui se fonde sur des recherches en sociologie,

³⁸ Moutel, G., et Herve. C. (2001). *Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients*. Presse Med.

³⁹ Stewart, M. et al. (1995). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 296 p.

anthropologie et psychologie médicale. Elle prend en compte l'expérience vécue par le patient: le médecin n'est plus amené à établir un diagnostic, mais à créer un espace de travail non directif dans lequel le patient pourra cheminer vers un changement souhaité. Cette démarche contribue alors au développement des savoirs et des compétences du patient.

La mise en place d'un dossier médical partagé, introduit un second rôle à prendre en compte dans la pratique des professionnels de santé. Il réside dans l'échange d'informations avec les autres professionnels jusque-là peu enclins à organiser leur travail en commun. Ce partage est nécessaire à la continuité de la prise en charge et à la richesse d'un travail partenarial dans la prise en charge coordonnée des patients.

Cet outil peut être source de nouvelles responsabilités pour les professionnels de santé mais il reste néanmoins au service du patient, du soignant et la relation médecin-patient. Il s'agit de passer du concept de simple information à celui, plus pertinent, d'éducation et de culture de la santé. Par l'intermédiaire de ce dossier médical partagé, le médecin peut rentrer dans une vision plus globale d'éducation, cette dernière étant définie ici comme l'association d'actions d'information, d'explication, d'aide à l'apprentissage pratique, de conseil personnalisé et d'accompagnement psychosocial, inscrit dans la durée d'une relation de soins.

2 L'enchevêtrement des concepts de promotion et de d'éducation pour la santé

2.1 Promotion de la santé

La santé telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946 est « *un état de complet bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ».

En 1986, la Charte d'Ottawa⁴⁰ met en avant le terme de promotion de la santé, utilisée dans le sens anglo-saxon d'« encouragement » et de « soutien». *Health Promotion* en anglais : « *La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* ». La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes.

Dans la mesure où la promotion de la santé vise à permettre à une personne, dans et avec sa communauté, d'agir en faveur de sa santé, l'éducation à la santé devient un enjeu majeur et une priorité de la promotion de la santé.

2.2 « Education pour la santé»

Étymologiquement issu de deux racines latines, le terme éducation est conçu comme un processus double⁴¹:

Educare : qui signifie élever, nourrir des plantes, des animaux, des humains. Cela évoque un processus exogène où l'éducation repose sur des apports extérieurs à l'individu.

Educere (Ex-ducere) : signifie conduire hors, faire sortir. Cela évoque un processus endogène où l'éducation consiste à faire éclore les potentialités inhérentes à la personne.

Éduquer serait à la fois apporter des connaissances au sujet mais aussi lui permettre de se développer en tant que personne, de se réaliser.

Nous nous intéresserons plus particulièrement à l'éducation pour la santé destinés aux personnes engagés dans une relation de soins.

⁴⁰ Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986. [Http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french)

⁴¹ Foulquié, P. (1997). *Dictionnaire de la langue pédagogique*. Éditions PUF, 2e édition.

Selon un rapport publié en 1998 par l'Organisation Mondiale de la Santé, il existe trois types d'activités qui pourraient être regroupées dans la définition de « l'éducation pour la santé centrée sur le patient », en partant de la plus large vers la plus spécifique :

- l'éducation pour la santé du patient : « *ensemble d'interventions coordonnées dont la finalité est de promouvoir un niveau optimal de santé pour la population, de préserver et d'améliorer la qualité du milieu de vie. Les interventions visent à informer la population sur les questions de santé, à la rendre consciente de ses responsabilités, à modifier les comportements individuels et/ou collectifs et à utiliser judicieusement les services de santé.* »

- l'éducation du patient à sa maladie : « *elle concerne les comportements de santé liés à la maladie, au traitement, à la prévention des complications et des rechutes. Elle s'intéresse notamment à l'impact que peut avoir la maladie sur d'autres aspects de la vie.* »

- l'éducation thérapeutique du patient : « *elle concerne les actions d'éducation liées au traitement curatif ou palliatif. C'est un processus continu intégré dans les soins, centré sur le patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées et les comportements de santé et de maladie du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible, et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie* ». ⁴²

L'éducation thérapeutique du patient est incluse dans l'éducation du patient à sa maladie qui est elle même incluse dans l'éducation pour la santé du patient (terme retenu pour le Comité Interinstitutionnel d'Education pour la Santé du Patient ou CIESP).

Dans la pratique, les deux termes éducation du patient et éducation thérapeutique se superposent très largement, c'est pourquoi, nous globaliserons ces deux types d'éducat

⁴² Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé publié en 1998 sur l'éducation à la santé centrée sur le patient. D'après Assal J.Ph, Deccache A, d'Ivernois J.F et al, 1999 : http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/enqfin_a.htm#c

sous le terme d'éducation du patient pour y faire référence au cours de notre argumentation. En effet, celle-ci s'inscrit bien dans une démarche de prévention tertiaire tout comme l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique, comme l'explique les auteurs Ivernois et Gagnayre en 1995 : «*L'éducation du patient se situe au niveau de la prévention tertiaire. La maladie est installée; elle ne peut pas être guérie, mais les risques de mort peuvent être éloignés, les complications inéluctables distancées par la participation du patient à son traitement et son auto-surveillance.*»⁴³

Nous considérons que l'ensemble de ces caractéristiques répondent bien au contexte dans lequel cette étude va s'effectuer. En effet, les individus ciblés dans cette étude sont des patients souffrants d'addictions dans un service d'addictologie où une prévention tertiaire est incontournable.

2.3 Quels bénéfices pour le patient ?

La finalité de l'éducation du patient est de ré autonomiser le patient, en lui permettant d'acquérir les compétences et les moyens pour comprendre sa maladie et ses traitements. Cela lui permettra de mieux gérer sa maladie et d'effectuer des choix de vie en toute connaissance des conséquences de ses actes et ainsi promouvoir sa santé et sa qualité de vie.

Par l'éducation du patient, on cherche donc à développer leur empowerment pour qu'ils participent davantage à leurs soins.

L'empowerment est un processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie, et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans un contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisés. Le processus d'empowerment ne peut être produit mais seulement favorisé⁴⁴.

⁴³ Ivernois (D'), J.F., Gagnayre, R. (1995). *Apprendre à éduquer le patient*, Ed. Vigot, Coll. Education du patient, Paris, 168 p.

⁴⁴Rusch, E. (2003). *Glossaire des termes de santé publique internationaux*. Dossier, ADSP, n° 43, 3 p.

L'empowerment est un enjeu important dans toute démarche de promotion de la santé et d'éducation du patient. En effet, il représente à la fois un processus et un résultat de ces deux démarches.

L'éducation du patient apparait comme une démarche bénéfique pour le patient mais aussi pour sa prise en charge et qui réinscrit ainsi sa place dans le processus de soins. Les revues de littérature tendent à montrer que l'éducation du patient améliore la qualité des soins et devient un facteur bénéfique crucial dans la prise en charge. Elle pourrait s'inscrire dans la continuité de la mise en place d'un dossier médical partagé et lui être complémentaire.

Elle constitue aujourd'hui, un enjeu majeur de la modernisation du système de santé français.

2.4 L'éducation du patient... tributaire des représentations sociales

Dans cette partie, nous tenterons d'éclairer principalement le concept de représentations sociales.

La prise en compte des représentations sociales est essentielle puisqu'elle participe à la construction de l'identité professionnelle des soignants mais orientent aussi leurs pratiques. C'est pourquoi, celles-ci pourraient être déterminantes dans la pratique ou non de l'éducation du patient par les soignants.

Tout d'abord, définissons ce qu'est une représentation sociale.

Une représentation sociale est une forme de connaissance courante, dite de sens commun. Celle-ci est caractérisée par les propriétés suivantes :

- Elle est socialement élaborée et partagée, elle se constitue à partir de nos expériences et des informations, savoirs, modèles de pensée reçus et transmis par la tradition, l'éducation et la communication sociale,
- Elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement et d'orientation des conduites et communications,
- Elle participe à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ou culturel donné

Directement issue des travaux du sociologue Emile Durkheim, la représentation sociale a reçu son élaboration théorique de Serge Moscovici (1961)⁴⁵, psychosociologue. En effet, Durkheim⁴⁶ fût le premier à évoquer les représentations collectives dans une œuvre bâtie sur l'hypothèse que la société est un objet indispensable pour expliquer le monde. Il montre que la pensée logique est une création de la société et que celle-ci ne peut fonctionner que si ses membres partagent une certaine vision du monde.

Serge Moscovici s'est donc appuyé sur la théorie de Durkheim afin de développer la théorie des représentations sociales qu'il situe à l'interface du psychologique et du social. Pour lui : *« c'est un outil de pensée pour l'individu qui lui sert dans sa vie quotidienne »* et qu'il définit comme *« une modalité de connaissance particulière ayant pour fonction l'élaboration des comportements et la communication entre individus »*.

A la suite de S. Moscovici, de nombreux chercheurs se sont intéressés aux représentations sociales : comme la psychosociologue D. Jodelet⁴⁷.

Il existe ainsi un grand nombre de définitions des représentations sociales et donc une grande diversité lorsqu'il s'agit des caractéristiques de celles-ci au travers des différents auteurs ayant contribué à leur développement.

Nous avons retenu la définition de D. Jodelet (1989)⁴⁸ :

« Les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée »

⁴⁵ Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image son public*, Paris : PUF.

⁴⁶ Durkheim, E. (1967). *Représentations individuelles et représentations collectives*, In *Sociologie et philosophie*, Collection « Le sociologue », Paris : PUF.

⁴⁷ Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales*, Paris : PUF.

⁴⁸ Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 1989. 424 p.

Comme on peut le voir à travers cette définition, les représentations sociales sont très subjectives et peuvent influencer une façon de voir les choses, les personnes, ce qu'elles font, ce qu'elles peuvent faire ou être. Ces représentations peuvent guider notre façon d'être (les attitudes) et de réagir (les comportements). Elles servent également de justification des pratiques.

Afin de renforcer cette définition et cette orientation, nous avons choisi la définition du psychosociologue J.C. Abric (1994) pour qui la représentation sociale est : « *une vision fonctionnelle du monde qui permet à l'individu ou à un groupe de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité, à travers son propre système de référence, donc de s'y adapter, de s'y définir une place...un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales...un système de pré-codage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes.* »⁴⁹

En ce qui concerne la structuration des représentations sociales, Moscovici révèle qu'une représentation sociale comporte trois dimensions: l'attitude, l'information et le champ de représentation :

- **L'attitude:** Elle exprime un positionnement, une orientation générale, positive ou négative par rapport à l'objet de la représentation.
- **L'information:** L'information renvoie à la somme et à l'organisation des connaissances sur l'objet de la représentation. Elles peuvent être plus ou moins nombreuses, variées, précises ou stéréotypées.
- **Le champ de représentation:** Le contenu d'une représentation est constitué d'éléments à la fois cognitifs et affectifs. C'est un ensemble d'informations organisés et structurés relatives à un objet.

Le processus de construction des représentations sociales associe activité mentale et environnement social. Jodelet précise que cette construction se fait dans l'interaction de l'objet et du sujet. C'est le contexte dans lequel se trouve l'objet qui permet au sujet de

⁴⁹ Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, PUF, p13.

construire sa représentation. Pour cet auteur, une représentation sociale sans objet ne peut exister, cet objet est en interaction avec le sujet. Objet et sujet s'influencent ce qui justifie l'évolution lente mais possible des représentations.

Enfin, les représentations sociales comportent quatre fonctions principales, selon Abric (1976)⁵⁰:

- **Une fonction de savoir:** Elles vont permettre, de part leur contenus, à la fois de comprendre et d'expliquer la réalité. Ces savoirs « naïfs » vont permettre la communication et les échanges sociaux.
- **Une fonction identitaire:** Les représentations sociales servent à définir l'identité sociale de chaque individu et ainsi préserve la spécificité des groupes sociaux. Cette fonction va intervenir dans les processus de socialisation ou de comparaison sociale.
- **Une fonction d'orientation des conduites:** Les représentations guident les comportements et les pratiques, elles servent aussi à les justifier. Elles sont en effet porteuses de sens, elles créent du lien et génèrent « l'agir individuel ».
- **Une fonction justificatrice:** Elles peuvent aussi intervenir a posteriori et ainsi servir à justifier nos choix et attitudes. Par là, elles jouent un rôle essentiel dans le maintien ou le renforcement des positions sociales.

Pour conclure, rappelons que c'est à partir de la consolidation où de l'apparition de nouvelles représentations que l'identité personnelle et professionnelle va pouvoir se construire.

Ces concepts nous serviront à comprendre la place du patient dans la relation médecin-patient mais également la place de l'éducation du patient dans leur pratique professionnelle.

⁵⁰ http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=34

3 Des questions éthiques...

Face à ces différents concepts, se posent néanmoins des enjeux éthiques à prendre en considération.

« *Les enjeux éthiques résultent de l'interaction entre deux mondes ou deux cultures: celui des soignants, porteurs de normes et de valeurs issues en partie de l'épidémiologie médicale et dont la mission est d'améliorer la santé des populations, et celui des patients porteurs également de normes, valeurs et de caractéristiques qui lui sont propres et dont la santé est liée à des facteurs endogènes, biologiques et génétiques, à des facteurs environnementaux, à des facteurs psychologiques ou encore à des déterminants démographiques (organisation des système de santé)* »⁵¹.

En effet, ce dispositif ré interroge la place du patient et celle du soignant dans la relation médecin–patient, générant ainsi des responsabilités éthiques. La relation médecin–patient ne peut, dans ces conditions, demeurer identique à ce qu'elle était.

Les professionnels doivent alors adopter une nouvelle posture. Ils doivent se détacher de leur savoir médical afin de construire avec le patient, en prenant en compte certains principes éthiques présentés ci après.

L'anthropologue Raymond Massé propose un modèle qui s'inspire du *principisme* développé par les philosophes Beauchamp et Childress⁵²(1983) montrant que le respect de quatre principes fondamentaux permettait de parvenir à des décisions à portée éthique dans le domaine des soins en santé. Il s'agit des principes d'autonomie, de bienfaisance, de non malfaisance et de justice, définis ci-dessous.

L'autonomie est un des principes phares éthiques en éducation à la santé, c'est permettre à un sujet d'être capable de se situer dans ses propres projets, d'effectuer le plus judicieusement

⁵¹ Pepin Cherillat, M., S. (2010). *Sevrage tabagique à l'hôpital : Considérations éthiques et représentations infirmières*. Mémoire diplôme universitaire « Pratiques addictives », Université Clermont Ferrand I, Clermont Ferrand.

⁵² Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*, New York/Oxford, Oxford University Press.

possible ses propres choix et de décider en toute indépendance ses propres valeurs. Chaque individu doit avoir la responsabilité de sa santé.

Le principe de bienfaisance consiste à promouvoir les actes qui sont bénéfiques aux patients, faire passer l'intérêt de celui-ci avant son propre intérêt. La notion de bienfaisance repose sur la responsabilité morale.

Le principe de non-malfaisance impose de ne pas infliger des torts aux autres.

Le principe de justice impose l'équité dans la distribution des bénéfices et des risques.

Face à ces principes éthiques, on peut se demander jusqu'où vont les responsabilités respectives des soignants et des patients ?

L'enjeu pour les soignants réside alors dans les limites entre persuader (convaincre), contraindre et manipuler. La limite entre informer et contraindre est parfois mince. De plus, il existe un risque de dérive entre bienfaisance et paternalisme: « *dans une relation morale asymétrique, il est tentant de traiter l'autre comme un enfant* »⁵³. Il peut donc y avoir un risque d'ingérence dans la vie des patients.

A contrario, il ne s'agit pas non plus de réserver l'unique responsabilité des choix thérapeutiques aux seuls patients, au nom de l'éducation du patient et de l'accès à ces informations de santé ; mais bien d'établir une responsabilité bilatérale dans les choix effectués. Cet aspect est d'autant plus important à prendre en compte que la relation implique souvent une personne fragile, vulnérable et que la décision médicale s'effectue au sein d'une relation asymétrique opposant un savoir et une technique à un non-savoir et une fragilité parfois extrême.

Le consentement serait alors une des réponses probables à ces dérives. Il intègre à la fois les principes de bienfaisance et d'autonomie. Il a deux fonctions:

- traduire la libre décision de la personne de participer aux soins (ne subissant aucune influence et étant capable de décision).

⁵³ Moutel, G. (2003). *Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche*. Paris : L'Harmattan.

- attester que le médecin a bien respecté un processus d'information de la personne sur la nature des soins, ses objectifs, et les contraintes voire les risques subis.⁵⁴

Concrètement, mettre en œuvre une approche éducative en médecine correspond alors à une triple révolution⁵⁵: la prescription est remplacée par une démarche éducative en vue d'un choix partagé par le patient et le médecin ; le patient devient « sujet » et non plus « objet » de ses soins ; enfin on se situe dans une approche de promotion de la santé, et non plus dans une logique spécifiquement de soins curatifs. La démarche d'éducation pour la santé renvoie dans ce cas à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge.

Le choix d'une éthique professionnelle, consiste à rendre la parole au patient et faire de lui un interlocuteur. C'est donc faire en sorte qu'il ait en mains tous les éléments nécessaires pour tenir ce rôle d'interlocuteur, pour exercer un jugement et pour donner un consentement (éclairé). C'est également, acquérir de nouvelles compétences et gérer son état de santé ou pour décider tout simplement de s'en remettre à l'avis des soignants. C'est à ce titre que de réels choix éthiques sont envisageables.

Il existe donc une relation triangulaire très étroite entre l'éthique, l'éducation et la liberté du patient.

Pour conclure, il ne s'agit pas de « travailler sur les patients » mais bien de « travailler avec eux ». Le médecin doit « *aider le patient à définir ses propres normes de santé* »⁵⁶(Patrick de Coster, in Fédor, 2011).

Nous pouvons constater que la politique actuelle tente de recentrer le patient au centre de sa prise en charge, tant par la mise en place d'un dossier médical partagé et les droits qui y sont associés, que par la démarche d'éducation du patient. Cependant, nous nous demandons, si la place faite à la participation du patient, dont l'importance est particulièrement soulignée

⁵⁴ Moutel G. (2004). *Consentement du patient et relation soignants-soignés : Etats des lieux, perspectives et éléments de débat*. <http://www.inserm.fr/ethique>.

⁵⁵ Sandrin-Berthon, B. (2000). *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF, 198 p.

⁵⁶ Patrick de Coster, Président Centre Education, Mont Godinne Belgique. Citation tirée de l'enseignement « *La démarche Educative Nutrition Clinique* » de Mme Fédor, Infirmière Clinicienne praticienne certifiée en somatopsychopédagogie. Master 2 Education à la santé. CHU de Clermont Ferrand. 17 mai 2011.

dans le domaine de l'éducation du patient est admise autant par les patients eux même que par l'ensemble des soignants. D'autre part, notre deuxième réflexion était de savoir si le dossier médical partagé peut être applicable au terrain d'exercice professionnel dans un service d'addictologie.

C'est pourquoi, nous avons élaboré la problématique suivante :

« En quoi un dossier patient partagé (DPP) en addictologie permettrait d'être au service de la pratique des professionnels et de réinterroger la place du patient dans la relation soignants–patients. »

Pour répondre à cette problématique, nous formulons les hypothèses suivantes :

- 1) Le DPP tel qu'il est réfléchi et conçu correspondrait à la pratique et aux attentes des professionnels.**
- 2) Les attentes des patients concernant leur place dans leur prise en charge sont différentes de celles des soignants.**

Afin de confirmer ou d'infirmer ces différentes hypothèses, nous proposons d'analyser, de confronter et de croiser les besoins et les attentes des différents protagonistes concernés: les patients et les soignants du service d'addictologie de l'hôpital René Muret à Sevran.

Pour cela, nous proposons d'aller à la rencontre de ces personnes et de mener des entretiens qualitatifs, selon une méthode hypothético inductive.

III Matériel et méthodes :

Cette partie présente la construction du dispositif de recherche avec les modalités de recueil d'informations ainsi que la population ciblée. Nous exposerons ensuite le déroulement de la réalisation de ces entretiens. Puis, nous présenterons les difficultés que nous avons rencontrées et enfin les limites et les biais identifiés.

1 Choix de la méthode utilisée :

Dès le début de notre réflexion, il nous est apparu que l'étude que nous réalisions demandait une réflexion sur des questions ouvertes, qu'il serait difficile de faire passer par questionnaires. Nous souhaitons recueillir des informations qualitatives et objectives sur les attentes, les besoins, les représentations et les connaissances que possèdent les professionnels concernant leurs manières d'appréhender la mise en place d'un nouvel outil ou encore à propos de l'éducation du patient. Mais nous voulions également connaître les opinions, les attentes et les besoins qu'ont les patients au sujet de leur prise en charge.

Effectivement, dans une première phase, nous souhaitons explorer à la fois les pratiques des acteurs de terrain mais aussi leurs représentations souvent à l'origine de ces premières.

«L'analyse des représentations sociales, s'avère indispensable dans toute démarche de recherche et de gestion visant à comprendre et à faciliter le fonctionnement des groupes dans des organisations professionnelles » Bonardi, Roussiau (1999)⁵⁷.

Les contenus des représentations agissant comme des grilles de lecture ou des guides d'action à la construction de l'identité professionnelle, l'éclairage théorique apporté par le concept des représentations sociales nous a semblé adapté et pertinent pour cette recherche.

Dans un premier temps, au regard de notre problématique et de nos hypothèses, l'approche qualitative nous semblait donc la plus appropriée. Selon Giacomini (2001)⁵⁸, elle participe à la

⁵⁷ Bonardi, C. et Roussiau, N. (1999). *Les représentations sociales*. Paris : Editions Dunod, 124 pages.

compréhension des situations et elle « *vise la compréhension de phénomènes complexes, humains ou sociaux, qui ne peuvent facilement être réduits en éléments chiffrables ou être décontextualisés* », selon Goudereay (2002).

Dès qu'un dialogue avec l'enquêté est nécessaire pour comprendre ses besoins et analyser l'activité réelle qu'il met en place dans ses pratiques, des entretiens sont utilisés.

L'entretien: est « *une méthode de recueil d'information qui consiste en des entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations* » De Ketele, Roegiers (1996, p20)⁵⁹.

Il permet de recueillir de l'information verbale fournie directement par les professionnels.

Cette méthode comporte bien des avantages, notamment un engagement plus important des sujets.

Dans un second temps, nous avons dû faire un choix concernant le type d'entretien utilisé.

On distingue quatre types d'entretiens pour mener une étude qualitative: l'entretien directif, l'entretien semi directif, l'entretien non directif (dit libre ou ouvert) et l'entretien projectif.

C'est à partir d'entretiens individuels et semi-directifs que notre recueil de données s'est effectué. En effet, chaque professionnel ayant une activité qui lui est propre, il nous semblait que ce type d'entretien permettait de ne pas dénaturer leur pratique individuelle. De même, pour les patients, cela permettait de respecter leur singularité.

L'entretien semi-directif consiste en une collecte d'informations reposant sur le principe de l'entretien structuré permettant ainsi de mener l'entretien de façon guidée, mais agrémentée par la possibilité éventuelle pour le répondant de détailler les points qui lui semblent importants afin d'obtenir une plus grande exhaustivité.

Nous avons conçu deux guides d'entretiens : un pour les professionnels et un pour les patients :

⁵⁸ Giacomini, M.K., Cook. D.J. (2000). *A user's guide to qualitative research in health care: Part I. Are the results of the study valid?* JAMA, 284:357–62.

⁵⁹ De Ketele, J.-M. et Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations : fondements des méthodes d'observation, de questionnaires, d'interviews et d'étude de documents*. Bruxelles : De Boeck Université.

Professionnels

Un seul guide d'entretien a été conçu pour l'ensemble des professionnels de santé. Ce guide d'entretien a été élaboré en fonction de l'objectif et de la question principale de l'étude, qui était :

« En quoi un dossier patient partagé (DPP) en addictologie permettrait d'être au service de la pratique des professionnels et de réinterroger la place du patient dans la relation soignants–patients. »

La première partie du questionnaire concerne les données socioprofessionnelles. Elles précisent les données relatives à l'identité (nom, sexe), puis à la profession (fonction, spécialité médicale).

Puis, il est organisé selon 4 axes et 4 objectifs :

- **Présentation du professionnel**

- Objectif : prendre connaissance de la pratique usuelle du professionnel de santé, ses rôles et ses missions

- **Représentations de l'éducation du patient**

- Objectif : vérifier que les professionnels de santé possèdent des connaissances concernant l'éducation à la santé et/ou l'éducation du patient et /ou l'éducation thérapeutique et identifier dans leur pratique, ce qui pourrait s'apparenter à de l'éducation du patient à sa maladie

- **Prise en charge**

- Objectif : Evaluer l'engagement qu'ont les professionnels dans l'implication du patient au sein de la démarche de soins

- **Attentes et besoins préalables à la mise en place de l'outil dossier de consultation partagé en addictologie**

- Objectifs : Connaître les attentes et les besoins des professionnels concernant la mise en place de cet outil proposé au sein du service d'addictologie

Patients

Un seul guide d'entretien a été conçu pour l'ensemble des patients. Ce guide d'entretien a également été élaboré en fonction de l'objectif et de la question principale de l'étude.

La première partie du questionnaire concerne les données socioprofessionnelles. Elles précisent les données relatives à l'identité (sexe, âge), puis à l'hospitalisation (type de prise en charge, date d'entrée de l'hospitalisation et durée initialement prévue de la prise en charge).

Puis, il est organisé selon 4 axes et 4 objectifs :

- **Missions et rôles des acteurs du service d'addictologie**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du fonctionnement du service dans lequel ils sont pris en charge

- **Moyens de suivi :**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du suivi des informations recueillies concernant leur prise en charge

- **Prise en charge**

- Objectif : connaître la satisfaction et les besoins des patients concernant leur prise en charge

- **Evaluation des professionnels**

- Objectif : savoir si les patients ont le sentiment d'être acteur de leur prise en charge à travers la pratique des professionnels et si la prise en charge participe à l'éducation pour la santé

Ces deux guides d'entretiens nous ont permis ainsi de confronter et croiser les différents regards, entre les soignés et les soignants. Auront-ils les mêmes attentes, les mêmes perceptions de cette prise en charge?

2 Population interviewée

L'outil sur lequel nous avons travaillé au cours de notre stage (Réseau de prévention des addictions) avait pour objectif d'être testé au sein du service d'addictologie de l'hôpital René Muret à Sevrans.

Dans un premier temps, nous avons donc souhaité interroger les professionnels de santé concernés et représentatifs de ce service. Nous voulions interroger les professionnels du secteur médical, social et psychologique afin de recueillir leurs attentes, leurs besoins concernant la mise en place d'un dossier patient partagé. Nous désirions également recueillir leur perception quant à la place qu'ils accordent au patient.

Pour réaliser ces entretiens, nous avons pris contact avec la chef du service d'addictologie de l'hôpital René Muret à Sevrans. Le Dr Anne Borgne est également présidente du réseau de prévention des addictions (RESPADD) lieu de notre stage, ce qui a facilité l'accès à ce type de service et la prise de rendez vous. Les personnes interviewées ont donc été contactées par l'intermédiaire du docteur Borgne, suite à ma demande effectuée par email. Le déroulement des entretiens des professionnels est présenté dans le tableau ci-dessous :

Date	Professionnel interviewé	Lieu
Mardi 24 mai : 11h00	Mme Corinne AUFFRAY - Assistante sociale (PR 1)	Hôpital René Muret - Sevrans
Mardi 24 mai : 13h30	Dr. Anne BORGNE - Médecin addictologue (PR 2)	Hôpital René Muret - Sevrans
Mardi 24 mai : 15h00	Dr. Pierre POLOMENI - Psychiatre addictologue (PR 3)	Hôpital René Muret - Sevrans
Mardi 24 mai : 16h30	Mr Philippe GEOFFROY - Educateur spécialisé (PR 4)	Hôpital René Muret - Sevrans
Mercredi 25 mai : 10h30	Mme Joy LEVY - Psychologue clinicienne (PR 5)	Hôpital Jean Verdier - Bondy
Mercredi 25 mai : 14h00	Dr. Maryline GARNIER - Interne du service (PR 6)	Hôpital Jean Verdier - Bondy
Mercredi 25 mai : 15h30	Mme Vassiliki Alexoupoulou - Psychologue clinicienne (PR 7)	Hôpital Jean Verdier - Bondy

Un représentant de chaque secteur a été interrogé, excepté pour le domaine de la psychologie où l'on nous a proposé une fois sur place de rencontrer une seconde psychologue.

Dans un deuxième temps, nous avons souhaité recueillir les propos des patients soignés⁶⁰ dans ce service d'addictologie. Cette prise en compte apparaissait, selon nous, incontournable. En effet, les patients sont au cœur de la prise en charge et le fait de recueillir leurs attentes et leurs besoins, nous permettait ainsi d'avoir une vision complémentaire à celle des professionnels. Ces regards croisés impliquent alors d'avoir une compréhension globale de l'ensemble de la prise en charge.

Le problème des addictions nécessite une attention particulière quant à l'approche des usagers pour la réalisation des entretiens.

Pour plus de facilité et afin de les rassurer, c'est le Dr Borgne qui s'est chargé de les contacter. Elle leur a présenté préalablement notre projet de mémoire. Puis, elle s'est assurée que chacun d'entre eux était apte à passer un entretien et qu'ils acceptaient de nous rencontrer tout en spécifiant bien que cet entretien restait volontaire.

Suite à cette demande, le Dr Borgne, nous a autorisés à réaliser ces entretiens. Elle nous a présenté six patients : deux femmes et quatre hommes hospitalisés à l'hôpital René Muret à Sevran. Cinq d'entre eux étaient hospitalisés pour sevrage et un patient était hospitalisé en soins de suite et de réadaptation.

3 Déroulement de l'enquête

Les cinq premiers entretiens des professionnels ont eu lieu à l'hôpital René Muret à Sevran et les deux derniers entretiens ont eu lieu à l'hôpital Jean Verdier à Bondy pour des raisons à la fois pratiques et d'emplois du temps. En revanche, tous les entretiens des patients ont été réalisés à l'hôpital René Muret.

⁶⁰ Ces entretiens sont codés sous le nom suivant : PA.

Les entretiens ont été passés dans le bureau respectif de chaque professionnel. Pour les patients, ils ont été réalisés dans leur chambre à l'écart des regards, à l'exception de deux entretiens (Patients n°6 et n°7) qui ont été faits dans la salle commune où se trouvait à ce moment là, un autre patient qui regardait la télévision.

Ces entretiens se sont déroulés au cours des mois de mai et juin 2011.

Avant chaque entretien, notre statut d'étudiante en master 2 d'Education à la Santé et Santé Publique a été rappelé ainsi que l'objet global de cette recherche, à savoir recueillir les attentes et les besoins concernant la mise en place d'un dossier patient partagé pour les professionnels ; et recueillir les attentes et le ressenti quant à leur prise en charge pour les patients.

Afin de structurer le temps de parole, nous avons prévu une durée d'entretien d'environ 30 minutes. Certains entretiens ont cependant été plus longs que d'autres.

Suivant le déroulement de l'entretien, la séquence et la formulation des questions ont été au fur et à mesure adaptées et approfondies.

« La formulation des questions n'est jamais définitive⁶¹ ; le chercheur se réserve la possibilité d'ajouter des questions en cours d'entrevue, afin de préciser l'une ou l'autre information ».
Delory, professeur en sciences de l'éducation (2003, p100)⁶².

Nous nous sommes engagés auprès des patients et des professionnels à ce que les entretiens restent anonymes afin de respecter le secret professionnel. Nous avons également précisé aux patients que leurs prénoms seraient modifiés.

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement⁶³ car une retranscription manuelle peut diminuer le contact établi avec la personne interviewée. Aucun d'entre eux n'a refusé d'être enregistré.

Nous avons fait le choix de retranscrire les propos des patients tels qu'ils ont été émis, afin de respecter exactement leurs propos.

⁶¹ L'interviewer peut mieux contrôler la situation en intervenant, par exemple, pour clarifier une question ou apporter des informations

⁶² Delory-Momberger Ch. (2003). *Biographie et éducation*. Figures de l'individu-projet. Préface de P. Dominicé. Paris: Anthropos.

⁶³ La retranscription des entretiens se trouve en annexes.

4 Difficultés rencontrées

Au cours de cette étude, nous avons rencontré deux difficultés principales.

D'une part, nous aurions souhaité interroger l'ensemble des professionnels du service d'addictologie, cependant tous ne disposaient pas de temps à nous consacrer. C'est pourquoi le Dr Borgne nous a transmis dans un premier temps une liste contenant les professionnels que nous souhaitions principalement interrogés, dans l'objectif d'enrichir celle-ci ultérieurement. Néanmoins, par des contraintes de temps, nous n'avons pu obtenir plus de rendez vous avec d'autres professionnels disponibles. Ceci explique le nombre d'entretiens réalisés.

D'autre part, nous avons prévu d'interroger les patients hospitalisés au sein du service mais également ceux qui sont en hospitalisation de jours afin d'équilibrer les perceptions tout au long de la prise en charge. Bien qu'il n'y avait à priori aucun obstacle à cette demande, une fois sur place, leurs absences ou l'organisation des activités nous a empêché de les rencontrer. Nous avons donc recentré notre demande auprès des patients hospitalisés uniquement.

5 Les limites et biais méthodologiques

Comme toute méthodologie de recherche, des biais peuvent être relevés. Ce sont « *des faits susceptibles de diminuer la qualité de représentativité de la réalité* »⁶⁴, selon la socio-anthropologue Yacine Thiam.

D'après le professeur Jean Poupart, les biais dans la recherche qualitative sont de trois types : « *les biais liés au dispositif d'enquête, les biais associés à la relation intervieweur-interviewée et à leur situation sociale respective, et, enfin, les biais rattachés au contexte de l'enquête* » (Poupart 1997 : 193-194)⁶⁵.

Les biais que nous allons présenter sont davantage associés à la relation intervieweur-interviewée.

⁶⁴ Définition tirée de l'enseignement « *Méthodes qualitatives : outils et utilisation* ». Master 2 Education à la santé. CHU de Clermont-Ferrand. 11 mars 2011.

⁶⁵ Poupart, J. et al (1997). *La recherche qualitative ; Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Editions : Gaétan Morin.

Un premier biais peut être lié à des erreurs de l'interviewé qui aurait pu mal comprendre les questions que nous lui avons posé.

Un second biais peut être associé à des erreurs non intentionnelles de l'enquêteur qui aurait pu mal lire une question ou mal comprendre la réponse fournie par l'interviewé. De plus, il se peut que la reformulation de certaines questions ait eu une influence sur les réponses récoltées.

Enfin, la méthodologie utilisée est basée principalement sur des déclarations, elle ne permet donc pas d'accéder aux pratiques réelles des professionnels de santé. De plus, ces entretiens et cette étude ne pourront être représentatives, ni généralisables à tous les services d'addictologie mais seulement à celui de l'hôpital René Muret à Sevran. En effet, les méthodes qualitatives ne servent pas à généraliser mais à découvrir de nouveaux thèmes difficilement quantifiables mais primordiaux dans la compréhension de certains comportements ou phénomènes sociaux.

IV Résultats des entretiens :

1 Modalité d'analyse

Il nous a semblé que la modalité d'analyse la plus appropriée était l'analyse de contenu. Pour Bardin⁶⁶, l'analyse de contenu peut se définir comme: « *un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception de ces messages* » (Bardin, 1977, cité par Aprunaret, étudiante Master 2 Education à la santé des enfants, adolescents et jeunes adultes 2009/2010)⁶⁷.

L'analyse de contenu s'organise autour de trois phases chronologiques :

- La pré analyse
- L'exploitation du matériel ainsi que le traitement des résultats
- L'inférence et l'interprétation

Ainsi, dans une première phase, nous avons réalisé une lecture flottante puis approfondie des entretiens des professionnels puis des entretiens des patients. Au cours de celles-ci, pour chacun d'entre eux, nous avons fait émerger les thèmes étant les plus proches de notre problématique et de nos hypothèses, selon une méthode ascendante (à partir des entretiens).

Nous avons alors défini sept thèmes:

- L'adéquation entre la pratique individuelle des professionnels de santé et la conception actuelle du dossier patient partagé
- L'adéquation entre la pratique collective des professionnels de santé et la conception actuelle du dossier patient partagé
- Les attentes et la réflexion concernant la mise en place d'un dossier patient partagé
- Les représentations en éducation à la santé, en éducation du patient et en éducation thérapeutique

⁶⁶ Maître de conférences au département Information-Communication de l'Institut universitaire de Technologie de Paris V.

⁶⁷ Aprunaret, A. (2010). *Education à la santé en milieu scolaire : la question du partenariat école/famille*. Mémoire, Université d'Auvergne – Clermont-Ferrand 1 – IUFM d'Auvergne, Clermont Ferrand.

- La relation avec le patient et la place de celui-ci dans la prise en charge
- Intérêt du patient pour sa prise en charge
- Satisfaction ressentie par les patients

Dans une seconde phase, nous avons procédé à une opération de catégorisation du discours. Pour chaque entretien, nous avons donc classifié les éléments constitutifs d'un thème par différenciation puis par regroupement.

Enfin, dans une troisième phase, nous avons tenté de synthétiser les propos de chacun, en notant les idées clés du discours qui ressortaient.

Même si nous n'avions pas pu présager du nombre de patients qui accepteraient de répondre à nos questions, et qu'ils ont été choisis de façon non aléatoire par la chef du service, nous avons pu observer au fil des discours une certaine saturation des données recueillies.

2 Présentations des résultats

Rappelons dans un premier temps, que sept professionnels de santé ont été interrogés au cours de cette étude. Parmi eux, on compte une assistante sociale, un médecin addictologue, un psychiatre addictologue, un éducateur spécialisé, une interne et deux psychologues.

L'objectif de ces entretiens qualitatifs était de recueillir leurs besoins, leurs attentes concernant la mise en place d'un dossier patient partagé dans un service d'addictologie. Nous souhaitions également prendre connaissance de leur pratique et des représentations qu'ils pouvaient avoir des concepts d'éducation.

Dans un deuxième temps, six patients hospitalisés au sein de ce service ont également été interrogés. La moyenne d'âge de ces patients était approximativement de 47,2 ans. Cinq d'entre eux étaient hospitalisés pour sevrage et un seul était hospitalisé en soins de suite et de réadaptation.

Nous souhaitions connaître leur point de vue sur la pratique des professionnels, mais aussi sur leur prise en charge.

2.1 Adéquation entre la pratique individuelle des professionnels et la conception actuelle du Dossier Patient Partagé

Comme nous l'avons présenté en introduction, le dossier patient partagé est conçu principalement à partir de tests de dépistage et de questionnaires d'évaluation des dépendances.

D'une part, il semblerait que pour une majorité des professionnels (PR 1, PR 4, PR 5, PR 7, PR 6), leur pratique ne soit pas en adéquation avec le dossier tel qu'il a été conçu. En effet, aucun de ces professionnels n'utilisent de tests ou de questionnaires :

(l. 35) « *Non, aucun. Mon seul outil, c'est la parole du patient, je n'utilise pas de test en particulier ou de bilan* ». (PR 5)

Néanmoins, ces résultats sont à nuancer pour deux d'entre eux. En effet, PR 1 indique ne pas utiliser de questionnaires ou de tests pré établis mais s'appuyer toutefois sur une liste de codes propres au domaine social, (l. 48) « *qui essaient de répertorier un certain nombre de situations complexes* ».

De plus, PR 6 donne aussi une première réponse très « *franche* » et clairement négative mais dit se servir parfois de certains tests de dépistage ou de questionnaires d'évaluation de la dépendance qu'elle connaît par cœur. Elle ajoute qu'elle les utiliserait davantage s'ils étaient présents sur un logiciel.

D'autre part, deux professionnels de santé (PR 2 et PR 3) prononcent quant à eux des propos qui s'avèrent compatibles avec l'utilisation de tests et de questionnaires. En effet, PR 2 indique qu'elle utilise : (l. 28) « *Le DETA, le fagerstrom, le CAGE, les entretiens FACE, l'AUDIT* » pour finir par « *plein* ». De plus, elle précise qu'elle utilise déjà le dossier de tabacologie destiné aux professionnels appelé « *CDT net* ».

Le second professionnel (PR 3) indique qu'il en possède dans son bureau et qu'il s'en sert parfois mais (l. 27) « *ce n'est pas la règle* ». Néanmoins, il se dit favorable à leur utilisation et regrette ne pas les utiliser plus régulièrement car il considère qu'ils sont très utiles et qu'ils présentent des avantages certains pour la relation avec le patient.

Par ailleurs, PR 2 met en avant un argument en faveur d'une adéquation possible entre la mise en place d'un dossier patient partagé et la pratique réelle des professionnels de santé :

(l. 105) « *C'est en ça que le dossier patient partagé est très important, c'est que l'on ne peut pas traiter une addiction sans avoir d'infos sur les autres. [...] Souvent il y a des phénomènes de dépendance croisé, une consommation en entraîne une autre et donc c'est assez logique d'agir sur tout en même temps. [...] Cela passe aussi par les tests de dépistage.* »

Ceci souligne l'importance d'une prise en charge globale auquel pourrait répondre le DPP grâce à un ensemble de tests de dépistages et des questionnaires d'évaluation proposés pour chacune des addictions.

2.2 Adéquation entre la pratique collective des professionnels et la conception actuelle du Dossier Patient Partagé

Tous les professionnels sont d'accord pour affirmer qu'il y a une très bonne communication entre eux au sein du service.

Pour caractériser cette communication, PR 4 précise :

(l. 137) « *J'ai la chance et ce n'est pas si souvent d'être dans une équipe bienveillante* ».

A priori, les trois secteurs (psychologique, médicale et sociale) communiquent entre eux sans grande complication.

Il n'y aurait pas de dichotomie entre les trois secteurs, chacun ayant une importance et un poids similaire dans la prise en charge. En effet, d'après les professionnels interviewés, aucun secteur psychologique ou social n'apparaît comme moins important dans la prise en charge comparé au secteur médical:

(l. 226) « *Mon expérience, ici, sur cinq mois, je suis très agréablement surprise car le rôle du service sociale, la situation sociale n'est pas mise de côté, ils pensent qu'elle est imbriqué avec leur situation de soins. [...] Donc, je pense que j'ai une place enfin pas moi, que le service social a une place, qu'on m'écoute. [...] Mais eux comme je vous le disais, ils sont très attentifs à l'aspect social* ». (PR 1)

Nous avons demandé également aux patients de nous donner leurs avis concernant la communication entre les professionnels afin d'étudier les concordances et les divergences de perception.

Les entretiens ont révélé que tous les patients considéraient la communication entre les professionnels plutôt « bonne », tout comme les professionnels interviewés. En effet, ils ont l'impression que l'échange d'informations s'effectue dans de bonnes conditions notamment par le biais de réunions hebdomadaires ou encore par le biais du dossier commun:

(I. 55) « *En parlant avec un médecin, je sais qu'il a discuté avec un autre donc ça circule* ». (PA 5)

(I. 56) « *De toute façon le dossier est commun donc ils sont au courant [...] Le dossier médical centralisé, c'est déjà une forme de communication car tout le monde y a accès et tout le monde sait ce qu'il se passe. Apparemment, leur système de communication et de cogestion du patient se passe bien* ». (PA 5)

Cet échange d'information semble important pour le bon déroulement de leur prise en charge :

(I. 51) « *D'être suivi par une équipe, pas par des individus qui n'ont aucun rapport les uns avec les autres. C'est une équipe qui se réunit et qui font un bilan et une synthèse* ». (PA 5)

(I. 51) « *C'est important que cela se passe bien* ». (PR 6)

Comme l'ont soulevé les patients interrogés, cette communication et les principaux échanges d'informations concernant la santé des patients se font essentiellement durant la réunion hebdomadaire, appelé « *le staff* ». Cette réunion est un outil de suivi très important dans la prise en charge des patients, les professionnels la considèrent comme tel. Elle permet une approche globale de la prise en charge en se faisant côtoyer toutes les compétences médicales, sociales, psychologiques et paramédicales :

(I. 146) « *Le sujet avec un grand S est complexe et toute cette complexité nécessite un travail pluridisciplinaire et on essaie de rassembler le puzzle, on le saussiconne pas. Il faut qu'on puisse se rassembler à un moment donné pour reconnaître la personne dans son intégralité* ». (PR 4)

Cependant, l'échange d'informations entre professionnels soulève des questions éthiques pour trois professionnels (PR 1, PR 5 et PR 7). En effet, ils soulignent l'importance d'une juste limite entre partager des informations pertinentes pour la prise en charge et le respect du secret professionnel envers le patient :

(l. 357) « *Donc, même si on fait du secret partagé, si je regarde bien mes textes de lois auquel je me réfère, je ne suis pas censé tout dire aux médecins non plus* ». (PR 1)

(l. 88) « *La plus grande complexité de ce travail, c'est de rendre en équipe quelque chose qui appartient au patient sans rentrer dans le contenu et le détail* ». (PR 5)

Malgré ces points sensibles, ces professionnels du secteur social (assistante sociale PR 1 et éducateur spécialisé PR 4) se disent favorables voire prêts à utiliser cet outil.

De plus, lorsque l'on a demandé à PR 4 si ce dossier pourrait être un moyen de communication entre les différents professionnels, celui-ci a répondu :

(l. 218) « *Ça doit être ça sinon ce n'est pas la peine. Encore une fois, c'est le travail d'une équipe donc doivent se croiser à ce moment là les professionnels* ».

2.3 Attentes et réflexion concernant la mise en place d'un Dossier Patient Partagé

De nombreux professionnels nous ont formulé des attentes similaires :

- *Adapté à nos besoins* (PR 6)_ 1 ref.
- *Un outil pratique et complet* (PR 1, PR 2, PR 3, PR 6)_ 4 ref.
- *Bien réfléchi pour avoir le temps de l'utiliser* (PR 1, PR 3)_ 2 ref.
- *Un outil assez synthétique et exhaustif* (PR 6)_ 1 ref.
- *Regrouper les éléments contenus dans l'ensemble des dossiers* (PR 3)_ 1 ref.

- *Commun à tous les professionnels de santé du service, voire même aux autres structures extérieures afin de faciliter les transferts et la prise en charge (PR 1, PR 2)_ 2 ref.*
- *Informatisation afin de l'utiliser « partout » (PR 1, PR 2)_ 2 ref.*
- *Permettre un accompagnement adapté et adaptable (PR 1, PR 4)_ 2 ref.*
- *Avoir accès aux informations relatives à un patient mis en ligne par d'autres professionnels concernant la prise en charge (PR 4)_ 1 ref.*
- *Respecter le secret professionnel pour certaines informations (PR 1)_ 1 ref.*

Afin d'enrichir les attentes que nous avons recueilli et avoir une vision globale de ce que devrait être le dossier patient partagé selon les professionnels, nous avons souhaité les interroger sur deux points particuliers. Nous leur avons demandé ce qu'ils pensaient de la mise en place d'un tel outil et quels pourraient être les impacts sur l'équipe soignante et sur la prise en charge du patient, selon eux.

Les principaux éléments qui ont pu émerger des entretiens avec les professionnels sont les suivants :

- *Meilleure transmission des informations de santé (PR 1, PR 2)_ 2 ref.*
- *Uniformisation du recueil de données (PR 2, PR 3)_ 2 ref.*
- *Limite les pertes d'informations (PR 1, PR 2)_ 2 ref.*
- *Meilleure visibilité et accessibilité de la démarche de soins pour chaque patient (PR 1, PR 2, PR 3, PR 4, PR 6)_ 5 ref.*
- *Meilleure communication entre les différents interlocuteurs impliqués dans la prise en charge (PR 2, PR 6)_ 2 ref.*

- *Faciliter le travail des professionnels* (PR 2, PR 3, PR 4)_ 3 ref.
- *Meilleure traçabilité de la pratique des professionnels* (PR 2)_ 1 ref.
- *Pouvoir évaluer sa pratique* (PR 2, PR 3, PR 4)_ 3 ref.
- *Meilleure communication entre les différentes structures* (PR 2, PR 6)_ 2 ref.
- *Evite les répétitions d'examens et les « redites » pour le patient* (PR 6)_ 1 ref.
- *Bénéfique pour la prise en charge du patient : prise en charge améliorée, plus adaptée* (PR 1, PR 2, PR 4)_ 3 ref.
- *Difficulté à évaluer l'impact sur la prise en charge du patient* (PR 6)_ 1 ref.
- *Nécessite de le tester* (PR 1)_ 1 ref.

Les professionnels de santé ont un avis global favorable vis-à-vis de la mise en place d'un dossier patient partagé en addictologie. Pour certains, cette mise en place reste néanmoins un peu abstraite (PR 4) ou encore elle soulève des questions liées au consentement du patient et au respect de celui-ci. Cependant, comme nous pouvons le constater dans les références précédemment citées, deux professionnels du secteur de la psychologie (PR 5 et PR 7) sont défavorables à la mise en place d'un tel outil. En effet, elles s'accordent à dire qu'elles sont opposées aux traces écrites visibles par tout le monde car ces informations sont décontextualisées et interprétables au gré de chacun. De plus, PR 5 considère que ces informations sont constamment en mouvement, par conséquent la prise en compte de celles-ci ne serait ni objective, ni fiable. Pour ce professionnel, (l. 132) « *les informations orales en équipe ont plus de sens que les traces écrites* ».

PR 5 n'émet aucune attente quant à la mise en place en place d'un dossier patient partagé en addictologie et va même jusqu'à avoir un avis relativement incisif sur ses éventuels impacts : (l. 138) « *L'impact ça serait un impact plus négatif que positif, selon moi* ».

Moins réfractaire, PR 7 souhaite avant tout que le patient soit respecté dans ses choix.

Quant aux éventuels impacts subséquents à la mise en place de cet outil, elle évoque un aspect rassurant pour les autres professionnels et éventuellement une meilleure prise en charge pour le patient.

2.4 Représentations en éducation à la santé, éducation du patient et éducation thérapeutique

Nous avons demandé aux professionnels rencontrés de nous définir ce que représentaient pour eux les concepts suivants : l'éducation à la santé, l'éducation du patient et l'éducation thérapeutique.

Tous les professionnels ne semblent pas sensibilisés de la même façon. En effet, trois professionnels de santé possèdent des connaissances ou des représentations assez précises sur chacune de ces notions.

D'une part, PR 3 ayant fait parti des membres créateurs des réseaux des hôpitaux promoteur de santé en France et ayant participé au développement de ces différents axes résume très bien ces concepts :

(l. 54) « Je les englobe assez facilement autour du terme de promotion de la santé. On avait des outils pour essayer d'expliquer au patient sa maladie donc c'est le premier niveau [...] l'éducation du patient. Le deuxième niveau, c'est toutes les questions de l'alliance thérapeutique où le patient nous fait partager ces connaissances et nous les nôtres. Le troisième niveau [...] l'éducation thérapeutique [...] c'est les informations sur les médicaments avec un retour des personnes qui nous permet d'améliorer aussi nous même notre connaissance des médicaments [...] et qui débouche sur un autre terme qui est le terme d'observance ou de compliance qui permet que la personne s'empare de l'idée du traitement et donc le prenne ».

D'autre part, PR 2 et PR 6 rapportent l'idée que l'éducation à la santé est d'ordre plus générale et qu'elle concerne l'ensemble de la population. Elle aurait pour intention de sensibiliser la population, par le biais de campagnes et de messages publics, à adopter des comportements favorables à leur santé destinés à la protéger.

L'éducation du patient se manifesterait (l. 51) « *au sein d'un entretien individuel dans un conciliabule avec un individu* », selon PR 2. Tandis que PR 6 conçoit l'éducation du patient davantage (l. 80) « *lors des groupes de paroles notamment les groupes de paroles cognitivo comportementale* », où ce sont des savoirs qui leurs sont apportés afin de mieux vivre leur maladie.

Enfin, l'éducation thérapeutique, est perçue par PR 2 comme une discipline qui « *s'apprend* » et qui aurait une « *définition exacte* ». PR 6 précise que celle-ci concernerait les patients atteints de maladies chroniques et qui (l. 65) « *auraient besoin de conseils pour essayer de gérer au mieux leurs traitements* ».

L'ensemble des professionnels subsistants n'a que des connaissances ou des représentations limitées sur ces sujets.

Un professionnel parmi eux semble sensibilisé seulement à la notion d'éducation à la santé suite à une expérience précédente. PR 1 rapporte la signification suivante :

(l. 113) « *Pour moi, éducation santé, c'est travailler sur une problématique prégnante, et par l'intervention soit de professionnels adaptés à cette problématique, soit par la création de groupes pour pouvoir amener le patient à réfléchir sur cette problématique et que lui-même avec l'aide de professionnels autour puissent arriver à mettre en œuvre les actions pour travailler sur cette problématique là* ».

Cependant, les autres professionnels (PR 4, PR 5, PR 7) ne formulent pas réellement de définitions pour chacun des concepts et semblent contrarier par le terme « éducation ». En effet, il leur semble inapproprié et ils ne souhaitent pas que celui-ci soit assimilé au terme d'instruction :

(l. 71) « *Instruire c'est quelque chose d'autre, c'est marquer quelqu'un, c'est inscrire quelque chose dans la personne* ». (PR 4)

(l. 84) « *L'éducatif ce n'est pas vraiment mon domaine* » (PR 7)

Ce qui est intéressant, c'est que malgré que les connaissances soient imprécises pour chacun de ces termes, ces professionnels s'opposent à leur manière, à la volonté d'imposer « un savoir » et une connaissance unique.

Tous s'inscrivent dans une démarche davantage compréhensive et accompagnante :

(l. 61) « *C'est plutôt d'essayer de comprendre ce qu'il l'a amené à consommer et pourquoi il continue à consommer [...] Je pense lui donner des pistes pour que ce soit moins envahissant pour lui et que sa souffrance puisse aussi s'atténuer, c'est ça mon repère* ». (PR 5)

(l. 76) « *Ce qui est important pour moi, c'est de réinscrire la personne en tant qu'être, au cœur de ce qui se passe et de la maladie [...] donc comment elle va se positionner à un moment donné pour pouvoir évoluer elle en tant que personne* ». (PR 4)

D'après ces verbatim, nous constatons que bien que ces professionnels ne puissent apporter d'idées précises sur ces notions ; leurs évocations font émerger chez les individus des représentations qui finalement rejoignent certains objectifs de l'éducation du patient.

Finalement, malgré des connaissances diversifiées et plus ou moins développées, tous les professionnels se rejoignent sur cette volonté d'avancer « avec » le patient et de réfléchir ensemble à la démarche de soins.

Ces questions de représentations sont très proches de la question de la pratique supposée des professionnels concernant l'éducation du patient.

C'est pourquoi nous avons demandé aux professionnels de nous décrire comment ils pourraient agir pour faire de l'éducation du patient afin d'identifier ou non un éventuel lien entre leur pratique et leurs représentations.

A cette question seuls trois professionnels (PR 2, PR 3, PR 4) ont affirmé faire de l'éducation du patient. Chacun décrit sa pratique de la façon suivante :

(l. 55) « *Le premier soin c'est de l'éducation à la santé, leur apprendre les risques, de les faire avancer dans leur motivation et de les aider à changer leurs comportements [...] ce n'est pas juste une action thérapeutique médicamenteuse mais justement une éducation globale, nutritionnelle, d'activité physique, de s'occuper de sa famille, de s'occuper de soi* ». (PR 2)

(l. 73) « *L'éducation est partagée, eux me demande des éléments qui sont souvent choppé sur internet, et moi donnant des éléments choppés dans le Vidal plus mon expérience, on arrive à se dire d'accord on va y aller. [...] Je ne peux pas imaginer que les patients prennent des traitements que je leur donne alors qu'ils ne sont pas d'accord* ». (PR 3)

(1.86) « *L'éducateur est un passeur qui permet d'accompagner la personne de passer d'une rive à l'autre et d'accompagner la personne vers quelque chose d'autre. Mon boulot c'est que cette personne ai cette volonté après c'est aux médecins, aux psychologues de savoir ce qu'ils ont à faire pour que cela se concrétise par une bonne santé physique ou mentale* ». (PR 4)

Deux autres professionnels (PR 6 et PR 1) ont le sentiment de participer à l'éducation du patient mais seulement de manière informelle et ponctuelle.

2.5 Place du patient dans la prise en charge

Au cours de cette partie, nous tenterons de comparer les perceptions respectives des professionnels et des patients concernant la relation médecin patient et la place de celui-ci qui en résulte dans la prise en charge.

Certains professionnels (PR 1, PR 4 et PR 7) abordent et mettent en avant cet aspect dès leur présentation en début d'entretien. En effet, pour ces professionnels leur rôle au sein de la relation médecin-patient apparait comme une identité à part entière.

De manière générale, les différents acteurs trouvent que leurs relations sont basées sur:

- *La confiance qui équivaut à l'alliance thérapeutique* (PR 3, PA 1, PA 2, PA 4, PA 6) _ 5 réf.
- *L'écoute* (PR 2, PR 7, PA 1, PA 2, PA 3, PA 6) _ 6 réf.
- *L'échange* (PR 2, PR 3, PR 4, PR 7, PA 5, PA 6) _ 6 réf.
- *L'accompagnement* (PR 1, PR 4, PR 6, PR 7) _ 4 réf.
- *La création d'un lien* (PR 6) _ 1 réf.

- *La proximité avec le patient, la compréhension* (PR 4, PA 2, PA 3, PA 4, PA 5, PA 6) _ 6 réf.
- *Une interaction* (PR 4, PR 7) _ 2 réf.
- *Une transmission de savoirs, stratégie commune* (PR 7, PA 6) _ 2 réf.
- *La réciprocité, et pas être dans la contrainte et l'injonction* (PR 1, PR 4, PR 7, PA 5) _ 4 réf.
- *La médiation* (PR 4) _ 1 réf.
- *Le respect* (PR 1, PA 6) _ 2 réf.
- *L'ouverture et la simplicité* (PA 5, PA 6) _ 2 réf.
- *Rassurante* (PA 3, PA 5) _ 2 réf.

La plupart des patients ont donc une vision positive de leur relation avec les professionnels de santé du service d'addictologie. Cette vision semble concorder avec celle qu'on les professionnels.

Enfin, PR 4 ajoute un élément intéressant:

(l. 139) « *Il peut pas y avoir de dichotomie (entre les patients et l'équipe) comme disait Toskaies⁶⁸, une structure malade ne peut pas soigner* ».

Nous faisons ici le lien avec la place du patient considéré par chacun des concernés de cette relation médecin-patient.

En effet, le cœur même de la relation médecin-patient est la place accordée par les professionnels à ces personnes vulnérables qu'ils prennent en charge. Il est donc important que celles-ci se sentent impliquées dans la démarche de soins à travers la pratique des

⁶⁸ Un grand psychiatre aujourd'hui disparu.

professionnels. Ainsi, nous allons comparer les propos de l'équipe soignante avec la perception que les patients ont de l'implication qui leur est octroyé.

Les termes « *prioritaire* », « *centrale* » ou encore « *majeure* » sont utilisés pour caractériser la place du patient dans le projet thérapeutique par l'ensemble des professionnels (PR 1, PR 2, PR 3, PR 4, PR 6 et PR 7).

PR 1 considère que (l. 209) « *le patient est en première ligne, c'est lui qui est concerné, il est au milieu avec l'équipe autour* ».

Un professionnel (PR 5) n'a pas utilisé directement d'adjectif qualificatif pour évoquer la place du patient mais il a expliqué qu'il trouvait important que (l. 68) « *celui-ci puisse s'exprimer librement, sans censure. Et qu'il puisse se sentir suffisamment bien pour exprimer quelque chose qui vient de lui* ». Ce professionnel accorde donc également une place importante au patient dans la prise en charge.

En ce qui concerne plus précisément l'implication accordée aux patients concernant le projet thérapeutique, l'ensemble des professionnels (PR 1, PR 2, PR 3, PR 4, PR 6, PR 7) considèrent prendre en compte « *les choix* » et « *les besoins* » des patients pour « *l'instauration d'un traitement* » et « *leur suivi* » (PR 6), par exemple.

Certain parle de « *construction avec lui* » (PR 1) ou encore considère que c'est la « *parole du patient qui les guide* » (PR 7).

La prise en charge s'effectue bien au sein d'une relation duelle équilibrée au cours de laquelle la place du patient et son implication sont sans conteste:

(l. 97) « *Nous on sera là à ses cotés pour lui apporter des outils car les potentiels de guérison c'est lui qui les portent donc c'est lui qui va opérer et après c'est aux médecins d'attester ou pas que l'opération a réussi ou que l'on doit recommencer* ». (PR 4)

Cependant, un professionnel (PR 1) nuance et met en évidence un point important dans l'implication que l'on peut donner au patient. En effet, il ne s'agit pas selon lui, de donner systématiquement le choix au patient mais plutôt de savoir « *évaluer* » ses capacités à prendre des décisions. Lorsque cela n'est pas le cas, il faut savoir (l. 216) « *être plus incisif ou directif [...] et il faut un peu plus imposer mais toujours avec un consensus bien sûr* ».

Cela souligne le risque de faire basculer la relation dans une sur responsabilisation du patient dans les choix thérapeutiques alors que celui-ci n'en a pas toujours les aptitudes ; ou encore être dans « une mauvaise » prise en charge.

L'analyse des entretiens révèle également une volonté d'établir une prise en charge dite « adaptée » :

(l. 125) « *On ne peut proposer quelque chose de systématique comme une posture, ça dépend de ce qui leur convient, de leur possibilité* ». (PR 6)

(l. 71) « *On fixe des objectifs ensemble avec le patient à chaque consultation [...] et quand on revoit les patients on essaie de voir si les objectifs ont été atteints, partiellement atteints ou pas du tout atteints et on voit quels ont été les freins pour atteindre l'objectif ; et on essaie de corriger l'ensemble de ces freins pour adapter la prise en charge* ». (PR 2)

(l. 205) « *On fait du sur mesure et pas du prêt à porter* ». (PR 4)

Parallèlement, les patients ne semblent pas contredire les propos des professionnels concernant la place qui leur est donnée dans la relation médecin patient. Ils évoquent également une cohésion et une prise en compte de leur position :

(l. 136) « *Ce n'est pas du tout hiérarchisé. [...] C'est vraiment un truc de groupe, patients et personnels soignants. Vraiment un truc de groupe* ». (PA 5)

Lorsque nous avons interviewé les patients sur ce sentiment d'implication, il s'avère qu'un seul patient (PA 2) seulement ne se sent pas impliqué dans sa prise en charge par les professionnels.

Un autre patient (PA 4) est resté interrogatif face à cette question. En effet, elle estime que (l. 96) « *dans ce service, on n'est pas là pour être impliqué. On est là pour être soigné dans un premier temps* ». Au regard de ces propos, on constate que pour ce patient, il existe une dissociation entre la prise en charge et sa place au sein de celle-ci. Elle ne se perçoit pas comme acteur principal de sa santé.

Ceci se confirme pour un autre patient qui répond favorablement à cette question mais qui néanmoins « *fait confiance aux professionnels de santé* » (PA 1). Ainsi, il ne s'implique pas volontairement ou peu dans leur prise en charge.

Parmi les autres patients (PA 3, PA 5 et PA 6) qui ont répondu également favorablement, une autre orientation se dégage celle où les patients s'impliquent d'eux même en posant beaucoup de questions ou en intervenant dans les décisions :

(l. 83) « *On peut même intervenir dans les décisions* ». (PA 5)

Pour expliquer ces comportement ils évoquent leur personnalité (l. 108) « *Moi je suis curieux* » (PA 6) ou encore (l. 161) « *le besoin de savoir* » (PA 3).

Commentaire : Bien que PA 2 ait dit qu'elle trouvait que les professionnels ne l'impliquaient pas dans sa prise en charge, il s'avère qu'elle s'engage également d'elle-même dans celle ci, en posant beaucoup de questions.

Nous constatons qu'il existe une implication mutuelle désirée à la fois par l'ensemble des professionnels et par la majorité des patients :

(l. 159) « *S'ils (cf. les professionnels) voient qu'on leur pose des questions, j'ai l'impression que ça leur fait plaisir qu'on s'intéresse au problème que l'on a et qu'on participe à l'évolution de notre maladie* ». (PA 3)

PA 5 ajoute : (l. 71) « *Ce n'est pas que dans un sens. [...] C'est dans les deux sens* » et PA 6 : (l. 104) « *J'ai l'impression que l'implication est commune, réciproque [...] C'est une décision que j'ai prise moi [...] Ma stratégie est devenue notre stratégie* ».

Comme le signalaient les professionnels, les patients évoquent aussi l'importance de prendre en compte leur choix pour mettre en place un projet thérapeutique :

(l. 79) « *L'évolution ce n'est pas eux qui la perçoivent, c'est nous qui la percevons. Au-delà de ce qui est visible et quantifiable, il y a une évolution qui est quelque chose d'intime* ». (PA 5)

(l. 89) « *Je le vois par moi-même que je vais nettement mieux. [...] De toute façon on le sent dans son corps* ». (PA 2)

En effet, ils évoquent une bonne connaissance personnelle qui pourrait être utile à considérer pour adapter la prise en charge.

Cependant, ils ne rapportent pas d'objectifs communs qui seraient fixés ensemble, comme le signalait un professionnel (PR 2).

Ainsi, la prise en compte de ces éléments ne peut contribuer qu'à une prise en charge adaptée. D'autant plus, que tous les patients estiment que les professionnels font preuve de compréhension et d'empathie lors des échanges et des consultations.

2.6 Intérêt du patient pour sa prise en charge

Lorsque nous avons interrogés les patients sur le fonctionnement du réseau, nous avons obtenu des réponses approximatives voire plutôt générales. Il semble que ni l'organisation de la structure, ni son fonctionnement ne les concernent. En effet, lorsque nous avons demandé aux patients s'ils connaissaient le rôle de chacun des professionnels, nous n'avons pas constaté de réponses convaincues :

(l. 34) « *Il me semble* ». (PA 4)

(l. 33) « *Oui, j'arrive à les définir approximativement* ». (PA 6)

Ce constat est d'autant plus surprenant que pour la moitié d'entre eux (PA 6, PA 4, PA 1), ce n'est pas la première cure.

Tout comme pour le fonctionnement de la structure, les patients s'interrogent peu sur leurs informations de santé et sur leur accès au dossier médical.

En effet, lorsque nous leurs avons demandé qui avait accès à leur dossier médical, cinq patients répondent spontanément: « *les médecins* ». Seul PA 2 évoque directement son droit d'accès. Deux autres patients (PA 4 et PA 5) expriment ce droit par la suite :

(l. 44) « (Interruption brutale)...*Mais moi, moi. Il y a une loi qui est passée et j'ai accès à mon dossier. Ce n'était pas le cas il y a 10 ou 15 ans mais maintenant j'ai accès à mon dossier* ». (PA 5)

Ceci témoigne de la connaissance qu'ils ont de leur prise en charge, et de leurs droits. En effet, il semble que les patients ne possèdent pas tous les éléments à leur disposition pour être acteur de leur prise en charge.

2.7 Satisfaction ressentie par les patients

Les patients ont été globalement satisfaits de la prise en charge et des professionnels. Le sentiment de satisfaction quant à leur prise en charge dépend beaucoup des pratiques et de la relation qu'ils entretiennent avec les professionnels.

L'écoute et la disponibilité des professionnels sont tout particulièrement déterminantes entre le patient et les professionnels car ils sont les interlocuteurs principaux du patient.

Dans l'ensemble, les patients évoluent dans leur prise en charge avec des professionnels de « confiance », « à l'écoute » et « disponibles ».

PA 5 rajoute même : (l. 69) « *Je les trouve réactifs et efficaces* ».

De plus, cette prise en charge semble bénéfique pour une majorité d'entre eux, d'un point de vue personnel. En effet, cinq patients nous ont signalés avoir appris plus de choses sur les addictions depuis qu'ils sont arrivés dans le service.

Ils évoquent les groupes de paroles et les séances de thérapies cognitivo comportementale mais aussi pour PA 5 (l. 117) « *les rendez vous avec les psys sur l'alcool, sur les addictions en général* » comme sources d'apprentissage.

Nous pouvons donc conclure que tous se sentent globalement satisfaits :

(l. 78) « *Je trouve que le truc est bien fait* ». (PA 4)

(l. 91) « *D'un point de vue médical, je n'ai aucun reproche à faire. [...] et relationnel non plus* ». (PA 5)

(l. 67) « *Moi je me sens sécurisé* ». (PA 6)

V Analyse et Discussion

L'étude présentée dans le cadre de ce mémoire s'intéressait à une future mise en place d'un dossier patient partagé (DPP) au sein d'un service d'addictologie à l'hôpital René Muret à Sevran. Cette étude avait pour intérêt d'évaluer les attentes, les besoins et la pratique actuelle de ce service afin d'adapter le présent dossier patient partagé (DPP) conçu au cours de notre stage. Cette recherche avait également pour but de mettre en évidence les différentes potentialités liées à la mise en place d'un tel outil.

Elle constitue alors une phase préalable afin d'interroger la place de l'outil au sein d'un service d'addictologie dans une perspective, qui est celle de le tester. En effet, cette étude souhaite s'inscrire dans un processus en boucle qui permet une confrontation des attentes des principaux concernés (professionnels et patients), un réajustement et enfin la mise en place d'une phase test. Par la suite, une rétroaction du processus engagé sera nécessaire.

1. Les professionnels et leurs pratiques

Le premier objectif de ce mémoire était de déterminer en quoi un dossier patient partagé en addictologie permettrait d'être au service de la pratique des professionnels.

Pour répondre à cette problématique, nous avons formulé l'hypothèse suivante: « Le Dossier patient partagé tel qu'il est réfléchi et conçu correspondrait à la pratique des professionnels et à leurs attentes ».

Rappelons brièvement, que le dossier patient partagé élaboré au cours de notre stage est constitué principalement de tests de dépistage et de questionnaires d'évaluation des dépendances validés scientifiquement et référencés ; dont le but est de favoriser le dépistage et la prise en charge globale. Il a pour objectif de réunir à la fois les aspects médicaux, les aspects psychologiques et les aspects sociaux de la prise en charge des addictions.

Cependant, les résultats constatés ne sont pas totalement en accord avec cette hypothèse.

1.1 La pratique individuelle des professionnels

Les résultats concernant la pratique individuelle des professionnels semblent contredire la première hypothèse que l'on a émise. En effet, la majorité des professionnels n'utilisent pas de questionnaires ou de tests de dépistage lors de leur pratique. Il semble qu'ils ne soient pas ou peu sensibilisés à l'utilisation d'outils tels que l'on aurait pu le penser. Effectivement, leur pratique est basée essentiellement sur l'interaction qui peut exister entre le patient et le soignant.

Ce premier constat pourrait s'expliquer par deux raisons principales.

La première raison serait liée aux caractéristiques des personnes interviewées. En effet, la majorité décrite précédemment se compose principalement de professionnels du secteur psychologique et social ayant une culture moins voire pas centrée sur l'utilisation de tests d'évaluation comme tel est le cas pour les professionnels du secteur médical en addictologie. De plus, bien que le facteur commun à tous les professionnels, tous corps de métiers confondus, réside dans « la guérison » du patient ; ces professionnels se situent moins dans une pratique curative prenant appui sur des tests de dépistage que ne peuvent l'être les médecins, beaucoup plus concernés par les diagnostics.

Ces résultats mériteraient d'être vérifiés auprès d'un échantillon plus équilibré et plus important afin de les légitimer et d'être le plus objectif possible sur la pratique réelle des professionnels.

Ce constat pourrait également s'expliquer en partie par certains freins liés au contexte, c'est-à-dire au manque de temps disponible lors des consultations car la passation de tests et de questionnaires nécessite un temps conséquent.

1.2 La pratique collective des professionnels

Le dossier patient partagé serait en adéquation avec la pratique collective des professionnels, une fois mis en place.

En effet, un des objectifs premier de la mise en place d'un dossier patient partagé est de faciliter la coordination entre les partenaires de soins en favorisant le partage d'informations comme le stipule l'article 3 de la loi du 13 août 2004.

Cependant, pour que cette coordination existe, elle suppose au départ une volonté mutuelle de coopérer. Tel est le cas au sein de ce service où la communication est considérée comme optimale entre les différents soignants, à la fois par les soignants eux même et par les patients. Ils ne sont donc pas opposés au partage d'information car cette pratique existe déjà au sein du service mais de manière orale uniquement. Néanmoins, d'après les travaux de Florence Bailly⁶⁹, docteur en sociologie, « *l'outil technique devient un instrument de régulation entre les professionnels permettant de jongler avec l'absence et la présence de chacun, la disponibilité et l'indisponibilité de soi et d'autrui* ». Ainsi, nous pensons que la mise en place d'un DPP ne pourra qu'améliorer l'échange d'informations actuel. Cet outil constituerait, selon nous, un support complémentaire à celui de la réunion hebdomadaire. Il permettrait ainsi à l'ensemble des professionnels d'échanger des informations sur le patient de façon plus continue et systématique et ainsi confirmer les résultats obtenus lors de l'étude réalisée par Le Borgne–Uguen et al (2007), qui évaluait les usages du DPP dans un réseau d'addiction.

Parallèlement, il faut signaler que certains professionnels émettent une limite concernant le partage d'informations. S'ils se sentent capables d'échanger par oral, ce n'est pas toujours évident de transmettre des écrits quand cela ne fait pas partie des habitudes. Cela soulève donc des questions éthiques pour trois professionnels. En effet, ils soulignent l'importance d'une juste limite entre partager des informations pertinentes pour la prise en charge et le respect du secret professionnel envers le patient.

Cet aspect se révèle incontournable pour une future mise en place d'un dossier patient partagé au sein de ce service d'addictologie. En effet, nous constatons que les craintes émergentes des domaines psychologiques et sociales doivent être prises en considération afin que le dossier patient partagé conçu ne soit pas voué à l'échec. Il faut donc insérer ce partage d'informations dans une pratique sous tendue par des valeurs déontologiques fortes où le secret professionnel, le respect de la dignité du patient et de son intimité sont de mise.

Par conséquent, le partage des données devra se faire dans un objectif précis : la prise en charge d'une conduite addictive, et c'est ce cadre qui déterminera la nature des informations à

⁶⁹ Bailly, F. (2001). *Les usages des technologies de l'information et de la communication dans les milieux tertiaires, approche sociologique*. <http://www.urishn.asso.fr/bailly.com>

partager. Il ne s'agira pas de partager toutes les données mais uniquement celles qui peuvent aider les autres professionnels à prendre en charge le patient dans sa situation d'addiction.

1.3 Attentes formulées par les professionnels et Dossier Patient Partagé

Les attentes formulées par les professionnels rejoignent les objectifs que nous avons fixés pour concevoir le dossier patient partagé.

En effet, tous expriment la volonté que ce dossier participe à un protocole commun d'enregistrement des consultations afin de faciliter les échanges et la communication intra et inter structures. Ce protocole commun, permettrait aussi d'évaluer leur pratique en vue d'une amélioration de celle-ci. De plus, ce dossier patient partagé constituerait, selon eux, un moyen permettant une meilleure visibilité et accessibilité de la démarche de soins dans l'objectif d'améliorer et de personnaliser le suivi des patients.

Il existe donc une volonté chez les professionnels, d'améliorer la qualité et la continuité des soins. Néanmoins, pour que ce soit le cas, ils insistent sur un point essentiel qui repose sur la conception de l'outil. En effet, celui-ci se doit d'être pratique, complet mais surtout il faut qu'il n'alourdisse pas la pratique actuelle en termes de temps.

En conclusion, la deuxième hypothèse que nous avons formulée : « Le dossier patient partagé tel qu'il est réfléchi et conçu correspondrait à la pratique des professionnels et à leurs attentes » est partiellement validée. En effet, le dossier patient partagé ne répond pas à la pratique individuelle des professionnels, néanmoins il pourrait s'intégrer au sein de la pratique collective établie dans cette structure. De plus, il répondrait également aux besoins et aux attentes des soignants.

Un premier bilan montre qu'il est nécessaire et impératif avant la phase test, d'entreprendre un remaniement de ce dossier afin qu'il corresponde et satisfasse la pratique des soignants. En effet, la place de l'outil n'est pas remise en question car les soignants témoignent d'un travail pluridisciplinaire ayant pour objectif l'amélioration de la prise en charge. Néanmoins, le contenu de celui-ci va avoir un impact sur la place accordée au dossier patient partagé au sein du service. C'est pourquoi, il devra être techniquement suffisant et d'une opérationnalité

acceptable pour qu'il soit potentiellement utilisable par l'ensemble des soignants. De cette façon, il serait alors au service de la pratique des professionnels.

Mise à part un soignant, tous témoignent d'une motivation positive et forte à l'égard de ce nouvel outil informatisé, ce qui nous laisse espérer que le projet bénéficiera de tout l'appui nécessaire à sa réussite. Ceci est très important car si cet outil ne compose pas avec le facteur humain il ne produira pas les effets escomptés. Il serait donc intéressant d'inclure les différents acteurs concernés au sein du groupe de travail afin de reconsidérer le contenu de cet outil. En effet, l'appropriation de cet outil n'est possible que s'ils se sentent impliqués dans les décisions.

2 Place du patient dans sa prise en charge

2.1 Relation et implication

Le second objectif du présent mémoire était d'étudier comment la mise en place d'un dossier patient partagé en addictologie permettrait de réinterroger la place du patient dans la relation soignants-patients. Mais également d'observer comment celui-ci pourrait s'inscrire éventuellement dans une démarche d'éducation du patient.

C'est pourquoi, nous avons émis l'hypothèse que les attentes des patients concernant leur place dans leur prise en charge sont différentes de celles des soignants.

L'analyse de nos entretiens semble contredire notre hypothèse.

Contrairement à ce que nous aurions pu imaginer, les perceptions des patients quant à la nature de la relation soignant-patient et leur place dans la prise en charge semblent corroborer avec les perceptions qu'en ont les professionnels.

Ceci se confirme avec les résultats obtenus concernant la relation soignant-soigné.

En effet, une majorité des protagonistes considère collectivement que la relation réunit les critères dignes d'une relation dite « bilatérale » : la confiance, la compréhension, l'échange et l'accompagnement.

Ce constat est intéressant car comme l'explique Brigitte Sandrin Berthon⁷⁰ : "*La relation intersubjective qui s'établit entre le patient et le soignant est au service de la relation que le patient entretient avec sa santé*".⁷¹

Cette relation semble alors définir la place qui va être accordée au patient dans la prise en charge par les soignants mais aussi celle que va s'accorder le patient lui-même.

Ce résultat se confirme puisque les professionnels semblent accorder une place importante aux patients dans la prise en charge, et ont une volonté de l'intégrer dans le projet thérapeutique. De la même façon, les patients confirment l'implication octroyée par les professionnels et évoquent aussi une volonté personnelle de s'investir au sein de leur démarche de soins.

Nous ne pouvons établir de lien direct entre ces deux constats mais nous supposons que la volonté et la pratique qu'ont les soignants envers les patients ont pu influencer le comportement des patients envers leur prise en charge.

Néanmoins, tous ces éléments témoignent de l'évolution de l'exercice de la médecine constatée au cours de ces dernières décennies et des différentes lois mises en place pour renforcer les droits des patients. En effet, deux processus peuvent, selon nous, expliquer les résultats constatés.

D'une part, les soignants interrogés sont des professionnels sensibilisés à la pratique en addictologie, nous pensons qu'ils ont donc pris conscience qu'il était important de ne pas considérer la prise en charge uniquement comme une démarche curative et qu'il fallait considérer le soigné comme partenaire de soins. En effet, étant donné que ce sont des maladies chroniques où les rechutes sont indéniables, il est important que la relation s'inscrive dans une prise en charge qui permette d'accompagner mais aussi de rendre le patient co-acteur de celle-ci. Par ailleurs, de nombreux auteurs ont insisté sur le fait que plus la maladie était chronique et plus le savoir devait être partagé.

⁷⁰ Médecin de santé publique et directrice du comité régional d'éducation pour la santé (Cres) Languedoc-Roussillon

⁷¹ Sandrin Berthon, B. (1999). *L'éducation pour la santé des patients : une triple révolution*. Éditions CFES.

D'autre part, les lois comme celle du 4 mars 2002 donnent de nouvelles bases à la position du patient dans le système de soins. En effet, elle met fin à la vision « paternaliste » de la relation médecin-patient, en mettant ce dernier au centre du dispositif.

De plus, comme le signale le Professeur Fieschi, « *la demande venant du patient se fait plus pressante pour avoir un meilleur accès aux meilleurs soins et pour participer aux décisions le concernant* » (référence au *patient empowered* des anglo-saxons)⁷². Ceci expliquerait pourquoi les médecins sont confrontés à de nouvelles attitudes de la part des patients avec notamment des questions de plus en plus précises reflétant une demande d'informations exhaustives. Il existe donc chez le patient une volonté et un besoin de « savoir ».

Cependant, un résultat attire notre attention et nuance l'implication que pouvait avoir le patient au sein de sa prise en charge. En effet, l'analyse des entretiens révèle que les patients s'interrogent peu sur leur accès au dossier médical. Seule la moitié des patients évoque ce droit après avoir évoqué d'abord un accès réservé aux médecins. Ceci nous montre qu'ils n'ont pas pleinement conscience des droits qu'ils leurs sont attribués et que leur implication ne peut être totale.

Ce constat pourrait s'expliquer en partie par une loi relativement récente qui nécessite une transition culturelle plus longue à mettre en œuvre. En effet, nous pensons que l'accès au dossier médical est resté longtemps propriété privée des médecins donc bien que les professionnels souhaitent informer les patients, une certaine opacité longtemps caractéristique des pratiques médicales peut persister. Ainsi, ce droit au libre accès du dossier médical ne serait pas intégré par tous.

Cette question est délicate et présente des enjeux nombreux et discutables, que nous n'avons pas abordés avec les professionnels, dans cette étude. Cependant, nous pensons qu'il serait intéressant de compléter cette recherche en explorant la place du patient vis à vis du dossier partagé et ses actions sur celui-ci du point de vue des professionnels.

Nous supposons que si le dossier patient partagé est mis en place dans cette structure, le patient pourra y avoir accès et ainsi exercer le droit qui est le leur.

La mise en place d'un tel outil permettrait alors de matérialiser ce droit pour les patients et ainsi parfaire cette volonté d'implication en lui permettant de participer à la décision médicale.

⁷² Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées. Fieschi, M. (2003). *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*.

Cependant, cette évolution de la place du patient au sein de la relation médecin – patient s’accompagne de questionnements éthiques, comme nous l’avons signalé précédemment. Ces derniers ont été soulevés par un soignant, c’est pourquoi il nous semblait important de le rapporter. En effet, ce professionnel évoque le risque d’une sur-responsabilisation du patient dans les choix thérapeutiques alors que celui-ci n’en a pas toujours les aptitudes.

C’est pourquoi, les professionnels doivent conjuguer certains principes éthiques à leur pratique. En effet, il s’agit de prendre en compte à la fois l’autonomie du sujet et la bienfaisance qui pousse à agir dans l’intérêt du bien de la personne. Le cœur même du jugement éthique se trouve dans l’articulation de ces deux principes constitutifs du «princippisme» de Beauchamp et Childress (1983)⁷³. Il existe donc un conflit de principes qui nécessite un juste équilibre de la part du professionnel. En effet, l’autonomie ne signifie pas indépendance ou encore auto prescription mais de la même façon la bienfaisance ne signifie pas persuader, contraindre ou manipuler. Les soignants doivent donc respecter et développer la capacité des patients à exercer leur liberté de choix et à prendre en charge leur santé tout en promouvant les actes qui sont bénéfiques aux patients. Ce sont ces principes qui devront être appliqués par les professionnels, lors de la mise en place du DPP. Il est donc important d’établir ou de maintenir une responsabilité bilatérale dans les choix effectués.

2.2 Du Dossier Patient Partagé à l’éducation du patient...

Patients et professionnels ont une volonté mutuelle d’inscrire le patient comme acteur de sa santé. Le DPP lui confère cette place à travers sa mise en place étant donné qu’il permet au patient d’accéder à ces informations de santé et donc de participer aux décisions médicales. Néanmoins cela nécessite le développement de certaines aptitudes telles que l’autonomie et la responsabilité du patient, qui devra être accompagné par les soignants. C’est pourquoi, nous nous sommes demandé si le dossier patient partagé pouvait s’inscrire non seulement dans une démarche informative mais aussi dans une démarche d’éducation du patient afin de lui permettre d’acquérir ces compétences.

Pour que nous puissions lui attribuer cette plus value, il était important de prendre en considération les représentations sociales des professionnels concernant les différents

⁷³ Beauchamp, T.L. Childress, J.F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*, New York/Oxford, Oxford University Press.

concepts d'éducation (pour la santé/du patient/thérapeutique) mais également d'identifier la pratique supposée en éducation du patient. En effet, il est inutile d'imposer une quelconque orientation d'éducation du patient à ce dossier patient partagé sans avoir identifier, exprimer et confronter les représentations sous jacentes des professionnels. Négliger de prendre en compte ces représentations et leurs pratiques feraient courir le risque de ne pas envisager favorablement, et de façon adaptée, le DPP, par les professionnels.

Parmi les soignants, un seul est fortement sensibilisé et impliqué dans cette démarche d'éducation du patient. En effet, celui-ci représente un des membres créateurs du réseau des hôpitaux promoteurs de santé en France, il a donc participé au développement de ces différents axes. Le réseau international (Health Promoting Hospitals-HPH) initié en 1992 par l'Organisation mondiale de la santé, vise à encourager le développement de la promotion de la santé à l'hôpital.

Pour les autres professionnels, malgré des réticences et des approximations concernant les trois concepts proposés, nous constatons une volonté de leur part de s'inscrire dans une démarche d'accompagnement en faveur des patients, rejoignant ainsi certains objectifs de l'éducation du patient.

Ces représentations plus ou moins élaborées par les professionnels de santé concernant ces trois notions participent à la construction de l'identité professionnelle et orientent leur pratique, comme l'a défini Jodelet (1989). En effet, nous constatons que les professionnels qui ont rapportées des représentations positives et précises sont ceux qui affirment faire de l'éducation du patient.

Cependant, en approfondissant davantage les propos rapportés par les soignants et en les confrontant aux méthodes fixées par l'éducation du patient, nous ne pouvons considérer les pratiques des professionnels comme des pratiques d'éducation du patient.

Tout d'abord, l'hétérogénéité constatée dans les définitions rapportées et les difficultés à s'exprimer sur le concept d'éducation par plusieurs professionnels, nous prouvent bien que ce n'est pas cette méthodologie qui est mise en place dans ce service.

Leurs pratiques témoignent davantage d'une démarche informative à visée éducative.

D'une part, informative car tous décrivent une pratique basée sur l'apport et l'échange d'informations mutuel. Une transmission de savoirs s'opère alors entre les soignants et les patients afin d'adapter la prise en charge.

D'autre part, éducative car cette démarche sert à la fois à apporter des connaissances au sujet mais aussi lui permettre de se développer en tant que personne et de se réaliser.

Il s'agit donc d'un acte d'accompagnement. Son objectif n'est donc pas que le patient suive aveuglément les conseils du médecin mais qu'il fasse son propre choix, en toute connaissance de cause, et qu'il soit accompagné dans ce choix par le médecin. Le terme accompagnement évoqué ici, correspond à une démarche dynamique et participative.

Par conséquent, une place centrale est accordée au patient au sein d'une relation où la communication est présente, visant principalement l'autonomie de celui-ci.

Cependant, cette relation médecin – patient pourrait s'assimiler davantage au modèle de « participation mutuelle » exposé par les psychiatres Szasz et Hollander (1956)⁷⁴.

Ce modèle de relation adapté aux maladies chroniques repose sur une relation d'équivalence où le patient n'est plus l'objet des soins mais devient sujet de sa santé. En effet, ils évoquent la possibilité d'une participation mutuelle où « *le médecin aide le patient à s'aider lui-même* ». Ainsi, le médecin ne prétend pas savoir exactement ce qu'il veut pour son patient, mais il doit trouver avec lui ce qui l'amènera à améliorer sa santé.

Par conséquent, il existe une certaine proximité entre l'approche de participation mutuelle et l'approche d'éducation du patient.

En effet, les objectifs de la démarche de participation mutuelle et de l'éducation du patient peuvent se rejoindre, notamment lorsqu'il s'agit de permettre au patient d'avoir un rôle plus actif dans la relation et de participer davantage aux décisions qui le concernent. L'éducation du patient (ou éducation thérapeutique) est d'ailleurs définie comme « *un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient* »⁷⁵, par conséquent un processus reposant fondamentalement sur la communication entre le médecin et le patient. Cependant, les modèles théoriques décrits en éducation du patient semblent aller plus loin que les modèles de relation médecin – malade, explicitant davantage les notions de réflexivité du

⁷⁴ Bury, J.A. (1988). *Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planifications*. Éditions de Boeck-Wesmael, collection Savoirs et Santé, Bruxelles.

⁷⁵ D'après Assal J.Ph, Deccache A, d'Ivernois J.F et al, 1999 : http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/enqfin_a.htm#c

professionnel et du patient sur la situation d'interaction, de participation et d'implication dans la durée. Mais aussi sur l'évaluation et l'interdisciplinarité.

En effet, la démarche d'éducation du patient pour être efficace, doit satisfaire des critères de qualité et répondre à une méthodologie structurée, présentée ci-dessous⁷⁶ :

- Le diagnostic éducatif est un outil qui va servir à appréhender les caractéristiques, les besoins et les représentations du patient afin de mettre en place une éducation individualisée.
- La négociation d'objectifs : le diagnostic aboutit à la définition des compétences à acquérir, en adéquation avec les potentialités du patient. Ces compétences correspondent à un ensemble de connaissances, d'actions ou de comportements que le patient devra maîtriser pour gérer son traitement et prévenir la survenue des complications tout en maintenant ou en améliorant sa qualité de vie. Cependant les objectifs ne doivent pas être fixés unilatéralement par le soignant mais discutés et déterminés ensemble.
- L'intervention éducative doit mettre en place des méthodes d'apprentissage adaptées au patient: chaque individu possède ses propres méthodes d'assimilation, de compréhension des connaissances. Elle doit s'adapter à l'évolution du patient et de sa maladie.
- L'évaluation des résultats consiste en la vérification des connaissances acquises par le patient. En effet, la finalité de l'éducation du patient est un transfert de connaissances permettant au patient de mieux se prendre en charge.

Comme nous pouvons le constater l'éducation du patient est une démarche structurée qui nécessite des compétences qui doivent être apprises et acquises pour pouvoir les appliquer.

⁷⁶ Gagnayre, R., D'Ivernois, J.F. (2003). *L'Éducation thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé*. Actualité et Dossier en Santé Publique, 43 : 75 – 80.

A l'issue de ces informations, nous pouvons conclure que le dossier patient partagé ne pourra être qu'un vecteur d'éducation du patient mais ne constituera pas à lui seul une démarche d'éducation du patient à part entière.

En effet, la démarche d'éducation du patient vise principalement à responsabiliser le patient et l'autonomiser dans sa prise en charge. Ce sont ces mêmes objectifs qui sont attendus lors de la mise en place d'un DPP. Néanmoins, si on souhaite que ces objectifs soient réellement constatés auprès des patients, il ne faut pas qu'il existe seulement une volonté de la part des professionnels d'informer même sérieusement, comme tel est le cas. En effet, cela ne garantit pas qu'on est réussi à « *faire passer* » son savoir, et encore moins que le patient va adopter d'autres comportements plus sains. C'est pourquoi, la question que le DPP s'inscrive dans une démarche du patient prend tout son sens. Ainsi cela certifierait qu'il n'y a pas un enregistrement passif mais que les informations vont bien être décodées et que leur compréhension va être accompagnée.

Etant donné que les professionnels ne s'inscrivent pas réellement dans cette démarche, cette plus value ne pourra pas être garantie.

Afin de s'assurer que l'utilisation du DPP soit faite dans une démarche d'éducation du patient et que les patients puissent vraiment tirer bénéfice du droit qui leur sera donné, la formation des professionnels en éducation du patient s'avère nécessaire.

Les représentations rapportées par les professionnels n'étant pas contraire à l'action d'éducation du patient, ils auront moins tendance à être réfractaires à l'idée d'une éventuelle formation. En effet, les représentations d'un individu fonctionnent comme un réseau stable, bien organisé, qui va donc opposer une résistance au changement. De plus, cette résistance sera proportionnelle à l'importance du changement envisagé⁷⁷.

Il serait donc souhaitable que l'éducation thérapeutique soit enseignée dès la formation initiale des professionnels de santé: c'est d'ailleurs l'une des mesures préconisées par le Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques⁷⁸ et du plan national d'éducation à la santé (2001)⁷⁹. Hors contexte de formation initiale, les soignants devraient bénéficier d'une formation continue proposée par des

⁷⁷ Sandrin-Berthon, B. (2000). *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF, 198 p.

⁷⁸ Direction générale de la santé. *Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes : atteintes de maladies chroniques*, avril 2007.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

⁷⁹ <http://ddata.over-blog.com/xxxxyy/2/42/32/99/Textes-de-reference/plan-national-eps.pdf>

structures de formation à l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques telle que l'IPCEM⁸⁰, par exemple, qui est la première structure de formation dans ce domaine.

Pour conclure, rappelons la première hypothèse: « Les attentes des patients concernant leur place dans leur prise en charge sont différentes de celles des soignants ». Celle-ci est infirmée par nos résultats. En effet, patients et soignants ont une volonté mutuelle d'établir la prise en charge. Les patients révèlent en majorité une volonté de s'impliquer et d'être acteur de leur démarche de soins. Cette place et cette volonté ne sont pas contestées ni réprochées par les soignants, qui confirment aussi de leur côté cette nécessité d'impliquer le patient et de le conduire vers l'autonomie.

Le dossier patient partagé ne réinterrogerait pas nécessairement la place du patient au sein de la relation médecin – patient car elle semble reconnue mais il la renforcerait. Il pourrait s'inscrire comme un outil central dans cette relation, participant ainsi à la consolidation de celle-ci. Il serait alors un support de transmission entre les patients et les professionnels pour l'éducation du patient.

Cette étude nous aura permis d'examiner le contexte dans lequel ce dossier patient partagé va s'insérer. En effet, les différents déterminants à prendre en compte ont pu être constatés tant au niveau des professionnels qu'au niveau des patients.

Néanmoins, certaines limites liées à notre étude peuvent être précisées. L'approche qualitative que nous avons utilisée ne permet pas une représentativité de l'ensemble des adhérents du service d'addictologie. L'échantillon étudié est relativement restreint mais offre tout de même des ressentis et des préoccupations principales des individus.

Un second biais dans les résultats de cette évaluation réside dans l'échantillon de patients que nous avons interrogé. Ces personnes sont en effet issues d'une liste fournie par le service. Ainsi, ce sont les patients en capacité de nous répondre et volontaires pour participer aux entretiens, qui ont été mentionnés sur la liste. La liste fournie n'a pas permis une transparence sur l'ensemble des patients.

⁸⁰ <http://www.ipcem.org/>

Les résultats obtenus ne peuvent être généralisés, néanmoins nous pensons qu'ils pourront apporter des pistes de travail et de réflexion intéressantes.

Conclusion

La prévention des addictions est devenue un objectif de santé publique. En effet, les différentes données épidémiologiques concernant les addictions sont alarmantes. L'amélioration de la qualité des soins est donc un enjeu important afin que celles-ci soient mieux prise en charge. De part les objectifs fixés par la loi du 13 août 2004, le dossier patient partagé constitue un projet dont les potentialités sont nombreuses, tant pour l'amélioration de la qualité des soins grâce notamment à l'information continue, que pour la responsabilisation du patient au cœur du système de santé.

C'est pourquoi, nous nous sommes intéressés à la mise en place d'un dossier patient partagé dans un service d'addictologie. Nous souhaitons savoir en quoi un tel outil permettrait d'être au service de la pratique des professionnels et de réinterroger la place du patient dans la relation soignants-patients.

Cette étude empirique réalisée dans le service d'addictologie de l'hôpital René Muret à Sevran a révélé d'une part, qu'il existe une réelle volonté de la part des professionnels à faciliter la coordination au sein du service et d'améliorer ainsi la qualité et la continuité des soins. Néanmoins, il s'avère que la constitution du dossier patient partagé tel qu'elle est proposée n'est pas adaptée à la pratique individuelle. Un remaniement s'impose alors, car cette inadéquation peut représenter un frein à l'usage de l'outil.

D'autre part, cette étude nous aura permis de pointer une véritable évolution de la relation montrant l'implication mutuelle des professionnels et des patients dans le suivi des prises en charge.

Ce dispositif s'inscrirait alors dans la continuité de l'affirmation continue des droits des patients qui se produit depuis près d'une décennie. Il renforcerait ainsi la place du patient au sein de sa prise en charge. Néanmoins, se pose le souci d'identifier les principales actions utiles pour lui donner une pleine efficacité de ces droits.

Les questions de conception et d'utilisation du dossier patient partagé nécessitent d'être abordés par un groupe de travail rassemblant à la fois les professionnels de santé, les médecins mais aussi les associations de patients afin que le DPP intègre les besoins et les problématiques du terrain.

En effet, les professionnels sont à la base de son utilisation. De plus, c'est d'eux que dépendent au premier chef les avancées pour conforter l'autonomie des patients, leur information, et in fine la qualité des soins dispensés. Mais comme le signale le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, M. Xavier Bertrand⁸¹, le DPP ne pourra être opérationnel, que lorsque les patients pourront l'utiliser. Ainsi, ils sont directement concernés.

Cependant, au regard des questions éthiques que la mise en place d'un dossier patient partagé soulève, il nous paraît évident qu'un comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) doit être intégré à la réflexion concernant son application. Enfin, l'informatisation de cet outil suppose nécessairement l'intervention de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) afin de respecter l'identité humaine, les droits de l'homme, la vie privée et les libertés

Bien que porteur d'amélioration, le dossier patient partagé représente surtout un pari technique qui doit se concevoir dans le respect des règles de la déontologie et de la pratique professionnelle. Son appropriation par tous nécessite de profondes évolutions structurelles, techniques et organisationnelles, que seules les prochaines années permettront progressivement de mettre en place. Cependant, les réactions que nous avons pu constater de la part de l'ensemble de nos interlocuteurs nous laisse espérer que le projet bénéficiera de tout l'appui nécessaire à sa réussite. La réelle difficulté, aujourd'hui, est de trouver un juste compromis entre, d'une part, conduire soigneusement le projet mais risquer une démotivation des acteurs et, d'autre part, aller vite quitte à négliger des aspects essentiels à l'adoption de l'outil.

Il faut garder à l'esprit que cette étude qualitative avait pour ambition de repérer les éléments significatifs, nous ne pouvons donc considérer les résultats obtenus comme généralisables. C'est pourquoi, il serait intéressant d'une part, d'associer ce type de méthode à une méthode basée sur l'observation des pratiques. Le chercheur se propose alors d'accéder «directement»

⁸¹Allocution de Xavier Bertrand .Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Clôture de la Conférence annuelle de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé - ASIP Santé. Le 5 janvier 2011

aux pratiques de l'acteur en situation. Des pratiques "déclarées ou commentées", elle propose de s'intéresser aux pratiques « constatées ».

Cette triangulation méthodologique constitue selon nous un préalable nécessaire avant de proposer des pistes d'actions pour améliorer l'outil. Celle-ci devra être associée aux propositions émises précédemment.

D'autre part, cette enquête s'est effectuée sur un seul site, nous pensons donc que la même démarche dans un autre service pourrait probablement permettre de s'assurer de la fiabilité des résultats obtenus. Ainsi, le dossier patient partagé pourrait être davantage homogénéisé et répondre à plus grand nombre de structures susceptibles de l'utiliser.

Pour conclure, cet outil représente un enjeu important pour la prise en charge globale et continue du patient, c'est pourquoi comme le précise M. Fieschi : « *Il faudra de l'intelligence, du professionnalisme et beaucoup d'énergie.* »⁸² pour le construire.

⁸² Fieschi, M. (2005). Au sujet du projet de mise en place du Dossier médical personnel, *Droit social*, n° 1, p. 90.

Bibliographie

OUVRAGE et ARTICLES:

Eymard, C. (2010) Des modèles de l'éducation et de la santé à l'activité d'éducation thérapeutique. IN J. Foucaud, J. A.Bury, & M. Balcou-Debusche (Eds), *Education thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation* (pp 39-54). Saint-Denis : Editions INPES.

Fournier, C. Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Cairn*, 19, 413-425.

Gagnayre, R., D'Ivernois, J.F. (2003). *L'Education thérapeutique : passerelle vers la promotion de la santé*. Actualité et Dossier en Santé Publique, 43 : 75 – 80.

Hilmoine, N. (2007). *Evaluation du Rezo Addictions 41. Organisation et Fonctionnement*. Etude pour l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) du Centre. 178 p.

Hilmoine, N. (2008). *Evaluation du Rezo addictions 41. Impacts et satisfactions des actions menées*. Etude pour l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) du Centre. 102 p.

Ivernois (D'), J.F., Gagnayre, R. (1995). *Apprendre à éduquer le patient*, Ed. Vigot, Coll. Education du patient, Paris, 168 p.

Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales*, Paris : PUF.

Le Borgne-Uguen, F. et al. (2007). Création des réseaux de santé et usages du dossier médical partagé. *Cahier de recherche*. N° 1-2007.

Moutel G. (2003). *Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche : entre idéalismes et réalités clinique*. Edition L'Harmattan, pp.27-35.

Moutel G. (2004). *Evolution du dossier médical, nouveaux enjeux de la relation médecins-soignants patients: approche historique, médicale, médicolégale et éthique*. [http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/0/E51B59F8549BB019C12570A500515161/\\$File/Evolution+du+dossier+m%C3%A9dical.pdf?OpenElement](http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/0/E51B59F8549BB019C12570A500515161/$File/Evolution+du+dossier+m%C3%A9dical.pdf?OpenElement)

Moutel G. (2004). *Consentement du patient et relation soignants-soignés : Etats des lieux, perspectives et éléments de débat*. <http://www.inserm.fr/ethique>.

Moutel, G., et Herve. C. (2001). *Accès aux soins, accès aux droits et éducation à la santé : les enjeux de la prise en charge globale des patients*. Presse Med.

Sandrin Berthon, B. (1999). *L'éducation pour la santé des patients : une triple révolution*. Éditions CFES.

Sandrin-Berthon, B. (2000). *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF, 198 p.

Trellu, H. et Le Borgne-Uguen, F. (2007). Évaluation des usages du Dossier Patient Partagé au sein d'un réseau d'addictions. *Cahier de recherche*. N° 2-2007.

Vincent, I., Loaec, A., et Fournier, C. (2010). *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux*. Saint-Denis : Editions INPES.

MEMOIRES :

Aprunaret, A. (2010). *Education à la santé en milieu scolaire : la question du partenariat école/famille*. Mémoire, Université d'Auvergne – Clermont-Ferrand 1 – IUFM d'Auvergne, Clermont Ferrand.

Gramfort, A., Malinaud, C. (2006). *Le Dossier Médical Personnel : Quels enjeux et quel avenir ?* Mémoire Corps des Télécommunications.

Pepin Cherillat, M., S. (2010). *Sevrage tabagique à l'hôpital : Considérations éthiques et représentations infirmières*. Mémoire diplôme universitaire « Pratiques addictives », Université Clermont Ferrand I, Clermont Ferrand.

Rault, R. (2005). *La mise en ligne des données de santé: le cas du dossier médical personnel*. Mémoire diplôme d'études supérieures spécialisées DESS Droit du Multimédia et de l'Informatique. Université Paris II.

RAPPORTS:

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.(1986) *Conférence internationale pour la promotion de la santé " Vers une nouvelle santé publique »*. Ottawa (Ontario), Canada, 4 p.

Fieschi, M. (2003). *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins*.
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/fieschi/sommaire.htm>

Gagneux, M. (2008). *Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé : recommandations à la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports*. Mission de relance du projet de dossier médical personnel, Paris.
http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_DMP_mission_Gagneux.pdf

Parquet, P.J. (1997). *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. MILDT, Vanves, Editions CFES, 107 p.

Programme de relance du DMP et des systèmes d'information partagés de santé. (2009). *Dossier de presse*. Ministère de la santé et des sports. Paris, 10 p.

LOIS :

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République française, 5 mars 2002, 4118-4158.

Loi n°2004-810 du 13août2004 relative à l'assurance maladie. JO 2004;190:14598.

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 : http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_gouvernemental_du_27_juillet_2004_2_.pdf

Plan gouvernemental 2007 – 2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes : atteintes de maladies chroniques. avril 2007. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

SITES INTERNET :

<http://www.drogues.gouv.fr>

<http://www.ipcem.org/>

<http://www.inpes.sante.fr/>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.ofdt.fr>

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.senat.fr>

<http://www.tabac.gouv.fr>

<http://www.tabac-info-service.fr>

<http://www.toxico.info>

Annexe A : Guide d'entretien professionnels

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la mise en place d'un dossier patient partagé en addictologie. Cet outil a été réfléchi et conçu au cours de mon stage, que j'ai réalisé au réseau de prévention des addictions (RESPADD). Pour cela, je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant votre pratique actuelle, vos attentes, vos besoins concernant un tel outil.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 30 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger.

• Données générales

–Sexe :

_ Nom :

_ Fonction :

_ Spécialité médicale :

• Présentation du professionnel

- Objectif : prendre connaissance de la pratique usuelle du professionnel de santé, ses rôles et ses missions

_ Pouvez vous me décrire brièvement votre activité professionnelle ?

_ Dans votre pratique, vous appuyez vous sur des tests de dépistage ou questionnaires d'évaluation pour mettre en place le projet thérapeutique ?

Je vous propose ci dessous une liste de tests, pouvez vous me dire si vous les utilisez et jugez vous qu'ils soient nécessaires ?

• Psychologique :

-Test HAD (Hospital Anxiety and depression scale)

-Echelle d'anxiété BDI de Beck

• Médical :

-Degré de dépendance au tabac (test de Fagerström)

-Test de la motivation à l'arrêt du tabac : Echelle Q-MAT

-Evaluation de la dépendance à l'alcool : Questionnaire AUDIT et FACE

-Test DETA-CAGE (Diminuer Entourage Trop Alcool (Forme française du CAGE))

-Index de gravité des états de sevrage alcoolique de Cushman

-Repérage de l'usage nocif du cannabis: Test CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

-Repérage d'un problème de cannabis : Test DETC (Cage Cannabis)

-Dépistage et évaluation des substances psychoactives: questionnaire ASSIST (Alcohol, smoking and substance involvement screening test)
-Détection de la consommation nocive de produits psycho actifs chez les adolescents : Test ADOSPA

- Social :

-Score individuel de précarité : EPICES
-Questionnaire qualité de vie : Echelle de Duke

_ Comment vos consultations se déroulent elles ? (rythmicité, durée, lieu...)

_ Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez apporter ?

- **Représentations de l'éducation du patient**

- Objectif : vérifier que les professionnels de santé possèdent des connaissances concernant l'éducation à la santé et/ou l'éducation du patient et /ou l'éducation thérapeutique et identifier dans leur pratique, ce qui pourrait s'apparenter à de l'éducation du patient à sa maladie

_ Que signifient, pour vous, les termes éducation à la santé, éducation du patient, éducation thérapeutique ?

_ Dans votre pratique, comment pouvez vous agir pour faire de l'éducation du patient à sa maladie?

_ Pour vous, qu'est ce qui est important dans la prise en charge d'un patient dans un service d'addiction ?

- **Prise en charge**

- Objectif : Evaluer l'engagement qu'ont les professionnels dans l'implication du patient dans sa démarche de soins

_ Dans votre pratique, quel est la place du patient dans le choix du projet thérapeutique ?

_ Quels moyens éducatifs et préventifs secondaires apportez vous aux patients ?

_ Par quels biais échangez vous des informations concernant la santé des patients avec les autres professionnels de santé ? Des réunions de synthèse ? Via le logiciel actuel ?

_ Ces échanges se font ils avec l'ensemble des professionnels issus du milieu médical, social et psychologique?

_ Vous sentez vous suffisamment entendu par les autres professionnels ?

_ Selon vous, quels pourraient être les intérêts d'une participation du patient aux réunions de synthèse qui ont lieu chaque semaine avec l'ensemble des professionnels de santé ?

_ Procédez vous à des mesures de la satisfaction des usagers concernant leurs prises en charge ? Quels sont les outils ? Quelle utilisation faites-vous du résultat de ces mesures ?

- **Attentes et besoins préalables à la mise en place de l’outil dossier patient partagé (DPP) en addictologie**

- Objectifs : Connaître les attentes et les besoins des professionnels concernant la mise en place de cet outil au sein du service d’addictologie

Je vous rappelle qu’un dossier patient partagé en addictologie (DPP) est en cours d’élaboration par le Respadd. Il se propose à terme de coordonner le développement d’un logiciel de recueil de données en addictologie reprenant les principes et la configuration du logiciel CDT-Net (dossier de tabacologie). Il sera utilisé dans le cadre des consultations d’addictologie hospitalière et dans le suivi des patients hospitalisés en addictologie.

Ce dossier se destine aux différents professionnels de santé concernés par cette prise en charge. Il permettrait un suivi personnalisé des patients et un protocole commun d’évaluation des consultations.

_ Que pensez-vous de la mise en place de ce nouvel outil que serait le DPP?

_ Quels seraient vos attentes ou vos besoins nécessaires à prendre en compte pour la réalisation de ce dossier patient partagé en addictologie ?

_ Quel serait l’usage dont vous pourriez en faire ?

_ A votre avis, quels impacts le DPP peut il avoir sur votre pratique ? Sur le fonctionnement du service ? Sur les usagers ?

Je vous remercie pour votre participation et pour l’aide que vous avez pu m’apporter pour réaliser cette étude.

Annexe B : Guide d'entretien patients

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la prise en charge des patients dans un service d'addictologie.

Je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant vos ressentis, vos attentes et vos besoins par rapport à votre prise en charge.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 20 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger, je suis complètement extérieur au service.

• Données générales

_ Age :

_ Sexe :

_ Type de prise en charge :

- | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|
| ❖ Hospitalisation pour sevrage : | oui | non |
| ❖ Soins de suite et de réadaptation : | oui | non |
| ❖ Hospitalisation de jour : | oui | non |

_ Date d'entrée de l'hospitalisation :

_ Durée initialement prévue de la prise en charge :

• Missions et rôles des acteurs du service d'addictologie

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du fonctionnement du service dans lequel ils sont pris en charge

_ Qui avez-vous rencontré depuis votre arrivée dans le service ?

_ Pensez-vous connaître les rôles de chacun des professionnels du service ?

_ Si oui, quels sont leurs rôles et leurs missions respectives ?

• Moyens de suivi :

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du suivi des informations recueillies concernant leur prise en charge

Compte rendu écrit par les professionnels :

_ Selon vous, qui a accès à votre dossier médical ? (Tous les professionnels du service ou que les médecins ?)

_ Selon vous, en quoi la transmission des informations concernant votre prise en charge, vous serait elle utile et bénéfique ?

_ Selon vous, quelles améliorations pourraient être apportées dans la transmission de ces données ?

- **Prise en charge**

- Objectif : connaître la satisfaction et les besoins des patients concernant leur prise en charge

_ Comment évaluez vous la prise en charge de vos besoins par les différents professionnels de santé ?

Plusieurs domaines vous sont proposés pour évaluer cette prise en charge :

- ❖ Que pensez-vous de l'écoute que vous apporte l'équipe au cours de votre hospitalisation ?

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait Très insatisfait

- ❖ Que pensez-vous de la disponibilité des professionnels de santé à votre égard, au cours de votre hospitalisation ?

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait Très insatisfait

- ❖ Vous a-t-on déjà apporté une interprétation des résultats de prise de sang ou de tests de dépistage que vous aviez fait ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent

- ❖ Vous a-t-on informé du traitement que vous alliez prendre, de ses bénéfices et de ses effets secondaires possibles ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

- ❖ Vous informe t on régulièrement de l'évolution de votre addiction?

Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours

_ Avez-vous des besoins ou des demandes pour lesquels vous estimez de pas avoir eu de réponse ou pas assez d'explication ?

_ Pouvez vous m'en formuler quelques uns ?

• Evaluation des professionnels

- Objectif : savoir si les patients ont le sentiment d'être acteur de leur prise en charge à travers la pratique des professionnels et si la prise en charge participe à l'éducation pour la santé

Suivi :

_ Avez-vous le sentiment que les professionnels vous impliquent dans votre démarche de soin ?

- ❖ Fixez vous des objectifs communs ?
- ❖ Vous a t on proposé plusieurs projets thérapeutiques ?
- ❖ A-t-on cherché à recueillir vos connaissances concernant la maladie afin d'adapter le contenu des informations apportées ?

_ Selon vous, de quelle manière, vous impliquent ils dans votre démarche de soin ?

_ Si non, quelles sont les raisons, selon vous, qui expliquent qu'ils ne le font pas ?

_ Parmi les étapes suivantes, sur laquelle avez-vous l'impression d'avoir été suffisamment informé (Avant ou au cours de l'hospitalisation) ?

- ❖ le déroulement de votre prise en charge ?

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait Très insatisfait

- ❖ les différents professionnels que vous allez rencontrer ?

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait Très insatisfait

- ❖ les démarches à entreprendre à la sortie de l'hospitalisation ?

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait Très insatisfait

→ Prendre en compte les différentes dates d'entrée d'hospitalisation pour évaluer les réponses

_ Sur quel sujet souhaiteriez vous avoir plus d'informations ? De la part de qui ?

_ Avez-vous le sentiment de savoir plus de choses sur les addictions depuis que vous êtes dans ce service ?

_ Qu'est ce que vous n'appréciez pas dans votre prise en charge ?

_ Qu'est ce que vous appréciez dans votre prise en charge ?

_ Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

Fonctionnement du groupe de professionnels :

_ Comment percevez vous la communication entre les différents professionnels qui vous encadrent ?

Communication :

_ Avez-vous l'impression que les professionnels vous ont suffisamment compris et qu'ils se sont mis à votre portée lors de vos entretiens ?

_ Considérez vous qu'ils vous ont mis en confiance?

_ Comment qualifieriez-vous votre relation avec les professionnels qui vous entourent ?

Je vous remercie pour votre participation et pour l'aide que vous avez pu m'apporter pour réaliser cette étude.

Annexe C : Entretiens professionnels

A.G_PR 1_2011

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la mise en place d'un dossier patient partagé en addictologie. Cet outil a été réfléchi et conçu au cours de mon stage, que j'ai réalisé au réseau de prévention des addictions (RESPADD). Pour cela, je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant votre pratique actuelle, vos attentes, vos besoins concernant un tel outil.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 30 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger.

- **Données générales**

_ Nom : Mme Auffray

_ Fonction : assistante social

_ Spécialité médicale :

- **Présentation du professionnel**

- Objectif : prendre connaissance de la pratique usuelle du professionnel de santé, ses rôles et ses missions

- **Pouvez-vous me décrire brièvement votre activité professionnelle ?**

_ Oui, en sachant que moi j'ai pris le poste il y a 5 mois avant je ne faisais pas du tout dans le domaine de l'addictologie, c'était pas du tout ce même type de public. Je découvre aussi donc je ne vais peut être pas être assez exhaustive et c'est ma vision de 5 mois. Au niveau de ma pratique, les missions ce sont les missions d'une AS, accompagner la personne vers l'autonomie et donc par ce biais là c'est pouvoir mener des actions principalement d'ouverture de droits, de faire un point sur leurs situations sociales donc d'accès aux droits, d'accès aux ressources ça c'est d'une part, d'autre part c'est toutes les démarches liés au projet de soins donc les aidés a aller vers une structure, vers un lieu d'accueil, un lieu de vie en fonction du projet de soins. On ne se voit pas systématiquement, c'est plutôt eux qui me sollicite ou les médecins qui me les orientent. Je les reçois pas systématiquement pour le moment et j'attends car je ne suis qu'a mi temps donc c'est le contexte aussi qui fait que je fonctionnerai peut être différemment si c'était un temps plein. C'est plutôt les médecins qui me sollicitent quand ils repèrent soit dans leurs projets de ce qu'ils envisagent après l'hospitalisation pour le patient, soit car au cours de leurs rencontres le patient émet une difficulté d'un point de vue financier, d'un point de vue social, donc ils me les orientent pour que je puisse «évaluer avec eux et traiter.

- **Dans votre pratique, est ce que vous vous appuyer sur des tests de dépistage ou des questionnaires d'évaluation ?**

_ Non, c'est notre pratique en tant qu'AS, c'est à dire que j'ai un dossier papier ou j'inscris toutes mes données que je peux recueillir auprès des patients et toutes les démarches que je peux accomplir. Il n'y a pas d'outils propres de dépistage.

Par exemple, le score épices qui indique la précarité ?

_ Non pour tout vous dire je ne connais pas le questionnaire score épices par contre par le biais des PMSI, j'inscris toutes les démarches que je fais mais aussi on a repérés par des codes sociaux les difficultés sociales que peuvent rencontrer les patients et qui peuvent freiner, qui peuvent expliquer la complexité sociale des situations. On a différents codes où il y a des codes c'est non maîtrise de la langue française, sans domicile, sans revenus, sans protections sociale. On a un certain nombre de codes comme ça qui essaient de répertorier un certains nombres de situations complexes et qui font que la prise en charge sociale est plus complexe.

Ces codes sociaux vous les trouver où ?

_ C'est un outil qui a été crée, c'est sur une feuille, ça fait partie d'un listing, je vais vous les donnés. Nous on les avait réfléchi ces codes sociaux là et on les avait fait pour le patient âgé à la base. On les avait faits pour ici, car moi je suis d'ici (cf. service personnes âgés). Cela se présente comme ça. Je crois que ça fait partie d'un document, d'un référentiel. Je me renseignerai. C'est pour noter un peu les problématiques, les difficultés, absence de famille, attente de tutelle surtout pour les personnes âgés, sans abris, insuffisance de protection sociale, c'est ça aussi qui peut expliquer, par ex une personne sans abris, certes elle est médicalement sortante, mais est ce que ce patient là va pouvoir sortir d'autant plus de cet l'hôpital si on sait que derrière on ne sait pas ou il va aller dormir. Ça peut expliquer. C'est une manière pour nous, d'expliquer certaines problématiques.

- **Comment se déroulent vos consultations ?**

_ Donc, en fait c'est soit les médecins me signalent des patients, et je vais à leurs rencontre pour leur proposer un rendez vous en fonction de leurs organisations et de mes disponibilités. Soit ces des patients qui des présentent à mon secrétariat et qui prennent rendez vous. Ça c'est quand il y a besoin de prendre un temps, de se poser, de faire une évaluation et de répondre à leurs demande qui est très variés. Soit sinon beaucoup de patients tapent à la porte, que je les ai rencontrés et qu'ils ont une info complémentaire à me donner, ou ils ont retrouvés un document que j'attendais. C'est assez libre. Mais a partir du moment ou il y a une demande même si elle n'est pas bien explicite a la base, même si on pourrait répondre par un oui ou non parce qu'ils vont me le dire dans le couloir. Je préfère leur proposer un rendez vous car souvent il y a une demande qu'est claire « je viens car je n'ai pas de sécurité sociale » et puis par nos techniques d'évaluation, on va évaluer la situation globale et on va peut être repérer d'autres difficultés qui va falloir aussi creuser et accompagner le patient dans cette autre difficulté. On ne s'arrête pas à la première demande en fait.

Techniques d'évaluation globale, c'est à dire ?

_ En fait c'est nos techniques d'entretien, c'est par le biais de questions, pour connaître concrètement leurs situations familiales, leur activités, où ils habitent, leurs ressources en fonction de la difficulté qu'ils ont émit à la base et puis la technique d'évaluation c'est aussi de savoir qu'ils n'ont pas le droit à la sécurité sociale, je pourrais lui dire qu'il faut remplir tel dossier et aller à la sécurité sociale mais je vais essayer aussi de mesurer ses capacités à faire cette démarche là, est ce que je le sens en capacité de pouvoir l'accomplir seul cette démarche et seul une information et une orientation suffira. Ou alors je pense qu'il est en difficulté là et qu'il n'a pas l'entourage autour de lui sur lequel il va pouvoir s'appuyer. Donc cette démarche de faire ce dossier sécu on va peut être le faire ensemble ici et je serais dépositaire de ce dossier et je le transmettrai moi-même. C'est ça cette évaluation. Ce n'est pas seulement un interrogatoire entre guillemet où on recueille des infos et on fait une question réponse. C'est ce que l'on peut lui proposer et ce que ses capacités ou pas à y répondre et à accomplir ce que l'on pense le plus adapté pour lui. C'est par des techniques d'entretiens essentiellement. Je pars souvent de ce qu'ils veulent, je me présente, pourquoi eux ont pris rendez vous, quelle était leur question ? Je pars de cette question et je leurs dis que j'ai besoin de renseignements complémentaires et c'est ainsi que j'étaye mon entretien.

- **Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporté à vos consultations ?**

_ Pour le moment, c'est un peu compliqué. Pour moi ce n'est pas une consultation, je ne suis pas dans une démarche médicale donc pour moi le mot consultation...c'est une question de terme.

Pour le moment, du fait du mi temps, je m'organise ainsi. Tant que les médecins, ici en tout cas sont présents et savent solliciter et me solliciter au bon moment, je pense que l'information circule qu'il y a un service sociale. Pour le moment, les rencontres avec les patients se font quand il le faut. Je n'ai pas eu l'impression ou le sentiment qu'il y est eu un loupé ou une situation qui soit passé à côté, on me sollicite. Et puis il y a les staffs toutes les semaines qui permettent d'échanger entre les différents professionnels.

- **Représentations de l'éducation du patient**

- Objectif : vérifier que les professionnels de santé possèdent des connaissances concernant l'éducation à la santé et/ou l'éducation du patient et /ou l'éducation thérapeutique et identifier dans leur pratique, ce qui pourrait s'apparenter à de l'éducation du patient à sa maladie

- **Que signifie pour vous les termes éducation à la santé, éducation du patient et éducation thérapeutique ?**

_ Mmhh (hésitation)...l'éducation à la santé m'évoque quelque chose, pas par rapport mon expérience ici, mais par rapport à une expérience antérieure ou on essayait justement de pouvoir travailler sur une problématique santé toujours par rapport à mon expérience de gériatrie ici avant. Il y a eu un groupe éducation santé dont j'ai fait partie qui n'a pas aboutie malheureusement. Mais on a travaillé donc pour moi éducation santé, c'est travailler sur une problématique prégnante, et par l'intervention soit de professionnels adaptés à cette problématique, soit par la création de groupe pour pouvoir amener le patient à réfléchir sur cette problématique et mettre en œuvre, que lui-même avec l'aide de professionnels autour puissent arriver à mettre en œuvre les actions pour travailler sur cette problématique là. C'est comme ça que j'imagine, moi cette notion.

- **Comment vous pourriez agir pour faire de l'éducation à la santé ou éducation du patient dans votre pratique ?**

_ Je ne sais pas si je pourrais intervenir directement au niveau de l'éducation à la santé ou est ce que ça passe par la santé en même temps. Pour l'instant du fait du contexte à mi temps ce n'est pas possible, mais je pense que le rôle de l'AS ici pourra évoluer et intervenir à un niveau de groupe ? Je sais qu'il y a des idées qui avaient été émises quand le service est arrivé là, par rapport à des groupes sur l'insertion professionnelle. Je ne sais pas si nous avons un rôle nous ici par contre je pense qu'au vue des problématiques récurrente qui viennent mais qui sont plus d'ordre sociale, des problèmes de gestion budgétaire puisque l'utilisation de produits quelques soit le produit a des répercussions sur le budget et du coup sur les priorités que l'on peut faire au niveau du budget. Donc il y aurait peut être un rôle à faire, de travailler sur qu'est ce qu'un budget, qu'est ce que l'on doit prioriser, qu'est ce qui est le plus important, comment s'organiser ou comment faire face a un avis a tiers détenteur, qu'est ce que c'est . Moi ma pratique c'est plutôt ça si je le faisais en groupe. Je pourrais les aider par rapport a qu'est ce qu'un budget et comment faire face car c'est ces questions là qui reviennent de manière récurrentes lors des entretiens en fait : des problèmes budgétaires, des problèmes liés au maintien dans le logement c'est ça qui est un peu récurrent dans les problématiques que j'ai pu repérer. Après par rapport à l'éducation à la santé je n'ai pas vraiment d'idée sur un axe santé, je ne sais pas. Dans ce public, la santé et les problèmes sociaux sont très imbriqués et qu'automatiquement quand l'un va pas l'autre ne vas pas et vice versa donc moi ça serait une manière d'agir par ricochet je pense. D'agir sur cette problématique permettrait d'apaiser certaines choses et donc de se concentrer sur leurs soins proprement dit. Ca serait une idée à explorer, à travailler et à monter. Pour l instant c'est une idée qui me germe dans ma tête après 5 mois de recul.

- **Est-ce que vous avez le sentiment de véhiculer des infos, qui s'apparente à de l'éducation à la santé en terme social ?**

_ Je ne suis pas sure de bien repérer, mais si ce que je viens de vous expliquer là en fait partie oui. C'est les messages que je fais passer lors de mes entretiens. Certes il y a les soins, la priorité est au soin mais il y a des actions parallèles à mener par rapport à la situation budgétaire, à la situation sociale, à la protection sociale. Il faut avoir une protection sociale pour accéder à des soins aussi. Donc il y a certains messages que j'arrive à faire passer et qui aboutissent à des démarches. Donc oui j'y participe mais de manière...*informelle*...je n'ai pas l'impression que ce soit directement. Certes je leur parle de santé car eux me parle de leur santé mais très rapidement, ils dissocient bien les choses. Ils ont compris que je ne fais pas parti du corps médicale mais que je suis en lien avec le corps médical car je leur précise toujours de toute façon. Mais du coup ils vont parler de leur santé mais peu, à part quelques exemples mais c'est vraiment à la marge par rapport à tous ceux que je vois où on va parler d'alimentation. Je ne suis pas diététicienne mais quelqu'un qui vient me voir, en me disant « je n'ai pas d'argent il me faudrait une aide financière ». Moi je n'ai pas d'argent dans mon tiroir, les aides financières on ne les a pas si facilement donc dans ces cas là on pourrait travailler différemment sur comment vous utiliser votre poste budgétaire alimentation. Par exemple en posant la question : « qu'est ce que vous manger ? » Ce monsieur ne mangeait que des kébabs par exemple donc dans ce cas là on peut peu être proposé d'utiliser cette même somme pour acheter des pâtes et du jambon, un repas un peu plus équilibré ou on peut faire deux repas dessus avec le même prix qu'un kebab. Je ne suis pas diététicienne mais c'était utiliser le poste

budgetaire alimentation différemment et donc manger plus équilibré peut être et donc sur la santé c'est s'y retrouvé et fatalement avec les kebabs il ne pouvait pas avec le budget faire toute la semaine avec le même poste budgétaire. Ces situations sont à la marge généralement c'est plus sur la gestion du budget, des dettes de loyer ou de surendettement où là je fais de l'information et de l'action mais directement sur la santé, cela a dû se produire une ou deux fois ou on a parlé de ça ou par exemple trouver un financement pour un appareil dentaire. Cela a des répercussions sur la santé car le fait d'avoir un appareil permet de manger mieux, on s'insère plus facilement socialement et sur l'esthétique aussi c'est mieux. Par cet intermédiaire là, donc toujours par ricochet donc je n'ai pas cette action directe de soin mais par mon action j'y intervins.

- **Pour les patients d'hospitalisation de jour il y a-t-il un suivi après l'hospitalisation?**

Justement, c'est ça qui est un peu différent par contre de mes expériences précédentes. J'ai travaillé en secteur et j'ai travaillé et je travaille toujours un peu en gériatrie. A l'hôpital normalement, on arrive et le problème social est évoqué lors de l'hospitalisation et on traite ce que l'on peut et au moment où on sort notre action s'arrête. Sur l'hôpital de jour, c'est des hospitalisations qui peuvent être plus ou moins longues sur le temps. Il y en a un qui est là depuis le début donc je le vois très très régulièrement. Si je pense que soit je suis plus adapté et que mon action reste limitée, je fais toujours des relais avec mes collègues à l'extérieur. S'il y a besoin de poursuivre un suivi et que l'hospitalisation s'arrête et concrètement il ne va pas revenir, là je fais le relais avec mes équivalents soit de secteur soit car ils sont suivis par des CSAPAS où il y a des AS mais plutôt avec les AS de secteur en fonction de la problématique car chacune a des spécialités. Donc si c'est lié à des problèmes budgétaires, à des expulsions ou des dettes locatives ce sera plus les AS de secteur mais si c'est lié à des pertes de ressources ou a des arrêts maladies qui se reproduisent et un état de santé fragile, ce sera plus les AS de la sécurité sociale. Donc j'essaie de les orienter vers les collègues qui me semblent plus adaptés en fonction de la problématique. Sinon, pour ceux qui sont en hospitalisation de jour, je poursuis mon action. Certains je les ai connus en hospitalisation et après en hospitalisation de jour mais ils ont plus demandeurs finalement ou alors ils ont été en hospitalisation puis un petit temps d'arrêt et reprise en hospitalisation de jour j'ai fait le relais avec mes collègues s'il y avait besoin d'un suivi. Je réponds à toutes demandes que ce soit en hospitalisation de jour ou complète.

- **Prise en charge**

- Objectif : Evaluer l'engagement qu'ont les professionnels dans l'implication du patient dans sa démarche de soins

- **Dans votre pratique, quelles est la place du patient ?**

Prioritaire, principale (d'un ton franc). C'est le premier concerné. Je me rappelle qu'au tout au début, pour moi, la demande doit venir du patient. On est une équipe, de soins, de soignants, paramédicaux qui pensons un projet qui nous semble être le plus adapté pour ce patient. Mais il me semble que le plus important c'est que le patient soit mis au milieu, qui soit informé de ce que l'on pense, de ce que l'on projette et d'avoir son avis est important. Si lui ce que l'on a imaginé, ce n'est pas ce qu'il veut ou il n'a pas envie il faut respecter ce choix. Donc du coup c'est pour ça que je dis que c'est prioritaire car c'est d'abord lui que je vais voir. Lorsque les médecins viennent me voir et envisage une postcure, d'accord mais je vais voir le patient et c'est avec lui que je construis et que je vois ce qu'il veut ou veut pas.

Cela s'est passé au début. Il y avait une patiente et il voulait absolument l'envoyer en clinique alors qu'elle ne voulait pas. Je leur ai dit qu'elle ne voulait pas. A t on le droit d'obliger quelqu'un, personne adulte, de l'orienter vers une autre structure qu'elle n'a pas envie et qu'elle ne veut pas et du coup elle ne sera pas partie prenante du projet de soin ? Si on l'envoie quelque part ou elle n'a pas envie sera-t-elle demandeuse d'un soin qu'on va lui proposer dans cette structure après ? C'est pour ça, que pour moi le patient est en première ligne, c'est lui qui est concerné, pour moi il est au milieu avec l'équipe autour. Ensuite en fonction de mon évaluation et de l'avis que je vais pouvoir donner, cela reste qu'un avis parmi une équipe donc elle peut être pris en compte ou plus ou moins modulé. Je me rends compte en fonction de mon évaluation, je me forme aussi car je ne connais pas, que pour certains patients ils n'ont rien envie mais que si je le suggère, a ba oui ça c'est bien aussi...si on pense qu'il faut y aller, a oui vous avez raison c'est le médecin qui décide donc on va y aller. Donc c'est en fonction de la personne, et si on évalue qu'elle peut prendre sa décision il faut la laisser prendre sa décision par contre pour certains il faut être plus incisif ou directif mais ça dépend de l'évaluation et l'avis de tout le monde qui dira si là il faut un peu plus imposer mais toujours avec un consensuel bien sûr. On n'est pas dans vous allez là et ce n'est pas autrement. Il faut avant tout demander ce que veut le patient c'est mon rôle d'AS et je le conçois comme ça. On est formé et c'est notre action prioritaire d'AS c'est mener vers une autonomie et ceux quelque soit le lieu ou on travaille. C'est vraiment notre objectif d'aller vers une certaine autonomie donc pour les rendre autonome il faut qu'ils soient au cœur.

- **Est-ce que vous avez le sentiment d'être suffisamment entendu par les autres professionnels en tant que représentante du versant social?**

_ Pour le moment, je ne me suis pas heurté à des situations où il a fallu que je bataille pour peut être qu'on entende mon avis. C'est ici, car je n'ai pas d'autre expérience. Mon expérience, ici, sur 5 mois, je suis très agréablement surprise car le rôle du service sociale, la situation sociale n'est pas mise de côté, ils pensent qu'elle est imbriquée avec leur situation de soins donc ils sont très attentifs au lieu où ils vont avant et le lieu où ils vont aller après. Et si leur suivi et leur problématique sont pris en compte ou pas. Donc, je pense que je suis écoutée mais du fait de ma « jeunesse » en addictologie, je n'ai pas encore toutes les armes pour peut être connaître toutes les subtilités et dire pour tel ou telle situation il y a tels ou tels partenaires ou telle ou telle structure car je ne les connais pas encore bien donc c'est un peu compliqué de dire si je suis écouté ou pas. Donc je pense que j'ai une place enfin pas moi, que le service sociale a une place, qu'on m'écoute. C'est vrai que le staff en tient compte, on me demande toujours si j'ai quelque chose à dire, si je les ai vus. Donc mon avis ou ma perception que j'ai pu avoir du patient on m'écoute. J'ai une situation par exemple de la semaine dernière, une patiente où au début on voulait la mettre de structure de soins en structures de soins et j'ai eu une autre idée et on m'a dit non ce n'est pas possible puis ils y ont réfléchi et ils m'ont laissé le temps de le mettre en œuvre. En plus, cela a pris beaucoup de temps mais ils m'ont laissé le temps en me disant pourquoi pas, faut qu'on essaie, on y avait pas pensé. Du coup ça illustre bien qu'on est à l'écoute de ce que je peux proposer, et que ça demande réflexion. En plus, c'est une équipe qui réfléchit beaucoup donc c'est normal. Je pense quand même qu'ils accordent une place importante à l'assistante sociale.

- **Comment échangez vous les infos concernant la santé de vos patients avec les autres professionnels de santé ?**

_ Les choses qui se font et il y a des choses auxquelles on avait réfléchi. L'échange d'infos se fait par l'intermédiaire des staffs car il y a tout le monde de réuni et on a toutes les infos. Tous

les jours je croise au moins un médecin, ce qui fait que si on m'a sollicité pour un patient je leur fait le retour de manière plutôt de manière informelle, pas spécialement dans un bureau mais c'est parce que l'on se croise, c'est pas prévu dans le temps que je vois ce médecin là de telle à telle heure. Au jour le jour j'échange des infos à l'oral et au staff à l'oral aussi et c'est inscrit dans le dossier de soins s'il y a un projet qu'est déterminé dans le dossier infirmier du patient par l'équipe soignante. Moi je n'inscris rien nulle part pour le moment. J'écris que dans mes propres dossiers à moi qui ne sont consultables que par moi et qui ne sont pas mis à dispositions des médecins. La demande des médecins est que j'écrive plus. L'idée était que je pourrais peut être écrire dans le dossier. Au niveau de l'APHP, il y a une étude d'une fiche sociale dans le dossier de soins ou les éléments succins étaient remis. J'écris la fiche mais je ne l'ai pas encore mis en œuvre où je m'étais dit peut être par rapport à des infos précises sur des projets par exemple projet postcure, dossier envoyé à telle date dans tel ou tel établissement car ils ont besoins d'infos parfois pour savoir et pour reprendre avec le patient où on en est leur projet. C'est une idée qu'il faut vraiment que je mette en œuvre par écrit mais du coup comme je suis là certes qu'a mi temps mais pas tous les jours finalement l'info est essentiellement à l'oral.

- **Ces échanges se font il avec le corps médical et les psychologues ?**

_ Avec le milieu médical cela se fait. Des échanges tres ponctuels avec la psychologue car on ne se connaît pas bien et on n'est pas là au même moment, en plus il y en a 3. C'est plutôt le vendredi lors du staff où on se voit mais il y a eu quelque situations, quelques dossiers où on en a parlé en dehors du staff, soit car pour un patient j'avais besoin d'un avis soit c'est elle qui avait besoin de savoir ce qui était fait et de mieux comprendre une particularité c'était plutôt dans ce sens là. On n'a pas eu encore vraiment de temps d'échanges a part une fois mais on n'a pas eu encore de temps d'échanges sur une situation avec un projet mais je pense que c'est nécessaire et que ça va se faire mais si ça ne se fait pas c'est que l'on se connaît pas encore bien et que le temps va très vite. Du coup c'est au staff qu'il y a l'échange et des fois un peu avant le staff car on attend que le staff démarre et qu'ils s'installent donc c'est l'occasion de parler un peu.

- **Apportez-vous au patient des moyens éducatifs ou préventifs (des brochures par exemple)?**

_ Par rapport aux structures dont je leur parle, des brochures que j'ai je leur transmets. Si c'est sur des droits légaux je leur donne le dossier au moins avec la notice d'explication mais souvent ils veulent le faire avec moi donc du coup ils ne repartent pas avec car je leur explique à l'oral et au niveau de leurs droits ils ne repartent pas avec des documents mais au niveau des structures que je peux solliciter, je leur en parle et je leur remets un fascicule de la structure en question. Parfois, il y aussi des contrats de séjour à lire et à signer avant donc c'est important qu'ils les aient en main pour le lire mais je ne suis pas sure que ce soit lu dans le détail. Je reste à leur disposition s'ils ont des questions et quand il faut signer ou remplir un questionnaire ils viennent me voir ou ils le font avec l'éducateur. Si c'est leur donner une brochure, ils la prennent mais je n'ai jamais de retour s'ils l'ont lu, ou s'ils ont des questions et s'ils l'ont comprise. On en reparle après mais ils n'ont pas cette demande là. Je vais reparler de la structure mais pas spécialement de la brochure que je leur ai remise et eux ne m'en parle pas non plus. Je leur dis pas on a choisi cette postcure là qu'on a décidé et c'est aujourd'hui que vous me dites oui et ce sera celle-ci. Je ne suis pas directive, je leur parle du projet qu'on a émis, d'avoir leur avis, je leur demande de réfléchir, et après je les revois pour leurs parler des postcures que soit j'ai repéré ou que soit les médecins m'on indiqués et je leurs en parle,

je leur décris et je leurs montre les brochures. Souvent il y a une lettre de motivation ou un questionnaire à faire donc on se voit une troisième fois pour finaliser cette demande concrètement par leur lettre de motivation. Donc, on en parle mais pas de la brochure en elle-même mais de la structure oui.

- **Attentes et besoins préalables à la mise en place de l’outil dossier patient partagé (DPP) en addictologie**

- Objectifs : Connaître les attentes et les besoins des professionnels concernant la mise en place de cet outil au sein du service d’addictologie

Je vous rappelle qu’un dossier patient partagé en addictologie (DPP) est en cours d’élaboration par le Respadd. Il se propose à terme de coordonner le développement d’un logiciel de recueil de données en addictologie reprenant les principes et la configuration du logiciel CDT-Net (dossier de tabacologie). Il sera utilisé dans le cadre des consultations d’addictologie hospitalière et dans le suivi des patients hospitalisés en addictologie.

Ce dossier se destine aux différents professionnels de santé concernés par cette prise en charge. Il permettrait un suivi personnalisé des patients et un protocole commun d’évaluation des consultations.

- **Que pensez-vous du DPP ?**

_Les infos à y inscrire seront-elles sélectionnés ou pas ?

Oui, ce sont des infos qui servent à la prise en charge du patient dans un objectif d’amélioration de celle-ci

_Il y aurait donc déjà des items à remplir, ce n’est pas comme mon idée de fiche social ou elle était très succincte, avec une date, le projet déterminé, la démarche qui avait faite en fonction du projet. Donc plus sur le projet de soins que sur mes démarches sociales ?

Je sais que les médecins sont très demandeurs, ils disent faudrait qu’on sache le 100 % par exemple. Ils ont besoin de cette info quand ils ont à remplir des papiers. Quand je suis arrivé, ils se demandaient s’il fallait multiplier cette info, c’est-à-dire le 100 %, c’est les frais de séjour, moi je le sais car on me transmet ces infos et cela me permet de revoir avec le médecin par exemple si un patient n’a pas le 100% est ce qu’il relève du 100 % et si on peut enclencher une demande de 100%. Donc, du coup je me demandais s’il fallait multiplier les lieux où il y avait cette même info. Eux disant mais on ne sait pas si ils sont a 100 % quand je rempli le papier, pas plus tard qu’hier elle me disait pour le bon de transport je ne savais s’il était a 100 %. C’est là où je me suis dit peut être qu’ils ont besoin de cette info au moins pour ça, ça évite de courir. Cela dépend des médecins aussi, dans cette équipe ils sont assez homogène mais dans d’autres spécialités les médecins s’en fichaient royalement. Mais eux comme je vous le disais ils sont très attentifs à l’aspect social et ils ne veulent pas qu’ils soient trop en difficulté et de créer d’autres difficultés par rapport à l’hospitalisation, ils sont tres attentifs a ces infos. Donc, hier je me suis dit, oui, peut être qu’ils ont besoin de cette info, soit pour remplir des documents, soit pour dire lui il n’a pas de 100% mais peut être qu’au vue de la pathologie il en relève peut être. Car il n’y a qu’eux qui peuvent le dire car je peux leur dire administrativement mais je ne sais jamais pourquoi ils ont un 100 %. Donc, eux pourraient réagir en disant on a diagnostiqué cette pathologie là donc elle fait partie de la liste et il peut bénéficier du 100%.Pour cela cette info pourrait être importante. Des infos par rapport aux

projets ou aux démarche oui. Par exemple, j'ai des patients qui sont ici et où on a fait des demandes de post cures et ils sont sortis et les structures me rappellent, mais ils ne sont pas en hospitalisation de jours mais ils sont toujours suivis par les médecins en consultation. Est-ce que ce logiciel serait accessible partout ? Là mon patient est ici et il est en consultation à Jean Verdier et est ce que le logiciel serait accessible ?

Le but c'est ça.

_Ok, ça serait ça l'intérêt car comme moi je ne suis pas en consultation à Jean Verdier en plus, donc je n'ai pas l'intervention là bas donc ça serait important. Bon je peux appeler le médecin et lui demander si il a revu le patient récemment et si le projet est toujours d'actualité mais si les patients ne sont plus suivis en consultation ici et ils viennent plus là, et que les postcures m'appellent est ce que ça passe par mon intervention ou par le médecin de consultation, donc cette info en tout cas en quand ils voient le patient en consultation permettrait de savoir si on a eu des nouvelles de la postcure, l'AS avait fait telle ou telle demande, vous avez des nouvelles, ça c'est important par rapport aux projet de soin, donc oui faudrait cette info par rapport au projet de postcure. Donc pour le 100 % aussi après je suis un peu réservé par rapport à d'autres types d'infos, quand il y a d'autres difficulté sociales est ce que c'est le lieu pour détailler, est ce que tout doit se dire ? Je suis très interrogative sur ça. Est ce que les médecins doivent automatiquement savoir s'il y a des dettes ou un dossier de surendettement, ou un avis d'expulsion.

Donc est ce que c'est des items précis ou des items libres ? Au cas par cas, des fois c'est important, surtout quand c'est des suivis très investi les médecins ont besoins de savoir que là ils rencontrent une difficulté comme un avis d'expulsion ou qu'un dossier de surendettement a été rejeté car ça peut contribuer à une ré alcoolisation massive. Là je n'ai pas assez de recul encore mais c'est avec beaucoup de réserve et ça serait au cas par cas. Pour certaines situations ils n'ont pas besoin de tout savoir et pour certains patients on est soumis au secret professionnel et donc même si on fait du secret partagé, si je regarde bien mes textes de lois auquel je me réfère, je ne suis pas censé tout dire aux médecins non plus. Du coup des fois je me dis est ce que les patients non pas le droit non plus d'avoir des lieux où ils peuvent déposer quelque chose et ils ne veulent pas que l'autre soignant à côté le sache et cela peut aussi s'entendre et parfois j'entends mais il faut qu'on sache car c'est une prise en charge globale. D'accord, mais je crois que l'on a tous droits à des secrets et de dire des choses à l'un et pas à l'autre. Bien sûr il faut faire la mesure pour pas que soit dans le but de scinder une équipe et utiliser l'un pour l'autre il ne faut pas qu'il y ait un côté pervers. Il faut aussi réserver le droit au patient de ne pas tout dire ou de dire certaines choses et que tout le monde ne sache pas tout sur la situation notamment sociale. Il y a certains patients qui sont très inquiets car il n'ya pas que les médecins, il y a les infirmières, les agents hôteliers, les soignants donc je ne sais pas est ce que tous ces personnels là auraient accès à ce logiciel ?

Il y aurait un volet médical, un volet psychologique et un volet social donc avec les professionnels concernés

_Donc je pense que il y a besoin d'informations que les médecins ont besoin mais au cas par cas il y a peut être des informations que je serais plus en difficulté d'écrire que pour d'autres. Importance des champs libres et s'il ya des items administratifs là c'est des données administratives donc cela me pose pas de souci. Cela me pose souci car c'est un logiciel et que je ne suis pas douée avec l'informatique mais ça c'est moi. Cela ne me pose pas de problème déontologique et qu'en plus c'est vraiment dans l'optique des médecins ici d'aider le patient. Pour être plus claire, j'ai travaillé en gériatrie et on me demandait et des fois je

refusais, de regarder des demandes d'admission dans le but d'être sûr d'être payé et de ne pas plomber la DMS. Ce n'est pas mon rôle à mon sens si on va à l'hôpital et que l'on a besoin de soins, ce n'est pas à l'AS de dire oui ou non si il y a besoin de soin on le soigne et si il y a des difficultés d'ordre social et d'ordre d'accès aux droits on fera le nécessaire en tant qu'AS, c'est notre rôle. Je ne voulais pas être celle qui refuse une hospitalisation car il n'avait pas l'AME mais s'il n'a pas d'AME on peut faire une demande en arrivant. Versant addicologie c'est différent c'est : « est ce que tu peux regarder le dossier car je ne voudrais pas que si il vient et qu'il n'a pas de mutuelle cela lui crée des dettes, il a déjà assez de souci comme ça ». Donc la dynamique et la demande n'est pas la même donc là je suis d'accord pour regarder les dossiers car ce n'est pas le même objectif. Donc, avoir les infos sur l'AME et la CMU et dire on peut relancer le patient s'il l'a pas fait et qu'on aura une date d'expiration et qu'on le verra dans la semaine qui va clôturer l'expiration pourquoi pas car les médecins ici sont dans cette démarche de relancer pour éviter tout problème au patient et cela me plait bien. Maintenant des données objectives pourquoi pas maintenant des données d'ordre social comme un divorce ou de surendettement ce sera au cas par cas en fonction de ce que le patient m'autorisera car je suis toujours claire avec les patients et je leur dit toujours je vais en reparler avec le médecin, peut être que cette info doit être rediscuté avec le médecin, ce n'est pas moi qui prend la décision et peut être qu'il a besoin de savoir ça. J'attire beaucoup l'attention et je veux qu'ils sachent bien ce que je sais, ce que je vais dire et ce que je ne vais pas dire, c'est la même chose par rapport aux médecins ou par rapport à un rapport que je vais transmettre à tel ou tel organisme ou institution, ils savent toujours ce que j'écris dedans. C'est normal car on écrit sur eux et je n'aimerais pas qu'on écrive sur moi sans que je le sache donc j'essaie toujours de faire passer comme message à d'autres professionnels que c'est leur vie privée, que c'est une personne, que c'est leur droit privé et il faut qu'ils soient bien au clair de ce que l'on écrit et de a qui on écrit et dans quel objectif. C'est dans le même objectif là, dans la même logique et réflexion que j'inscrirai sur le logiciel dans les champs libres ou j'aurais la place pour écrire ce que je veux. Je pense que c'est important de laisser une place ouverte libre ou on pourrait mettre ce que pourrait apporter aux médecins pour la prise en charge du patient.

- **Est-ce qu'il serait important que ces codes sociaux soient ajoutés au dossier ?**

_Ba, après euh...ça en faite c'est plutôt pour expliquer la complexité donc est ce que c'est la complexité des situations sociales que les médecins veulent, je ne suis pas sûre. Est-ce que ce n'est pas des données plus concrètes sur la démarche, sur il ne peut pas faire la postcure car il n'a pas de CMU complémentaire donc il ne pourra pas payer donc la postcure ne pourra pas le prendre donc est ce que ce n'est pas plutôt ça que les médecins veulent car c'est plus concret et plus valable. Plutôt que de dire qu'on est face à une personne sans abris et sans revenus est ce que c'est assez illustré pour eux ? Oui, on voit ce que c'est mais est ce que c'est sans abris qui est important ou plutôt il n'a pas de logement donc on a fait des demandes de CHRS. J'ai fait 5 demandes et il y en a un qui va répondre dans une semaine, est ce que ce n'est pas plutôt ça qu'ils ont besoin comme info plutôt que de savoir qu'il est sans abris. Donc, plutôt inscrire les démarches concrètes en lien avec le projet

- **Impact du logiciel sur votre pratique, sur l'équipe médicale et sur le patient lui-même ?**

_Le patient sera t il informé ?

Oui bien sur, il doit y avoir son consentement et le respect de ses données

_Je pense que mutualiser les infos oui mais il ne faut pas que ce soit trop laborieux car si c'est trop long après... Le problème c'est qu'on multiplie les logiciels car il y aura celui-ci si il se met en place, il y a le projet a l'APHP de faire un dossier social informatisé, le projet est en route on va bientôt s'y collé. Car si on multiplie le nombre de choses que l'on doit remplir, c'est comme le nombre de feuilles statistiques qu'on ait amené à remplir, à un moment donné on sature donc il ne faudrait pas qu'il y ait trop de choses à remplir car si c'est trop long on prendra peu être pas le temps et le but c'est d'y inscrire des choses régulièrement pour tous les patients pour que cela apporte à tout le monde l'info. Je pense que ça va être un outil important car l'info sera transmise et vu par tout le monde car le souci qui peut se passer c'est qu'on se rend compte que on dit quelque chose à un médecin et le lendemain il y a l'autre médecin qui me demande la même info que j'ai donné la veille et en plus ils ne sont pas tous la au même moment. Donc là on n'est pas à plein mais si on n'imagine qu'on est a plein en hospitalisation plus l' hôpital de jour, l'info circulerait peut être difficilement et l'info pourra peut être se perdre car on pense l'avoir dit à l'un et que l'autre le saura. Le logiciel aura ce mérite là d'avoir l'info écrite et que tout le saura au même moment mais après il ne faut pas qu'il soit trop fastidieux et laborieux à remplir car on va se lasser et on le remplira pas et moi la première. Ça va apporter quelque chose, il faut le tester. C'est un peu l'idée du staff, c'est intéressant, où est tous autour de la table et on se pose. On se rend compte que sinon on parlerait d'un patient vite fait car on se croise à la salle de pause ou parce que je passe au poste de soin pour tel personne. L'info est transmise, je la reçois, je traite et vice versa c'est fait mais on n'est pas à l'abri d'être interpellé dans le couloir ou d'être débordé d'oublier ce que nous a demandé. Alors que là on a une visibilité on voit toute de suite tel médecin et même pour moi car j'ai toujours l'impression de donner au médecin. Même pour moi car peut être que si je sais par exemple qu'il a tel pathologie, de la connaitre, je ne suis pas médecin donc ça m'apporte pas beaucoup mais les conséquences de la pathologie cela m'est toujours très important car de savoir qu'il a un korsakoff et de savoir où il en est dans le stade et du coup qu'il a des troubles cognitifs et donc du coup que dans le quotidien...Ça c'est important et si je l'ai écrit ça me sera utile pour me dire il lui a parlé de tel projet mais si il a le korsakoff cela a telle conséquence donc ce projet on pourra peut être pas le faire mais on peut suggérer un autre projet au médecin.

Don cela pourrait être un outil intéressant à tester...mais je n'ai pas assez de vision...donc il faut le tester.

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la mise en place d'un dossier patient partagé en addictologie. Cet outil a été réfléchi et conçu au cours de mon stage, que j'ai réalisé au réseau de prévention des addictions (RESPADD). Pour cela, je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant votre pratique actuelle, vos attentes, vos besoins concernant un tel outil.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 30 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger.

- **Données générales**

_ Nom : Mme Borgne

_ Fonction : Médecin

_ Spécialité médicale : Addictologue

- **Présentation du professionnel**

- Objectif : prendre connaissance de la pratique usuelle du professionnel de santé, ses rôles et ses missions

- **Pouvez-vous me décrire brièvement votre activité professionnelle ?**

_ Je suis médecin addictologue, responsable du service, praticien hospitalier avec un temps partagé entre ce service d'hospitalisation pour sevrage, soins de suite et hôpital de jour et un temps de consultation et de liaison sur Jean Verdier, l'autre hôpital.

- **Dans votre pratique, utilisez-vous des tests de dépistage ou des questionnaires d'évaluation lors de vos consultations ?**

_ Oui, Le DETA, le Fagerstrom, le CAGE, les entretiens FACE, l'AUDIT, enfin voilà...lesquels ?plein.

- **Comment se déroulent les consultations ?**

Cela dépend de la demande et des produits. Je vais prendre le tabac car c'est quand même ce que je fais le plus souvent. C'est une première fois reçu par une consultation de groupe par une infirmière qui fait une séance d'information puis prise en charge médicale en individuel, avec une première consultation dont le temps est plus long car justement on fait remplir tout un tas de questionnaires dont le dossier CDT net. Puis on revoie les gens suivants le traitement que l'on a mis en route soit à huit jours soit à 15 jours mais jamais plus tard pour le deuxième rdv. La périodicité dépend de la demande des patients, en général c'est entre deux et trois semaines, ça c'est pour les consultations externes. En hospitalisation je les vois tous les jours.

- **Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporté à vos consultations ?**

_ Des améliorations ? (bruitage je ne sais pas) Je veux un dossier unique, ce n'est pas moi qui vais dire le contraire, c'est moi qui le demande.

- **Représentations de l'éducation du patient**

➤ Objectif : vérifier que les professionnels de santé possèdent des connaissances concernant l'éducation à la santé et/ou l'éducation du patient et /ou l'éducation thérapeutique et identifier dans leur pratique, ce qui pourrait s'apparenter à de l'éducation du patient à sa maladie

- **Que signifie pour vous les termes éducation à la santé, éducation du patient et éducation thérapeutique ?**

_ Parce que c'est différent ? Education thérapeutique je pense que c'est un terme qui a une définition exacte et que cela s'apprend. C'est quelque chose de complet. Le premier terme c'était quoi ? Education à la santé c'est quelque chose de plus général, que je vois plus sur des messages grands publics avec des campagnes d'éducation à la santé. Et l'éducation du patient c'est au sein d'un entretien individuel dans un conciliabule avec un individu.

- **Comment vous pourriez agir pour faire de l'éducation à la santé ou éducation du patient dans votre pratique ?**

_ Oui, on le fait tout le temps car on a des patients avec des conduites addictives donc le premier soin c'est de l'éducation à la santé, leur apprendre les risques, de les faire avancer dans leurs motivation et de les aider à changer leurs comportements et c'est ça qui fait la complexité des addictions. Ce n'est pas juste une action thérapeutique médicamenteuse mais justement une éducation globale, nutritionnelle, d'activité physique, de s'occuper de sa famille, de s'occuper de soi. Donc, pour moi en addicto elle a toute sa place.

- **Prise en charge**

➤ Objectif : Evaluer l'engagement qu'ont les professionnels dans l'implication du patient dans sa démarche de soins

- **Dans votre pratique, quelles est la place du patient ?**

_ On l'établit ensemble. On l'établit ensemble au début de la prise en charge et elle est adaptable et évolutive en fonction du temps et des réponses, et des capacités d'adaptation ou des changements environnementaux des patients. Donc, ça s'adapte dans le temps. Ce n'est pas quelques chose que l'on pose un jour et qu'on indique pour longtemps, ça va être réévalué et réajuster très régulièrement.

Pour cela, comment vous procéder pour réévaluer et réadapter ?

_ On fixe des objectifs ensemble avec le patient à chaque consultation, de objectifs justement quantifiés etc. et quand on revoie les patients on essaye de voir si les objectifs ont été atteint, partiellement atteint ou pas du tout atteint et on voit quel ont été les freins pour atteindre l'objectif et on essaye de corriger l'ensemble de ces freins pour adapter la prise en charge.

- **Quels moyens éducatifs et préventifs apportez-vous au patient lors de vos consultations ?**

L'écoute et l'échange avec lui. Des documents, des flyers, je pense qu'il en faudrait plein le dossier, c'est très bien d'avoir des documents écrit à remettre au patient donc je pense notamment je donne un exemple en consultation tabac, un des freins à l'arrêt et un des risques, un des facteurs de rechute c'est la prise de poids donc on a un document livret diététique avec des recettes, la façon de faire des sauces légères et des recommandations d'exercice physique. Il aura fallu les donner oralement brièvement puis ensuite avoir un document pour appuyer et auquel le patient pourra se référer quand le patient rentre chez lui. Toutes les plaquettes, quand ils vont à la séance de groupe avec l'infirmière ils repartent avec le dossier CDT à remplir et à ramener à la consultation médicale et 10 flyers sur le tabac. Il y a comment pas prendre de poids, comment arrêter, les traitements, la fumée du tabac, tous les flyers de l'Inpes, j'évite les trucs labo.

Vous vous en servez pour rétablir le dialogue ?

_ C'est plus un complément d'information de l'échange qu'on a eu et des documents pour se référer avec du temps entre deux consultations. Cela peut être un outil car je pense aux outils pour l'alcool, quand on travaille sur l'ambivalence de quelqu'un qui n'est pas en demande de sevrage, en demande d'arrêt de sa consommation mais chez qui on détecte qui a un usage à problème, on remet des livrets qui permettent au patient tranquillement chez eux, sans parasites, sans témoins etc. de réfléchir sur leur consommation donc ça leur donne les recommandations de consommation, les quantités etc., mais cela prend beaucoup trop de temps dans une consultation et c'est trop violent de tout asséner en une seule fois donc on remet un document et on reparle après lors d'une autre consultation avec le patient.

Cela concerne-t-il que les consultations externes ?

Cela s'applique aux consultations externes mais aussi aux patients hospitalisés car quand ils sont hospitalisés ils sont hospitalisés pour un produit souvent donc un sevrage d'un produit et nous on travaille sur tous les produits. L'exemple, c'est un patient qui arrive pour arrêter la consommation de cocaïne ou d'alcool et qui est fumeur de tabac en même temps, donc pendant sa prise en charge hospitalière on va beaucoup lui parler du tabac, lui proposer de l'aider, lui donner de la documentation etc... Cela passe aussi par les tests de dépistage. Ici ils ont tous un test de fagerstrom, un test d'évaluation de la dépendance et une mesure du monoxyde de carbone tous les jours pendant l'hospitalisation alors qu'ils sont hospitalisés pour autre chose. On ne peut pas traiter, c'est en ça que le dossier patient partagé est très important, c'est que l'on ne peut pas traiter une addiction sans avoir d'infos sur les autres. Et même si on va avoir une priorité qui va être d'arrêter cette consommation là car c'est celle là qui pose problème sur le plan social ou sur le plan somatique, n'empêche que l'on est obligé de jouer sur les autres car sinon le patient va mourir de l'autre consommation, on en aura arrêté une mais il va mourir de l'autre et souvent il y a des phénomènes de dépendance croisée et donc une consommation entraîne une autre et donc c'est assez logique d'agir sur tout en même temps.

- **Comment échangez-vous les infos concernant la santé de vos patients avec les autres professionnels de santé ?**

_ On est une des rares équipes qui faisons tous les produits donc c'est pour ça que j'en ai marre d'avoir un dossier tabac, un dossier alcool, un dossier toxicomanies qui sont des sources différentes avec pas tout à fait les mêmes références. Du coup, il y a des choses qui se

répètent et des choses qui sont différentes, on ne pose pas les mêmes questions et c'est très compliqué donc nous on échange peu avec les autres concernant les addictions car on prend en charge toutes les addictions donc on n'a pas besoin d'échanger avec une équipe alcool, par exemple. Par contre, on échange quand même sur le trajet de vie des patients car à un moment donné ils vont être en contact avec des CAARUD, à d'autre moment avec des CSAPAS ou encore à d'autre moment avec notre service d'hospice, éventuellement on va les suivre un peu en consultation donc il y a besoin d'un document commun car on échange avec des documents différents suivant chaque structure.

- **Au sein de ce service, communiquer vous avec la psychologue et l'AS ?**

_ Oui, on a un dossier commun et une réunion de service chaque semaine

- **Avez-vous l'impression que vous êtes suffisamment entendu par les autres professionnels, une bonne communication ?**

_ Dans le service ? Ah oui, dans le service.

- **Réalisez-vous des mesures de satisfaction du patient à la fin du séjour concernant leur prise En charge ?**

_ C'est une bonne question car on l'a pas encore mis en place mais il faut qu'on le fasse. Donc faudrait mettre oui car on devrait le faire.

- **Quelle est la place du patient au sein de sa prise en charge ?**

_ Elle est centrale. Prioritaire et centrale.

- **Attentes et besoins préalables à la mise en place de l'outil dossier patient partagé (DPP) en addictologie**

- Objectifs : Connaître les attentes et les besoins des professionnels concernant la mise en place de cet outil au sein du service d'addictologie

Je vous rappelle qu'un dossier patient partagé en addictologie (DPP) est en cours d'élaboration par le Respadd. Il se propose à terme de coordonner le développement d'un logiciel de recueil de données en addictologie reprenant les principes et la configuration du logiciel CDT-Net (dossier de tabacologie). Il sera utilisé dans le cadre des consultations d'addictologie hospitalière et dans le suivi des patients hospitalisés en addictologie.

Ce dossier se destine aux différents professionnels de santé concernés par cette prise en charge. Il permettrait un suivi personnalisé des patients et un protocole commun d'évaluation des consultations.

- **Concernant le DPP, qu'attendez-vous de sa mise en place, de sa construction ?**

_ J'attends d'abord un outil pratique et complet, ce qui va être compliqué justement à faire car il faut qu'il soit complet mais pas trop dur à remplir. Donc pratique et complet. Commun à l'ensemble, à la grande majorité des personnes avec qui on travaille pour que les échanges de données, les transferts d'un patient d'une structure à une autre soit facile avec les mêmes items et qu'on reconnaisse les documents et les informatiser. Informatisé comme l'est le CDT, car cela permet de garder les choses en mémoire dans un ordinateur au lieu que ce soit sur papier,

facilement transmissible ou consultable d'un endroit à un autre et que cela permette de faire des évaluations statistiques, de donner des données épidémiologiques etc. C'est le coté aussi base de donnée clinique mais aussi d'évaluation et de suivi d'activité.

- **Quelles serait l'usage que vous pourrait en faire dans votre pratique ?**

_ L'utiliser partout en consultation, hospitalisation, tout, il faut qu'il soit utilisable partout.

- **Quel impact il aurait sur votre pratique, sur l'équipe médicale et sur le patient lui-même ?**

_ Cela permettrait de ne perdre aucune info et de trouver les informations à tout moment facilement par exemple quand on débarque un dimanche car on est d'astreinte et qu'on est appeler et qu'on a besoin de savoir des choses sur un patient que l'on ne connait pas bien. C'est aussi une valorisation du travail fait par l'ensemble des professionnels, que tout le monde puisse tracer dans ce dossier ce qu'il a fait, ce qu'il a pensé du patient, etc. Donc c'est vraiment une amélioration de la qualité de la prise en charge et une meilleur visibilité au niveau de nos tutelles car au lieu que la DGOS nous envoie chaque année une enquête et qu'on n'arrive pas à remplir car on pas rentrer les données qu'on nous demande à posteriori donc on aurait le remplissage des données que va nous réclamer la DGOS au fur et a mesure de l'arrivée des patients.

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la mise en place d'un dossier patient partagé en addictologie. Cet outil a été réfléchi et conçu au cours de mon stage, que j'ai réalisé au réseau de prévention des addictions (RESPADD). Pour cela, je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant votre pratique actuelle, vos attentes, vos besoins concernant un tel outil.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 30 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger.

- **Données générales**

_ Nom : Mr Poloméni

_ Fonction : psychiatre

_ Spécialité médicale : addictologue

- **Présentation du professionnel**

- Objectif : prendre connaissance de la pratique usuelle du professionnel de santé, ses rôles et ses missions

- **Pouvez-vous me décrire brièvement votre activité professionnelle ?**

_ Je suis psychiatre addictologue, donc je m'occupe d'abord d'addictions, des traitements de sevrage, de substitutions et deuxièmement, tous les aspects psychiques et sociaux qui sont associés à ces addictions.

- **Dans votre pratique, est ce que vous vous appuyer sur des tests de dépistage ou des questionnaires d'évaluation ?**

_ J'en ai dans mon bureau, je m'en sers parfois mais ce n'est pas la règle.

- **Est-ce que vous les jugez utiles ?**

_ Oui, je m'en veux de ne pas avoir ce réflexe là franchement car dans un certains nombres de situations cela permet d'éclaircir certaines situations un peu compliqué ou d'entrer en relation avec la personne de façon assez intéressante et assez différente des relations standards.

- **Comment se déroulent vos consultations ?**

_ Cela est très variable en fonction de l'urgence du patient. Si c'est un patient qui va mal, ou qui veut un sevrage immédiatement, ou une substitution immédiatement ou qui veut un traitement antidépresseur immédiatement il me faut une ou deux consultations pour évaluer très vite puis deux ou trois consultation pour évaluer la mise sous traitement et l'évolution très vite et lorsque il y a une stabilité on rentre dans une certaine chronicité ou cela peut être tous

les 15 jours ou tous les mois. Il y a une accélération des consultations quand ça ne va pas et des consultations mensuelles. Admettons quand ça va bien et il peut même y avoir un arrêt de la prise en charge quand le patient va franchement mieux.

- **Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporté à vos consultations ?**

_ Oui car moi j'ai les consultations que j'ai choisi. J'ai beaucoup de choix de consultation car en fait il y a beaucoup de travail et en plus comme entre guillemet je suis un peu reconnu donc j'ai plusieurs propositions de travail donc je choisi la consultation dans laquelle je pense que je peux travailler dans de bonne conditions. Donc ici ça va bien, je ne râle pas.

- **Représentations de l'éducation du patient**

- Objectif : vérifier que les professionnels de santé possèdent des connaissances concernant l'éducation à la santé et/ou l'éducation du patient et /ou l'éducation thérapeutique et identifier dans leur pratique, ce qui pourrait s'apparenter à de l'éducation du patient à sa maladie

- **Que signifie pour vous les termes éducation à la santé, éducation du patient et éducation thérapeutique ?**

_ Je les englobe assez facilement autour du terme de promotion de la santé. C'est un terme que j'utilise assez souvent car j'ai fait parti des créateurs des réseaux des hôpitaux promoteur de santé en France, HPS dans lequel on a développé ces différents axes. On avait des outils pour essayer d'expliquer au patient sa maladie donc c'est le premier niveau, le deuxième niveau c'est toutes les questions de l'alliance thérapeutique où le patient nous fait partager ces connaissances et nous les notre et le troisième niveau c'est les informations sur les médicaments avec un retour des personnes qui nous permet d'améliorer aussi nous même notre connaissance des médicaments. Donc, il y a trois niveaux et on met les termes que l'on veut, l'éducation du patient c'est le premier niveau d'information sur la maladie etc., le deuxième niveau c'est l'échange et l'alliance thérapeutique. Le troisième niveau c'est l'éducation thérapeutique et qui débouche sur un autre terme qui est le terme d'observance ou de compliance qui permet que la personne s'empare de l'idée du traitement et donc le prenne.

- **Avez-vous le sentiment de faire de l'éducation du patient dans votre pratique ?**

_ Dans ma pratique, oui beaucoup mais à cause des patients que je rencontre. Moi j'ai un intérêt pour ça qui est ancien, ce sont les patients eux même qui m'ont amenés à ça. Avant, je m'occupais beaucoup il y a 20 ans de consultations sida et avec ces patients il fallait vraiment réfléchir avec eux sur les traitements et que l'on soit convaincus ensemble de l'intérêt du médicament, sinon ça marchait pas. Avec ces personnes addicts c'est la même idée, si je donne un neuroleptique et que l'on ne soit pas bien d'accord sur ce que l'on attend, les risques etc. de toute façon ça va mal se passer. Donc l'éducation est partagé, eux me demande des éléments qui sont souvent choppé sur internet, et moi donnant des éléments choppés dans le Vidal plus mon expérience, on arrive à se dire d'accord on va y aller. C'est vraiment quelque chose de pratique pour moi. Sinon ça marche pas, je ne peux pas imaginer que les patients prennent des traitements que je leur donne alors qu'ils ne sont pas d'accord ils sont très facilement résistants car il y a des peurs très fortes. On sait que plus les patients sont toxico plus ils ont des peurs des produits en exagérant un peu, donc il faut vraiment qu'on soit convaincus des bénéfices.

- **Qu'est ce qui est le plus important pour vous dans une prise en charge ?**

_ Le terme qui me revient en tête est le terme de confiance. Confiance égale alliance thérapeutique pour moi ce n'est pas des mots en l'air, ce sont des mots auxquels je crois. Le patient doit me faire suffisamment confiance et moi je dois faire suffisamment confiance au patient dans son désir d'évoluer. Si je n'y crois pas cela ne va pas le faire non plus donc il faut que j'ai un désir partagé.

- **Dans votre pratique, quelle est la place du patient dans la prise en charge ?**

_ Je vous ai déjà répondu clairement et c'est par expérience, ce n'est pas par choix théorique c'est que sinon on se plante. Il y a un nombre de patients non observant dans notre pratique qui est énorme. En plus il y a un autre aspect important qui est l'aspect interaction entre leurs drogues ou l'alcool et nos médicaments donc si on a pas bien réfléchi au médicament que l'on va donné alors les effets secondaires peuvent vite s'additionner et cela peut être vite dangereux

Est-ce que pour vous l'éducation est juste liée à l'observance ?

_ Pour moi oui, mais c'est une question de terme que l'on choisi là car si on va dans un travail de type psychothérapeutique, on change de terme complètement, ce n'est pas le même paradigme. Quand on est dans un travail psychothérapeutique, on est certes dans une confiance mais on est plus dans l'alliance thérapeutique, c'est transfert contre transfert, on change de paradigme. Quand je fais un travail psychothérapeutique je n'éduque pas le patient, je l'écoute donc ce n'est pas du tout pareil. Donc, ces mots là me ramènent du côté de la prescription. Ça détermine un paradigme.

- **Est-ce que vous apportez des moyens éducatifs ou préventifs à vos patients lors des consultations.**

_ J'en ai dans mes bureaux, j'ai très souvent des flyers, très souvent je tourne l'écran de l'ordinateur et je fais une recherche internet sur un sujet donné et on lit ensemble l'information comme ça c'est clair.

- **Comment échangez vous les infos concernant la santé de vos patients avec les autres professionnels de santé ?**

_ Dans ce service on se voit tous les jours et comme on est que quatre et que l'on s'entend bien, on en parle tous les jours et tout le temps.

- **Ces échanges se font il avec le corps social et le corps psychologique ?**

_ Oui oui.

- **Est que vous faites des mesures de satisfaction du patient concernant sa prise en charge ?**

_ On a déjà mis en place une réunion hebdomadaire pour essayer d'évaluer les attentes, les aspirations etc. et je suis en train de rédiger un livret d'accueil ou il y aurait un questionnaire de satisfaction. Mais je pense qu'il faut qu'on s'intègre dans le champ général de l'assistance publique, je ne sais pas si on peut faire des choses tout seul. Il faut voir ce que nous autorise l'AP

- **Attentes et besoins préalables à la mise en place de l'outil dossier patient partagé (DPP) en addictologie**

- Objectifs : Connaître les attentes et les besoins des professionnels concernant la mise en place de cet outil au sein du service d'addictologie

Je vous rappelle qu'un dossier patient partagé en addictologie (DPP) est en cours d'élaboration par le Respadd. Il se propose à terme de coordonner le développement d'un logiciel de recueil de données en addictologie reprenant les principes et la configuration du logiciel CDT-Net (dossier de tabacologie). Il sera utilisé dans le cadre des consultations d'addictologie hospitalière et dans le suivi des patients hospitalisés en addictologie.

Ce dossier se destine aux différents professionnels de santé concernés par cette prise en charge. Il permettrait un suivi personnalisé des patients et un protocole commun d'évaluation des consultations.

- **Que pensez-vous du DPP ?**

_ Je suis d'accord, cela me paraît important. On manque de données unifiées qui permettent d'avoir une exploitation, qui permettent d'avoir des éléments de comparaison, on manque d'éléments de méthodes par rapport aux comparaisons de patient, par rapport à l'évaluation de l'efficacité, de ce que l'on fait. Donc, tous ces éléments là vont dans le sens d'une uniformisation relative du recueil de données. Cela me paraît indispensable.

- **Quels sont vos attentes, vos besoins ?**

_ Il doit contenir des éléments qui sont un peu présents dans tous les dossiers des professionnelles en ce moment, chacun d'entre nous en a créé notre propre dossier. A Paris lors de mes consultations, j'ai un dossier type, à Jean Verdier j'ai un dossier type, et ici il y a un dossier type et finalement quand on regarde ils se ressemblent énormément donc il faut homogénéiser ce dossier. Ce qu'il y a dans les dossiers me va bien, il faut juste le mettre en forme de manière intelligente et qu'on l'utilise et qu'on est le temps de l'utiliser. Quand vous me demandiez au niveau des consultations, j'ai 10-12 consultations par demi-journée donc il faut qu'on est du temps pour s'arrêter et remplir le dossier. Donc, ça c'est peut-être un problème, c'est juste le temps nécessaire soit on fait la saisie directe sinon c'est des problèmes pratiques, qui remplissent le dossier, qui l'exploitent

- **Quels sont les impacts d'un DPP sur l'équipe médicale, sur les patients ?**

_ Sur le patient, je ne pense pas qu'il y est beaucoup d'impact car j'espère que l'on fait déjà ce qu'il faut pour lui. Pour l'équipe, c'est sûrement une capacité de lire, d'avoir une lisibilité sur les patients que l'on reçoit et sur ce que l'on fait qui serait nettement meilleur. Ça j'y aspire beaucoup, j'y aspire. Je ne sais pas à combien de patients j'ai donné tel médicament, j'ai vu je ne sais combien de patients en deux ans, j'ai prescrit un médicament plusieurs fois mais je ne sais à qui je l'ai donné et ce que ça a fait. Quand je suis devant un patient donné je sais mais si je fais le point je ne sais pas alors que je devrais pouvoir le dire, dire les effets et les améliorations constatées sur les patients.

Plus il est complet, plus il va prendre du temps à remplir, donc c'est là le souci. Donc, plus il est complet, plus il serait utile plus il faut 5 à 10 min supplémentaire par consultation en

sachant que le médecin on n'est pas loin de 50h par semaine donc ce n'est pas évident de rajouter des trucs.

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la mise en place d'un dossier patient partagé en addictologie. Cet outil a été réfléchi et conçu au cours de mon stage, que j'ai réalisé au réseau de prévention des addictions (RESPADD). Pour cela, je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant votre pratique actuelle, vos attentes, vos besoins concernant un tel outil.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 30 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger.

- **Données générales**

_ Nom : Mr Geoffroy

_ Fonction : éducateur spécialisé

_ Spécialité médicale :

- **Présentation du professionnel**

- Objectif : prendre connaissance de la pratique usuelle du professionnel de santé, ses rôles et ses missions

- **Pouvez-vous me décrire brièvement votre activité professionnelle ?**

_ En tant qu'éducateur spécialisé, c'est d'être au plus près de la personne, comme je ne suis pas un soignant, je ne suis pas un patient non plus, je suis dans une espèce d'entre deux. Donc, je m'intéresse à la personne en tant que tel sur comment elle vit ce moment particulier qui est une hospitalisation et je questionne le sens que cela peut avoir pour la personne pour essayer de savoir ce qu'elle peut en faire. La personne si elle est hospitalisée, ce n'est pas quelque chose d'anodin, mais la notion de maladie ou de pathologie quand on rentre dans le champ de l'addiction ce n'est pas si évident que ça même pour le patient. Car il y a la culpabilisation et un tas de choses qui fait que d'accord on dit que je suis malade mais je sens bien que je ne fait pas tout ce qu'il faut pour être en bonne santé et je me maltraite, je maltraite mon corps. Donc, il y a tout un tas de chose où il faut pouvoir questionner ce qui a fait que la personne est arrivé jusqu'à l'hospitalisation, est ce que c'est la volonté vraiment de la personne ou si c'est une injonction évidente ou une injonction masqué et savoir ce que je vais faire d'un corps en bonne santé, si je retrouve un corps en bonne santé, donc comment je vais me réinscrire dans la vie, donc je cherche toujours à savoir avec la personne s'il va y avoir à un moment un réaccord entre l'existence et la vie. L'existence étant le fait d'être pas d'exister comme assemblage moléculaire et vivre qui est tout autre chose qui est dans l'humain, dans l'interaction.

- **Dans votre pratique, est ce que vous vous appuyer sur des tests de dépistage ou des questionnaires d'évaluation ?**

_ Absolument pas.

- **Comment se déroulent vos consultations ?**

_ Alors quand j'ai un entretien avec une personne cela dure au minimum 45 min, j'essai de ne pas faire plus car sinon on est dans la répétition de quelque chose. 45 min c'est le bon moment pour introduire la relation, l'interaction, essayer de faire en sorte qui est de l'émotion qui ressorte, on n'est absolument pas dans du technique ou dans les connaissances ou dans le savoir. Je ne veux rien savoir de la maladie, je veux simplement connaître la personne et savoir comment la personne arrive à se décrire et à se connaître pour qu'elle puisse se retrouver dans cette histoire. 45min c'est bien.

Est-ce que c'est les patients qui viennent à vous ou c'est vous qui allez vers eux ?

_ Mon travail c'est un travail qui tourne autour de la relation, donc la relation ne se fait pas lors de l'entretien, elle se fait au quotidien, bonjour, on se croise, on se serre la main, on se fait un sourire. Avant qu'il y ait un entretien il peut se passer un moment, ça peut être un entretien qui se passe tout de suite ou plus tard. C'est à moi de voir quand ça va être le moment, c'est quelque chose d'assez indicible et à partir de ce moment là on met en place l'entretien. Ca va être l'instant où des choses vont émerger ou pas.

- **Est-ce qu'il y a des améliorations que vous souhaiteriez apporter à vos entretiens ?**

_ J'aimerais beaucoup, comme j'avais pratiqué dans d'autres structures, j'avais mis en place des entretiens en binôme et je trouvais ça d'une très grande richesse car cela permettait d'avoir deux personnes différentes et le patient et d'avoir un regard croisé, donc de percevoir les choses différemment et même si on de même formation professionnelle, on est pas les même et d'autant plus que l'on est de culture professionnel différente on peut en plus avoir des interprétations très différentes et des approches très différentes de ce que peuvent dire les personnes. Je trouve que c'est d'une grande richesse et que l'on fait trop peu ici.

- **Représentations de l'éducation du patient**

Objectif : vérifier que les professionnels de santé possèdent des connaissances concernant l'éducation à la santé et/ou l'éducation du patient et /ou l'éducation thérapeutique et identifier dans leur pratique, ce qui pourrait s'apparenter à de l'éducation du patient à sa maladie

- **Que signifie pour vous les termes éducation à la santé, éducation du patient et éducation thérapeutique ?**

_ Alors, le terme d'éducation ça dépend ce que l'on met derrière car éduquer c'est amener hors pour l'étymologie. Education à la santé, je ne sais pas si c'est vraiment bien approprier le terme d'éducation car instruire c'est quelque chose d'autre, c'est marquer quelqu'un, c'est inscrire quelque chose dans la personne alors qu'éduquer c'est permettre à une personne dans une situation de lui permettre de sortir de ça pour se mettre en marche, on est plus dans un travail d'un aller ailleurs ou d'un aller vers. Donc éducation a la santé, c'est éduquer la personne pour aller vers la santé ? Bon... pourquoi pas. Education du patient à sa maladie, pourquoi pas l'éducation se base plus sur la connaissance que sur le savoir et sur l'être donc ce qui est important pour moi c'est de réinscrire la personne en tant qu'être, au cœur de ce qui se passe et de la maladie. Donc, la personne a cette maladie mais ce qui est important dans l'histoire ce n'est pas la maladie mais c'est la personne avec son vivre avec ou son vivre sans la maladie donc comment elle va se positionner a un moment donner pour pouvoir évoluer

elle en tant que personne. L'évolution de la maladie est une chose mais l'évolution de la personne par rapport à ce qui se passe dans son corps et dans sa tête c'est encore autre chose

- **Est-ce que vous avez le sentiment de faire de l'éducation du patient dans votre pratique ?**

_ Moi en tant qu'éducateur, je ne fais que ça. Je suis en permanence dans l'éducation car mon propos c'est qu'une personne qui est enlisé, c'est à dire en situation statique dans son état de patient, de malade, de mauvais objet arrive à se mettre en marche et aller vers. L'éducateur est un passeur qui permet d'accompagner la personne de passer d'une rive à l'autre et d'accompagner la personne vers quelque chose d'autre. Mon boulot, c'est que cette personne ai cette volonté, après c'est aux médecins, aux psychologues de savoir ce qu'ils ont à faire avec cette personne pour que cela se concrétise par une bonne santé physique ou mentale. Moi, ma démarche c'est que la personne se mette en marche de quelque chose et l'éducation elle est là.

- **Qu'est ce qui est important selon vous dans une prise en charge dans un service d'addiction ?**

_ Déjà que ce ne soit pas une prise en charge car un patient n'est pas une charge c'est une personne que l'on accompagne, donc voilà. On est à coté de. Surtout en terme de pathologie addictive, si c'est une prescription médicale de se faire hospitaliser pour un sevrage, la personne qui va opérer au sein de l'hôpital sur le patient, c'est le patient lui-même. Nous on sera là à ses cotés pour lui apporter des outils car les potentiels de guérison c'est lui qui les porte donc c'est lui qui va opérer et après c'est aux médecins d'attester ou pas que l'opération a réussi ou que l'on doit recommencer. Moi je suis le petit infirmier qui refile des outils et c'est lui qui opère. C'est un accompagnement et surtout pas une prise en charge. Quelle horreur !

- **Prise en charge**

- Objectif : Evaluer l'engagement qu'ont les professionnels dans l'implication du patient dans sa démarche de soins

- **Quel est la place du patient dans le projet thérapeutique ou éducatif ?**

_ On n'a pas le choix dans cette histoire ou le patient se met en marche et se détermine par rapport au fait qu'il devienne désirant de quelque chose et soit ça se passe pas on est dans l'injonction et la contrainte. Dans ce cas là je ne suis pas sûre d'être dans le soin et si vraiment on veut que ce soit un soin on est tributaire de toute façon du désir ou du non désir de la personne de se soigner. Moi, c'est vrai je m'aperçois de cette problématique très importante en addictologie, en tant que non soignant justement, je m'aperçois que l'on est dans cette médiation permanente entre le désir énorme du soignant de soigner la personne, donc l'amener à la guérison, qui est un désir énorme et justement les patients en addicto qui sont là justement car s'ils ont un problème d'addiction c'est déjà qu'ils ont une absence profonde de désir et cette absence profonde de désir amène à l'addiction. Il y a donc deux phénomènes donc un désir énorme des soignants et une absence de désir chez les patients donc ça commence par une médiation improbable et le fait d'autoriser a un moment donné la personne à pouvoir désirer, donc à se remettre en marche, rééquilibre un peu cette histoire pour qu'il y est a un moment donné une rencontre entre le soignant et le patient.

Donc pour vous la place du patient est elle centrale ?

_ On n'est pas dans de la science exacte, on n'est pas dans comment on réduit une fracture ou on remplace un organe, il n'y a pas d'organe du désespoir ou de l'espoir ou d'organe du désir donc on est vraiment dans la prise en considération de l'être en tant que tel être voir comment cette personne va réussir à être en tant que tel sans qu'il y est un produit qui soit là a sa place.

- **Apportez-vous au patient des moyens éducatifs ou préventifs ?**

_ Préventif, non pas a la place où je suis. Educatif, oui cela me parait évident dans le sens que je donne à l'éducation.

Vous ne donnez pas de brochures ?

_ Non car comme je suis dans cette notion indicible car je ne sais jamais quand vont avoir lieu les entretiens. Contrairement aux autres collègues je ne leur donne pas de rendez vous aux patients, c'est le patient qui me donne rendez vous je leur explique bien ça que c'est eux qui me donne rendez vous. Car c'est eux qui peuvent penser qu'ils ont besoin d'un accompagnement et qu'ils e questionnent sur le sens de ce qui se passe et on a quelque chose à dire. C'est à moi aussi quand je passe au cours d'une poignée de main ou autre que ca va être le moment d'une relation avec un travail éducatif qui va se mettre en place. Tiens on va peut être pouvoir se mettre ne mouvement donc je ne peux rien écrire la dessus.

- **Avez-vous le sentiment d'être suffisamment entendu par les autres professionnels ?**

A oui oui tout à fait, j'ai la chance et ce n'est pas si souvent d'être dans une équipe bienveillante, je parle pour les patients mais je pense que c'est un ensemble quand on est bienveillant avec une certaine catégorie humaine on est rarement malveillant avec les autres. Il peut pas y avoir de dichotomie (entre les patients et l'équipe) comme disait Toskaies une structure malade ne peut pas soigner

- **Comment échangez vous les infos concernant la santé de vos patients avec les autres professionnels de santé ?**

_ C'est à l'oral, je vais voir les professionnels au cours des staffs, a mon avis il y a encore trop de réunions autour du patient, surtout en addictologie ce n'est jamais le travail d'une personne, c'est le travail d'une équipe. Encore une fois car le sujet avec un grand S est complexe et toute cette complexité nécessite un travail pluridisciplinaire et on essaie de rassembler le puzzle, on le saucissonne pas. Il faut qu'on puisse se rassembler à un moment donné pour reconnaître la personne dans son intégralité.

- **Communiquez-vous avec le volet médical, social et psychologique ?**

_ Oui avec toute personne s'il y a un domaine particulier qui m'interpelle, je vais voir la personne particulière dans le domaine concerné. Autrement cela se passe dans le staff si j'ai quelque chose à rajouter. En sachant, je précise bien que je ne parle jamais d'alcoolique ou de toxicomanes, je parle toujours de personnes qui ont des problèmes d'addiction. Pourquoi je n'utilise pas ces termes ? Car on ne peut pas réduire la personne aux produits qu'elle prend quand on parle d'alcoolique ou de toxicomane on parle d'un produit et la personne ne se réduit pas a ça, c'est beaucoup plus important, et beaucoup plus complexe. Les mots sont très

important quand on utilise certain mot on se focalise sur un objet, comme le patient en fait d'ailleurs, et on oublie la personne qu'il y a derrière.

- **Est-ce que vous mesurez la satisfaction des patients ?**

_ La satisfaction se mesure en termes de réalité de l'interaction, c'est à dire la relation de la personne avec autrui. Je ne travaille pas sur l'empathie mais sur l'altérité, c'est-à-dire je vais chercher tout ce qui pourra me différencier ou me rendre contraire à tout ce qui est relation chez la personne pour m'en servir de mise en relation, pour prendre la personne de contre pied car le problème d'addiction est un problème de relation à autrui et cette relation à autrui est un problème de relation à soi-même, on ne se reconnaît que dans le regard de l'autre. L'humain a besoin de l'humain pour exister en tant qu'humain, pour vivre tout simplement. Donc, c'est cette interaction que j'ai pour rôle de pointer et de reconvoquer en permanence. J'ai la satisfaction du boulot, quand une poignée de main est une poignée de main et quand un sourire est un sourire.

- **Attentes et besoins préalables à la mise en place de l'outil dossier patient partagé (DPP) en addictologie**

- Objectifs : Connaître les attentes et les besoins des professionnels concernant la mise en place de cet outil au sein du service d'addictologie

Je vous rappelle qu'un dossier patient partagé en addictologie (DPP) est en cours d'élaboration par le Respadd. Il se propose à terme de coordonner le développement d'un logiciel de recueil de données en addictologie reprenant les principes et la configuration du logiciel CDT-Net (dossier de tabacologie). Il sera utilisé dans le cadre des consultations d'addictologie hospitalière et dans le suivi des patients hospitalisés en addictologie.

Ce dossier se destine aux différents professionnels de santé concernés par cette prise en charge. Il permettrait un suivi personnalisé des patients et un protocole commun d'évaluation des consultations.

- **Que pensez-vous de la mise en place d'un DPP ?**

_ Pourquoi pas, c'est complètement abstrait pour moi mais je suis toujours très curieux et c'est toujours intéressant pour moi de voir que l'on s'intéresse au sujet et que l'on essaie pourquoi pas de...je suis assez pragmatique dans cette histoire.

- **Avez-vous des attentes ou des besoins pour la construction de ce dossier ?**

_ Si vous m'inventez le logiciel où on va pouvoir effectivement trouver le patient au départ d'un accompagnement et que l'on va pouvoir suivre son évolution pour arriver à une fin, en sachant que pendant cette évolution, il va y avoir plusieurs paramètres différents qui vont intervenir comme des professionnels différents mais aussi des activités différentes qui vont réassocier la personne à certaines choses comme les sens. Le soin passe obligatoirement par une possible réintégration d'une harmonie donc le corps, l'esprit et que tout ça fonctionne harmonieusement et donc à savoir comment on peut avoir un programme qui permette à la personne de retrouver une harmonie. C'est un vaste logiciel cela doit être une prise de tête énorme car il doit être adaptable suivant les patients car c'est une histoire de vie à chaque fois donc une personne différente à chaque fois donc on doit pouvoir adapter un accompagnement différent avec des outils, des activités et des ateliers différents à chaque fois. Si ce logiciel peut s'inventer j'achète.

Donc pour votre pratique à vous, votre besoin ça serait d'y inscrire ce que vous faites en ateliers ?

_ C'est aussi voir ce qui se fait dans les autres ateliers et voir si ce que l'on fait dans le temps provoque en effet, une évolution et si on se plante on réadapte et on voit si il faut plutôt s'accrocher sur une possibilité de ré accès au goût, à la pensée, à la parole, à la relation à l'autre, à la confrontation physique, au travail sur le corps, tout ça doit pouvoir s'adapter au lieu d'avoir des programmes linéaires où tout le monde rentre dedans et pour certains ça va aller et pour d'autres ça va aller moins bien et ils vont pas trop savoir comment se caler et il faut pouvoir au cours des 3 ou 4 semaine avoir des curseurs à bouger pour justement trouver le costard qui va bien aller: on fait du sur mesure et pas du prêt à porter.

Si je comprends bien, pour vous ça serait d'y inscrire la démarche que vous établissez pour le patient et de la réadaptez au cours du temps. Et en même temps de prendre connaissance des autres informations qui gravitent autour du patient ?

_ Il va y avoir des croisements d'infos de différents professionnels et pour quelqu'un par exemple qui va évoluer, on a ça tous les jours, des personnes qui s'inscrivent bien dans le soin et que le travail du groupe de parole ça fonctionne et on s'aperçoit que dans son quotidien il y a un problème social, il se fait virer de son boulot, ou expulser de chez lui et cela peut être le moment de voir l'AS car cela va être un frein au soin et car la gestion des émotions est rude donc on va voir à arrondir tout ça et faire en sorte que les dommages collatéraux soit pas trop violents pour justement rester dans le soin car la personne va se mettre a déprimer on peut prévoir un peu plus d'accompagnement psychologique.

Pour vous ce dossier serait il un moyen de communication entre les différents professionnels ?

_ Ca doit être ça sinon ce n'est pas la peine. Encore une fois c'est le travail d'une équipe donc doivent se croiser à ce moment là les professionnels, a savoir les périodicités, l'importance a un moment donné de certains professionnels par rapport à d'autres par rapport à la vie de la personne et de certaines activités par rapport à d'autres car cela a du sens à ce moment là et s'en a pas à d'autres. Ce n'est pas la peine en début de sevrage de proposer a un patient à moitié endormie dans son lit, ce n'est pas la peine de lui proposer de faire du sport.

- **Quel impact aurait le DPP sur l'équipe médicale et sur le patient lui-même ?**

Sur le patient lui même? J'espère justement d'être dans le soin le plus juste et le plus adapté pour justement arrivé a cette harmonie et pour les professionnels, d'être plus facilitant, ça ne remplacera pas le reste ce que l'on fait d'habitude mais des fois quand on voit les choses cela permet de faire une évaluation. Le fait de voir les choses, de le marquer et que ce soit bien présent dans la conscience de tous, permet de mettre les choses au clair sur là où en est le patient.

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la mise en place d'un dossier patient partagé en addictologie. Cet outil a été réfléchi et conçu au cours de mon stage, que j'ai réalisé au réseau de prévention des addictions (RESPADD). Pour cela, je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant votre pratique actuelle, vos attentes, vos besoins concernant un tel outil.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 30 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger.

- **Données générales**

_ Nom : Mme Levy

_ Fonction : psychologue

_ Spécialité médicale : clinicienne

- **Présentation du professionnel**

- Objectif : prendre connaissance de la pratique usuelle du professionnel de santé, ses rôles et ses missions

- **Pouvez-vous me décrire brièvement votre activité professionnelle ?**

_ Je travaille à 50 % en addictologie dont une partie à Jean Verdier et à René Muret et 50 % en maladies infectieuses à Jean Verdier.

Le travail en addictologie, je reçois des patients que je suis depuis longtemps en liaison. C'est des patients qui ont été hospitalisés à Jean Verdier et qui sont sortis et qui continuent leur travail psychologique même à leur sortie. Par contre, le travail à René Muret, c'est de voir les patients hospitalisés donc là il n'y a plus de suivi au long court.

Donc il n'y a plus de contact ?

_ Sauf si besoin, je leur laisse un numéro mais c'est temporaire, pendant le temps d'hospitalisation. Pour essayer justement de comprendre le sens des consommations et c'est un tremplin pour qu'ils puissent entamer un autre travail par ailleurs.

- **Dans votre pratique, est-ce que vous appuyez sur des tests de dépistage ou des questionnaires d'évaluation ?**

_ Non, aucun. Mon seul outil c'est la parole du patient, je n'utilise pas de test en particulier ou de bilan.

Est-ce que vous faites des TCC ?

_ Non, c'est plutôt d'orientation psychanalytique.

- **Comment se déroulent vos consultations ?**

_ C'est des consultations qui durent 30 minutes et je vois les patients une à deux fois par semaine. Cela dépend de la demande et des symptômes, si je vois que c'est un patient qui va très mal, je peux fixer deux rendez vous par semaine.

Ca c'est vous qui le fixer ?

_ Ca peut être soit à la demande du patient car il pense qu'une fois ça ne suffit pas, soit c'est moi qui le propose et c'est le patient qui voit.

- **Est-ce qu'il y a des améliorations que vous souhaiteriez apporter à vos entretiens ?**

_ (hésitation) Pas pour l'instant.

- **Représentations de l'éducation du patient**

Objectif : vérifier que les professionnels de santé possèdent des connaissances concernant l'éducation à la santé et/ou l'éducation du patient et /ou l'éducation thérapeutique et identifier dans leur pratique, ce qui pourrait s'apparenter à de l'éducation du patient à sa maladie

- **Que signifie pour vous les termes éducation à la santé, éducation du patient et éducation thérapeutique ?**

_ Education, c'est plutôt ce terme là qui est particulier car je ne pense pas éduquer le patient. Par contre, je pense lui donner des pistes pour que ce soit moins envahissant pour lui et que sa souffrance puisse aussi s'atténuer, c'est ça mon repère. Après l'éduquer ce n'est pas un terme familier pour moi, même un patient qui consomme beaucoup et dont je sais qu'il peut y avoir un risque vital, ça c'est vraiment le côté médical avec des traitements, avec une hospitalisation ou même une hospitalisation d'urgence si c'est nécessaire. J'éduque pas un patient en lui disant qu'il ne faut pas consommer, qu'il consomme ou pas ce n'est pas ma priorité, c'est plutôt d's'essayer de comprendre qu'est ce qu'il la amené à consommer et pourquoi il continue de consommer.

Pour vous, dans votre pratique vous en faites pas d'éducation donc comment on pourrait qualifier votre pratique ?

_ Je dirais qu'il s'agit plus d'un travail psychique autour de la compréhension de soi, de visiter un peu ce qui se passe dans son monde interne et la fonction des produits dans sa vie quotidienne.

- **Qu'est ce qui est important selon vous dans une prise en charge dans un service d'addiction ?**

_ Ce qui est important, c'est que d'abord il puisse s'exprimer librement, sans censure. Et qu'il puisse se sentir suffisamment bien pour exprimer quelque chose qui vient de lui.

- **Prise en charge**

- Objectif : Evaluer l'engagement qu'ont les professionnels dans l'implication du patient dans sa démarche de soins

- **Établissez-vous un projet thérapeutique ?**

_ Il peut y avoir un projet thérapeutique car par exemple un patient qui sort car son hospitalisation est terminée et dont j'ai le sentiment, et ça c'est partageable aussi en équipe, que c'était trop court pour lui donc dans ces cas là on peut proposer un projet thérapeutique soit en hôpital de jour, il vient à l'hôpital la journée et le soir il rentre chez lui et ainsi il participe aux activités et aux groupes de parole, des moments où il peut continuer de s'exprimer. Soit il peut y avoir une demande d'hospitalisation au plus long court comme une postcure et dans ces cas là c'est aussi une décision d'équipe.

- **Apportez-vous au patient des moyens éducatifs ou préventifs ?**

_ Educatif non, préventif... disons qu'avec ma double casquette VIH, et que j'entends qu'il y a des prises de risques importantes, je peux être amené très rapidement à décrire les risques, même s'ils les connaissent, à les rappeler au niveau du VIH. C'est possible mais c'est rare.

- **Comment échangez-vous les infos concernant la santé de vos patients avec les autres professionnels de santé ?**

_ Ça c'est une question super importante, car à la fois il y a le secret professionnel, et les patients livrent beaucoup de choses ici donc la plus grande complexité de ce travail c'est de rendre en équipe quelque chose qui appartient au patient sans rentrer dans le contenu et le détail ? C'est-à-dire apporter un éclairage clinique en équipe sur un fonctionnement psychique ou essayer de décrire un comportement qui peut aussi se produire en hospitalisation tout en ramenant à la structure psychique du patient. Donc, c'est apporté les grandes lignes pour à la fois qu'on puisse le comprendre sans non plus rapporter tout le contenu en relatant tout ce qui a pu être dit en entretien. A moins que ce soit nécessaire, c'est plutôt en termes de fonctionnement psychique, voilà un éclairage clinique pour pouvoir imaginer après un projet thérapeutique plus important. En quoi c'est plus efficace que ce patient aille en post cure ou qu'il continue le travail. Parfois, le travail est un garde fou pour certains patients, cela les protège des consommations donc les éloigner du travail pour un mi temps thérapeutique ou pour un arrêt de travail des fois cela s'expose pas donc c'est qu'est ce qui est utile pour ce patient mais c'est au cas par cas à chaque fois.

- **Communiquez-vous avec le volet médical, social ?**

_ Oui avec le milieu médical et avec l'assistante sociale oui, elle a un rôle important car c'est elle qui met en place le projet que l'on a proposé et qui parle avec les professionnels pour lui trouver une place. Elle a un rôle très important.

- **Avez-vous le sentiment d'être suffisamment entendu par les autres professionnels ?**

_ Oui.

- **Est-ce que vous mesurez la satisfaction des patients ?**

_ Non, disons que si les patients reviennent, c'est qu'ils trouvent un intérêt suffisant et satisfaisant pour y revenir.

- **Attentes et besoins préalables à la mise en place de l'outil dossier patient partagé (DPP) en addictologie**

- Objectifs : Connaître les attentes et les besoins des professionnels concernant la mise en place de cet outil au sein du service d'addictologie

Je vous rappelle qu'un dossier patient partagé en addictologie (DPP) est en cours d'élaboration par le Respadd. Il se propose à terme de coordonner le développement d'un logiciel de recueil de données en addictologie reprenant les principes et la configuration du logiciel CDT-Net (dossier de tabacologie). Il sera utilisé dans le cadre des consultations d'addictologie hospitalière et dans le suivi des patients hospitalisés en addictologie.

Ce dossier se destine aux différents professionnels de santé concernés par cette prise en charge. Il permettrait un suivi personnalisé des patients et un protocole commun d'évaluation des consultations.

- **Que pensez-vous de la mise en place d'un DPP ?**

_ D'abord, le partage d'informations on le fait en équipe, mais je n'ai jamais été pour laisser des traces et encore moins visible en réseau pour la simple et bonne raison que c'est tellement en mouvement que de laisser figer par écrit un moment T du patient ça laissera une trace alors que ça bouge tout le temps. De continuer de partager des infos en équipe, tout en se disant que d'une semaine à l'autre ça va changer, je pense que c'est suffisamment fiable que de laisser une trace. Par exemple, un dossier médical, je note tel patient vu en consultation ce jour, ce dossier pourrait être trébuché d'un hôpital à l'autre et pourtant je reste très brève, je dis juste que je l'ai vu en consultation et je ne rentre pas dans le contenu car de lire ça en 2011 et de relire ça en 2017, ça sera tellement différent et ça va laisser une trace indélébile que ça n'aura plus de sens en 2017. Donc, pour moi les informations orales en équipe ont plus de sens que les traces écrites.

- **Avez-vous des attentes ou des besoins pour la construction de ce dossier ?**

_ Disons que si je ne suis pas pour le dossier c'est compliqué.

Donc pour vous vous ne ferez pas usage ?

_ Non.

- **Quel impact aurait le DPP sur l'équipe médicale et sur le patient lui-même ?**

_ Je vais vous dire que je vous ai déjà dit, l'impact ça serait un impact plus négatif que positif selon moi.

Ce n'est pas anodin par exemple d'écrire sur un dossier qu'un patient est venu pour une tentative de suicide. De laisser une trace, c'est peut être important pour que ce soit su par l'équipe qu'il y a un danger ou qu'il y a un moment important qui se passe pour le patient mais 4, 5 mois plus tard on sera tellement loin qu'il faut voir comment ça va être utilisé.

Vous ne pensez pas que c'est important de savoir ce qui s'est passé avant ?

_ Oui c'est important de savoir ce qui s'est passé avant mais si ça a changé d'équipe et si le patient a changé d'hôpital entre temps et que cette tentative de suicide était lié à un moment T de sa vie il n'a peut être pas envie d'en parlé. Je vous donne un autre exemple, avant il y avait un groupe de parole animé par un médecin et une infirmière et pendant que le patients parlaient il y avait une prise de note. Ces notes étaient accessibles au poste de soins et les patients pouvaient venir voir. Dans la réalité ils ne venaient pas mais cela était accessible et

visible par les patients qui n'y étaient pas et je vais vraiment revenir sur cette idée de changement, car laisser quelque chose de figer alors que c'est dans un contexte que cela a été dit, c'est un moment particulier. Donc l'enlever de ce contexte n'a plus de sens.

Cela vient peut être aussi du fait que dans le dossier médical papier vous n'inscrivez déjà rien ?

_ Aussi.

_Au cours de la prise en charge vous vous souvenez de tout et vous arrivez apporter les informations nécessaires au reste de l'équipe ?

_ On n'en voit pas non plus 50 par semaine, j'en vois 20 25 et je vais retenir le plus important et c'est important de ne pas tout se souvenir, il faut laisser une place à l'imagination mais je vais essayer de me souvenir des éléments suffisamment important pour en faire part à l'équipe.

Est-ce que vous trouvez ça pertinent que vous ayez accès aux dossiers et donc de voir ce que peuvent écrire els autres professionnelles de santé ?

_ C'est important de savoir si un patient est sous anti dépresseur et parfois je leur pose la question du traitement qu'il prenne si la question se pose mais de là à aller regarder de moi-même non.

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la mise en place d'un dossier patient partagé en addictologie. Cet outil a été réfléchi et conçu au cours de mon stage, que j'ai réalisé au réseau de prévention des addictions (RESPADD). Pour cela, je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant votre pratique actuelle, vos attentes, vos besoins concernant un tel outil.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 30 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger.

- **Données générales**

_ Nom : Mme Garnier

_ Fonction : Interne

_ Spécialité médicale :

- **Présentation du professionnel**

- Objectif : prendre connaissance de la pratique usuelle du professionnel de santé, ses rôles et ses missions

- **Pouvez-vous me décrire brièvement votre activité professionnelle ?**

_ Je suis interne et je travaille à temps plein sur les lits d'hospitalisation, il y en a 15 en ce moment. Tous les matins je passe voir tous les patients et on fait soit des modifications de traitement, soit des interprétations des résultats qu'ils ont reçus, soit des évaluations des problèmes physiques qui peuvent avoir ou des problèmes psychiques qui peuvent arriver au cours de l'hospitalisation. Je fais un bilan à chaque personne qui arrive et je refais en gros l'histoire médicale, et son histoire de ses problèmes de consommation et puis un examen physique complet et en fonction de ça on décide ce que l'on fait comme examen de sang et d'images et de consultations éventuellement de spécialistes. Je n'ai pas de consultations ici, je fais que de la visite.

- **Dans votre pratique, est-ce que vous appuyez sur des tests de dépistage ou des questionnaires d'évaluation ?**

_ Non, moi non franchement. Je ne le fais pas en systématique mais en fait je les ai dans la tête comme le fagerstrom ou le DETA, tout ça oui mais je ne les fais pas passer mais dans les questions que je pose ça rejoint un peu mais je ne le fais pas en systématique. Mais après si ça serait présent sur un logiciel par exemple peut-être que je les cocherais.

Est-ce que vous trouvez intéressant de les faire passer par les patients ?

_ Les tests sont intéressants mais ici c'est un peu différent car les personnes hospitalisées ont déjà été évaluées dans d'autres services, aux urgences ou par leur médecin traitant donc les tests

c'est surtout intéressant quand on fait des actions rapides par exemple en liaison ou aux urgences.

- **Est-ce qu'il y aurait des améliorations que vous souhaiteriez apporter à vos consultations, à vos visites ?**

_ Nous le problème que l'on a ici, c'est que l'on passe beaucoup de temps à modifier les prescriptions sur ordinateur car le logiciel que l'on a c'est un logiciel de gériatrie donc pour nous ce n'est pas très fonctionnelle et on passe beaucoup de temps à faire les prescriptions, les modifier, à faire les demandes d'examens. On fait encore les observations papiers ici mais pour qu'un logiciel fonctionne bien il faut un bon réseau informatique qui fonctionne bien et ici ce n'est pas le cas, j'ai un petit ordinateur portable pour faire mon tour et il se décharge en moins d'une heure alors que j'en ai besoin sur plus de 3 heures donc heureusement qu'on a le dossier papier

- **Représentations de l'éducation du patient**

- Objectif : vérifier que les professionnels de santé possèdent des connaissances concernant l'éducation à la santé et/ou l'éducation du patient et /ou l'éducation thérapeutique et identifier dans leur pratique, ce qui pourrait s'apparenter à de l'éducation du patient à sa maladie

- **Que signifie pour vous les termes éducation à la santé, éducation du patient et éducation thérapeutique ?**

_ Les différences entre les trois? L'éducation à la santé c'est quelque chose qui concerne tout le monde, même les gens qui n'ont pas de maladies avérées, c'est plus adopter des comportements qui permettent de préserver son capital santé, enfin essayer d'aménager son corps ou du moins de ne pas trop le dégrader pour avoir une vie correcte à l'avenir. Je pense que cela concerne tout le monde, à tout âge car on peut avoir une maladie déclarée et pourtant être capable d'acquiescer des comportements qui font qu'on aura moins de conséquences de tel ou telle maladie. L'éducation thérapeutique en addictologie, c'est intéressant car c'est assez récent l'éducation thérapeutique en addictologie alors qu'en diabétologie c'est des trucs supers anciens alors qu'en addictologie, on a beaucoup de patients qui gèrent leurs maladies chroniques à la dépendance et qui ont besoin d'avoir des conseils pour essayer de gérer au mieux leurs traitements surtout que ce ne sont pas des traitements hyper agréables à prendre surtout quand ils ont eu des complications suite à leur consommation que ce soit des traitements contre le sida ou par exemple on a beaucoup de patients qui ont des bronchites chroniques post tabagique. Il faudrait essayer de voir comment l'éducation thérapeutique pour prendre les traitements inhalés et tout cela serait important à faire mais à l'hôpital il y a des services qui le font bien mais ils sont peu nombreux, globalement pas forcément en addictologie. En addictologie, on a moins cette culture là par exemple que les infectiologues, qui sont habitués à faire de l'éducation thérapeutique pour le VIH ou pour les hépatites, nous en hospitalisation dans ce service on en fait pas beaucoup. On fait beaucoup plus de l'éducation à la santé que de l'éducation thérapeutique mais je pense aussi que nous d'un point de vue physique, il y a ici par exemple moins de patients qui ont de la co infection donc quand c'est le cas c'est sûr que c'est hyper important de respecter l'observance du traitement. Peut être que c'est la période vu qu'il n'y a pas beaucoup de patients qui ont des traitements très lourds.

- **Comment agissez vous pour faire de l'éducation du patient dans votre pratique ?**

_ Je pense que l'éducation du patient à sa maladie, se fait beaucoup lors des groupes de paroles notamment les groupes de paroles de thérapies cognitivo comportementales. Je pense que c'est surtout là que sont évoqué tous les savoirs en plus qui peuvent leurs permettent de mieux vivre leurs maladies par exemple des truc tout bête comme des personnes qui pensent que la bière ce n'est pas la même chose que du whisky mais quand on leur explique qu'une demie bière équivaut à la même quantité qu'une dose de whisky, cela les amène petit a petit à y réfléchir et à se rendre compte que c'est la même chose, donc je pense que c'est plus dans le groupe que l'éducation se fait. Lors de nos visites tous les jours on essaie de faire de l'éducation thérapeutique sur la façon de manier les substituts nicotiques mais cela est beaucoup plus ponctuels, il n'y a pas de groupes spécifiques d'éducation thérapeutique. Cela se fait de façon informel, en fonction aussi des questions que posent le patients.

- **Selon vous qu'est ce qui est important dans la prise en charge d'un patient en addictologie?**

_ C'est compliqué mais je pense que ce qui est surtout important, c'est de créer un lien entre la structure et le patient. Surtout pour les gens que l'on voit pour la première fois, que c'est leur premier sevrage, on sait tous que la probabilité qui rechute est importante donc le rôle d'une équipe de soins est de leur faire passer le message et d'accompagner les gens sur le long terme et de ne pas imaginer la rechute comme quelque chose qui met un point finale à la prise en charge. Il y a déjà l'accompagnement sur le long terme, il a aussi l'hôpital de jour qui est super important dans un service d'addictologie, car cela permet au patient sorti d'hospitalisation de revenir une fois par semaine et de garder un lien fort ici puis petit a petit on espace. Donc, la question du lien est importante. Un bon service d'addictologie, je pense aussi qu'aujourd'hui c'est un service qui fait aussi le point sur les complications physiques des consommations car un service d'addictologie ne peut pas être que gérer par des psychiatres. Sinon, je pense même si c'est plus difficile et que l'on n'a pas trop le temps, je pense qu'il faut produire des choses sur notre travail, il faut écrire sur nos expériences, et essayer d'avoir des pratiques innovantes qui pourrait être développer. Je pense que l'aspect recherche est important, on voit émerger des phénomènes et je pense qu'on n'écrit pas assez donc c'est des savoirs qui se perdent. Donc, ça peut être important de participer à ça, à la formation et au développement du savoir. Le travail d'addictologie dans un hôpital c'est aussi former le reste des personnels soignants de l'hôpital au minimum de base en addictologie car finalement à l'hôpital autant qu'ailleurs il y a beaucoup de préjugés car des patients addicts il y en a dans tous les services et ce n'est pas très bien pris en charge ailleurs. Donc, le but c'est qu'il y ai une meilleure prise en charge et de faire un travail sur les représentations

- **Prise en charge**

- Objectif : Evaluer l'engagement qu'ont les professionnels dans l'implication du patient dans sa démarche de soins

- **Comment se situe la place du patient dans le projet thérapeutique ?**

_ Ici, il y a un contrat d'hospitalisation qui est émis par l'équipe et le patient le signe. C'est une phase d'acceptation d'un cadre et après quand les patients sont ici, pour l'instauration d'un traitement, leur suivi après ou ce qu'ils veulent faire après l'hospitalisation, ça ce sont des choses qui leur appartiennent en fonction des structures qui peuvent les accueillir. En plus ici c'est spécifique car il y a beaucoup de gens qui restent pour un mois ou un peu plus même, donc c'est pas comme dans un services d'aiguë où on vient deux semaines et où en gros la première semaine on fait un sevrage d'alcool et la deuxième semaine on fait des examens. Là on fait plus quelque chose sur le long terme donc le but c'est que les gens retrouvent un projet

de vie qui sache un peu mieux quand ils vont sortir où ils vont vivre si ils ne peuvent pas retourner où ils étaient, comment ils vont pouvoir occuper leurs journées s'ils ont perdu leur travail et ça ça leur appartient pour le coup. On ne peut proposer quelque chose de systématique comme une posture, ça dépend de ce qui leur convient, de leur possibilité. Il y a des gens qui restent deux semaines et qui rentrent chez eux, ils peuvent rester cinq semaines et qui après vont en post cure, c'est hyper divers, il peut y avoir des gens jeunes comme des gens à la retraite donc le projet ne sera pas le même. Donc, ça place est vraiment centrale, ce qu'il veut faire lui est à prendre en compte.

- **Est-ce que vous apportez des moyens éducatifs ou préventifs lors de vos visites ?**

_ La prévention, je pense globalement qu'on la fait mal à l'hôpital. Après, on essaie de faire de la prévention de la rechute bien sûr, ici on fait quand même très peu de réduction des risques c'est une lacune.

- **Comment échangez-vous les infos concernant la santé de vos patients avec les autres professionnels de santé ?**

_ Les dossiers sont consignés dans le poste de soins donc les infirmières, les aides soignants, les kinés, la diététicienne y ont accès, il n'y a pas de restrictions. Par contre, ils sont constamment dans le poste de soin. Je participe au staff le vendredi, il y a l'équipe médicale et paramédicale, il y a la psychologue, l'AS et l'éducateur. Donc, là les données elles circulent. On parle des patients, chacun parle de son évolution cela peut être des données médicales, sociales. C'est un moyen d'échange et il n'y a pas de limitation de l'information.

- **Est-ce que vous avez le sentiment d'être suffisamment entendu par les autres professionnels ?**

_ Oui, ici il y a une très bonne communication.

- **Est-ce que vous effectuez des mesures de satisfaction des patients ?**

_ Non je ne crois pas, il y en a pas ici. Le jour de la sortie on leur demande ce qu'ils ont l'impression d'avoir reçu de bien ici, ce qui peut leur avoir manqué, c'est important. Donc ? d'avoir un petit bilan oral de l'hospitalisation, savoir s'il reviendrait dans ce type de structure si c'était à refaire ou s'il choisirait une autre structure.

- **Attentes et besoins préalables à la mise en place de l'outil dossier patient partagé (DPP) en addictologie**

- Objectifs : Connaître les attentes et les besoins des professionnels concernant la mise en place de cet outil au sein du service d'addictologie

Je vous rappelle qu'un dossier patient partagé en addictologie (DPP) est en cours d'élaboration par le Respadd. Il se propose à terme de coordonner le développement d'un logiciel de recueil de données en addictologie reprenant les principes et la configuration du logiciel CDT-Net (dossier de tabacologie). Il sera utilisé dans le cadre des consultations d'addictologie hospitalière et dans le suivi des patients hospitalisés en addictologie.

Ce dossier se destine aux différents professionnels de santé concernés par cette prise en charge. Il permettrait un suivi personnalisé des patients et un protocole commun d'évaluation des consultations.

- **Que pensez-vous d'un DPP ?**

_ Si c'est bien fait et que le logiciel est bien adapté à nos besoins quand on fait une observation médicale en addictologie je pense que cela peut être très positif. Après pour avoir travaillé dans d'autres services ailleurs, pas en addicto, et sur des logiciels médicaux moi je trouve que souvent le problème c'est que soit il y a beaucoup de choses et ils sont très longs et les arborescences sont très compliquées donc il faut cliquer pleins de fois avant d'arriver à ce que l'on cherche ou sinon c'est trop généraliste et il faut tout saisir donc cela prend beaucoup de temps. Donc, c'est dur d'avoir un logiciel qui soit à la fois complet et simple d'utilisation mais en soit cela pourrait être super intéressant notamment pour faire les comptes rendus cela nous éviterait de les dicter et de les retaper. Donc, si on pouvait extraire les données, ce serait bien.

- **Quels seraient vos attentes ou vos besoins pour la construction de ce logiciel ?**

_ (Soupir)...c'est compliqué ! Je pense qu'il faudrait plusieurs niveaux ? Par exemple, quand on voit un patient en consultation, pour n'importe lequel professionnel de santé il faudrait qu'il y ait une interface assez synthétique qui résume en un écran, la situation addictologique de la personne. Par contre, après il faudrait à l'intérieur de ça détailler en fonction des besoins de chacun. C'est très compliqué à mettre en place car si on rajoute pleins de sous applications dans une application ça rend celle-ci trop complexe et difficile à manier. C'est difficile d'être à la fois exhaustif et synthétique, c'est très difficile. En addictologie, il faudrait qu'on voie tout de suite le type de dépendance du patient, quels sont les autres problèmes médicaux annexes etc. Il faudrait que ce soit très synthétique, donc par exemple d'avoir une page avec l'essentiel de sa situation médicale, de sa situation sociale, de sa situation addictologie et l'essentiel de sa situation professionnelle, et que chaque professionnelle aille détailler le propre de son travail.

- **Quels pourraient être les impacts sur l'équipe médicale et sur le patient lui-même ?**

_ L'avantage que ça aurait, c'est que cela permettrait une communication plus simple entre les différents interlocuteurs des différents services et des différentes personnes qui font le suivi addicto de ces gens là, c'est vrai que je pense l'impact serait important. Après ce qui est compliqué, c'est que chacun à sa façon de travailler, un psychiatre qui fait de l'addictologie n'a pas la même façon de voir les choses qu'un hépatologue. Mais le fait d'avoir un truc de base assez standard, rempli pour tout le monde de manière exhaustive, c'est vrai que pour la communication entre les différentes équipes, ça super important. Pour le patient, ça éviterait les doublons d'examen. Après, je ne sais pas vraiment quel impact ça aura sur sa prise en charge, c'est difficile de l'évaluer vraiment, je pense.

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la mise en place d'un dossier patient partagé en addictologie. Cet outil a été réfléchi et conçu au cours de mon stage, que j'ai réalisé au réseau de prévention des addictions (RESPADD). Pour cela, je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant votre pratique actuelle, vos attentes, vos besoins concernant un tel outil.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 30 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger.

- **Données générales**

_ Sexe : Femme

_ Nom : Mme Alexoupoulou

_ Fonction : psychologue

_ Spécialité médicale : clinicienne

- **Présentation du professionnel**

- Objectif : prendre connaissance de la pratique usuelle du professionnel de santé, ses rôles et ses missions

- **Pouvez-vous me décrire brièvement votre activité professionnelle ?**

_ En addictologie, je vois des patients individuellement, je les accompagne tout au long de leur hospitalisation. Je travaille avec l'équipe, les infirmiers, avec l'éducateur spécialisé aussi au niveau de l'hôpital de jour pour réfléchir sur la façon de proposer la prise en charge.

Vous proposer une prise en charge de quel type ?

_ Concrètement, à René muret l'hôpital de jour propose des journées à des patients qui ont déjà été hospitalisés et qui aime garder un lien qui les soutienne dans ce qu'ils vivent. Moi, mon travail c'est d'analyser ce qu'un hôpital de jour peut proposer, pourquoi proposer tel chose plutôt qu'une autre, ce que ça peut faire pour chaque patient, comment on peut travailler ça ensemble pour que ça ait un sens pour lui.

Donc cela se fait en concertation avec les désirs des patients ?

_ Oui a priori, cela se fait en fonction de ce qu'il dit, à partir des besoins du patient.

- **Dans votre pratique, est ce que vous vous appuyer sur des tests de dépistage ou des questionnaires d'évaluation ?**

_ Non.

- **Comment se déroulent vos consultations ?**

_ Les consultations sont toutes très différentes, elles dépendent de pourquoi le patient vient me voir. A priori je vois toutes les personnes hospitalisés au moins une fois pour faire connaissance avec elle et leur dire que je suis disponible et que l'on peut travailler ensemble. Après ça dépend de la demande de chaque personne. Si quelqu'un a besoin vraiment d'être soutenu, elle le dit assez clairement et je peux la voir une à deux fois par semaine pour voir pourquoi a ce moment là de son hospitalisation il pense a telle ou telle chose, pourquoi il est venu a ce moment là de sa vie et comment on peut travailler ensemble. Après si je peux voir la personne de façon plus espacé, je vais prendre plus de temps pour discuter du pourquoi ils sont là. A priori, il y a le premier moment où on fait connaissance, c'est le moment de la rencontre et après j'invite la personne à me parler de son hospitalisation, de comment ça se passe, de pourquoi elle est là et après ça dépend de ce qui se dit.

Vous les voyez tous une fois, c'est vous qui le souhaitez ou c'est le règlement ?

_ A René muret il y a trois psychologues, on ne fonctionne toutes pareilles je pense mais pour moi c'est important d'au moins faire la connaissance de la personne et lui expliquer que je suis là et qu'il peut s'adresser à moi mais je pense que c'est important qu'elle le sache par moi.

- **Est-ce qu'il y a des améliorations que vous souhaiteriez apporter à vos entretiens ?**

_ C'est-à-dire ?

Par exemple en termes de temps ?

_ Non car c'est moi qui fixe le temps et ça dépend de qui j'ai en face de moi et de ce qu'il demande. A priori c'est 30 minutes mais c'est quelque chose qui bouge. Mais ce qui me gêne dans ma pratique c'est qu'on oblige les patients à venir me voir ca c'est gênant car cela m'empêche de travailler. Quand on dit au patient qu'il faut aller voir la psychologue et lui parler, le patient vient me voir, il me raconte sa vie et il repart comme il est venu. Il n'ya aucun sens ni aucun lien donc ça ne m'intéresse pas et je vais lui expliquer que ce n'est pas du tout mon travail, je ne remplis pas du vide. Ça ce travaille, quand je vois que c'est le cas je demande au patient pourquoi il est venu, qu'est ce qu'il veut, qu'est ce qu'il attend.

- **Représentations de l'éducation du patient**

Objectif : vérifier que les professionnels de santé possèdent des connaissances concernant l'éducation à la santé et/ou l'éducation du patient et /ou l'éducation thérapeutique et identifier dans leur pratique, ce qui pourrait s'apparenter à de l'éducation du patient à sa maladie

- **Que signifie pour vous les termes éducation à la santé, éducation du patient et éducation thérapeutique ?**

_ (Petit rire) Alors, je viens de voir ce terme d'éducation thérapeutique et je me demande ce que cela veut dire et je ne sais pas ce que c'est à vrai dire. Je penserai peut être à quelque chose lié a la prévention, apprendre aux gens sur ce qui est bien pour leur santé mais je ne saurais pas dire plus.

- **Est-ce que vous en faites dans votre pratique ? (je lui explique que c'est rendre le patient acteur de sa santé, le rendre autonome afin qu'il puisse prendre des décisions)**

_ Ba justement dans ma pratique, ce sont des notions que j'aborde. Je trouve le terme d'éducation thérapeutique un peu curieux car ça mêle de l'éducatif et du thérapeutique et je trouve que le mot thérapeutique est un peu utilisé à toutes les sauces en general. Je trouve que ce terme ne veut plus rien dire. Dans mon travail, j'estime que je n'ai pas à travailler sur la motivation des patients car s'ils sont là c'est qu'ils sont motivés mais il y a quand même quelque chose qui fait qu'il n'y arrive pas donc je travaille sur les processus psychiques. Il y a toute une organisation psychique et je travaille là dedans et j'estime que je fais en quelque sorte de la thérapeutique. De l'éducation...je ne sais pas ce que ça veut dire...S'il y a une question qui tracasse vraiment la personne que j'ai en face de l'ordre de la santé ou des connaissances, éventuellement je vais l'informer mais mon travail c'est de voir pourquoi malgré toute sa motivation ça ne va pas quand même alors je ne sais pas si c'est de l'éducatif. Et puis l'éducatif c'est très large ça dépend de comment c'est proposé. L'éducatif ce n'est pas vraiment mon domaine mais si il le faut bien sûr que je vais faire attention à ça mais sans trop rentrer car si je rentre trop dans l'éducatif je ne laisse pas de place pour les processus psychique donc il faut trouver un équilibre.

- **Qu'est ce qui est important selon vous dans une prise en charge dans un service d'addiction ?**

_ La chose la plus importante pour moi c'est de prendre en compte la parole du patient. C'est vraiment ça qui me guide. Si je suis là, c'est vraiment pour écouter ce qu'il a à dire dans des circonstances diverses pas seulement en addictologie. Malgré les contradictions, les échecs, les réussites, je suis là et j'écoute ce qu'il a à dire pour avaliser avec lui, pour l'amener plutôt à analyser ce qu'il est en train de me dire.

- **Prise en charge**

➤ Objectif : Evaluer l'engagement qu'ont les professionnels dans l'implication du patient dans sa démarche de soins

- **Quelle est la place du patient dans le projet thérapeutique ?**

_ Pour moi, elle est majeure. La place du patient elle est majeure pour moi. Justement je réfléchis beaucoup la dessus en ce moment car à l'hôpital René muret on réfléchit beaucoup sur ce que l'on propose et pourquoi on le propose et je sais que je suis très influencé par tout ce qui est thérapie institutionnelle, c'est tout un programme de psychothérapies qui dit qu'il n'y a pas un savoir qui s'impose du côté de la science ou de la médecine qui doit s'imposer au patient, que le patient a un savoir aussi et que qu'il le transmet aussi, c'est le seul moyen pour qu'on puisse répondre à ce qu'il attend et à ce qu'il aimerait. D'écouter ce qu'ils ont à dire car finalement c'est à eux que l'on s'adresse. Je travaille avec des personnes qui ont des problèmes de conduites addictives et moi je n'ai pas vécu ce qu'ils ont vécu, je ne peux savoir qu'à travers leurs paroles donc si je les écoute eux je peux travailler, et leur proposer autre chose. Mais si je n'écoute pas ce qu'ils ont à dire je n'ai pas de repère pour ma réponse, donc oui je pense que la place du patient est très importante.

Donc pour vous c'est une transmission de savoirs des deux cotés ?

_ Oui, absolument

- **Comment échangez vous les infos concernant la santé de vos patients avec les autres professionnels de santé ?**

_ Moi, je pense que le moment de la réunion est un moment important pour l'équipe. Je parle de la réunion clinique c'est-à-dire la réunion où on parle des patients. Moi je préfère dire les choses à ce moment là, quand il y a tous les professionnels et où on peut discuter tous ensemble. Je ne note pas dans le dossier tout ce qui est dit car il y a un secret professionnel, la personne me dit tout ce qu'elle me dit car elle c'est que je ne vais pas transmettre tout ce qu'elle me dit. Je ne vais pas rendre publique quelque chose d'aussi privé. Je note que j'ai vu la personne et après je peux parler de mes impressions cliniques sans rentrer dans les détails personnels ça c'est important et si après il y a une étude de cas on peut en parler ensemble avec certains professionnels. Le travail d'équipe est important pour moi mais aussi que je garde ce que la personne me confie.

- **Communiquez-vous avec le volet médical, social?**

_ Oui, a priori, il y a toute l'équipe, les médecins, les infirmiers, les trois psychologues, l'éducateur spécialisé, l'assistante sociale. Et s'il y a d'autres choses à dire je peux aller trouver la personne pour discuter de quelque chose de précis, ou quelques choses qui m'inquiètent, je vais aller leur en parler.

- **Avez-vous le sentiment d'être suffisamment entendu par les autres professionnels ?**

_ Ça dépend des fois. Souvent la difficulté c'est qu'on dit ah oui c'est psychologique, ce qui voudrait dire que cela passe au deuxième ou au troisième plan. Je ne sais pas peut être pas pourquoi mais ça dépend quand même mais quand j'ai quelque chose à dire je le dis et après chacun prend ce qu'il veut et laisse de côté aussi si il veut. Mais au moins c'est dit, c'est formulé et ça c'est important !

- **Est-ce que vous mesurez la satisfaction des patients ?**

_ Non, car c'est quelque chose qui se travaille au fur et à mesure et il est important que la personne se sente bien. Si elle reste c'est qu'il y a une relation qui se crée et si elle me raconte des choses de sa vie, c'est qu'il y a une relation quand même. S'il y a quelque chose qui lui déplaît, je travaille aussi sur la relation à l'autre, le rapport à l'autre donc c'est des choses qu'il faut savoir, indépendamment de savoir si je lui conviens.

- **Attentes et besoins préalables à la mise en place de l'outil dossier patient partagé (DPP) en addictologie**

- Objectifs : Connaître les attentes et les besoins des professionnels concernant la mise en place de cet outil au sein du service d'addictologie

Je vous rappelle qu'un dossier patient partagé en addictologie (DPP) est en cours d'élaboration par le Respadd. Il se propose à terme de coordonner le développement d'un logiciel de recueil de données en addictologie reprenant les principes et la configuration du logiciel CDT-Net (dossier de tabacologie). Il sera utilisé dans le cadre des consultations d'addictologie hospitalière et dans le suivi des patients hospitalisés en addictologie.

Ce dossier se destine aux différents professionnels de santé concernés par cette prise en charge. Il permettrait un suivi personnalisé des patients et un protocole commun d'évaluation des consultations.

- **Que pensez-vous de la mise en place d'un DPP ?**

_ C'est quelque chose qui pourrait remplacer un dossier médical ?

Oui

_ Moi, en fait, je ne lis pas le dossier avant de rencontrer la personne, seulement une fois que mon travail commence à se faire. Je peux regarder les choses importantes que je dois prendre en compte. Pourquoi pas un tel dossier mais après ce n'est pas pour autant que je vais marquer les choses personnelles de chaque patient. Cela n'a pas de sens de donner de telle information car cela est hors contexte. Ce sont des choses qui sont reprises et chacun les interprète à sa façon. C'est du surréalisme mais après oui, un logiciel accessible à tout le monde, pourquoi pas.

- **Avez-vous des attentes ou des besoins pour la construction de ce dossier ?**

_ C'est une question difficile que vous posez car si je prends l'exemple du dossier, dans celui-ci on voit la même chose écrite 100 fois. Par exemple, on voit des choses du type, il a perdu sa mère quand il avait 12 ans, tout le monde fouille un peu dans l'histoire personnelle du patient car bien sûr il veut guérir la personne, on est d'accord. Ce n'est pas de l'indiscrétion mais ça n'a pas de sens car si on ne sait pas quel effet, cela a sur la personne cela ne veut rien dire. Moi, mes attentes... je ne saurais pas vous dire précisément mais je pense que ce qui est important c'est de respecter ce que la personne veut dire. Et ce qu'elle veut aussi garder secret car la parole se respecte autant que le silence. Ce qui ne m'intéresse pas, c'est que l'on me dise tous les événements de la vie de la personne en fonction de chaque année. Je préfère que les aspects psychologiques soit écrits par le psychologue et pas par le médecin et ce n'est pas toujours le cas.

- **Comment en ferait-vous usage ?**

_ Le geste que je pourrais faire, c'est de dire que j'ai vu le patient tant de fois pendant le séjour et après parler éventuellement de la demande de cette personne. C'est à dire si il y a eu une demande ou pas et qu'est ce qui a fait qu'il y a eu cette demande à ce moment là et quelle type de relation cette personne peut instaurer avec autrui. A René muret, l'hospitalisation est courte, c'est maximum sept semaines, donc le travail est quand même rapide pour pouvoir avoir quelques éléments pour pouvoir travailler. Ce n'est pas du tout une psychothérapie, ni une psychanalyse. Cela peut être juste du soutien, de l'accompagnement ou une référence. Donc, savoir comment la personne a perçu son hospitalisation ça peut être intéressant.

- **Quel impact aurait le DPP sur l'équipe médicale et sur le patient lui-même ?**

_ Rassurant. (rire)

Sur l'équipe ?

_ Ah oui, c'est la grande angoisse. Bien sûre. Ca pourrait apaiser un peu les tensions par rapport a avoir toutes les informations pour pouvoir bien faire.

Et par rapport aux patients ?

_ Si c'est le même dispositif qu'un dossier médical, ça sera le même impact finalement sauf si il y a des choses en plus mais.... Peut être une meilleure prise en charge. Mais cela dépend du patient.

Annexe D : Entretiens patients

A.G_PA 1 2011

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la prise en charge des patients dans un service d'addictologie.

Je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant vos ressentis, vos attentes et vos besoins par rapport à votre prise en charge.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 20 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger, je suis complètement extérieur au service.

Identité

_ Sexe : Homme

_ Age : 48 ans

_ Type de prise en charge :

❖ Hospitalisation pour sevrage : non

❖ Soins de suite et de réadaptation : oui

❖ Hospitalisation de jour : non

_ Date d'entrée : il y a 5 semaines reste jusqu'au 7 juin donc encore 15 jours

• Missions et rôles des acteurs du service d'addictologie

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du fonctionnement du service dans lequel ils sont pris en charge

• Qui avez-vous rencontré depuis votre arrivée dans ce service?

_ Les docteurs.

Vous n'avez pas rencontré de psychologue et d'assistante sociale ?

_ La psychologue oui, pas l'assistante sociale.

• Connaissez-vous les rôles de chacun ?

_Les infirmières et les aides soignantes on le sait car elles ont les badges sur les blouses. Les dames de service on les connaît car elles s'occupent du ménage, du petit déjeuner et des repas donc c'est comme ça qu'on les différencie.

- **Est-ce qu'on vous a expliqué les rôles de chacun ?**

_Non, car ce n'est pas la première fois que je fais une cure donc vous savez au bout d'une ou deux on sait qui est qui.

- **Moyens de suivi :**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du suivi des informations recueillies concernant leur prise en charge

Compte rendu écrit par les professionnels :

- **Savez-vous qui a accès à votre dossier médical ?**

_Les docteurs.

Uniquement vous pensez ?

_La psychologue aussi je pense, l'AS je crois.

- **Pensez vous que la communication entre les différents professionnels est importante pour votre prise en charge ?**

_Oui, d'ailleurs tout les vendredis matin, il y a l'équipe de médecin qui passent dans toutes les chambres. Il y a trois médecins plus l'équipe médecin. Ce n'est pas toujours les mêmes, moi je suis suivi par le Dr Polomeni mais des fois c'est le Dr Leveque ou Dr Borgne comme elle est de service le samedi. Et à chaque fin de semaine ils se font un compte rendu de chaque malade suivant sa position. Donc, ils consultent le dossier et ils voient où il en est et tout est informatisé donc ils vont sur le dossier informatique aussi et ils voient les médicaments.

- **Prise en charge**

- Objectif : connaître la satisfaction et les besoins des patients concernant leur prise en charge

- **Evaluation de votre prise en charge par les professionnels suivant plusieurs thèmes**

Concernant l'écoute apportée par les professionnels ? Comment vous la qualifier ?

_Bien.

Elle vous satisfait ?

_Pas assez.

Quels sont les points à améliorer selon vous concernant l'écoute ?

_Le gros problème, c'est quand on sort de là.

Que pensez-vous de la disponibilité des professionnels à votre égard ?

_Ils sont assez disponible. Si on fait appel à eux ils sont là.

- **Est-ce que l'on vous apporte au quotidien une interprétation des résultats ou des tests que vous faites ?**

_Non, enfin aujourd'hui oui, on a fait un test avec la diététicienne et on a eu le résultat sur le champ car on la corriger nous même suivant les résultats.

Elle vous apporte donc des informations sur vos résultats ?

_Oui, oui. Elle nous a apporté des informations mais sinon les médecins ne donnent pas les résultats de prise de sang. S'il y avait quelque chose on nous le dirait de toute façon.

- **Est ce que l'on vous a informé du traitement que vous alliez prendre ?**

_Non car comme je vous ai dit, j'ai déjà fait deux cures donc comme j'étais suivi par le Dr Polomeni depuis quatre ans environ donc il sait bien les traitements qu'il y a à suivre.

Vous vous connaissez quand même votre traitement ?

_Je ne connais pas les noms, non.

On vous a expliqué les effets ?

_Oui, les trois quart sont des anxiolytiques, des comprimés à prendre le soir pour m'endormir.

- **Est ce qu'il y a des besoins ou des demandes pour lesquels vous estimez n'avoir pas eu assez d'explications ?**

_C'est difficile à répondre car le fait c'est pour ne pas retomber dedans. C'est l'après. Je suis divorcé donc je suis tout seul, je me suis cassé le tibia cet hiver et je suis toujours arrêté donc plus j'ai fait trois mois d'hospitalisation pour le tibia plus six semaines là donc ça commence à me peser.

Donc, pour vous c'est comment ne pas rechuter et des informations concernant la suite de cette hospitalisation ?

_Donc, ça serait comment ne pas rechuter. Logiquement je devrais aller en hôpital de jour je viendrais deux à trois jours par semaine. Donc je participerai aux activités : groupe de parole, TCC, sport, la piscine, la parole par l'image. On a assez d'activité pour nous aider. Aujourd'hui, on a eu un groupe de parole, parole par l'image. Il y avait une image qui parlait du mal être et une image qui parlait du bonheur. La réunion était très triste car on s'est tous reporté à des photos où on était seul, seul dans le mal être. Forcément, dans le bonheur on voit

les enfants, on peut dire que c'est ça. Ce groupe s'est plus dure à encaisser car j'ai deux grand enfants et mon ex m'a déchu du droit parental donc j'ai juste celui de 19 ans à ma charge.

- **Evaluation des professionnels**

- Objectif : savoir si les patients ont le sentiment d'être acteur de leur prise en charge à travers la pratique des professionnels et si la prise en charge participe à l'éducation pour la santé

Suivi :

- **Est ce que vous avez le sentiment que l'équipe médicale vous implique dans votre prise en charge ?**

_Oui, ils sont très à l'écoute si on a besoin d'assistante sociale, par exemple j'avais besoin de kiné car j'avais fait une mauvaise fracture mon tibia était cassé et ils m'ont trouvé un kiné ici et je suis bien suivi et même le Dr s'est renseigné si en hôpital de jour je pouvais continuer la kiné et cela a été accepté aussi. Ils sont très à l'écoute et même si il y a des examens à faire à l'extérieur ils nous emmènent.

- **Est-ce que lors des consultations vous fixez des objectifs communs ?**

_Non pas tellement.

- **Est ce qu'on vous a proposé plusieurs projets thérapeutique ou prise en charge?**

_Non pas pour le moment à part l'hôpital de jour, c'est tout.

- **Est-ce que les professionnels ont pris en compte les connaissances que vous aviez sur votre maladie, sur les produits ?**

_Moi c'est surtout niveau alcool, je me suis déjà trouver dans des postcures où la ils expliquer tous les effets néfastes de l'alcool sur l'organisme.

Et ici est ce que vous avez retrouvé ça ?

_Non, pas ici. On sait que ça atteint le foi en priorité mais ça atteint les neurones, tout l'organisme et même l'humeur, vous n'êtes pas le même. Vous n'arrivez pas à vivre pareil. Moi, je m'alcoolisais dès le matin quand je travaillais, à 5H30 le matin je m'alcoolisais déjà.

- **Quelles sont les raisons selon vous qui font que les professionnels de santé ne vous impliquent pas assez dans votre prise en charge ?**

_ Je ne sais pas car ici des soins à part ce qu'ils ont là pour l'instant, ils n'ont pas de... Mais vous savez qu'ici c'est une création car avant c'était à jean verdier mais là bas il n'y avait pas assez de lits disponibles pour l'addictologie donc il y un groupement d'hôpitaux qui leur permet de garder plus longtemps les malades, de nous suivre beaucoup plus longtemps. Avant, à jean verdier on ne pouvait rester que 15 jours alors que là ils nous gardent le temps nécessaire car au départ il y a un docteur qui pensait que je pouvais sortir il y a une semaine alors que la mon médecin référent, Dr Polomeni lui souhaite que je reste une semaine de plus en SSR.

- **Est-ce qu'on vous a informé sur le déroulement de la prise en charge ?**

_Non, je pense que c'est la sécurité sociale et ma mutuelle.

- **Est-ce que l'on vous a expliqué les démarches à faire à la suite de l'hospitalisation ?**

_Non.

- **Sur quel sujet souhaiteriez-vous avoir plus d'informations ?**

_Comme en plus je fais de la dépression, c'est que soit il y a l'alcool mais je vis très mal mon divorce, donc c'est très difficile pour moi, donc sur des choses où ils ne peuvent pas se mettre à notre place.

Sur des aspects plus sociaux alors ?

_Oui.

- **Est-ce que vous avez le sentiment d'avoir appris plus de choses sur les addictions depuis que vous êtes dans ce service ?**

_Non car je les connaissais déjà. Il y a le tabac, les cartes, il y a tout ce qui est les jeux. En ce moment, il y en a un dans le groupe qui était en addiction car il dépensait tout son argent dans les jeux. Donc, on peut être atteint à quelque chose, je suis au courant de tout ça.

- **Est-ce que vous avez une idée de ce qui pourrait être amélioré dans ce service ?**

_Je ne sais pas trop car il y a une bonne communication dans l'ensemble, l'entretien est correcte, on a des machines à laver à disposition. Donc peut être plus d'explication par les médecins des fois.

Communication :

- **Est-ce que vous avez l'impression que les professionnels vous ont suffisamment compris et qu'ils se sont mis à votre portée lors de l'entretien ?**

_Mon médecin référent, dans l'ensemble oui car il connaît mon parcours, ça fait 4 ans qu'il me suit donc il connaît mes problèmes.

Et pour les autres professionnels est-ce que vous avez l'impression qu'il vous comprennent, qu'ils se mettent à votre niveau ?

_Je ne sais pas, ils ont une vie aussi personnelle, ils ne peuvent pas se mettre à ma place. En plus, chaque personnage et chaque divorce est différent de toute façon.

- **Est-ce que vous avez le sentiment qu'ils vous ont mis en confiance ?**

_Oui la dessus oui, je n'ai pas de souci.

- **Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?**

_Non je ne pense pas.

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la prise en charge des patients dans un service d'addictologie.

Je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant vos ressentis, vos attentes et vos besoins par rapport à votre prise en charge.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 20 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger, je suis complètement extérieur au service.

Identité

_ Sexe : Femme

_ Age : 43 ans

_ Type de prise en charge :

❖ Hospitalisation pour sevrage : oui

❖ Soins de suite et de réadaptation : non

❖ Hospitalisation de jour : non

_ Date d'entrée : il y a 3 semaines reste pour six semaines

• **Missions et rôles des acteurs du service d'addictologie**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du fonctionnement du service dans lequel ils sont pris en charge

• **Qui avez-vous rencontré depuis votre arrivée dans ce service?**

_ Le psychiatre, le médecin.

Avez-vous rencontré l'assistante sociale et la psychologue ?

_ La psychologue oui mais pas l'assistante sociale

• **Connaissez-vous les rôles de chacun ?**

_ Oui, plus ou moins.

Avez-vous une vue d'ensemble sur l'ensemble des professionnels qui travaillent ?

_ Oui et non, pas vraiment. Ca dépend.

- **Est-ce qu'on vous a donné des informations sur les professionnels de santé que vous allez rencontrer ?**

_ Oui au départ, quand je suis arrivé mais à force on s'habitue, on connaît les gens. Mais quand on arrive on n'est pas très bien donc bon.

- **Moyens de suivi :**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du suivi des informations recueillies concernant leur prise en charge

Compte rendu écrit par les professionnels :

- **Savez-vous qui a accès à votre dossier médical ?**

_ A part moi ? Les docteurs ; les personnels hospitalier je pense uniquement.

Dans l'ensemble ?

_ Oui, enfin je ne sais pas. Je ne sais pas qui a accès à mon dossier. Pour moi, c'est les docteurs et les infirmiers après je ne sais pas si le personnel hôtelier y ont accès.

- **Pensez vous que la communication entre les différents professionnels est importante et bénéfique pour votre prise en charge ?**

_ Oui et non. Je ne suis pas vraiment au courant de ce qui se passe.

Mais est ce que pour vous c'est important qu'ils échangent des informations vous concernant ?

_ Oui bien sûr oui, mais après je en sais pas exactement comment ça se passe mais ça me paraît plus ou moins logique.

- **Prise en charge**

- Objectif : connaître la satisfaction et les besoins des patients concernant leur prise en charge

- **Evaluation de votre prise en charge par les professionnels suivant plusieurs thèmes**

Concernant l'écoute apportée par les professionnels au cours de votre hospitalisation? Comment vous la qualifier ?

_ Dans l'ensemble très bien et il y a des personnes avec qui ça ne vas pas et il y a des personnes dans le service, qui pour moi ne sont pas fait pour ce domaine, pour l'addictologie. Je ne parle pas des docteurs mais au niveau des aides soignant, il y en a qui sont pas fait pour ce travail. Mon opinion personnel c'est une certaine facilité car il y a moins de travail à faire ici qu'à jean verdier. Mais il y a des personnes qui ne sont pas faite pour ça.

Vous pensez que c'est personnes peuvent influencer votre prise en charge ?

_ Pour moi ça va, ça se passe bien mais il y a des personnes pour qui ça s'est mal passé, car je le sais. Moi aussi, il y a eu quelques petites choses mais heureusement très peu mais il y en a quand même.

Que pensez-vous de la disponibilité des professionnels à votre égard ? Êtes-vous satisfaite ?

_ Pour moi tout se passe bien. Mes soins ça va, oui ça va.

Est-ce que l'on vous apporte au quotidien une interprétation des résultats ou des tests que vous faites ?

_ Oui, je demande. C'est moi, c'est ma nature. J'ai besoin de connaître les résultats aussitôt et à chaque fois on me répond, toujours.

- **Est ce que l'on vous a informé du traitement que vous allez prendre ?**

_ Oui, je pose la question.

Et si vous ne posiez pas la question est ce que les docteurs le feraient ?

_ Pour moi oui, ça se passe bien.

Par contre, il y a un gros problème au niveau de médicaments ici, je trouve. Souvent, on se trompe de patients, on donne les médicaments à une autre personne. Faut bien regarder ce que l'on prend.

Vous connaissez votre traitement ?

_ Oui je connais mon traitement.

- **Est-ce qu'on vous informe de l'évolution de votre maladie ?**

_ D'après mes résultats déjà, des bilans sanguins mais sinon je vois par moi-même que je vais nettement mieux. Même le personnel m'a dit que j'avais vraiment bien repris.

Lors des consultations est ce qu'on vous explique où vous en êtes ?

_ Oui.

- **Est ce qu'il y a des besoins ou des demandes pour lesquels vous estimez n'avoir pas eu assez d'explications ?**

_ Non car je pense, j'espère qu'on me dit tout.

- **Evaluation des professionnels**

- Objectif : savoir si les patients ont le sentiment d'être acteur de leur prise en charge à travers la pratique des professionnels et si la prise en charge participe à l'éducation pour la santé

Suivi :

- **Est ce que vous avez le sentiment que l'équipe médicale vous implique dans votre prise en charge ?**

_ Non, non.

- **Quels sont les raisons qui font que ce n'est pas le cas ?**

_ Non par contre je pense que j'ai un petit problème avec par exemple la psychologue car ça ne passe pas du tout. Donc c'est un peu pour moi difficile d'aller à un rendez vous ou une activité avec elle car ça ne passe pas. Il y a des personnes avec qui on ne peut pas parler, ça ne sort pas, que ce soit un psychiatre ou un psychologue.

Vous pensez que c'est dans le contact que vous avez avec eux ou cela vient de leurs parts ?

_ C'est moi...Enfin pour moi, c'est dans les deux sens, ça ne passe pas. Je me retrouve en face d'elle et je n'ai rien à lui dire.

C'est donc sa démarche qui n'est pas adapté ?

_ Pour moi oui.

- **Est-ce que lors des consultations vous fixez des objectifs communs ?**

_ Moi, mon objectif c'est de diminuer les médicaments. Là, ils étaient très contents que je parte le weekend voir comment ça se passait.

- **Est-ce que les professionnels ont pris en compte les connaissances que vous aviez sur votre maladie, sur les produits ?**

_ Je le savais déjà. Moi cela fait un an que je bois. Au bout de six mois je savais que j'étais vraiment malade et qu'il fallait que je fasse une cure. Je le savais déjà et après on m'a expliqué les impacts sur le corps. D'ailleurs pas besoin de m'expliquer, j'ai fait un bilan sanguin avant de venir ici, j'ai d'abord passé deux jours aux urgences et on me l'a dit. De toute façon on le sent dans son corps que les analyses ne sont pas bonnes.

- **Est-ce qu'on vous assez informé sur le déroulement de la prise en charge ?**

_ Ecoutez la prise en charge je la vis tous les jours. J'ai un planning, voilà.

- **Est-ce que l'on vous a expliqué les démarches à faire à la suite de l'hospitalisation ?**

_ Ça non, je n'en ai pas parlé avec eux.

- **Sur quel sujet souhaiteriez-vous avoir plus d'informations ?**

_ Non, pour l'instant non. Rien ne me vient en tête.

- **Qu'appréciez-vous dans votre prise en charge ?**

_ (Silence).

Ca ne vient pas ?

_ Non, car ça vient de moi en fait tout d'abord et c'est l'écoute de certaines personnes du service addictologie.

- **Est-ce que vous avez une idée de ce qui pourrait être amélioré dans ce service ?**

_ Oui, les activités c'est répétitif, c'est toujours la même chose. Après, c'est ma première cure donc je ne sais pas trop comment cela se passe dans d'autre service.

Quel type d'activité vous plairait ?

_ Je ne sais pas du tout. Moi, pour l'instant activité ou pas activité, c'est de faire un travail sur moi-même. Déjà que je réfléchis beaucoup et de savoir ce que je vais faire à la sortie. Des activités qui me plairont, ne plairaient peut être pas aux autres et puis je ne suis pas très séances de groupe non plus.

- **Comment percevez-vous la communication entre les différents professionnels concernant votre prise en charge ?**

_ Au niveau infirmier, ils sont un peu perdu au niveau des traitements. Souvent on leur dit ce n'est pas mon traitement. A ce niveau là il faut faire attention à ce que l'on prend.

Et par rapport aux médecins, avez-vous l'impression qu'ils communiquent bien ?

_ Oui, oui.

Communication :

- **Est-ce que vous avez l'impression que les professionnels vous ont suffisamment compris et qu'ils se sont mis à votre portée lors de l'entretien ?**

_ Oui, oui franchement oui.

- **Est-ce que vous avez le sentiment qu'ils vous ont mis en confiance ?**

_ Oui, j'ai eu un moment où ça n'allait pas et ils ont compris.

Et ils adaptent la prise en charge en fonction de ça ?

_ Oui vraiment, ils m'ont comprise.

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la prise en charge des patients dans un service d'addictologie.

Je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant vos ressentis, vos attentes et vos besoins par rapport à votre prise en charge.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 20 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger, je suis complètement extérieur au service.

Identité

_ Sexe : Homme

_ Age : 44 ans

_ Type de prise en charge :

❖ Hospitalisation pour sevrage : oui

❖ Soins de suite et de réadaptation : non

❖ Hospitalisation de jour : non

_ Date d'entrée : il y a 3 semaines

• **Missions et rôles des acteurs du service d'addictologie**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du fonctionnement du service dans lequel ils sont pris en charge

• **Qui avez-vous rencontré depuis votre arrivée dans ce service?**

_ Les docteurs et toute l'équipe infirmière, aide soignante, hôtelière.

Assistante sociale et psychologue ?

Psychologue oui tous les vendredis mais pas l'assistante sociale.

• **Connaissez-vous les rôles de chacun, leurs missions ?**

_ Oui, oui je pense. Je pense qu'ici, c'est un service vraiment pour ceux qui ont des problèmes d'alcool ou d'autres. C'est pour faire un sevrage dans tous les cas et ils sont plus spécialisé la dedans que dans un service normal de soins. Ici, c'est pour un sevrage et une remise sur soi même qui fait partie du sevrage pour que quand on reparte d'ici mieux que quand on est venu. Je pense que c'est ça, que c'est un service pour ça.

Donc, vous pensez connaître les rôles de chacun ?

_ Oui, oui. Les docteurs ils sont 4, il y a la responsable de santé plus 3 docteurs. Ils passent à tour de rôle dans la semaine. Tous les matins, ils passent avec une interne. Souvent c'est un médecin différent, cela dépend de celui qui est libre ou pas entre ici et Jean Verdier.

Les infirmières sont celles qui font les prises de sang, chargé de donner les médicaments, et celles qui font les soins.

Les aides soignantes sont là pour aider les infirmiers. Elles prennent la tension et aide à donner les médicaments.

- **Moyens de suivi :**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du suivi des informations recueillies concernant leur prise en charge

Compte rendu écrit par les professionnels :

- **Savez-vous qui a accès à votre dossier médical ?**

_ Les docteurs. Moi j'ai vu, apparemment les docteurs qui passent dans les chambres. Je ne sais pas quel docteur vraiment mais je pense qu'ils doivent se le transmettre au cours du temps. Si demain le docteur passe parmi l'équipe, il aura mon dossier car ils ont un chariot avec tous les numéros de chambres. Il y a un suivi aussi à Jean Verdier, le docteur que j'ai vu jeudi dernier, il avait mon dossier. Il y a toujours un suivi de dossier. Même mon médecin traitant, il a les comptes rendus régulièrement. Donc normalement il y a un suivi même si je ne sais pas si il est bien géré ou pas mais il y a un suivi.

- **Pensez-vous que la communication entre les différents professionnels est importante pour votre prise en charge ?**

_ Oui, je pense car ils sont tous docteurs mais ils ont peut-être des points de vue différents. Ils sont différents mais il faut qu'ils soient d'accord sur comment on va le soigner. Tous les docteurs ils prennent mon dossier, donc le même dossier et ils mettent les éléments dedans, le lendemain le docteur il prend mon dossier, il voit ce que j'ai fait comme examen et il comprend. C'est un dossier par patient. Le vendredi quand ils font la grande tournée à plusieurs. Après les visites, ils se réunissent entre eux et ils décident de qui sort ou s'il y a d'autres examens à faire.

Donc, pour vous c'est utile qu'il y ait un échange d'information pour votre prise en charge ?

_ Oui, oui car des fois ils nous disent par exemple que nos prises de sang sont bien, donc de nous informer nous quand ça va, ça fait toujours plaisir. Ça redonne un peu le moral et cela nous permet de reprendre des forces moralement pour guérir plus vite.

- **Prise en charge**

- Objectif : connaître la satisfaction et les besoins des patients concernant leur prise en charge

- **Évaluation de votre prise en charge par les professionnels suivant plusieurs thèmes**

Concernant l'écoute apportée par les professionnels ? Comment vous la qualifier ?

_ Bien, même quand il faut passer plusieurs examens ou que j'ai besoin de quelqu'un, il n'y a pas de problème. Même quand il y a des mots médicaux sur une intervention par exemple que je n'ai pas compris, j'ai demandé à un docteur et l'interne m'a expliqué et elle m'a rassuré sur cette intervention. Quand on a vraiment besoins de quelque chose ou de poser une question, ils vont toujours nous répondre le plus simplement possible pour que l'on comprenne.

Que pensez-vous de la disponibilité des professionnels à votre égard ?

_ Ils sont assez disponible mais ils ne sont pas toujours derrière nous. L'après midi il y a des activités mais ça fait du bien des fois d'être au calme, de lire. Si moi j'ai besoin de quelque chose, je vais leur demander il n'y a pas de problème mais ils ne vont pas me déranger sauf pour faire leur travail. Oui cela se passe bien et le règlement est assez simple et pas contrariant

- **Est-ce que l'on vous apporte au quotidien une interprétation des résultats ou des tests que vous faites ?**

_ Non car la plupart des examens sont à Jean Verdier donc ils ne disent pas. Mais ici, ils nous disent après les résultats qui sont dans le dossier et le pourquoi on l'a fait. Ils viennent après, même le lendemain et ils nous disent si c'est en bonne voie, si c'est bien moins bien, ou s'ils vont changer le traitement. Oui à un moment donné il y a quand même des explications.

On vous informe sur l'évolution de votre maladie ?

_ Oui

- **Est ce que l'on vous a informé du traitement que vous alliez prendre ?**

_ Au départ non. C'est moi qui est posé la question sur certains médicaments et après j'ai eu des problèmes de gonflement aux chevilles et aux genoux et après ils m'ont expliqué que cela venait de la cortisone qu'il y avait dans le médicament. Donc, ils ont diminué la dose et ça a dégonflé. Ils étaient contents aussi. Ils m'avaient un peu prévenu avant que c'était dû à la cortisone.

- **Est ce qu'il y a des besoins ou des demandes pour lesquels vous estimez n'avoir pas eu assez d'explications ?**

_ Non, c'est rare quand je demande mais à chaque fois quand je demande... à part une ou deux fois où j'ai du demander quelque chose et je n'ai pas eu de réponse mais je me suis dit qu'ils avaient peut être oublié ou pas eu le temps. C'était sur comment cela allait se passer et tout mais le lendemain ils avaient pris ma question en compte. D'habitude, même l'interne quand elle passe elle note tout.

- **Evaluation des professionnels**

- Objectif : savoir si les patients ont le sentiment d'être acteur de leur prise en charge à travers la pratique des professionnels et si la prise en charge participe à l'éducation pour la santé

Suivi :

- Est ce que vous avez le sentiment que l'équipe médicale vous implique dans votre prise en charge ? est ce que vous fixez des objectifs communs ?

_ Oui, car ils expliquent grosso modo. Quand ils vont faire un truc ils expliquent. Au fil du temps, des jours et des examens différents que l'on fait, ils disent pourquoi.

- **Est-ce que les professionnels ont pris en compte les connaissances que vous aviez sur votre maladie, sur les produits ?**

_ Ils m'ont expliqué tout au début grosso modo à jean verdier et après ici ils nous ont donné des explications différemment, pareilles mais étape par étape.

- **Est-ce que l'on vous a expliqué les démarches à faire à la suite de l'hospitalisation ?**

_ Non, pas encore. Je n'ai pas demandé. J'attends de savoir quand je vais sortir et après je contacterai le médecin pour faire une mise au point pour savoir, ou j'en suis et pour savoir les démarches à faire. J'attends un peu mais après je vais commencer à poser des questions aux docteurs, à l'assistante social et qu'ils m'orientent dans les structures extérieures.

- **Est-ce que vous avez le sentiment d'avoir appris plus de choses sur les addictions depuis que vous êtes dans se service ?**

_ Oui, c'est la première fois que je fais un sevrage d'une telle ampleur car avant j'ai été hospitalisé mais pour une maladie causé par l'alcool mais ce n'était pas un sevrage comme ici. Ils m'ont bien dit qu'il fallait arrêter mais ce n'était pas une prise en charge comme ici. Ici, ils sont plus spécialisés dedans.

Ils vous apportent des informations sur les addictions ?

_ Oui, les activités que l'ont fait, les activités de groupe, on discute. On est tous là pour le même problème individuellement et différemment pour chacun. Je me suis rendu compte que c'était plus la solitude qui a causé l'alcool et qu'on se laisse aller.

C'est grâce a votre suivi que vous vous êtes rendu compte de ça ?

_ Oui, oui c'est au fil du séjour avec les réunions de groupe, en écoutant. On s'aperçoit que l'on n'est pas tous seul dans ce cas là.

- **Est-ce qu'il y a des choses que vous n'appréciez pas dans votre prise de charge ?**

_ Non, jusqu'a maintenant non.

- **Est-ce que vous avez une idée de ce qui pourrait être amélioré dans ce service ?**

_ Je ne sais pas, pour l'instant ça peut aller. Peut être un peu plus de personnel.

Sur les consultations que vous avez avec les médecins ?

_ Non, non.

Communication :

- **Comment percevez-vous la communication entre les différents professionnels de santé ?**

_ Oui, ça va. Chacun fait ce qu'il a à faire.

- **Est-ce que vous avez l'impression que les professionnels vous ont suffisamment compris et qu'ils se sont mis à votre portée lors de l'entretien ?**

_ Les consultations avec les médecins se sont toujours fait dans la chambre. Les médecins viennent avec un interne et le vendredi ils sont plus nombreux. Ils nous expliquent les examens qu'on a fait dans la semaine et après si j'ai des questions à poser, je peux leur poser les questions que je veux. Ils ne regardent pas leur montre, ils sont là pour ça. S'ils voient qu'on leur pose des questions, j'ai l'impression que ça leur fait plaisir qu'on s'intéresse au problème que l'on a et qu'on participe à l'évolution de notre maladie. On a besoin de savoir pour éviter d'avoir trop peur et pour être bien. C'est un peu rassurant.

Les gens qui travaillent ici, ils sont à l'écoute. On peut leur expliquer chacun à notre manière mais ils arrivent à comprendre tout le monde.

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la prise en charge des patients dans un service d'addictologie.

Je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant vos ressentis, vos attentes et vos besoins par rapport à votre prise en charge.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 20 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger, je suis complètement extérieur au service.

Identité

Sexe : Femme

Age : 50 ans

Type de prise en charge :

- ❖ Hospitalisation pour sevrage : oui
- ❖ Soins de suite et de réadaptation : non
- ❖ Hospitalisation de jour : non

_ Date d'entrée de l'hospitalisation : 1 semaine déjà

_ Durée initialement prévue de la prise en charge : 15 jours

• **Missions et rôles des acteurs du service d'addictologie**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du fonctionnement du service dans lequel ils sont pris en charge

• **Qui avez-vous rencontré depuis votre arrivée dans ce service?**

_ J'ai fais une première semaine en janvier, à l'ouverture du service. J'ai rencontré des médecins, psychologue...

Avez-vous rencontré l'assistante sociale ?

_ Non.

• **Connaissez-vous les rôles de chacun ?**

_ Il me semble. (rire)

Par exemple, pour tous les professionnels rencontrés, connaissez-vous leurs rôles ?

_ Oui, je les connais.

- **Moyens de suivi :**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du suivi des informations recueillies concernant leur prise en charge

Compte rendu écrit par les professionnels :

- **Savez-vous qui a accès à votre dossier médical ?**

_ Je suppose les médecins et les infirmières.

C'est tout ?

_ Oui....Moi (rire)

- **Pensez-vous que l'échange d'informations concernant votre prise en charge entre les différents professionnels de santé est important ?**

_ Oui, Absolument (ton franc).

Pouvez-vous m'expliquer les raisons ?

_ Parfois, on voit un médecin un jour, un autre le lendemain ou que l'on a un groupe de parole avec quelqu'un, le fait qu'il fasse une réunion hebdomadaire où il parle des cas, cela est important que chacun dise ce qu'il pense du patient.

- **Il y a-t-il des améliorations à apporter à cet échange d'informations ?**

_ Je ne sais pas car je n'en n'ai pas suivi une mais ça à l'air de fonctionner.

- **Prise en charge**

- Objectif : connaître la satisfaction et les besoins des patients concernant leur prise en charge

- **Evaluation de votre prise en charge par les professionnels suivant plusieurs thèmes**

Concernant l'écoute apportée par les professionnels au cours de votre hospitalisation?

_ Bonne, bonne.

Vous vous sentez assez écouté ?

_ Oui.

Que pensez-vous de la disponibilité des professionnels à votre égard ?

_ Oui, pareil.

Est-ce que l'on vous a apporté une interprétation des résultats ou des tests que vous faites ?

_ Non, Euh disons que je suis venus deux fois mais là on ne m'a rien apporté. J'ai fais une prise de sang en rentrant mais on ne m'a pas donné de résultats.

- **Est ce que l'on vous a informé du traitement que vous alliez prendre ?**

_ Euh, oui.

- **Est-ce qu'on vous informe régulièrement de l'évolution de votre maladie ?**

_ Non.

- **Est ce qu'il y a des besoins ou des demandes pour lesquels vous estimez n'avoir pas eu assez d'explications ?**

_ Non, je trouve que « le truc » est bien fait. Non, non et puis je les connaissais déjà donc ce n'est pas pareil.

- **Evaluation des professionnels**

- Objectif : savoir si les patients ont le sentiment d'être acteur de leur prise en charge à travers la pratique des professionnels et si la prise en charge participe à l'éducation pour la santé

Suivi :

- **Est ce que vous avez le sentiment que l'équipe médicale vous implique dans votre prise en charge ?**

_ Qu'il m'implique dans ma démarche de soins ?....

- **Est-ce que lors des consultations vous fixez des objectifs communs ?**

_ Non.

- **Est-ce que les professionnels ont pris en compte les connaissances que vous aviez sur votre maladie, sur les produits ?**

_ Non pas tellement. Il y a plus une prise en charge, je dirais médicale que psychiatrique ou psychologique, enfin dans mon cas.

- **Selon vous de quelle manière il pourrait davantage vous impliquer dans votre prise en charge ?**

_ (Longue hésitation) Je pense que dans ce service, on n'est pas là pour être impliqué. On est là pour être soigné dans un premier temps. Après il y a des postcures où là les gens peuvent travailler plus sur eux même. Ici, on est soigné physiquement, je vois une psychologue une fois par semaine, mais je pense que ce n'est pas le but du service.

- **Est-ce qu'on vous a assez informé sur le déroulement de la prise en charge ?**

_ Pour moi, c'est compliqué de répondre car j'étais la première patiente, le jour de l'ouverture du service le 4 janvier, donc tout le monde flottait un peu. C'est normal car on était trois patient, le service se mettait en route. Donc là quand je suis revenu, je connaissais le système donc la question ne me concerne pas vraiment.

- **Est-ce que l'on vous a expliqué les démarches à entreprendre à la suite de la première hospitalisation et celle-ci ?**

_ Oui.

- **Sur quel sujet souhaiteriez-vous avoir plus d'informations ?**

_ Non.

- **Avez-vous le sentiment de savoir plus de choses sur les addictions depuis vos deux séjours dans ce service ?**

_ Oui.

Quels ont été les moyens apportés ?

_ Les groupes de paroles.

- **Est-ce qu'il y a des choses que vous n'appréciez pas dans votre prise en charge ?**

_ Non.

- **Est-ce que vous avez une idée de ce qui pourrait être amélioré dans ce service ?**

_ (Hésitation) Non.

- **Comment percevez-vous la communication entre les différents professionnels concernant votre prise en charge ?**

_ Bonne.

Communication :

- **Est-ce que vous avez l'impression que les professionnels vous ont suffisamment compris et qu'ils se sont mis à votre niveau lors de l'entretien ?**

_ Oui.

- **Est-ce que vous avez le sentiment qu'ils vous ont mis en confiance ?**

_ Oui, Absolument.

- **Comment qualifiez-vous la relation que vous avez avec les professionnels de santé ?**

_ Très bonne.

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la prise en charge des patients dans un service d'addictologie.

Je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant vos ressentis, vos attentes et vos besoins par rapport à votre prise en charge.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 20 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger, je suis complètement extérieur au service.

Identité

_ Sexe : Homme

_ Age : 51 ans

_ Type de prise en charge :

❖ Hospitalisation pour sevrage : oui

❖ Soins de suite et de réadaptation : non

❖ Hospitalisation de jour : non

_ Date d'entrée : 13 mai

_ Durée d'hospitalisation :

- **Missions et rôles des acteurs du service d'addictologie**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du fonctionnement du service dans lequel ils sont pris en charge

- **Qui avez-vous rencontré depuis votre arrivée dans ce service?**

_ Les médecins, les psychologues, les assistantes sociales, addictologue, kiné, radiologue, stomatologue, hépatologue, podologue.

- **Connaissez-vous les rôles de chacun, leurs missions ?**

_ Ba oui, du grec hépato : foie et logos : le savoir.

- **Donc, vous pensez connaître les rôles de chacun ?**

_ Oui

- **Moyens de suivi :**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du suivi des informations recueillies concernant leur prise en charge

Compte rendu écrit par les professionnels :

- **Savez-vous qui a accès à votre dossier médical ?**

_ Tous les médecins de cet hôpital et peut être les autres médecins des autres hôpitaux... (Interruption brutale) Mais moi, moi. Il y a une loi qui est passé et j'ai accès à mon dossier. Ce n'était pas le cas il y a 10 ou 15 ans mais maintenant j'ai accès à mon dossier. Sûrement les autres établissements de santé qui en ferait la demande.

- **Pensez vous que l'échange d'informations entre l'équipe médicale est important pour votre prise en charge?**

_ Oui, évidemment. Ba oui, évidemment !

Qu'est ce que cela pourrait vous apporter ?

_ D'être suivi par une équipe, pas par des individus qui n'ont aucun rapport les uns avec les autres. C'est une équipe qui se réunit et qui font un bilan et une synthèse.

- **Pensez vous qu'il y a des améliorations a apporté à cette échange d'informations ?**

_ Ba non, ça m'est totalement étrange, je ne sais pas où ils se réunissent. Je sais qu'ils se réunissent, qu'ils font des points. En parlant avec un médecin, je sais qu'il a discuté avec un autre donc ça circule. De toute façon le dossier est commun donc ils sont au courant. Concernant le patient, ils sont assez au courant de ce qui se passe.

- **Prise en charge**

- Objectif : connaître la satisfaction et les besoins des patients concernant leur prise en charge

- **Evaluation de votre prise en charge par les professionnels suivant plusieurs thèmes**

Concernant l'écoute apportée par l'équipe? Comment vous la qualifier ?

_ Dans le cadre de ce service, elle est de bonne qualité.

Que pensez-vous de la disponibilité des professionnels à votre égard ?

_ Oui, oui ils sont très disponibles, très réactifs ! Quand on parle de délai, il n'y a pas d'urgence ici, c'est de l'ordre de la demi-journée. Une demande, un problème, il est résolu dans la demi-journée, dans les heures qui suivent. Donc je les trouve réactifs et efficaces.

Est-ce que l'on vous a déjà apporté une interprétation des résultats ou des tests que vous faites ?

_ Ah oui, il y a une communication avec les patients. Ce n'est pas que dans un sens, je pose des questions. Il y a même des soins ou des radios qui ont été fait à ma demande, sans que cela soit dans le protocole. Donc c'est dans les deux sens.

- **Est ce que l'on vous a informé du traitement que vous allez prendre, des effets ?**

_ Oui, oui des produits oui.

- **Est-ce que l'on vous informe régulièrement de l'évolution de votre maladie, de votre addiction ?**

_ Ce n'est pas tellement quantifiable mais oui cela se fait, notamment dans les groupes de paroles en addictologie. Donc l'évolution ce n'est pas eux qui la perçoivent c'est nous qui la percevons. Au-delà de ce qui est visible et quantifiable, il y a une évolution qui est quelque chose d'intime. Mais après du point de vue médical, oui, il y a une diminution des posologies, on m'explique pourquoi, que c'est tant de jours et qu'après cela n'a plus d'effet. Ce n'est pas magistrale, ce n'est pas un vieux barbu qui impose sa loi. On peut même intervenir dans la décision. On m'a mis sous valium à une certaine dose et moi j'en voulais une autre et il n'y a eu aucun problème. Cela a été pris en compte. Il y a vraiment une bonne communication entre les patients et l'équipe médicale.

- **Est ce qu'il y a des besoins ou des demandes pour lesquels vous estimez n'avoir pas eu assez d'explications ?**

_ D'un point de vue médicale ?

N'importe ?

_ Non, j'ai oublié la diététicienne tout à l'heure. Ce n'est pas rien, c'est important. Même nos goûts sont pris en compte. D'un point de vue médical, je n'ai aucun reproche à faire. Pour la plupart, pour 99%, le constat c'est que cela s'est très bien passé.

- **Evaluation des professionnels**

- Objectif : savoir si les patients ont le sentiment d'être acteur de leur prise en charge à travers la pratique des professionnels et si la prise en charge participe à l'éducation pour la santé

Suivi :

- **Est ce que vous avez le sentiment que l'équipe médicale vous implique dans votre prise en charge ?**

_ Oui.

Est ce que vous fixez des objectifs communs ?

_ (hésitation) Non car ça fait partie des choses pour la sortie, comme en hôpital de jour, car ici on est totalement protégé. L'objectif c'est quoi ? C'est de ne pas boire, mais ici il n'y a pas d'accès à la boisson donc les objectifs sont remplis. Il y a de temps en temps des alcotests mais je n'ai jamais vu quelqu'un de positif. Après pour ceux qui sont sortis, il y a des vrais objectifs, est ce qu'ils tiennent ? est ce qu'ils résistent ?

- **Est-ce que l'on vous a suffisamment informé sur le déroulement de la prise en charge ?**

_ Oui.

- **Est-ce que l'on vous a expliqué les démarches à faire à la suite de l'hospitalisation ?**

_ Oui, de toute façon il y a un suivi. Moi j'ai déjà un rendez vous avec l'alcoologue qui me suit donc oui. Ce n'est pas une fois la porte franchie que tout s'arrête par rapport à ce qui a été engagé. C'est sur la durée toutes les addictions.

- **Est-ce que vous avez le sentiment d'avoir appris plus de choses sur les addictions depuis que vous êtes dans ce service ?**

_ Oui.

Grâce à quels moyens par exemple ?

_ Grâce aux TCC (thérapies cognitivo comportementale), les groupes de paroles et puis les rendez vous avec les psys sur l'alcool, sur les addictions en général.

- **Est-ce qu'il y a des choses que vous n'appréciez pas dans votre prise en charge ?**

_ Non, justement ! D'un point médical, relationnel non.

Communication :

- **Comment percevez-vous la communication entre les différents professionnels de santé ?**

_ Ça je ne peux pas en juger. Pour moi, elle paraît bonne dans la mesure où quand je vais voir le podologue il est au courant sans même que je lui en parle c'est donc qu'il y a une communication. Le dossier médical centralisé c'est déjà une forme de communication car tout le monde y a accès et tout le monde sait ce qui se passe. Apparemment leur système de communication et de gestion du patient se passe bien.

- **Est-ce que vous avez l'impression que les professionnels vous ont suffisamment compris et qu'ils se sont mis à votre portée lors de l'entretien ?**

_ Oui, oui. Je ne crois pas, j'en suis sûr qu'on en choisit pas un secteur comme l'addictologie impunément comme ça. Donc il y a déjà une volonté, une ouverture. On a des rapports très simples, spontanés avec les psychiatres, n°2 du service. Je lui parle comme je vous parle. Ce n'est pas du tout hiérarchisé, c'est très bien. Et même beaucoup plus que dans un autre service purement médical où on vous enlève un organe ou il y a aucune information et aucun moyen de savoir où on en est, vous ne savez pas ce qui se passe autour. Ici c'est tout le contraire, c'est vraiment un truc de groupe, patients et personnels soignants. Vraiment un truc de groupe. Ce qui se passe ici, c'est tout le contraire, on vous explique les choses centimètre par centimètre, on sait où on va.

- **Comment qualifieriez-vous votre relation avec l'équipe ?**

_Dans les deux sens, comment on dit ?

Réciproque ?

_C'est bien ça !

Bonjour, je suis étudiante en master 2 Education à la Santé et Santé publique.

L'objectif de notre rencontre aujourd'hui est de réaliser des entretiens afin de faire avancer ma réflexion sur mon sujet de mémoire qui porte sur la prise en charge des patients dans un service d'addictologie.

Je souhaite recueillir le maximum d'informations concernant vos ressentis, vos attentes et vos besoins par rapport à votre prise en charge.

Ces entretiens seront enregistrés dans le simple but de faciliter notre discussion et nous permettre de les analyser plus facilement.

Il va sans dire qu'ils sont anonymes et que les enregistrements ne seront pas diffusés.

La durée de l'entretien est approximativement de 20 minutes. Je tiens à préciser qu'il n'existe pas de bonne ou mauvaise réponse, je ne suis pas là pour vous juger, je suis complètement extérieur au service.

Identité

_ Sexe : Homme

_ Age : 47 ans

_ Type de prise en charge :

❖ Hospitalisation pour sevrage : oui

❖ Soins de suite et de réadaptation : non

❖ Hospitalisation de jour : non

_ Date d'entrée : 8 Mai

_ Durée d'hospitalisation : 3 semaines

• **Missions et rôles des acteurs du service d'addictologie**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du fonctionnement du service dans lequel ils sont pris en charge

• **Qui avez-vous rencontré depuis votre arrivée dans ce service?**

_ L'ensemble des médecins du service, psychologue, diététicienne, Philippe l'éducateur... on a la chance d'avoir un éducateur sportif, c'est intéressant. L'assistante sociale c'est prévu. Après les infirmières, les aides soignantes et le personnel de restauration qui sont très sympathiques.

• **Connaissez-vous les rôles de chacun, leurs missions ?**

_ Oui, j'arrive à les définir approximativement.

On vous les a expliqués ?

_ Oui, on me les a expliqué et pour moi c'est mon deuxième séjour, pas dans ce service à René Muret mais à Jean Verdier avec le Dr Leveque, donc c'est quelque chose que je connaissais déjà.

- **Moyens de suivi :**

- Objectif : savoir si les patients ont connaissance du suivi des informations recueillies concernant leur prise en charge

Compte rendu écrit par les professionnels :

- **Savez-vous qui a accès à votre dossier médical ?**

_ Les médecins du service en totalité et les infirmiers, les aides soignants : je ne sais pas.

- **Pensez vous que l'échange d'informations entre l'équipe médicale est important pour votre prise en charge?**

_ J'imagine que oui, oui je pense que cela est nécessaire. Ne serait ce que pour la vie quotidienne. En l'occurrence, je trouve que cela se passe plutôt très très bien. On a besoin d'un minimum de réactivité ici car on a des examens dans des services différents que ce soit en radiologie ou autre et à chaque fois la logistique se fait de façon très claire. C'est important que cela se passe bien.

- **Pensez vous qu'il y a des améliorations a apporté à cette échange d'informations ?**

_ (Hésitation) Non je ne pense pas, franchement je ne vois pas, j'imagine que oui (rire) non, franchement je ne vois pas. Il y a beaucoup de disponibilité, et le service est suffisamment petit et concentré pour que l'on se croise plusieurs fois par jour. Concrètement, je ne vois pas.

- **Prise en charge**

- Objectif : connaître la satisfaction et les besoins des patients concernant leur prise en charge

- **Evaluation de votre prise en charge par les professionnels suivant plusieurs thèmes**

Concernant l'écoute apportée par l'équipe? Comment vous la qualifier ?

_ Je la qualifierais de plutôt très satisfaisante. Je suis assez étonné moi à chaque fois, c'est anecdotique, mais que dès le premier jour, tout le monde nous appelle par notre nom, situe notre chambre et manifestement est au courant de ceux pourquoi on est là. Ça ça fonctionne. De la même, qu'il y a une espèce de confidentialité dans le groupe de façon collective, il n'y a pas de télescopage d'information. Moi, je me sens sécurisé.

Que pensez-vous de la disponibilité des professionnels à votre égard ?

_ Là, c'est pareil. La taille du service fait que pour l'instant cela fonctionne bien. Après normalement, ils vont doubler la taille du service donc là je ne sais pas.

- **Est-ce que l'on vous a déjà apporté une interprétation des résultats ou des tests que vous faites ?**

_ Oui et cela s'est fait très rapidement. J'ai fait une prise de sang, le lendemain de mon arrivée et trois jours après j'avais les résultats. Pareil pour une fibroscopie qui a été interprété directement devant moi par le médecin.

- **Est ce que l'on vous a informé du traitement que vous allez prendre, des effets, de ces bénéfices ?**

_ Ouai, ouai...en l'occurrence moi là, je suis en sevrage pour médicaments, donc c'est une stratégie ensemble, que l'on a discuté car il s'agit d'une digression et que l'on vérifie tous les jours. Donc oui, cela se fait.

- **Est-ce que l'on vous informe régulièrement de l'évolution de votre maladie, de votre addiction ?**

_ Oui, enfin moi je m'étais déjà préalablement...on n'arrive pas là par hasard non plus, donc comme je consultais un addictologue et c'est une décision que j'ai prise moi pour quitter cette pratique que je trouvais contraignante à mon niveau. Donc je fais ce sevrage dans le but d'une postcure auquel je m'étais préalablement inscrit mais la condition étant d'arriver sevré donc ce travail là j'ai pu en parler avec le Dr Leveque. Ma stratégie est devenu notre stratégie et avec le délai que j'avais on a pu mettre en place ce programme et qui franchement depuis que je suis là, depuis 2 semaines, cela se passe très bien, j'appréhendais beaucoup plus que la réalité bien que ce ne soit pas terminé.

- **Est ce qu'il y a des besoins ou des demandes pour lesquels vous estimez n'avoir pas eu assez d'explications ?**

_ En faite non car d'abord il y a une visite quotidienne tous les matins, donc à chaque fois que j'ai une question, je la pose et soit on adapte, soit on m'explique pourquoi. Faut d'abord vérifier que le délai est tenable, et si ma proposition est viable on m'écoute aussi donc quotidiennement cela me paraît suffisant.

- **Evaluation des professionnels**

- Objectif : savoir si les patients ont le sentiment d'être acteur de leur prise en charge à travers la pratique des professionnels et si la prise en charge participe à l'éducation pour la santé

Suivi :

- **Est ce que vous avez le sentiment que l'équipe médicale vous implique dans votre prise en charge ?**

_ Je vais dire oui mais comme je le suis moi même et c'est une démarche que j'ai fait personnellement par l'intermédiaire d'un addictologue, j'ai l'impression que le dialogue existe vraiment et que l'implication est commune, réciproque. Alors je ne sais pas comment cela se passe pour des gens qui sont moins demandeurs ou moins motivés.

Vous avez le sentiment que c'est votre motivation qui fait que l'on vous implique davantage?

_ Je pense que cela est plus simple de répondre à des questions de quelqu'un de motivé que si on arrive ici par nécessité d'urgence. Dans ce cas là, je ne sais pas comment cela se passe. Moi, je suis curieux donc je pose beaucoup de questions donc on répond à mes questions.

- **Est-ce que l'on a cherché à recueillir vos connaissances sur votre addiction à votre arrivée ?**

_ Oui, c'est sur que...enfin, normalement j'avais un rendez vous préalable avec le Dr Leveque et il y a eu un désistement, ce qui nous a permis d'avancer l'hospitalisation. Je l'avais rencontré il y a deux ans donc tout ce qui était préalable en terme de mon addiction, en terme de connaissances ou de questionnements avait été fait. On se connaissait sinon il y aurait eu ce rendez vous préalable. J'imagine que la décision est prise par le médecin pour savoir si au final on est accepté ou non.

- **Est-ce que vous avez le sentiment d'avoir été assez informé sur le déroulement de la prise en charge ?**

_ Euh, c'est toujours pareil, comme c'est ma deuxième cure je connaissais le processus et je n'hésite pas à poser des questions donc oui.

Sur les différents professionnels que vous allez rencontrer ?

_ Dès l'accueil, on rencontre d'abord les infirmières et les médecins et dans le cadre de ce programme, il y a vis-à-vis des conséquences j'imagine de nos consommations, il y a un check up complet qui est prévu sur le temps du séjour.

- **Est-ce que l'on vous a expliqué les démarches à faire à la suite de l'hospitalisation ?**

_ Moi, elles étaient faite avant donc je ne pouvais pas vous dire pour mes camarades mais c'est le préalable des 10 semaines postcures qu'il y a à suivre étaient le sevrage du médicament concerné. Je sais que j'ai des camarades qui ont régulièrement rendez vous avec l'éducateur et l'assistante sociale pour trouver des postcures quand il est nécessaire de l'envisager et que manifestement cela se passe bien car il y en a deux récemment qui sont partis en postcures.

- **Est-ce que vous avez le sentiment d'avoir appris plus de choses sur les addictions depuis que vous êtes dans se service ?**

_ (Hésitation)...euh oui et non. Je vais dans les groupes de paroles assez régulièrement où il y a un médecin psychiatre et c'est vrai que les groupes de paroles où je vais sont des groupes interactifs ou les professionnels n'interviennent pas, c'est uniquement des partages. Mais ces autres groupes de paroles c'est des séances de thérapie cognitivo comportementale, que je trouve assez précis et répond de façon assez pédagogique, son discours est assez simple et assez claire donc oui j'ai appris.

Communication :

- **Comment percevez-vous la communication entre les différents professionnels de santé ?**

_ Moi, je trouve l'ambiance assez...détendu, assez agréable. La taille du service fait que pour le moment, euh ils ont ouvert en janvier donc c'est assez récent, donc 15 personnes pour le nombre de personnel fait que je les sens assez tranquille.

- **Est-ce que vous avez l'impression que les professionnels vous ont suffisamment compris et qu'ils se sont mis à votre portée lors de l'entretien ?**

_Oui.

- **Comment qualifieriez-vous votre relation avec l'équipe ?**

_ Encore une fois, cela va être très personnel mais je pense, avec le Dr Leveque, avoir une vraie relation de confiance.

Annexe E : Ligne du temps représentative de l'évolution de la mission réalisée

