

Année 2019/2020

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Amélie TRIPAULT

Née le 17/06/1991 à Vitry-sur-Seine (94)

Et **Agathe EDELINE**

Née le 22/01/1992 à Rouen (76)

Exploration du point de vue des professionnels paramédicaux exerçant en soins primaires sur le repérage des troubles addictifs

Présentée et soutenue publiquement le 12/03/2020 devant un jury composé de :

Président du Jury: Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie, PU, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Véronique MAUPOIL-DAVID, Pharmacie, PU, Faculté de Pharmacie – Tours

Docteur Frédéric DENIS, Chirurgie dentaire, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Maxime PAUTRAT, CCA, Médecine Générale – Tours

Résumé

Introduction. Le repérage précoce des troubles addictifs est recommandé en soins premiers. La réforme du système de santé a pour objectif d'inclure les professionnels paramédicaux dans ce repérage. L'appropriation de leur nouveau rôle n'a encore jamais été explorée.

Objectif. Explorer le point de vue des professionnels paramédicaux exerçant en soins premiers sur le repérage des troubles addictifs.

Méthode. Cette étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée entre août 2018 et juillet 2019. Elle comprend 13 entretiens individuels semi dirigés et 4 focus group de professionnels de santé de soins premiers (kinésithérapeute, infirmier, sage-femme, pharmacien et dentiste).

Résultats. Les paramédicaux décrivaient les avantages de leurs professions pour le repérage des addictions : visites à domicile, historique des ordonnances, habitude des sujets intimes, consultations rapprochées,... Malgré des postes d'observation spécifiques à leur pratique, ils restaient parfois témoins muets« *Je soupçonnais une addiction mais je me suis dit "y'a pas d'intérêts à aborder le sujet"* », par peur de lâcher une bombe« *J'ai eu des "De quoi vous vous mêlez ?"* » et par résignation « *On essaie et puis un moment on n'essaie plus* ». Une pratique centrée-ordonnance (« *ça les arrange très bien qu'on vienne juste pour le soin* ») et leurs sentiments d'impuissance étaient des freins au repérage. Ils s'estimaient plus proches des patients et pourtant moins légitimes que le médecin pour aborder les addictions. Enfin, leur désir de pluridisciplinarité était limité par la peur de déranger le médecin et la confusion entre trahison et secret médical.

Discussion. Les professionnels paramédicaux affirmaient avoir un rôle complémentaire à assumer dans le repérage des addictions. Leurs réticences faisaient écho au concept d'autocensure déjà décrit dans des études menées auprès d'addictologues et de patients. Ces résultats seront à confronter avec l'avis des médecins généralistes et des patients.

Mots clés : Addictions, paramédicaux, soins primaires, repérage.

Abstract

Introduction: Early identification of addictive disorders is recommended in primary care. The goal of health system reform is to include allied health professionals in this identification. The appropriation of their new role has not yet been explored.

Objective: To explore the perspective of allied health professionals in primary care on the identification of addictive disorders.

Methodology: This qualitative study inspired by the anchored theory was carried out between August 2018 and July 2019. It includes 13 semi-structured individual interviews and 4 focus groups of primary care health professionals (physiotherapist, nurse, midwife, pharmacist and dentist).

Results: The paramedics described the advantages of their professions for the detection of addictions: home visits, prescription history, habit of intimate subjects, close consultations, etc. Despite daily observation posts practice specific, they sometimes remained silent witnesses "I suspected an addiction but I said to myself 'there's no point in bringing up the subject'"; for fear of dropping a bomb "I heard 'What are you meddling in?'" , and resignedly, "You try and then you don't try anymore." A practice centered-ordering ("it suits them very well that we just come for the care.") and their feelings of helplessness were a hindrance to identification. They felt they were closer to the patients and yet less legitimate than the doctor in dealing with addictions. Finally, their desire for a multidisciplinary approach was limited by the fear of disturbing the doctor and the confusion between betrayal and medical secrecy.

Discussion: Paramedical professionals claimed to have a complementary role to play in identifying addictions. Their reluctance echoed the concept of self-censorship already described in studies with addictologists and patients. These results will have to be compared with the opinions of general practitioners and patients.

Key Words : Mass screening, Behavior addictive, Health personnel, Primary health care

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUTHEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUET Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier
----------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre Lebeau.

Vous avez accepté de présider ce jury et nous vous en remercions. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance quant à votre implication pour un enseignement de qualité.

A Madame le Professeur Véronique Maupoil-David, à Monsieur le Professeur Nicolas Ballon et à Monsieur le Docteur Frédéric Denis.

Vous avez accepté avec bienveillance de prendre connaissance de ce travail. Vous nous faites l'honneur de le juger. Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Maxime Pautrat.

Merci de nous avoir proposé ce sujet de thèse et de nous avoir si bien supervisé. On était parfois perplexe par tes « c'est très bien » alors qu'il y avait des corrections à chaque ligne, mais c'était un plaisir d'avoir un directeur de thèse si impliqué. Ta sérénité de tous les instants a été d'une aide précieuse pour réaliser ce travail.

Aux professionnels de santé qui ont participé à cette étude.

Merci pour le temps que vous nous avez consacré.

Et plus particulièrement pour Amélie,

À mes parents,

Merci pour votre soutien indéfectible, vos encouragements et vos conseils pendant toutes ces années, que ce soit dans les bons moments, ou dans les moments plus difficiles, vous avez toujours été là, rien aurait été possible sans vous.

A mon frère,

Merci pour ton soutien, ta bonne humeur et ces bons moments partagés, me réconfortant dans les moments de stress et de doute.

A mes grands-parents,

Merci pour la transmission de vos valeurs, vos attentions, vos encouragements et pour votre accueil un semestre.

A mes amis d'enfance, et mes amis médecins,

Merci pour nos sorties, nos vacances, et tous nos moments de décompression, étant d'une grande aide.

A mes maitres de stage et aux médecins qui m'ont formé,

Vous m'avez transmis de nombreuses connaissances et valeurs. Merci pour votre implication et votre disponibilité.

A Agathe,

Merci pour ta bonne humeur et tes conseils dans nos très nombreux moments de travail à 2. C'était un plaisir de réaliser cette thèse avec toi.

Et plus particulièrement pour Agathe,

A Papa et Maman, pour tout l'amour que vous m'avez donné. Merci pour m'avoir transmis les valeurs du travail et de la persévérance, mais aussi l'envie de profiter de la vie au présent. Merci pour vos conseils et votre soutien à toute épreuve, chacun à votre manière. Et surtout, merci pour toutes ces années pleines de bonheurs. J'espère qu'on offrira une enfance aussi heureuse à Joséphine.

A Jeanne, ma petite sœur adorée. A tous ces merveilleux souvenirs que j'ai avec toi. Merci pour avoir été ma première "supporter" ; tu es toujours là pour moi et tu sais que l'inverse est vrai. Tu m'as aidé de la PACES pour ranger mes classeurs et me faire réviser, jusqu'à cette thèse, pour retranscrire mes verbatim, merci ! Et à Victor, je suis heureuse de te connaître.

A toute ma famille (oncles, tantes, cousins et cousines) et à mes grands-parents. Surtout Mamie Amélie, j'espère que tu es fière de moi.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie si chaleureusement parmi vous. Merci pour votre gentillesse et votre amour. Merci pour tous les services que vous nous rendez. Gary, merci pour ta relecture appliquée de cette thèse, ainsi que pour la traduction. Anne et Sébastien, je rajouterai merci pour toutes ces parties de jeux de société !

A mes amis, vous êtes géniaux ! A Chloé et Hélène, mes meilleures amies depuis l'enfance, on a grandi ensemble. Merci pour tous les moments partagés et les très nombreux fous rires. A Coraline, on a toujours toutes les deux voulu prendre soin des autres, et on peut désormais le faire. Merci pour ton amitié qui m'est tellement chère. A Fred, merci pour m'ouvrir à d'autres horizons durant nos longues conversations. Tu comptes beaucoup pour moi. A Laura, tu m'as inspirée en réussissant à être interne et maman. Merci pour tout ses thés et heures passées au téléphone. Albane, le Beercontest m'aura apporté une sacrée amie ! Et à tous les autres : Hélène, Marie, Maxime, Axel, Gautier, Arthur, Nicolas, Aurélien, Anne, "les filles"...

A Amélie, merci pour avoir accepté de faire cette thèse avec moi ! Que ce soit pour réfléchir, coder, galérer, conceptualiser, théoriser, réécrire,... A deux c'est mieux ! Tu m'as souvent motivée, merci pour ton implication et ton sérieux.

A mes autres professeurs. Merci à Tata Jacqueline et Sandrine. Merci à Catherine qui m'a appris à lire lorsque je disais vouloir être chirurgienne. Merci aux médecins qui m'ont encouragés, beaucoup appris ou inspirés : Marco-Achille Gambirasio, Véronique Dérogis, Julie Magnant, Nathalie Trignol-Viguié et Anne Dubreuil, Maxime, Anne-Catherine et Cindy.

A Simon, merci pour tout ce que tu m'apportes tous les jours depuis presque 6 ans. Je suis heureuse d'avoir traversé l'externat et l'internat à tes côtés, tu auras été d'un soutien incroyable. Tu m'encourages, tu me soutiens, tu me fais rire, tu me consoles, tu m'écoutes, et des fois c'est long de m'écouter ! Merci pour notre vie au quotidien, pour tous nos voyages, le choix de Tours, et surtout l'incroyable aventure d'être parents. Tu es un conjoint, un père et un médecin formidable.

A Joséphine. Tu auras rendu nos nuits d'internats bien difficiles, mais tu inondes nos vies de bonheurs par ton joli sourire, ton regard espiègle et ta bonne humeur constante !

Summary

1. INTRODUCTION.....	13
2. MATERIAL ANDMETHOD	14
Population	14
Data collection	14
Analysis.....	14
Ethical aspects	14
Results	14
3. RESULTS	15
4. DISCUSSION.....	18

1.INTRODUCTION

High-risk use and addictive disorders are among the world's leading causes of preventable mortality¹. In 2016, alcohol was the cause of 5.3% of all diseases and accidents, or 3 million deaths worldwide². In France in 2015, 41,000 deaths were attributable to alcohol³, i.e. 7% of all deaths for the year, and represented the second leading cause of avoidable mortality after smoking. Other addictive disorders are also responsible for increased mortality and morbidity: in France in 2013, misuse of illicit psychoactive substances caused 350 deaths⁴. From a medico-economic point of view, the social cost in France in 2010 has been estimated at 120 billion euros/year for alcohol and 8.7 billion euros/year for illicit drugs⁵. Since the legalization of online gambling in 2010, the prevalence of substance-free addictions such as gambling is increasing⁶. Faced with the epidemiological challenges, the World Health Organization (WHO) report of 2018 has prompted the implementation of a new policy to prevent and combat addictions with or without substances, as in France^{7,9}.

The screening of addictive disorders is necessary because early medical management of patients with an addictive disorder reduces their morbidity and mortality and improves their quality of life¹⁰⁻¹². The SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral Treatment) screening model has been a recommendation since 2008 but remains little used in France, particularly in primary care¹³⁻¹⁴. The search for addictive behaviours is not systematic in general medicine : only 9% of practitioners ask about alcohol consumption and 4% ask about illicit products^{15,16}. In one out of two cases, this problematic consumption is not identified¹⁷. There are many obstacles to identification for general practitioners : lack of time, a feeling of inefficiency and patient reluctance are mentioned¹⁸⁻²³.

In 2018, the reform of the French healthcare system aims to systematise and strengthen the screening of addictive behaviour by primary care professionals in general, not just by general practitioners⁸. Dental surgeons, nurses and massage therapists are now called upon to carry out this identification and are also becoming new prescribers of nicotine substitution treatments, in addition to doctors and midwives²⁴. Pharmacists are involved through medications reconciliation²⁵. Advanced practice nursing and medical assistant positions have been created in France in 2019 in order to improve the management of chronic pathologies such as addictions^{26,27}. In the United States, since 2019, nurses can be trained in SBIRT to improve patient screening and referral²⁸. The appropriation of health care actors in primary care (nurses, pharmacists, physiotherapists, midwives and dentists) to this new role has not been described in the literature, unlike general practitioners.

The aim of this study was to explore the point of view of paramedics practising in primary care on the identification of addictive disorders.

2. MATERIAL AND METHOD

This qualitative study inspired by the grounded theory was conducted through individual interviews and focus groups.

Population

Individual interviews were conducted with primary care health care professionals (physiotherapists, nurses, midwives, pharmacists and dentists) by telephone or at the place of practice of the professionals in the Centre Val de Loire, Normandy and Ile-de-France Regions recruited using the snowball technique.

Multidisciplinary focus groups brought together midwives, nurses and physiotherapists from the Centre region for meals.

Using a sampling strategy with maximum variation, the greatest possible diversity in terms of sex, age, mode and particularity of practice was sought for each profession.

Data Collection

The interviews were conducted between August 2018 and July 2019. The initial interview guide was developed by all the authors. It included an icebreaker question on the last patient identified, followed by an invitation to share experiences of successful and unsuccessful patient identification and their role in the identification process. New reminders were added to explore the concepts emerging from the initial analyses (Annex 1). The interviews were fully recorded, transcribed and anonymized.

Analysis

A theorization analysis was chosen to seek a conceptualization of the corpus of representations of health professionals. This qualitative approach, which is new compared to previous quantitative or thematic analysis studies, makes it possible to explore the practical realities of identifying, rather than quantifying or listing the practices declared by practitioners. The scientific nature criteria of the anchored theory analysis were met and 32 out of 32 items in the COREQ grid were completed, such as data triangulation and inductive analysis²⁹. The QSR software NVivo11 was used for verbatim coding.

Ethical Aspects

Each participant signed an informed consent form (Annex 2).

The audio recordings were destroyed after transcription and anonymization.

This study, which explored the practices and views of health professionals based on interviews, without patient involvement and without intervention, did not require authorization from the Committee for the Protection of Persons.

The Espace de réflexion éthique région Centre committee gave a favourable opinion on the conduct of this study (N°2017-059, on 09/01/18) (Annex 3).

This study is registered with the Commission nationale informatique et liberté under No. 2017-093 (Annex 4).

Results

13 individual interviews and 4 focus groups were conducted. Sufficiency of data was achieved from the eleventh interview and from the third focus group. The characteristics of the participants are detailed in Tables 1 and 2.

3. RESULTS

13 individual interviews and 4 focus groups were conducted. Sufficiency of data was achieved from the eleventh interview and from the third focus group. The characteristics of the participants are detailed in Tables 1 and 2.

An addiction observation post specific to each professional

Nurses and midwives described the advantage of the home visit, where it was possible to observe people's privacy: "Yeah, because you get the smell, the bottles, even though they try to hide everything. "(nE3) and "I find that people confide more at home, they welcome you into their homes, we're in their homes, uh, we're around the table, even on their couch. "(mwE6). The pharmacy sometimes became an observatory in the heart of the village: "Through the window, you can see them anyway, eh, the patients. It overlooks the street and opposite there is a small bar, so you can see what they do during the day. "(phE9). Pharmacists also observed the evolution of addictive disorders thanks to the history of prescriptions: "Drug addictions are necessarily easier to detect, since we have the history. "(phE9). Dentists observed the signs of toxic use through the patients' oral condition: "Well, I can see the mouth, they have a lot of nicotine in their mouths. You can smell it on their breath (laughs)" (dE8). The physiotherapists noted the no-shows of patients with problematic consumption: "It's crazy because, as he didn't arrive, I go to get my bread and I meet him across the street, at the PMU..." (ptFG4).

Caregivers' reticence about identification

Asking the question is dropping a bomb...

The nurses were reluctant to talk about addictions for fear of the patient's reaction: "Afterwards, it's true that sometimes it feels like you're throwing a bomb and then you're a little afraid of what it's going to bring out in you. " (nFG2), or " And then there are reactions that are quite violent (...) I've had "What do you care what?", "I need a blood test, you come in to treat my leg, the rest is none of your business". " (nFG2).

No questions if no solutions.

The perceived lack of a solution when faced with admitted addiction led professionals to not ask the question: "Maybe we're not all very comfortable talking about this subject because we don't know what to do with it afterwards. "(ptE10) and "I had asked him to talk to more people about it. Because what are we supposed to do about it? Not much, you know! You have no treatment, you have nothing! And, uh, it's tough. "(phE9).

Do I go for it, or don't I?

It's not my place.

Pharmacists didn't always feel legitimate in dealing with addictions, because patients "also see them as a bit of a salesman so that's the tricky part" (phE9). Likewise, for dentists: "Dentiststaking care of addictions... It's not yet becoming the norm! In people's eyes, we're still technicians! "(dE11).

The interviews revealed an approach to care that is sometimes organo-centric or prescription-centred. The nurses said, "We come for the care and in general, it suits them very, very well that we just come for the care." (nFG4), "If we ask, we're out of the loop. Outside the act for which we came to see him" (nFG2) and "We don't come for the addiction, we come for the dressing, for the injection, for the antibiotics" (nFG4). The physiotherapists admitted "I don't necessarily bring up the subject if it doesn't have an impact on what I do" (ptFG3). When it takes place, the approach of addictions was limited to the usual technical field of the career: "I do more prevention on tobacco because it impacts the gums and the headaches, it affects organs that I treat (laughs)" (dE7). Faced with a rising increase in dosage, one pharmacist confided to us that she was not going against the medical prescription: "It's hard to know where we stop, 'well, when do we refuse to dispense prescribed drugs?" (phE1).

When the patient spontaneously brought up the subject of addictions, dentists said that it was not their role: "I don't really know what makes them tell me" (dE11) and "I don't mind if they tell me about it, after all, it's not really my field" (dE7). They showed a certain disinterest: "I don't remember addictions, because in my opinion, uh, you come across them without worrying about them." (dE11).

The health professionals blamed each other, the subject being more and more the colleague's business: "It's not necessarily up to me to broach the subject, 'he has a GP, it's not necessarily up to the physiotherapist to be the first, it's not me who gives him primary care for this kind of problem" (ptFG3), or again "If I don't see him again for a year, uh, it's complicated. It's not like a general practitioner or a physiotherapist, who sees his patient more regularly..." (dE7).

The anchoring of the doctor's status was strong in their minds: "I think authority is in the doctor!" (phE9). The doctor seemed to be more legitimate than paramedics in dealing with the subject of addictions: "If the doctor asks, it's not indiscretion" (nFG2) and "The patient will accept more that the doctor asks the questions; it's his position as a doctor that does that and it's more in line with overall management" (nFG2).

And when I try, it doesn't work...

Health professionals no longer brought up addictions because of the frustration induced by the failures experienced. Dentists were saying the same thing: "*Because there are lots of little actions like that, you say to yourself, it's really, you'd talk to a wall, it's the same thing!*" (dE11) and "*Well, if they don't want to, at a given moment, it's not my fault, that's all (...) if people don't want to seize the helping hand, it's too late, it's not our problem (laughs).*" (dE7). Or nurses: "*We try and then after a while we stop trying*", (nE12) "*They haven't realized the change, well not at all, we can feel that it's not going to work anyway*" (nFG4), "*It's true that sometimes we work a bit in the dark ourselves, eh?*" (nFG1).

The meeting

A question of feeling

In the approach to addictions, being a paramedical could be an advantage "*Because often there is a small step to take, I think, and it's true that going to the GP is a bit like going to see your parents and taking responsibility for what you've done, so you're ashamed of what you've done.*" (phE9). The paramedicals thought that patients were sometimes afraid of their doctors." *And when you ask: 'and you told the doctor?', 'well no!'. He's afraid he'll get*

chewed out. (laughs)". The nurses had the impression of being « almost intimate with them, even more sometimes than with the doctor, because we have less of the, you know, father figure of the doctor. "(phE9) "And then, we don't have any status, we're a little lower than the doctor in their minds. We're closer to them, we're almost at the same level, we're their physiotherapist, their nurse, their midwife, but we could be their « buddy ». It's true, yeah, we go into their homes, we're buddies "(nFG4).

In the end, proximity and personality seemed more important than status: *"I know that the little grannies at the office call me by my first name, we kiss each other, well, sometimes they show up, they're isolated, the family is far away, so you're the grandson, you drop by from time to time. They bring you pancakes, well, you still have a relationship that's much more intimate, much more personal. "(ptFG4), "I think that between two people, there are things that happen and things that don't happen (...) I think it's a matter of personality, of trust, between a care giver and a care receiver."(nE12).*

The "plus" of each profession

Besides, every profession had its advantages. It was about physical contact for the physiotherapists *"it's true that in physiotherapy, we are calm with the patients, we are close, we are tactile, especially in the office" (ptE13), "the fact of touching, you enter into the intimacy of the other, and very often at some point, people end up confiding. "(ptFG3). For midwives, it is the habit of addressing intimate issues: "We become intimate with each other. Because we ask them how their sexuality is going, so in the end it's less intimate the addictions. "(mwFG3), and the opportunity to intervene during a privileged window "There are people for whom the time of pregnancy is a sufficiently powerful motivation to decrease or stop. Besides, it's a discourse they hear well at this point in their lives. "(mwE6). The nurses had the advantage of getting confidences " I hear a lot of people say that there's not enough listening at the GP level so they say "Well, at least with you we can talk anyway." "(nFG2). The "plus" for pharmacists was their knowledge of medications: "We really have warnings, we know that a certain medication is more likely to cause dependence, we can really spot this kind of thing. "(phE1). Midwives, physiotherapists and pharmacists also highlighted their availability: "On a pregnancy follow-up, you see them regularly so you can discuss it more easily" (mwE4), "Patients have more time to ask questions at the pharmacy" (phE2) and "What is interesting in the physiotherapist's job is that we have time with patients repeatedly" (ptE10).*

Individual management sometimes far from care

When the meeting took place between professionals and patients, a certain inertia could eventually result, where respect for liberties seemed to prevail over the prevention of an eating disorder: *"Adults who are adults and vaccinated and who smoke a joint or two a month, that's their problem, honestly, uh, it's like someone who's going to drink a little bit too much, who gets a little drunk during the month, well, as long as he doesn't drive, we'll say, it's his liver, it's his organs, he does what he wants (Laughs)" (dE7), or "Everyone is free to do what he wants! If it only puts his life in danger, it's no problem" (nE3).*

The meaning of some of the comments showed a singular approach. Pharmacists sometimes adopted a commercial discourse as *"clients on methadone..." (phE5). Nurses and dentists seemed to be looking for confessions rather than confidences "We tried to reach out to him a little bit to get him to tell us the truth" (nFG4), "depending on how much alcohol the patient confessed" (dE7). Sharing the identification of a substance use disorder among the health care team was not systematic, or criticized as denunciation: "We're not cops, so... people do what they want" (nE3), "it's not my values to denounce people, so..." (nE3), "We're not here to be the*

police. (Laughs)" (nFG1). Some people seemed to confuse betrayal with doctor-patient confidentiality: *"It would really feel like betrayal to me if we called the doctor behind the patient's back"* (nFG4).

Debriefing

There was, however, a desire for coordination and teamwork: "We often tell them that we are a team in front of them. Yes, we talk about your health as a team, so what you tell me, okay, it's professional secrecy, but if we consider that the doctor needs to know, we'll let him know." (nFG4). "We're all here to participate in the same thing, because if we detect them, advise them or direct them, at some point they're going to pass into the hands of the doctors." (nFG2).

4. DISCUSSION

This study explored the practice and experience of addiction detection by paramedics. The possibilities of observing addictions related to the characteristics of their professions, their preconceptions or reticence with respect to identification, and the singularities of their approaches according to their practices allow us to explore their appropriation of this new role.

A specific "observation post" was found for each paramedical professional. The identification of addictions requires *"taking the time to observe"*. Being a local healthcare provider allows immersion in people's real lives and home visits give them a privileged position for observing risk behaviours³⁰⁻³¹. In this respect, paramedics recognize that they have a role in identifying addictions that is complementary to that of doctors. However, there is ambivalence in their discourse since they feel it is not their role to address the subject. Thus, they sometimes remain "silent witnesses". If they consider that the doctor can ask questions that are not related to the reason for the consultation, the paramedical healthcare provider feels the duty to remain within the framework of the care for which he comes. They do not allow themselves to do what they think is the responsibility of the general practitioner. These representations must be taken into account to enable the delegation of tasks to be developed concerning technical procedures but also the patient-centred care desired by the reform of the health care system³². Identification as recommended in the RPIB strategies cannot be limited to "unilateral identification", already conceptualised in the discourse of addictologists, where only the healthcare provider notes the disorder^{13,14,33}. A "shared identification" would allow us to enter into dynamic care³⁴.

The reluctance of the caregivers expressed here echoes the concept of self-censorship already found in the study exploring the point of view of addictologists³³. The fear of rushing the patient, of making him feel guilty, of not knowing how to react, of running out of time, of breaking the healthcare provider-patient bond were recalled by the paramedical professionals. Exploring their discourse directly brings a new origin to this self-censorship: paramedics do not feel as legitimate as general practitioners in dealing with these intimate subjects. This limit perceived as a "transgression" has already been described in fields other than addictology³⁵. A feeling of inaudibility towards the patient is also expressed: *"Besides, I'm not the one they're going to talk to about it! »*. Thus, everyone keeps a practice circumscribed to their usual acts and develops an organo-centric vision, like technicians: care prescribed by the doctor for nurses and physiotherapists, pregnancy for midwives, prescription for pharmacists and the oral sphere for dentists. This prism of restrictive activity induces a "professional scotoma" responsible for a trivialization: not asking the question of an addiction reinforces the disorder. For the patient, the omission of the caregiver means that he or she is condoning consumption³⁶⁻⁴⁰.

The encounter, that is, the time at which the addiction is confided by the patient to the caregiver, is influenced by several factors. According to professionals, the relationship established with the patient seems more conditioned by personality than by status. It was recalled that a listening, caring, equal and "non-stigmatizing" relationship is necessary, which had also been found when exploring the point of view of addicted patients²³. Proximity identification with an empathic and patient-centred approach would be more effective than a systematic approach, the main thing being to move away from a possible social identity⁴⁰. Paramedics also consider that they are more affordable and would have more time to devote to the patient to develop this relationship conducive to their disclosure. A "buddy" relationship between caregiver and patient would encourage disclosure. A recent qualitative study that asked patients about the ideal conditions for disclosure also reported that patients preferred to confide in a trusted caregiver rather than a specialist seen on an ad hoc basis⁴¹. This facilitating proximity in the patient's disclosure expressed here is in contrast to what addictologists described as a "relational routine" not very conducive to disclosure: the more intimate one would become, the less one would dare to ask intimate questions, despite the climate of trust³³. It is not surprising that the opinions of primary and secondary care professionals diverge, and it is reassuring that a long-term follow-up relationship does not preclude comprehensive patient management.

The management of an addictive disorder by paramedics sometimes appears far from the recommendations: when patients confide in an addiction but there does not seem to be any immediate bio-psycho-social repercussions according to the paramedics, the latter seem to minimize and trivialize this consumption disorder. While the proximity relationship facilitates disclosure, it would also induce inertia in their care and in the sharing of information within the medical team. The paramedics' discourse on addictology includes all the elements that lead to therapeutic inertia, such as lack of training, motivation and "soft reasons", as in the case of other chronic pathologies monitored in primary care, such as hypertension⁴².

Strength and weakness

The choice of grounded theory analysis was justified by the search for the conceptualization of tracking by primary care allied health professionals. Focus groups have the advantage of encouraging interaction between participants and stimulating inter- and intra-disciplinary exchanges. This method exposes to the usual opinion leader and social desirability biases. To limit these biases, the focus groups were conducted in a convivial atmosphere, around a meal. Unexpected comments showed that the exchanges were free. These focus groups seem appropriate for nurses, physiotherapists and midwives, whose practices have points in common (scheduled consultations, home visits). They could thus easily exchange on their practice even if it is not the same profession.

Individual interviews have the advantage of guaranteeing intimacy, spontaneity and freedom of response during exchanges on a subject charged with representations such as addiction. The flexibility of the exchange also allows for more personalized follow-up to confirm or deepen certain elements that emerged during the focus groups.

In essence, the type of exploration conducted here gathers subjective data. The same applies to their analysis. To ensure the validity of this study, the scientific criteria of the qualitative methods of the COREQ grid were respected²⁹. In addition, great variability in terms of sex, age, method and practice characteristics was sought for each professional.

Perspectives

This qualitative study explored the realities of addiction identification by paramedics. It underlines the inadequacy between the specialisation of health professionals through increasingly technical job references and the current willingness of public authorities to encourage multidisciplinary care that mobilises skills such as the patient-centred approach. The nature of the relationship between professionals and patients remains to be explored, since an almost "friendly" relationship seems to favour disclosure but also to induce inertia in care. This study complements the studies already carried out with addictologists and addict patients. These results will have to be compared with the opinions of general practitioners and patients received in primary care, for a more global model.

Références

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington : APA, 2013.
2. World Health Organization et al., *Global Status Report on Alcohol and Health 2018.*, 2018.
3. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6):97-108
4. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues, chiffres clés. 7^e éd. Paris : Ofdt, 2017.
5. Kopp P. Le coût social des drogues en France. Paris : Ofdt, 2015.
6. Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014, note ODJ n° 6, avril 2015.
7. World Health Organisation. Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé. WHO 2014.
8. Assurance Maladie. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduits addictives
9. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
10. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. Int J Drug Policy. 2010 Sep;21(5):364–80.
11. Baumeister SE, Gelberg L, Leake BD, Yacenda-Murphy J, Vahidi M, Andersen RM. Effect of a primary care based brief intervention trial among risky drug users on health-related quality of life. Drug Alcohol Depend. 2014 Sep 1;142:254–61.
12. Becker SJ, Curry JF, Yang C. Longitudinal association between frequency of substance use and quality of life among adolescents receiving a brief outpatient intervention. Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav. 2009 Sep;23(3):482–90.
13. B.A SMA, Ph.D EFM-KMD. Integrating Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) into Clinical Practice Settings: A Brief Review. Journal of Psychoactive Drugs. 1 sept 2012;44(4):307–17.
14. Aldridge A, Linford R, Bray J. Substance use outcomes of patients served by a large US implementation of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT). Addiction. 2017;112(S2):43–53.
15. Haute Autorité de santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins - audition publique. Saint-Denis : HAS, 2007.
16. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Rev Epidemiol Sante Publique 2011;59(5):285-94.
17. Haller DM, Meynard A, Lefebvre D, Hasselgård-Rowe J, Broers B, Narring F. Excessive substance use among young people consulting family doctors: a cross-sectional study. Fam Pract. 2015 Oct;32(5):500–4.
18. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health. 2003 Apr; 93(4):635–41.
19. Yoast RA, Wilford BB, Hayashi SW. Encouraging physicians to screen for and intervene in substance use disorders: obstacles and strategies for change. J Addict Dis. 2008;27(3):77–97.
20. Maurat F. Repérage précoce et intervention brève des mésusages d'alcool. Etude de faisabilité auprès de 97 médecins généralistes girondins sur une année. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2006.
21. McPherson TL, Hersch RK. Brief substance use screening instruments for primary care settings: a review. J Subst Abuse Treat. 2000 Mar;18(2):193–202.

22. Neuner-Jehle S. [The addiction patient in the family physicians' practice: tools and skills for a successful performance]. *Ther Umsch Rev Ther*. 2014 Oct;71(10):585–91.
23. Pautrat M, Riffault V, Ciolfi D. Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le discours des patients. *Exercer* 2019;156:347-353.
24. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, publiée au Journal officiel du 27 janvier 2016.
25. Avenant n°12 à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie – 21 novembre 2017
26. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.
27. Arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical.
28. Rittle et al., « Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment : Implementation Into an RN-BSN Curriculum ». *Workplace Health Saf*. 2019 Nov;67(11):537-542
29. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57.
30. Djaoui, Elian, 2014, *Intervenir au domicile*, Rennes, Presses de l'EHESP
31. Leduc, Florence et Delcourt, Jean-Baptiste, 2007. *Aider, soigner, accompagner les personnes à domicile. Un éclairage sur l'intime. Gérontologie et société*, n°122, p.144-149
32. Haute Autorité de Santé. Démarches centrées sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. HAS, 2015
33. Pautrat M, Ciolfi D, Riffault V. Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs en soins premiers, points de vue des addictologues. *Exercer* 2019;156:340-6.
34. Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patients et professionnels de santé. HAS, 2018.
35. Cherry Schrecker et Lauréna Toupet. Dessiner les frontières de l'intime dans le cadre des soins. *Socio*, 7.2016, 45-81.
36. Menecier P, Rotheval L, Plattier S. Denial in alcoholology, along a pass of what denial is not. *Drogues, Santé et Société*. 2016 ;Volume 15, Numéro 2, p. 39–59
37. Levinson W, Stiles WB, Inui TS, Engle R. Physician Frustration in Communicating with Patients. *Medical Care*. 1993;31(4):285-95.
38. Ruberton PM, Huynh HP, Miller TA, Kruse E, Chancellor J, Lyubomirsky S. The relationship between physician humility, physician–patient communication, and patient health. *Patient Education and Counseling*. 2016.99(7):1138-45.
39. Abric J-C. *Psychologie de la communication : Théories et méthodes*. Dunod; 2019. 192 p.
40. Renard C. Repérage des troubles addictifs en soins premiers. Regards croisés entre patients addicts et médecins addictologues. Thèse de médecine : Université de Tours, 2019.
41. LEBEAU J-P. Inertie thérapeutique dans l'hypertension artérielle. *Exercer*. 2012;100:37-43.
42. McNeely et al. Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. *Addict Sci Clin Pract* (2018) 13:8

Annexes

Table 1: Characteristics of the individual interview population

	Profession, gender and age	Place of practice	Type of work	Interview time	Collected by
E1	Ph, Women, 28 (ph,E1)	85	Rural, ambulatory	13 min	AT
E2	Ph, Women, 37 (ph,E2)	85	Rural, ambulatory	16 min	AT
E3	N, Men, 60 (n,E3)	37	Rural, ambulatory	31 min	AE
E4	MW, Women, 31 (mw,E4)	18	Semi-rural, ambulatory	22 min	AT
E5	Ph, Men, 51 (ph,E5)	27	Rural, ambulatory	20 min	AE
E6	MW, Women, 57 (mw,E6)	37	Urban, employee in PMI	48 min	AE
E7	D, Women, 35 (d,E7)	37	Semi-urban, ambulatory	21 min	AT
E8	D, Men, 51 (d,E8)	45	Semi-rural, ambulatory	21 min	AT
E9	Ph, Men, 28 (ph,E9)	76	Urban, ambulatory	43 min	AE
E10	Pt, Men, 41 (pt, E10)	37	Urban, salarié and academic	49 min	AT
E11	D, Men, 59 (d,E11)	18	Rural, ambulatory and academic	20 min	AE
E12	N, Women, 49 (n,E12)	37	Semi-rural	47 min	AT
E13	Pt, Women, 26 (pt,E13)	75	Urban	23 min	AE

N : Nurse, MW : MidWife, D : Dentist, Ph : Pharmacist, Pt : Physiotherapist

AT : Amélie Tripault ; AE : Agathe Edeline

Table 2: Characteristics of the focus group population

	Gender	Place of practice	Type of work	Interview time	Collected by
FG1	N, Women 42 (n1,FG1) N, Women 43 (n2,FG1) N, Women 53 (n3,FG1) N, Women 54 (n5,FG1)	85	Rural, ambulatory	53 min	AT
FG2	Pt, Men, 45 (pt1,FG2) Pt, Women, 32 (pt2,FG2) N, Men, 49 (n1,FG2) N, Men, 52 (n2,FG2) N, Women, 50 (n3,FG2) N, Women, 55 (n4,FG2) N, Women, 53 (n5,FG2)	37	Rural, ambulatory	50 min	AE
FG3	MW, Women, 29 (mw1,FG3) MW, Women, 29 (mw2,FG3) MW, Women, 41 (mw3,FG3) MW, Women, 47 (mw4,FG3) Pt, Women, 39 (pt1,FG3) Pt, Men, 35 (pt2,FG3) N, Women, 57 (n1,FG3)	37	Urban, ambulatory	93 min	AT
FG4	Pt, Men, 25 (pt1,FG4) Pt, Men, 26 (pt2,FG4) Pt, Women, 29 (pt3,FG4) N, Women, 37 (n1,FG4) N, Women, 42 (n2,FG4) N, Women, 46 (n3,FG4) N, Women, 53 (n4,FG4)	37	Urban, ambulatory	43 min	AE

N : Nurse, MW : MidWife, Pt : Physiotherapist

AT : Amélie Tripault ; AE : Agathe Edeline

Annexe 1 : Guide d'entretien initial

Réalités du repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs en soins premiers : repérage par les professionnels de santé

Je m'appelle Agathe Edeline ou Amélie Tripault, étudiante en année de thèse de médecine générale à Tours. Mon sujet de thèse s'intéresse aux réalités du repérage des conduites et consommations problématiques et addictions. Elle s'inscrit dans le cadre d'un projet plus vaste, PAPRICA (Problematic use and Addictions in Primary Care), dont le but est de d'identifier les problèmes rencontrés dans le repérage des addictions et consommations problématiques et d'y apporter des solutions. Il s'agit d'une étude qualitative issue d'entretiens avec des professionnels de santé (kinésithérapeute, IDE, sage-femme, pharmacien et dentiste) dans les Régions Centre, Normandie et Île-de-France.

Cet entretien est enregistré et anonyme. Il sera ensuite retranscrit par écrit pour être analysé selon la méthode par théorisation ancrée.

Questions brise-glace :

- Expliquez-moi dans quelle structure vous exercez.
 - Racontez-moi l'histoire du dernier patient ayant un problème de dépendance que vous avez vu ?
 - Racontez-moi l'histoire d'un patient où le problème de l'addiction n'a pas été repéré assez tôt pour éviter des complications.
- Ou l'histoire d'un repérage qui s'est bien passé.

Pensez-vous avoir un rôle dans le dépistage des addictions ?

- Pourquoi pensez-vous qu'une personne se soit confiée sur ses addictions à vous en particulier ? Quel est le bonus de votre profession ?

Vers quel référents/professionnels de santé orientez-vous ?

- Quelles relations entretenez-vous avec les médecins généralistes sur les addictions ?
- Travaillez-vous avec les addictologues ?

Quels freins voyez-vous au repérage ?

Quelles améliorations pensez-vous possibles pour le dépistage ?

Pour finir : Avez-vous quelque chose à rajouter sur le sujet ?

Sexe	
Age	
Zone d'exercice	
Mode d'exercice	
Spécialité, formation, ...	

Annexe 2 : Formulaire de consentement

LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Version n°du

Acronyme :

Etude PAPRICA : Problematic use and Addiction in Primary Care

Promoteur de la recherche :

CHRU de Tours - 2, boulevard Tonnellé 37044 Tours Cedex 9

Investigateur coordonnateur :

Dr PAUTRAT Maxime

Médecin Généraliste – Chef de Clinique universitaire de médecine générale

CHRU de Tours - 2, boulevard Tonnellé 37044 Tours Cedex 9

Téléphone : 02 18 08 20 00

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une recherche organisée par le CHRU de Tours et appelée *PAPRICA*. Cette recherche dite non interventionnelle ne comporte aucun risque ni contrainte pour vous. Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement de vos données de santé pourra être mise en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui vous concernent soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

QUEL EST L'OBJECTIF DE CETTE ÉTUDE ?

Explorer la pratique du repérage des consommations et conduites problématiques et des polydépendances en soins primaires pour étudier votre pratiques, les freins éventuels, vos attentes, et voir si des améliorations sont possibles.

QUE SE PASSERA T-IL SI JE PARTICIPE À LA RECHERCHE ?

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, les données vous concernant seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif mentionné plus haut.

Votre participation durera le temps de cet entretien et il n'y aura ni visite ni examen supplémentaire.

EST-CE QUE JE PEUX RENONCER A MA PARTICIPATION ?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement de vos données dans le cadre de cette recherche.

Dans ce cas, vous devrez avertir le coordonnateur de cette recherche ou le médecin qui vous a proposé d'y participer. Ce dernier s'engage alors à communiquer votre opposition au Promoteur.

EST-CE QUE MA PARTICIPATION RESTERA CONFIDENTIELLE ?

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données de santé va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises au Promoteur ou aux personnes agissant pour son compte. Ces données seront donc identifiées par un code et les initiales de votre nom et prénom.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

QUI A APPROUVÉ LA RECHERCHE ?

En application des dispositions de l'article L1121-4 du code de la santé publique, les modalités de cette recherche ont été soumises à un Comité de Protection des Personnes (CPP) qui a notamment pour mission de vérifier les conditions requises pour la protection et le respect de vos droits.

QUI POURRAI-JE CONTACTER SI J'AI DES QUESTIONS ?

Le médecin qui vous a proposé cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires. Si vous le souhaitez, vous pouvez contacter directement le coordonnateur de cette recherche : le Dr PAUTRAT (02 18 08 20 00)

A compléter par l'investigateur (médecin ou personne qualifiée)

Nom, prénom investigateur :

N° de téléphone :

Nom, prénom de la personne qui se prête à la recherche :

Date de délivrance de l'information : ____ / ____ / ____ Opposition exprimée : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Signature investigateur :

A compléter en 2 exemplaires : le 1^{er} exemplaire est à conserver par l'investigateur, le 2nd par le patient.

FORMULAIRE D'OPPOSITION
A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE POUR LA RECHERCHE
Version n°du

Etude Acronyme :

Etude PAPRICA : Problematic use and Addiction in Primary Care

Promoteur de la recherche :

CHRU de Tours - 2, boulevard Tonnellé 37044 Tours Cedex 9

Investigateur coordonnateur :

Dr PAUTRAT Maxime

Médecin Généraliste – Chef de Clinique universitaire de médecine générale

CHRU de Tours - 2, boulevard Tonnellé 37044 Tours Cedex 9

Téléphone : 02 18 08 20 00

A compléter par la personne qui se prête à la recherche uniquement en cas d'opposition

Coordonnées de la personne se prêtant à la recherche :

Nom :

Prénom :

☐ **Je m'oppose à l'utilisation de mes données de santé dans le cadre de cette recherche.**

☐ **Le cas échéant, je m'oppose à l'utilisation de toutes les données recueillies antérieurement.**

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir le coordonnateur de cette recherche ou le médecin qui vous a proposé d'y participer.

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

Après avoir complété ce document, merci de le remettre au médecin (ou la personne qualifiée selon le type d'étude) qui vous a proposé de participer ou directement au coordonnateur de la recherche.

Annexe 3 : Avis favorable de l'ERERC



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : **Dr Maxime PAUTRAT**

Titre du projet de recherche : **Etude PAPRICA : Problematic use and Addiction in Primary Care**

N° du projet : **2017 059**

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

☒ **FAVORABLE**
Sous réserve d'une déclaration à la CNIL

☐ **DÉFAVORABLE**

☐ **SURIS A STATUER**

☐ **DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2017 059

A Tours, le 9 janvier 2018

Dr Béatrice Birmelé
Directrice ERERC

Annexe 4 : Enregistrement à la CNIL

C.H.R.U. TOURS
Pôle Finances, Facturation, Système d'Information
Correspondant Informatique et Libertés

09/04/2018



Traitements mis en œuvre au sein du C.H.R.U. de Tours

Pour aller à la ligne à l'intérieur d'une cellule : combinaison de touches : [Alt] + [Entrée]	
Date de déclaration :	29/06/2017
Nom du traitement :	PAPRICA - Problematic use and Addiction in Primary Care
Type de recherche :	
Avis du CPP ou CEREES :	
Document de référence CNIL :	MR-003
Date de mise en œuvre :	2017-2019
Finalité principale :	Etablir une théorie sociale du repérage des addictions en soins primaires = étude de pratique
Type de déclaration :	Engagement de conformité
Pôle :	Médecine générale
Service chargé de la mise en œuvre :	DUMG Tours
Personne chargée de la mise en œuvre :	Dr Maxime PAUTRAT - médecin généraliste MSP Ligueil & CCU MG Tours
Personne référente de ce dossier au service informatique :	
Contact CNIL :	Eric TRIPAULT Pôle Finances, Facturation, Système d'Information 2 Boulevard Tonnellé 37044 TOURS CEDEX 9 Tel : 02 47 47 84 46 Email : ci@chu-tours.fr ou e.tripault@chu-tours.fr
Catégories de personnes concernées par le traitement :	Entretien auprès 1) de patients suivi en addictologie, 2) de patients suivi en médecine générale 3) de médecins addictologues 4) de médecins généralistes
Catégories de données traitées :	Entretiens individuels et en groupe, enregistrés, retranscrits et anonymisés. Données déclaratives : données d'identification (nom, prénoms, sexe, profession, lieu d'exercice,...)
Catégories de destinataires :	Destinataires : Données concernées Médecins chercheurs : Ensemble des données Sujets d'étude : Résultats issus de leur entretien Revue scientifique : Résultats principaux
Durée de conservation :	Données Entretiens individuels et en groupe, enregistrés, retranscrits et anonymisés. Données déclaratives : données d'identification (nom, prénoms, sexe, profession, lieu d'exercice,...) Durée de conservation Pour le chercheur jusqu'à publication
Mise à jour (date et objet) :	29/06/2017
Nom / Prénom du déclarant :	Dr Maxime PAUTRAT - Chef de Clinique Universitaire
Signature du déclarant (en cas de déclaration papier) :	

N° d'enregistrement C.H.R.U. (à remplir par le contact CNIL) :	2017_093 v 0
N° d'enregistrement CNIL :	0

Document à envoyer à : ci@chu-tours.fr

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'Etat

D.E.S. de Médecine Générale

Présentée et Soutenue le 12/03/2020

Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM : EDELINE

Prénoms : Agathe

Date de naissance : 22/01/1992

Nationalité : Française

Lieu de naissance : ROUEN (76)

Domicile : 50 rue de Boisdénier, 37000 Tours

Téléphone : 06 88 29 52 14

Directeur de Thèse: Docteur Maxime PAUTRAT

Titre de la Thèse : Exploration du point de vue des professionnels paramédicaux exerçant en soins primaires sur le repérage des troubles addictifs.

JURY

Président : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Membres (en cours de validation) :

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie, PU, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Véronique MAUPOIL-DAVID, Pharmacie, PU, Faculté de Pharmacie - Tours

Docteur Frédéric DENIS, Chirurgie Dentaire, MCU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Maxime PAUTRAT, Médecine Générale, CCA, Faculté de Médecine - Tours

Avis du Directeur de Thèse
À Tours, le 11/02/2020



Avis du Directeur de l'U.F.R. Tours
à Tours, le 13.2.20



TRIPAULT Amélie
EDELINE Agathe

34 pages – 2 tableaux – 42 références

Résumé :

Introduction. Le repérage précoce des troubles addictifs est recommandé en soins premiers. La réforme du système de santé a pour objectif d'inclure les professionnels paramédicaux dans ce repérage. L'appropriation de leur nouveau rôle n'a encore jamais été explorée.

Objectif. Explorer le point de vue des professionnels paramédicaux exerçant en soins premiers sur le repérage des troubles addictifs.

Méthode. Cette étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée entre août 2018 et juillet 2019. Elle comprend 13 entretiens individuels semi dirigés et 4 focus group de professionnels de santé de soins premiers (kinésithérapeute, infirmier, sage-femme, pharmacien et dentiste).

Résultats. Les paramédicaux décrivaient les avantages de leurs professions pour le repérage des addictions : visites à domicile, historique des ordonnances, habitude des sujets intimes, consultations rapprochées,... Malgré des postes d'observation spécifiques à leur pratique, ils restaient parfois témoins muets « *Je soupçonnais une addiction mais je me suis dit "y'a pas d'intérêts à aborder le sujet"* », par peur de lâcher une bombe « *J'ai eu des "De quoi vous vous mêlez ?"* » et par résignation « *On essaie et puis un moment on n'essaie plus* ». Une pratique centrée-ordonnance (« *ça les arrange très bien qu'on vienne juste pour le soin* ») et leurs sentiments d'impuissance étaient des freins au repérage. Ils s'estimaient plus proches des patients et pourtant moins légitimes que le médecin pour aborder les addictions. Enfin, leur désir de pluridisciplinarité était limité par la peur de déranger le médecin et la confusion entre trahison et secret médical.

Discussion. Les professionnels paramédicaux affirmaient avoir un rôle complémentaire à assumer dans le repérage des addictions. Leurs réticences faisaient écho au concept d'autocensure déjà décrit dans des études menées auprès d'addictologues et de patients. Ces résultats seront à confronter avec l'avis des médecins généralistes et des patients.

Mots clés : Addictions, paramédicaux, soins primaires, repérage.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Jean-Pierre LEBEAU
Directeur de thèse :	Docteur Maxime PAUTRAT
Membres du Jury :	Professeur Nicolas BALLON
	Professeur Véronique MAUPOIL-DAVID
	Docteur Frédéric DENIS

Date de soutenance : 12/03/2020