



UNIVERSITE DE LILLE

DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2024

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCEE

MENTION : psychiatrie et santé mentale

L'inclusion des proches aidants dans le projet de soin individualisé de patients présentant un trouble de l'usage aux substances psychoactives substitués par Méthadone

Présenté et soutenu publiquement le 05 septembre 2025 à Lille

Pôle de Formation Henri Warembourg

Par Emilie Vincent

MEMBRES DU JURY :

Président du jury :

Monsieur le professeur François Puisieux

Enseignant infirmier :

Madame Gwladys Acoulon

Directeur de mémoire :

Monsieur le docteur Damien SCLIFFET

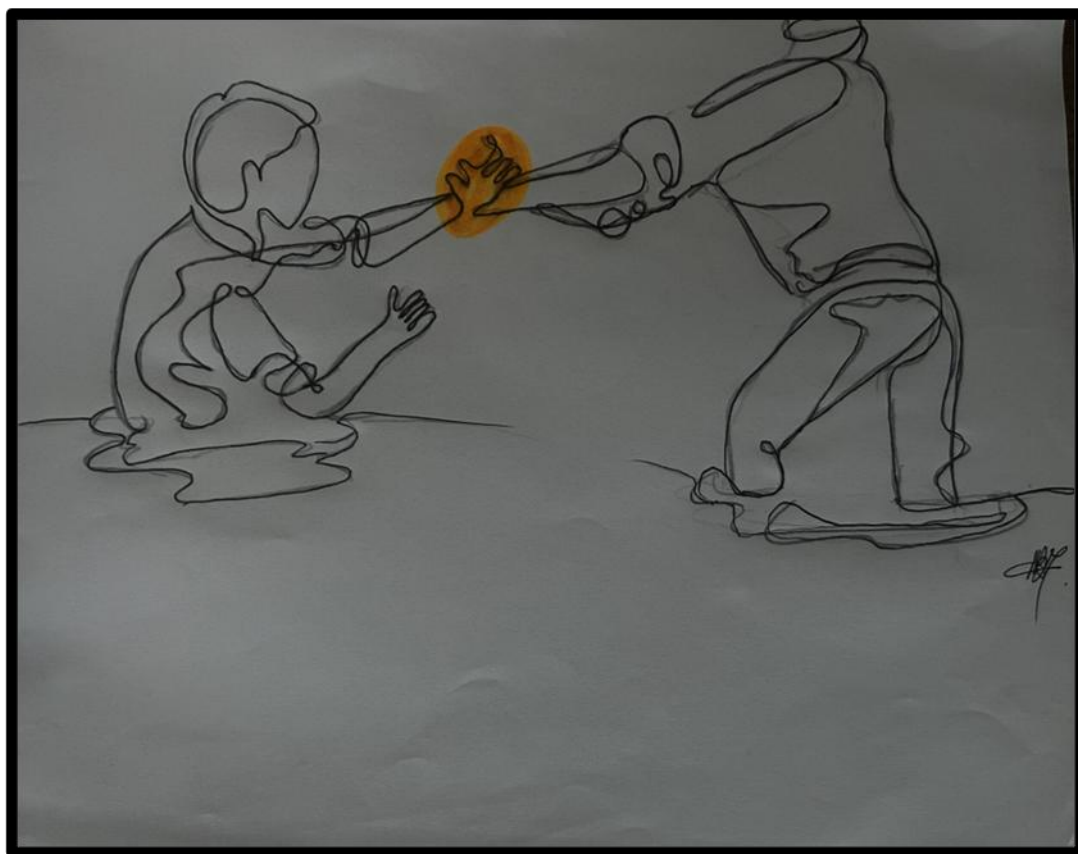
Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS

“Ce n'est pas tant l'aide de nos amis qui nous aide que notre confiance dans cette aide.”

Epicure, philosophe grec



REMERCIEMENTS

Merci aux membres du jury, Mr le professeur François Puisieux et Mme Gw pour le regard et l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Mr le docteur Damien Sciffet pour son accompagnement, sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je remercie chaleureusement la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale et plus particulièrement Mme le docteur Margot Trimbura et Mr Joel Charbit, qui m'ont guidé dans la réflexion et la conception de ce travail.

A Mr le Professeur Puisieux à l'initiative de la formation d'infirmier de pratiques avancées à Lille qui nous encourage à faire évoluer nos compétences.

A l'équipe pédagogique et les intervenants pour ses deux années enrichissantes.

A Mme Gwladys Acoulon, pour sa disponibilité et son aide précieuse.

A Mme Marie-Eve Godeffroy, pour sa bienveillance, son soutien sans faille et sa grande disponibilité.

Aux collègues de promotion, pour leur énergie et leur solidarité, nos échanges ont permis de m'enrichir sur le plan personnel et professionnel.

Au centre hospitalier de Lens, de m'avoir permis d'accéder à la formation.

Au docteur Emmanuel Brunelle, qui contribue activement à l'évolution des pratiques professionnelles.

Aux docteurs Charles Lescut et Maxime Moreau, de m'avoir accueillie lors du stage de deuxième année, merci pour votre bienveillance et votre partage de connaissance.

Au docteur Caroline Michaut de m'avoir soutenue et accompagnée dans ce projet.

Aux docteurs Théo Joseph, Benjamin Raffoux et Pierre-Edouard Ridon de m'avoir rassurée, guidée et encouragée au cours de la formation.

A Mario Dupont cadre supérieur de santé, Michelle Musu et Sébastien Denoeud cadres de santé de m'avoir soutenue et valorisée au cours de cette formation.

A l'ensemble de mes amis et collègues qui ont vécu cette formation à mes côtés et qui m'ont tant apportée.

A ma famille et amis, un immense merci de m'avoir épaulée, soutenue et encouragée.

A Sébastien, merci pour tes encouragements et ta patience, l'issue est proche.

A mon Emilie, qui m'a portée, coachée et accompagnée dans ce travail et ce malgré le combat et des défis que tu mènes contre la maladie.

A mes filles, mon ange Romane j'espère que tu seras fière de moi là-haut, et ma petite fleur Violette qui a été si patiente et bienveillante, je vous aime de tout mon cœur.

Pour finir, au docteur Pierre Chouraki disparu bien trop vite, bien trop tôt, un immense merci pour tout ce que tu m'as apporté, tu étais un professionnel aux savoirs impressionnants mais avant tout tu étais une personne bienveillante, avenante et épatante, tu m'as donné l'envie de me surpasser et je ne te remercierai jamais assez.

SOMMAIRE

REMERCIEMENT

SOMMAIRE

GLOSSAIRE

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE I : INTRODUCTION

A- Cadre théorique

- 1- La consommation d'opiacés en France
- 2- Le trouble de l'usage de substances
- 3- Les Stratégies thérapeutiques
- 4- Les stades de maturation au changement
- 5- Les concepts centraux
- 6- La pratique avancée
- 4- Le concept d'aidant

B- Contexte

- 1- Les structures de prise en soins patient en addictologie
- 2- Les réseaux de soins/santé

CHAPITRE II : CONSTAT

A. Question de recherche

B. Hypothèse

C. Objectifs de l'étude

CHAPITRE III : METHODE

A- Choix de la méthode

- 1- Etude retenue
- 2- Méthode et outils de recueil de données

B- Les participants

- 1- Population choisie
- 2- Critères d'inclusion
- 3- Critères de non-inclusion

4- Le recrutement

5- L'échantillonnage

C- Le guide d'entretien

D- Les entretiens

E- Le cadre légal

CHAPITRE IV : RESULTATS ET ANALYSE

A. Analyse des entretiens

B. Présentation des résultats

CHAPITRE V : DISCUSSION

CHAPITRE VI : CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ABSTRACT

GLOSSAIRE

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

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

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EMASA : Equipe Mobile Accompagnement et de Soins en Addictologie

ETP : Education Thérapeutique

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

NIDA : National Institute of Drug Abuse

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RDR : Réduction Des Risques

TCC : Thérapie Cognitive-Comportementale

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

TUO : Trouble de l'Usage D'Opiacés

INTRODUCTION GENERALE

Les proches aidants, qu'ils soient conjoints, parents, enfants ou amis, jouent un rôle crucial dans le soutien des personnes souffrant d'une pathologie chronique.

L'usage de substances psychoactives, telles que l'alcool, les drogues illicites et les médicaments, constitue un problème de santé publique majeur qui affecte non seulement les individus qui en souffrent, mais également leur entourage. Ces proches de patients se retrouvent souvent confrontés à des défis émotionnels, sociaux et économiques considérables.

La dépendance se définit dans le DSM IV comme une tolérance accrue, une consommation compulsive, une perte de contrôle et un usage continu malgré des problèmes physiques et psychologiques causés ou exacerbés par la substance. Depuis 2013 le DSM V regroupe la dépendance et l'abus sous l'appellation de « troubles liés à une substance » [1].

La pathologie addictive est une pathologie chronique, un traitement de substitution aux opiacés (TSO) est un traitement au long court. Le suivi du patient en phase de stabilisation demande une vigilance concernant l'observance thérapeutique, afin de limiter une mauvaise utilisation du traitement, des consommations associées, tout en prenant en charge des facteurs environnementaux, sociaux et familiaux.

On dénombre en France plus de 100 000 personnes bénéficiant d'une prise en charge des conduites addictives aux substances psychoactives (AIDES, 2001) notamment par le recours au TSO.

Infirmière diplômée d'état (IDE) dans un service d'addictologie nous sommes régulièrement confrontés et interpellés par les demandes et difficultés de proches aidants, que nous pouvons définir comme une personne qui vit et agit dans l'entourage immédiat d'une personne souffrante [2].

L'approche centrée sur l'entourage, offre un soutien en favorisant la communication et la prévention des rechutes, qui consiste au repérage des facteurs de risques et au développement des stratégies de prévention. L'autogestion des situations de « crise », permet de développer les compétences pour des prise de décision, la gestion du stress, la résolution de problèmes, la coordination des soins et enfin la lutte contre les préjugés liés à la toxicomanie [3]. La prise en compte des proches aidants est un élément fondamental de nombreux concepts en sciences infirmières, reflétant l'importance de leur rôle dans la prestation de soins holistiques centrés sur le patient.

Ces situations d'interpellations récurrentes sont à l'origine de mon questionnement.

Quelles sont les connaissances de ces aidants de la pathologie addictive, de ses traitements et de ses complications possibles ? Ont-ils pu bénéficier d'un temps d'échanges et d'apports d'informations ? Quel soutien peuvent-ils obtenir ? Quelles sont leurs ressources ?

De plus mon activité en équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) au sein d'un service d'addictologie m'a permis de relever les difficultés des professionnels de santé au sein de ce même service, professionnels qui accueillent et accompagnent les patients présentant des troubles de l'usage de substances psychoactives.

Les équipes évoquent leurs difficultés à informer, orienter les proches aidants par manque de temps et de leur confrontation aux demandes de ces aidants souvent en inadéquation à celles du patient.

L'objectif de ce travail dans un premier temps est d'explorer les différentes demandes, questionnement, difficultés et besoins de ces aidants, les défis auxquels ils sont confrontés au quotidien. L'identification des ressources disponibles et des stratégies d'intervention qui pourraient améliorer leur bien-être, leur qualité de vie, ainsi que ceux de leurs proches.

Dans un second temps d'identifier les difficultés des professionnels de santé ainsi que leur besoin d'accompagnement et de formation.

Et enfin comment l'infirmier de pratiques avancées (IPA) peut améliorer, favoriser la prise en charge, et permettre l'inclusion de ses aidants dans le projet de soin personnalisé du patient.

Je développerai ce travail de la façon suivante, en premier lieu je présenterai un aperçu des connaissances actuelles en France des troubles de l'usage de substances psychoactives et leur prise en soin.

Puis je vous présenterai le constat à l'origine de cette étude et vous exposerai la méthodologie de cette étude.

Et enfin je vous exposerai les résultats obtenus ainsi que leur analyse et la discussion en émanant.

I - INTRODUCTION

A- Cadre théorique

1. La consommation opiacée en France

a) Épidémiologie

Les opiacés (opium, morphine, codéine) constituent des dérivés naturels du pavot, alors que les opioïdes sont des composés semi-synthétique (héroïne) ou synthétique (fentanyl) dont les propriétés analgésiques sont beaucoup plus puissantes. A ce jour, le terme opioïde désigne toutes les substances qu'elles soient d'origine naturelle ou synthétique. [4]

La principale caractéristique des opiacés est leur capacité à induire une dépendance physique et psychique.

L'héroïne constitue le dérivé opiacé le plus utilisé en tant que drogue, dont les propriétés sont comparables à la morphine avec une action plus rapide, plus brève et plus intense induisant des consommations répétées.

Le consommateur ressent une sensation d'apaisement, d'euphorie et d'extase.

De par leur caractère illégal il est difficile de chiffrer les consommations d'héroïne.

Cependant selon le dispositif TREND de l'OFDT [5 et 6] le niveau d'expérimentation de l'Héroïne en population générale est faible de l'ordre de 1,5% chez les 18/64 ans soit environ 600 000 personnes, et que cette expérimentation est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Depuis l'introduction des TSO en France depuis 1995, des usages non thérapeutiques de Buprénorphine haut dosage (BHD), de Méthadone mais également de sulfates de morphine se sont développés.

Selon l'OFDT, 180 000 personnes ont bénéficié de prescriptions de médicaments de substitution aux opioïdes en 2017.[7]

b) Conséquences sanitaires

Les conséquences liées à l'usage d'opiacés sont nombreuses, elles peuvent avoir un impact global sur la santé des patients et engendrées une surmortalité. Celle-ci est multifactorielle elle peut être liée à un surdosage mais également être la conséquence de complications somatiques à plus ou moins à long terme tel que la précarité, les surinfections, les pathologies psychiatriques.

Les risques sanitaires varient selon la durée des usages, l'âge des consommations, leur nature, leur composition et leur mode d'administration. L'injection et l'inhalation entraînent des partages de matériels à l'origine d'un accroissement du risque poly infectieux (hépatite B, hépatite C, VIH).

Le risque de mortalité par surdosage est accru en fonction des consommations associées tel que l'alcool et les traitements par Benzodiazépines mésusés [8].

c) Impact économique

La consommation d'opiacés a un impact significatif en France, tant du point de vue des dépenses de santé que des coûts sociaux.

Cet impact social se retranscrit à différentes échelles.

A l'échelle du consommateur lui-même, l'achat des consommations étant priorisés par rapport au frais courant. Toute sa vie étant tournée vers la recherche du produit, il se trouve éloigné de l'emploi, pris dans un schéma dettes, surendettement, chômage, exclusion et précarité.

A cela peuvent s'ajouter des conséquences judiciaires liées à cette pratique illicite.

A l'échelle de l'entourage, ces derniers sont également confrontés à une précarisation liée aux dépenses engendrées par leur proche.

A l'échelle de la société, la dépense s'élève à 7,7 milliards d'euros détaillé dans l'illustration ci-dessous.

Tableau 3 – Coût social des drogues en 2019			
	Alcool	Tabac	Drogues illicites
Nombre de décès	41 080	73 189	1 230
1. Coût externe (2+3+4) (M€)	98 457 (96,10 %)	154 200 (99,02 %)	5 277 (68,28 %)
2. Coût des vies perdues	55 349 (54,02 %)	88 216 (56,65 %)	2 740 (35,45 %)
3. Coût de la perte de qualité de vie	35 949 (35,09 %)	55 674 (35,75 %)	2 123 (27,47 %)
4. Pertes de production	7 159 (6,99 %)	10 310 (6,62 %)	414 (5,36 %)
5. Coût pour les finances publiques (M€) (6+7+8+9)	3 332 (3,25 %)	1 691 (0,82 %)	2 042 (26,43 %)
6. Coût des traitements	7 849 (7,66 %)	16 439 (10,56 %)	760 (9,83 %)
7. Économie de retraites	- 1 256 (-1,23 %)	- 2 845 (- 1,83 %)	- 65 (- 0,85 %)
8. Prévention, répression et dépenses sociales	740 (0,72 %)	778 (0,50 %)	1 348 (17,44 %)
9. Taxation	- 4 000 (- 3,90 %)	- 13 100 (8,41 %)	0 (0 %)
10. Effet sur le bien-être* (M€)	3 998	1 527	2 451
11. Coût social (1+10) (M€)	102 455	155 726	7 730

Note : * la ligne 10 est égale au produit de la ligne 5 par 1,2, soit le coût d'opportunité des fonds publics.

Figure 1 : coût social des drogues en 2019. OFDT

2. Le trouble de l'usage aux opiacés

a) La notion de conduite addictive

Le Dr Goodman définit pour la première fois les critères du trouble addictif dans le British Journal of Addiction [9]. La notion d'addiction se développe dans les années 50, l'addiction se définit selon l'OMS par « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements » [10]. Selon la NIDA comme « une affection cérébrale chronique,

récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogue malgré la connaissance de ses conséquences nocives » [11]. Et enfin dans le DSM IV « comme une tolérance accrue, une consommation compulsive, une perte de contrôle et un usage continu malgré des problèmes physiques et psychologiques causés ou exacerbés par la substance ». Le CIM 10 fait apparaître les concepts d'usage nocif et de dépendance selon six critères [12], on ne parle plus d'addiction mais de syndrome de dépendance. Depuis 2013 le DSM V regroupe la dépendance et l'abus sous l'appellation de « troubles liés à une substance » [13].

La conception des conduites addictives à évoluer grâce à la loi du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, qui a permis aux consommateurs de substance de passer du statut de délinquant ou statut de malade et aux différentes études qui ont été menées.

Trouble de l'usage de substance – Addiction

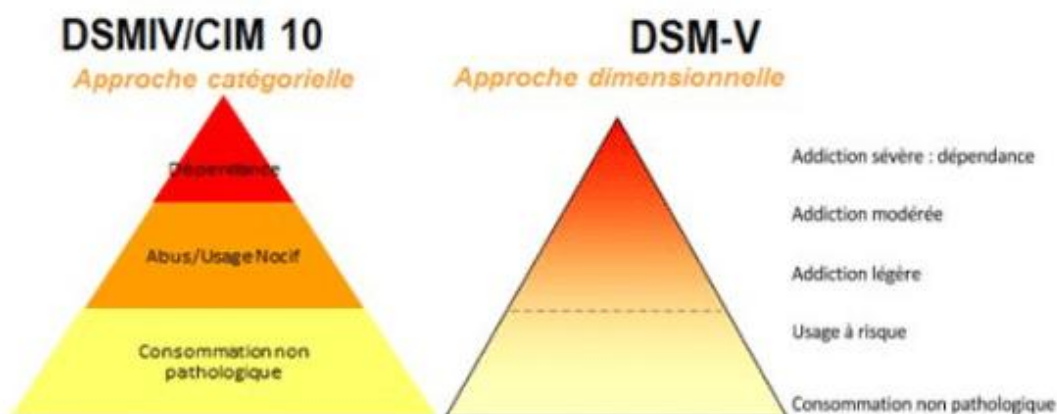


Figure 2 : passage d'une classification en catégorie d'usage à la classification par gravité progressive. Addictaïde

Les conduites addictives regroupent deux notions, la tolérance soit la nécessité d'augmenter la fréquence de consommation et de ce fait la quantité de produit dans un but ultime de recherche d'effet et le craving qui est « un terme importé des États-Unis, venant du verbe « to crave » qui signifie « avoir terriblement besoin », « avoir très envie », « être avide de ». Le craving convoque donc le désir, la pulsion, le besoin, l'envie, toujours doublé d'un caractère irrépressible et irrésistible » [14].

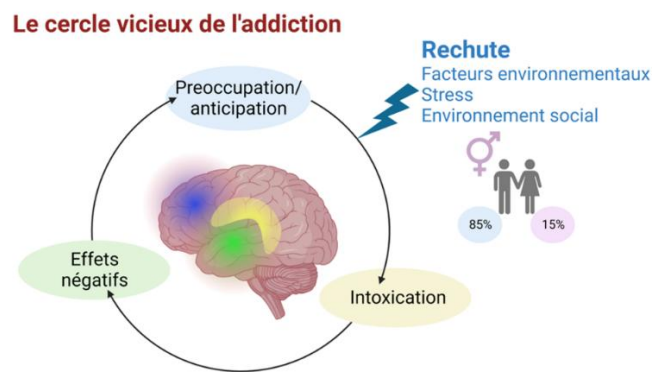


Figure 3 : le cercle vicieux de l'addiction. Fondation Unistra

b) Les opiacés

L'OFDT définit le produit opiacé comme une substance illicite et « un ensemble de produit dérivés de l'opium dont l'usage est susceptible d'entraîner une forte dépendance physique et/ou psychique. Le terme opioïde regroupe l'ensemble des substances naturelles et de synthèse dont l'action se fait sur les récepteurs opiacés » [15]. Parmi ces substances certaines sont utilisées à visée antalgique mais également en tant que TSO et peuvent être détournées de leur usage dans un but récréatif ou de comblement d'un manque.

Les voies d'administration ou de consommation, sont en injection intraveineuse, en sniff ou en fumette, cela varie en fonction de l'intensité recherchées. Les effets de cette consommation sont majoritairement un effet euphorisant, une sensation d'extase et un effet apaisant.

3. Les stratégies thérapeutiques

a) Les traitements substitutifs aux opiacés

Trois grandes molécules possèdent une AMM pour les patients dépendants aux opiacés : le chlorydrate de méthadone, la buprénorphine haut dosage et l'association Buprénorphine/Naloxone.

Les objectifs de délivrance des TSO sont définis par la circulaire du 31 mars 1995 [16] :

- La réinsertion sociale
- Stabiliser la consommation de drogues
- Insertion dans un processus thérapeutique

L'HAS recommande l'élaboration d'un projet de soin personnalisé à chaque patient et non pas uniquement la stratégie thérapeutique.

La Méthadone arrive en premier sur le marché français, elle obtient l'AMM le 31 mai 1995 mais est soumise à des règles de prescription et de délivrance très strictes [17]. Sur le territoire

français, selon les données de l'assurance maladie, la méthadone représente 38% des patients sous TSO en 2017 [18].

La méthadone est une molécule opioïde de synthèse dont la visée initiale est analgésique. La loi encadre de manière stricte la prescription de TSO afin de limiter le mésusage et le trafic. La primo prescription de méthadone se fait initialement par un médecin exerçant en structure d'addictologie ou dans un service hospitalier, le relais de prescription par un médecin en ville est encadré [19]. La méthadone est prescrite sur des ordonnances sécurisées pour une durée de 28 jours pour les gélules et de 14 jours pour les flacons avec une délivrance quotidienne sauf mention contraire sur l'ordonnance.

	Méthadone, sirop	Méthadone, gélules
Réglementation	Stupéfiant	
Support de prescription	Ordonnance sécurisée	
Prescription réservée à certains médecins spécialistes	Médecins exerçant dans les CSAPA Médecins hospitaliers à l'occasion d'une hospitalisation, d'une consultation ou en milieu pénitentiaire	Médecins exerçant dans les CSAPA Médecins exerçant dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux toxicomanes
Durée maximale de prescription	14 jours	28 jours
	Le prescripteur peut préciser sur l'ordonnance la durée de chaque fraction, ou exclure le fractionnement en mentionnant sur l'ordonnance "délivrance en une seule fois", ou préciser que la dispensation doit se faire quotidiennement.	

Figure 4 : méthadone les précautions à prendre pour éviter les surdosage (Meddispar-ordre national des pharmaciens)

b) Les traitements non médicamenteux

Bien que la méthadone soit un élément central du traitement de la dépendance aux opiacés, son efficacité est optimisée lorsqu'elle associée à des approches non médicamenteuses. Une prise en soin holistique, intégrant des interventions psychothérapeutiques, un soutien social et des stratégies de réduction des risques, est cruciale pour améliorer les chances de rétablissement durable.

➤ L'alliance thérapeutique

Joran Farnier définit l'éducation thérapeutique comme « la relation de collaboration entre un professionnel de l'accompagnement et son patient » [20]. L'alliance thérapeutique est constituée de deux composantes, l'une générale et l'autre spécifique à chaque maladie, elles sont intriquées entres elles. A chacune des étapes du parcours du patient, les actions du professionnel vont permettre de renforcer la démarche de motivation et consolider l'alliance

thérapeutique [21]. L'alliance implique confiance, adhésion et engagement des deux parties, l'alliance thérapeutique est une co-construction.

Ce concept est d'autant plus important en addictologie, le patient faisant face à une stigmatisation, ce qui en découle une peur du jugement ainsi qu'un manque d'empathie de la part du professionnel. Le patient a un besoin de réassurance, d'accompagnement et de créer un lien de confiance ou de le consolider.



Figure 4 : conceptualisation de l'alliance thérapeutique par Bordin (1994)

➤ La psychothérapie individuelle et de groupe

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont utilisées pour aider les patients à identifier et modifier les pensées et comportements liés à la consommation d'opiacés. Elles peuvent parfois être combinées avec des séances de groupe, favorisant le soutien social et l'apprentissage par les pairs.

➤ La réduction des risques

Les programmes de réduction des risques (RDR), tels que les sites de consommation supervisée et d'échanges de matériel, visent à réduire les dommages liés à la consommation d'opiacés, notamment en prévenant les risques d'overdoses et la transmissions de maladies infectieuses.

➤ Le support social et les groupes d'entraide

La participation à des groupes d'entraide tels que les narcotiques anonymes ou à des programmes de soutien communautaire renforce la motivation, aide à maintenir l'abstinence et

réduit le risque de rechute. Ces groupes offrent un espace sécurisé pour partager des expériences et des stratégies de gestion [22].

➤ Le soutien familial et les thérapies

L'implication de l'entourage dans le processus thérapeutique peut améliorer la prise en soin du patient, cela peut aider à restaurer ou développer les relations interpersonnelles ainsi qu'à créer un environnement stable propice à la réhabilitation.

4. Les stades de maturation au changement

Le patient dépendant agit et évolue en fonction de différents stades de réflexion : Les stades de la maturation au changement. Ces stades sont identifiés au décours d'entretien motivationnelle et permettent l'évolution des objectifs du projet de soin patient.

Le modèle des stades de la maturation au changement ou modèle Trans théorique, développé par Prochaska et DiClemente (1982, 1992), décrit le processus par lequel une personne modifie un comportement problématique, tel que la consommation d'opiacés, et s'engage dans un processus de rétablissement durable. Ce modèle identifie cinq stades principaux :

- Pré contemplation : le patient ne reconnaît pas encore le problème ou ne voit pas la nécessité de changer. Il peut être défensif ou minimiser les risques liés à sa consommation.
- Contemplation : la personne prend conscience des conséquences de son comportement et commence à réfléchir aux avantages et inconvénients du changement, mais sans agir concrètement.
- Préparation : elle exprime l'intention de changer dans un futur proche et commence à planifier des actions ou à rechercher des ressources (consultations, programmes de substitution). Cette étape correspond à l'accès au soin
- Action : le patient met en œuvre des changements concrets dans son comportement, comme l'adhésion au traitement, la réduction des consommations à risque, ou la participation à un programme thérapeutique.
- Maintenance : le comportement modifié est consolidé sur le long terme, avec la mise en place de stratégies pour prévenir les rechutes et gérer les situations à risque [23].

Le rôle des professionnels de santé est particulièrement crucial à chaque stade : il évalue le stade de maturation du patient, adapte ses interventions (éducation thérapeutique, motivation, soutien psychologique) et mobilise le réseau pour soutenir le processus de changement. Ce modèle souligne que le changement n'est pas linéaire, et que le patient peut revenir à des stades antérieurs (rechute) sans que cela constitue un échec, mais plutôt une étape du rétablissement.

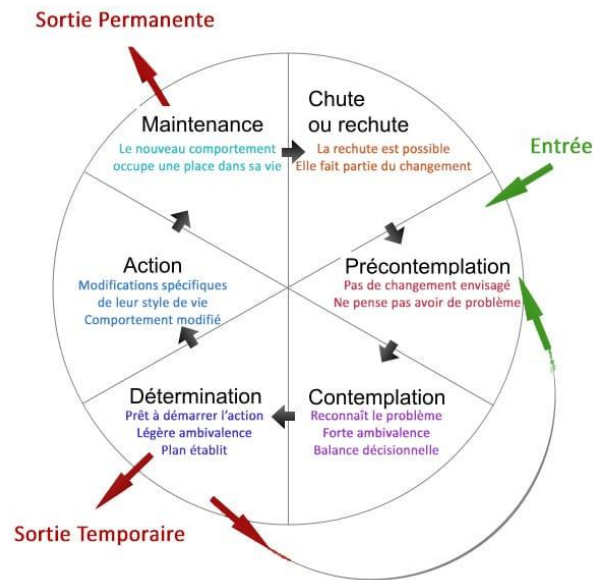


Figure 5 : Modèle transthéorique, Prochaska Di Clemente, 1992.

5. Les concepts centraux

La pratique infirmière s'inspire du modèle théorique du « Human caring » de Jean Watson. Le modèle définit les quatre concepts fondamentaux (centraux) de la discipline infirmière en mobilisant deux concepts clés : le *caring* et la compétence.

Il s'appuie sur des valeurs de respect, de dignité humaine, de reconnaissance, de liberté de choix de la personne, de confiance en son potentiel, d'intégrité et de rigueur.

Les quatre concepts fondamentaux dans les soins infirmiers sont : la personne, l'environnement, la santé et les soins :

- La Personne est un être unique, qui a des attentes et des besoins biologiques, sociaux, culturels et spirituels ; un être en perpétuel devenir et en interaction avec son environnement. Un être responsable, libre et capable de s'adapter, il forme un tout indivisible.
- L'Environnement : contexte complexe en interaction simultanée avec les êtres humains, appréhendés de manière unique.
- La santé : *selon l'OMS, c'est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*
C'est une expérience unique et subjective, vécue selon chaque personne.
Dans le MHSI-UdeM la santé correspond à une recherche du bien-être, du mieux-être selon les critères de la personne.
- Le Soin est centré sur la personne, sur la vie, et consiste en un soutien des capacités à

faire face selon la perspective de chaque personne en renforçant son pouvoir d'action.

6- La pratique avancée

Créée en 2019, la formation d'IPA mention « Psychiatrie et Santé Mentale » vise à améliorer le suivi des patients chroniques.

Selon la définition du Conseil International des Infirmiers : « *L'infirmier qui exerce en pratique avancée est un infirmier diplômé qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer.* »

Elle s'est d'abord développée aux États-Unis, grâce à Hildegarde E. Peplau (professeur en soins psychiatriques), en créant la première maîtrise en soins psychiatriques dans une Université du New Jersey en 1954. Les missions des infirmières praticiennes étaient d'abord orientées vers les populations rencontrant des difficultés d'accès aux soins ou étant défavorisées. Leur champ de compétences s'est par la suite développé vers d'autres problématiques de santé.

Le développement de la pratique avancée est récent en France et a nécessité un long cheminement. Le vieillissement de la population, la chronicisation des maladies, les « déserts médicaux » avec des problématiques d'accès aux soins, le virage ambulatoire sont des déterminants de santé qui ont amené à repenser l'offre de soins.

Le champ d'intervention de l'IPA est réglementé, défini par les arrêtés et décrets d'août 2019. Concrètement, le décret précise que la pratique avancée recouvre :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage.
- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique.
- Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

Grâce à ses compétences, l'IPA doit s'inscrire dans un travail en réseau avec les acteurs de terrain médicaux, sociaux et les proches aidants.

7. Le concept d'aidant

a) Définition

Le proche aidant est défini, selon la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 [24] relative à l'adaptation de la société au vieillissement, comme : « une personne qui vient en aide, de façon régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou

activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap ». Le concept d'aidant familial ou proche aidant fait référence aux concepts d'identité, de famille qui appartient à la sociologie.

Ce concept se nomme « carer ». Il est récent et développé depuis le XXIème siècle.

Selon le guide de l'aidant familial « l'aidant familial est la personne qui vient en aide, titre non professionnel à une personne âgée dépendante ou à une personne handicapée pour les activités de la vie quotidienne » [25].

Dans la pratique quotidienne l'aidant naturel occupe une place importante, car elle représente un soutien et une ressource importante dans sa prise en soin. Le professionnel doit effectuer un travail de partenariat avec l'aidant et l'intégrer dans le projet de soin individualisé, l'aidant est un partenaire mais nécessite un besoin de considération, de déculpabilisation et d'information aux regards des stratégies adoptées et des pathologies prises en charge.

En France, la loi du 28 décembre 2015 reconnaît officiellement le statut de proche aidant, soulignant leur rôle essentiel dans le soutien aux personnes malades.

Le proche aidant en addictologie est une personne qui offre un soutien physique, émotionnel ou financier à un individu souffrant de troubles de l'usage de substances psychoactive. Ce peut être un membre de la famille, un conjoint, un ami ou toute autre personne qui joue un rôle de soutien significatif dans la vie quotidienne de la personne souffrant d'addiction. Les proches aidants peuvent jouer différents rôles, tel que fournir un soutien émotionnel, aider à la gestion des soins médicaux, encourager le traitement et la réadaptation, ou encore contribuer à la supervision et à la gestion des traitements. Ils peuvent également être impliqués dans la recherche de ressources et de services pour aider la personne souffrante à récupérer et maintenir son rétablissement.

En addictologie, reconnaître et soutenir les proches aidants est essentiel pour améliorer les résultats du traitement et la qualité de vie tant pour la personne souffrant d'addiction que pour ses proches. La qualité de vie se réfère à un concept multidimensionnel qui englobe divers aspects de bien-être physique, psychologique, social et environnemental. Il ne se limite pas seulement à l'absence de maladie ou handicap, mais inclut également des éléments tels que la satisfaction globale dans la vie, le bien-être émotionnel, les relations interpersonnelles satisfaisantes, le niveau de confort physique, le sentiment d'accomplissement personnel, et l'accès à des ressources et des opportunités sociales. La qualité de vie est donc subjective et peut varier d'une personne à l'autre en fonction de ses besoins, ses valeurs et de ses circonstances de vie.

b) Rôle et enjeux du proche aidant de patient sous TSO

Dans ce contexte le proche aidant joue un rôle d'accompagnement dans plusieurs dimensions :

- Le soutien à l'adhésion thérapeutique favorise la régularité dans la prise du traitement, encourage la continuité du suivi médical et aide à gérer les effets secondaires [26]
- La prévention des rechutes en renforçant l'environnement social et affectif
- L'accompagnement psychosocial, le proche aidant contribue au maintien d'une stabilité familiale et sociale, en soutenant la réinsertion professionnelle et relationnelle [27].

- La RDR, le proche aidant peut s'impliquer dans l'éducation aux pratiques de réduction des risques, exemple de l'usage de la naloxone pour gestion des overdoses [28].

Cependant, l'accompagnement du patient addict sous TSO expose les proches à des enjeux et des difficultés spécifiques, tel que :

- L'ambivalence émotionnelle liée à l'espoir du traitement prescrit mais les craintes persistantes du risque de rechute [29].
- La stigmatisation sociale, les proches et le patient subissant la double stigmatisation à la fois liée à l'addiction et au TSO parfois perçu comme une drogue ou un substitut à une drogue plutôt qu'à un traitement médical [30].
- Le fardeau psychologique représenté par le stress, l'anxiété et l'épuisement dû à l'incertitude chronique spécifique au parcours en addictologie [31].
- Le risque de codépendance, les aidants pouvant développer des attitudes de contrôle excessif ou d'hyperprotection, pouvant fragiliser la dynamique de la relation patient/aidant [32].

B- Contexte

1- Les structures de prise en soins en addictologie

- a) Les centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Les CSAPA naissent en 2007 par la fusion des CSST (Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes) et des CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie), cela permet la prise en charge de toutes les addictions en un même lieu. Ils contiennent souvent un service de délivrance des TSO et d'une CJC (Consultation Jeunes Consommateurs).

Le CSAPA assure la prise en charge médico, psycho-sociale et éducative des patients. Il assure des missions d'accueil, d'information, d'évaluation et d'orientation des personnes prises en soins [33]. Mais aussi prend en compte les comorbidités somatiques ou psychiatriques en lien ou non avec la consommation de substances.

Les missions sont assurées par des équipes pluriprofessionnelles composés de médecins, de psychiatres, de psychologues, d'IDE, d'IPA, d'éducateurs spécialisés et parfois même sportifs.

- b) Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)

Créé en lien avec la loi du 9août 2004 [34], les CAARUD sont des « établissements médico-sociaux dédiés à la prévention et la réduction des risques et des dommages liés aux pratiques de consommation de drogues ».

Ils interviennent auprès d'usagers de drogues qui ne sont pas encore inscrit dans une démarche de soins. Leurs missions sont le dépistage et la prévention des infections chez les usagers de

drogues, ainsi que d'assurer l'accès au matériel stérile (seringues, pipe à crack, alu, eau stérile...) permettant à l'usager une consommation à moindre risque.

Les missions sont assurées par des IDE, travailleurs sociaux et des éducateurs.

c) Les structures hospitalières

Depuis 2007, le dispositif addictologique hospitalier est divisé en trois entités : la consultation hospitalière, les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et de service d'hospitalisation. [35]

- La consultation hospitalière permet d'assurer le suivi médico, psycho-social des patients. Elle a pour mission de construire avec le patient le projet de soin individualisé et de l'accompagner dans les différentes étapes de ce projet.
- Les ELSA interviennent au sein des services hospitaliers, elles ont pour missions « l'aller vers » le patient, l'évaluation des consommations, l'orientation et l'information du patient et de son entourage, mais aussi la formation et la sensibilisation des équipes soignantes rencontrées.
- Les services d'hospitalisation généraux qui prennent en charge des hospitalisations somatiques associées à un sevrage ou une stabilisation des consommations ou traitement. Les unités hospitalières en addictologie, qui ont pour missions la réalisation des sevrages, temps de pause (mise à distance du produit), les inductions ou les « switch » de TSO.

La région Haut de France bénéficie d'une offre de soins développée en addictologie. Cependant le délai d'accueil ou de consultation s'est allongé ces dernières années en lien avec une forte demande. Le développement des Equipes Mobiles Accompagnement et de Soins en Addictologie (EMASA) permet la prise en charge des patients ne pouvant avoir accès aux structures d'addictologie soit à cause d'une incapacité à se déplacer, soit par crainte de s'y rendre ou en cas de rupture de soin addictologique. Ces équipes ont pour missions l'accompagnement du patient et l'élaboration d'un projet de soin personnalisé, le but premier étant de permettre au patient de s'inscrire ou se réinscrire dans un « circuit de soin traditionnel ».



Figure 5 : Offre de soin en addictologie dans les Hauts de France (FR2SMPsy)

2- Les réseaux de soins/santé

Les réseaux de santé sont définis comme « la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou structures à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté ». [35]

La loi du 4 mars 2002 encadre l'activité du réseau, les objectifs étant de « favoriser l'accès aux soins, la coordination et la continuité des prise en charge ». [36] Il regroupe principalement les acteurs médico sociaux tels que les médecins de ville, les IDE libéraux, les pharmaciens (exemple du programme d'échanges de seringues) cela permettant une meilleure coordination et collaboration des acteurs de santé.

En addictologie cette organisation est particulièrement pertinente car elle permet de croiser les approches médicales, psychologiques et sociales autour d'un même individu. Selon Acker (2010), le réseau favorise une meilleure articulation entre les soins spécialisés et la médecine de premier recours, réduisant ainsi les ruptures dans le parcours thérapeutiques [37]. En France, les réseaux en addictologie se sont structurés dans les années 2000, avec pour missions de faciliter l'accès aux soins, de promouvoir la réduction des risques et d'améliorer la qualité de la prise en charge [38].

Plusieurs travaux soulignent que ces dispositifs renforcent la coopération interprofessionnelle et contribuent à une meilleure efficacité des interventions.

II - CONSTAT

Infirmière au centre hospitalier de Lens j'exerce ma profession au sein du service d'addictologie, et plus particulièrement en équipe de liaison et de soins en addictologie. De part cette fonction j'interviens journalièrement dans les différents services de soins du centre hospitalier et au sein du CSAPA. Je suis régulièrement interpellée par des proches aidants de patients, rencontrés lors des consultations réalisées au lit du patient dans les services hospitaliers, au sein du CSAPA ou par contact téléphonique. Ces proches aidants exposent leurs interrogations concernant la prise en soin de leur proche et de la pathologie addictive. Mais aussi par le personnel soignant de l'hôpital confrontés à ces aidants.

A- Question de recherche

Quelle est la place et quels sont les défis du proche aidant en addictologie ?

Comment les expériences, besoins et perspectives des proches aidants sont-ils intégrés dans la prise en charge de patient souffrant de trouble de l'usage aux opiacés substitué par Méthadone ? Quelles sont les implications pour l'amélioration de l'inclusion et du soutien des proches aidants dans ce contexte ?

Comment les pratiques des professionnels de santé en addictologie peuvent être adaptées et améliorées, afin d'inclure et soutenir les proches aidants dans le processus de prise en charge des personnes souffrant de trouble de l'usage aux opiacés substitués par méthadone ?

B- Hypothèse

L'inclusion des proches aidants dans le projet de soins personnalisés, bien que perçue comme bénéfiques par les aidants et les infirmiers exerçant en CSAPA, reste insuffisamment mis en œuvre. Le développement du rôle de L'IPA pourrait constituer un levier pour renforcer cette inclusion, améliorer la qualité de la prise en charge et soutenir le parcours de soins.

C- Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'explorer la place et le rôle des proches aidants dans le projet de soins personnalisé des patients souffrant de trouble de l'usage aux opiacés substitués par Méthadone, en analysant les perceptions des aidants et des professionnels de santé infirmiers qui y sont confrontés.

Les objectifs intermédiaires sont :

- Comprendre en profondeur les expériences, les besoins et les perspectives des aidants familiaux, ce qui peut aider à identifier les lacunes dans les services existants et à proposer des solutions adaptées.
- Explorer les dynamiques familiales, les relations interpersonnelles et les facteurs socio-culturels qui influent sur le rôle des proches aidants

- Concevoir des interventions et des programmes de soutien adaptés aux besoins spécifiques des aidants familiaux en prenant en compte leur diversité et leur individualité.
- Sensibiliser les professionnels de santé aux défis auxquels les proches aidants sont confrontés afin de favoriser une meilleure reconnaissance de leur rôle et une amélioration des pratiques.

III - METHODE

A- Choix de la méthode

1- Etude retenue

Le choix de l'étude s'est porté sur une étude qualitative exploratoire comparative auprès de professionnels de santé, des infirmiers diplômés d'état, exerçant dans des unités différentes au sein d'un CSAPA situés dans la région des Hauts de France et auprès de proches aidants de patients, souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactives substitués par méthadone, suivis dans ce même CSAPA.

L'approche qualitative a été privilégiée car elle permet d'explorer en profondeur des vécus subjectifs et des dynamiques relationnelles, elle favorise l'expression des participants ainsi que la richesse et la diversité des propos recueillis.

2- Méthode de recueil de données

Le recueil de données a été réalisé par la conduite d'entretien semi dirigés, individuels, permettant une libre expression des personnes interrogées.

Une grille d'entretien servant de guide, a été réalisée en deux exemplaires (annexe 1&2) l'une concernant les proches aidants, divisée en plusieurs thème :

- Le lien avec la personne soignée
- La signification du « statut » de proche aidant
- Le vécu de la relation d'aide
- L'impact sur la relation d'aide
- Les interactions avec les professionnels de santé
- L'inclusion des aidants dans le soin

Et la seconde a destination des professionnels de santé dont les thèmes sont :

- Les aidants : signification et description
- La communication avec les aidants
- Les besoins identifiés des aidants dans le regard médical
- Les proches aidants et la prise en soin
- Les ressources et formation

B- Les participants

1- Population choisie

Pour cette étude j'ai réalisé huit entretiens semi dirigés divisés en deux groupes :

- Le premier groupe est composé de professionnel de santé, des infirmiers travaillant au sein d'un CSAPA dans quatre unités de soin différentes.
- Le second groupe est composé de proches aidants de patients souffrant de trouble de l'usage aux opiacés substitué par méthadone, prise en soin dans la structure.

2- Critères inclusion

a) Les proches aidants

Les critères d'inclusion à l'étude des proches aidants, sont les suivants :

- Être majeur (âge égal ou supérieur à 18ans)
- Être identifié par un patient suivi en CSAPA, souffrant d'un TUS substitué par Méthadone, en qualité de proche aidant
- Fournir une aide émotionnelle, matérielle et/ou organisationnelle, de manière régulière au patient
- Consentir à participer volontairement à l'étude

b) Les professionnels de santé

Les critères d'inclusion à l'étude des professionnels de santé, sont les suivants :

- Être infirmier diplômé d'Etat
- Avoir au minimum 6 mois d'expérience au sein de la structure
- Exercer en CSAPA prenant en charge des patients sous TSO
- Consentir à participer volontairement à l'étude

3- Les critères de non-inclusion

Afin de garantir la pertinence et la qualité des données recueillies, certains profils ont été exclus de la recherche.

a) Pour les proches aidants

Les critères de non-inclusion pour les proches aidants dans cette étude sont :

- Les personnes mineures
- Les personnes présentant eux-mêmes un TUO pouvant interférer avec la conduite de l'entretien
- Les personnes eux-mêmes suivi au sein du CSAPA
- Les personnes refusant ou retirant leur consentement à participer
- Et toute autre raison contraire aux critères inclusion

b) Pour les professionnels de santé

Les critères de non-inclusion pour les professionnels de santé sont :

- Les professionnels de santé autres que les infirmiers
- Les infirmiers n'exerçant pas en CSAPA ou ne participant pas à la prise en soin de patients sous méthadone
- Les infirmiers ayant moins de six mois d'expérience dans la structure, afin d'assurer une connaissance minimale du fonctionnement institutionnel et de la prise en soin
- Les professionnels en stage ou formation, ne disposant pas d'une pratique autonome consolidée.
- Les professionnels refusant ou retirant leur consentement à participer

4- Le recrutement

Le recrutement des participants à l'étude c'est déroulé en plusieurs étapes, tout d'abord pour les professionnels de santé une autorisation a été déposé au cadre supérieur de santé et au médecin responsable du CSAPA (annexe 3) afin d'obtenir l'autorisation de réaliser les entretiens auprès des professionnels de santé de la structure, ainsi qu'auprès de proches aidants de patient pris en soin dans cette même structure.

Suite à l'obtention de cette autorisation, une réunion fût programmée afin d'exposer à l'ensemble de l'équipe infirmière, le sujet, les objectifs et les modalités de l'étude. Puis une lettre d'information (annexe 4) à destination des professionnels de santé fût laisser à disposition.

Les infirmiers ont été recrutés de manière volontaire.

Les proches aidants ont été identifiés par l'intermédiaire des patients, eux même informés de l'étude et sollicités par les équipes soignantes du CSAPA. Un courrier d'information et de description de l'étude (annexe 5) fût mis à disposition des patients au sein de la salle d'attente, des bureaux de consultation et du centre de délivrance des TSO au sein du CSAPA.

Les proches aidants se sont manifestés de manière volontaire. Suite à cela, un premier rdv a eu lieu afin d'expliquer au potentiel participant le but et la méthodologie de l'étude ainsi que la remise de la lettre d'information à destination des aidants (annexe 6)

5- Échantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé selon la méthode du choix raisonné, afin de recruter des participants en mesure d'apporter des informations pertinentes au regard de la problématique étudiée. Le nombre d'entretiens a été déterminé en fonction du principe de saturation des données, c'est-à-dire lorsque les nouveaux entretiens n'apportaient plus d'éléments significatifs supplémentaires.

Au total l'étude a inclus quatre proches aidants et quatre infirmiers exerçant en CSAPA.

Afin de récolter des propos et vécus variés, la sélection des participants s'est faite pour les professionnels de santé sur le critère de l'unité du CSAPA dans lesquels ils exercent, soit la consultation hospitalière, le centre de délivrance des TSO, l'équipe de liaison et de soins en

addictologie et un infirmier de l'équipe mobile d'accompagnement et de soin en addictologie. Et pour les proches aidants le choix du critère est porté sur la diversité du lien l'affiliant à la personne soignée soit un époux, une mère, un frère et un professionnel du secteur éducatif.

C- Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré avec un accompagnement de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale et validé par le directeur de mémoire (annexe 1&2)

Il comporte des thématiques principales :

- Pour les proches aidants :
 - Le lien avec la personne soignée
 - La signification du « statut » de proche aidant
 - Le vécu de la relation d'aide
 - L'impact sur la relation d'aide
 - Les interactions avec les professionnels de santé
 - L'inclusion des aidants dans le soin
- Pour les infirmiers :
 - Les aidants : signification et description
 - La communication avec les aidants
 - Les besoins identifiés des aidants dans le regard médical
 - Les proches aidants et la prise en soin
 - Les ressources et formation

Le guide a servi de trame, mais les participants pouvaient développer librement leurs réponses.

Le guide a été pré-testé sur 2 participants non inclus dans l'échantillon final.

D- Les entretiens

Les entretiens ont été programmés en fonction des disponibilités de chaque participant. Avant de débiter l'entretien, le formulaire de recueil de consentement rappelant le but de l'étude et sa méthodologie (annexe 7) a été complété et signé.

Les entretiens ont été réalisés en face à face dans un bureau de consultation du CSAPA en dehors des horaires d'ouverture, afin de préserver le calme et la confidentialité des personnes et des propos.

Chaque entretien a duré entre 12 et 17 minutes.

L'enregistrement audio des entretiens a été réalisé, avec le consentement préalable des participants, afin d'assurer la fidélité des données. Seul un des participants (verbatim 1 aidants) s'y est opposé et la récolte des données c'est fait de façon manuscrite.

Les enregistrements ont été transcrits intégralement, mot à mot, sous forme de texte, consultable via la génération d'un QR code (annexe 8). Les données recueillies ont été anonymisées (suppression des informations nominatives).

Les entretiens ont été menés par le chercheur de manière neutre et empathique, sans jugement ni influence sur les réponses.

A la fin de l'entretien les données socio-démographiques des participants sont récoltées (annexe 9&10).

E- Le cadre légal

Dans le cadre de ce travail, le projet a été encadrés par les intervenants de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale pour la méthodologie, et au directeur de mémoire pour la validation.

Les autorisations des responsables médical et paramédical du CSAPA a été obtenue afin de réaliser les entretiens au sein de la structure (annexe 3).

L'étude ne relevant pas de la loi Jardé [39], elle ne nécessite pas l'avis d'un CPP (Comité de Protection des Personnes), mais doit respecter le RGPD [40] qui consiste en l'anonymisation et la confidentialité des données.

Ce tableau résume les différentes étapes de la conception et de la réalisation de l'étude.

Étape	Modalités	Validation/Autorisation
Recrutement des aidants	Identification via patients et sollicitation volontaire	Accord patient + information aidant
Recrutement des infirmiers	Appel à volontaires lors de réunion d'équipe	Accord infirmiers
Consentement	Note d'information + accord oral/écrit de participation à l'étude	Participants volontaires
Anonymisation	Codage des verbatims et suppression données nominatives	Etudiant porteur de projet
Autorisation institutionnelle	Accord du CSAPA	Responsable médical et paramédical de la structure
Validation pédagogique	Contrôle scientifique	Accompagnement de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale et validation par le directeur de mémoire
Aspect réglementaire	Respect RGPD	Etudiant porteur de projet et l'université

IV- RESULTATS ET ANALYSE

L'étude a inclus un total de 8 participants, répartis comme suit :

- 4 proches aidants dont un parent, un conjoint, un frère et un professionnel du secteur éducatif. L'âge moyen est de 41ans, avec une répartition équitable de deux hommes et deux femmes, avec en moyenne un « statut » de proche aidant auprès du patient de 6ans.
- 4 infirmiers, tous diplômés d'État et exerçant en CSAPA depuis au moins six mois avec une moyenne d'exercice de 9ans. La moyenne d'âge est de 35ans, avec une répartition équitable de deux hommes et deux femmes. La majorité ayant une formation universitaire en addictologie (Diplôme Universitaire soins infirmiers en addictologie).

La synthèse des données socio démographique est consultable en annexe 11.

A- Analyse des entretiens

L'analyse des résultats s'est déroulée en plusieurs étapes.

1- Interprétation des données

Tout d'abord, l'ensemble des transcriptions a été exporté sur le logiciel d'analyse qualitative « Qual coder » afin de réaliser un codage initial, c'est-à-dire que chaque entretien a été relu et les données exploitables, significatives au sens de l'étude extraites. Suite à cela les mots, phrases et idées clés ont été regroupés dans des catégories nommées et différenciées par un code couleur.

Chaque catégorie représente une dimension spécifique du vécu ou des perceptions.

2- Émergence des thèmes centraux

Les catégories ont été regroupées pour faire émerger des thèmes centraux, correspondant aux axes principaux de la problématique comme le vécu des aidants, la posture soignante, les caractéristiques patient, l'organisation du service et les conséquences.

La cohérence et la pertinence de chaque thème fut vérifiée avec les données brutes.

3- Validation

La comparaison des données issues des deux populations (aidants et infirmiers) est faite afin d'identifier les convergences et divergences.

Les codes, les catégories et les thèmes retenus ont été travaillés et identifiés lors des rendez-vous d'aide méthodologique à la fédération de recherche et par l'utilisation du logiciel Qual Coder, puis validés par le directeur de mémoire.

B- Présentation des résultats

Les résultats ont été structurés selon les quatre thèmes identifiés :

1. Les difficultés de prise en charge conjointe patient/aidant
2. L'importance des caractéristiques patient
3. La fatigue des aidants : le vécu émotionnel et la charge des proches aidants.
4. L'enjeu de l'organisation du service

Chaque thème est illustré par des verbatims significatifs pour refléter fidèlement le point de vue des participants.

1) Thème 1 : Les difficultés de prise en charge conjointe patient/aidant

Point de vue des aidants :

➤ Les difficultés d'accès à l'information

Aidant 2 : « *en fait je ne me suis pas sentie du tout écoutée par le professionnel de santé* »

« *je ne suis pas la personne principale de la consultation mais enfin je trouve que si l'entourage ne va pas bien non plus c'est difficile après de les soutenir* »

« *Je n'ai pas toujours le droit d'assister au rendez-vous surtout au début de la prise en charge* »

Aidant 3 : « *Aujourd'hui le fait d'être renseigné c'est uniquement grâce à internet pour combler le temps lors de nuit très difficile.* »

➤ Projet en inadéquation avec la demande de l'aidant

Aidant 1 : « *Non parce que j'avais établi des projets et je ne comprenais pas qu'on n'accédait pas à mes demandes* »

« *Oui parce qu'après de nombreuses explications j'ai pu comprendre que mon projet ne collait pas à celui de mes frères et que leurs demandes et capacités actuelles n'étaient pas en adéquation* »

Point de vue des professionnels :

➤ Respect secret professionnel

Ide 1 : « *si on peut tout évoquer en lien avec le respect du secret professionnel mais parfois ça reste quand même compliqué pour certaines personnes.* »

Ide 2 : *« secret, professionnel et comment dire préservation aussi du patient »*

- Respect projet patient/ demande aidant

Ide 2 : *« pas forcément inclus dans le projet de soins dédiés du patient, on intervient vraiment s'il nous sollicite »*

- La posture professionnelle

Ide 2 : *« effectivement, où on ressent beaucoup d'émotions. Et parfois c'est difficile de la contenir. »*

Les résultats mettent en évidence une tension permanente entre le respect de la confidentialité du patient et le besoin d'implication des aidants. Les professionnels expriment une difficulté à trouver un équilibre, tandis que les aidants se sentent souvent mis à l'écart. Les perceptions des ressentis patients, selon leurs aidants et les professionnels oscillent entre la crainte d'une intrusion familiale et le besoin de soutien.

2- Thème 2 : L'importance des caractéristiques du patient

Du point de vue des aidants :

- Anxiété, colère, susceptibilité

Aidant 3 : *« que ma femme, la connaissant soit complètement différente devant des soignants que devant moi à la maison. »*

- La complexité de la pathologie addictive

Aidant 1 : *« les périodes de rechutes, de reconsommations, d'arrêt de traitement qui après de nombreux questionnements sont liés à la maladie »*

Aidant 2 : *« Je voyais bien qu'il mentait éhontément, l'impression en plus de pas reconnaître mon fils. »*

« Et me dire que consommer c'est une maladie, une maladie chronique et non un vice »

Aidant 3 : *« la méthadone est un traitement il y a quelques mois pour moi c'était un produit »*

Du point de vue des professionnels :

- Réticence à transmettre des infos

Ide 1 : « *la famille n'est pas vraiment au courant de toute la situation dans sa globalité* »

➤ Sentiments négatifs

Ide 1 : « *peur du jugement dans la majorité des situations et parfois aussi lié à un sentiment de honte ou d'échec.* »

➤ La complexité de la pathologie addictive

Ide 1 : « *Parce que c'est vrai que pendant longtemps c'est resté un sujet tabou. Les pathologies addictives ne sont pas forcément comprises par tout le monde. Ils sont souvent étiquetés nos patients.* »

Ide 2 : « *dégradation de l'état général de leur proche* »

« *Ça peut être une un problème de communication lié à la pathologie ou au traitement* »

La place accordée aux proches dépend fortement de la motivation au changement du patient. Lorsque le patient reconnaît ses difficultés et accepte l'accompagnement, la présence de l'aidant est vécue comme un levier. À l'inverse, le refus ou le déni du patient peut transformer l'inclusion familiale en source de tension et de conflit.

3- Thème 3 : La fatigue des aidants

Les aidants interrogés mettent en évidence leur ressenti en lien avec leur posture, ce rôle engendre des impacts à différents niveaux

Du point de vue des aidants :

➤ Impact sur la qualité de vie, la charge mentale et physique

Aidant 1 : « *Je me néglige je n'ai pas assez de temps pour tous, alors il est difficile de trouver du temps pour moi-même* »

Aidant 2 : « *Être toujours disponible, ne pas penser à moi je crois que ça fait des années que je ne suis pas allée prendre du temps chez l'esthéticienne. Mon fils c'est ma priorité, c'est tout le temps lui ce n'est pas mon bien-être à moi* »

Aidant 3 : « *C'est surtout le fait d'être sans cesse observateur et à l'affût pour vérifier la bonne prise du traitement,* »

➤ Impact sur la vie quotidienne

Aidant 1 : *« Oui forcément, je suis beaucoup moins patient, plus colérique et susceptible »*

Aidant 2 : *« je n'ai jamais l'esprit tranquille, je suis toujours dans mes pensées au boulot, je suis plus aussi marrante qu'avant mes collègues m'ont fait des remarques comme quoi j'avais changé. »*

Aidant 4 : *« Ça peut être un peu plus lourd à porter, mais globalement ça se passe bien sans impact. »*

➤ Impact sur la vie familiale :

Aidant 1 : *« Cela crée des conflits avec mon épouse »*

Aidant 2 : *« Tout le temps jongler tout le temps réfléchir tout le temps être présente pour lui*

du coup mettre de côté mon mari et les autres enfants »

« Énormément, mon mari pense que je ne couvre trop que je prends trop sa défense et ça crée des conflits. »

➤ Impact sur la qualité du sommeil, les dépenses énergie

Aidant 1 : *« Je suis épuisé, avec ce sentiment de culpabilité de ne pas faire assez »*

Aidant 2 : *« je dors mal je ne suis pas reposée je vais me lever la nuit quand je suis contrariée »*

Aidant 3 : *« Alors c'est surtout de la fatigue parce que ça crée des tensions, ça crée parfois des conflits notamment quand il s'agit de rdv annulé. Et puis des nuits plus courtes que ce qu'elles devraient être. Et forcément des questionnements qui affectent le sommeil »*

Du point de vue des professionnels :

➤ Besoins et ressenti des aidants

Ide 1 : *« En général c'est qu'ils se font du souci pour la personne et il ne trouve pas de solution à leur problème »*

« Je pense que la famille peut se sentir exclue »

Ide 2 : *« c'est vrai que ça les rassure. Et puis ils ont besoin d'informations également lors du retour au domicile. »*

« Besoins pour améliorer le quotidien de de leurs proches »

« La charge peut être est lourde au domicile, que ça soit une charge mentale ou physique »

Les aidants décrivent une charge émotionnelle et physique importante, marquée par la vigilance constante, l'angoisse des rechutes et la gestion quotidienne des difficultés. Cette fatigue, souvent invisible, est reconnue par les soignants, qui déplorent l'absence de dispositifs institutionnels de soutien dédiés aux aidants.

4- Thème 4 : L'enjeu de l'organisation du service

Du point de vue des aidants

➤ Obstacles liés à la temporalité

Aidant 3 : *« Les soignants sont restés très à l'écoute et compréhensifs mais n'étaient pas forcément disponibles à l'instant T »*

➤ Obstacles liés à la communication

Aidant 2 : *« On est confronté tout le temps à ses à ses problèmes et oui je me suis pas du tout sentie écouter, comprise. »*

Du point de vue des professionnels :

➤ Obstacles liés à la communication

Ide 1 : *« Alors oui, il peut arriver qu'il y ait des soucis de communication À vrai dire pour l'instant on n'a pas vraiment de personnes qui seraient à même de régler un peu ces conflits. »*

Ide 3 : *« dans notre service, il n'existe pas de réel soutien mis en place pour les proches aidants. »*

➤ Obstacles liés à l'absence de formation

Ide 1 : *« on peut les former car ils n'ont pas forcément les compétences requises pour être à même de gérer tout ça. »*

➤ Charge de travail, manque de temps imparti

Ide 1 : *« discuter avec les aidants pour leur expliquer notre démarche, nos missions, notre travail, mais franchement c'est très bref et je pense que ça manque un peu. Dans notre service en tout cas, il manque de consultation ou de concertation, d'éducation thérapeutique qui pourrait être amené aux aidants. »*

« les infirmières, les infirmiers sont tout seuls et n'ont pas forcément le temps » De plus les médecins ont des plannings plus que chargés et il semble difficile de les interpeller à répétition »

Ide 2 : « manque de disponible également s'ils nous sollicitent, que ce soit par téléphone ou par mail. »

➤ Obstacle liés temporalité

Ide 1 : « On n'a pas systématiquement de temps dédié pour discuter autour des situations »

Ide 2 : « frustré parce qu'on aimerait aider plus rapidement ces personnes »

Les participants soulignent un manque de structuration institutionnelle dans l'intégration des aidants. Les soignants évoquent un déficit de temps, de coordination et de protocoles clairs, tandis que les aidants se plaignent d'un manque d'accessibilité des interlocuteurs et d'orientation.

5- Les pistes d'amélioration proposées à l'inclusion des aidants dans le projet de soin

Du point de vue des aidants :

➤ L'accès à des professionnels

Aidant 3 : « Ça serait bien d'organiser justement des échanges parfois j'aurais aimé être officiellement inclus dans la prise en charge »

Aidant 4 : « une personne une équipe qui justement mettait au cœur de la prise en charge les aidants, je pense que ça serait plus simple pour coordonner et mettre en place certaines choses et collaborer avec les professionnels de santé, que ce soit à l'extérieur ou à l'intérieur ».

➤ La création d'outils

Aidant 1 : « Peut-être faire un document pour la famille avec le numéro utile et les bons réflexes ou gestes à adopter en cas de problème »

➤ La mise en place de moments d'expression

Aidant 1 : « Permettre des temps d'échange avec d'autres personnes ayant vécu des situations similaires, ça permettrait de se sentir moins seul »

Aidant 2 : *« un retour d'expérience de la part des autres aidants c'est ça. »*

Aidant 3 : *« Des rencontres, des formations, je l'expliquais un petit peu avant, pouvoir passer du temps aussi avec les soignants durant la prise en charge des patients. »*

Du point de vue des professionnels :

➤ L'accès à la formation

Ide 1 : *« il n'existe pas énormément de formations pour l'instant pour prendre soin des aidants »*

Ide 3 : *« Aucune, je n'ai jamais rien reçu au niveau des soins infirmiers. Après je pense qu'on apprend au fur à mesure par sa propre expérience et au contact des collègues mais sinon jamais aucune formation. »*

➤ Identifier le parcours de prise en charge des aidants

Ide 1 : *« Il faudrait une personne qui coordonne, afin de pouvoir gérer au mieux justement ces inclusions dans les projets thérapeutiques »*

Ide 2 : *« d'avoir une personne qui coordonnent un petit peu les projets de soins, les parcours de soins et qui soient là pour l'implication des aidants dans les projets »*

Ide 3 : *« Identifier également une personne ressource, coordinatrice des projets qui permettrait d'aller vers les personnes qui en expriment le besoin mais aussi les professionnels de santé et du social du territoire. »*

Ide 4 : *« Une plage de rendez-vous dédiés aux familles, enfin aux proches avec des renseignements sur les addictions qui puissent un peu apprendre ce qu'est une l'addiction, quelles sont les complications, faire des groupes de parole, vraiment pouvoir avoir un aspect où on inclut les proches dans les prises en charge. »*

Ide 4 : *« c'est parfois compliqué, mais je pense que des formations sur les entretiens motivationnels pour les consultations avec les patients mais aussi avec les familles et je pense que ça aurait pu être pas mal effectivement. »*

Les résultats mettent en lumière la complexité de la prise en charge conjointe : un espace de tensions entre besoins de soutien, respect de l'autonomie du patient et contraintes organisationnelles. Si tous les acteurs reconnaissent le rôle central des aidants, leur place reste encore insuffisamment définie et soutenue. La motivation et la maturité du patient apparaissent comme des facteurs déterminants de la réussite de l'inclusion familiale. Enfin, l'épuisement des aidants souligne l'urgence de penser des outils de soutien et des dispositifs spécifiques pour prévenir le découragement et favoriser la continuité des soins.

V - DISCUSSION L'étude qualitative menée auprès des proches aidants et des infirmiers en CSAPA a permis de mettre en lumière des enjeux essentiels concernant l'inclusion des proches dans le projet de soins personnalisé de patients substitués par méthadone. Les résultats révèlent des tensions et des complémentarités entre les besoins exprimés par les aidants, les contraintes vécues par les soignants et la place centrale accordée au choix du patient.

Dans cette discussion, nous confronterons ces résultats à la littérature existante, afin de dégager plusieurs axes, et enfin, nous aborderons les limites méthodologiques de l'étude et les perspectives pour la pratique infirmière en addictologie.

A- Le vécu des proches aidants : entre engagement et épuisement

Nos résultats confirment que les proches vivent une fatigue psychologique importante, marquée par une vigilance permanente, une culpabilité et un sentiment d'isolement. Ces éléments font écho à de nombreux travaux.

Ainsi, selon Périn (2019), les aidants familiaux de personnes souffrant d'addictions développent fréquemment un syndrome d'épuisement, proche du burnout, lié à l'accumulation de stress et à l'absence de reconnaissance sociale. De même, l'Observatoire National des Aidants (2022) rappelle que la charge émotionnelle, plus que la charge physique, est au cœur de la souffrance des aidants dans le champ des addictions.

Toutefois, certains de nos participants ont mis en évidence des stratégies de résilience (recours aux associations, recherche de soutien psychologique). Ces trajectoires différenciées sont également soulignées par Duval & Tremblay (2020), qui insistent sur l'importance de la qualité du réseau social et des compétences individuelles d'adaptation.

Nos résultats enrichissent donc la littérature en soulignant que la fatigue n'est pas uniforme : elle dépend des ressources propres de l'aidant et de l'espace de soutien mis à sa disposition.

B- Enjeux organisationnels : un cadre encore insuffisant

Les infirmiers interrogés reconnaissent le rôle clé des aidants mais soulignent un manque de moyens et de protocoles. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Michel et al. (2021), qui pointent la difficulté à intégrer systématiquement les proches dans les CSAPA en raison de la charge de travail et du manque de formation spécifique.

Nos données révèlent aussi une dissonance : les professionnels expriment une volonté d'inclure, mais se heurtent à des contraintes institutionnelles. Cette tension avait déjà été identifiée par Lemoine (2018), qui décrit une « inclusion par défaut » des familles, reposant sur l'engagement individuel des soignants plutôt que sur une organisation structurée.

L'apport de notre étude est de confirmer que, malgré des initiatives ponctuelles (groupes de parole, temps dédiés), l'inclusion reste encore marginale et non systématisée.

C- La communication triangulaire : une équation fragile

Nos résultats montrent que la communication triangulaire (patient–aidant–soignant) peut être un levier facilitateur, mais aussi une source de tension.

Lorsqu'elle est acceptée par le patient, elle favorise une meilleure compréhension et une adhésion renforcée, ce que confirme la revue de la littérature de Roberts et al. (2017), qui démontre que l'implication des proches améliore la continuité thérapeutique.

Cependant, la question du secret médical demeure un frein récurrent. Les infirmiers rapportent des dilemmes entre respect de la confidentialité et volonté de soutien. Ce paradoxe est largement documenté par Chamberlain en 2019, qui souligne la nécessité d'un cadre clair permettant aux soignants d'intégrer les proches sans enfreindre la confidentialité.

De plus, nos résultats mettent en lumière un risque rarement étudié dans la littérature : l'émergence de conflits familiaux en contexte de consultation. Cette dimension mérite d'être approfondie car elle montre que l'inclusion des proches n'est pas toujours bénéfique et doit être soigneusement adaptée au contexte relationnel.

D- Les caractéristiques individuelles du patient : un facteur déterminant

Un enseignement central de l'étude est la place incontournable du choix du patient. L'inclusion des proches est impossible sans son consentement explicite.

Cette observation rejoint les principes d'autonomie du patient rappelés par l'OMS (2019) et la Haute Autorité de Santé (HAS, 2021). Elle confirme également les travaux de Vanderplasschen et al. (2015), selon lesquels la réussite d'un traitement de substitution repose avant tout sur l'adhésion volontaire du patient.

Notre étude apporte cependant une nuance : certains patients, bien qu'opposés à une inclusion directe, acceptent indirectement que leurs proches soient informés ou soutenus, à condition que cela ne compromette pas leur propre confidentialité. Cette subtilité témoigne de la nécessité d'approches flexibles et graduées.

E- Attentes et besoins des aidants : des leviers d'amélioration

Les proches expriment trois besoins majeurs : information, soutien psychologique, et reconnaissance institutionnelle.

Ces attentes sont documentées, selon la Fédération Addiction (2020), les familles demandent en priorité des informations claires et fiables sur les TSO et les risques associés. Des recherches de Landau (2018) confirment que l'absence de connaissance favorise l'angoisse et la méfiance.

Le besoin de soutien psychologique, exprimé dans notre étude, rejoint les observations de l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2021), qui recommande la mise en place de programmes spécifiques pour les aidants afin de réduire leur isolement.

Enfin, la demande de reconnaissance institutionnelle fait écho aux conclusions de Jovic & Lemoine (2019), qui considèrent que la légitimation du rôle des proches est un levier majeur pour améliorer la qualité du soin en addictologie.

F- Limites de l'étude

Il est important de mettre en évidence certaines limites méthodologiques :

- La taille et la composition de l'échantillon : le nombre de participants est restreint, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats.
- Le biais de sélection : les proches qui ont accepté de participer sont probablement ceux les plus investis, ce qui peut biaiser les résultats. Certains participants ont pu moduler leurs propos, notamment les soignants, par souci de préserver l'image de leur pratique professionnelle.
- Le cadre géographique spécifique : l'étude a été réalisée dans un CSAPA particulier, ce qui limite le transfert des données à d'autres structures.
- L'approche qualitative : elle permet une richesse descriptive mais ne fournit pas de données quantitatives généralisables. L'analyse thématique repose sur l'interprétation du chercheur, ce qui comporte une part de subjectivité.

Ces limites, classiques en recherche qualitative, n'invalident pas les résultats mais invitent à les considérer comme des pistes de compréhension et non comme des conclusions généralisables.

G. Les Perspectives et implications pour la pratique infirmière

Malgré ces limites, l'étude ouvre des perspectives concrètes :

- De Développer des espaces dédiés aux proches dans les CSAPA (groupes de parole, ateliers d'information).
- De former les équipes à une communication adaptée avec les proches, dans le respect du secret médical.
- D'intégrer la dimension « proches aidants » dans les protocoles de suivi en addictologie.
- De reconnaître officiellement le rôle des proches aidants dans les parcours de soin en addictologie, à l'image de ce qui se fait dans d'autres pathologies chroniques.
- D'encourager de nouvelles études qualitatives et quantitatives sur le vécu des proches aidants en addictologie.
- D'évaluer l'impact de l'inclusion des proches sur l'adhésion au traitement, la qualité de vie des patients et la prévention des rechutes.
- Positionner l'IPA comme acteur de recherche-action dans le domaine des addictions, afin d'expérimenter des modèles innovants.

Ces recommandations pourraient contribuer à réduire l'épuisement des proches, améliorer la relation patient-aidant, et renforcer l'efficacité des stratégies thérapeutiques mises en place.

H. Le rôle de l'IPA dans l'inclusion des proches aidants

L'émergence de la pratique avancée en soins infirmiers en France selon le décret du 18 juillet 2018 du code de la Santé Publique ouvre de nouvelles perspectives dans l'accompagnement des patients en addictologie et de leurs proches. L'IPA, en raison de ses compétences élargies, peut occuper une position clé dans la mise en place d'un modèle de soins plus inclusif.

1- L'IPA un médiateur de la relation triangulaire

L'un des freins identifiés dans notre étude réside dans la complexité de la communication triangulaire entre patient, proches et soignants. L'IPA, par sa posture centrée sur la coordination et la pédagogie, est en mesure de jouer un rôle de médiateur. Il peut faciliter le dialogue, clarifier les attentes de chacun et s'assurer du respect du secret médical tout en maintenant une ouverture vers les proches, dans la mesure du consentement du patient.

2- L'IPA un acteur dans l'éducation thérapeutique et l'information des proches

Nos résultats montrent que les proches expriment un besoin d'information fiable concernant la méthadone et ses effets. L'IPA, disposant de compétences avancées en éducation thérapeutique du patient (ETP), peut développer des outils adaptés tel que des ateliers, des supports pédagogiques et/ou des entretiens pour les proches, permettant de diminuer leur anxiété et d'accroître leur compréhension du traitement. Cette mission rejoint les recommandations de la HAS (2021), qui encouragent l'intégration des familles dans les programmes d'ETP en addictologie.

3- L'IPA participe au soutien et la prévention de l'épuisement des aidants

L'IPA est également en mesure d'identifier précocement les signes d'épuisement chez les proches, grâce à des compétences spécifiques en évaluation clinique et en repérage des vulnérabilités psychosociales. En proposant une orientation vers des dispositifs de soutien, comme des consultations auprès de psychologues, la mise en relation avec des associations, l'inclusion dans des groupes de parole. L'IPA contribue à la prévention de l'épuisement des aidants, identifié comme un enjeu central dans nos résultats.

4- L'IPA coordinateur du parcours de soins

L'étude a mis en évidence un manque d'organisation institutionnelle concernant l'inclusion des proches. L'IPA, par son rôle de coordination interprofessionnelle, peut structurer des parcours où les proches sont reconnus comme partenaires de soin. En travaillant de manière collaborative avec les médecins, psychologues, assistants sociaux et associations d'usagers, il favorise une approche globale et intégrée.

5- L'IPA protagoniste de la reconnaissance institutionnelle du rôle des proches

Enfin, l'IPA peut participer à l'évolution des pratiques en sensibilisant les équipes et les institutions à l'importance d'une reconnaissance officielle du rôle des proches aidants en addictologie. À travers des démarches de recherche clinique et d'amélioration continue de la qualité des soins, il contribue à inscrire durablement l'inclusion des proches dans les pratiques en CSAPA.

Le rôle de l'IPA dans ce contexte apparaît central. Il constitue un levier pour dépasser les freins identifiés dans notre étude tel que le manque d'information, les difficultés de communication et l'absence de protocoles structurés. Grâce à ses compétences en éducation thérapeutique, coordination et accompagnement, l'IPA peut renforcer la place des proches aidants tout en garantissant le respect de l'autonomie du patient.

Ainsi, la pratique avancée se positionne comme un vecteur d'innovation organisationnelle et humaine dans le champ de l'addictologie, en réponse aux besoins révélés par notre étude.

Pour conclure, en confrontant nos résultats à la littérature, il apparaît que l'inclusion des proches aidants dans le soin en addictologie constitue un enjeu majeur, encore insuffisamment structuré dans les pratiques actuelles. Si les bénéfices sont potentiels en termes d'adhésion et de soutien, les obstacles restent nombreux.

Notre étude met en évidence que l'inclusion des proches n'est pas un processus automatique mais une construction dynamique, dépendante des ressources institutionnelles, de l'engagement des soignants et surtout de la volonté du patient.

Ces constats invitent à repenser les pratiques professionnelles en CSAPA en intégrant davantage les aidants, dans un cadre souple mais structuré, afin qu'ils soient de véritables partenaires du soin.

VI - CONCLUSION GENERALE

La prise en charge des patients en addictologie est un défi complexe nécessitant une approche générale. Les proches aidants jouent un rôle crucial dans ce contexte, non seulement en fournissant un soutien émotionnel, physique mais également en contribuant activement au parcours de soins des patients. L'inclusion des proches aidants dans le suivi des patients sous TSO apparaît comme un levier majeur d'amélioration de la qualité des soins. Toutefois cette démarche ne peut être improvisée, elle nécessite un cadre clair, conciliant le respect des droits du patient, le soutien aux aidants et la coordination interprofessionnelle.

Dans cette perspective, l'infirmier en pratique avancée se positionne comme un acteur pertinent pour initier et structurer ce changement. Son rôle dépasse l'unique prise en charge clinique pour devenir celui d'un médiateur, d'un éducateur et d'un coordonnateur, garantissant une approche globale, sécurisée et humaniste du soin en addictologie.

L'avenir de l'addictologie réside donc dans une prise en charge partagée, intégrative et inclusive, où patients, aidants et professionnels avancent ensemble dans la perspective du rétablissement.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien proche aidant

Annexe 2 : Grille entretien professionnel de santé

Annexe 3 : demande d'autorisation pour la réalisation de l'étude au sein du CSAPA

Annexe 4 : Lettre d'information destinée aux professionnels de santé susceptible de participer à l'étude qualitative

Annexe 5 : présentation de l'étude à destination des patients

Annexe 6 : Lettre d'information destinée aux proches aidants susceptible de participer à l'étude qualitative

Annexe 7 : Formulaire de recueil de consentement pour les participants à la recherche impliquant la personne humaine

Annexe 8 : retranscription des entretiens

Annexe 9 : questionnaire socio démographique proche aidant

Annexe 10 : questionnaire socio démographique professionnel de santé

Annexe 11 : synthèse questionnaires socio démographique

Annexe 1 : Grille d'entretien proche aidant

Grille entretien proche aidant

Introduction

- Présentation du chercheur et objectif de l'entretien
- Confirmation du consentement à participer à l'entretien

1- Lien avec la personne soignée

- Quel est le lien que vous entretenez avec la personne soignée ?
- Depuis combien de temps êtes-vous aidant de ce proche ?
- La relation d'aidant a-t-elle modifiée votre relation ?
Si oui de quelle manière ?
- Cette situation affecte-t-elle vos relations personnelles ? y a-t-il un impact sur votre qualité de vie ou celle de votre proche ?

2- Aidant : définition, symbolique/concret

- Qu'est-ce que cela signifie pour vous d'être aidant ?
- Qu'est-ce que cela implique pour vous au quotidien ?

3- Vécu de la relation d'aide

- Comment avez-vous vécu le moment où le patient vous a désigné comme aidant ?

4- Impact sur la relation d'aide

- Comment cette relation impacte votre quotidien ?
- Y a-t-il des répercussions sur votre bien être ?
Si oui lesquelles ?
- Cette situation affecte-t-elle vos relations personnelles ?
- Quels sont les moments qui ont été particulièrement marquants pour vous ?

5- Impact de la relation sur la personne soignée

- Comment votre aide est elle perçue par votre proche ?
- Quelle influence avez-vous sur sa prise en soin ?

6- Interactions avec les professionnels de santé

- Avez-vous déjà rencontré ou interpellé un professionnel de santé concernant la prise en soin de votre proche ?

Si oui, quel est votre ressenti ? avez-vous obtenu des réponses à vos interrogations ?

Si non, pourquoi ?

- Comment améliorer la collaboration avec les professionnels de santé ?

7- Inclusion des aidants dans les soins

- Est-ce que les aidants (comme vous) devraient être plus impliqués dans les prises en soin ?

Si oui, comment ?

8- Conclusion

- Remerciements pour la participation

Annexe 2 : Grille entretien professionnel de santé

Grille entretien professionnels de santé

Introduction

- Présentation du chercheur et objectif de l'entretien
- Confirmation du consentement à participer à l'entretien

Présentation et expérience professionnelle en addictologie

- Depuis combien de temps travaillez-vous en addictologie ?
- Quel poste occupez-vous et quels sont vos principales missions dans ce contexte ?

Thème n°1 : les aidants, description

- En tant que professionnel de santé, êtes-vous en lien avec des proches aidants de patient ?
Si oui, dans quel contexte ?
Si non, pourquoi ?
- Quels sont les types d'aidants rencontrés ?
- Quel type de service ou de soutien sont actuellement offerts aux proches aidants dans vos pratiques ?

Thème n°2 : communication avec les aidants

- Comment les proches aidants peuvent vous interpeller ?
A quel sujet vous interpellent-ils ?
- Comment ces proches sont-ils actuellement inclus dans le projet de soin individualisé du patient ?
- Quels sont les aidants avec lesquels il vous est facile de communiquer/interagir ?
A votre avis, pourquoi ?

Thème n°3 : les besoins des aidants dans le regard médical

- Quels sont les besoins exprimés par les proches aidants ?
- Quels sont les besoins le plus courants que vous percevez chez les proches aidants ?
- Y a-t-il des aspects plus difficiles à aborder ?
Si oui, lesquels ?

Thème n°4 : le proche aidant et la prise en soin

- Quels sont les professionnels dans ce service qui sont le plus souvent en contact avec les proches aidants ?
- Comment cela s'explique-t-il selon vous ?
- S'il y a un problème de communication, dans la relation entre le proche aidant et le patient, qui est susceptible d'intervenir ?
- Quelles sont à votre avis les principales difficultés de travail des équipes soignantes avec les proches aidants ?
- Qu'est ce qui pourrait selon vous améliorer l'implication des proches aidants dans les prises en soins ?

Thème n°5 : formation et ressources

- Quelle formation ou sensibilisation les infirmiers reçoivent-ils actuellement sur l'inclusion des proches aidants dans les prises en soins ?
- Existe-t-il des ressources ? formations ? Outils ? spécifiques pour soutenir les infirmiers dans leurs pratiques auprès des aidants ?

Remarques ou commentaires

Conclusion

- Remerciements pour la participation

Annexe 3 : demande d'autorisation pour la réalisation de l'étude au sein du CSAPA

Emilie Vincent

Etudiante deuxième année formation infirmière de pratiques avancées

Université de Lille

03.21.69.14.37

elha@ch-lens.fr

A l'attention de Mr le docteur -----, responsable médical du CSAPA

A l'attention de Mr -----, cadre supérieur de santé du CSAPA

A Lens,

Le 05 janvier 2024

Objet : demande autorisation de réalisation d'une étude qualitative au sein du CSAPA

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'Infirmier de Pratiques Avancées, je réalise un travail de recherche portant sur « l'inclusion des proches aidants de patients souffrant de troubles de l'usage aux opiacés substitués par Méthadone ».

Cette étude a pour objectif d'explorer le vécu des proches aidants et la perception des professionnels de santé quant à leur rôle dans le parcours de soins en addictologie.

Pour ce faire, je vous sollicite afin d'obtenir l'autorisation de réaliser des entretiens semi directifs auprès de proches aidants de patients suivis dans votre CSAPA et bénéficiant d'un traitement de substitution par méthadone, ainsi qu'auprès d'infirmiers exerçant dans votre structure.

La méthodologie respectera les règles éthiques et de confidentialité, la structure et les participants de l'étude seront anonymisés. Chaque participant recevra une note d'information et aura la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de la formation universitaire et ne constitue pas une recherche interventionnelle au sens de la loi Jardé. Elle ne nécessite pas de Comité de Protection des Personnes mais respecte les principes de la protection des données.

Je reste à votre disposition si vous souhaitez des informations complémentaires.

Dans l'attente de votre accord, je vous prie d'agréer Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Emilie Vincent

Etudiante deuxième année formation Infirmier de Pratiques Avancées

Université de Lille

Annexe 4 : Lettre d'information destinée aux professionnels de santé susceptible de participer à l'étude qualitative

L'inclusion des proches aidants dans le projet de soin individualisé de patient souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactives substitués par méthadone

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche qualitative portant sur l'inclusion et l'accompagnement des proches aidants de patients pris en charge dans un service de traitement des dépendances. Cette recherche a pour objectif d'identifier et de mieux comprendre les expériences, les besoins et les perspectives des aidants qui soutiennent un proche souffrant de trouble de l'usage, mais également les ressources et demande des professionnels de santé.

Comment les pratiques des professionnels de santé en addictologie peuvent être adaptés et améliorés afin d'inclure et soutenir les proches aidants dans le processus de prise en charge des personnes souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactive substitués par méthadone ?

Votre expérience en tant que professionnel de santé au sein du service de traitement des dépendances est précieuse et votre contribution aidera à éclairer les pratiques actuelles ainsi que d'identifier des pistes d'amélioration pour l'accompagnement des proches aidants dans le processus de prise en charge.

L'étude consistera en un entretien individuel d'environ 15 à 20 minutes, qui se déroulera à un moment et un endroit qui vous convienne. Votre identité est anonyme et les réponses apportées seront confidentielles, et ne seront utilisées que dans le cadre de cette recherche.

Si vous souhaitez participer ou que vous avez des questions supplémentaires sur l'étude, veuillez me contacter au 03.21.69.14.37 ou par mail à l'adresse suivante : elha@ch-lens.fr .

Votre expertise et vos perspectives sont essentielles pour faire progresser notre compréhension de ce sujet important, nous espérons que cette étude permettra de promouvoir des approches de traitement holistiques et centrés sur la famille en soutenant le rôle crucial des aidants familiaux, ainsi que le développement et la conception de programme de soutien adaptés aux besoins spécifiques des proches aidants.

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude. Vos réponses restent confidentielles, c'est-à-dire qu'elles seront anonymisées et ne seront transmises qu'aux personnes impliquées dans la recherche.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit de suppression, de limitation et de portabilité de vos données utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche. Ces droits s'exercent auprès du promoteur de la recherche.

L'absence de réponse lors de l'entretien, de votre part sera considérée comme une opposition, et le fait de répondre fera quant à lui office de non-opposition de votre part et acte de consentement.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Annexe 5 : présentation de l'étude à destination des patients

Madame, Monsieur,

Infirmière au sein du centre hospitalier de Lens, dans le service de traitement des dépendances « le Square », je réalise dans le cadre de ma formation d'Infirmière de Pratiques Avancées un travail de fin d'étude portant sur : « l'inclusion des proches aidants de patients souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactives substitués par Méthadone ».

Un proche aidant est une personne qui offre un soutien physique, émotionnel ou financier à un individu souffrant de troubles de l'usage de substances psychoactive. Ce peut être un membre de la famille, un conjoint, un ami ou toute autre personne qui joue un rôle de soutien significatif dans la vie quotidienne de la personne souffrant d'addiction. Les proches aidants peuvent jouer différents rôles, tel que fournir un soutien émotionnel, aider à la gestion des soins médicaux, encourager le traitement et la réadaptation, ou encore contribuer à la supervision et à la gestion des traitements.

Je vous sollicite donc afin de recruter des personnes en qualité de proche aidant, susceptibles de me rencontrer pour que je puisse leur présenter mon travail et les solliciter pour intégrer cette étude.

Cette étude est anonyme et confidentielle, et en aucun cas votre situation personnelle ne sera abordée.

Si votre proche aidant, avec votre accord, décide de participer à cette étude, vous pouvez me transmettre ses coordonnées par un appel téléphonique au 03.21.69.14.37 ou sur ma messagerie mail sécurisée : elha@ch-lens.fr.

Je le contacterai dans les plus brefs délais afin d'exposer le sujet de recherche et le mode de récolte des données.

Je vous remercie pour votre considération et votre aide à la réalisation de ce travail.

Bien cordialement,

Emilie Vincent

Etudiante deuxième année en formation Infirmier de Pratiques Avancées

Université de Lille

Annexe 6 : Lettre d'information destinée aux proches aidants susceptible de participer à l'étude qualitative

L'inclusion des proches aidants dans le projet de soin individualisé de patient souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactives substitués par méthadone

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche qualitative portant sur l'inclusion et l'accompagnement des proches aidants de patients pris en charge dans un service de traitement des dépendances. Cette recherche vise à explorer et identifier les expériences, les défis, les besoins et les perspectives des aidants qui soutiennent un proche souffrant de trouble de l'usage.

Comment les expériences, besoins et perspective des proches aidants sont-ils intégrés dans la prise en charge de patient souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactive substitués par méthadone ?

Quelles sont les implications pour l'amélioration de l'inclusion et du soutien des proches aidants dans ce contexte ?

Votre expérience en tant que proche aidant est d'une importance capitale pour nous permettre de mieux comprendre les enjeux et les implications de votre rôle, cette étude vous donne l'opportunité de partager votre vécu.

L'étude consistera en un entretien individuel d'environ 15 à 20 minutes, qui se déroulera à un moment et un endroit qui vous conviendront. Votre anonymat sera respecté et vos réponses seront confidentielles et anonymes, et ne seront utilisées que dans le cadre de cette recherche.

Si vous souhaitez participer ou que vous avez des questions supplémentaires sur l'étude, veuillez me contacter au 03.21.69.14.37 ou par mail à l'adresse suivante : elha@ch-lens.fr .

Votre expertise et vos perspectives sont essentielles pour faire progresser notre compréhension de ce sujet important. Nous espérons que cette étude permettra de promouvoir des approches de traitement holistiques et centrés sur la famille en soutenant le rôle crucial des aidants familiaux, ainsi que le développement et la conception de programme de soutien adaptés aux besoins spécifiques des proches aidants.

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude. Vos réponses restent confidentielles, c'est-à-dire qu'elles seront anonymisées et ne seront transmises qu'aux personnes impliquées dans la recherche.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit de suppression, de limitation et de portabilité de vos données utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche. Ces droits s'exercent auprès du promoteur de la recherche.

L'absence de réponse lors de l'entretien, de votre part sera considérée comme une opposition, et le fait de répondre fera quant à lui office de non-opposition de votre part et acte de consentement.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Annexe 7 : Formulaire de recueil de consentement pour les participants à la recherche impliquant la personne humaine

« L'inclusion des proches aidants dans la prise en soin de patients souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactives substitués par Méthadone »

Investigateur principal :

Me Vincent Emilie étudiante Infirmière de Pratiques Avancées

Deuxième année

Faculté de médecine de LILLE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (*rayez les mention inutiles*)

Agissant en qualité d'infirmier diplômé d'état, agissant en qualité de proche aidant (*rayez les mentions inutiles*)

Accepte librement et volontairement de participer au travail de recherche intitulée : « L'inclusion des proches aidants dans la prise en soin de patients souffrant de trouble de l'usage de substances psychoactives substitués par Méthadone » et qui m'a été proposée par le chercheur Me Vincent Emilie.

Le chercheur m'a informé(e) et a répondu à mes interrogations. Ma participation à ce travail est libre et que je peux, si je le souhaite, stopper ma participation à tout moment.

J'ai été clairement informé de l'anonymat préservé.

J'ai été clairement informé(e) du but de la recherche et sa méthodologie.

J'ai été clairement informé(e) de l'enregistrement audio de l'entretien.

Fait à....., le

Fait à, le

Signature du participant :

signature du chercheur :

(Documents réalisés en deux exemplaires dont un sera remis au participant).

Annexe 8 : retranscription des entretiens

Les entretiens retranscrits sont consultables via le QR code ou le lien ci-dessous :



https://drive.google.com/drive/folders/11bLyw8EPzIDl6AA4nYMou9J5w03zEY-h?usp=drive_link

Annexe 9 : questionnaire socio démographique proche aidant

QUESTION	REPONSE
AGE	
SEXE	
PROFESSION	
LIEN AVEC LA PERSONNE SOIGNEE	
DATE RELATION AVEC LE PROCHE AIDANT	

Annexe 10 : questionnaire socio démographique professionnel de santé

QUESTION	REPONSE
AGE	
SEXE	
DUREE EXERCICE/ANNEE DIPLOME	
FORMATION COMPLEMENTAIRE	
POSTE OCCUPE	
MISSIONS DANS LA STRUCTURE	

Annexe 11 : synthèse questionnaires socio démographique

Questionnaire sociaux démographique professionnel de santé

	Age	Sexe	Durée exercice	Poste occupé	Missions dans la structure	Formation complémentaire
IDE 1	24ans	Masculin	3ans	EMASA	Aller vers, accompagnement des patients au domicile But de réinsérer circuit soin classique	DU soins infirmiers en addictologie en cours
IDE 2	39ans	Masculin	3ans	Centre délivrance TSO	Délivrance thérapeutique Accompagnement socio-médical Projet de soins	DU soins infirmiers en addictologie programmé en 2023/2024
IDE 3	46ans	Féminin	23ans	ELSA	Conseil minimal Intervention brève Information, orientation Relais prise en soins csapa/hôpital	DU soins infirmiers en addictologie DU tabacologie
IDE 4	30 ans	Féminin	8ans	Consultation	Accompagnement et suivi des personnes atteintes d'addiction avec ou sans produits	Pas de formation

Questionnaire socio-démographique proche aidant

	Age	Sexe	Profession	Lien avec la personne soignée	Date de relation avec le proche
Aidant 1	45ans	Masculin	Agent territorial	Frère	Moins un an
Aidant 2	52ans	Féminin	Caissière	Mère	12ans
Aidant 3	42 ans	Masculin	Commercial	Epoux	10ans
Aidant 4	25 ans	Féminin	Educatrice spécialisée	Professionnelle du social, accompagnement social et administratif	Un an

Bibliographie

1. Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science and Medicine*. févr 2013;78(1):70-7.
2. Taylor & Francis [Internet]. [cité 22 oct 2023]. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/journals/idep20>
3. Méthadone. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 20 oct 2023]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9thadone&oldid=207762546>
4. OFDT Héroïne et autres opiacés-synthèse des connaissances
<https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces>
5. OFDT. Drogues, chiffres clés 2015
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/DOC/dcc2015.pdf>
6. Drogues et usages des drogues. Etat des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France 6 Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. OFDT ; 2010 p280
7. OFDT. Drogues et addictions, Chiffres clés, 9e édition
[Drogues et addictions, chiffres clés 2022 \(ofdt.fr\)](#)
8. Santé publique France. Quels sont les risques sanitaires associés à la consommation de drogues illicites ?
[Quels sont les risques sanitaires associés à la consommation de drogues illicites ? \(santepubliquefrance.fr\)](#)
9. Définition addiction selon Aviel Goodman
[Définition de l'addiction selon Aviel Goodman - Florent Ferres Psychothérapie](#)
10. Définition de l'addiction selon OMS
[Addiction et dépendance, Toxicomanie](#)
11. Définition de l'addiction selon la NIDA
<https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
12. CIM 10
[Annexe Critères CIM-10 Abus Dépendance](#)
13. DSM V
[Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf](#)
14. Le craving
<https://www.maad-digital.fr/articles/le-craving-symptome-de-laddiction/>
15. OFDT. Héroïne et autres opiacés
<https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de.z/heroine-et-autres-opiaces/>
16. HAS. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution. *La presse médicale*. 2004
17. HAS. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution. *La presse médicale*. 2004
18. OFDT. Les Traitements de substitution en France : résultats récents 2004. *Tendance*. 2004
19. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » 2020 – OFDT
[field_media_document-5793-TabTSO200916.pdf](#)
20. Joran Farnier : « l'alliance thérapeutique » 8 mai 2025
<https://www.lapsychologiepositive.fr/alliance-therapeutique/>

21. l'alliance thérapeutique par Emmanuel Vaux Lacroix. Chapitre 41. Page 261
Chapitre 41. L'alliance thérapeutique avec le patient addict | Cairn.info
22. L'impact des groupes de soutien dans la lutte contre l'addiction : Un chemin vers le rétablissement
<https://comprendreaddiction.com/groupe-soutien-lutte-addiction/>
23. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente
https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201411/outil_modelle_prochaska_et_diclemente.pdf
24. définition du proche aidant selon la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000031706307>
25. guide de l'aidant familial
LivretProcheAidants_2024_DILAnet-1-1.pdf
26. Les concepts en science infirmière, l'adhésion thérapeutique, par Christophe Debout, page 50 à 53
Adhésion thérapeutique | Cairn.info
27. décret du 19 août 2025, le soutien des proches aidants
Un nouveau décret pour soutenir les proches aidants | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles
28. Guide "Intervenir auprès des personnes âgées consommatrices d'alcool dans une logique de Réduction Des Risques (RDR)"
<https://www.drogues.gouv.fr/guide-intervenir-aupres-des-personnes-agees-consommatrices-dalcool-dans-une-logique-de-reduction>
29. Prendre en compte l'ambivalence du patient, par le Dr.-David-Mintz_thumbnail, le octobre 1, 2023
<https://fr.psychopharmacologyinstitute.com/>
30. La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples Dr NICOLE BICHSEL a et Pr PHILIPPE CONUS, Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 478-81
https://www.revmed.ch/view/436968/3748571/RMS_551_478.pdf
31. La relation aidant/aidé dans la maladie d'Alzheimer, Chapitre 2. L'aidant et son fardeau Par Pierre Charazac, Isabelle Gaillard-Chatelard et Isabelle Gallice, Pages 15 à 28
Chapitre 2. L'aidant et son fardeau | Cairn.info
32. Le syndrome de l'aidant : les signes qui doivent alerter, Janine-Sophie Giraudet 06 avril 2023
<https://www.vidal.fr/actualites/30155-le-syndrome-de-l-aidant-les-signes-qui-doivent-alerter>
33. Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Légifrance.
34. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
35. Poloméni P. Les réseaux addictions ? Toxibase. 2002
36. HAS. Evaluation et amélioration des pratiques – Les réseaux de santé 2006
<https://www.has-sante.fr>
37. Acker, F. (2010). Les réseaux de santé : enjeux et perspectives. Paris : Editions Erès.

38. Bailly, F., Dupuis, J., & Rolland, C. (2019). Réseaux de soins et coopération interprofessionnelle en addictologie : entre innovations et fragilités. *Revue Française des Affaires Sociales*
39. Loi Jardé
LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine
www.legivrance.gouv.fr
40. Le RGPD
Recherches dans le cadre de la santé : quelles sont les formalités ? | CNIL

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	3
A. Cadre théorique	3
1- la consommation d’opiacés en France	3
a) épidémiologie	3
b) conséquences sanitaires	3
c) impact économique	4
2- le trouble de l’usage aux opiacés	4
a) la notion de conduite addictive	4
b) les opiacés	6
3- les stratégies thérapeutiques	6
a) les traitements substitutifs aux opiacés	6
b) les traitements non médicamenteux	7
4- Les stades de maturation au changement	9
5- Les concepts centraux	10
6- La pratique avancée	11
7- Le concept d’aidant	11
a) définition	11
b) rôle et enjeux du proche aidant de patient sous TSO	12
B- Contexte	13
1- Les structures de prise en soins patient en addictologie	13
a) les CSAPA	13
b) les CAARUD	13
c) les structures hospitalières	14
2- Les réseaux de soins/santé	15
CHAPITRE II : CONSTAT.....	16
A. Question de recherche	16

B. Hypothèse	16
C. Objectifs de l'étude	16
CHAPITRE III : METHODE	18
A. Choix de la méthode	18
1. Etude retenue	18
2. Méthode et outils de recueil de données	18
B. Les participants	18
1. Population choisie.....	18
2. Critères d'inclusion	19
a. Des Proches aidants	19
b. Des professionnels de santé	19
3. Critères de non-inclusion	19
a. Des proches aidants	19
b. Des professionnels de santé	19
4. Le recrutement	20
5.L'échantillonnage	20
C. Le guide d'entretien	21
D. Les entretiens	21
E. Le cadre légal	22
CHAPITRE IV : RESULTAT ET ANALYSE	24
A. Analyse des entretiens	24
1- Interprétation des données	24
2- Emergence des thèmes centraux	24
3- Validation des données	24
B. Présentation des résultats	25
1- Thème 1 : Les difficultés de prise en charge conjointe patient/aidant	25
2- Thème 2 : L'importance des caractéristiques patient	26
3- Thème 3 : La fatigue des aidants : le vécu émotionnel et la charge des proches aidants	27
4- Thème 4 : L'enjeu de l'organisation du service	29

5- Les pistes d'amélioration proposées à l'inclusion des aidants dans le projet de soin	30
---	----

CHAPITRE V : DISCUSSION.....	32
------------------------------	----

A- Le vécu des proches aidants et les risques de fatigue émotionnelle.....	32
B- Les enjeux organisationnels et la place institutionnelle des aidants.....	32
C- Les dynamiques relationnelles, la communication triangulaire.....	33
D- Le rôle décisif des caractéristiques individuelles du patient.....	33
E- Les attentes et besoins des proches comme leviers d'amélioration.....	33
F- Limites de l'étude	34
G- les perspectives et implications pour la pratique infirmière	34
H- le rôle de l'IPA dans l'inclusion des proches aidants	35
1- l'IPA un médiateur de la communication triangulaire	35
2- l'IPA un acteur dans l'éducation thérapeutique et l'information des proches	35
3- L'IPA participe au soutien et la prévention de l'épuisement des aidants	35
4- L'IPA coordinateur du parcours de soins	35
5- L'IPA protagoniste de la reconnaissance institutionnelle du rôle des proches	35

CHAPITRE VI : CONCLUSION.....	37
-------------------------------	----

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

AUTEUR : Nom : VINCENT

Prénom : EMILIE

Titre du mémoire : « Aidants en détresse ». L'inclusion des proches aidants dans le projet de soin personnalisé de patients présentant un trouble de l'usage de substances psychoactives substitués par méthadone.

Mots-clés : inclusion, proches aidants, trouble de l'usage, substance psychoactive, traitement de substitution, projet de soin personnalisé, infirmier de pratiques avancées, éducation thérapeutique, formation.

Résumé :

Contexte : Les aidants proches, qu'ils soient conjoints, parents, enfants ou amis, jouent un rôle crucial dans le soutien des personnes souffrant d'une pathologie chronique. L'usage de substances psychoactives, telles que l'alcool, les drogues illicites et les médicaments, constitue un problème de santé publique majeur qui affecte non seulement les individus qui en souffrent, mais également leur entourage. Ces proches de patients se retrouvent souvent confrontés à des défis émotionnels, sociaux et économiques considérables. Comment l'infirmier de pratiques avancées peut améliorer la prise en charge, permettre l'inclusion de ses aidants dans le projet de soin personnalisé du patient ? Quels sont les difficultés et obstacles rencontrés par les professionnels de santé vis à vis de ses aidants ?

Méthode : Mon choix s'oriente vers une étude qualitative exploratoire comparative auprès des professionnels de santé d'un service d'addictologie des Hauts de France ainsi que des proches aidants de patients suivis et substitués par Méthadone par ce même service de soin.

Résultats attendus : Ce travail va permettre d'explorer les différentes demandes, questionnement, difficultés et besoins de ces aidants, les défis auxquels ils sont confrontés au quotidien. L'identification des ressources disponibles et des stratégies d'intervention qui pourraient améliorer leur bien-être, leur qualité de vie, ainsi que ceux de leurs proches. Mais également l'identification des besoins d'accompagnement et de formation des équipes soignantes et les stratégies de coping à instaurer.

Conclusion : Pour conclure cette étude va permettre à l'IPA une réflexion sur l'implémentation d'un programme d'éducation thérapeutique y incluant les proches aidants, ainsi que le développement d'un programme de formation à destination du personnel soignant.

Abstract :

Title : *Caregivers in Distress Accompanying and Including Natural or Family Caregivers in Personalised Care Pathway of Patients with Substance Usage Disorders who are on Methadone Substitution Therapy.*

Keywords : Inclusion, Natural or Family Caregivers, Usage Disorders, Psychoactive Substance, Substitution Treatment, Personalised Care Pathway, Advanced Practice Nurse, Education Therapy, Formation.

Context : Those natural or family caregivers, whether spouses, parents, children or friends, play a crucial role in supporting people suffering from a chronic disease. The use of psychoactive substances, such as alcohol, illicit drugs and medication, is a major public health problem that affects not only the individuals who suffer from it, but also their families. Those close to patients often face considerable emotional, social and economic challenges. How can advanced practice nurses improve care, enable those caregivers to be included in the in personalised care pathway. What difficulties and obstacles do healthcare professionals encounter when dealing with caregivers?

Method : I chose to carry out a comparative exploratory qualitative study with health professionals from the addictology department of the LENS hospital and the natural or family caregivers of patients being monitored and substituted with methadone by this same department.

Expected result : This work will make it possible to explore the various demands, questions, difficulties and needs of these caregivers, and the challenges they face on a daily basis. The identification of available resources and intervention strategies that could improve their well-being and quality of life, as well as those of their loved ones. But also help to identify the training and support needs of care teams and the coping strategies that need to be put in place.

Conclusion : As a conclusion, this study will enable the APN to reflect on the implement a therapeutic education programme that includes family or naturel caregivers, as well as the development of a training programme for nursing staff.

Directeur de mémoire : Monsieur le docteur Damien SCLIFFET