



**HAL**  
open science

**Développement du site [www.addictoclic.com](http://www.addictoclic.com) :  
recherche-action en médecine générale pour faciliter  
l'accès aux ressources en addictologie sur les territoires  
d'Aquitaine**

Nicolas Goulat

► **To cite this version:**

Nicolas Goulat. Développement du site [www.addictoclic.com](http://www.addictoclic.com) : recherche-action en médecine générale pour faciliter l'accès aux ressources en addictologie sur les territoires d'Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01069667

**HAL Id: dumas-01069667**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01069667>**

Submitted on 29 Sep 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux  
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES  
N°87

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE  
Présentée et soutenue publiquement

Par **GOURLAT Nicolas**

Né le 8 décembre 1982 à Bordeaux

Le 3 septembre 2014

Titre de la thèse

**Développement du site [www.addictoclic.com](http://www.addictoclic.com):**

recherche-action en médecine générale pour faciliter l'accès aux  
ressources en addictologie sur les territoires d'Aquitaine

Directeur de thèse

**Monsieur le docteur Philippe CASTERA**

**Pr J-L. DEMEAUX,**

Président

**Dr F. PETREGNE,**

Rapporteur

**Pr M. AURIACOMBE,**

Juge

**Dr M. VALADIE-JANNEL,**

Juge

**Dr J. DUBERNET,**

Juge



## Remerciements

---

Je remercie tout particulièrement,

### **Mes parents,**

*Que j'aime de tout mon cœur, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Je vous remercie du soutien que vous m'avez apporté durant toutes ces années. Il y a eu des moments difficiles mais vous avez toujours été là pour m'encourager. Je vous dois tout et je vous serai toujours reconnaissant.*

### **Mon frère et ma sœur,**

*Que j'aime tant. Je vous remercie également de m'avoir soutenu pendant toutes ces années dans les bons comme dans les mauvais moments. J'espère que nous serons toujours aussi proches.*

### **Magali, ma fiancée, ma future épouse,**

*Je t'aime ma chérie. Tu m'as offert le plus beau des cadeaux, notre petite Lou. Tu es mon rayon de soleil depuis presque trois ans.*

### **Lou,**

*Mon petit bébé d'amour, qui m'apporte tant de bonheur.*

### **Florian,**

*Mon beau-frère, avec qui je m'entends si bien. Je ne pouvais pas espérer mieux.*

### **Mes grands-parents, Grany et Papou,**

*A cette merveilleuse année que nous avons passée ensemble. Je vous aime.*

### **Mes autres grands-parents, Papi et Mamie,**

*Qui me manquent beaucoup, qui auraient tellement aimé être là aujourd'hui. Vous resterez toujours dans mon cœur.*

**Ma marraine Agnès,**

*Pour ton amour que tu m'as apporté depuis ma naissance. Tu es toujours présente pour moi.*

**A mon parrain Pierre-Gil,**

*Qui a toujours été un bon parrain.*

**Au reste de ma famille,**

*Qui compte beaucoup pour moi,*

**A Chahid,**

*A toutes ces années de médecine que nous avons passées ensemble, à ton soutien, et à tous ces bons moments que nous partageons.*

**Et à tous mes amis proches,**

*Jon, Samir, Nico Chab, Joh, Aurélie, Poca, Tuan Anh, Vincent, Anh Tuan... et à tous les autres qui se reconnaîtront.*

**Aux membres de mon jury,**

**Mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Philippe CASTERA,**

Médecin Généraliste,

Maitre de conférences associé de médecine générale,

Coordinateur AGIR33 AQUITAINE,

*Je te remercie pour ta grande disponibilité, tes conseils si précieux et pour toute l'aide que tu as pu m'apporter durant ce travail.*

**Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX,**

Médecin Généraliste

Professeur de Médecine Générale et Directeur Adjoint du Département de Médecine Générale de l'Université Bordeaux Segalen.

*Merci de nous avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.*

**Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE,**

Praticien Hospitalier,

Directeur-adjoint, Sanpsy CNRS USR 3413,

Chef de Pole d'Addictologie CH Charles Perrens / CHU Bordeaux,

*Tous nos remerciements pour votre participation à ce jury et pour l'intérêt que vous portez à ce travail.*

**Monsieur le Docteur François PETREGNE,**

Médecin Généraliste,

Maitre de conférences associé de médecine générale,

*Nous vous remercions pour l'intérêt, la considération que vous avez porté à ce projet et d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse.*

**Madame le Docteur Martine VALADIE-JEANNEL,**

Médecin inspecteur de santé publique ARS Aquitaine

Chef de projet Addictions – Direction de l’offre de soins et de l’Autonomie – Agence Régionale de Santé (ARS).

*Nous vous remercions de participer à ce jury et de l’intérêt que vous avez porté à ce travail.*

**Et Monsieur le Docteur Jacques DUBERNET,**

Médecin Généraliste Addictologue,

Praticien Hospitalier au Pôle Addictologie - CH Charles Perrens / CHU Bordeaux.

*Vous avez accepté de juger ce travail et nous vous en remercions.*

Enfin je tiens à remercier,

**Toute l’équipe d’AGIR33, notamment Audrey et Nathalie**

**L’ARS Aquitaine,**

**Télé santé Aquitaine,**

Sans qui ce projet n’aurait pas été possible.



## Sommaire

---

INTRODUCTION .....	16
1. JUSTIFICATION.....	17
1.1. L'organisation du système de soins en addictologie en Aquitaine (8-10).....	17
1.1.1. Les dispositifs de niveau 1 .....	17
1.1.2. Les dispositifs de niveau 2 .....	18
1.1.3. les dispositifs de niveau 3.....	19
1.1.4. Le dispositif médicosocial ambulatoire.....	19
1.1.5. Le dispositif médicosocial d'hébergement.....	20
1.2. Les besoins des usagers.....	24
1.2.1. Un besoin de santé publique.....	24
1.2.2. Les besoins des patients.....	25
1.2.3. Les besoins des professionnels de premier recours.....	27
1.2.4. Les besoins des structures spécialisées.....	28
1.3. Un site internet dédié aux addictions : un moyen pertinent ? .....	29
1.3.1. Les professionnels de santé et internet .....	29
1.3.2. Les patients et internet .....	29
1.3.3. L'absence de site Web correspondant aux besoins identifiés. ....	30
1.4. Les conditions matérielles nécessaires à la réalisation du site .....	36
1.5. Nécessité d'une recherche autour de l'élaboration du site .....	37
2. METHODOLOGIE.....	38
2.1. Question de recherche .....	38
2.2. Hypothèses.....	38
2.3. Objectifs.....	38
2.4. Méthode.....	39
2.4.1. Composition, mise en place et premières décisions du comité de pilotage.....	40
2.4.2. Identification des besoins des professionnels de premier recours et des usagers.....	41
2.4.3 Architecture et contenu du site WEB.....	42
2.4.4. Evaluer « la lisibilité » et « l'utilisabilité » du site auprès des professionnels et des patients.....	44

3. RESULTATS.....	50
3.1 Identifier les besoins des usagers (objectif intermédiaire 1) .....	50
3.1.1. Focus groupe « médecins ».....	50
3.1.2. Focus groupe « patients ».....	55
3.1.3. Synthèse des points clés retenus à partir des deux focus groupes.....	59
3.2 Définir l'architecture et le contenu du site Web (objectif intermédiaire 2) .....	60
3.3 Evaluer « la lisibilité » et « l'utilisabilité » du site auprès des professionnels et des patients (objectif intermédiaire n°3).....	65
3.3.1. Tester la lisibilité de l'information.....	65
3.3.2. Tester l' « utilisabilité » auprès d'un échantillon représentatif d'utilisateurs (professionnels et patients) .....	66
3.4 Mettre en ligne le site web (objectif intermédiaire n°4).....	75
3.5 Mettre en place une procédure d'actualisation des informations (objectif intermédiaire n°5).....	76
4. DISCUSSION .....	77
4.1. Pertinence du choix d'un annuaire en ligne.....	77
4.2. Les focus groups .....	77
4.3. L'architecture du site web .....	80
4.4. Test de lisibilité.....	82
4.5. Test d'utilisabilité .....	82
4.6. Mise en ligne et actualisation des données .....	85
4.7. Perspectives.....	85
5. CONCLUSION .....	87
6. BIBLIOGRAPHIE.....	88
7. ANNEXES.....	93
Annexe 1 : Les territoires de santé en Aquitaine .....	93
Annexe 2 : Grille d'entretien pour le focus group de médecins généralistes .....	94
Annexe 3 : Grille d'entretien pour le focus group des usagers .....	95
Annexe 4 : Grilles de « navigation » et « attitude » test d'utilisabilité. ....	96
Annexe 5 : Système Usability Scale (SUS).....	97
Annexe 6 : Extrait du verbatim du focus group médecins .....	98

## Index des figures

---

<b>Figure 1 :</b>	Les CSAPA en Aquitaine d'après la plaquette ARS	22
<b>Figure 2 :</b>	Projet d'accompagnement personnalisé du patient	23
<b>Figure 3 :</b>	Page d'accueil du site Web Drogues Info Service	32
<b>Figure 4 :</b>	Page d'accueil du site de la SFA	33
<b>Figure 5 :</b>	Page d'accueil du site de l'OFT	35
<b>Figure 6 :</b>	Page d'accueil du site addictoclic.com	61
<b>Figure 7 :</b>	Choix possibles du « produit » du site addictoclic.com	63
<b>Figure 8 :</b>	Exemples de résultats de ressources sur le site addictoclic.com	64
<b>Figure 9 :</b>	Exemples de résultats de recherche sur la carte du site addictoclic.com	64
<b>Figure 10 :</b>	Evolution de la durée d'obtention de l'information recherchée pour les 5 médecins	69
<b>Figure 11 :</b>	Evolution de la durée d'obtention de l'information recherchée pour les 5 patients	74

## Index des tableaux

---

<b>Tableau 1 :</b>	Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine, parmi les 11-75 ans	24
<b>Tableau 2 :</b>	Raisons données pour ne pas recevoir de traitement pour les problèmes d'alcool	26
<b>Tableau 3 :</b>	Caractéristiques des participants médecins généralistes au focus group du 11/06/2013	50
<b>Tableau 4 :</b>	Caractéristiques des participants « public » au focus group du 12/06/2013	55
<b>Tableau 5 :</b>	Caractéristiques des participants du groupe « médecins » au test d'utilisabilité	66
<b>Tableau 6 :</b>	Présentation des résultats de la recherche n°1 pour les 5 médecins « testeurs »	67
<b>Tableau 7 :</b>	Présentation des résultats de la recherche n°2 pour les 5 médecins « testeurs »	68
<b>Tableau 8 :</b>	Présentation des résultats de la recherche n°3 pour les 5 médecins « testeurs »	69
<b>Tableau 9 :</b>	Résultats des médecins « testeurs » au score SUS	70
<b>Tableau 10 :</b>	Caractéristiques des participants du groupe « patients » au test d'utilisabilité	71
<b>Tableau 11 :</b>	Présentation des résultats de la recherche n°1 pour les 5 patients « testeurs »	72
<b>Tableau 12 :</b>	Présentation des résultats de la recherche n°2 pour les 5 patients « testeurs »	73
<b>Tableau 13 :</b>	Présentation des résultats de la recherche n°3 pour les 5 patients « testeurs »	73
<b>Tableau 14 :</b>	Résultats des patients « testeurs » au score SUS	74

## Index des abréviations

---

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

ADALIS : Addictions Drogues Alcool Info Service

ARS : Agencé Régionale de la Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CP : Comité de Pilotage

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

CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

CTR : Centre Thérapeutiques Résidentiel

DSP : Délégué Santé Prévention

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

ESCAPAD : Enquête sur la Sante et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense

ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

HAS: Haute Autorité de Santé

HBSC: Health Behaviors in School-aged Children

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

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

NMM : Nombre Moyen de Mots par phrase

NMS : Nombre Moyen de Syllabes

OFDT : Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie

OFT : Office Français de Prévention en Tabacologie

PACT : Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac

RENAPSUD : Réseau Nord-Aquitain des professionnels Pour les Soins aux Usagers de Drogues

RESAPSAD : Réseau sud Aquitain des professionnels de soins en Addictologie

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SUS : System Usability Scale

TSA : Télésanté Aquitaine

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

## RESUME

---

**Objectif :** Construction d'un nouveau site web d'information sur les consultations d'addictologie en Aquitaine facilitant l'orientation vers les soins spécialisés et répondant aux besoins des patients et des professionnels de soins primaires aquitains.

**Méthode :** La mise en place d'un comité de pilotage par le promoteur, *AGIR 33 Aquitaine*, a permis de décider du projet et de ses modalités, en novembre 2012. Toutes les étapes de développement du projet ont été construites en fonction des recommandations de l' HAS (2008) et de l'US Department of Health and Human Services. Deux focus group de onze « médecins » et dix « patients », en Juin 2013, ont permis de recueillir les besoins des usagers. La construction de l'architecture du site, en partenariat avec *Télé Santé Aquitaine*, a permis la mise en forme du contenu. Enfin, la lisibilité et de l'utilisabilité du site a été testée auprès de dix utilisateurs, en Février 2014. La mise en ligne, l'élaboration d'une stratégie de diffusion et la mise en place d'une procédure d'actualisation du site ont été les dernières étapes de ce projet.

**Résultats :** Les usagers ont été impliqués dès la conception du site, dans le cadre des focus groupes. Ils ont proposé la liste des informations nécessaires pour chaque structure identifiée et insisté sur la possibilité d'imprimer le résultat de la recherche et l'actualisation en continu des informations. Ils ont approuvé Addictoclic.com comme nom de site. Les tests d'utilisabilité montrent que les usagers sont globalement satisfaits. Ils ont évalué comme positives la simplicité et la rapidité d'accès aux ressources ainsi que la lisibilité. Ils ont demandé des modifications qui ont été mises en place.

**Conclusion :** Addictoclic.com est simple d'utilisation et semble répondre aux besoins des patients et des professionnels de soins primaires. La solidité de la structure porteuse, soutenue par l'ARS, est un gage important pour la pérennité du projet, la communication autour du nom de domaine et l'actualisation permanente des ressources rendant le projet crédible pour un coût raisonnable.

**Discipline :** Médecine Générale

**Mots clés :** Addictions, Annuaire, Aquitaine, Médecine générale.

**U.F.R :** Université de Bordeaux – UFR des Sciences Médicales

## ABSTRACT

---

**Title:** Development of the website [www.addictoclic.com](http://www.addictoclic.com): Action research in general medical practice to facilitate access to resources in addictology in the Aquitaine region.

**Objective:** Construction of a new information website on the consultations of addictology in Aquitaine, aimed at facilitating orientation towards specialized care and meeting the needs of patients and primary care professionals in Aquitaine.

**Method:** The establishment of a steering committee by the sponsor, AGIR33 Aquitaine, helped decide on the project and its terms in November 2012. All stages of project development have been built based on the recommendations of the HAS (2008) and the US Department of Health and Human Services. Two focus groups of eleven "doctors" and ten "patients", in June 2013, have helped to gather information on users' needs. The construction of the site architecture, in partnership with *Télé Santé Aquitaine*, has facilitated the formatting of the content. Finally, the readability and usability of the site was tested on ten users in February 2014. The online release, development of a strategy for dissemination and implementation of an updating procedure of the website were the final stages of this project.

**Results:** The users were involved, starting from the design of the site, as part of focus groups. They submitted a list of necessary information for each identified structure and emphasized the ability to print the results of research and continuous updating of information. They approved Addictoclic.com as the site name. Usability tests have shown that users are generally satisfied. They have assessed as positive the simplicity and speed of access to resources as well as readability. They have asked for changes that have been implemented.

**Conclusion:** Addictoclic.com is easy to use and it seems to meet the needs of patients and primary care professionals. The strength of the supporting structure, supported by ARS, is an important guarantee for the sustainability of the project, communication about the domain name and the continuous updating of resources making the project credible for a reasonable cost.

**Keywords:** Addictions, Directory, Aquitaine, General Medical Practice.

## INTRODUCTION

---

Le réseau AGIR 33 Aquitaine est chargé de 3 missions de coordination en soins primaires et addictologie, financées par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) d'Aquitaine : la visite de santé publique par une déléguée santé prévention (DSP), le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) et le programme d'accompagnement au changement du fumeur de tabac (PACT) (1-7).

Inciter les professionnels à repérer précocement des patients ayant des usages problématiques, les amène également à identifier des patients relevant d'une prise en charge spécialisée. Il s'agit donc de proposer des solutions d'aval, facilement identifiables et accessibles en proximité. Une plaquette de l'ARS, distribuée par la DSP, présente la nouvelle organisation en C.S.A.P.A. (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), mais ceci n'apparaît pas suffisant pour une information complète et actualisée sur les ressources.

Bien que souvent méconnues, les consultations en addictologie sont nombreuses, portées par des structures différentes et sont plus ou moins bien réparties sur les territoires. La complexité du système de soins spécialisé impose une réflexion pour une meilleure information des professionnels de premier recours.

Des structures ont ainsi développé des annuaires, la plupart du temps « papier » et téléchargeables sur leur site Web, mais aussi interactifs. L'étude de ces sites montre leurs limites : informations souvent obsolètes et incomplètes ; difficulté à retrouver les consultations au sein de structures polyvalentes ; méconnaissance des noms des sites par les professionnels et patients ; manque de lisibilité.

Ces constats nous amènent à justifier la construction d'un nouveau site web facilitant l'orientation vers les soins spécialisés en addictologie en Aquitaine et répondant aux objectifs suivants :

- Proposer un nom simple et facilement mémorisable
- Répondre aux besoins des patients et des professionnels de soins primaires aquitains
- Développer une architecture lisible et simple d'utilisation, aboutissant en quelques clics aux informations utiles
- Actualiser les informations en continu

La question de recherche est : comment construire un site web d'information sur les consultations en addictologie d'Aquitaine répondant aux besoins des professionnels et des patients ?

## 1. JUSTIFICATION

---

Dans un premier temps nous allons présenter l'organisation du système de soins en addictologie, avec la description de l'entrée des patients dans le parcours de soins spécialisés.

Dans un deuxième temps nous allons essayer d'identifier les besoins éventuels de la population et des professionnels, notamment en termes de connaissance des ressources spécialisées.

Puis, nous allons démontrer l'utilité potentielle d'un site Web dédié en Aquitaine.

### 1.1. L'organisation du système de soins en addictologie en Aquitaine (8-10)

Pour cela, nous allons nous aider d'une étude réalisée par l'Observatoire Régional de la santé (ORS), « le dispositif d'addictologie Aquitain fin 2009 », document réalisé dans le cadre du suivi du Schéma médicosocial d'addictologie aquitain 2009-2014 (8-9), ainsi que de la plaquette réalisée par l'ARS Aquitaine sur la mise en place de l'organisation en CSAPA (10).

Cette étude prend comme référence les nouveaux territoires de santé définis par l'ARS Aquitaine. Ils sont au nombre de six en Aquitaine, et correspondent aux départements de Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Navarre-Côte basque, et Béarn-Soule (11) (Annexe 1).

#### 1.1.1. Les dispositifs de niveau 1

Les établissements relevant de ce niveau assurent la prise en charge de proximité.

#### ➔ **Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)**

Elles ont pour mission principale de repérer les patients présentant des difficultés addictives pendant leur hospitalisation ou dans les services d'urgence et de les orienter vers un parcours de soins pour qu'ils trouvent une réponse adaptée. Elles assurent également des actions de sensibilisation, d'information et de formation auprès des professionnels de santé et développent des liens avec des partenaires tant hospitaliers qu'extrahospitaliers.

### ➔ Les consultations d'addictologie

Les consultations hospitalières d'addictologie sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement des patients présentant des conduites addictives. Elles travaillent en partenariat avec un service d'hospitalisation capable de réaliser des sevrages simples.

### ➔ Les lits d'hospitalisation pour sevrage simple

La déclaration de lits dédiés à l'addictologie dans une unité d'hospitalisation référente non spécialisée en addictologie pose problème car les établissements n'ont généralement pas de lits spécifiquement attribués au sevrage simple. Ce type de soins fait partie de l'activité de la plupart des centres hospitaliers, notamment dans les services de médecine interne, d'hépatogastro-entérologie, de psychiatrie. Par ailleurs, des établissements privés réalisent des sevrages simples sans être repérés dans le dispositif d'addictologie.

### ➔ La situation dans les services d'urgence

La réglementation prévoit que les services d'urgence soient associés à une équipe de liaison et de soins en addictologie et à une consultation d'addictologie.

#### 1.1.2. Les dispositifs de niveau 2

Les établissements doivent disposer des équipements de niveau I, auxquels s'ajoutent l'hospitalisation en addictologie pour soins complexes, l'hospitalisation de jour en addictologie et des services de soins de suite et de réadaptation spécialisés en addictologie.

### ➔ Les unités d'hospitalisation pour soins résidentiels complexes

Ces unités assurent les sevrages pour les patients les plus en difficulté, du fait de la sévérité de la dépendance, de la gravité des troubles somatiques, neuro-psychiatriques et cognitifs. Elles permettent une évaluation et un bilan somatique, social et psychiatrique approfondis dans le cadre d'un projet de soins et de prise en charge globale. Elles proposent également des soins

addictologiques spécifiques tels que des thérapies de groupe, des psychothérapies individuelles, la possibilité de thérapie familiale ou de couple.

### ➔ **Les hôpitaux de jour d'addictologie**

Ils assurent une prise en charge ambulatoire des patients ayant une dépendance et/ou des complications sévères nécessitant un cadre thérapeutique. Ils permettent de mettre en place des soins complexes, de réaliser ou poursuivre un traitement sur un mode intensif et de préserver l'insertion familiale et sociale.

### ➔ **Les structures de soins de suite et de réadaptation**

Elles permettent un temps intermédiaire de prise en charge complète entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins addictologiques. Elles visent à consolider l'abstinence, à prévenir les rechutes et les risques liés à la consommation. Elles assurent un suivi médical et une aide médico-psychologique individuelle et collective ainsi qu'un programme socio-éducatif afin de favoriser la réadaptation à la vie sociale.

#### 1.1.3. les dispositifs de niveau 3

Le Plan le définit comme un pôle hospitalo-universitaire régional, à la fois service de recours de niveau II et centre régional de référence, de formation et de recherche.

Le CH Charles Perrrens de Bordeaux (soins en santé mentale) dispose d'une unité d'enseignement et de recherche en addictologie et d'un ensemble de services en addictologie (ELSA, consultation, hôpital de jour). Il gère également un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dans ses locaux, le tout constituant le département d'addictologie (CHU-CH Charles Perrrens). Il ne dispose pas encore d'un service de sevrage complexe (niveau 2)

#### 1.1.4. Le dispositif médicosocial ambulatoire

### ➔ **Les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)**

Les CSAPA, réunissant les anciens centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), sont appelés à devenir le pivot des soins aux personnes présentant des conduites addictives (10). Ils ont pour vocation d'apporter une prise en charge

pluridisciplinaire et conceptuelle sur les conduites addictives, quel qu'en soit l'objet et donc d'assurer une meilleure coordination de la prise en soins des addictions sur les différents territoires de la région. Leur mise en œuvre s'accompagne d'une clarification des missions et de l'organisation de l'ensemble du dispositif médico-psycho-social d'addictologie en lien avec la médecine de ville en aval et la filière de soin hospitalière en amont. En Aquitaine, les CSAPA ont vocation à jouer un véritable rôle de structure pivot de proximité.

#### ➔ **Les consultations jeunes consommateurs (CJC)**

Les consultations pour jeunes consommateurs (CJC), sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives et à leur famille. Leurs missions sont de proposer une évaluation de la consommation et un diagnostic en cas de consommation nocive, d'offrir une information et un conseil personnalisé aux usagers à risque et une prise en charge brève aux jeunes ayant un usage nocif sans complications sociales ou psychiatriques. Ils peuvent proposer une orientation aux jeunes en situation d'abus ou de dépendance et les accompagner. Ils peuvent également offrir un accueil aux parents en difficulté face à la consommation de leur enfant. Gratuites et anonymes, elles sont composées de professionnels formés aux spécificités des jeunes.

#### ➔ **Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD)**

Les CAARUD sont dédiés aux usagers les plus marginalisés. Ils visent à améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins. Ils s'adressent à des personnes dont les modes de consommation ou les substances consommées exposent à des risques majeurs, tels les infections notamment aux virus du sida et de l'hépatite C, les overdoses, les intoxications aiguës, les accidents, etc.

#### 1.1.5. Le dispositif médicosocial d'hébergement

Trois modalités d'hébergement sont présentées dans cet état des lieux : les centres thérapeutiques résidentiels, les communautés thérapeutiques et les appartements de coordination thérapeutique. L'enquête ne renseigne pas sur l'hébergement de transition ou d'urgence ni sur le réseau de familles d'accueil, ces services étant gérés, lorsqu'ils existent, par les CSAPA.

### ➔ **Les centres thérapeutiques résidentiels**

Les centres thérapeutiques résidentiels (CTR), appelés parfois centres de postcure, sont des lieux de soin avec hébergement collectif qui prennent en charge les personnes toxicomanes sevrées ou sous traitement de substitution, inscrites dans une démarche volontaire. Le séjour dure environ six mois et peut être renouvelé. Les missions des CTR sont de consolider le sevrage et de permettre aux personnes de construire un projet individuel de réinsertion.

### ➔ **Les communautés thérapeutiques**

Les communautés thérapeutiques sont des structures expérimentales qui prennent en charge pendant une durée d'environ 18 mois des consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives et pouvant présenter des comorbidités psychiatriques stabilisées et/ou être en situation de vulnérabilité sociale. Elles ont pour objectifs principaux l'abstinence et l'insertion sociale des personnes. Elles s'appuient sur le groupe de « résidents-pairs » comme moteur du soin et de l'entraide. Elles visent un changement d'attitude vis-à-vis de la consommation de substances psychoactives. Elles s'adressent plus spécifiquement à des personnes dont la démarche de soins en ambulatoire s'avère insuffisante ou non pertinente, en particulier lorsqu'un cadre sécurisant et contenant apparaît nécessaire.

### ➔ **Les appartements de coordination thérapeutiques (ACT)**

Fin 2009, cinq services d'appartements de coordination thérapeutiques sont ouverts dans la région. Ils accueillent des personnes présentant une addiction grave et/ou une ou plusieurs maladies chroniques (VIH, hépatites, maladie mentale...).



**Figure 1 : Les CSAPA en Aquitaine d’après la plaquette ARS (10)**

L’état des lieux réalisé en Aquitaine (8), met en évidence une multiplicité de dispositifs et de compétences sur le plan sanitaire et médico-social. Cette diversité de l’offre de prise en charge constitue une richesse qui doit être conservée et renforcée dans la mesure où elle se développe de manière harmonieuse, complémentaire et coordonnée. Cette filière doit prendre en compte le caractère évolutif des besoins de santé des personnes présentant des conduites addictives et le niveau de recours aux compétences et aux plateaux techniques. Elle doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des patients, une meilleure identification des structures et une plus grande fluidité des parcours.

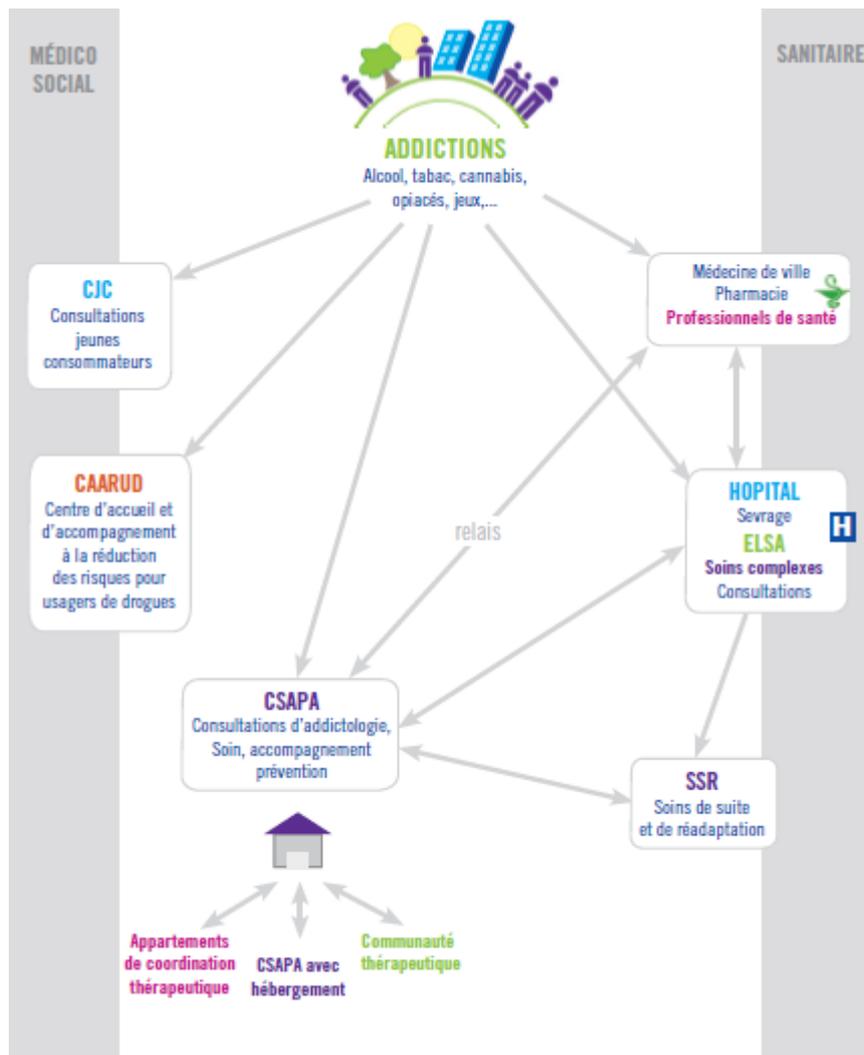


Figure 2 : Projet d'accompagnement personnalisé du patient (10)

Les CSAPA, hôpitaux, centres résidentiels, communautés thérapeutiques, consultations jeunes consommateurs, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, services de soins de suite et de réadaptation, réseaux de santé et de proximité concourent à une offre diversifiée de soins en addictologie.

## 1.2. Les besoins des usagers

### 1.2.1. Un besoin de santé publique

Les consommations de substances psychoactives ont une prévalence élevée en France. Différentes enquêtes sont menées auprès d'un échantillon représentatif de la population française, comme le Baromètre santé 2010 (12) et les enquêtes en population jeune comme ESCAPAD 2011 (13), ESPAD 2011 (14), HBSC 2010 (15). Elles permettent de donner des estimations du nombre de consommateurs de substances psychoactives dans l'ensemble de la population.

**Tableau 1** : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans (12). Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (service médical du rectorat de Toulouse).

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
dont usagers dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
dont usagers réguliers	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

Le nombre d'individus de 11-75 ans en 2010 est d'environ 49 millions (16).

Pour tous les types d'usage, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées en France. Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée, 10 fois plus que la cocaïne ou l'ecstasy et 27 fois plus que l'héroïne (tableau 1).

Par expérimentation on entend au moins un usage au cours de la vie. Par usage dans l'année, on entend consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps. Enfin par usage régulier on entend au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois ou au moins 120 fois au cours de l'année (16).

Ces mêmes enquêtes (12-15) ont également mis en évidence que les hommes apparaissent toujours plus consommateurs que les femmes, à l'exception des médicaments psychotropes. Concernant les différences entre générations, les produits illicites s'avèrent quasi-exclusivement consommés par les

plus jeunes. Le tabagisme est de moins en moins fréquent avec l'âge alors que l'usage d'alcool a tendance au contraire à augmenter avec l'âge.

**Le qualificatif de « problème majeur de santé publique » souvent utilisé, n'est particulièrement pas surestimé ici, et tout ce qui permettra de faciliter une entrée pertinente dans le système de soins spécialisé en addictologie, sera le bienvenu.**

Ainsi la prévention des addictions est devenue une priorité nationale de santé publique (17). Suite à la mise en place du plan MILDT 2013-2015 (18), les professionnels de santé sont plus que jamais appelés à s'investir dans la prise en charge des pratiques addictives. Ceci, non seulement parce que la prévalence des consommations de substances psychoactives est élevée, comme nous l'avons vu précédemment, mais aussi parce qu'elles sont responsables, non seulement de dizaines de milliers de morts annuellement, mais aussi d'une multitude de dommages physiques, psychiques, sociaux et de vies gâchées chez les personnes dépendantes et dans leur entourage (17-18).

#### 1.2.2. Les besoins des patients

Le fait que les patients abordent rarement leur problème de consommation avec leur médecin généraliste est un point capital (19). En effet ils peuvent avoir du mal à se livrer sur ce qu'ils considèrent comme une faiblesse et n'ont pas toujours recours à leur médecin traitant pour les problèmes d'addictions. Ceci implique que le médecin aborde le sujet, de sa propre initiative, ce qui est vécu comme une intrusion dans l'intimité du patient par certains. Ceci est d'autant plus vrai que le motif de consultation semble n'avoir aucun lien avec la consommation et que le patient est connu depuis longtemps. Ainsi, le « silence » est parfois la solution la plus confortable. Ce silence est cependant levé lorsque la situation devient évidente, voire urgente, que cette urgence soit somatique, sociale ou psychiatrique, et donc souvent bien tardivement.

Mais, si les patients n'abordent pas spontanément le problème de leurs consommations, ceci ne veut pas dire qu'ils ne souhaitent pas que celles-ci soient questionnées par leur médecin. L'enquête réalisée par Michaud *et al.*, publiée en 2003 (20) montre que, les patients légitiment le médecin généraliste dans son rôle d'aborder les consommations. Cette étude révèle que, globalement, les patients sont bien informés par leur médecin traitant, et le désignent comme le meilleur interlocuteur après les centres spécialisés et avant les médecins spécialistes, pour aider une personne en difficulté avec l'alcool.

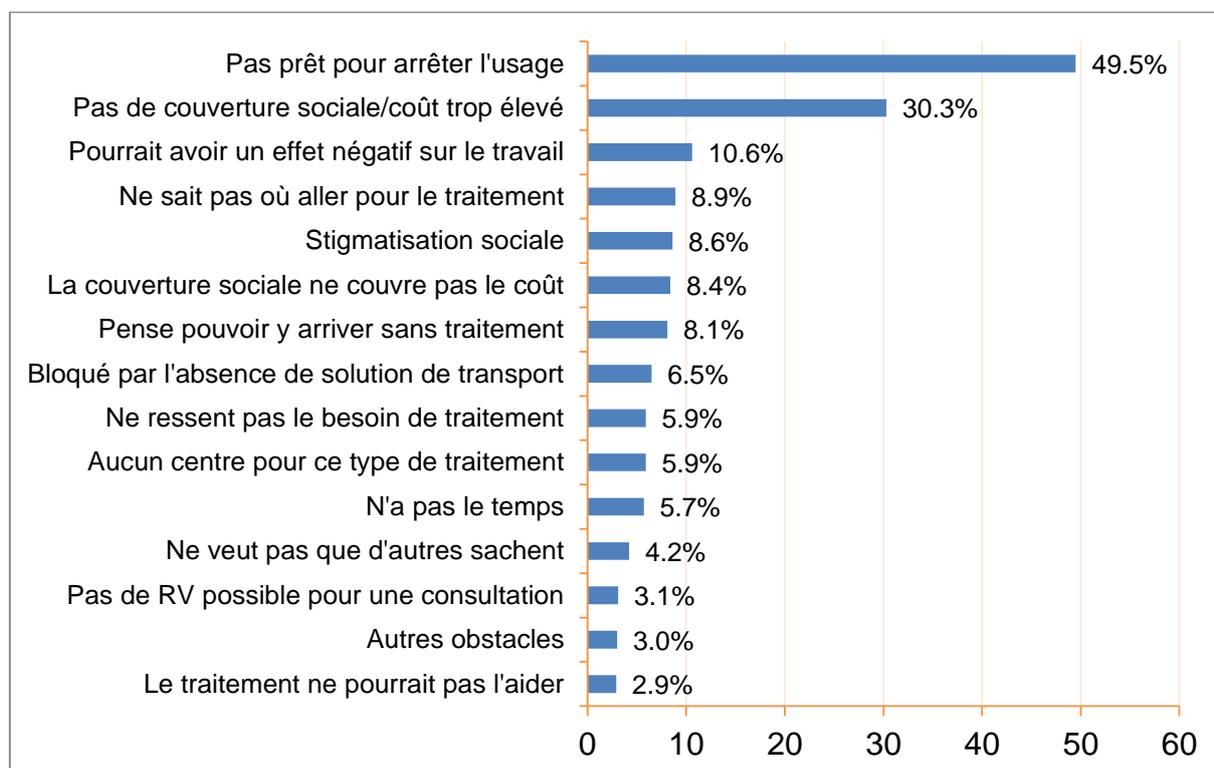
Il ressortait également que seulement 41 % des participants de cette étude déclaraient connaître une structure spécialisée pour les problèmes d'alcool. Enfin 79% jugeaient « facile » de parler

d'alcool avec leur médecin, contre 19% « difficile». Pourtant seuls 12% des patients indiquaient avoir reçu au cours de leur vie une recommandation de leur médecin concernant leur consommation d'alcool. Malgré tout, entre 40 et 60 % des médecins généralistes s'investissent, ceci étant variable selon le produit mis en avant. Ainsi, 7 % des fumeurs sont accompagnés dans leur sevrage en médecine générale pour 0,3 % dans des consultations spécialisées. Ces chiffres ont tendance à augmenter.

Une étude américaine nous paraît particulièrement intéressante, bien que non directement transposable en France (21). Elle explore les raisons données pour ne pas recevoir de traitement pour leurs problèmes d'alcool, dans l'année passée (de 2009 à 2012), par des patients en ville, de plus de 12 ans, qui justifient d'un traitement et qui en ressentent le besoin (tableau 2)

**Tableau 2 : Raisons données pour ne pas recevoir de traitement pour les problèmes d'alcool**

Source : SAMHSA. Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health, 2013 (21).



Si nous enlevons les patients qui ne sont pas prêts et les difficultés de couverture sociale plus sensibles aux USA, nous voyons bien que les problèmes de connaissance et d'accessibilité aux consultations sont parmi les raisons les plus citées.

- En 4eme position « ne sait pas où aller pour le traitement » (8,9%),
- En 8eme position « bloqué par l'absence de solutions de transport » (6,5%),
- En 9eme position « aucun centre pour ce type de traitement » (5,9%)
- En 13eme position « pas de rendez-vous possible pour la consultation » (3,1%)

Les patients sont donc amenés, souvent, à chercher par eux-mêmes une solution pour s'orienter vers le système de soins spécialisé. Leur médecin traitant peut les aider, mais ils peuvent avoir quelques réserves à aborder le sujet, ou se trouver face à un médecin peu informé. Il y aurait, là aussi, **avantage à disposer d'un moyen facilitant l'auto-orientation pertinente du patient.**

### 1.2.3. Les besoins des professionnels de premier recours

#### **→ Défautes de prise en charge liés à des représentations négatives**

Comme nous l'avons déjà précisé, même si un grand nombre de médecins traitants semblent s'investir dans la prise en charge des patients addicts, certains peuvent avoir des difficultés à aborder le sujet, en l'absence de demande de la part du patient. Bien souvent ils craignent d'être intrusifs et qu'une demande soit mal perçue (3, 19, 20, 22).

Ils hésitent également à repérer les patients souffrant d'addictions, du fait d'un manque de connaissance des ressources disponibles en proximité, en cas de nécessité d'orientation. Ceci est couplé avec la peur de voir leur cabinet envahi de « toxicos » et « alcoolos » perturbateurs.

Certains, qui se sont impliqués, ont vite été débordés ou déçus et ont fait vite marche arrière.

Ils redoutent également que cette prise en charge allonge le temps des consultations alors qu'ils en manquent déjà (3, 19, 20, 22). D'autres mettent en avant le fait que s'ils ont orienté le patient, ils n'ont plus de nouvelles de celui-ci qui semble capté par la structure spécialisée.

Enfin, n'oublions pas les consommations des médecins eux-mêmes, qui influencent leurs représentations et leur sentiment de légitimité.

**Donc, apporter de la sécurité aux médecins par la proximité et la disponibilité du secteur spécialisé, par une meilleure coordination, pourrait faciliter les prises en soins en premier recours.**

#### **→ Défautes de prise en charge liés à d'éventuelles carences en formations**

Les médecins considèrent être insuffisamment formés pour prendre en charge les addictions, même avant l'installation de la dépendance. Il s'agit le plus souvent d'un manque de confiance dans leurs compétences, plutôt qu'une insuffisance de celles-ci. En effet, leurs connaissances et leur expérience sont suffisantes pour la plupart des situations courantes rencontrées. Les bonnes attitudes sont assez instinctives et simples à s'approprier. Les discours véhiculés dans les formations ont eu tendance, trop souvent, à complexifier et théoriser, et il conviendrait plutôt de simplifier et de donner confiance aux professionnels. **Reste, bien sûr, les situations les plus problématiques qui nécessitent une orientation et une prise en charge multidisciplinaire ou un conseil spécialisé.**

### → **Défauts de prise en charge liés à un manque de connaissance des ressources**

Face à la nécessité d'orientation d'un patient, beaucoup de professionnels se heurtent à leur méconnaissance des circuits de soins les plus performants, à l'absence de réseau de proximité, à l'éloignement des structures spécialisées, à la complexité des prises de rendez-vous.

Promouvoir le repérage précoce en soins primaires amène à dépister des addictions problématiques, pour lesquelles une orientation spécialisée est nécessaire. Pour s'engager dans le repérage, il faut que le professionnel connaisse les ressources à sa disposition en aval.

Une enquête réalisée auprès de médecins généralistes girondins (3,22), a consisté en une étude comparative entre un territoire visité par la Délégué santé prévention (DSP) et un territoire non visité (Libourne). Une très grande majorité des soignants des deux secteurs estime ne pas connaître, de manière suffisante pour leur bonne pratique, les personnes et les structures s'occupant des problèmes d'addictions. Ils sont toutefois plus nombreux à le ressentir dans le territoire non visité par la DSP (87% versus 69%). Ainsi 31% des médecins du territoire de la DSP pensent avoir une bonne notion de ces ressources, versus 13% pour les médecins du Libournais.

Cette même enquête (3,22) met également l'accent sur la nécessité d'un annuaire détaillant les structures et personnes ressources sur tous les territoires de Gironde, le qualifiant de très utile dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Aucun soignant n'imagine n'en avoir « jamais » besoin. Ils considèrent ou présumant, en majorité, en avoir « souvent » besoin.

**L'orientation pertinente est donc une mission essentielle des professionnels de premier recours, rendue difficile par la connaissance insuffisante des ressources disponibles et de leurs particularités. L'existence d'un site Web au nom facilement mémorisable, bien référencé, en lien sur de multiples sites, régulièrement actualisé, serait un progrès facilitateur important pour eux.**

#### 1.2.4. Les besoins des structures spécialisées

Souvent saturées et disposant de moyens limités, les structures spécialisées pourraient bénéficier d'orientations plus pertinentes, si les patients et les professionnels disposaient des données nécessaires. Une meilleure communication avec ceux-ci permettrait d'optimiser les relais, d'assurer des suivis en alternance, permettant d'optimiser les temps médicaux spécialisés. De même, l'orientation des patients passe souvent par des appels téléphoniques nombreux, longs et fastidieux, correspond à une perte de temps perçue par les usagers (professionnels de santé ou patients), mais également pour les structures. Une meilleure autonomie des usagers pour une orientation plus pertinente serait un gain de temps et donc d'argent.

### **1.3. Un site internet dédié aux addictions : un moyen pertinent ?**

#### **1.3.1. Les professionnels de santé et internet**

Selon une enquête prospective réalisée chez 300 praticiens aquitains (23), à la question « Quelles raisons pourraient favoriser ou accroître votre utilisation d'Internet ? », il a été identifié un certain nombre de besoins et souhaits. En effet 61 % des moins de 50 ans, et 42,4 % des plus de 50 ans insistent sur la nécessité de connaître une liste de sites fiables et pertinents. 47% des praticiens sont intéressés par des sites regroupant l'ensemble des informations utiles pour la pratique. Enfin pour 26% d'entre eux une simplification des modalités de recherche, un accès plus rapide, favoriseraient une utilisation plus importante d'internet. Enfin, 68% d'entre eux souhaitent voir se développer des outils d'aide à la décision.

Selon une autre enquête de Janvier 2004 (24), 87 % des généralistes d'Aquitaine sont informatisés, 76 % ont un accès Internet, 28 % ont suivi une formation aux technologies Internet et 50 % l'utilisent quotidiennement. Les non-internautes, s'opposaient à l'utilisation d'internet souvent par manque de temps (71%), surtout chez les médecins à forte activité, 39,7% avancent un trop d'informations, et pour 53 % des plus 50 ans contre 34,2% des moins 50 ans, un manque de compétence.

**Depuis 2004, une dizaine d'années sont passées et nous pouvons supposer qu'aujourd'hui l'avenir est dans la maîtrise « obligatoire » (parfois addictive) d'internet.**

#### **1.3.2. Les patients et internet**

Selon une enquête « France Digital Future in Focus 2013 » (25), on comptait 48 millions d'internautes en France en décembre 2012. Ce sont les seniors (55 ans et plus) qui passent le plus de temps sur internet devant les 35-44 ans. 51% sont des hommes. L'ordinateur est utilisé majoritairement dans le cadre du travail et les requêtes de recherche se font d'abord sur Google.

Par ailleurs, selon une revue de la littérature faite par l'HAS concernant « le patient internaute » (26), aux États-Unis, à partir de 5 enquêtes menées en population générale, la proportion de sujets cherchant de l'information en santé sur Internet variait de 31 % à 67,96 %. En Europe, ce pourcentage est plus difficile à estimer, la consultation d'Internet par les patients semblant varier selon les motifs et les lieux de consultation. Hormis 2 enquêtes trouvant des fréquences d'utilisation basse [(8 % (n = 118), 9,7 % (n = 1 604)], le pourcentage de patients consultant Internet est supérieur

à 20 %. Il est sans doute possible d'estimer qu'environ 1 patient consultant sur 5 a recherché de l'information en santé sur Internet. Par ailleurs, d'autres enquêtes américaines (26), montrent que les informations recherchées les plus fréquentes sont : une information sur une maladie ou une situation clinique, sur les traitements, mais aussi sur les « fournisseurs de soin », les groupes de soutien et les associations de patients, ce qui nous intéresse d'autant plus dans le cadre de cette thèse. Par ailleurs, les patients internautes utilisent essentiellement un moteur de recherche (60 à 92 % des patients selon les enquêtes) pour chercher l'information en santé (26).

Il semble que les patients souhaiteraient voir se développer des services Internet dans le domaine de la santé avec possibilité de prise de rendez-vous, d'information sur les heures d'ouverture, notamment dans les structures hospitalières (26).

**Pour toutes ces raisons un site internet accessible au grand public, simple, lisible et pertinent pour leurs besoins serait également un progrès important.**

### 1.3.3. L'absence de site Web correspondant aux besoins identifiés.

Lors de la visite des médecins généralistes, la déléguée santé prévention® d'AGIR 33 – Aquitaine, a pu faire les constats suivants (27) :

- Très bon accueil de l'annuaire départemental des ressources en addictologie de Gironde, durant les années 2006-2010. Cet annuaire est toujours demandé, mais les moyens ont manqué pour le rééditer. Ainsi, le coût de la réimpression annuelle d'un document papier est un obstacle qui a été rédhibitoire.
- Très bon accueil des plaquettes par territoires de proximité, imprimées en interne au fur et à mesure des besoins. Il s'agit de la formule actuelle depuis 2012. Elles peuvent être actualisées. Mais elles sont distribuées lors des visites qui ne peuvent avoir lieu que tous les 2-3 ans. Elles sont vite obsolètes. Elles peuvent être consultées sur le site Web du réseau, mais par des procédures trop complexes pour que ceci soit fonctionnel en cours de consultation.
- Demande d'un numéro unique d'appel (celui d'AGIR 33 – Aquitaine), mais en fait peu utilisé en pratique par les professionnels, mais plus par les patients.
- Enfin, **demande prioritaire d'un site Web dédié et simple.**

Les évolutions technologiques actuelles, l'informatisation de la majorité des cabinets médicaux et du grand public, pousse donc au développement d'un site Web sur les ressources. Mais celui-ci existe-t-il déjà ?

En se plaçant dans la position du soignant ou du patient, le plus simple est de proposer « addictions et annuaires » dans Google®. Si nous ne retenons que les 2 premières pages de sites proposés, qui seront, au mieux, les seules consultées par les professionnels et les patients, nous obtenons les sites les plus pertinents suivants :

### **SITE ADALIS (28)**

**Par arrêté du 9 novembre 2009, le groupement d'intérêt public Drogues Alcool Tabac Info Service (DATIS) est devenu Addictions Drogues Alcool Info Service (ADALIS).**

Addictions drogues alcool info service est un groupement d'intérêt public dépendant du Ministère de la Santé et placé sous l'autorité de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Il réunit au sein de son conseil d'administration différents ministères et associations nationales. Il est présidé et financé par l'INPES.

Le groupement d'intérêt public Addictions drogues alcool info service gère un dispositif d'aide à distance composé de 4 numéros de téléphone et de 3 sites internet. Ses missions sont l'information, le conseil, le soutien et l'orientation.

**Drogues info service** : 0 800 23 13 13, 7 jours/7, de 8h à 2h. Anonyme et gratuit depuis un poste fixe. Appel depuis un portable au coût d'une communication ordinaire : 01 70 23 13 13.  
**Écoute cannabis** : 0 980 980 940, 7 jours/7, de 8h à 2h. Appel anonyme et non surtaxé (coût d'une communication locale depuis un poste fixe ou inclus dans les forfaits des box et des mobiles)  
Et aussi sur Internet : [www.drogues-info-service.fr](http://www.drogues-info-service.fr)

**Alcool info service** : 0 980 980 930, 7 jours/7, de 8h à 2h. Appel anonyme et non surtaxé (coût d'une communication locale depuis un poste fixe ou inclus dans les forfaits des box et des mobiles)  
Et aussi sur Internet : [www.alcool-info-service.fr](http://www.alcool-info-service.fr)

**Joueurs info service** : 09 74 75 13 13, 7 jours/7, de 8h à 2h. Appel anonyme et non surtaxé (coût d'une communication locale depuis un poste fixe ou inclus dans les forfaits des box et des mobiles)  
Et aussi sur Internet : [www.joueurs-info-service.fr](http://www.joueurs-info-service.fr)

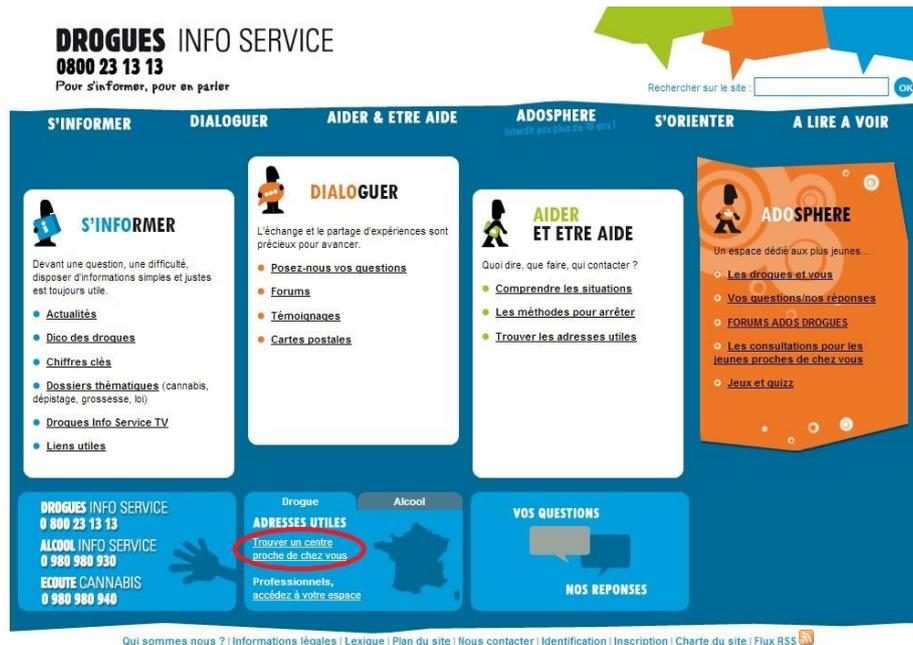


Figure 3 : Page d'accueil du site web DROGUES INFO SERVICES. Consulté le 06/08/2014 (accès annuaire cerclé de rouge)

### Description de l'annuaire :

→ Plusieurs clics sont nécessaires pour accéder à l'annuaire, avec un temps de recherche significatif. Il est fait proposition d'une recherche simple ou avancée.

→ Deux modalités de recherche : drogues et alcool

Une fois dans l'annuaire « drogues »

→ Cocher « Trouver un centre proche de chez vous ».

→ Cocher son département.

→ Cocher le domaine (tous les domaines, addictologie, toxicomanie, alcoologie, dépendance au jeu, pharmacodépendance, général, santé, dopage).  **Ici on coche « addictologie » par exemple**

→ Cocher le secteur (tous les secteurs, prévention, réduction des risques, soin, hébergement thérapeutique, hébergements collectifs – environnement, hébergements collectifs – activités, social/insertion, professionnel).  **Ici on coche « soin » par exemple**

34 choix sont proposés, avec accès à une fiche détaillée (localisation géographique et détail de la structure)

## Inconvénients relevés par rapport aux besoins possibles des professionnels et des patients :

- Sur la page d'accueil : Manque flagrant de lisibilité. Nous sommes noyés par les différentes informations.
- Accès à l'annuaire difficile
- Obtention de l'information utile en un temps trop long
- Les professionnels cités n'assurent pas tous des consultations.
- Trop de choix non utiles pour qui cherche une consultation de premier accueil.
- Absence des consultations de tabacologie
- Données souvent obsolètes marquant une difficulté de l'actualisation à une échelle nationale.

Un point positif est la confiance envers la structure porteuse solide et reconnue.

## **SITE de la SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE (29)**

Consultable à l'adresse <http://www.sfalcoologie.asso.fr/>

**Société Française d'Alcoologie**

Reconnue d'utilité publique (décret du 29 octobre 1998)

**Vie de la SFA**

- Accueil
- Fonctionnement de la société
- Groupes de travail
- Formations
- Documents de référence
- Contacts
- Inscription aux Journées
- Pour adhérer à la SFA
- Vous changez d'adresse

**Revue**  
*Alcoologie et Addictologie*

- Présentation
- Equipe rédactionnelle
- Recommandations aux auteurs
- Guide for authors
- Dernier numéro / Last issue
- Résumés des articles récents
- Recherche bibliographique
- Pour vous abonner

**Fenêtre sur...**

- **Alcoologie en Abstracts**
- **Annuaire des structures de soins en alcoologie**
- **Alcoologie de l'addictologie**

Dernière mise à jour : 7.03.14

**Vie de la SFA**  
> **Accueil**

■ Focus ■ Diaporamas des Journées de la SFA ■ Prix de thèse et Bourse de recherche ■ Missions de la SFA ■ Repères

> **La Société en 2014**

- Télécharger la présentation de la SFA
- > **Les médecins généralistes ont une place centrale dans le dispositif de soins aux personnes dépendantes de l'alcool**
- Télécharger le communiqué de presse de la SFA du 18 février 2014

**Prochaines Journées**

- 19, 20 et 21 mars 2014, Paris
- > **De la prévention au soin. Pragmatisme et efficacité en alcoologie**
- Télécharger le programme des Journées
- Télécharger le bulletin d'inscription

**Focus**

- > **RPC - Dépistage et gestion du mésusage de substances psychoactives susceptibles de générer des troubles du comportement en milieu professionnel**
- Texte court
- > **Baclofène : le rapport scientifique du groupe de travail de la SFA**
- Télécharger le rapport actualisé au 15 juin 2011
- > **Oxybate de sodium (acide gamma-hydroxybutyrique ou GHB) et alcool : le rapport scientifique du groupe de travail de la SFA**
- Télécharger le rapport du 10 février 2012
- > **Les perspectives dans le traitement médicamenteux de la dépendance à l'alcool. Synthèse des essais thérapeutiques récents**

Figure 4 : Page d'accueil du site de la SFA. Consulté le 06/08/2014 (accès annuaire cerclé de rouge)

### **Description de l'annuaire :**

L'annuaire est limité aux consultations en alcoologie. Les autres addictions ne sont pas abordées.

- On commence par chercher l'annuaire sur le site, en bas d'une liste « Annuaire des structures de soins en Alcoologie »
- Une fois sur l'annuaire on clique sur le département
- Puis on a une liste de centres, on clique sur un centre pouvant être pertinent (proximité à chercher)
- On trouve les jours et heures de consultation ainsi que les consultants.

### **Inconvénients relevés par rapport aux besoins possibles des professionnels et des patients :**

- Accès à l'annuaire difficile
- Obtention de l'information utile en un temps trop long
- Absence des consultations de tabacologie et « toutes addictions »
- Données souvent obsolètes

La société française d'alcoologie est une association loi 1901, société savante, dont les moyens sont bien inférieurs à l'INPES. La maintenance du site peut être ainsi plus problématique.

### **SITE de l'OFFICE FRANÇAIS DE PREVENTION EN TABACOLOGIE (OFT) (30)**

Consultable à l'adresse <http://www.ofta-asso.fr/>

### **Description de l'annuaire :**

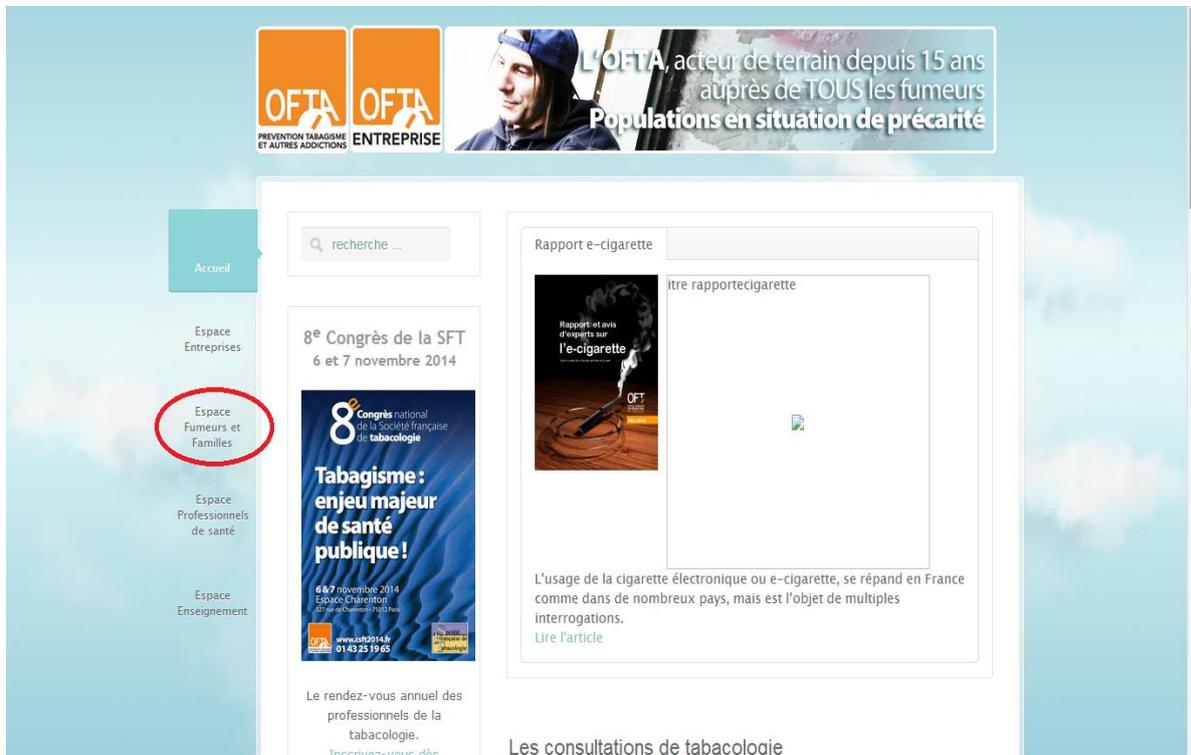
L'annuaire est limité aux consultations de tabacologie.

- On commence par chercher l'annuaire sur le site, au milieu d'un nombre important d'onglets.
- Choisir « espaces fumeurs et familles », ensuite, « faites-vous accompagner par un tabacologue »
- Puis l'annuaire est indisponible (depuis plusieurs mois)

## Inconvénients relevés par rapport aux besoins possibles des professionnels et des patients :

→ Accès à l'annuaire très difficile

→ Ne dispose que des consultations en tabacologie



**Figure 5 : page d'accueil du site web de l'OFTA. Consulté le 06/08/2014 (accès annuaire cerclé de rouge)**

### **SITE de l'ARS AQUITAINE (31)**

Consultable à l'adresse <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Internet.aquitaine.0.html>

L'annuaire est présent sous la forme d'une plaquette, mais avec peu de précisions pour orienter de façon précise, ce qui oblige à une succession d'appels. L'annuaire est très difficile à trouver sur le site, en passant par la rubrique CSAPA. Il ne permet pas de personnaliser la demande.

### **SITE le-Guide-sante.org (32)**

Ce site donne l'adresse de médecins addictologues, de réseaux, de façon très incomplète et souvent obsolète.

## SITE du réseau santé addictions sud (33)

Ce site donne un annuaire des centres d'addictologie en France, sous format pdf, incomplet et obsolète. Il ne permet pas de personnaliser la demande.

### SYNTHESE

L'accès à un site pertinent n'est pas évident pour un professionnel de soins primaires ou pour les patients. Le référencement du site n'est pas optimal et le nom difficile à mémoriser. L'accès à l'annuaire, au sein des sites, est un obstacle supplémentaire. Aucun site n'est polyvalent permettant l'accès aux consultations quels que soient les « produits » : alcool, drogues, tabac.....Ils sont souvent obsolètes, avec des données périmées et le plus performant couvre des champs trop larges, débordant souvent l'utilité pour le grand public ou les professionnels de premier recours. Les sites sont, par contre, insuffisants au niveau d'autres données utiles en soins primaires.

**Il y a donc une justification forte à développer un site spécialisé en direction des professionnels de premier recours et des patients**, en l'absence actuelle de site adapté aux besoins, et vu la diffusion actuelle des possibilités d'accès à internet pour le public cible.

### 1.4. Les conditions matérielles nécessaires à la réalisation du site

Si nous faisons le constat qu'aucun site web n'existe aujourd'hui répondant aux besoins des professionnels de premier recours et des patients ou de leur entourage, c'est que l'exercice est sans doute difficile. Une conjonction d'impératifs est nécessaire :

- **Avoir une structure porteuse du site**, à même de recueillir et d'actualiser en continu les données sur les ressources. C'est le cas d'AGIR 33 – Aquitaine, qui est chargé, entre autres, de cette mission par l'ARS Aquitaine et reçoit un financement pour cela. En effet, l'association a pour but de favoriser l'articulation entre les soins primaires et les soins spécialisés en addictologie. Toutefois, il convient de mettre en place une procédure fiable dans un processus d'assurance qualité, afin d'éviter l'obsolescence rapide des données.
- **Avoir une structure à même de réaliser le site**. C'est le cas de Télésanté Aquitaine (TSA), qui reçoit un financement de l'ARS Aquitaine, et peut monter le site à partir des données fournies.

Dans ces conditions, l'élaboration et la mise en service d'un tel site Web est une perspective raisonnable.

## 1.5. Nécessité d'une recherche autour de l'élaboration du site

Le site correspond donc à un besoin pour les professionnels et les patients. Sa réalisation matérielle est envisageable. Mais ceci justifie-t-il une recherche ?

La recherche-action envisagée a plusieurs objectifs :

- **Identifier les ressources** en addictologie du territoire aquitain.
- **Identifier les besoins des professionnels**, sur le contenu du site, son utilisation, son architecture, son fonctionnement et sa diffusion.
- **Identifier les besoins des patients et de leur entourage**, sur le contenu du site, son utilisation, son architecture, son fonctionnement et sa diffusion.
- **Construire le site** en partenariat avec TSA
- **Prendre les mesures réglementaires** nécessaires
- **Tester l'utilisabilité** du site
- **Assurer la viabilité financière et organisationnelle** du projet

L'ensemble de la démarche doit aboutir à un site :

- Facile à mémoriser et bien référencé
- Ouvrant directement sur l'annuaire des ressources
- Polyvalent, toutes addictions
- Actualisé en permanence
- Ciblé sur les seules infos utiles en soins primaires
- Comportant toutes les données utiles en soins primaires

La recherche proposée correspond à une **ingénierie de projet** qui comprend l'ensemble des phases de réalisation de l'opération, depuis la décision jusqu'à la mise en œuvre, la réception et le suivi. Elle prend en compte les dimensions sociales, économiques, techniques, financières, réglementaires ... qui doivent être maîtrisées pour assurer la qualité et la durabilité de l'opération réalisée.

## 2. METHODOLOGIE

---

### 2.1. Question de recherche

« Comment construire un site web d'information sur les consultations en addictologie d'Aquitaine répondant aux besoins des professionnels et des patients » ?

Répondre à cette question nous positionne dans une ingénierie de projet, « recherche-action » qui impose une réflexion et des procédures cadrées, à même d'assurer la pertinence et la qualité de réalisation du projet.

### 2.2. Hypothèses

Notre première hypothèse est que les besoins des médecins traitants et des patients se rejoignent autour de :

- **La nécessité d'une information précise sur les consultations en addictologie**
- **L'accessibilité simplifiée aux informations utiles**
- **L'actualisation régulière des informations**
- **La possibilité de faire remonter les remarques et besoins**

Nos autres hypothèses concernent les capacités de réalisation et les impacts du site web :

- **La capacité de maintenance du site et de son suivi par AGIR 33-AQUITAINE et Télé Santé Aquitaine (TSA)**
- **La possibilité de mise à jour des informations par chaque ressource, sur ses seules données**
- **L'amélioration de la pertinence des orientations**

### 2.3. Objectifs

La finalité est de répondre à la question de recherche. Elle se décline en cinq objectifs intermédiaires :

- **Objectif 1** : explorer les besoins des professionnels de premier recours et des patients, autour de l'accès à l'information sur les consultations en addictologie par un site Web,
- **Objectif 2** : construire l'architecture et le contenu du site Web en fonction des besoins identifiés.
- **Objectif 3** : évaluer la lisibilité et « l'utilisabilité » du site auprès des professionnels et des patients (34-37).
- **Objectif 4** : mettre en ligne le site web, et prendre les mesures réglementaires nécessaires
- **Objectif 5** : mettre en place un processus d'actualisation du contenu du site.

Ces 5 objectifs intermédiaires se déclinent en objectifs opérationnels qui sont décrits ci-dessous.

## 2.4. Méthode

La méthode utilisée, en termes de processus, se base sur les recommandations HAS de 2008 (34). Bien que cette publication porte sur la construction d'un document d'information, les procédures recommandées nous ont paru adaptées aux objectifs du projet. Nous présentons ici les étapes retenues, par le comité de pilotage, après adaptation à la thématique:

1. Mettre en place un comité de pilotage (CP) : ***étape préliminaire nécessaire aux étapes de validation.***
2. Faire participer les usagers (professionnels et patients) à l'identification de leurs besoins et de leurs attentes (objectif intermédiaire n°1): ***un focus group de professionnels et un focus group de patients.***
3. Définir le contenu, sélectionner les messages essentiels et les points clés, définir la structure du site (objectif intermédiaire n°2) : ***travail de synthèse structuré du doctorant et du directeur et soumission au CP.***
4. Tester la lisibilité, et l'utilisabilité (35-37) auprès d'un échantillon représentatif d'utilisateurs (professionnels et patients) (objectif intermédiaire n°3) : ***doctorant à partir de méthodes standardisées.***
5. Finaliser le site web suite aux tests, mesures réglementaires et mise en ligne (objectif intermédiaire n°4): ***doctorant et équipe AGIR 33-AQUITAINE en lien avec TSA.***

6. Elaborer une stratégie de diffusion du nom de domaine et d'accès au site web (objectif intermédiaire n°4): **comité de pilotage**

7. Mettre en place une procédure continue d'actualisation et de suivi du site (assurance qualité) (objectif intermédiaire n°5) : **Doctorant, directeur de thèse et salariés d'AGIR33-AQUITAINE.**

#### 2.4.1. Composition, mise en place et premières décisions du comité de pilotage

Le comité de pilotage (CP) mis en place pour le projet est constitué par les membres du conseil d'administration d'AGIR 33 – AQUITAINE.

Le CP réunit le 15/11/2012 a décidé du projet et de ses grandes lignes, avec pour objectifs :

- Proposer un nom de domaine
- Proposer des procédures de diffusion du nom de domaine
- Valider la méthodologie de la recherche

Les décisions prises par le CP pourront être remises en cause après avis des professionnels et patients.

Le CP est composé de 27 membres :

- 16 médecins dont 5 Professeurs de Médecine : 4 psychiatres et 11 médecins généralistes ou internistes, 1 gastro-entérologue.
- 4 pharmaciens
- 2 psychologues
- 2 infirmiers
- 1 biologiste
- 1 sociologue
- 1 bénévole d'association néphaliste

Les professionnels des centres de soins spécialisés et des soins primaires sont équitablement représentés, un seul patient étant intégré dans le CP.

Le projet a été validé en assemblée générale le 4/12/2012 et inclus dans le projet associatif présenté à l'Agence Régionale de la Santé, lors des dialogues de gestion de début 2013. Il a été inscrit ainsi dans les missions financées de la structure.

Dès ces étapes, le nom proposé et déposé a été [www.addictoclic.com](http://www.addictoclic.com) afin d'être évocateur auprès des professionnels de premier recours et facile à retenir. En effet, il s'agit ici de s'approcher d'un nom de site largement utilisé par les professionnels : [www.antibioclic.com](http://www.antibioclic.com).

Par ailleurs la décision a été prise de confier la réalisation à Télésanté Aquitaine (TSA), afin de

bénéficier du financement de la conception et de la maintenance technique du site.

#### 2.4.2. Identification des besoins des professionnels de premier recours et des usagers.

Afin de remplir notre premier objectif intermédiaire, nous avons choisi d'utiliser la méthode des focus groups (groupes focalisés), méthode qualitative de recueil de données (38). Il s'agit d'une technique d'entretiens en groupes de discussion semi-structuré, modéré par un animateur (le Dr Philippe Castera) et en présence de deux observateurs (Mademoiselle Audrey Gonneau d'AGIR 33-AQUITAINE et Nicolas Gourlat, doctorant). Le but est de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance.

La méthodologie des focus groupes se présente en plusieurs étapes.

Dans un premier temps il s'agit d'effectuer un échantillonnage afin que les groupes soient assez représentatifs de la population cible.

Les critères retenus pour les médecins généralistes sont:

- Le genre : Homme/Femme.
- L'âge : Plus ou moins de 50 ans.
- L'implication en addictologie : peu impliqué/impliqué
- Le lieu d'installation : urbain/rural ou semi-rural.

Les critères retenus pour les usagers du système de santé sont :

- Le genre : Homme/femme
- L'âge : plus ou moins de 50 ans.
- Pathologie addictive, ou entourage d'une personne addict

L'objectif est que chaque catégorie ciblée soit représentée.

Les professionnels ont été recrutés parmi les correspondants du réseau et parmi les connaissances du doctorant afin d'avoir un panel diversifié au niveau de l'implication en addictologie.

Les usagers ont été recrutés dans la patientèle du directeur ou au sein d'associations.

Les participants n'ont pas été informés dans le détail du thème de la réunion, et n'étaient pas des proches les uns des autres, afin qu'ils ne se documentent pas au préalable, et afin de favoriser les réactions spontanées et les expériences personnelles.

Ils avaient tous une expérience vécue du sujet étudié et ont tous été volontaires.

L'élaboration du guide d'entretien qualitatif a été réalisée sous forme de questions principales et complémentaires afin d'encourager d'autres commentaires, ce qui a permis de définir précisément le déroulement de la séance. Les échanges ont eu lieu selon plusieurs étapes :

- une introduction avec présentation de l'étude par l'animateur, puis présentation des

observateurs et des participants. Les « règles du jeu » ont clairement été définies. Un observateur était chargé d'observer les signaux non verbaux. L'autre de recueillir les propos, en complément de l'enregistrement audio.

- Réponses à une liste de questions ouvertes, simples et faciles à comprendre (annexes 2 et 3).
- Enfin une synthèse finale des discussions a été réalisée par l'animateur.

Le lieu des réunions était neutre, au sein des locaux d'AGIR 33, 20 place Pey Berland à Bordeaux. La discussion a eu lieu autour d'une table afin de stimuler les débats. Le choix des dates et des horaires des deux réunions (Mardi 11 juin 2013 à 20H pour le groupe médecins et le mercredi 12 juin 2013 à 10H pour le groupe patients) a été réfléchi afin de s'adapter aux contraintes personnelles des participants. Un buffet de toasts et de rafraîchissements a été mis à disposition des participants afin d'instaurer un climat de convivialité.

L'enregistrement des groupes s'est fait grâce à un enregistreur numérique et à un enregistreur accessoire d'un ordinateur, afin de prévoir des problèmes techniques éventuels.

A la fin de chaque réunion, Philippe CASTERA et moi-même, avons fait une synthèse rapide en donnant nos réactions à chaud, notamment sur les difficultés rencontrées et les premières impressions.

La retranscription des verbatims a été réalisée mot à mot (extrait en annexe 6), de manière à respecter l'expression des sujets. Les signaux non verbaux (sourires, soupirs, pauses, grimaces, gestes...) ont également été retranscrits à partir des notes de l'observateur. Les notes du deuxième observateur ont été utilisées pour préciser les parties « audio » difficilement audibles. L'analyse a été réalisée en découpant le verbatim en unités de signification, regroupées en occurrences puis en thèmes généraux.

#### 2.4.3 Architecture et contenu du site WEB

La synthèse des besoins des utilisateurs a été transformée en modalités opérationnelles pour la construction du site. La faisabilité technique a été demandée à Télésanté Aquitaine. Les modalités finales ont été soumises à l'accord du comité de pilotage.

L'HAS (34) donne une liste détaillée de conseils de rédaction et de présentation. Parmi ceux-ci, certains semblent pertinents pour un site Web :

- Information pratique, actualisée.
- Vocabulaire d'usage, clair, facile à lire, à comprendre
- Phrases courtes, explication des termes
- Caractères lisibles

- Éléments interactifs favorisant la participation active (notamment la possibilité de faire des remarques sur le site lui-même ou sur les ressources)

Sur le plan sémantique, le langage doit être simple, clair et précis (34, 35) :

- Éviter le jargon. Préférer les mots simples du langage courant.
- Limiter l'emploi de synonymes. Toujours le même mot pour la même chose.
- Éviter les mots abstraits.
- Éviter les abréviations ou les définir au préalable.
- Personnaliser l'information : « *les ressources correspondant le mieux à votre choix sont...* »

Sur le plan syntaxique, favoriser la compréhension (34, 35) :

- Phrases courtes et simples
- Utiliser la structure habituelle d'une phrase : sujet – verbe – complément.
- Éviter les mots longs
- Supprimer les mots redondants ou inutiles.
- Reformuler les phrases ambiguës
- Éviter les tournures de phrase négatives.

Sur le plan structural (34, 35), le texte doit suivre une logique hiérarchisée, toujours la même, pour les différentes structures présentées, par exemple, en allant du général au particulier.

La charte graphique et visuelle (34, 35) est particulièrement importante pour les sites Web.

- Utiliser des caractères suffisamment grands et préférer les minuscules, plus lisibles.
- Éviter les lignes anormalement courtes ou longues
- L'espace entre les lignes et les mots doit être ni trop grand, ni trop petit.
- La présentation doit être uniforme pour les mêmes informations
- Préférer les écrits foncés sur fond clair

La construction du site web a nécessité le recueil des ressources en addictologie sur le territoire aquitain. Ce travail réalisé par AGIR 33-Aquitaine, a consisté dans un premier temps à rechercher sur différents supports (réseaux de soins, annuaires spécialisés existants, ARS, préfectures, contacts...), l'ensemble des ressources en addictologie en Aquitaine (consultation, accueil, hébergement, hospitalisation...) pour les différents produits (tabac, alcool, cannabis et autres drogues).

Ensuite, en accord avec TSA, il a été créé un tableau Excel® dont chaque ligne correspond à une

ressource et chaque colonne à une information requise sur la ressource. Un questionnaire a été adressé à chaque ressource identifiée, afin de remplir au mieux le tableau et donc plusieurs échanges avec les ressources repérées ont eu lieu pour l'obtention et la validation des informations. Ce travail a permis de bénéficier des données actualisées, et devra par la suite être répété afin de s'assurer qu'Addictoclic soit mis à jour en continu. Une fois le recueil établi, les différentes ressources (structures et associations) ont été regroupées sous une grille standardisée et classées par département.

#### 2.4.4. Evaluer « la lisibilité » et « l'utilisabilité » du site auprès des professionnels et des patients

##### **→ Tester la lisibilité de l'information**

Dans un premier temps il est important de tester la lisibilité des textes proposés sur le site. Il s'agit de l'aptitude d'un texte à être lu rapidement et compris aisément. Les textes présents sur le site ont pour but d'expliquer les objectifs du site et son fonctionnement (quelles informations sont présentes et comment les trouver). Il s'agit également de la présentation résumée ou détaillée des ressources des différents territoires.

Comme recommandé par l'HAS (34), nous souhaitons utiliser le degré de lisibilité de Rudolph FLESCH qui est calculé de la manière suivante :  $206,835 - (1,015 - NMM) - (84,6 - NMS)$  où NMM est le nombre moyen de mots par phrase (les phrases longues ou de structure complexe sont souvent difficiles à comprendre) et NMS est le nombre moyen de syllabes par tranche de 100 mots consécutifs (les mots longs, souvent des mots rares, peuvent ne pas être compris par tous les lecteurs).

Le degré de lisibilité de chaque texte du site aurait pu être ainsi déterminé et interprété selon les critères ci-dessous :

##### **Niveau de difficulté de lecture**

90 - 100 très facile

80 - 90 facile

70 - 80 assez facile

60 - 70 standard = considéré comme acceptable pour la plupart des documents

50 - 60 assez difficile

30 - 50 difficile

00 - 30 très difficile

L'objectif est de rester à un degré de lisibilité supérieur à 70 pour tous les textes du site.

En pratique, il s'est avéré qu'un minimum de texte était nécessaire pour la compréhension du site et seuls les principes généraux de la recommandation de l'HAS ont été utilisés (34) et l'utilisation du degré de lisibilité n'a pas été nécessaire. Ceci ne figure donc pas dans les résultats.

**➔ Tester l' « utilisabilité » auprès d'un échantillon représentatif d'utilisateurs (professionnels et patients)**

Le test d'utilisabilité, ou test utilisateur, est la méthode la plus efficace pour évaluer un produit en le faisant tester par ses utilisateurs. Celle-ci nous a donc paru tout à fait adaptée pour Addictoclic.com, puisqu'elle mesure la qualité de l'expérience des utilisateurs quand ils interagissent avec un système (ici un site web) (35). Lors du déroulement d'un test d'utilisabilité, les testeurs sont livrés à eux-mêmes en condition réelle d'utilisation, le comportement de chacun d'entre eux est noté.

L'observateur (ici le doctorant) donne à l'utilisateur des consignes qui vont le conduire à effectuer des tâches typiques du site web. Il est essentiel de ne pas l'aider sauf, bien entendu, en cas d'impasse. Afin d'identifier clairement les problèmes, il est préférable de laisser l'utilisateur "se débrouiller" comme il le fera quand il sera seul face au site. L'observateur note les erreurs commises, les incompréhensions, les impasses, tout événement qui montre une difficulté d'utilisation du logiciel. Ces différentes observations font l'objet, une fois le test terminé, d'une "analyse à chaud" avec l'utilisateur, afin de mieux comprendre les causes des problèmes. Des solutions originales naissent généralement de ces discussions.

Pour déterminer l'utilisabilité de façon objective, on calcule la performance de l'utilisateur, c'est à dire l'exactitude de la tâche par rapport aux ressources consommées. En d'autres termes : L'utilisateur a-t-il pu accomplir correctement la tâche et dans le temps voulu ?

Plus précisément, la norme ISO 9241-11 définit l'utilisabilité de la manière suivante : un système est utilisable lorsqu'il permet à l'utilisateur de réaliser sa tâche avec efficacité, efficience et satisfaction dans le contexte d'utilisation spécifié.

Cette définition nous fournit des critères objectifs pour évaluer l'utilisabilité d'Addictoclic : un site web est utilisable lorsque l'utilisateur peut réaliser sa tâche (efficacité), qu'il consomme un minimum de ressources pour le faire (efficience) et que le système est agréable à utiliser (satisfaction).

Mesurer l'utilisabilité consiste donc à effectuer 3 types de mesures :

- Efficacité : vérifier que les objectifs visés par l'utilisateur sont atteints.
- Efficience : mesurer les ressources nécessaires pour atteindre ces objectifs, par exemple le temps mis par l'utilisateur pour réaliser la tâche.
- Satisfaction : déterminer si le système est agréable à utiliser, par exemple en décomptant le nombre de remarques négatives émises par les utilisateurs lors du test.

La norme définit l'utilisabilité sur la base de ces 3 caractéristiques. Il s'agit effectivement des points les plus représentatifs dans le cas général. Cependant, il peut être utile, selon l'application, d'évaluer d'autres aspects :

- Sécurité : nombre d'erreurs commises par l'utilisateur et rapidité de correction des erreurs.
- Facilité d'apprentissage : compréhension correcte et assimilation rapide du mode de fonctionnement.

Pour chaque consigne, les variables d'utilisabilité sont mesurées.

Selon les auteurs anglo-saxons (36,37), la clé pour obtenir un site ayant le maximum d'utilisabilité passe par une approche centrée sur les utilisateurs : leurs besoins, leurs demandes, leurs préférences, leurs objectifs de travail... Cette phase est respectée dans notre étude et sa méthodologie a été présentée ci-dessus. Il faut soigneusement équilibrer les besoins des utilisateurs et ceux du promoteur.

Pour notre site qui est chargé de fournir des informations sur les ressources en addictologie, il est particulièrement important d'être centré sur les besoins et objectifs des utilisateurs.

Nous avons essayé d'établir des indicateurs d'utilisabilité mesurables :

- Durée totale moyenne nécessaire à l'obtention de l'information recherchée (du 1<sup>er</sup> clic jusqu'à l'obtention de l'information)
- Nombre de clics réalisés pour arriver à l'information souhaitée, comparé au nombre minimal de clics pour acquérir la même information
- Pourcentage d'informations non trouvées
- Pourcentage d'informations pertinentes trouvées

- Satisfaction des utilisateurs sur la navigation sur le site (échelle de Likert)
- Satisfaction des utilisateurs sur le contenu des informations (échelle de Likert)

Comme nous l'avons déjà précisé, il ne s'agira pas de tester uniquement la satisfaction, mais bien la performance, ce deuxième enjeu étant plus objectif et plus difficile. Toutefois, l'obtention de la performance idéale pourrait engager des coûts ou une technicité dépassant les capacités d'investissement du réseau. Il faudra alors savoir négocier la meilleure performance possible selon les moyens disponibles.

L'exploration de l'utilisabilité du site doit pouvoir renseigner tous ces indicateurs. Le rôle de l'observateur (le doctorant) a été de regarder, écouter et prendre des notes. Son but était d'identifier tous les problèmes d'utilisabilité rencontrés, de collecter des données quantitatives sur les performances du participant. Ainsi nous avons élaboré une grille d'observation « navigation » et « attitude » (annexe 4) de chaque utilisateur, selon des critères précis. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de grille standardisée utilisée dans les tests d'utilisabilité pour un site web.

Lors du test, il arrive que l'utilisateur n'ose pas dire qu'il ne réussit pas à se servir du site web. Il préfère cacher ses difficultés, rendant caduques les résultats du test. Il est essentiel de mettre l'utilisateur en confiance au début de la séance en lui rappelant que : le test vise à évaluer le site web, pas l'utilisateur.

Les utilisateurs doivent être ceux visés par l'application évaluée, afin de garantir la pertinence des résultats. On considère que 5 utilisateurs suffisent. En effet J. Nielsen a montré que des tests menés avec 5 utilisateurs permettent de lever au moins 80 % des problèmes d'utilisabilité (39). En augmentant le nombre d'utilisateurs, on ne trouve pas plus de problèmes. Les problèmes sont liés au site web, non aux utilisateurs. Tester avec un plus grand nombre d'utilisateurs augmente le coût du test, pas la pertinence des résultats. Bien entendu, lorsque l'application vise différents types d'utilisateurs, il importe de tester auprès des différents groupes.

Les tests seront effectués dès la première version réalisée du site (Février 2014). Ils pourront être reproduits aussi souvent que nécessaire jusqu'à obtention des résultats attendus. En effet, les tests d'utilisabilité n'ont pas pour but d'entériner le site tel qu'il est conçu, mais bien de repérer ses failles, et de trouver les solutions pour les résoudre. Il faut donc des tests exigeants, avec des tâches de plus en plus complexes, quels que soient les usagers ciblés.

Pour renseigner nos indicateurs d'utilisabilité, nous avons proposé aux utilisateurs trois recherches différentes de ressources sur le site (choix du territoire, du public et du produit) dans chaque groupe et ce afin de pouvoir comparer tous les résultats.

Il sera prévu dans un second temps une optimisation du site suite à l'exploration de l'utilisabilité, avec de nouveaux tests, si les modifications ont été importantes. Les modalités précises des tests ont été finalisées suite à la mise en ligne du site test.

L'étape suivante sera la phase de test de la compréhension et de la présentation de l'information selon la recommandation de l'HAS (34), pour laquelle nous utiliserons une méthodologie mieux adaptée aux sites Web, celle du System Usability Scale (SUS) (36, 37). Développé par Brooke en 1986, ce score comporte dix questions ayant pour but de recueillir le point de vue subjectif de l'utilisateur sur un système ou un service. Le SUS se base sur une échelle de Likert qui permet à l'utilisateur de répondre sur une échelle en 5 points de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ».

Le questionnaire SUS, présenté en annexe 5 pour sa version française, est généralement utilisé après que l'utilisateur ait eu l'opportunité d'utiliser le service à évaluer, mais avant tout débriefing ou discussion. Il est demandé aux utilisateurs de donner une réponse rapide à chaque question, et de ne pas réfléchir longuement. Toutes les questions doivent être remplies. Si un utilisateur ne sait pas quoi répondre il doit cocher au milieu de l'échelle.

SUS donne un score unique représentant une mesure composite de la convivialité générale du service étudié. Les scores pour chaque item ne sont pas significatifs par eux même.

Pour calculer le score de SUS :

- Pour les items 1, 3, 5, 7 et 9, le score est le résultat sur l'échelle moins 1 (tout à fait d'accord :  $5 - 1 = 4$ ).
- Pour les items 2, 4, 6, 8 et 10, Le score est 5 moins le résultat sur l'échelle (tout à fait d'accord :  $5 - 5 = 0$ ).
- Faire le total des scores et multiplier par 2,5 pour obtenir le score SUS qui varie de 0 à 100.

Bien que le score soit sur 100, il n'est pas possible de parler de pourcentage d'utilisabilité. On considère qu'un score inférieur à 75 n'est pas satisfaisant (37).

Pour finir, nous avons souhaité obtenir les différentes remarques de nos utilisateurs. Pour cela, nous leur avons demandé de préciser les points positifs et négatifs quant à la présentation et à l'utilisation du site.

#### 2.4.5 Finaliser et diffuser le site Web

À l'issue du test, des éventuelles demandes de modification du contenu et de la mise en page seront demandées à Télésanté Aquitaine.

Les démarches nécessaires seront entreprises auprès de la CNIL.

Le site Web finalisé sera mis à disposition des professionnels de santé et des usagers conformément à la stratégie de diffusion validée par le CP.

#### 2.4.6 Elaborer une stratégie de diffusion du nom de domaine et d'accès au site web

Le but est donc de diffuser le nom de domaine Addictoclic.com afin de se faire connaître auprès des usagers (professionnels de santé et des patients).

Dans le cadre de la coordination régionale de la visite de santé publique (financement par l'ARS), cette étape se fera principalement par le biais de délégués santé prévention (DSP), interlocuteurs privilégiés des professionnels de santé, notamment médecins généralistes. Les structures en Addictologie et les principales associations de malades d'Aquitaine sont également concernées.

Une présentation du site est également prévue dans les bulletins de l'URPS Aquitaine, de l'Ordre des médecins, et lors de différentes conférences régionales ou nationales. Des négociations sont prévues afin d'obtenir la mise en lien d'addictoclic sur différents sites web paraissant pertinents.

Enfin il est prévu que ce travail de thèse fasse l'objet d'un article au sein d'une revue scientifique ayant une audience large auprès des professionnels de santé de premier recours d'Aquitaine.

#### 2.4.7 Mise en place d'une procédure d'actualisation du site web.

La mise à jour du site sera assurée par le réseau AGIR 33 - Aquitaine. La dernière partie de la recherche consiste à mettre en place une procédure permettant une actualisation efficiente, c'est-à-dire efficace pour un coût supportable pour le promoteur. Une réunion d'équipe est prévue, s'appuyant sur une revue de la littérature et des contacts avec les sites annuaires existants, afin de proposer au CP une procédure réaliste.

## 3. RESULTATS

---

Les résultats sont présentés selon les différents objectifs énoncés dans la partie « Matériel et méthode ».

### 3.1 Identifier les besoins des usagers (objectif intermédiaire 1)

Nous avons utilisé la méthode des focus groupes, pour les médecins et pour les patients. Les verbatim ont été découpés en indices de signification, eux-mêmes regroupés en occurrences puis en thèmes. Ne sont proposés ici que des citations exemplaires des débats, afin de ne pas alourdir le propos (un extrait du verbatim est présenté en annexe 6)

#### 3.1.1. Focus groupe « médecins ».

Le tableau 3 montre la composition du groupe de médecins généralistes, en fonction des critères de sélection souhaités, pour un total de 11 participants. Nous avons 5 femmes pour 6 hommes, 5 installations en semi-rural pour 6 en ville, 3 médecins impliqués en addictologie pour 8 qui ne le sont pas. Toutes les catégories souhaitées sont donc représentées.

**Tableau 3 : Caractéristiques des participants médecins généralistes au focus group du 11/06/2013**

Médecins	Sexe	Tranche d'âge	Lieu	Implication en addictologie
Médecin 1	Femme	< 50 ans	Urbain	Non impliqué
Médecin 2	Femme	> 50 ans	Urbain	Impliqué
Médecin 3	Homme	< 50 ans	Rural/semi-rural	Non impliqué
Médecin 4	Femme	< 50 ans	Rural/semi-rural	Non impliqué
Médecin 5	Homme	< 50 ans	Urbain	Non impliqué
Médecin 6	Femme	> 50 ans	Rural/semi-rural	Non impliqué
Médecin 7	Homme	> 50 ans	Rural/semi-rural	Impliqué
Médecin 8	Femme	< 50 ans	Rural/Semi-rural	Impliqué
Médecin 9	Homme	> 50 ans	Urbain	Non impliqué
Médecin 10	Homme	> 50 ans	Urbain	Non impliqué
Médecin 11	Homme	< 50 ans	Urbain	Non impliqué

Concernant le verbatim du groupe « médecins », nous avons dégagé 5 thèmes :

- Circonstances des orientations en soins spécialisés d'addictologie

- Les besoins des médecins
- L'urgence de la prise en charge spécialisée
- Modalités pratiques du site web, qualités nécessaires
- Choix du nom du site.

## Thème 1 : Circonstances des orientations en soins spécialisés d'addictologie

Les indices de signification ont pu être regroupés en 4 occurrences.

### → Orientations difficiles :

*« Pas toujours évident d'avoir les contacts, surtout des rendez-vous rapides »*

*« Avoir une solution urgente et avoir affaire à un spécialiste »*

*« Je ne savais pas trop vers qui m'orienter »*

*« Une méconnaissance des ressources »*

Dans le débat, les difficultés d'accès pouvaient aussi bien venir de la méconnaissance des ressources adaptées à la situation, qu'à la difficulté d'obtenir un rendez-vous dans des délais acceptables pour le patient, surtout avec des médecins.

### → Orientations par manque de compétences en addictologie :

Certains ne sont pas à l'aise dans la prise en charge de ces patients, et s'accordent à dire qu'il n'est pas évident pour le médecin traitant de prendre en charge ce genre de pathologies et de ce fait orientent facilement, au moins pour avoir un avis spécialisé sur la conduite à tenir :

*« On n'est pas toujours le mieux placé »*

*« J'ai beaucoup de mal aussi, la relation est faussée »*

*« Les adresser pour les voir en parallèle ».*

### → Orientations en dernier recours :

D'autres disent n'adresser leurs patients en addictologie qu'en dernier recours :

*« Quand ils résistent » (rires)*

*« Quand ça ne marche pas, quand ça n'évolue pas ! »*

*« S'ils sont multirécidivistes »*

### ➔ Orientations par nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire :

Certains médecins du groupe ont également tendance à orienter les patients vers des structures spécialisées lorsqu'il existe la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire (notamment les patients ayant des troubles psychiatriques associés, des problèmes sociaux...) :

*« Besoin d'une prise en charge psychologique...un site pour pouvoir les orienter dans une structure... pour qu'ils rentrent dans un réseau ».*

*« En cas de coaddictions lourdes, c'est théoriquement et pratiquement pluridisciplinaire !»*

Certains médecins sont désarmés lorsqu'ils ont adressé leurs patients dans de multiples structures et que ça s'est révélé être un échec à chaque fois. Ils ne savent plus où et à qui les adresser :

*« Ils ont un peu écumés toutes les structures, on ne sait plus où les adresser et ils ne veulent plus revenir où ils sont déjà allés ».*

## **Thème 2 : les besoins des médecins**

Les indices de signification ont pu être regroupés en 2 occurrences.

### ➔ Manque de connaissance des ressources :

Pour la plupart des jeunes médecins notamment remplaçants, ce n'est pas toujours évident d'avoir des contacts, de se faire son réseau et de connaître toutes les structures. Se pose donc le problème du manque de connaissance des ressources :

*« Moi je ne connais personne pour le moment, c'est ça le problème » ;*

*« C'est difficile de se faire son réseau et de connaître les lieux, je perds beaucoup de temps à chercher les correspondants, on n'a pas forcément une bonne lisibilité des réseaux » ;*

*« Est-ce que je connais toutes les ressources utiles ? Non ! »*

*« Je ne connais pas forcément tous les réseaux qu'il peut y avoir autour, comme on bouge beaucoup... »*

### ➔ Nécessité de connaître la structure et ses intervenants :

Tous les participants de ce groupe insistent sur le fait que, bien évidemment, il doit exister une relation de confiance entre le médecin et son patient mais également entre le médecin traitant et son confrère addictologue, ainsi qu'avec les différents intervenants au sein de la structure.

*« Ca dépend par qui s'est fait, si c'est une infirmière, si c'est un médecin, si c'est un psychiatre, pour moi c'est ça, je veux avoir quelqu'un en qui j'ai confiance »*

*« Après il faut faire confiance à la structure »*

*« En fait il faut qu'on connaisse la structure »*

### **Thème 3 : L'urgence de la prise en charge spécialisée**

Les indices de signification ont pu être regroupés en 2 occurrences.

#### **→ Prendre en compte la motivation du patient :**

Tous mettent en avant le fait que, bien souvent, la prise en charge doit être urgente. Ceci est très présent au sein du débat. Quand un patient est prêt pour une éventuelle prise en charge, il faut que le patient consulte rapidement, tant qu'il est motivé :

*« Si on attend plusieurs semaines ou plusieurs mois avant que le patient soit pris en charge, quand il arrive à l'hôpital, il a bien régressé dans son processus de changement et à partir de ce moment-là, il n'est plus motivé »*

*« On ne peut pas lui dire d'attendre trois semaines, il faut lui proposer une solution »*

#### **→ Obtenir un rendez-vous rapidement :**

*« Pour moi le plus important est qu'il soit reçu rapidement »*

*« Au téléphone, on attend des heures, c'est compliqué d'avoir des gens »*

### **Thème 4 : Modalités pratiques du site web, qualités nécessaires**

Les indices de signification ont pu être regroupés en 4 occurrences.

#### **→ Rapidité d'acquisition de l'information recherchée :**

A l'unanimité, la réponse est la rapidité d'acquisition de l'information recherchée et l'interactivité du site.

*« En 2-3 clics pour trouver l'information rapidement »*

*« Si on peut avoir un site où on peut avoir une réponse dans la journée, ça peut être pratique et ne*

*pas passer son temps au téléphone »*

*« Ne pas chercher partout l'adresse web, ni l'annuaire au sein d'un site trop chargé »*

**→ Simplicité d'utilisation :**

La simplicité d'utilisation est également évoquée plusieurs fois.

*« Pour accéder à l'information, il faut simplifier au maximum »*

*« Parfois la consultation que l'on cherche est noyée dans tout un ensemble de structures dont nous n'avons pas besoin »*

**→ Un minimum d'items pour accéder à l'information :**

Les 3 items les plus couramment cités pour accéder à l'information voulue sont « choix du territoire », « le type de public » et le « type de produit » (alcool, tabac, drogues...)

*« Moi, je veux des consultations près des gens, ou facilement accessibles en bus, ils ont peu de moyens »*

*« La localisation de la structure est primordiale »*

*« Pour certains patients fumeurs sans autre addiction, il faut une consultation de tabacologie »*

*« Certaines consultations sont encore plus spécialisées en alcoologie »*

*« Moi, j'adresse plutôt aux consultations jeunes consommateurs »*

**→ Critères qui devront être présents sur la fiche de présentation des ressources :**

Les critères les plus cités, qui devront être présents sur chaque fiche et qui correspondent le mieux aux besoins des utilisateurs sont :

- **Où se situe la ressource** : géolocalisation, avec l'adresse complète
- **Comment la joindre** : coordonnées de la structure avec les jours et les heures d'ouvertures,
- **Que fait-elle** : le type d'addiction et de public pris en charge, le type de structure (possède-t-elle des lits d'hospitalisations), la fonction des intervenants,
- **Délais et modalités de prise en charge** (avec ou sans rendez-vous ?)
- **Les modalités de prise en charge financière** : gratuité ou non de la consultation.
- **Mail** : la présence d'une adresse mail de contact est demandée par certains médecins, afin d'obtenir un avis si nécessaire et dans la mesure du possible. D'autres considèrent qu'il suffit simplement de téléphoner directement à la structure. Les avis sont donc partagés sur ce point.
- **La fiche devra être imprimable** afin notamment de pouvoir la remettre au patient.

*« Quelque chose qu'on puisse imprimer pour le remettre au patient »*

Bien évidemment le site internet doit être régulièrement mis à jour pour ne pas devenir obsolète, notamment les coordonnées de chaque lieu de consultations et leurs intervenants, si possible.

#### **Thème 5 : Choix du nom du site : [www.Addictoclic.com](http://www.Addictoclic.com)**

Pour tous les participants, le nom est facilement mémorisable.

« *Tu ne te souviens que de ça* »

« *Addictoclic c'est communicant* »

« *Addictoclic ça ressemble à quelque chose que les médecins généralistes commencent à connaître.* »

« *Ça parle aux médecins* ».

#### 3.1.2. Focus groupe « patients ».

Le tableau 4 montre la composition du groupe, en fonction des critères de sélection souhaités, pour un total de 10 participants.

**Tableau 4 : Caractéristiques des participants « Public » au focus group du 12/06/2013**

<b>Participants</b>	<b>Sexe</b>	<b>Tranche d'âge</b>	<b>Patient/entourage</b>
Participant 1	Homme	> 50 ans	Patient
Participant 2	Homme	> 50 ans	Patient
Participant 3	Homme	< 50 ans	Patient
Participant 4	Femme	< 50 ans	Entourage
Participant 5	Homme	> 50 ans	Patient
Participant 6	Homme	> 50 ans	Patient
Participant 7	Homme	> 50 ans	Entourage
Participant 8	Femme	> 50 ans	Patient
Participant 9	Femme	< 50 ans	Entourage
Participant 10	Femme	> 50 ans	Patient

Nous constatons la présence de 4 femmes pour 6 hommes, de 3 personnes de moins de 50 ans pour 7 de plus de 50 ans et de 7 patients pour trois membres de l'entourage d'un patient. Les différentes catégories souhaitées sont ainsi représentées.

Concernant le verbatim du groupe « patients », nous avons dégagé 5 thèmes:

- Circonstances des orientations en soins spécialisés d'addictologie

- L'urgence de la prise en charge spécialisée
- Apport des associations dans le parcours de soins en addictologie
- Modalités pratiques du site web, qualités nécessaires
- Choix du nom du site.

## Thème 1 : Circonstances des orientations en soins spécialisés d'addictologie

Les indices de signification ont pu être regroupés en 3 occurrences.

### → Des orientations pour demandes de sevrage :

Pour la plupart, il s'agissait d'une demande de sevrage, après de multiples échecs de tentatives seuls. Les participants évoquent longuement et avec facilité, en tant qu'adhérents à des associations néphalistes pour plusieurs, leurs passés « d'addicts ».

*« Plusieurs tentatives, plusieurs rechutes... »*

*« C'est mon médecin traitant qui m'a dirigé vers un médecin alcoologue »*

*« Moi c'était y'a 22 ans, ma femme m'a dit « Ecoute Jean-Luc, je crois que t'as un problème avec l'alcool » et c'est là que j'ai pris rendez-vous »*

Les débats laissent ainsi apparaître une orientation par le patient lui-même, par l'entourage et par le médecin traitant. Ce sont précisément ces derniers qui les adressent souvent, pour la première fois, à un spécialiste.

### → Importance de disposer d'un choix de ressources :

Ainsi ils ont écumé de multiples structures et finissent par ne plus savoir à qui s'adresser, laissant souvent leurs médecins traitants désemparés par la même occasion.

*« Il y a souvent besoin de varier les interlocuteurs jusqu'à trouver la ressource qui vous convient le mieux (...) C'est important d'avoir un panel de solutions qui n'ont pas tous les mêmes outils ».*

### → Le recours aux associations :

Parfois leur premier pas vers l'abstinence s'est fait par le biais d'associations, notamment « alcooliques anonymes » et « vie libre », pour nos anciens alcooliques présents dans le groupe.

*« Au début je n'avais pas l'humilité d'accepter de me faire aider. Je ne me sentais pas comme eux. C'était la secte. Ensuite, heureusement qu'ils ont été là. »*

La plupart d'entre eux disent avoir consulté l'annuaire téléphonique pour obtenir les coordonnées de ces associations, la majorité des annuaires disponibles sur internet ne possédant pas ce type de structures.

*« J'avais entendu parler du nom mais je ne savais pas à qui m'adresser....Pas facile de les trouver dans l'annuaire....Mon médecin ne savait pas...Ma femme a trouvé par une collègue... »*

Par ailleurs ils sont convaincus que les associations de patients ne suffisent pas et doivent servir de liens entre le patient et les structures médicales.

*« On est bien conscient qu'à un moment donné, il faut des psys, des médicaments, un médecin addictologue (...) Nous les associations, on fait le lien ».*

## **Thème 2 : l'urgence de la prise en charge spécialisée.**

Les indices de signification ont pu être regroupés en 2 occurrences.

### **→ Urgence prenant en compte la motivation du patient :**

Les participants insistent, comme les médecins préalablement, sur l'urgence de la prise en charge, tant que « l'addict » est motivé.

*« A mes yeux, ce qui est important c'est l'urgence quand la personne est prête, il faut que dans la journée elle trouve un interlocuteur ».*

### **→ Utilité des associations dans le contexte d'urgence :**

Ceci passe bien évidemment par un accès rapide aux ressources disponibles pour le patient et bien souvent les associations sont plus réactives que les centres de consultations spécialisées.

*« Les médecins sont surchargés, on ne peut pas avoir de rendez-vous, c'est infernal ! Je pense que les associations font une bonne chose, ça nous permet de nous rattraper à cette branche-là ».*

## **Thème 3 : Apports des associations dans le parcours de soins en addictologie**

Les indices de signification ont pu être regroupés en 2 occurrences.

### **→ Rôle d'information, de soutien :**

L'importance des associations de patients ne fait aucun doute pour les participants.

*« C'est la participation à ce groupe d'information qui m'a permis, à la sortie de l'hôpital, d'embrayer sur une véritable thérapie ».*

*« Ce qui m'a sauvé, c'est la présence des alcooliques anonymes (...) ils m'ont présenté un mode de vie, un petit programme simple, une vie au quotidien »*

*« Les associations vont être plus un soutien, une dynamique de groupe, dans l'urgence car les professionnels sont parfois débordés ».*

*« C'est gratuit, on ne paye rien, ils peuvent appeler n'importe quel jour, ils auront quelqu'un qui a connu la détresse comme lui »*

**→ Un rôle de facilitation de la prise de conscience :**

Les participants insistent sur le fait qu'un dialogue avec des personnes vivant les mêmes problèmes, leur a facilité certaines prises de conscience.

*« C'est là que j'ai découvert « le premier verre », que c'est une maladie »*

**→ Un rôle méconnu des soignants :**

Ce thème avait été rapidement abordé lors du focus groupe de médecins. Beaucoup de praticiens ne connaissent pas ou très peu les différentes associations de patients.

*« Toutes ces associations, même vous, professionnels et soignants, vous ne les connaissez pas »*

#### **Thème 4 : Modalités pratiques du site internet, qualités nécessaires.**

Les indices de signification ont pu être regroupés en 3 occurrences.

**→ Simplicité d'utilisation :**

Les patients insistent sur la simplicité d'utilisation, surtout pour des patients addicts, qui n'ont pas toujours les idées claires et qui souhaitent avoir accès à la ressource le plus rapidement possible.

*« C'est très important la simplicité qui va être utilisée dans la recherche de ce mot là pour se rapprocher des services ».*

**→ Mise à jour régulière du site :**

Autre point important, le site doit être régulièrement réactualisé, trop de sites ne sont pas mis à jour.

*« Il faut régulièrement appeler les intervenants pour savoir s'ils sont toujours existants »*

**→ Rappeler la philosophie de chaque structure et notamment des associations néphalistes:**

*« Je pense qu'il faut rappeler en quelques lignes l'esprit, la philosophie de chacune des structures »*

*« Il faut mettre quelques lignes rappelant l'esprit, l'historique »*

## Thème 5 : choix du nom du site.

Selon les participants le terme « Addictoclic » ne paraît pas adapté aux patients. Ce nom leur apparaît trop complexe.

*« Je ne vais pas taper addictions (...) Le terme addictologie, c'est pour la personne qui est déjà assez instruite (...) Il faut toucher un public plus large (...) des mots clés très simples ».*

*« Je me suis ramassé la gueule, on m'a filé un coup de poing, je ne vais pas taper addictions, je vais taper problème d'alcool, suicide, alcool ».*

*« Quand on est dans la merde, on ne va pas taper addictologie »*

Par ailleurs, le terme « clic » semble convenir à nos patients, ayant une forte connotation à leurs yeux, sous-entendant la rapidité, l'accès immédiat à l'information et donc à la ressource.

*« Addicto : NON ! Clic : Oui ! »*

*« Le mot clic, c'est très bien, parce que le clic c'est tout de suite (...) c'est bien pour le médecin et l'utilisateur »*

### 3.1.3. Synthèse des points clés retenus à partir des deux focus groupes.

De l'analyse de ces deux verbatim, nous avons extraits plusieurs éléments essentiels, qui ont été soumis au comité de pilotage pour construire le site Web :

- Concernant le nom du site, **ADDICTOCLIC.com** fait l'unanimité auprès des médecins. Par contre, les patients suggèrent que des **mots clés plus simples** (tels que problème d'alcool, tabac, drogue...) doivent permettre d'accéder au site à partir des moteurs de recherche.
- La **simplicité d'utilisation** est particulièrement souhaitée des deux côtés
- L'accès à l'information recherchée doit être **rapide, en quelques « clics »**
- Les médecins suggèrent seulement 3 items pour accéder au résultat de la recherche **« choix du territoire », « type de produit », « type de public »**.
- Une fois que l'utilisateur a accès à la fiche de la ressource choisie comme la plus pertinente, les **critères devant être présents sur la fiche de la ressource** sont : la géolocalisation, le lieu, avec l'adresse complète, les coordonnées de la structure avec les jours et les heures d'ouvertures, le type de publics (et d'addictions) concernés, le type de structure (possède-t-elle des lits d'hospitalisation), la fonction des intervenants, et la gratuité ou non de la consultation, les délais et modalités de rendez-vous. Ces critères ont été principalement cités par les médecins. Pour les patients, il est important qu'une phrase de présentation apparaisse

sur chaque fiche, rappelant la philosophie de la structure.

- Le site doit être **mis à jour régulièrement**.
- Pour les patients, les **associations néphalistes** doivent être obligatoirement présentes.

Tous ces critères ont été acceptés par le CP, à deux exceptions :

- Les délais de rendez-vous. Ceci est apparu difficile à renseigner. En effet, les délais sont variables selon les intervenants, les périodes de l'année et certains facteurs conjoncturels. Une structure ne peut s'engager en ce sens. L'accueil avec ou sans rendez-vous a été par contre validé.
- La présentation de la philosophie de la structure n'a pas été validée, car susceptible d'alourdir les fiches, de susciter des discussions sans fin. Ce critère semble surtout important pour les associations néphalistes, et la possibilité a été laissée ouverte pour celles-ci.

### **3.2 Définir l'architecture et le contenu du site Web** (objectif intermédiaire 2)

Comme nous l'avons souligné, conformément aux recommandations de l'HAS, notre objectif est de simplifier au maximum l'utilisation du site. Pour cela, nous avons opté pour une charte graphique la plus claire possible. La page d'accueil ne comporte qu'une brève explication du but de cet annuaire afin de ne pas se perdre dans des lectures inutiles. Nous avons donc fait le choix de n'utiliser que 3 onglets afin d'accéder à la recherche souhaitée, à savoir « Territoire », « Produit » et « Public concerné ». Une carte géographique se centrant sur le territoire Aquitain apparaît également en page d'accueil.

Nous avons fait le choix de présenter ici la version la plus récente disponible du site, qui tient compte de certaines modifications suggérées par les utilisateurs suite aux tests d'utilisabilité, mais pas encore de toutes, à la date de rédaction finale de la thèse.

Ainsi, un usager ayant demandé le site [www.addictoclic.com](http://www.addictoclic.com) arrivera sur la page d'accueil présentée en figure 6.

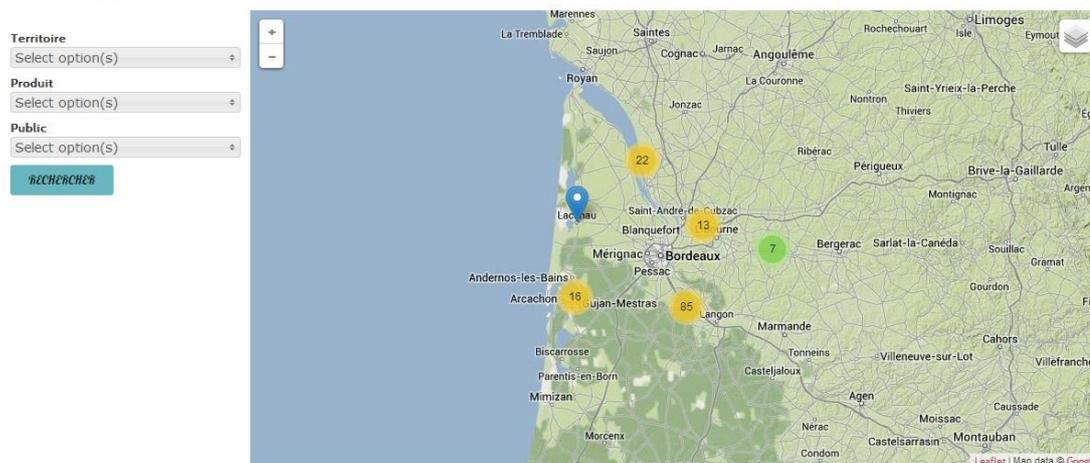


Figure 6 : Page d'accueil du site ADDICTOCLIC.COM. Consulté le 06/08/2014

Si nous suivons son cheminement, il est amené à choisir en premier son « **territoire** » sur le menu déroulant correspondant. Il apparaît les 6 territoires de santé suivants :

- Dordogne
- Gironde
- Landes
- Lot-et-Garonne
- Navarre-Côte Basque
- Béarn-Soule

L'utilisateur clique une première fois sur le territoire de santé (ouvre un sous-onglet) et clique une deuxième fois sur le territoire de proximité (au nombre de 26 au total).

En Dordogne, il apparaît cinq territoires de proximité:

Le Bergeracois, Le Grand Périgueux, le nord Dordogne, le Périgord noir et le Ribéracois.

En Gironde, seul territoire mis en ligne à l'ouverture du site, fait apparaître neuf territoires de proximité :

Le Nord Gironde, le Libournais, le Sud Gironde, le Bassin, le Médoc, la CUB Nord-Ouest, la Rive Droite, la CUB Sud-Ouest et Bordeaux.

Dans les Landes, il apparait trois territoires de proximité :

Le Nord Landes, le Sud Landes et l'Est Landes.

Dans le Lot-et-Garonne, il apparait trois territoires de proximité :

L'Agenais, le Marmandais et le Villeneuvois.

Dans le Navarre-Cote-Basque, il apparait deux territoires de proximité :

La Côte Basque, la Basse-Navarre.

Dans le Béarn-Soule, il apparait quatre territoires de proximité :

Le Béarn Adour, Oloron / Haut Béarn, Pau et agglomération.

Il clique sur le « territoire » choisi. L'utilisateur a ainsi déterminé son territoire de proximité en 3 clics.

En second, il est amené à choisir le « **produit** » sur le menu déroulant correspondant. Il apparaît les choix suivants (Figure 7):

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Autres addictions

L'onglet « tabac » n'ouvre que sur les consultations de tabacologie. Une phrase est systématiquement proposée : « si le tabac est associé à une autre addiction, comme l'alcool, le cannabis ou les jeux, une prise en charge pour la totalité des addictions est conseillée et tous les centres spécialisés sont en mesure de vous accueillir ».

L'onglet « autres addictions » permet de recueillir toutes les consultations spécialisées sauf celles consacrées spécifiquement au tabac. Il en est de même des onglets « alcool » et « cannabis ». Malgré cela, il a été décidé de garder les onglets « alcool » et « cannabis » afin de permettre aux usagers de plus facilement se situer selon leurs représentations.

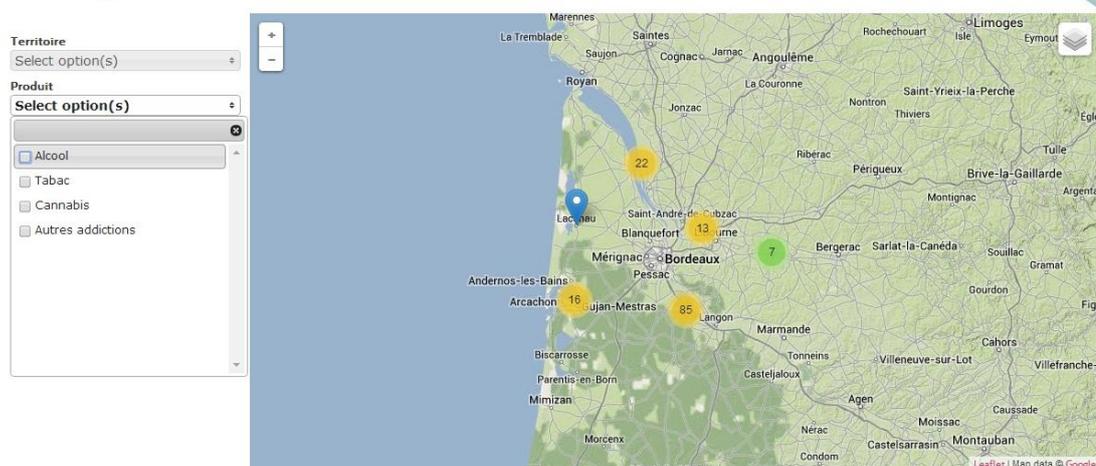


Figure 7 : Choix possibles du « produit » du site ADDICTOCLIC.COM. Consulté le 06/08/2014

Il clique sur le « produit » choisi et il a effectué 5 clics.

Enfin, il est amené à choisir le « **public** » sur le menu déroulant correspondant. Il apparaît les choix suivants :

- Jeunes
- Femmes enceintes
- Adultes

L'onglet « jeunes » n'ouvre que sur les consultations jeunes consommateurs (CJC). En l'absence de ressources sur le territoire choisi, une phrase est proposée : « Il n'y a pas de consultation spécialisée pour les jeunes sur le territoire choisi, cherchez sur un territoire voisin ou adressez-vous aux consultations pour adultes »

L'onglet « femmes enceintes » ouvre sur les consultations spécifiques à ce public. En l'absence de ressources sur le territoire choisi, une phrase est proposée : « Il n'y a pas de consultation spécialisée pour les femmes enceintes sur le territoire choisi, cherchez sur un territoire voisin ou adressez-vous aux consultations pour adultes ».

Il clique sur le « public » choisi et il a effectué 7 clics.

Il clique alors sur le bouton « **rechercher** », soit 8 clics en tout.

Une liste de ressources lui est alors proposée. Le choix définitif de la ressource la plus pertinente pour lui nécessitera deux clics supplémentaires soit 10 clics en tout.

En l'absence de ressource pour son choix, une phrase apparait (comme ci-dessus), afin d'orienter l'utilisateur vers les autres choix les plus appropriés. Dans cette situation, d'autres clics et plus de temps sont nécessaires, car l'utilisateur est obligé de refaire une recherche.

Les figures 8 et 9 illustrent les présentations des résultats de recherche.



1 - 5 sur 79

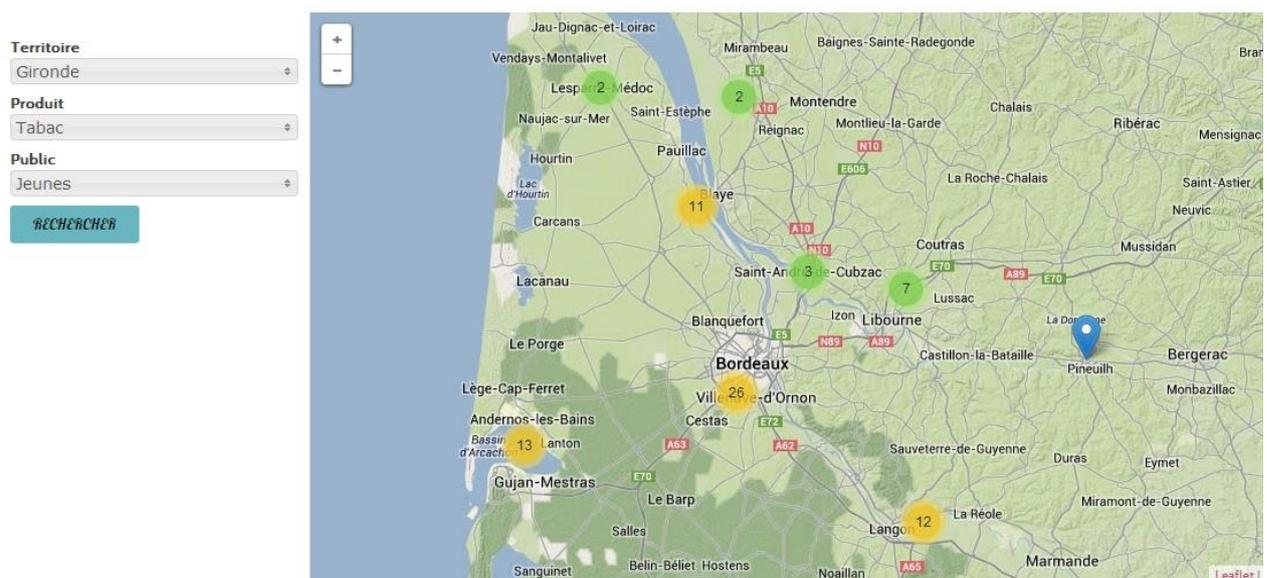
**A. Gueri**  
**Association pour la promotion de l'information et de l'aide en matière de maladie alcoolique et drogues**  
 Point écoute alcool, drogues, orientation, réinsertion sociale, groupe de parole et prévention  
 Alcool, Tabac, Cannabis, Autres addictions  
**Association d'entraide**  
 Rue Jean-Louis Faure, 33220 Sainte-Foy-la-Grande  
 Tél.: 06 82 39 67 96  
 non communiqué  
 Gratuit

---

**ANPAA 33 - Saint Ciers sur Gironde**  
**Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie**  
 Centre de soins en addictologie. Actions de prévention des conduites addictives.  
 Alcool, Tabac, Cannabis, Autres addictions  
**CSAPA**  
 17 avenue André Lafon 33820 SAINT CIERS SUR GIROUNDE  
 Tél.: 05 57 32 66 99  
 anpaa33@anpaa.asso.fr  
<http://www.anpaa.asso.fr>  
 sur RDV  
 Gratuit

Figure 8 : Exemple de résultats de ressources sur le site ADDICTOCLIC.COM.

Consulté le 06/08/2014



**Territoire**  
 Gironde

**Produit**  
 Tabac

**Public**  
 Jeunes

RECHERCHER

The map displays the Gironde region with various towns and districts labeled, including Jau-Dignac-et-Loirac, Vendays-Montalivet, Lesparre-Médoc, Pauillac, Libourne, and Bordeaux. Numbered markers (1, 2, 7, 11, 12, 13, 26) are placed on the map to indicate search results locations.

Figure 9 : Exemple de résultats de recherche sur la carte du site ADDICTOCLIC.COM.

Consulté le 06/08/2014

Nous voyons que la carte présente l'emplacement des ressources sélectionnées (Figure 9) correspondant à la recherche. La liste des ressources apparaissant en dessous. Il est également possible de déplacer la flèche sur la carte et de faire apparaître la ressource en cliquant dessus.

Une fois la recherche effectuée, pour chaque ressource sélectionnée comme répondant aux 3 critères choisis, les éléments suivants sont proposés, s'ils sont connus (Figure 8) :

- Nom de la structure
- Adresse, téléphone, Fax, Mail, éventuel site internet
- Jours/heures d'ouverture
- Équipe de professionnels (fonction des intervenants)
- Gratuité / Remboursement
- Activité (libre présentation)
- Avec ou sans rendez-vous.
- Type de structure
- Produit(s)
- Public(s)

Un onglet « Imprimer », amenant à la page au format pdf imprimable, apparaît pour chaque fiche.

Plusieurs aller-retour entre TSA et AGIR 33 – Aquitaine ont été nécessaires pour aboutir à l'architecture et au contenu optimal, tel que désiré par le CP.

Lorsque la première maquette du site a été disponible, elle a été testée par un groupe de professionnels et de patients (test d'utilisabilité) avant la mise en ligne du site web.

### **3.3 Evaluer « la lisibilité » et « l'utilisabilité » du site auprès des professionnels et des patients** (objectif intermédiaire n°3)

#### 3.3.1. Tester la lisibilité de l'information

Comme nous l'avons expliqué dans la partie « Méthode », nous souhaitons utiliser, selon les recommandations de l'HAS, le degré de lisibilité de Rudolph FLESCH.

Peu de phrases apparaissent sur le site et sont courtes. Il n'a donc pas été nécessaire d'utiliser ce test.

### 3.3.2. Tester l' « utilisabilité » auprès d'un échantillon représentatif d'utilisateurs (professionnels et patients)

Nous avons réalisé ce test dès la première version du site (livrée fin février 2014), selon la méthode décrite.

Dans un premier temps « Addictoclic » a été brièvement présenté par le doctorant dans ses objectifs. Puis le test et ses objectifs ont été ensuite décrits en insistant sur le fait qu'il s'agissait de tester le logiciel et non l'utilisateur.

Dans un second temps, nous leur avons demandé d'effectuer trois recherches de ressources sur le site afin de pouvoir comparer tous les résultats.

#### **Groupe « médecins »**

Cinq médecins ont été recrutés par le doctorant parmi ses connaissances en essayant de varier les critères d'âge et de sexe (tableau 5). Aucun n'avait participé au focus group.

**Tableau 5 : Caractéristiques des participants du groupe « Médecins » au test d'utilisabilité**

Médecins	Sexe	Tranche d'âge	Lieu	Implication en addictologie
Médecin 1	Femme	< 50 ans	Semi-rural	Non impliqué
Médecin 2	Homme	< 50 ans	Semi-rural	Non impliqué
Médecin 3	Homme	> 50 ans	semi-rural	Non impliqué
Médecin 4	Homme	< 50 ans	urbain/semi-rural	Non impliqué
Médecin 5	Femme	< 50 ans	Urbain/semi-rural	Non impliqué

Nous avons donc demandé à nos « testeurs » d'effectuer les trois mêmes recherches :

➔ Recherche n° 1 - « *vous êtes un médecin du bassin d'Arcachon, vous consultez une femme enceinte qui n'arrive pas à arrêter sa consommation d'alcool, vous chercher à l'orienter* ».

Cette recherche implique les choix suivants :

- Territoire : « Bassin »
- Produit : « Alcool »,
- Public « Femmes enceintes ».

➔ Recherche n° 2 – « *Vous êtes médecin dans la commune de Blanquefort, et vous consultez un jeune de 18 ans qui présente une consommation problématique de cannabis, vous cherchez à l'orienter* ». Cette recherche implique les choix suivants :

- Territoire : « CUB Nord-Ouest »,
- Produit : « Cannabis »,
- Public : « Jeunes ».

➔ Recherche n°3 – « Vous êtes médecin dans le Sud Gironde, et vous consultez la compagnie d'un consommateur d'héroïne, vous cherchez à l'orienter ». Cette recherche implique les choix suivants :

- Territoire : « Sud Gironde »,
- Produit : « Opiacés »,
- Public : « Entourage ».

Après ces 3 recherches nous leur avons proposé de répondre au questionnaire SUS et de nous faire toutes les remarques et critiques, sans réserves.

➔ Résultats de la recherche numéro 1 (tableau 6 et figure 10) :

La durée moyenne pour l'obtention de l'information recherchée est de 14,40s avec un minimum de 11,45s (médecin 4) et un maximum de 18,02s (médecin 3).

Le nombre de clics moyen pour arriver à l'information est de 12,2 avec un minimum de 10 clics (nombre minimal de clics pour arriver à l'information), (médecins 1 et 5) et un maximum de 14 (médecins 2 et 3).

**Tableau 6 : Présentation des résultats de la recherche n°1 pour les 5 médecins « testeurs »**

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5
<i>Durée d'obtention de l'information recherchée*</i>	12,23s	16,11s	18,02s	11,45s	14,21s
<i>Nombre de clics réalisés pour arriver à l'information**</i>	10	14	14	13	10
<i>Obtention de l'information</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

\*Durée du premier clic jusqu'à l'obtention de l'information

\*\* Le nombre de clics minimum pour trouver l'information étant de 10

Les grilles d'observation « navigation » et « attitude » montrent que tous les médecins ont utilisé immédiatement le clavier. Trois des médecins (médecins 2,3 et 4) ont commis des erreurs de manipulation et ont donc hésité. Aucun n'a abandonné ou demandé de l'aide. Deux des participants ont murmuré lorsqu'ils ont hésité. Les autres avaient le visage inexpressif pendant la recherche. Les hésitations ont eu lieu lors du choix dans l'onglet « public », celles-ci pouvant être expliquées par un trop grand nombre de choix possibles, selon les dires de nos utilisateurs (voir p.70).

➔ Résultats de la recherche numéro 2 (tableau 7 et figure 10):

**Tableau 7 : Présentation des résultats de la recherche n°2 pour les 5 médecins « testeurs »**

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5
<i>Durée d'obtention de l'information recherchée</i>	10,13s	14,11s	10,45s	7,85s	11,35s
<i>Nombre de clics réalisés pour arriver à l'information</i>	10	10	10	10	10
<i>Obtention de l'information</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

La durée moyenne pour l'obtention de l'information recherchée est de 10,78s avec un minimum de 7,85s (médecin 4) et un maximum de 14,11s (médecin 2).

Tous les participants ont abouti à leur recherche en 10 clics.

Les grilles d'observation « navigation » et « attitude » montrent que tous les médecins ont utilisé immédiatement le clavier. Quatre des cinq médecins ont hésité, tous lors du choix « Jeunes » dans l'onglet « public ». Aucun n'a abandonné ou demandé de l'aide.

Les quatre participants ayant hésité se sont exprimés verbalement et ont fait des mimiques.

→ Résultats de la recherche numéro 3 (tableau 8 et figure 10) :

**Tableau 8 : Présentation des résultats de la recherche n°3 pour les 5 médecins « testeurs »**

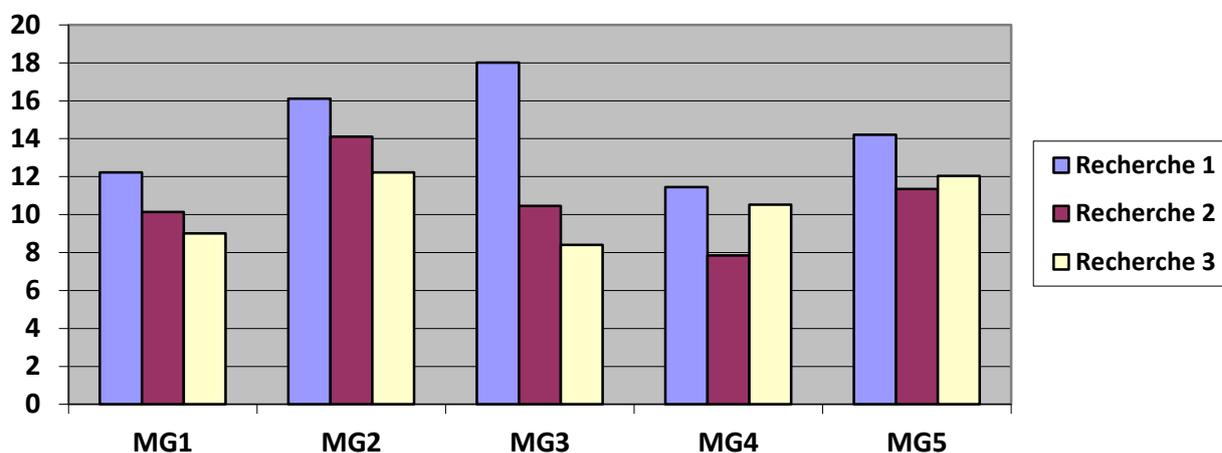
	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5
<i>Durée d'obtention de l'information recherchée</i>	9,01s	12,22s	8,40s	10,53s	12,03s
<i>Nombre de clics réalisés pour arriver à l'information</i>	10	10	10	10	10
<i>Obtention de l'information</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

La durée moyenne pour l'obtention de l'information recherchée est de 10,44s, avec un minimum de 8,40s (médecin 3) et un maximum de 12,22s (médecin 2).

Tous les participants ont abouti leur recherche en 10 clics.

Les grilles d'observation « navigation » et « attitude » montrent que tous les médecins ont utilisé immédiatement le clavier. Aucun des médecins a hésité, abandonné ou demandé de l'aide. Aucune mimique ou aucun murmure n'ont été observés.

Pour l'ensemble des 3 recherches, les 3 informations recherchées ont été obtenues.



**Figure 10 : Evolution de la durée d'obtention de l'information recherchée pour les 5 médecins**

→ Scores SUS et remarques critiques des médecins « testeurs »

Il a été demandé aux « testeurs » de répondre à toutes les questions du score de SUS (approbation de propositions selon une échelle de Likert en 5 niveaux de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Lorsqu'un utilisateur ne savait pas quoi répondre, il devait cocher au milieu de l'échelle,

comme ceci est prévu par le concepteur du SUS (37). Nous rappelons que le score mesure la satisfaction des usagers concernant la navigation sur le site ainsi que le contenu des informations. Les résultats sont présentés dans le tableau 9.

**Tableau 9 : Résultats des médecins « testeurs » au score SUS**

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5
Score de SUS	100	97,5	100	95	92,5

Pour le groupe « médecins », la moyenne du score de SUS est de 97 avec un minimum de 92,5 (médecin 5) et un maximum de 100 (médecins 1 et 3).

Les utilisateurs ont dû indiquer leur évaluation subjective. Les remarques peuvent se synthétiser de la façon suivante :

Aspects positifs :

- Facilité d'accessibilité
- Simplicité d'utilisation
- Rapidité d'acquisition de l'information recherchée

Aspects négatifs :

- Seule la carte de l'Aquitaine doit apparaître sur la page d'accueil initiale.  
*En effet, la version testée de Février 2014 s'ouvrait sur la carte de l'Europe.*
- Police d'écriture non adéquate, parfois quasi illisible.
- Trop de choix dans l'onglet « public », dont certains ne sont pas clairs  
*La version de Février comportait quelques erreurs de saisie sur le tableau Excel des ressources générant des confusions. Ex. : jeune et jeunes, toutes addictions et addictions.....*
- Une fois la recherche lancée, tous les choix précédents devraient automatiquement se décocher.  
*En effet, l'utilisateur voulant lancer une nouvelle recherche devait décocher les choix de la recherche précédente. En cas d'oubli, les anciens choix persistaient, s'additionnant aux nouveaux choix.*
- Les différents types d'intervenants devraient apparaître sur chaque fiche.  
*Cette information n'avait pas été fournie par certaines ressources.*

## Groupes « patients »

Cinq « patients » ont été recrutés par le doctorant parmi ses connaissances en essayant de varier les critères d'âge et de sexe. Aucun n'avait participé au focus group.

**Tableau 10 : Caractéristiques des participants du groupe « patients » au test utilisabilité**

Participants	Sexe	Tranche d'âge	Patient/entourage
Patient 1	Femme	< 50 ans	Entourage
Patient 2	Femme	< 50 ans	Patient
Patient 3	Femme	> 50 ans	Patient
patient 4	Homme	> 50 ans	Entourage
Patient 5	Homme	< 50 ans	Patient

Nous avons proposé à nos 5 utilisateurs trois nouvelles recherches, à savoir :

- ➔ Recherche n° 1 – « *vous êtes étudiant, habitez sur la rive droite de Bordeaux et vous utilisez la méthadone, vous cherchez une consultation répondant à vos besoins* ». Cette recherche implique les choix suivants :
  - Territoire : « Rive droite »,
  - Produit : « Autres addictions »,
  - Public : « Adultes ».
  
- ➔ Recherche n° 2 – « *Vous êtes fumeur et habitez le Sud Gironde. Vous disposez de très peu de moyens financiers et vous cherchez une consultation près de chez vous pour arrêter de fumer* ». Cette recherche implique les choix suivants :
  - Territoire : « Sud Gironde »,
  - Produit : « tabac »,
  - Public : « Adultes »,
  
- ➔ Recherche n°3 – « *Vous habitez le Médoc, votre fille est anorexique, ne veut pas se soigner et vous ne savez que faire. Vous cherchez des conseils.* » Cette recherche implique les choix suivants :
  - Territoire : « Médoc »,
  - Produit : « Autres addictions »,
  - Public : « Jeunes ».

Pour les patients, les résultats ont été les suivants :

→ Résultats de la recherche numéro 1 (tableau 11 et figure 11):

**Tableau 11 : Présentation des résultats de la recherche n°1 pour les 5 patients « testeurs »**

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
<i>Durée d'obtention de l'information recherchée</i>	30,13s	17,15s	20,51s	18s	38,33s
<i>Nombre de clics réalisés pour arriver à l'information</i>	10	12	11	10	10
<i>Obtention de l'information</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

La durée moyenne pour l'obtention de l'information recherchée est de 24,82s pour un minimum de 17,15s (patient 2) et un maximum de 38,33s (patient 5).

Le nombre de clics moyen pour arriver à l'information est de 10,6 pour un minimum de 10 clics (patients 1, 4, 5) et un maximum de 12 clics (patient 2)

Les grilles d'observation « navigation » et « attitude » montrent que tous les patients ont utilisé immédiatement le clavier. Deux ont hésités (patients 2 et 3) lors de l'utilisation des onglets, générant ainsi des erreurs. Ces dernières peuvent s'expliquer par le fait que l'utilisateur voulant lancer une nouvelle recherche devait décocher les choix de la recherche précédente. En cas d'oubli, les anciens choix persistaient, s'additionnant aux nouveaux choix, ce qui a créé quelques confusions.

Par contre, aucun patient n'a abandonné ou demandé de l'aide. Un seul des participants s'est exprimé verbalement et a fait des mimiques. Les autres avaient le visage inexpressif pendant la recherche.

→ Résultats de la recherche numéro 2 (tableau 12 et figure 11):

**Tableau 12 : Présentation des résultats de la recherche n°2 pour les 5 patients « testeurs »**

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
<i>Durée d'obtention de l'information recherchée</i>	18,46s	11,18s	12,46s	9,23s	21,25s
<i>Nombre de clics réalisés pour arriver à l'information</i>	10	10	10	10	10
<i>Obtention de l'information</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

La durée moyenne pour l'obtention de l'information recherchée est de 14,52s, pour un minimum de 9,23s (patient 4) et un maximum de 21,25s (patient 5).

Tous les patients arrivent à l'information en 10 clics, ce qui est le minimum requis.

Les grilles d'observation « navigation » et « attitude » montrent que tous les patients ont utilisé immédiatement le clavier. Aucun n'a hésité, abandonné ou demandé de l'aide. Deux ont fait des mimiques lors de leur choix dans l'onglet « public ». Les autres avaient le visage inexpressif pendant la recherche.

→ Résultats de la recherche numéro 3 (tableau 13 et figure 11):

**Tableau 13 : Présentation des résultats de la recherche n°3 pour les 5 patients « testeurs »**

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
<i>Durée d'obtention de l'information recherchée</i>	10,21s	11,05s	10,41s	15,02s	23,38s
<i>Nombre de clics réalisés pour arriver à l'information</i>	10	10	10	12	10
<i>Obtention de l'information</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

La durée moyenne pour l'obtention de l'information recherchée est de 14s, pour un minimum de 10,21s (patient 1) et un maximum de 23,38s (patient 5).

Le nombre de clics moyen pour arriver à l'information est de 10,4 pour un minimum de 10 clics (patients 1, 2, 3 et 5) et un maximum de 12 (patient 4).

Les grilles d'observation « navigation » et « attitude » montrent que tous les patients ont utilisé immédiatement le clavier. Un seul patient a hésité lors du choix du « Produit », ceci provenant du fait, qu'une fois la recherche précédente effectuée, celui-ci a oublié de décocher son choix précédent, conduisant ainsi à une erreur (patient 4). Aucun n'a abandonné ou demandé de l'aide. Un seul s'est exprimé verbalement sans mimique. Les autres avaient le visage inexpressif pendant la recherche.

Pour les 3 recherches demandées les informations ont été obtenues.

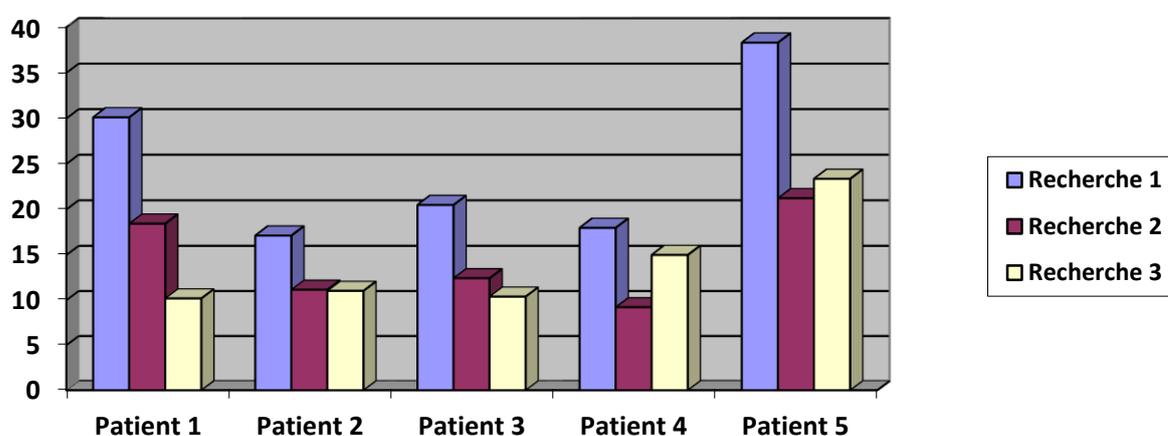


Figure 11 : Evolution de la durée d'obtention de l'information recherchée pour les 5 patients

→ Scores SUS et remarques critiques des patients « testeurs »

La procédure a été exactement la même que pour les médecins. Les résultats sont présentés dans le tableau 14.

Tableau 14 : Résultats des patients « testeurs » au score SUS

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
Score de SUS	95	97,5	90	97,5	100

Pour le groupe « patients », la moyenne du score de SUS est de 96 avec un minimum de 90 (patient 3) et un maximum de 100 (patient 5).

Les utilisateurs ont dû indiquer leur évaluation subjective. Les remarques peuvent se synthétiser de la façon suivante :

Aspects positifs :

- Très simple d'utilisation, à l'unanimité selon tous les utilisateurs.

Aspects négatifs :

- Les couleurs de la page d'accueil ne sont pas attrayantes
- La police d'écriture n'est pas adaptée (idem médecins).
- Trop de choix dans l'onglet « public », dont certains ne sont pas clairs (idem médecins)
- Une fois qu'un choix a été coché, l'onglet devrait se refermer automatiquement (idem médecins)

Comme nous l'avions précisé dans la partie « méthode », il était prévu de nouveaux tests après l'optimisation du site suite aux remarques des « testeurs ». Les longs délais exigés pour les modifications demandées (en cours lors de la rédaction finale de la thèse) ne nous ont pas permis de réaliser cette deuxième phase de tests.

### **3.4 Mettre en ligne le site web** (objectif intermédiaire n°4)

Cette phase du projet n'étant pas encore réalisée, nous nous contentons de tracer ici les décisions prises par le comité de pilotage.

**La mise en ligne du site est prévue en Septembre 2014**, suite aux corrections décidées lors des tests réalisés et aux dysfonctionnements observés.

Les mesures règlementaires ont été réalisées auprès de la CNIL et le nom de domaine est déposé.

Cette mise en ligne doit concerner, dans un premier temps, le territoire de santé de la Gironde. Les autres territoires de santé doivent être mis en ligne d'ici la fin de l'année.

**Une phase d'observation est prévue durant le dernier trimestre 2014.** Si le site a été testé auprès des usagers, il est important d'avoir le retour des structures spécialisées qui y sont mentionnées. La phase d'observation permettra à chaque structure de faire le retour de corrections éventuelles.

Cette phase permettra également aux membres d'AGIR 33 Aquitaine, de tester le site et de faire part de leurs remarques.

### **Une campagne de communication est prévue au premier trimestre 2015.**

Une fois le site stabilisé, il est prévu d'effectuer une large diffusion du nom de domaine avec présentation de ses objectifs. Cette campagne sera couplée avec une présentation des objectifs d'AGIR 33 Aquitaine. Cette campagne sera d'abord destinée aux professionnels de santé et aux structures spécialisées. Elle prendra appui sur des moyens existants et déjà en grande partie financés :

- Plaquette distribuée en face à face ou laissée au secrétariat des cabinets médicaux par les DSP.
- Proposition de mise en place d'un lien vers le site sur le bureau des ordinateurs des professionnels.
- Articles dans les médias médicaux régionaux et nationaux

Une campagne grand public sera ensuite possible en fonction des moyens mobilisables : affiches, plaquettes, distribués dans les cabinets médicaux, les lieux d'accueil des usagers de la santé, les associations de patients....

**Un suivi du compteur de visites sera effectué mois par mois**, afin de vérifier l'impact de la communication et de surveiller l'utilisation réelle du site.

### **3.5 Mettre en place une procédure d'actualisation des informations** (objectif intermédiaire n°5)

Un mail sera adressé à toutes les structures mentionnées sur le site, tous les trois mois, automatiquement ou à défaut manuellement, selon les possibilités techniques.

Chaque structure sera ainsi responsabilisée et autonome dans les mises à jour des informations la concernant, le réseau se contentant de mettre en forme les informations selon les critères techniques décidés.

## 4. DISCUSSION

---

Dans le cadre de ce travail qui relève d'une ingénierie de projet, il nous a paru plus simple et plus cohérent d'aborder simultanément la critique de la méthode et des résultats.

### 4.1. Pertinence du choix d'un annuaire en ligne

Nous n'allons pas reprendre ici ce sujet qui a été largement abordé dans la justification.

Notre expérience des annuaires « papier », nous a démontré l'obsolescence rapide de leur contenu. Les informations mises à disposition par Internet sont faciles à actualiser et cette technologie est aujourd'hui populaire et accessible à la plupart des publics (23-26).

L'accès aux sites Internet nécessite un équipement informatique et un minimum d'apprentissage de la technologie, ce qui peut être un obstacle pour les plus précaires, les plus âgés, voir pour certaines formes de handicaps. Des moyens complémentaires seront donc à mettre en place pour ces publics.

Compte-tenu de ses missions, le réseau AGIR 33 Aquitaine se trouvait dans la nécessité de développer un annuaire en ligne, devenu indispensable pour l'efficacité de ses différents projets. Le choix a été fait de s'appuyer sur une ingénierie de projet conforme aux meilleures recommandations.

Un argument majeur sur la pertinence, est la demande importante venue des professionnels et usagers.

Un argument majeur sur la non pertinence est l'interrogation sur la capacité à actualiser les données, ce qui a un coût en terme de temps consacré. En effet, « rien ne sert de partir à point si on ne peut courir par la suite » (pardon à La Fontaine). La qualité du site va essentiellement dépendre de la capacité du promoteur à mobiliser les structures, et de la motivation des structures à s'approprier le site. Ceci sur la durée. Des indices nous laissent supposer que les conditions de cette capacité sont réalisées : un promoteur localement reconnu et financé ; une équipe mobilisée ; des structures spécialisées très investies ; une ARS constituant un soutien pérenne et mobilisateur.

La demande des usagers doit rencontrer une mobilisation empathique des structures, pour un annuaire fonctionnel et actualisé.

### 4.2. Les focus groups

Nous avons donc choisi d'utiliser la méthode des focus groups, méthode qualitative de recueil de données, conformément aux meilleures recommandations (34, 35).

### ***Sur la méthode***

Cette méthode est économique en temps de recueil de données, elle favorise l'expression et la discussion d'opinions controversées. Tout ce qui a de la valeur pour les personnes est abordé, comparé et confronté. Le focus group n'a pas d'exigence de représentativité et permet, notamment aux médecins généralistes, de réfléchir à certains aspects de leur pratique (40).

Le nombre de participants aux focus groups, onze pour le focus groupe « médecins » et dix pour le focus groupe « patients » est tout à fait acceptable. Selon la littérature, il n'est pas nécessaire d'avoir un nombre plus importants de participants (40).

Le choix des participants est critiquable. En effet ayant tous été sélectionnés dans les connaissances du thésard et du directeur de thèse, nous pouvons supposer, que certaines des réponses ont été influencées par ce phénomène. Il existe donc des biais de sélection et de prévarication.

Les résultats d'une étude par focus group ne peuvent pas être généralisés, car les groupes ne sont pas constitués dans un but de représentativité de la population cible. Toutefois, notre but étant d'identifier les besoins des utilisateurs, nous avons choisi d'effectuer un échantillonnage afin que les groupes soient assez représentatifs de la population cible. Les catégories choisies ont toutes été représentées :

- Sexe (homme ou femme), âge (plus ou moins de 50 ans), installation (milieu urbain ou rural/semi-rural), implication ou pas en addictologie, pour les « médecins »,
- sexe, âge, patient ou entourage pour les « patients »

Les caractéristiques méthodologiques énoncées dans la méthode ont été respectées.

### ***Sur le fonctionnement des focus groups***

Au cours des deux focus groupes étaient présents deux observateurs indépendants de l'animateur, mais malgré cela, les signaux non verbaux (sourires, soupirs, pauses, grimaces, gestes...) n'ont été que partiellement retranscrits. Le rôle de l'observateur principal (ici le doctorant) était également de faire préciser les questions non clarifiées et de reprendre certains points confus ou non abordés, en fin de séance. Nous avons élaboré un guide d'entretien qualitatif, réalisé sous forme de questions principales et complémentaires pour donner un fil conducteur aux débats. Lors de l'analyse des verbatim, il est apparu que certaines questions de la grille d'entretien n'ont pas trouvées de réponse ou partiellement. Il se peut donc que l'animateur et l'observateur n'aient pas tenu totalement leurs rôles.

Une des limites connue du focus group relève de l'interaction de groupe. Il peut y avoir des réticences à exprimer des idées personnelles et Il faut éviter les relations de hiérarchie (leaders d'opinions) (40). Dans le focus group « médecins », nous n'avons pas pu éviter ce phénomène complètement, même si l'animateur (le directeur de thèse) a tenté de canaliser au mieux les débats

afin d'optimiser le recueil des données et la richesse des échanges. Malgré cela, certains participants de ce groupe, du fait de leur statut et de leur plus longue expérience personnelle et professionnelle ont d'avantage monopolisé la parole.

Dans le focus group « patients » nous avons retrouvé ce problème avec une répartition inégale des prises de paroles, favorisant les membres des associations néphalistes. Leur présence a eu une influence importante. Notamment ces participants ont eu tendance à fonctionner comme dans leurs réunions habituelles, en faisant état de leur histoire personnelle et ayant plus de mal à prendre de la hauteur pour une vision plus générale du problème. Ceci a également monopolisé un temps important de parole qui n'a pas été consacré au site lui-même. Heureusement la présence d'autres participants, non issus des associations néphalistes, a permis au groupe de se recentrer assez facilement, sous la direction de l'animateur. Certains des résultats sont ainsi influencés de l'apport des bénévoles d'associations néphalistes.

Un biais possible est constitué par tout le travail de réflexion préalable à la réunion des focus groups. En effet, le responsable du projet et directeur de la thèse a été également l'animateur des deux groupes. Bien que respectant à la lettre la grille des questions préparées, il a pu laisser plus de temps de parole quand les débats allaient dans le sens qu'il jugeait pertinent, et moins de temps quand les débats ne lui semblaient pas contributifs. Les observateurs étaient là pour contrôler cet inconvénient connu et n'ont pas eu à intervenir. Cependant ce biais ne peut être exclu.

### ***Sur le traitement des données***

Comme nous l'avons déjà précisé, chaque verbatim a été retranscrit mot à mot de manière à respecter l'expression de chaque participant. Les enregistrements ont été globalement de très bonnes qualités mais certains passages n'ont pas été retranscrits car inaudibles ou totalement hors sujet.

Nous n'avons pas utilisé de logiciel pour travailler sur le verbatim et le découpage en indices de signification, occurrences et thèmes a été réalisé manuellement, mais ceci n'a pas posé de problèmes, étant donné les objectifs limités de ce travail au niveau qualitatif.

Concernant l'exploitation des données issues de la retranscription des verbatim, l'analyse a été longue, fastidieuse et les résultats n'ont pas été totalement à la hauteur de nos espérances. En effet, les hors sujets sont nombreux et toutes les données ne sont pas exploitables.

### ***Les principaux résultats***

Malgré toutes ces limites, plus ou moins habituelles à ce type de recherche qualitative, les objectifs pour notre travail ont été atteints. Il est rare qu'un site web face l'objet d'une évaluation des besoins des utilisateurs, dans le cadre de focus groupes, avant sa mise en ligne. Ceci explique peut-être une

présentation plus utile aux professionnels de l'addictologie qu'aux usagers ou professionnels de premier recours, des annuaires existants.

Les participants ont proposé ou approuvé :

- Le nom du site « **addictoclic.com** » avec la nécessité de mots clés plus simples y ramenant, sur les moteurs de recherche (avis fort des « patients »)
- Les principes nécessaires de **simplicité** d'accès (annuaire seul dès la page d'accueil), de navigation (peu d'onglets) et de lisibilité (peu de texte)
- La **rapidité** de navigation et de consultation, en cours de consultation
- La liste des **informations nécessaires** pour chaque structure identifiée
- La possibilité d'**imprimer** le résultat de la recherche
- **L'actualisation** en continu des informations

Un site web répondant à ces principes correspond à une attente forte des participants.

### 4.3. L'architecture du site web

Nous avons globalement respecté tous les conseils concernant la rédaction et la présentation d'un site web selon les recommandations de l'HAS (34) et surtout de l'US Department of Health and Human Services (35).

#### ***A propos du contenu informatif : les ressources***

Le recueil exhaustif et actualisé des ressources en addictologie sur le territoire aquitain s'est révélé une tâche ardue malgré la bonne connaissance qu'en a le réseau AGIR 33 Aquitaine.

Cette liste a été réalisée pour la Gironde, dans un premier temps, afin de pouvoir construire une première version du site, et en tester l'opérabilité (Février 2014).

Nous avons essayé de tenir compte de toutes les remarques formulées par les participants aux focus groups, moyennant la validation par le comité de pilotage et selon les possibilités techniques de TSA. Notre but principal était de simplifier au maximum la présentation et l'utilisation d'Addictoclic.

Ainsi, la grille standardisée pour saisir les informations pour chaque ressource a été plusieurs fois modifiée, en fonction des essais du site.

Les informations fournies par les structures, malgré un questionnaire fermé, a donné lieu à beaucoup de nuances qui ne pouvaient pas être validées pour le site. En effet, chaque nuance ressortait comme un choix dans les onglets, rendant le menu déroulant trop complexe. Il a fallu ainsi uniformiser les choix pour les limiter, tel que ceci est présenté dans notre travail. Nous pouvons imaginer les

frustrations des ressources, les allers retours multiples, avant d'aboutir à un consensus nécessaire. Ceci explique en partie le retard pris pour la mise en ligne de la version définitive d'addictoclic.com.

### ***A propos de l'architecture elle-même***

Nous sommes restés sur 3 onglets, ce qui nous a semblé le minimum possible, et sur un minimum de choix pour chaque onglet. Ceci limite considérablement le nombre de « clics » aboutissant à la recherche.

Paradoxalement, la difficulté peut venir, notamment sur Bordeaux, de la grande variété des ressources disponibles, amenant à plusieurs pages de données et donc à un choix complexe prenant du temps. Il s'agit là d'une chose qui ne ressort pas des tests d'utilisabilité et qui en montre une limite.

En effet, les « testeurs » avaient à effectuer une recherche et le test était stoppé lorsque la recherche avait abouti, ne tenant pas compte du temps de choix entre les ressources proposées.

Ce problème peut difficilement être résolu. Le choix se situe entre une recherche plus précise imposant plus d'onglets et plus de choix dans chaque onglet, ou une recherche facilitée par peu d'onglets et de choix dans les onglets.

Pour l'instant le choix a été fait de rester sur la simplicité quitte à aboutir à un choix large de ressources. Ceci a le mérite de montrer aux usagers qu'ils ont du choix et que le territoire n'est pas si mal loti que cela. De plus, comme nous l'avons vu, certains patients souhaitent changer de structure et ceci peut leur faciliter la tâche. De plus, l'objectif est aujourd'hui de favoriser le développement de structures « généralistes » prenant en charge tous les problèmes d'addictions et la plupart des publics. Il n'apparaît donc pas pertinent de segmenter trop le choix, ce qui irait à contre-courant des efforts actuels.

A la date de la soutenance de cette thèse, tous les choix ne sont pas définitifs et pourrons évoluer en fonction des retours des usagers, suite à la mise en ligne. Il s'agit là d'ailleurs d'un point fort de ce projet, porté par un réseau d'addictologie ayant 18 ans d'antériorité, et par Télésanté Aquitaine, tous deux financés par l'ARS et ayant l'habitude de collaborer.

Les résultats, notamment lors des tests d'utilisabilité, doivent nous laisser confiants quant à l'atteinte probable des objectifs initiaux.

Toujours lors des tests d'utilisabilité (effectués sur la première version du site), nous avons recueillis un certain nombre de remarques émanant de nos utilisateurs concernant la présentation et l'utilisation du site. A l'heure où nous rédigeons cette thèse, certaines ont pu être prises en compte, d'autres sont encore soumises à des difficultés techniques.

## 4.4. Test de lisibilité

Nous avons également respectés tous les conseils de rédaction et de présentation proposés par l’HAS et l’US Department of Health and Human Services (34, 35).

L’application de la formule de Rudolf Flesch s’est avérée inutile pour des phrases aussi courtes que celles choisies pour le site. L’application compliquée de ce test donnait systématiquement des résultats optimaux. Nous ne pouvons pas vraiment considérer que ce point est négatif.

Bien qu’il ne s’agisse pas de lisibilité au sens strict du terme, des remarques ont été formulées lors du test d’utilisabilité, sur les couleurs un peu fades ou des caractères peu lisibles. Des modifications ont donc été apportées à ce niveau, depuis la version-test initiale.

## 4.5. Test d’utilisabilité

### *Sur la méthode*

Beaucoup d’outils mesurant l’utilisabilité ne sont pas scientifiquement valides ou ne sont pas applicables en médecine générale. Pour ce projet, nous avons donc essayé d’établir des indicateurs d’utilisabilité les plus pertinents possibles, centrés sur les besoins et objectifs de nos testeurs.

Le score de SUS serait le plus simple et le plus fiable, selon une étude présentée au congrès UPA 2004 (41). De plus, il est valide car son score corrèle généralement avec les autres indicateurs de l’utilisabilité (42). Malgré ses qualités, le score SUS ne comportant que dix questions et une échelle de réponse de 1 à 5, nécessite un échantillon de 12 à 24 participants pour assurer son efficacité. Par contre, selon la même étude, il peut quand même générer une fiabilité de 75% avec seulement huit participants, et nous en avons eu dix.

Concernant les indicateurs d’utilisabilité mesurables, notamment la durée totale moyenne nécessaire à l’obtention de l’information recherchée (mesurée en secondes), nous avons utilisé un simple chronomètre. Il est possible que certaines mesures aient été perturbées par son utilisation. Malheureusement, l’obtention de la performance idéale pourrait engager des coûts ou une technicité dépassant les capacités d’investissement du réseau AGIR. Nous avons essayé de négocier la meilleure performance possible selon les moyens disponibles.

Concernant les utilisateurs, Il est classique qu’ils soient satisfaits du site alors qu’ils ont eu de nombreux problèmes. Ceci peut être lié au fait qu’ils se considèrent comme fautifs des problèmes rencontrés, qu’ils ne veulent pas blesser les créateurs du site, qu’ils considèrent qu’il est plus poli de

ne pas être trop critique, par exemple. Ce fut certainement le cas lors de nos tests, puisque la plupart des participants connaissaient l'observateur.

### ***Sur les participants***

Nous avons obtenu la participation de 10 personnes, ce qui est satisfaisant.

Lors du choix de nos « testeurs », bien que toutes les catégories choisies soient représentées, la plupart d'entre eux ayant moins de 50 ans, on peut imaginer qu'il s'agit de la génération la plus à l'aise avec l'informatique. Cependant, l'annuaire se projetant dans l'avenir, les obstacles liés à la maîtrise d'Internet seront de moins en moins nombreux, chez les aînés, qui dès aujourd'hui ont vécu l'émergence du web dans leur période d'activité professionnelle. De plus, ils sont parents d'enfants de la génération « web » et il paraît de plus en plus difficile de garder des liens sociaux sans être un minimum « connecté ».

### ***Sur les résultats***

Un système est utilisable lorsqu'il permet à l'utilisateur de réaliser sa tâche avec efficacité, efficience et satisfaction dans le contexte d'utilisation spécifié (42). Nos résultats vont dans ce sens.

En effet, la durée moyenne à l'obtention de l'information diminue entre la première et la troisième recherche (14,40s, 10,78s, et 10,44s), pour le groupe « médecins » mais aussi pour le groupe « patients » (24,42s, 14,52s, 14s).

Ces résultats montrent que les patients sont plus longs, mais les recherches demandées étant différentes, il est possible qu'elles aient été plus complexes et plus difficile à réaliser.

Ces résultats montrent également que l'information recherchée est obtenue en un temps très court. Ceci s'explique tout simplement par le fait que parallèlement, il existe une baisse significative du nombre d'erreurs d'un bon nombre de nos participants et ce d'une recherche à l'autre. Elles sont même absentes en fin de test. Nous avons observé qu'à chaque fois ces erreurs proviennent du fait, qu'une fois la recherche effectuée, l'utilisateur a oublié de décocher son choix précédent, mais aussi du fait que lors du test de la première version, le choix trop complexe dans l'onglet « Public » a été source de confusions. Pour chaque recherche effectuée, et pour chaque participant, le pourcentage d'informations trouvées est maximal et toutes les recherches lors du test ont abouti de façon positive. Par conséquent, il ne fait aucun doute que l'utilisation d'Addictoclic est très simple.

Pour finir, le score de SUS, mesurant la satisfaction des usagers concernant la navigation sur le site et le contenu des informations, s'approche dans la majorité des cas de 100%. Même si l'échantillon est relativement faible, cela prouve que nos utilisateurs sont satisfaits.

Certains de nos résultats sont discutables. En analysant la durée moyenne à l'obtention de l'information, nous nous apercevons que certains participants ont été beaucoup plus rapides que

d'autres. Il semble donc qu'il y ait plusieurs profils de participants. Les participants les plus rapides sont bien évidemment ceux qui sont le plus à l'aise avec la manipulation d'internet. Plusieurs autres facteurs propres à chaque individu peuvent donc expliquer ces différents résultats. On peut penser, par exemple, que les testeurs utilisant leur propre matériel informatique, certains modèles soient plus ou moins rapides, du fait de leur ancienneté ou de leur saturation.

Par ailleurs, comme nous l'avons précisé dans la partie « méthode », il est préférable que deux observateurs soient présents lors d'un test d'utilisabilité. Toutefois pour des raisons pratiques, nous avons décidé qu'un seul observateur serait présent (le doctorant) lors des tests. Ainsi nous pouvons considérer que cela ait pu jouer sur la qualité des résultats obtenus. Par exemple, il n'a pas toujours été facile, à la fois, de chronométrer les performances de nos utilisateurs et de remplir les grilles de « navigation » et « d'attitude », en direct.

Certains obstacles observés ont nécessité des décisions difficiles avec des avantages et des inconvénients.

Dans un premier temps, nous avons choisi de ne mettre que les 6 territoires de santé. Il est apparu, lors des tests, que ceci amenait à un nombre de ressources important, imposant de faire dérouler plusieurs pages, selon des manœuvres pouvant paraître complexes. De plus, dans ce cas, on sait que les personnes s'arrêtent souvent aux une ou deux premières pages. Malheureusement, nous n'avons pas poussé le test jusqu'à la recherche d'une ressource précise, puisque dans la vie réelle, l'utilisateur explore la liste obtenue. Le choix a alors été fait d'imposer un double clic pour atteindre le territoire de proximité, ce qui limite cette inconvénient qui nous a paru majeur. Mais ceci génère un nouvel obstacle, lié aux deux clics nécessaires, mais aussi à la dénomination des territoires de proximité, certaines personnes pouvant ne pas se situer avec précision, par exemple, dans la CUB Nord-Ouest. Cet obstacle nous a toutefois semblé moindre.

Par ailleurs, en dehors des tests d'utilisabilité, il est apparu que certains choix amenaient à une page vide. Il a donc été décidé d'orienter l'utilisateur vers un autre choix (territoire voisin ou public « adultes »).

Enfin, même si les choix « alcool », « cannabis », « autres addictions » amènent à la même liste de ressources polyvalentes, il nous a semblé pertinent de ne pas réduire aux seuls choix « tabac » et « autres addictions ». Ceci faisait trop apparaître la dépendance au tabac comme particulière. De plus, les patients comme les professionnels non spécialisés, restent encore souvent avec des représentations centrées « produit » plus que « personne ». Nous avons cependant décidé de limiter les choix aux addictions les plus fréquentes.

Tous ces choix ont bien sûr influencé l'utilisabilité, et pourront être remis en question suite à la mise en ligne du site.

## 4.6. Mise en ligne et actualisation des données

A la mi-août 2014, au moment de la rédaction finale de la thèse, le site n'est pas encore mis en ligne dans sa version finale, celle-ci étant prévue en Septembre 2014. Nous comptions pouvoir mettre en ligne le site en Juin 2014, mais les modifications demandées ont amené à modifier la base de données sur les ressources, puis à demander à TSA de modifier l'architecture du site. Ceci n'a pas été possible avant la période traditionnelle des vacances.

La procédure d'actualisation des données a été décidée mais doit être précisée en fonction des possibilités techniques du site. Il s'agit là du problème le plus délicat qui conditionnera la réussite ou pas du projet, en grande partie. Tous les autres sites ayant des objectifs voisins ne semblent pas avoir réussi sur ce plan, malgré des moyens supérieurs, mais à une échelle nationale. Plusieurs conditions nous semblent favorables pour notre projet :

- Le caractère régional et la proximité des structures avec le promoteur (AGIR 33 Aquitaine)
- L'intérêt des structures de favoriser une bonne visibilité de leur travail et des orientations pertinentes
- La présence de la DSP qui fait régulièrement remonter les changements observés sur le terrain suite à une enquête systématique avant de visiter les médecins d'un territoire
- Les contacts réguliers avec les délégations territoriales de l'ARS qui font part au promoteur des changements dont elles ont connaissances
- Une personne chargée du site, coordinatrice de la structure porteuse, et ayant une bonne connaissance des ressources
- Les partenariats avec les représentations régionales des intervenants en addictologie.

## 4.7. Perspectives

Quelques perspectives peuvent d'ores et déjà être tracées :

→ Une évaluation de l'utilité réelle du site :

- Par le recueil du nombre de visites du site, mois par mois,
- par une enquête auprès d'un échantillon de médecins informés de son existence par la DSP,
- par une enquête auprès de patients venant consulter dans les structures spécialisées.

→ Une extension du site web à d'autres régions, en autogestion par une structure régionale partenaire. Ceci imposerait un clic supplémentaire pour choisir sa région sur une carte.

→ Un seul lien en page d'accueil vers un autre site d'AGIR 33 Aquitaine, optimisé, selon les principes retenus pour Addictoclic : simplicité, lisibilité, utilisabilité. Il s'agirait d'une plateforme avec des thématiques et des liens actualisés et fonctionnels, sans contenu propre conséquent. Ce nouveau site bénéficierait ainsi de la bonne connaissance du nom de domaine.

→ Une facilitation des contacts avec les structures : en imprimant les coordonnées de la structure, le médecin aurait la possibilité de remplir une fiche de liaison. La structure serait ainsi amenée à tenir le médecin informé en retour.

A terme, on peut espérer que les médecins ayant une meilleure connaissance des relais possibles, se sentiront plus sécurisés pour repérer les problèmes d'addictions et pour les prendre en soins. Le repérage précoce et les interventions brèves devraient trouver plus de facilité à leur développement. La découverte de l'ampleur du problème peut également amener certains médecins à mettre à jour leurs connaissances en addictologie, notamment grâce aux échanges avec les structures relais identifiées, autour des situations concrètes rencontrées.

## 5. CONCLUSION

---

En population générale, la prévalence des consommations de substances psychoactives est élevée et constitue indéniablement un problème majeur de santé publique.

Nous avons constaté qu'une forte proportion de professionnels et de patients ne connaissent pas ou très peu les ressources en addictologie disponibles près de chez eux et s'en plaignent. Nous le savons notamment par le biais des visites des DSP. De nombreuses structures ont développé des annuaires papiers ou internet mais les informations sont bien souvent obsolètes, incomplètes et difficiles à trouver, notamment lorsqu'il s'agit d'un support web. Ce constat, nous a donc conduit à réfléchir à la création d'un site internet au nom évocateur « ADDICTOCLIC.com », simple d'utilisation, qui répondrait réellement aux besoins des utilisateurs.

Notre travail correspond ainsi à une ingénierie de projet se basant sur les recommandations de l'HAS et de l'US Department of Health and Human Services (34, 35). Nous avons tout d'abord identifié les attentes des usagers (professionnels et publics) par la méthode des focus groups. A partir de là, nous avons défini l'architecture du site en nous basant sur les besoins identifiés. Les tests d'utilisabilité ont montré que globalement les utilisateurs étaient satisfaits, et qu'ADDICTOCLIC.com était très simple d'utilisation.

L'enjeu aujourd'hui est la mise en ligne d'une version finalisée et actualisée permettant l'accès aux informations sur les ressources en addictologie sur toute l'Aquitaine.

Une stratégie efficace de diffusion du nom de domaine ADDICTOCLIC.com doit être développée afin de favoriser l'accès à tous les usagers, professionnels, patients ou entourage. Une difficulté est l'actualisation continue des informations, justifiant une structure porteuse soutenue financièrement et compétente sur tous les territoires d'Aquitaine.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

---

- 1- Castera Ph. Réseau addictions Gironde (AGIR 33). *Sociologie Santé* 2008 : 231-9.
- 2- Desaulty-Cluzan L. *Le Délégué Santé Prévention : étude de faisabilité en médecine générale à Bordeaux* [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2007.
- 3- Augere F. *Impact du Délégué Santé Prévention en médecine générale : étude comparative médecins visités versus médecins non visités* [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2010.
- 4- Diaz-Gomez C, Milhet M. *Évaluation des politiques publiques. Repérage précoce, Intervention brève : stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes*. Paris ; OFDT : 2005:220.
- 5- Castera Ph. *Repérage précoce et intervention brève : 5 minutes pour convaincre*. *Addictions* 2008 ; 22 : 10-15.
- 6- Roux J. *Elaboration et expérimentation d'un questionnaire auto-administré motivationnel au sevrage tabagique en soins primaires* [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2012.
- 7- Le Rouzic M. *Formation des professionnels médico-sociaux scolaires de la Gironde au « RPIB jeunes » : impact sur leurs perceptions et attitudes. Etude longitudinale prospective de type « avant/après »* [Thèse Médecine]. Bordeaux, 2014.
- 8- Observatoire régional de la santé (ORS). *Le dispositif d'addictologie aquitain fin 2009, Volet hospitalier, Volet médico-social*. Document réalisé dans le cadre du suivi du Schéma médicosocial d'addictologie aquitain 2009-2014. 2011 : 6-22 [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à [http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04\\_PS\\_Struct\\_sante/405\\_Sect\\_medico\\_social/40506\\_addictologie/ORSA\\_dispositif\\_addictologie.pdf](http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/405_Sect_medico_social/40506_addictologie/ORSA_dispositif_addictologie.pdf)
- 9- « Les dossiers de la DRASS Aquitaine », *Schéma régional médico-social d'addictologie n°59*. 2009 : 34-7 [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à [http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/99\\_publications/02\\_ars/autres\\_publications/medico\\_social/dossier\\_drass\\_n59bis.pdf](http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/99_publications/02_ars/autres_publications/medico_social/dossier_drass_n59bis.pdf)

- 10- Agence Régionale de la Santé (ARS) Aquitaine. Les CSAPA en Aquitaine : nouvelle organisation territoriale des structures en addictologie. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à [http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/06\\_acteurs\\_sante/02\\_actions\\_PPS/12\\_CSAPA/plaquette\\_CSAPA\\_V2.pdf](http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/06_acteurs_sante/02_actions_PPS/12_CSAPA/plaquette_CSAPA_V2.pdf)
- 11- Agence Régionale de la Santé (ARS). Territoires de santé et territoires de proximité. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Territoires-de-sante-et-territ.77816.0.html>
- 12- Beck F, Tovar ML, Spilka S, Guignard R, Richard JB. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010, exploitation des données du Baromètre santé 2010. Tendances n° 76, 2011, 6 p.
- 13- Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. Tendances n°79, 2012, 4 p.
- 14- Spilka S, Le Nézet O. Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2011. Note, mai 2012, 17 p.
- 15- Spilka S, Le Nézet O, Beck F, Ehlinger V, Godeau E. Tabac, alcool et cannabis durant les années collège. Tendances n°80, 2012, 6 p.
- 16- Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2013 : 1-3. [en ligne]. [consulté le 06/08/2014]. Disponible à <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/ttesdrog/2pdf/produits/ttesdrog/conso.pdf>
- 17- RESPADD, réseau de prévention des addictions. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à <http://www.respadd.org/recherche-action/addictologie.html>
- 18- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan d'actions 2013-2015. 2013. 2012, 121p. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à [http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user\\_upload/site-pro/03\\_plan\\_gouv/01\\_plan\\_gouv\\_2013-2017/pdf/plan\\_gouvernemental\\_drogues\\_2013-2017\\_DF.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_DF.pdf)

- 19- Castera Ph. Comment identifier et évaluer la conduite de polyconsommation et ses conséquences au plan médico-psychosocial? Approche spécifique par le médecin généraliste. Haute Autorité de santé (HAS). Alcoologie et Addictologie 2007 ; 29 (4) : 370-7
- 20- Michaud P, Fouilland P, Gremy I, Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. La Revue du praticien Médecine Générale 2003 ; 611 : 605-608.
- 21- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
- 22- Castera Ph, Augere F, Valadié-Jeannel M, Fleury B, Ducos G. Visite de santé publique en médecine générale : étude comparative secteur visité versus non visité. RESP 2013 ; 61 : S211
- 23- Croste E., Gay B., Maurice-Tison S. Médecine générale et Internet: Association difficile? Une enquête auprès de 300 médecins généralistes aquitains. Médecine.2006 : 372-7.
- 24- Aquitaine Europe Communication. Diagnostic 2004 de la société de l'information en Aquitaine. 2004 : 39. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à [http://www.aecom.org/index.php/vous-informer/Publications/Diagnostic\\_AEC/Diagnostic-2004](http://www.aecom.org/index.php/vous-informer/Publications/Diagnostic_AEC/Diagnostic-2004)
- 25- France digital future in focus 2013. Tendances Clés du Digital en France et leur Impact pour l'Avenir. 2013 : 18-9. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à [http://www.iabfrance.com/system/files/comscore\\_2013\\_france\\_digital\\_future\\_in\\_focus.pdf](http://www.iabfrance.com/system/files/comscore_2013_france_digital_future_in_focus.pdf)
- 26- Haute Autorité de Santé (HAS). Le patient internaute. Revue de la littérature. 2007 :24-57.
- 27- AGIR 33 Aquitaine. Rapport d'activité 2013.
- 28- Site internet ADALIS. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à <http://www.drogues-info-service.fr/>

- 29- Site internet de la SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE. [en ligne] [consulté le 06/08/2014].  
Disponible à <http://www.sfalcoologie.asso.fr/>
- 30- Site internet de la Prévention tabagisme et autres addictions. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à <http://www.ofta-asso.fr/>
- 31- Site internet de l'Agence régionale de santé Aquitaine (ARS). [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Internet.aquitaine.0.html>
- 32- Site internet Le guide santé.org. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à <http://www.le-guide-sante.org/>
- 33- Site internet Réseau addictions sud. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à <http://www.reseausanteaddictionsud.org/>
- 34- Haute Autorité de santé (HAS). Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. Saint Denis la Plaine, Juin 2008. 45 p.
- 35- Site internet de US Department of Health and Human Services. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à <http://www.usability.gov>.
- 36- Bangor A., Kortum P., Miller J. An Empirical Evaluation of the System Usability Scale. Intl Journal of Human Computer Interaction 2008; 24(6) : 574-94
- 37- Brooke J. « SUS: a « quick and dirty » usability scale ». In P. W. Jordan, B. Thomas, B.A. Weerdmeester, & A. L. McClelland. Usability Evaluation in Industry. London: Taylor and Francis; 1996 : 189-94
- 38- Touboul P. Recherche qualitative : méthode des Focus Groupes : Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. Département de santé publique du CHU de Nice, 2010. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à [http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf)
- 39- Nielsen J. Why You Only Need to Test with 5 Users. 2000. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à <http://www.nngroup.com/articles/why-you-only-need-to-test-with-5-users/>

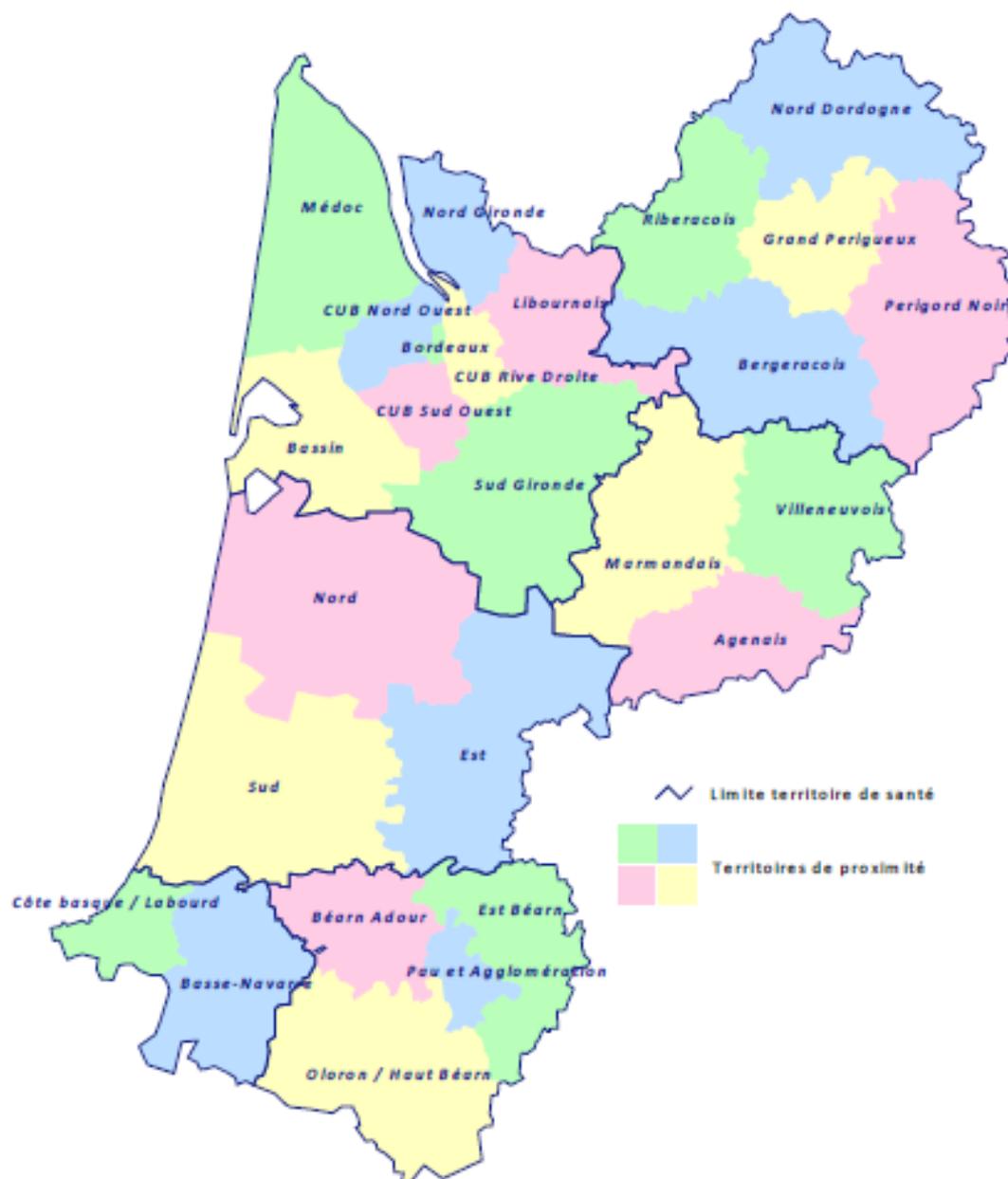
- 40- Moreau A., Dedianne M.C, Letrilliart L. et al. S'approprier la méthode du focus groups. La revue du praticien – médecine générale.2004 ; 18(645) : 382-4
- 41- UPA 2004 conférence. Comparison of Questionnaires for Assessing Website Usability. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. 2004 : 39. Disponible à [http://www.usabilityprofessionals.org/usability\\_resources/conference/2004/UPA-2004-TullisStetson.pdf](http://www.usabilityprofessionals.org/usability_resources/conference/2004/UPA-2004-TullisStetson.pdf)
- 42- Site internet USABILLIS. Ressources en ergonomie. [en ligne] [consulté le 06/08/2014]. Disponible à <http://www.usabilis.com/methode/test-utilisateur.htm>

## 7. ANNEXES

---

### Annexe 1 : Les territoires de santé en Aquitaine

#### Les territoires de santé en Aquitaine



## Annexe 2 : Grille d'entretien pour le focus group de médecins généralistes

Questions principales	Questions complémentaires
<b>1. Dans quelles circonstances êtes-vous amenés à orienter un patient ayant des problèmes d'addiction ?</b>	
	<b>1.1. Pour quelles addictions ?</b> <i>Relance : tabac ? Alcool ? Drogues ? Jeux ?</i>
	<b>1.2. Pour quels publics ?</b> <i>Relance : jeunes ? Femmes enceintes ? Adultes ? Seniors ? Problèmes sociaux ? Problèmes psychiatriques ? Co-addictions ?</i>
	<b>1.3. Pour quels objectifs ?</b> <i>Relance : Sevrage ? Evaluation initiale et mise en place d'un Plan Personnalisé de Santé ? Suivi pluridisciplinaire ?</i>
	<b>1.4. Que pensez-vous du principe d'une consultation de premier accueil, pas forcément médicale, pour évaluer la situation et proposer un Plan Personnalisé de Santé en retour ?</b> <i>Relance : pensez-vous que pour certains patients un simple avis serait suffisant ? Aimerez-vous avoir le PPS même si le suivi est fait dans la structure ressource ?</i>
<b>2. Comment vous y prenez-vous pour orienter un patient vers des ressources en addictologie ?</b>	
	<b>2.1. Avez-vous vos correspondants habituels ?</b> <i>Relance : si oui, pensez-vous qu'ils sont les plus pertinents pour toutes les situations ? Pensez-vous connaître toutes les ressources utiles pour vous et vos patients ?</i>
	<b>2.2. Vous arrive-t-il d'utiliser des sites Web pour trouver les ressources ?</b> <i>Relance : si oui ou si non, pourquoi ? Quels sites ? En êtes-vous satisfaits ? Leurs défauts ? Leurs qualités ?</i>
<b>3. Quels seraient les qualités nécessaires d'un site Web d'accès aux ressources ?</b>	
	<b>3.1. Quelles qualités seraient nécessaires pour avoir l'information en présence du patient ?</b> <i>Relance : nom simple ? Annuaire dès la page d'accueil ? Onglets de sélection des critères dès la page d'accueil ? Réponse rapide sous la forme d'une liste imprimable à donner aux patients ? Une fiche détaillée imprimable pour la ressource choisie ?</i>
	<b>3.2. Pensez-vous plutôt utile d'aller sur le site une fois de temps en temps pour vous constituer votre liste actualisée de ressources ?</b> <i>Relance : si oui ou si non, pourquoi ?</i>
	<b>3.2. Pensez-vous intéressant que le site soit accessible aux patients et à leur entourage ?</b> <i>Relance : si oui ou non pourquoi ?</i>
<b>4. Quelles informations aimeriez-vous trouver sur ce site Web concernant les ressources ?</b>	
	<b>4.1. Quels sont les onglets de sélection indispensables ?</b> <i>Relance : département ? Territoire de proximité ? Produits ? Publics ? jours et heures d'ouvertures ?</i>
	<b>4.2. Pour les ressources, quels détails vous paraissent utiles ?</b> <i>Relance : adresse – téléphone – jours et heures d'ouverture ? Types de professionnels consultants ?</i>
<b>5. Que pensez-vous du nom de site <a href="http://www.addictoclic.com">www.addictoclic.com</a> ?</b>	
	<i>Relance : est-il facile à mémoriser ? Est-il signifiant ? Vous plait-il ?</i>

### Annexe 3 : Grille d'entretien pour le focus group des usagers

Questions principales	Questions complémentaires
<b>1. Comment vous y prenez-vous pour chercher l'adresse d'une consultation d'addictologie ?</b>	
	<i>Relance : Annuaire Pages jaunes ? Bouche à oreille ? Pharmaciens ? Médecin traitant ? Site web ?</i>
<b>2. Qu'attendez-vous d'un site Web pour trouver les ressources en addictologie ?</b>	
	<b>2.1. Quels en sont les avantages ?</b>
	<b>2.2. Quels en sont les inconvénients ?</b>
	<b>2.3. Quelles seraient les qualités nécessaires ?</b>
	<i>Relance : nom simple ? Annuaire dès la page d'accueil ? Onglets de sélection des critères dès la page d'accueil ? Réponse rapide sous la forme d'une liste imprimable à donner aux patients ? Une fiche détaillée imprimable pour la ressource choisie ?</i>
<b>3. Quelles informations aimeriez-vous trouver sur ce site Web concernant les ressources ?</b>	
	<b>3.1. Quels sont les onglets de sélection indispensables ?</b>
	<i>Relance : département ? Territoire de proximité ? Produits ? Publics ? jours et heures d'ouvertures ?</i>
	<b>3.2. Pour les ressources, quels détails vous paraissent utiles ?</b>
	<i>Relance : adresse – téléphone – jours et heures d'ouverture ? Types de professionnels consultants ? Modalités financières – gratuité ? Les moyens d'accès au lieu – un plan ?</i>
<b>4. Que pensez-vous du nom de site <a href="http://www.addictoclic.com">www.addictoclic.com</a> ?</b>	
	<i>Relance : est-il facile à mémoriser ? Est-il signifiant ? Vous plait-il ?</i>

## **Annexe 4 : Grilles de « navigation » et « attitude » test d'utilisabilité.**

Grille d'observation « navigation »	OUI	NON
<b>Utilisation immédiate du clavier</b>		
<b>Hésitation</b>		
<b>Abandon</b>		
<b>Demande d'aide</b>		
Grille d'observation « attitude »		
<b>Visage inexpressif</b>		
<b>Mimiques</b>		
<b>Murmures</b>		
<b>Mots prononcés</b>		

Réalisée sur un échantillon de 5 médecins et 5 patients.

## Annexe 5 : Système Usability Scale (SUS)

### *System Usability Scale*

	Pas du tout d'accord						Tout à fait d'accord
1. Je pense que je vais utiliser ce service fréquemment	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5		
2. Je trouve ce service inutilement complexe	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5		
3. Je pense que ce service est facile à utiliser	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5		
4. Je pense que j'aurai besoin de l'aide d'un technicien pour être capable d'utiliser ce service	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5		
5. J'ai trouvé que les différentes fonctions de ce service ont été bien intégrées	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5		
6. Je pense qu'il y a trop d'incohérence dans ce service.	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5		
7. J'imagine que la plupart des gens serait capable d'apprendre à utiliser ce services très rapidement.	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5		
8. J'ai trouvé ce service très lourd à utiliser.	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5		
9. Je me sentais très en confiance en utilisant ce service.	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5		
10. J'ai besoin d'apprendre beaucoup de choses avant de pouvoir utiliser ce service.	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5		

## **Annexe 6 : Extrait du verbatim du focus group médecins**

**1:** la mise en place d'un traitement substitutif, par ex aux opiacés, je veux bien prendre le relais par la suite mais je préfère une évaluation initiale et les structures c'est là où c'est le plus embêtant parce que la Réole il faut que j'envoie au minimum à Langon et ce n'est pas toujours évident d'avoir les contacts et surtout des rendez-vous rapides.

**2:** Très bien! Quelqu'un d'autre?

**3:** Le souvenir que j'ai c'est en cas de crise pour une personne alcoolique qui avait tout cassé chez lui, il fallait une solution urgente et avoir affaire à un spécialiste

**4:** donc c'était dans un contexte d'urgence?

**5:** Oui, urgence liée à une addiction à l'alcool.

**6:** d'autres expériences? Dans d'autres circonstances?

**7:** orienter? Vers un centre d'addictologie

**8:** pas forcément! C'est à préciser justement.

**9:** alors moi c'est un patient, qui était en sevrage à priori et je soupçonnais un mésusage et il y avait probablement un début d'infection cutanée car le patient s'était injecté le traitement directement. Je ne savais pas trop vers qui m'orienter, je me suis posé la question, et j'ai pensé à bordeaux dans le service du Professeur Auriacombe. Je lui ai dit " bon écoutez, vous avez tel service, je lui ai proposé de l'y envoyer mais c'est tout je ne savais...»

**10:** donc une méconnaissance des ressources... Tu veux dire quelque chose Gérard?

**11:** je pense qu'en médecine générale, quand on suit des gens, quand on suit des patients, qu'on est au sein de la famille, etc... On n'est pas toujours le mieux placé même quand on a les compétences, on n'est pas toujours le mieux placé, ça m'arrive régulièrement de ne pas prendre le patient en charge. Ce sont les internes, quand ils veulent bien le faire qui le font car ce n'est pas toujours évident pour le médecin de famille de mettre en place une structuration particulière d'une consultation d'addictions. Il y a des gens qui viennent pour l'addiction mais je ne suis pas le médecin de famille. Les deux sont souvent difficiles. On y arrive mais ce n'est pas une consultation typique d'addictologie avec les patients dont on est le médecin de famille et quelques fois ça ne marche pas bien sûr. J'ai beaucoup de mal avec mes patients.

**12:** J'ai beaucoup de mal aussi, la relation est faussée, on ne peut pas avoir la même autorité peut être.

**13:** Les objectifs se mélangent. Il y a trop de choses. Par contre les internes font les consultations d'addictologies et ça marche très bien.

**14:** Moi j'ai une patiente, je la fais revenir. Y'a des jours où je la vois pour sa BPCO, pour ses gamins, pour des certificats, et pour le tabac elle revient. On a des consultations dédiées. Je suis d'accord que c'est compliqué mais...

## Serment d'Hippocrate

---

*« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je m'engage à œuvrer de mon mieux pour une médecine de qualité, au service des personnes et de la société. Je promets d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver et de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les confidences qui me seront confiées. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera, et j'œuvrerai pour des soins de santé accessibles à tous. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je respecterai toujours la vie et la dignité humaine.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. J'entretiendrai et perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux les services qui me seront demandés et je contribuerai autant que possible au progrès de la médecine.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai jamais usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*Je tiendrai mes professeurs et tous ceux qui m'ont formé en haute estime pour ce qu'ils m'ont appris. J'entretiendrai des rapports respectueux avec mes confrères. Dans l'adversité, je leur apporterai mon aide, ainsi qu'à leurs familles.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »*



## RESUME

---

**Objectif :** Construction d'un nouveau site web d'information sur les consultations d'addictologie en Aquitaine facilitant l'orientation vers les soins spécialisés et répondant aux besoins des patients et des professionnels de soins primaires aquitains.

**Méthode :** La mise en place d'un comité de pilotage par le promoteur, *AGIR 33 Aquitaine*, a permis de décider du projet et de ses modalités, en novembre 2012. Toutes les étapes de développement du projet ont été construites en fonction des recommandations de l' HAS (2008) et de l'US Department of Health and Human Services. Deux focus group de onze « médecins » et dix « patients », en Juin 2013, ont permis de recueillir les besoins des usagers. La construction de l'architecture du site, en partenariat avec *Télé Santé Aquitaine*, a permis la mise en forme du contenu. Enfin, la lisibilité et de l'utilisabilité du site a été testée auprès de dix utilisateurs, en Février 2014. La mise en ligne, l'élaboration d'une stratégie de diffusion et la mise en place d'une procédure d'actualisation du site ont été les dernières étapes de ce projet.

**Résultats :** Les usagers ont été impliqués dès la conception du site, dans le cadre des focus groupes. Ils ont proposé la liste des informations nécessaires pour chaque structure identifiée et insisté sur la possibilité d'imprimer le résultat de la recherche et l'actualisation en continu des informations. Ils ont approuvé Addictoclic.com comme nom de site. Les tests d'utilisabilité montrent que les usagers sont globalement satisfaits. Ils ont évalué comme positives la simplicité et la rapidité d'accès aux ressources ainsi que la lisibilité. Ils ont demandé des modifications qui ont été mises en place.

**Conclusion :** Addictoclic.com est simple d'utilisation et semble répondre aux besoins des patients et des professionnels de soins primaires. La solidité de la structure porteuse, soutenue par l'ARS, est un gage important pour la pérennité du projet, la communication autour du nom de domaine et l'actualisation permanente des ressources rendant le projet crédible pour un coût raisonnable.

**Discipline :** Médecine Générale

**Mots clés :** Addictions, Annuaire, Aquitaine, Médecine générale.

**U.F.R :** Université de Bordeaux – UFR des Sciences Médicales

## ABSTRACT

---

**Title:** Development of the website [www.addictoclic.com](http://www.addictoclic.com): Action research in general medical practice to facilitate access to resources in addictology in the Aquitaine region.

**Objective:** Construction of a new information website on the consultations of addictology in Aquitaine, aimed at facilitating orientation towards specialized care and meeting the needs of patients and primary care professionals in Aquitaine.

**Method:** The establishment of a steering committee by the sponsor, AGIR33 Aquitaine, helped decide on the project and its terms in November 2012. All stages of project development have been built based on the recommendations of the HAS (2008) and the US Department of Health and Human Services. Two focus groups of eleven "doctors" and ten "patients", in June 2013, have helped to gather information on users' needs. The construction of the site architecture, in partnership with *Télé Santé Aquitaine*, has facilitated the formatting of the content. Finally, the readability and usability of the site was tested on ten users in February 2014. The online release, development of a strategy for dissemination and implementation of an updating procedure of the website were the final stages of this project.

**Results:** The users were involved, starting from the design of the site, as part of focus groups. They submitted a list of necessary information for each identified structure and emphasized the ability to print the results of research and continuous updating of information. They approved Addictoclic.com as the site name. Usability tests have shown that users are generally satisfied. They have assessed as positive the simplicity and speed of access to resources as well as readability. They have asked for changes that have been implemented.

**Conclusion:** Addictoclic.com is easy to use and it seems to meet the needs of patients and primary care professionals. The strength of the supporting structure, supported by ARS, is an important guarantee for the sustainability of the project, communication about the domain name and the continuous updating of resources making the project credible for a reasonable cost.

**Keywords:** Addictions, Directory, Aquitaine, General Medical Practice.