

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 25 juin 2013 à Poitiers
par **Me Elodie Foo Chan Chin**

Représentations et pratiques des médecins généralistes d'un
département,
les Deux-Sèvres, vis-à-vis des addictions

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes

Membres : Monsieur le Professeur Michel Morichau Beauchant
Monsieur le Professeur Paul Menu

Directeur de thèse : Dr Jean du Breuillac

REMERCIEMENTS

Au Professeur Gomes d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse.

Aux membres du jury pour avoir accepté de juger mon travail.

A mon directeur de thèse, pour son aide et sa patience.

A papidou merci d'être toujours là pour moi et de m'avoir soutenue pendant toutes ces années.

A mamie chérie : tu es la meilleure maman du monde.

A ma mémère, qui me fait l'honneur d'être la aujourd'hui.

A mes frères et sœurs : gros feuille, grosnoun, miq et mlle petsek que j'adore.

A Ravi, pour ta présence irremplaçable à mes côtés.

A Sandrine, merci de ton soutien dans les moments faciles et difficiles.

A tous ceux qui ont été à mes côtés depuis mon arrivée en France : tatie fanchon, tonton ali, Stéphane, Stéf, Coco, lauriane...

SOMMAIRE

| | |
|--|------|
| <u>TABLE DES ILLUSTRATIONS</u> | p.7 |
| <u>SIGLES ET ABRÉVIATIONS</u> | p.9 |
| <u>INTRODUCTION</u> | |
| 1. <u>SITUATION ACTUELLE DES ADDICTIONS EN FRANCE</u> | p.10 |
| 2. <u>RISQUES LIÉS AUX CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES ADDICTIVES</u> | |
| 2.a. Le tabac | p.12 |
| 2.b. L'alcool | p.13 |
| 2.c. Le cannabis | p.13 |
| 2.d. Les opiacés | p.14 |
| 3. <u>STATISTIQUES SUR LES CONSOMMATIONS ET L'ÉVOLUTION RÉCENTE</u> | |
| 3.a. Le tabac | p.14 |
| 3.b. L'alcool | p.15 |
| 3.c. Le cannabis | p.17 |
| 3.d. Les opiacés | p.18 |
| 4. <u>STATISTIQUES SUR LES MODES DE PRISE EN CHARGE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES</u> | |
| Étude du Baromètre Santé (BS) 2009 | p.19 |
| 5. <u>DÉMOGRAPHIE DU DÉPARTEMENT DU 79</u> | |
| 5.a. Démographie médicale | p.23 |
| 5.b. Démographie de la population | p.23 |
| 5.c. Les pratiques de consommation de la population locale | p.24 |
| 5.d. Les réseaux d'addictologie dans la région | p.24 |

| | |
|--|------|
| Réseau Alcool 86 | p.24 |
| Réseau ICARES | p.25 |
| Le projet du réseau ICARES | p.25 |
| 6. <u>LE DÉLÉGUÉ SANTÉ PRÉVENTION</u> | |
| 6.a. Missions du DSP | p.27 |
| 6.b. L'expérience bordelaise du délégué santé prévention | p.27 |
| 7. <u>OBJECTIFS DE L'ENQUETE</u> | |
| 7.a. Objectif principal | p.28 |
| 9.b. Objectifs secondaires | p.28 |

MÉTHODE

| | |
|---|------|
| 1. <u>SCHÉMA DE L'ÉTUDE</u> | p.30 |
| 2. <u>POPULATION-CIBLE ET ÉCHANTILLONNAGE</u> | p.30 |
| 3. <u>OUTIL DE RECUEIL</u> | p.30 |
| Le questionnaire | |
| 4. <u>RECUEIL DES DONNÉES</u> | p.31 |
| 5. <u>BASE DE DONNÉES</u> | p.33 |
| 6. <u>TRAITEMENT DES DONNÉES</u> | |
| 6.a. Nettoyage de la base de données | p.33 |
| 6.b. Logiciels utilisés | p.33 |
| 6.c. Analyse statistique | p.34 |
| Objectif principal | p.34 |
| Objectif secondaire 1 | p.34 |

RÉSULTATS

1. OBJECTIF PRINCIPAL : DÉCRIRE LES CARACTÉRISTIQUES, REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES DES MG DU 79 VIS-À-VIS DES ADDICTIONS
 - 1.a. Caractéristiques des MG enquêtés p.36
 - 1.b. Pratiques générales des MG vis-à-vis des addictions p.38
 - 1.c. Représentations des MG vis-à-vis des addictions p.39
 - 1.d. Pratiques des MG vis-à-vis de différentes addictions p.41
 - 1.e. Comparaison des résultats de l'enquête selon le genre p.43
 - 1.f . Facteurs associés au dépistage systématique des addictions p.46
2. OBJECTIF SECONDAIRE 1 : COMPARAISON AU BS 2009 p.50
3. OBJECTIF SECONDAIRE 2 : COMPARAISON DES SUBSTANCES
 - 3.a. Différences entre les substances p.54
 - 3.b. Corrélation entre les substances p.56

DISCUSSION

1. FORCES ET LIMITES DE L'ENQUÊTE
 - 1.a. Biais de sélection p.59
 - 2.b. Biais d'information p.60
 - 2.c. Biais d'analyse p.62
2. FACTEURS DE CONFUSION LORS DE LA COMPARAISON AU BS 2009
 - 2.a. Territoire enquêté différent p.64

| | |
|--|------|
| 2.b. Mode de recueil différent | p.65 |
| 2.c. Trois ans d'écart entre les deux enquêtes | p.66 |
| 3. <u>OBJECTIF PRINCIPAL</u> | |
| 3.a. Dépistage des addictions | p.68 |
| 3.b. Prise en charge des addictions | p.69 |
| 4. <u>COMPARAISON AU BS 2009</u> | |
| 4.a. Dépistage des addictions | p.72 |
| 4.b. Prise en charge des addictions | p.72 |
| 4.c. Conclusion | p.74 |
| 5. <u>COMPARAISON DES SUBSTANCES ENTRE ELLES</u> | |
| 5.a. Différences entre les substances | p.74 |
| 5.b. Corrélation entre les substances | p.77 |
| 6. <u>CONCLUSIONS ET HYPOTHÈSES</u> | p.78 |
| 7. <u>PERSPECTIVES</u> | p.79 |
| <u>REFERENCES</u> | p.80 |
| <u>ANNEXE 1</u> | p.82 |
| <u>ANNEXE 2</u> | p.89 |
| <u>SERMENT</u> | p.91 |
| <u>RESUME</u> | p.92 |

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

- Figures 1 à 6 : Comparaison aux données du Baromètre santé 2009

| | | |
|----------|---|------|
| Figure 1 | M'est-il facile d'aborder le sujet ? | p.50 |
| Figure 2 | Est-ce-que j'aborde le sujet ? | p.50 |
| Figure 3 | Est-ce mon rôle ? | p.51 |
| Figure 4 | Est-ce-que je prends en charge ? | p.51 |
| Figure 5 | Nombre de patients en difficulté avec cannabis/opiacés vus dans les 30 derniers jours | p.52 |
| Figure 6 | Nombre de patients vu pour sevrage tabac/alcool dans les 7 derniers jours | p.52 |

- Figures 7 à 9 : Comparaison des substances entre elles

| | | |
|----------|--------------------------------------|------|
| Figure 7 | M'est-il facile d'aborder le sujet ? | p.53 |
| Figure 8 | Est-ce-que j'aborde le sujet ? | p.54 |
| Figure 9 | Est-ce mon rôle ? | p.54 |

- Figures 10 à 13 : Corrélation entre les substances

| | | |
|-----------|--|------|
| Figure 10 | Facilité à aborder le sujet des addictions | p.55 |
| Figure 11 | Dépistage des diverses addictions | p.56 |
| Figure 12 | Rôle du MG concernant les addictions | p.56 |
| Figure 13 | Prise en charge des addictions | p.57 |

Liste des tableaux

- Tableau 1 Caractéristiques des médecins généralistes p.36
- Tableau 2 Pratiques générales des médecins généralistes vis-à-vis des addictions p.37
- Tableau 3 Représentations des médecins généralistes vis-à-vis des addictions p.38
- Tableau 4 Pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des différentes addictions p.40
- Tableau 5 Comparaison selon le genre p.42
- Tableau 6 Facteurs associés au dépistage systématique des addictions p.45

SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|--------|---|
| BHD | Buprénorphine haut dosage |
| BS | Baromètre santé 2009 |
| CNOM | Conseil national de l'ordre des médecins |
| CSAPA | Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie |
| DSP | Délégué de santé prévention |
| ESPAD | European School Survey on Alcohol and Other Drugs |
| FNORS | Fédération nationale des observatoires régionaux de santé |
| IC | Intervalle de confiance |
| ICARES | Intervenir dans les conduites à risques avec un ensemble de professionnels |
| INSEE | Institut national de la statistique et des études économiques |
| MG | Médecins généralistes |
| OEDT | Observatoire européen des drogues et des toxicomanies |
| OFDT | Observatoire français des drogues et toxicomanies |
| OR | Odds Ratio |
| ORS | Observatoire régional de la santé |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| VHC | Virus de l'hépatite C |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| WONCA | World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners |

INTRODUCTION

1. SITUATION ACTUELLE DES ADDICTIONS EN FRANCE

En France la consommation de substances responsables d'addictions est un problème de santé publique.

Le tabac serait responsable de 60 000 décès annuels. Il est mis en cause dans un tiers des cancers et représente la première étiologie de mortalité et de morbidité évitables (*Gautier. A, 2011, p. 179*). La mortalité et la morbidité évitables sont définies par le Haut Comité de la Santé publique comme étant les décès et pathologies imputables à une cause qui aurait pu être prévenue.

En 2010, le nombre de consommateurs, de 18 à 75 ans, à risque avec l'alcool était évalué à environ 3,8 millions. L'alcool serait responsable de 33 000 décès par an (*Observatoire français des drogues et toxicomanies [OFDT], 2012a*). Les consommateurs à risque, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sont classés en 2 groupes :

- consommateurs à risque ponctuel d'alcoolisation excessive, qui boivent 6 verres ou plus en une occasion mais jamais plus d'une fois par mois ; la consommation hebdomadaire restant inférieure ou égale à 14 verres pour les femmes ou 21 verres pour les hommes.
- consommateurs à risque chronique, qui boivent 15 verres ou plus par semaine pour les femmes ou 22 verres ou plus pour les hommes, et/ou 6 verres ou plus en 1 occasion au moins 1 fois par semaine.

Les usagers problématiques de drogues sont estimés à 230 000 en 2010. Ils sont définis par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) comme étant des usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines. En 2009, il a été retrouvé 365 décès par surdoses de substances illicites et médicaments opiacés détournés et 39 décès par SIDA d'usagers injecteurs (*OFDT, 2012a*).

La consommation de cannabis, première drogue illicite chez les 12-75 ans, est stable en 2011 après une période de baisse entamée en 2002. Chez les adultes de 18 à 64 ans, 32,8 % ont expérimenté le cannabis et 2,1 % sont des fumeurs réguliers (*OFDT, 2012a*). Un fumeur régulier est défini par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), comme étant consommateur de cannabis au moins dix fois dans le mois.

Pour ces raisons, la prise en charge de ces addictions constitue une priorité de santé publique. La mobilisation de tous les professionnels de santé est essentielle afin de repérer les usagers de produits à risque d'addiction précocement et permettre ainsi une prise en charge adaptée avant la survenue des conséquences morbides.

Le médecin généraliste a une position de premier recours dans le système de soins. Selon la définition de la WONCA, « Le médecin généraliste est responsable de fournir des soins complets à toute personne qui en fait la demande, et d'organiser l'accès aux services d'autres professionnels si nécessaire. Il possède les compétences cliniques pour fournir la majorité des soins requis, prenant en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques. Il assume personnellement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins à ses

patients. Il exerce sa profession en fournissant des soins lui-même, ou au travers des services de tierces personnes, selon les besoins du patient et des ressources disponibles au sein de la communauté qu'il sert. »

En France, en 2010, chaque personne, toutes classes d'âges confondues, a consulté en moyenne 4,2 fois un médecin généraliste en consultation ou en visite (*Fédération nationale des observatoires régionaux de santé [FNORS], 2012*). Il est un véritable acteur de santé publique et sa proximité et son accessibilité lui donnent de nombreuses opportunités de poser des questions et ainsi repérer les conduites à risque, notamment les addictions.

2. RISQUES LIÉS AUX CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES ADDICTIVES

2.a. Le tabac

La dépendance au tabac est une véritable maladie chronique et est un problème de santé publique mondial. Ses conséquences sur la santé sont nombreuses :

- Pathologies cardiovasculaires, nombreux cancers dont cancer des voies aérodigestives supérieures, cancer de la vessie..., pathologies respiratoires telles que la broncho-pneumopathie chronique obstructive, complications au cours de la grossesse (grossesse extra-utérine, fausses-couches spontanées, retard de croissance intra-utérin), effets sur le nourrisson (petit poids de naissance, mort subite), diminution de la fertilité et dysfonction érectile.

- Maladies liées au tabagisme passif : infarctus du myocarde, cancer pulmonaire chez l'adulte, augmentation des infections respiratoires basses, otite récidivantes et crises d'asthme chez l'enfant (*Haute autorité de santé [HAS], 2007, p. 6-7*).

2.b. L'alcool

L'abus d'alcool est à l'origine de difficultés médicales (pathologies hépatiques, cancers des voies aéro-digestives, pathologies cardio-vasculaires, pathologies neurologiques), psychologiques (dépression, tentatives de suicide, psychoses alcooliques), et sociales (difficultés scolaires, violence domestique, difficultés conjugales et familiales, violence publique, accidents de la route, difficultés sur le lieu du travail, licenciements multiples, problèmes financiers chroniques, précarité sociale)(*OFDT, 2012b*).

2c. Le cannabis

Les conséquences de la consommation de cannabis peuvent être multiples.

- Risques liés à une consommation aiguë : troubles du comportement (délire, agressivité, ivresse cannabique), accidents de la circulation avec 1,8 fois plus de risques d'être en cause dans un accident mortel chez les conducteurs sous influence de cannabis (*Binder. P, 2013*)
- Risques d'une consommation régulière : atteintes somatiques (respiratoires, cardiovasculaires, immunitaires, cancer), atteintes psychologiques (difficultés scolaires, perte de motivation, désinvestissement relationnel et, à long terme, isolement social), troubles psychiatriques (syndromes d'anxiété et de

dépression, bouffées délirantes, susceptibilité à révéler et/ou aggraver des symptômes psychotiques comme la schizophrénie sur des terrains prédisposés), difficultés sociales (désinsertion sociale et scolaire, risques liés aux contact avec des circuits illicites pour obtenir le produit) (*Binder. P, 2013*).

2d. Les opiacés

La consommation d'opiacés entraîne des risques bio-psycho-sociaux (comorbidités virales (VIH, VHB, VHC), précarité, exclusions sociales).

L'héroïne est un opiacé qui est soit injecté par voie intraveineuse, prise (« sniffée ») ou fumée par ses utilisateurs. Sa consommation entraîne rapidement une dépendance chez l'utilisateur, qui est conduit à augmenter la quantité et la fréquence de sa consommation afin d'éviter tout état de manque. Cela conduit souvent à une marginalisation sociale car l'utilisateur n'a plus qu'un objectif : se procurer le produit.

Même si le niveau d'expérimentation de l'héroïne dans la population générale française est faible, il est important de savoir que ces usagers s'exposent à de nombreux risques, dont le plus grave est le surdosage à l'origine d'une dépression respiratoire souvent fatale (*OFDT, 2012c*).

3. STATISTIQUES SUR LES CONSOMMATIONS ET L'ÉVOLUTION RÉCENTE

3.a Le tabac

Le tabagisme est la première cause de mortalité prématurée évitable. La mortalité prématurée concerne les décès survenant avant 65 ans. En France 60 000 décès par an sont attribuables au tabac (*Gautier. A, 2011, p. 179*).

L'OMS a recommandé une baisse du taux de fumeurs sous le seuil de 20 %. Avec ses 30 % de fumeurs actuels de 18 à 75 ans et 31,5 % d'adolescents de 17ans, la France n'a pas atteint cet objectif (*OFDT, 2012a*)

On constate même une hausse de la consommation de tabac chez les adolescents de 17 ans de 10 % entre 2008 et 2011. Le tabagisme concerne dans cette population 32,7 % d'hommes et 30,2 % de femmes (*OFDT, 2012a*).

Chez les adultes de 17 à 75 ans, on constate également une hausse de la consommation de 28 à 30 % entre 2005 et 2010, avec une augmentation plus importante chez les femmes que chez les hommes. Cela est à l'origine d'une détérioration de l'état de santé des femmes avec une croissance continue de la mortalité féminine liée au tabac, alors que la situation masculine s'améliore avec notamment une baisse de la mortalité masculine par cancer pulmonaire (*OFDT, 2012a*).

3b. L'alcool

La consommation d'alcool en France a fortement diminué avec une baisse estimée à 22 % entre 1990 et 2010. Au début des années 1960, celle-ci était très largement supérieure à celle observée dans les autres pays européens. Suite à la baisse de consommation observée, elle ne constitue plus une exception même si la France

conserve un des plus forts niveaux de consommation d'alcool au monde (*OFDT, 2012a*).

La quantité d'alcool pur consommée par jour et par habitant de 15 ans ou plus en 2010 correspond en moyenne à 2,6 verres « standard » ou unité standard d'alcool (1 verre standard contenant environ 10 g d'alcool pur). Cependant il faut tenir compte du fait que cette moyenne comprend des personnes ne buvant pas du tout d'alcool ou très peu et d'autres consommant des quantités beaucoup plus élevées et à risque. (*OFDT, 2011*)

Le nombre de consommateurs à risque de 18-75 ans est estimé à 3,8 millions. Chez les adolescents de 17 ans, la consommation régulière d'alcool est à la hausse (10,5 % en 2011 *versus* 8,9 % en 2008) après une période discontinue de baisse depuis 2003. Elle concerne principalement les garçons (15,2 % *versus* 5,6 %). Les ivresses répétées sont également en augmentation dans cette population (27,8 % en 2008 *versus* 25,6 % en 2005). Chez les 18-75 ans, 19,9 % sont des consommateurs réguliers dont 29,5 % sont des hommes et 10,6 % des femmes. Les ivresses répétées sont moins fréquentes et évaluées à 8 % dont 12,9 % chez les hommes et 3,3 % chez les femmes (*OFDT, 2012a*).

Les enquêtes montrent ainsi que les hommes boivent des quantités d'alcool plus importantes que les femmes. Entre 25 et 64 ans, près d'un homme sur deux est consommateur à risque. Plus d'un homme sur dix présente un risque chronique d'alcoolisation excessive et environ trois hommes sur dix sont des consommateurs à risque ponctuel (*Com-Ruelle, L., Dourgnon, P., Jusot, F., Lengagne, P., 2008*).

En France la surmortalité masculine liée à l'alcool est de 30 % supérieure à la moyenne européenne. Les conséquences de cette consommation nocive et à risque sont préoccupantes car à l'origine de 33 000 décès annuels. La consommation excessive d'alcool était, en moyenne, à l'origine de 14 % des décès chez les hommes et 3 % chez les femmes en 2000 (*Gautier. A, 2011, p. 179*).

3c. Le cannabis

En France, en 2010, 32,8 % des adultes de 18 à 64 ans ont expérimenté l'usage du cannabis et la consommation régulière concernait 3,1% des adultes, chiffres stables entre 2005 et 2010. Chez les jeunes de 17 ans, 41,5 % ont expérimenté le cannabis, chiffre également stable entre 2008 et 2011, après une période de baisse entamée en 2002. Quant à l'usage régulier de cannabis dans cette population, on note une décroissance entre 2008 et 2001 avec des chiffres passant de 7,3 % à 6,5 % (*OFDT, 2012a*).

Sur le plan européen, la France se distingue nettement des autres pays en étant le seul pays avec un taux supérieur à 15 % d'usagers chez les jeunes de 16 ans selon l'enquête scolaire ESPAD de 2011 (*Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L., 2011*) .

Il est donc important de dépister les usagers de cannabis de manière à leur proposer une prise en charge adaptée d'autant plus que ceux-ci sont souvent jeunes et que la précocité et la répétition des prises contribuent à perturber les acquisitions des apprentissages à l'adolescence (*Binder. P, 2013*).

3d. Les opiacés

En France, en 2011, on notait une proportion de 0,9 % des jeunes de 17 ans ayant expérimenté l'héroïne. Chez les 18-64 ans ce chiffre était estimé à 1,2 % en 2010 (soit 540 000 personnes) (*OFDT, 2012a*)

En 2009, le nombre de décès par surdoses de substances illicites et médicaments opiacés détournés était estimé à 365. Le mode de consommation par injection expose, d'autre part, à des infections locales en l'absence de règles d'hygiène strictes et la mise en commun du matériel d'injection expose au risque de contamination par le VIH et l'hépatite C. Parmi les usagers de drogues injecteurs, la prévalence du VIH est de 7,2 % et celle du VHC est de 36,4 % à 47 % en 2010. Trente-neuf décès par SIDA ont été notés chez les usagers de drogues par voie intraveineuse en 2009 (*OFDT, 2012a*).

4. STATISTIQUES SUR LES MODES DE PRISE EN CHARGE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

La prise en charge des addictions par les MG a beaucoup évolué ces 20 dernières années concernant la consommation de substances à l'origine d'addictions. Désormais, les médecins ont la possibilité de s'inscrire au diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC), de nombreux diplômes universitaires (DU) et capacités en addictologie. Cependant, on constate que l'implication des MG est encore très variable selon les substances responsables d'addictions.

Étude du Baromètre Santé (BS) 2009

L'échantillon du BS a été randomisé dans les fichiers de la société Cegedim®, éditeur de logiciels médicaux, et les MG ont été contactés par téléphone par l'institut de sondages GfK-ISL, du 6 novembre 2008 au 31 janvier 2009. Le nombre de MG ayant répondu est de 2083, soit environ un médecin sur trente exerçant une activité libérale en France métropolitaine. L'enquête nationale Baromètre Santé est une étude réalisée tous les 5 à 6 ans.

- **Le tabac**

Plus de la moitié des MG (63,2 %) déclarent aborder au moins une fois la question du tabac avec tous ses patients. Les facteurs significativement liés au dépistage systématique sont le sexe féminin (70,7 % *versus* 59,9 %), un âge inférieur ou égal à 40 ans (73,9 % *versus* 66 % entre 41 et 50 ans et 58,7 % pour les plus de 50 ans), la familiarité avec un réseau d'addictologie (75,5 % *versus* 62,2 %), la facilité à aborder le sujet (64,3 % *versus* 54,5 %) et le fait de considérer qu'il s'agit de tout à fait son rôle (65,4 % *versus* 53,4 %).

Plus de deux tiers (68,6 %) des MG voient au moins un patient par semaine pour sevrage tabagique.

Ils sont 17,4 % à en voir au moins 3 par semaine, chiffre ayant quasiment doublé en dix ans (9,7 % en 1998). Ceux sont, significativement, plus fréquemment des MG de plus de 40 ans (37,4 % *versus* 10,1 %), travaillant dans un cabinet individuel (19,3 % *versus* 15,6 %) et qui effectuent le dépistage systématique (19,8 % *versus* 13,3 %).

De manière générale, quasiment tous les MG prennent en charge leurs patients dans le cadre du sevrage tabagique. Seul 5,5 % adresse à une structure ou un confrère.

- **L'alcool**

La majorité des MG (72,7 %) déclare aborder le sujet uniquement avec certains patients "jugés à risque". Le dépistage au moins une fois chez tous les patients est effectué par environ un quart des MG (23 %) et est, significativement, plus fréquent parmi les médecins de sexe féminin (30 % *versus* 19,9 %), ceux qui trouvent l'abord du sujet facile (27,5 % *versus* 16,2 %) et ceux qui considèrent que c'est tout à fait leur rôle (26,4 % *versus* 12,8 %).

La moitié des MG (51,6 %) ont vu au moins un patient dans la semaine pour sevrage thérapeutique en alcool. Ce sont plus fréquemment les MG de plus de 50 ans (53,7 % *versus* 51 % entre 41 et 50 ans et 45,3 % avant 40 ans), ceux qui abordent facilement la question (54,4 % *versus* 47,4 %), ceux qui ont le sentiment qu'il s'agit de tout à fait son rôle (54,3 % *versus* 43,6 %) et ceux qui effectue un dépistage systématique (56,6 % *versus* 50,1 %). En revanche il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe et du mode d'exercice en cabinet individuel ou en groupe.

La majorité des MG (76,6 %) prennent leurs patients en charge seul ou en liaison avec une structure. Environ un quart des MG (23,3 %) les adresse directement à un confrère ou une structure. Ceux qui s'en occupent seul sont, significativement, plus fréquemment des hommes que des femmes (19,2 % *versus* 11,8 %).

- **Le cannabis**

En 2009, 40,7 % des MG ne voient aucun patient pour un mésusage de cannabis et ils sont un peu plus d'un tiers (36,2 %) déclarant voir au moins un patient par mois pour ce problème. Le fait d'exercer en cabinet de groupe est associé à un taux plus élevé de MG déclarant suivre au moins un usager par mois (65,4 % *versus* 52,8 %).

Seul 4,6 % voient au moins cinq patients par mois. Ceux qui abordent facilement le sujet et ceux qui considèrent que ça fait tout à partie de leur rôle voient, significativement, un plus grand nombre de patients pour ce problème (64,6 % *versus* 53,7 % et 64,9 % *versus* 51,9 % respectivement).

Environ deux tiers des MG (66,5 %) abordent la question avec leurs patients 'jugés à risque' et un quart (25,7 %) ne le font jamais ou uniquement à la demande du patient.

Seul 7,8 % d'entre eux effectuent un dépistage systématique. Le sexe féminin (10 % *versus* 6,8 %), un âge supérieur à 50 ans (9,4 % *versus* 5,9 % de 41 à 50 ans et 5,7 % pour les moins de 40 ans), le fait d'appartenir à un réseau d'addictologie (18,4 % *versus* 7 %), la facilité à aborder le sujet (10,1 % *versus* 4,9 %) et la perception qu'il s'agit tout à fait de leur rôle (10,8 % *versus* 3,7 %) sont significativement associés au fait d'effectuer un dépistage systématique.

Concernant la prise en charge des usagers de cannabis 27,7 % des MG le font seul, 34 % en liaison avec une structure et 38,3 % orientent vers un confrère ou une structure. Les hommes les prennent plus fréquemment en charge seuls que les femmes de manière significative (30,3 % *versus* 21,8 %).

En termes d'opinions sur les drogues illicites, seul 8 % des MG pensent qu'il faut mettre le cannabis en vente libre versus 17,4 % en 2003 et 19,8 % pensent qu'il est normal de l'essayer au moins une fois dans sa vie. Seul 3,5 % d'entre eux pensent que la consommation de cannabis ne constitue pas un risque important pour la santé *versus* 17,5 % en 2003.

- **Les opiacés**

En 2009, 35,7 % des MG déclarent ne voir aucun patient dépendant aux opiacés. Ils sont 49,2 % à en voir au moins un par mois démontrant ainsi une augmentation par rapport à 2003 où ils n'étaient que 34,1 %.

Le sexe masculin (52,6 % *versus* 41,4 %), la facilité à aborder la question avec ses patients (53,3 % *versus* 45 %) et l'exercice en cabinet de groupe (54 % *versus* 44,1 %) s'associent à un taux significativement plus élevé de MG suivant au moins un patient dépendant par mois.

La majorité des MG (61,4 %) ne prennent pas en charge les usagés d'opiacés ou autres drogues illicites et l'adresse à un confrère ou une structure. Seule une minorité d'entre eux (6,8 %) prennent en charge seul leurs patients usagers de drogues illicites. Les autres le font en association avec une structure.

Les hommes sont plus nombreux à prendre en charge seuls leurs patients (8,2 % *versus* 3,7 %). Les femmes adressent plus fréquemment leurs patients à un confrère ou une structure (66,1 % *versus* 59,3 %).

- **Participation à des réseaux de santé**

La participation des MG aux réseaux de santé est minoritaire car seul 5,3 % d'entre eux font partie d'un réseau sur la toxicomanie ou les addictions au sens large et 2,3 % sont impliqués dans un réseau sur l'alcool.

5. DÉMOGRAPHIE DU DÉPARTEMENT DU 79

5a. Démographie médicale

Le département des Deux-Sèvres comportait au 1^{er} juin 2011 un effectif de 498 MG dont 37,5 % de femmes. Cinquante-deux virgule trois pourcents des MG exercent en libéral, 37,2 % ont une activité salariée et 10,5 % ont une activité mixte (*Conseil national de l'ordre des médecins [CNOM], 2011, p. 16-20*).

5b. Démographie de la population

Le département des Deux-Sèvres comprend 305 communes avec une population municipale évaluée à 369 270 habitants (*INSEE, 2012, p. 79-1 à 79-9*).

5c. Les pratiques de consommation de la population locale

Les niveaux d'usage de substances psychoactives dans la région Poitou-Charentes sont comparables aux consommations observées au niveau national.

Cependant des différences ont été observées par rapport au BS Poitou-Charentes de 2000 avec une diminution du nombre de consommateurs quotidiens d'alcool chez les 15-75 ans à 13,1 % en 2010 alors qu'elle était évaluée à 21,6 % en 2000. À contrario on note une augmentation du pourcentage d'ivresses répétées dans cette même population de 4,5 % en 2000 à 7,6 % en 2010 (*Observatoire régional de la santé Poitou-Charentes [ORS], 2012*).

La prévalence du tabagisme régulier en 2010 (25,8 % chez le 15-75 ans) n'a pas évolué significativement entre les deux études (*ORS, 2012*)

L'expérimentation du cannabis a fortement augmenté passant de 19,7 % à 30,1%. La consommation dans le mois est en revanche deux fois moins importante passant de 4,3 % à 2 % (*ORS, 2012*)

Les niveaux de consommation des autres drogues dont les opiacés ont quant à eux augmenté qu'il s'agisse de l'expérimentation ou de l'utilisation dans l'année (3,6 % à 9,2 % et 0,3 % à 1,8 % respectivement) (*ORS, 2012*)

5d. Les réseaux d'addictologie

- **Réseau alcool 86**

Le réseau alcool 86 regroupe l'ensemble des professionnels et associations d'usagers concernés par le problème alcool.

Un des objectifs du réseau est d'aider les professionnels de santé faisant appel à lui à repérer les mésusages de consommation d'alcool, orienter les patients et améliorer en qualité et en efficacité la prise en charge actuelle des patients.

- **Réseau ICARES (Intervenir dans les conduites à risques avec un ensemble de professionnels)**

Le réseau ICARES est un réseau départemental dans un département limitrophe du 79. Son objectif est d'établir une amélioration de l'accès, du suivi et de la qualité des soins des personnes souffrant d'une conduite addictive liée à l'alcool ou aux drogues illicites et nécessitant une prise en charge sur l'ensemble du département .

- **Le projet du réseau ICARES**

L'objectif du réseau est d'améliorer, en soins primaires, la santé globale des patients vivant une addiction. Cependant il existe de nombreux freins à leur amélioration. Certains relèvent du patient et d'autres du médecin. L'accueil des patients vivant une addiction est très variable selon les MG allant du dépistage systématique à l'évitement permanent (*Données du réseau ICARES*). Ainsi le manque de repérage systématique des consommations problématiques d'alcool en médecine générale est le « maillon faible » de la prévention (Cour des comptes française [CDC], 2003).

D'après le Baromètre santé de 2009 on constate :

1. Un investissement croissant des médecins généralistes dans le sevrage tabagique.
2. Une rareté de la prise en charge des malades alcooliques par les médecins généralistes seuls.
3. Une modification de l'opinion des médecins généralistes envers le Cannabis dans le sens d'une moindre banalisation de ce type de consommation ce qui est cohérent avec l'évolution de l'opinion publique (*Costes, J.-M., Laffiteau, C., Le Nézet, O., Stilka, S., 2010*).
4. Une augmentation de leur investissement dans la prise en charge des toxicomanies opiacées depuis la mise à disposition de la BHD.

Les données concernant la prise en charge des addictions, en particulier les pratiques de dépistage et de prise en charge, par les médecins généralistes du département du 79 ne sont pas connues. Aucune enquête départementale n'a été effectuée à ce jour dans les Deux-Sèvres.

Dans ce cadre, le réseau régional addiction a embauché un délégué de santé prévention (DSP) dont la mission est de rencontrer l'ensemble des MG des Deux-Sèvres afin de faire un état des lieux de leurs pratiques et les inviter à un ou des temps de formation dont l'objectif final est d'améliorer la prise en charge de ces patients en médecine de ville (*Donnée du réseau ICARES*). Ce type d'intervention a été recommandé en particulier par Diaz Gomez C., (2005) afin d'inciter les médecins à se former (*Diaz Gomez C., Milhet M., 2005*).

6. LE DÉLÉGUÉ SANTÉ PRÉVENTION

6.a. Missions du DSP

Le DSP évalue les besoins, les motivations, les connaissances, les pratiques des MG en matière d'addiction (leurs représentations, opinions, connaissances et pratiques) et leurs propres correspondants ressources ainsi que leur travail en réseau.

Il transmet des informations adaptées aux besoins et aux motivations des MG, les informe sur le réseau et distribue les outils utiles (référentiels, plaquettes, annuaires, formations à venir, documents de l'INPES fournis par le réseau...), fait du lien entre les ressources du territoire visité (CSAPA et autres) et les MG afin de faciliter la coordination de soins de leurs patients.

Il favorise l'intégration des MG dans le réseau et leur propose des services offerts par le réseau. Il favorise les échanges entre les professionnels, le Réseau et les structures.

6.b. L'expérience Bordelaise du DSP

Une enquête de 2009 a été réalisée par une équipe Bordelaise afin de comparer les connaissances des MG de la communauté urbaine de Bordeaux, du Médoc et de la Haute Gironde, sur les thèmes développés lors des visites du DSP, à ceux du territoire libournais, non visités par le DSP.

Les résultats de l'enquête ont ainsi démontré que les médecins visités par le DSP disposent de meilleures connaissances que ceux non visités portant sur :

- Les réseaux, leurs fonctionnements et leurs actions ;
- Les personnes et établissements spécialisés dans la prise en charge des addictions ;
- Les actions menées localement dans le domaine des addictions ;
- Les formations proposées sur les addictions (*Augere.F, 2010*).

Une action du DSP paraît donc susceptible d'améliorer les connaissances des MG sur le thème des addictions.

7. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

7.a. Objectif principal

L'objectif principal de notre enquête est de décrire les pratiques et représentations de l'ensemble des MG du 79, vis-à-vis des addictions.

7.b. Objectifs secondaires

- Le premier objectif secondaire est de comparer les pratiques des MG du 79 aux pratiques globales national. Il s'agit de voir s'il existe des différences de prise en charge spécifiques aux médecins du territoire du 79.
- Le deuxième objectif secondaire est de comparer entre elles les attitudes des médecins vis-à-vis des diverses addictions. Ce type d'analyse est susceptible

d'aider à mieux comprendre les logiques de prise en charge des addictions par les MG.

Le BS 2009 a été pris comme modèle de comparaison pour cette étude car il s'agit d'un ouvrage de référence, celui-ci fournissant un état des lieux sur l'activité quotidienne, l'état de l'opinion, des attitudes et des pratiques déclarées des MG exerçant une activité libérale en France à un moment donné et leur évolution dans le temps. En effet l'enquête BS 2009 a été menée à intervalles réguliers depuis 1992, et le BS 2009 correspond à la sixième édition de l'enquête auprès d'un échantillon aléatoire de 2 083 professionnels de santé.

L'étude a donc été réalisée afin de recueillir, auprès de l'ensemble des médecins généralistes des Deux-Sèvres, un état des lieux sur leurs représentations, leurs pratiques et leurs possibilités de changement vis-à-vis des addictions.

MÉTHODE

1. SCHÉMA DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une enquête observationnelle déclarative, par questionnaire en face à face, à visée descriptive auprès des médecins généralistes d'un département, les Deux-Sèvres, durant la période du 1^{er} Novembre 2011 au 22 Décembre 2012.

2. POPULATION-CIBLE ET ÉCHANTILLONNAGE

La population cible est représentée par tous les MG du département des Deux-Sèvres, soit 235 médecins.

La liste des MG a été obtenue dans l'annuaire professionnel du 79. L'échantillon final est constitué de toute la population-cible, à l'exception de deux médecins, qui ont refusé de participer.

3. OUTIL DE RECUEIL

Le questionnaire (cf. ANNEXE 1)

Un questionnaire a été élaboré par le réseau ICARES afin d'obtenir l'ensemble des données nécessaires à l'étude. Celui-ci est composée de en cinq grandes parties de façon à faciliter son intégration et son utilisation par le DSP.

- Six questions portant sur les caractéristiques personnelles et l'exercice professionnel des MG dont le genre.
- Sept questions concernant essentiellement l'accueil du DSP par les MG et la présence ou absence de messages de prévention dans leur salle d'attente. Les données concernant le DSP n'ont pas été exploitées dans ce travail, celles-ci ne faisant pas partie des objectifs de cette thèse. Elles feront l'objet d'un rapport spécifique dédié à la mise en place du DSP.
- Trois questions reprenant les perceptions des MG sur les addictions et le fait de pratiquer le dépistage des addictions ou non.
- Cinq questions sur les pratiques des médecins en addictologie.
- Neuf questions sur l'intérêt que portent les MG aux problèmes des addictions.

Les questions portant sur les pratiques et représentations ont été formulées identiquement à celles proposées dans le BS 2009, et les réponses codées de la même manière, pour assurer la comparabilité des données.

4. RECUEIL DES DONNÉES

La passation du questionnaire et le recueil des données ont été réalisés par le DSP lors d'un entretien en face à face avec les médecins.

Dans un premier temps, un courrier a été envoyé aux MG du 79. Celui-ci avait pour objectif de présenter le DSP et l'objet de sa visite afin de faciliter la prise de rendez-vous ultérieure, ainsi que de favoriser son accueil au sein des cabinets.

À la suite de ce courrier, le DSP appelait le cabinet pour convenir d'un rendez-vous en fonction des disponibilités du médecin.

Le DSP abordait alors les différentes questions du questionnaire, sans ordre défini, au gré de l'évolution de l'entretien. Ceci était fait afin de favoriser une discussion ouverte avec le médecin et ainsi éviter le mode question-réponse et, ce faisant, l'impression de juger la pratique de celui-ci.

Si durant l'entretien le DSP n'arrivait pas à répondre à une question posée par le médecin ou si le médecin souhaitait transmettre une question au réseau, le DSP s'en référait dans un deuxième temps à un médecin du réseau formé en addictologie afin d'obtenir les réponses et ensuite les communiquer au médecin en question.

Ce n'est qu'une fois l'entretien terminé que le DSP remplissait le questionnaire avec toutes les données recueillies, en dehors de la présence du médecin, sur fichier Excel.

Le recueil des données auprès des 16 derniers MG a été obtenu par voie postale ou courriel. En effet, pour ces derniers médecins, la visite du DSP n'a pu avoir lieu, le DSP ayant dû démissionner pour raisons personnelles avant la fin de sa mission.

Dans ces cas-là, les MG étaient contactés par téléphone par l'auteur du présent document avec l'accord du directeur du réseau ICARES, afin de leur présenter l'objet de cette étude, puis un courrier contenant le questionnaire modifié (suppression des questions concernant l'accueil du DSP au cabinet) ainsi qu'une enveloppe timbrée leur a été envoyée.

Pour ceux qui n'avaient pas répondu au bout de 3 semaines, une relance par nouveau contact téléphonique était pratiquée et un courriel contenant le questionnaire leur était ré-adressé par e-mail.

5. BASE DE DONNÉES

La base de données est constituée des réponses de 233 MG du 79 dont 168 hommes et 65 femmes.

6. TRAITEMENT DES DONNÉES

6a. Nettoyage de la base de données

Tous les questionnaires ont été exploités après anonymisation de la base de données.

Sur les 11 184 réponses attendues, 530 réponses n'ont pas été obtenues. Cela équivaut à 4.74% de données manquantes dans l'étude.

Concernant la question 12 (« présence de documents sur les addictions : (a) aucun, (b) tabac, (c) alcool, (d) autres »), suite à une erreur de codage des réponses lors du recueil des données, il n'a pas été possible d'analyser l'ensemble des réponses et celles-ci ont donc été regroupées en deux catégories «présence» ou «absence de documents».

6b. Logiciels utilisés

Les données ont été recueillies sur fichier EXCEL.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel TANAGRA. TANAGRA est un logiciel de statistique gratuit, disponible en ligne, réalisé par un enseignant

universitaire de biostatistiques (Université Lumière de Lyon). TANAGRA est destiné à l'enseignement et à la recherche universitaire et librement utilisable à ces fins.

6c. Analyse statistique

Objectif principal

Il s'agit de statistiques descriptives, puis bivariées entre variables d'intérêt et variables explicatives putatives avec utilisation du test du chi-deux (utilisation de la correction de Yates si un effectif théorique est inférieur à 5 et au moins égal à 3, test exact de Fisher si besoin). Les intervalles de confiance sont déterminés grâce à la méthode de Wilson avec correction de continuité.

Une analyse multivariée pour rechercher des facteurs associés au dépistage systématique des addictions a été réalisée pour chaque substance étudiée, en utilisant un modèle de régression logistique. Les facteurs inclus dans le modèle sont les mêmes que ceux pris en compte dans le BS 2009, auquel la variable « formation faite ou non » a été ajoutée.

Objectif secondaire 1 : comparaison aux données du BS 2009 par test du chi-deux.

Objectif secondaire 2 : comparaison des substances entre elles.

Les questions « est-il facile d'aborder le sujet », « je pose la question », « est-ce mon rôle » et « je prends en charge » ont été posées identiquement pour les quatre substances étudiées (tabac, alcool, cannabis, opiacés).

Dans un premier temps, les distributions de réponses pour chacune de ces quatre questions ont été comparées par test du Chi-deux. Ce test permet de tester l'homogénéité des distributions de réponses pour les 6 paires de substances possibles et ainsi de tester l'hypothèse d'une égalité du positionnement vis-à-vis des quatre substances. Chaque médecin généraliste ayant répondu pour chacune des substances, les données sont appariées. Le test de Mac Nemar, variante du test du Chi-deux pour données appariées, a donc été utilisé. L'appariement des données augmente la puissance de l'analyse statistique.

Dans un deuxième temps, une corrélation entre substances a été recherchée par calcul du Tau b de Kendall. Le Tau b de Kendall est un coefficient calculable pour les variables continues et catégorielles ordinales d'interprétation comparable à celle d'un coefficient de corrélation. Le Tau b de Kendall est aussi un test non paramétrique de liaison entre variables. Les trois premières variables testées sont des variables ordinales. La dernière variable « je prends en charge » est une variable qualitative catégorielle. En regroupant les catégories « j'adresse à un spécialiste » et « j'adresse à un confrère », les réponses des sujets étaient alors codées en trois catégories « j'adresse », « je fais en lien », « je fais seul ». Il était alors possible de considérer la variable ainsi recodée comme une variable ordinale mesurant le niveau d'implication personnelle du MG dans la prise en charge.

Le risque α pour les tests était fixé à 5 %.

RESULTATS

Du 1^{er} Novembre 2011 au 22 décembre 2012, 233 questionnaires ont été recueillis auprès des MG du 79. Tous les questionnaires ont été exploités.

1. Objectif principal : décrire les caractéristiques, représentations et pratiques des MG du 79 vis-à-vis des addictions

1.a. Caractéristiques des MG enquêtés

Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le **Tableau 1** suivant.

| | N | Pourcentages (effectifs) |
|--|-----|--------------------------|
| Accepte ses patients sans rendez-vous | | |
| <i>oui</i> | 233 | 12,0 % (28) |
| <i>non</i> | | 88,0 % (205) |
| A un secrétariat | | |
| <i>sur place</i> | 233 | 71,7 % (167) |
| <i>à distance</i> | | 9,4 % (22) |
| <i>non</i> | | 18,9 % (44) |
| Âge | | |
| <i>≤ 40ans</i> | 228 | 16,7 % (38) |
| <i>41-50ans</i> | | 27,6 % (63) |
| <i>>50ans</i> | | 55,7 % (127) |
| Genre | | |
| <i>hommes</i> | 233 | 72,1 % (168) |
| <i>femmes</i> | | 27,9 % (65) |
| Orientation | | |
| <i>homéopathie</i> | 232 | 11,6 % (27) |
| <i>acupuncture</i> | | 2,2 % (5) |
| <i>autre ou sans</i> | | 86,2 % (200) |
| Nombre de médecins dans le cabinet | | |
| <i>1</i> | 197 | 30,5 % (60) |
| <i>2</i> | | 25,9 % (51) |
| <i>3 ou 4</i> | | 37,1 % (73) |
| <i>>5</i> | | 6,6 % (13) |

Tableau 1. Caractéristiques des médecins généralistes.

N est le nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles.

L'échantillon est constitué d'une majorité d'hommes de plus de 50 ans exerçant en cabinets de groupe.

1.b. Pratiques générales des MG vis-à-vis des addictions

Le **Tableau 2** suivant donne les caractéristiques générales des pratiques des MG vis-à-vis des addictions.

| | N | Pourcentages (effectifs) | IC à 95% |
|---|-----|--------------------------|---------------|
| Message de prévention en salle d'accueil | | | |
| <i>présence</i> | 231 | 76,6 % (177) | [70,5 ; 81,8] |
| <i>aucun</i> | | 23,4 % (54) | [18,2 ; 29,5] |
| Documents sur les addictions | | | |
| <i>aucun</i> | 233 | 38,6 % (90) | [32,4 ; 45,2] |
| <i>oui</i> | | 61,4 % (143) | [54,8 ; 67,6] |
| Pratique le conseil minimal | | | |
| <i>oui</i> | 227 | 69,2 % (157) | [62,6 ; 75,0] |
| <i>jamais/rarement</i> | | 11,5 % (26) | [7,8 ; 16,5] |
| <i>ignore signification</i> | | 19,4 % (44) | [14,6 ; 25,3] |
| Note la situation du patient dans le dossier | | | |
| <i>toujours</i> | 229 | 68,6 % (157) | [62,1 ; 74,4] |
| <i>souvent</i> | | 27,9 % (64) | [22,3 ; 34,3] |
| <i>rarement / jamais</i> | | 3,5 % (8) | [1,6 ; 7,0] |
| Adresses du dispositif spécialisé connues | | | |
| <i>aucune</i> | 230 | 0,9 % (2) | [0,2 ; 3,41] |
| <i>1 ou 2</i> | | 20,4 % (47) | [15,5 ; 26,3] |
| <i>plusieurs</i> | | 78,7 % (181) | [72,7 ; 83,7] |
| Participation à une formation | | | |
| <i>oui</i> | 227 | 37,0 % (84) | [30,8 ; 43,7] |
| <i>non</i> | | 63,0 % (143) | [56,3 ; 69,2] |
| Intéressé à venir à une formation | | | |
| <i>oui</i> | 229 | 66,4 % (152) | [59,8 ; 72,4] |
| <i>non</i> | | 33,6 % (77) | [27,6 ; 40,2] |

Tableau 2. Pratiques générales des médecins généralistes vis-à-vis des addictions.

N est le nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles.

Une majorité de MG met à disposition de ses patients des documents sur les addictions et des messages de prévention en salle d'accueil.

Environ deux tiers des MG n'ont pas fait de formation et seraient intéressés par celle-ci.

1.c. Représentations des MG vis-à-vis des addictions

Les représentations et le dépistage des addictions par les MG sont présentées dans le **Tableau 3** suivant :

| | N | Pourcentages | IC à 95% |
|---|-----|--------------|---------------|
| Facilité à aborder la question du Tabac | | | |
| <i>facile</i> | 229 | 96,5 % (221) | [93,0 ; 98,4] |
| <i>pas facile</i> | | 3,5 % (8) | [1,6 ; 7,0] |
| Facilité à aborder la question de l'Alcool | | | |
| <i>facile</i> | 229 | 70,3 % (161) | [63,9 ; 76,1] |
| <i>pas facile</i> | | 29,7 % (68) | [23,9 ; 36,1] |
| Facilité à aborder la question du Cannabis | | | |
| <i>facile</i> | 229 | 55,9 % (128) | [49,2 ; 62,4] |
| <i>pas facile</i> | | 44,1 % (101) | [37,6 ; 50,8] |
| Facilité à aborder la question des Opiacés | | | |
| <i>facile</i> | 228 | 45,6 % (104) | [39,1 ; 52,3] |
| <i>pas facile</i> | | 54,4 % (124) | [47,7 ; 60,9] |

| | N | Pourcentages | IC à 95% |
|---|-----|--------------|---------------|
| Aborde la question du Tabac avec ses patients | | | |
| <i>jamais</i> | 229 | 0,9 % (2) | [0,2 ; 3,5] |
| <i>une fois avec tous</i> | | 86 % (197) | [81,1 ; 90,4] |
| <i>pour certains ou si demandé</i> | | 13,1 % (30) | [9,2 ; 18,4] |
| Aborde la question de l'Alcool avec ses patients | | | |
| <i>jamais</i> | 229 | 1,7 % (4) | [0,6 ; 4,7] |
| <i>une fois avec tous</i> | | 30,6 % (70) | [24,9 ; 37,2] |
| <i>pour certains ou si demandé</i> | | 67,7 % (155) | [61,4 ; 73,9] |
| Aborde la question du Cannabis avec ses patients | | | |
| <i>jamais</i> | 229 | 7,9 % (18) | [4,9 ; 12,3] |
| <i>une fois avec tous</i> | | 8,7 % (20) | [5,5 ; 13,4] |
| <i>pour certains ou si demandé</i> | | 83,4 % (191) | [77,8 ; 93,9] |
| Aborde la question des Opiacés avec ses patients | | | |
| <i>jamais</i> | 229 | 11,8 % (27) | [8,0 ; 16,9] |
| <i>une fois avec tous</i> | | 4,4 % (10) | [2,2 ; 8,1] |
| <i>pour certains ou si demandé</i> | | 83,8 % (192) | [78,3 ; 88,2] |
| | | | |

Tableau 3 : Représentations des médecins généralistes vis-à-vis des addictions
N est le nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles.
(Les effectifs sont indiqués entre parenthèses).

| | N | Pourcentages | IC à 95% |
|---|-----|--------------|---------------|
| Est-ce-mon rôle concernant le Tabac | | | |
| <i>tout à fait</i> | 229 | 96,9 % (222) | [93,5 ; 98,5] |
| <i>plutôt</i> | | 2,2 % (5) | [0,8 ; 5,3] |
| <i>pas vraiment</i> | | 0,9 % (2) | [0,2 ; 3,5] |
| Est-ce-mon rôle concernant l'Alcool | | | |
| <i>tout à fait</i> | 229 | 86,9 % (199) | [81,7 ; 90,9] |
| <i>Plutôt</i> | | 10,9 % (25) | [7,3 ; 15,9] |
| <i>pas vraiment</i> | | 2,2 % (5) | [0,8 ; 5,3] |
| Est-ce-mon rôle concernant le Cannabis | | | |
| <i>tout à fait</i> | 229 | 61,6 % (141) | [54,9 ; 67,8] |
| <i>Plutôt</i> | | 25,8 % (59) | [20,3 ; 32,0] |
| <i>pas vraiment</i> | | 12,7 % (29) | [8,8 ; 17,8] |
| Est-ce-mon rôle concernant les Opiacés | | | |
| <i>tout à fait</i> | 229 | 57,2 % (131) | [50,5 ; 63,7] |
| <i>plutôt</i> | | 28,4 % (65) | [22,7 ; 34,8] |
| <i>pas vraiment</i> | | 14,4 % (33) | [10,3 ; 19,8] |

Tableau 3 : Représentations des médecins généralistes vis-à-vis des addictions
N est le nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles.
(Les effectifs sont indiqués entre parenthèses).

La majorité des MG aborde facilement et dépiste systématiquement la consommation de tabac chez leurs patients. Ils ont une position intermédiaire vis-à-vis de l'alcool et ont plus de difficulté avec la consommation de cannabis et d'opiacés.

1.d. Pratiques des MG vis-à-vis de différentes addictions

Le **Tableau 4** représente les pratiques des MG vis-à-vis du dépistage et de la prise en charge des addictions.

| | Patients en difficulté | Patients vus pour sevrage |
|---|------------------------|---------------------------|
| Tabac : nombre de patients vus dans les 7 derniers jours | N = 214 | N = 212 |
| <i>Aucun</i> | 0,5 % (1) | 2,4 % (5) |
| <1 | 3,3 % (7) | 22,2 % (47) |
| 1 à 2 | 34,6 % (74) | 67,5 % (143) |
| 3 à 4 | 36,0 % (77) | 7,1 % (15) |
| 5 à 9 | 21,0 % (45) | 0,5 % (1) |
| 10 et + | 4,7 % (10) | 0,5 % (1) |
| Alcool : nombre de patients vus dans les 7 derniers jours | N = 213 | N = 212 |
| <i>Aucun</i> | 1,9 % (4) | 8,5 % (18) |
| <1 | 9,9 % (21) | 50,5 % (107) |
| 1 à 2 | 45,5 % (97) | 36,3 % (77) |
| 3 à 4 | 31,9 % (68) | 3,8 % (8) |
| 5 à 9 | 8,9 % (19) | 0,5 % (1) |
| 10 et + | 1,9 % (4) | 0,5 % (1) |
| Cannabis : nombre de patients vus dans les 30 derniers jours | N = 212 | N = 212 |
| <i>Aucun</i> | 10,8 % (23) | 30,7 % (65) |
| <1 | 11,8 % (25) | 17,9 % (38) |
| 1 à 2 | 44,8 % (95) | 41,5 % (88) |
| 3 à 4 | 25,0 % (53) | 7,1 % (15) |
| 5 à 9 | 6,6 % (14) | 2,4 % (5) |
| 10 et + | 0,9 % (2) | 0,5 % (1) |
| Opiacés : nombre de patients vus dans les 30 derniers jours | N = 211 | N = 212 |
| <i>Aucun</i> | 9,0 % (19) | 18,9 % (40) |
| <1 | 16,6 % (35) | 21,2 % (45) |
| 1 à 2 | 41,7 % (88) | 34,0 % (72) |
| 3 à 4 | 19,9 % (42) | 17,9 % (38) |
| 5 à 9 | 9,0 % (19) | 4,7 % (10) |
| 10 et + | 3,8 % (8) | 3,3 % (7) |

Tableau 4. Nombre de patients en difficulté avec chaque substance vu par médecin généraliste (colonne « Patients en difficulté ») et nombre de patients vu pour sevrage (colonne « Patients vus pour sevrage »).

N est le nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles.

(Les effectifs sont indiqués entre parenthèses).

Seule une minorité de MG voit moins de 1 patient en difficulté avec le tabac par semaine.

Plus de la moitié des MG voient moins d'un patient par semaine pour sevrage en alcool.

| | N | Pourcentages | IC à 95% |
|--|-----|--------------|---------------|
| Prise en charge du Tabac | | | |
| <i>ne prend pas en charge</i> | 227 | 6,2 % (14) | [3,5 ; 10,4] |
| <i>fais seul</i> | | 81,9 % (186) | [76,2 ; 86,6] |
| <i>adresse à un confrère</i> | | 0,9 % (2) | [0,2 ; 3,5] |
| <i>adresse à une structure</i> | | 2,2 % (5) | [0,8 ; 5,4] |
| <i>fait en lien avec une structure</i> | | 8,8 % (20) | [5,6 ; 13,5] |
| Prise en charge de l'Alcool | | | |
| <i>ne prend pas en charge</i> | 227 | 3,1 % (7) | [1,4 ; 6,5] |
| <i>fais seul</i> | | 10,1 % (23) | [6,7 ; 15,0] |
| <i>adresse à un confrère</i> | | 5,7 % (13) | [3,2 ; 9,8] |
| <i>adresse à une structure</i> | | 64,8 % (147) | [58,1 ; 70,9] |
| <i>fait en lien avec une structure</i> | | 16,3 % (37) | [11,9 ; 21,9] |
| Prise en charge du Cannabis | | | |
| <i>ne prend pas en charge</i> | 227 | 7,0 % (16) | [4,2 ; 11,4] |
| <i>fais seul</i> | | 9,3 % (21) | [6,0 ; 14,0] |
| <i>adresse à un confrère</i> | | 11,0 % (25) | [7,4 ; 16,0] |
| <i>adresse à une structure</i> | | 55,1 % (125) | [48,3 ; 61,6] |
| <i>fait en lien avec une structure</i> | | 17,6 % (40) | [13,0 ; 23,3] |
| Prise en charge des Opiacés | | | |
| <i>ne prend pas en charge</i> | 226 | 6,6 % (15) | [3,9 ; 10,9] |
| <i>fais seul</i> | | 0,9 % (2) | [0,2 ; 3,5] |
| <i>adresse à un confrère</i> | | 8,8 % (20) | [5,6 ; 13,5] |
| <i>adresse à une structure</i> | | 64,6 % (146) | [57,9 ; 70,8] |
| <i>fait en lien avec une structure</i> | | 19,0 % (43) | [14,2 ; 24,9] |

Tableau 4 : Pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de différentes addictions
N est le nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles.
(Les effectifs sont indiqués entre parenthèses).

La majorité des MG prennent seul en charge le sevrage tabagique de leur patients alors que pour l'alcool, le cannabis et les opiacés, ils les adressent majoritairement à une structure.

1.e. Comparaisons des résultats de l'enquête selon le genre

Le **Tableau 5** montre les comparaisons des résultats de l'enquête selon le genre.

| | N | Hommes | Femmes | Comparaisons |
|---|-----|--------------|-------------|-----------------------------|
| Message de prévention en salle d'accueil | | | | |
| <i>présence</i> | 231 | 74,1 % (123) | 83,1 % (54) | $\chi^2= 2,1$; $p = 0,15$ |
| <i>aucun</i> | | 25,9 % (43) | 16,9 % (11) | |
| Document sur les addictions | | | | |
| <i>oui</i> | 233 | 38,7 % (103) | 61,5 % (40) | $\chi^2= 0,004$; $p= 0,95$ |
| <i>non</i> | | 61,3 % (65) | 38,5 % (25) | |
| Pratique le conseil minimal | | | | |
| <i>oui</i> | 227 | 67,3 % (111) | 74,2 % (46) | $\chi^2= 1,0$; $p= 0,31$ |
| <i>jamais/rarement/ignore signification</i> | | 32,7 % (54) | 25,8 % (16) | |
| Situation notée dans le dossier | | | | |
| <i>toujours</i> | 229 | 66,3 % (110) | 74,6 % (47) | $\chi^2= 1,5$; $p= 0,22$ |
| <i>souvent/rarement/jamais</i> | | 33,7 % (56) | 25,4 % (16) | |
| Adresses connues | | | | |
| <i>0 à 2</i> | 230 | 77,1 % (128) | 82,8 % (53) | $\chi^2= 0,9$; $p= 0,34$ |
| <i>>2</i> | | 22,9 % (38) | 17,2 % (11) | |

Tableau 5 : Comparaison selon le genre (positions vis-à-vis des addictions)

N est le nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles.

(Les effectifs sont indiqués entre parenthèses).

Il n'y a pas de différence significative vis-à-vis des positions des MG hommes et femmes par rapport aux diverses addictions.

| | N | % Homme | % Femme | Statistique du test |
|---------------------------------------|-----|--------------|-------------|--------------------------------|
| Facilité à aborder le Tabac | | | | |
| <i>oui</i> | 229 | 95,2 % (157) | 100 % (64) | p= 0,02 ₁ (fischer) |
| <i>non</i> | 229 | 4,8 % (8) | 0 % (0) | |
| Facilité à aborder l'Alcool | | | | |
| <i>oui</i> | 229 | 75,2 % (124) | 57,8 % (37) | $\chi^2= 6,6$; p= 0,01 |
| <i>non</i> | 229 | 24,8 % (41) | 42,2 % (27) | |
| Facilité à aborder le Cannabis | | | | |
| <i>oui</i> | 229 | 56,4 % (93) | 57,8 % (37) | $\chi^2= 0,04$; p= 0,84 |
| <i>non</i> | 229 | 43,6 % (72) | 42,2 % (27) | |
| Facilité à aborder les Opiacés | | | | |
| <i>oui</i> | 228 | 47,6 % (78) | 40,6 % (26) | $\chi^2= 0,89$; p= 0,34 |
| <i>non</i> | 228 | 52,4 % (86) | 59,4 % (38) | |
| Aborde la question du Tabac | | | | |
| <i>une fois avec tous</i> | 229 | 85,5 % (141) | 87,5 % (56) | $\chi^2= 0,16$; p= 0,69 |
| <i>jamais/pour certains</i> | 229 | 14,5 % (24) | 12,5 % (8) | |
| Aborde la question de l'Alcool | | | | |
| <i>une fois avec tous</i> | 229 | 67,9 % (112) | 71,9 % (46) | $\chi^2= 0,34$; p= 0,56 |
| <i>jamais/pour certains</i> | 229 | 32,1 % (53) | 28,1 % (18) | |
| Aborde la question du Cannabis | | | | |
| <i>une fois avec tous</i> | 229 | 9,7 % (16) | 26,6 % (17) | $\chi^2= 10,6$; p= 0,001 |
| <i>jamais/pour certains</i> | 229 | 90,3 % (149) | 73,4 % (47) | |
| Aborde la question des Opiacés | | | | |
| <i>une fois avec tous</i> | 229 | 5,5 % (9) | 1,7 % (1) | $\chi^2= 0,87$; p= 0,35 |
| <i>jamais/pour certains</i> | 229 | 94,5 % (156) | 98,4 % (63) | |
| Tabac: est-ce mon rôle? | | | | |
| <i>tout à fait</i> | 229 | 97,6 % (161) | 95,3 % (61) | p= 0,14 ₁ (Fischer) |
| <i>plutôt/pas vraiment</i> | 229 | 2,4 % (4) | 4,7 % (3) | |
| Alcool: est-ce mon rôle? | | | | |
| <i>tout à fait</i> | 229 | 87,2 % (144) | 85,9 % (55) | $\chi^2= 0,07$; p= 0,79 |
| <i>plutôt/pas vraiment</i> | 229 | 12,7 % (21) | 14,1 % (9) | |
| Cannabis: est-ce mon rôle? | | | | |
| <i>tout à fait</i> | 229 | 60,0 % (99) | 65,6 % (42) | $\chi^2= 0,62$; p= 0,43 |
| <i>plutôt/pas vraiment</i> | 229 | 40,0 % (66) | 34,4 % (22) | |
| Opiacés: est-ce mon rôle? | | | | |
| <i>tout à fait</i> | 229 | 55,8 % (92) | 60,9 % (39) | $\chi^2= 0,5$; p= 0,48 |
| <i>plutôt/pas vraiment</i> | 229 | 44,2 % (73) | 39,1 % (25) | |

Tableau 5 : Comparaison selon le genre (représentations)

N est le nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles.
(Les effectifs sont indiqués entre parenthèses).

1: le test exact de Fischer a été utilisé lorsqu'un effectif théorique, au moins, était inférieur à 3. La correction de Yates a été utilisée lorsqu'un effectif théorique était inférieur à 5 et au moins égal à 3.

Concernant les représentations sur les addictions, les femmes abordent plus facilement le tabac et effectue un dépistage systématique du cannabis de façon significativement plus importante que les hommes alors que ceux-ci abordent plus facilement la question de l'alcool.

| | N | % Homme | % Femme | Statistique du test |
|---|-----|--------------|-------------|---------------------------|
| Prise en charge du Tabac | | | | |
| <i>seul</i> | 227 | 82,4 % (136) | 80,6 % (50) | $\chi^2= 0,743$; p= 0,69 |
| <i>en lien avec une structure</i> | | 7,9 % (13) | 11,3 % (7) | |
| <i>adresse à un confrère ou une structure</i> | | 9,7 % (16) | 8,1 % (5) | |
| Prise en charge de l'Alcool | | | | |
| <i>Seul</i> | 227 | 4,5 % (7) | 9,7 % (6) | $\chi^2= 2,338$; p= 0,31 |
| <i>en lien avec une structure</i> | | 14,8 % (23) | 22,6 % (14) | |
| <i>adresse à un confrère ou une structure</i> | | 80,6 % (125) | 67,7 % (42) | |
| Prise en charge du Cannabis | | | | |
| <i>Seul</i> | 227 | 10,9 % (18) | 4,8 % (3) | $\chi^2= 2,020$; p =0,36 |
| <i>en lien avec une structure</i> | | 17,0 % (28) | 19,4 % (12) | |
| <i>adresse à un confrère ou une structure</i> | | 72,1 % (119) | 75,8 % (47) | |
| Prise en charge des Opiacés | | | | |
| <i>seul</i> | 226 | 1,2 % (2) | 0 % (0) | $\chi^2= 0,017$; p =0,90 |
| <i>en lien avec une structure</i> | | 18,9 % (31) | 19,4 % (12) | |
| <i>adresse à un confrère ou une structure</i> | | 79,9 % (131) | 80,6 % (50) | |

Tableau 5 : Comparaison selon le genre (prise en charge)

N est le nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles.

(Les effectifs sont indiqués entre parenthèses).

Il n'y a pas de différence significative, entre hommes et femmes, selon le mode de prise en charge

1: le test exact de Fischer a été utilisé lorsqu'un effectif théorique, au moins, était inférieur à 3. La correction de Yates a été utilisée lorsqu'un effectif théorique était inférieur à 5 et au moins égal à 3.

1.f. Facteurs associés au dépistage systématique¹ des addictions

| TABAC | N | Pourcentages | Univarié OR [IC 95%] | p | Multivarié OR [IC 95%] | p |
|---|-----|--------------|-------------------------|-----------|---------------------------|----------|
| Sexe | 229 | | | | | |
| <i>homme (Ref.)</i> | 165 | 85,5 % | | | 1 | |
| <i>femme</i> | 64 | 87,5 % | 1,19 [0,48 - 3,25] | p = 0,83 | 0,54 [0,18 - 1,6] | p = 0,26 |
| Âge | 224 | | | | | |
| <i>≤ 50 (Ref.)</i> | 101 | 90,1 % | | | 1 | |
| <i>> 50</i> | 123 | 82,9 % | 0,54 [0,21 - 1,26] | p = 0,17 | 0,4 [0,15 - 1,12] | p = 0,08 |
| Facile d'aborder la question | 229 | | | | | |
| <i>pas facile (Ref.)</i> | 8 | 62,5 % | | | 1 | |
| <i>facile</i> | 221 | 86,9 % | 3,94 [0,58 - 21,5] | p = 0,09 | 0,28 [0,05 - 1,52] | p = 0,14 |
| Rôle du MG | 229 | | | | | |
| <i>plutôt / plutôt pas / pas du tout (Ref.)</i> | 7 | 71,4 % | | | 1 | |
| <i>tout-à-fait</i> | 222 | 86,5 % | 2,55 [0,23 - 16,4] | p = 0,25 | 0,28 [0,03 - 2,75] | p = 0,28 |
| Formation addictologie | 227 | | | | | |
| <i>non (Réf.)</i> | 143 | 81,1 % | | | 1 | |
| <i>oui</i> | 84 | 94,0 % | 3,66 [1,31 - 12,7] | p = 0,009 | 3,76 [1,35 - 10,5] | p = 0,01 |

Tableau 6. Facteurs associés au dépistage systématique des addictions. L'analyse multivariée porte sur 219 sujets. La colonne « Univarié » présente les OR calculés pour chaque variable indépendamment des autres ; la colonne « Multivariée » présente les OR fournis par le modèle logistique.

Les MG ayant fait une formation font un dépistage systématique du tabac plus fréquemment et ce de façon significative.

1 : Le dépistage systématique est défini comme étant le fait d'aborder la question des diverses addictions citées ci-dessus, au moins une fois avec chaque patient.

| ALCOOL | N | Pourcentages | Univarié OR [IC 95%] | p | Multivarié OR [IC 95%] | p |
|---|-----|--------------|-------------------------|---------------|---------------------------|---------------|
| Sexe | 229 | | | | | |
| <i>homme (Ref.)</i> | 165 | 32,1% | 1 | | | |
| <i>femme</i> | 64 | 26,6% | 0,77 [0,38 - 1,51] | P = 0,52 | 1,41 [0,62 - 3,23] | p = 0,42 |
| Âge | 224 | | | | | |
| <i>≤ 50 (Ref.)</i> | 101 | 27,7% | 1 | | | |
| <i>> 50</i> | 123 | 33,3% | 1,30 [0,71 - 2,42] | P = 0,39 | 1,12 [0,55 - 2,27] | P = 0,76 |
| Facile d'aborder la question | 229 | | | | | |
| <i>pas facile (Ref.)</i> | 68 | 8,8% | 1 | | | |
| <i>facile</i> | 161 | 39,8% | 6,77 [2,72 - 20,3] | p = 0,0001 | 4,91 [1,92 - 12,5] | p = 0,0009 |
| Rôle du MG | 229 | | | | | |
| <i>plutôt / plutôt pas / pas du tout (Ref.)</i> | 33 | 6,1% | 1 | | | |
| <i>- tout-à-fait</i> | 199 | 34,2% | 8,00 [1,94 - 71,2] | p = 0,0008 | 3,56 [0,77 - 16,4] | p = 0,10 |
| Formation addictologie | 227 | | | | | |
| <i>non (Ref.)</i> | 143 | 22,4% | 1 | | | |
| <i>oui</i> | 84 | 44,0% | 2,72 [1,46 - 5,1] | p = 0,0009 | 2,13 [1,14 - 4,06] | p = 0,02 |

Tableau 6. Facteurs associés au dépistage systématique des addictions. L'analyse multivariée porte sur 219 sujets.

Le fait d'aborder facilement la question de l'alcool et la participation à une formation est significativement lié au fait d'effectuer un dépistage systématique de consommation à risque avec l'alcool.

| CANNABIS | N | Pourcentages | Univarié OR [IC=95%] | p | Multivarié (n=219) OR [IC= 95%] | p |
|---|-----|--------------|-------------------------|--------|---------------------------------------|----------|
| Sexe | 229 | | | | | |
| <i>homme (Ref.)</i> | 165 | 9,7% | 1 | | | |
| <i>femme</i> | 64 | 6,3% | 0,62[0,15 - 2,04] | 0,6 | 1,58[0,41 - 6] | P = 0,50 |
| Âge | 224 | | | | | |
| <i>≤ 50 (Ref.)</i> | 101 | 14,9% | 1 | | | |
| <i>> 50</i> | 123 | 4,1% | 0,83[0,23 - 2,56] | 1 | 0,87[0,28 - 2,74] | P = 0,81 |
| Facile d'aborder la question | 229 | | | | | |
| <i>pas facile (Ref.)</i> | 101 | 1,0% | 1 | | | |
| <i>facile</i> | 128 | 14,8% | 17,3[2,65 - 28,9] | 0,0001 | 12,2[1,44 - 04,2] | P = 0,02 |
| Rôle du MG | 229 | | | | | |
| <i>plutôt / plutôt pas / pas du tout (Ref.)</i> | 88 | 3,4% | 1 | | | |
| <i>tout-à-fait</i> | 141 | 12,1% | 3,87[1,07 - 21,2] | 0,03 | [0,2 - 4,05] | P = 0,88 |
| Formation addictologie | 227 | | | | | |
| <i>non (Ref.)</i> | 143 | 3,5% | 1 | | | |
| <i>oui</i> | 84 | 16,7% | 5,48[1,77 - 20,2] | 0,0009 | 1,3[1,08 - 2,38] | P = 0,03 |

Tableau 6 : facteurs associés au dépistage systématique des addictions. L'analyse multivariée porte sur 219 sujets.

Les MG qui abordent facilement la question du cannabis avec leurs patients et ceux qui ont fait une formation effectuent le dépistage systématique de manière significativement plus importante.

| OPIACÉS | N | Pourcentages | Univarié OR [IC=95%] | p | Multivarié (n=219) OR [IC= 95%] | p |
|---|-----|--------------|-------------------------|--------|---------------------------------------|----------|
| Sexe | 229 | | | | | |
| <i>homme (Ref.)</i> | 165 | 5,5% | 1 | | | |
| <i>femme</i> | 64 | 1,6% | 0,28[0 - 2,07] | 0,29 | 0,29[0,03 - 2,86] | P = 0,29 |
| Âge | 228 | | | | | |
| <i>≤ 50 (Ref.)</i> | 101 | 3,0% | 1 | | | |
| <i>> 50</i> | 123 | 5,7% | 1,97[0,43 - 2,1] | 0,52 | 1,27[0,27 - 5,88] | P = 0,77 |
| Facile d'aborder la question | 228 | | | | | |
| <i>pas facile (Ref.)</i> | 124 | 0,8% | 1 | | | |
| <i>facile</i> | 104 | 8,7% | 12,4 [1,54 ; 99,5] | 0,0003 | 12[1,34 - 108,4] | P = 0,03 |
| Rôle du MG | 229 | | | | | |
| <i>plutôt / plutôt pas / pas du tout (Ref.)</i> | 98 | 3,1% | 1 | | | |
| <i>tout-à-fait</i> | 131 | 5,3% | 1,78[0,39 – 11,0] | 0,52 | 2[0,37 - 11,1] | P = 0,41 |
| Formation addictologie | 227 | | | | | |
| <i>non (Ref.)</i> | 143 | 2,1% | 1 | | | |
| <i>oui</i> | 84 | 8,3% | 4,21[0,93 – 26] | 0,04 | 4[0,82 - 20] | P = 0,09 |

Tableau 6 : facteurs associés au dépistage systématique des addictions
L'analyse multivariée porte sur 219 sujets.

Les MG qui aborde facilement la question des opiacés avec leur patients font un dépistage systématique de manière significativement plus importante que ceux pour qui ce n'est pas facile.

2. OBJECTIF SECONDAIRE 1: COMPARAISON AU DONNÉES DU BS 2009

Les **figures 1 à 6** suivantes comparent les données de l'étude dans le 79 à celles du BS 2009.

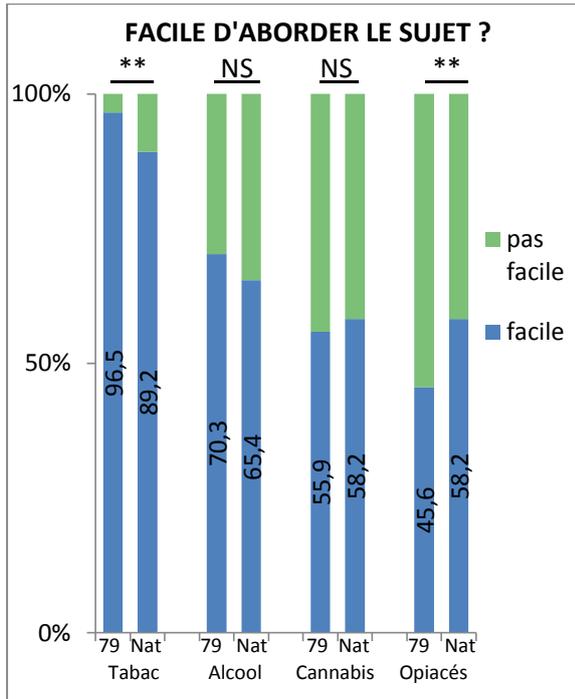


Figure 1 : Facilité à aborder le sujet des addictions

Les MG du 79 abordent plus facilement la question du tabac et moins facilement le sujet des opiacés, de façon significative avec leurs patients, que ceux du BS 2009.

(Tabac : $p= 0,003$)

(Opiacés : $p= 0,007$)

(alcool : $p=0,25$)

(cannabis : $p= 0,62$)

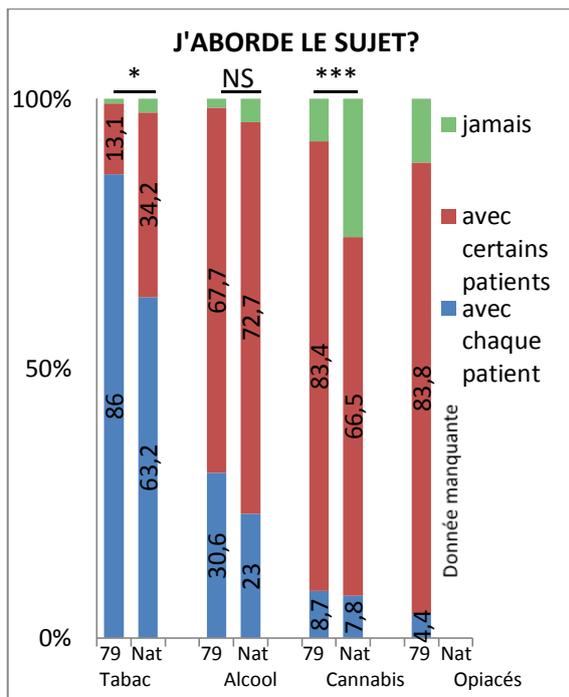


Figure 2 : Dépistage des diverses addictions

Le dépistage systématique de la consommation de tabac et le dépistage ciblé du cannabis avec certains patients est plus fréquent chez les MG du 79. Ces différences sont significatives.

(Tabac : $p= 0,01$)

(Cannabis : $p < 0,0001$)

(Alcool : $p=0,07$)

(Opiacés : sans objet)

NS : non significatif * : $p<0.05$ ** : $p<0.01$ *** : $p<0.001$ Nat : données nationales du Baromètre Santé 2009

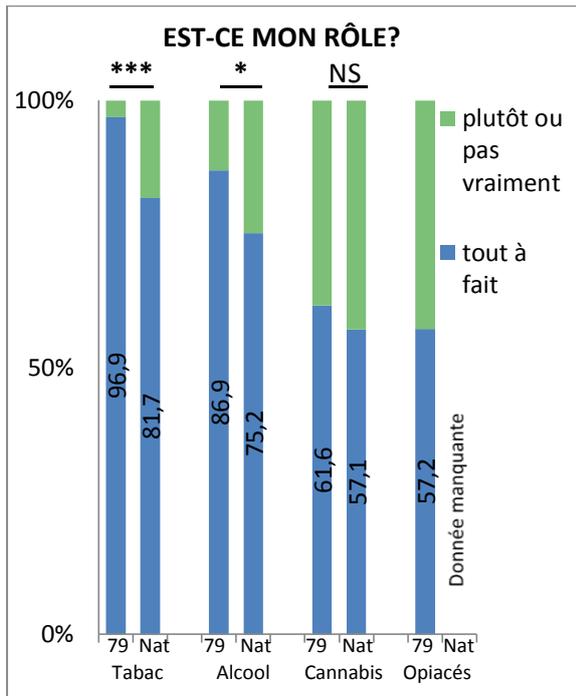


Figure 3 : Rôle des médecins généralistes concernant les addictions

Les MG du 79 considèrent qu'il s'agit de «tout à fait leur rôle» de manière significativement plus importante que ceux du BS 2009 concernant le tabac et l'alcool.

(Tabac : $p < 0,0001$)

(Alcool : $p = 0,01$)

(Cannabis : $p = 0,33$)

(Opiacés : sans objet)

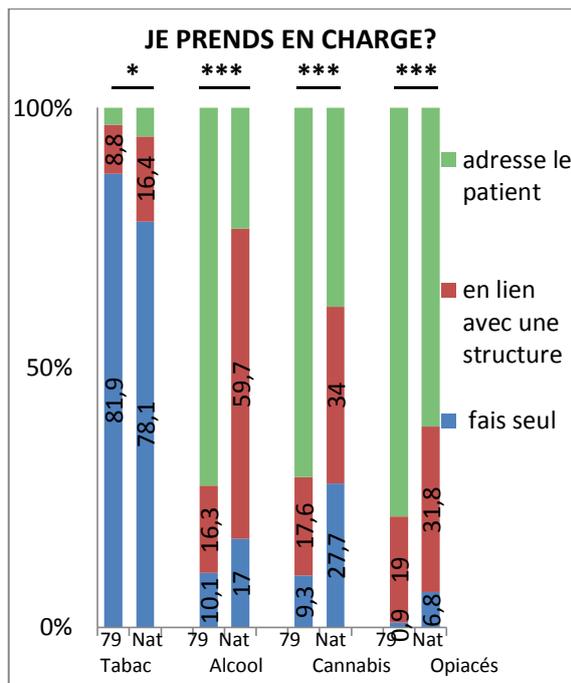


Figure 4 : Prise en charge des addictions par les médecins généralistes

Les MG du 79 prennent plus fréquemment en charge le tabac seul. Ils adressent plus souvent leurs patients à un confrère ou une structure concernant l'alcool, le cannabis et les opiacés. Ces différences sont significatives.

(Tabac : $p = 0,04$)

(Alcool : $p < 0,0001$)

(Cannabis : $p < 0,0001$)

(Opiacés : $p < 0,0001$)

NS : non significatif * : $p < 0,05$ ** : $p < 0,01$ *** : $p < 0,001$

Nat : données nationales du Baromètre Santé 2009

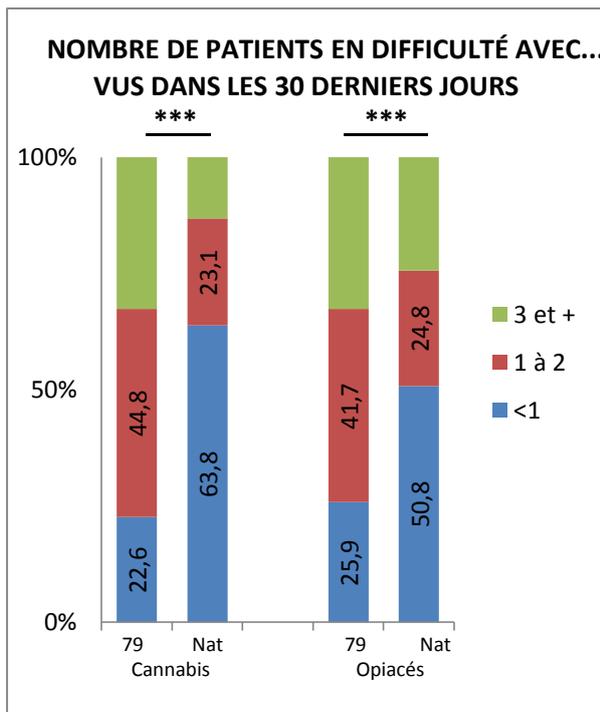


Figure 5 : Nombre de patients en difficultés avec Cannabis/opiacés, vus dans les 30 derniers jours

Les MG du 79 sont, significativement, plus nombreux à voir au moins 1 patient en difficulté avec le cannabis ou les opiacés que dans le BS 2009.

(Cannabis : $p < 0,0001$)

(Opiacés : $p < 0,0001$)

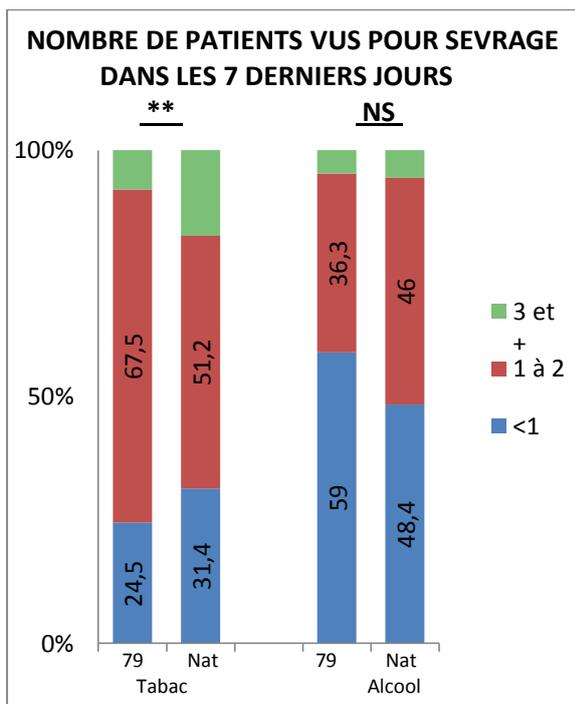


Figure 6 : Nombre de patients vus pour sevrage tabac/alcool dans les 7 derniers jours

NS : non significatif * : $p < 0,05$ ** : $p < 0,01$ *** : $p < 0,001$

Nat : données nationales du Baromètre Santé 2009

(Tabac : $p = 0,001$)

(Alcool : $p = 0,09$)

Il n'y a pas de différence significative du nombre de patients vus pour l'alcool.

Les MG du 79 sont plus nombreux à avoir 1 à 2 patients pour sevrage tabagique. Les deux autres catégories de réponse sont moins représentées.

3. COMPARAISON DES SUBSTANCES

3.a. Différences entre les substances

Les représentations et pratiques vis-à-vis de chaque substance sont toutes différentes entre elles de façon significative. Cependant les différences sont maximales entre le tabac et les autres substances et sont beaucoup plus faibles entre le cannabis et les opiacés.

Les **figures 7 à 9** suivantes montrent une comparaison des substances entre elles.

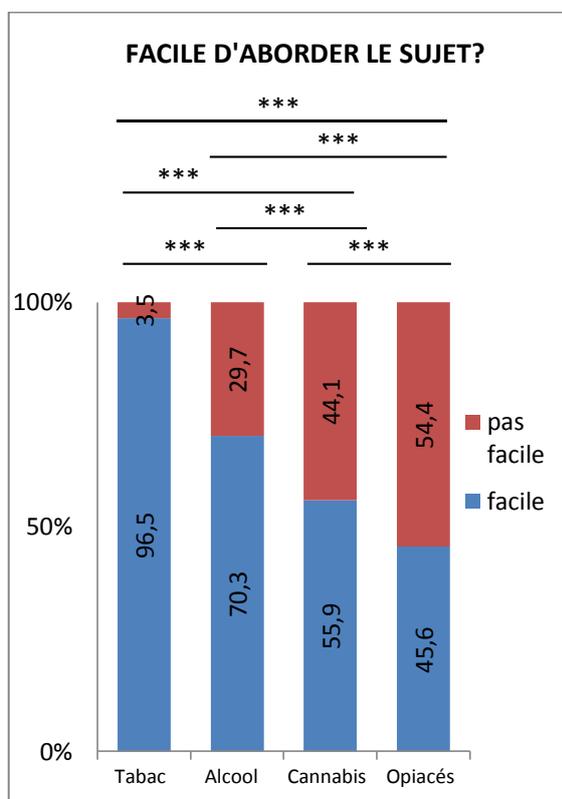
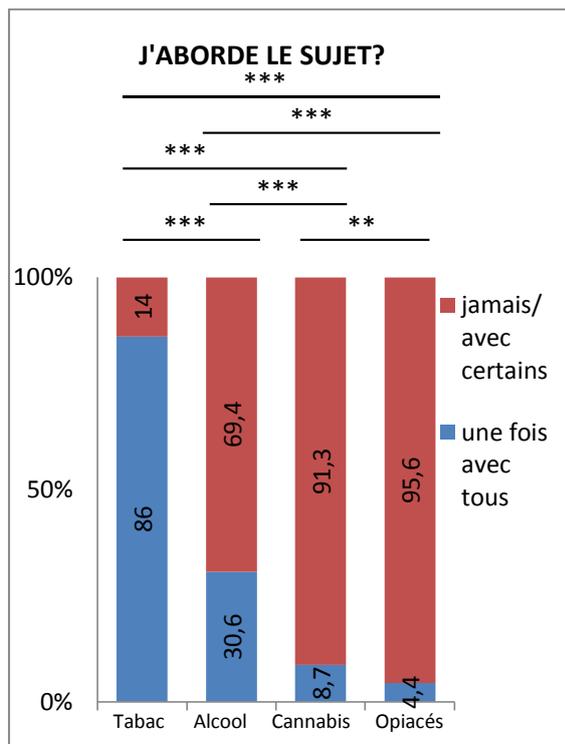


Figure 7 : Facilité à aborder le sujet des addictions

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ *** : $p < 0.001$



* : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

Figure 8 : Dépistage des diverses addictions

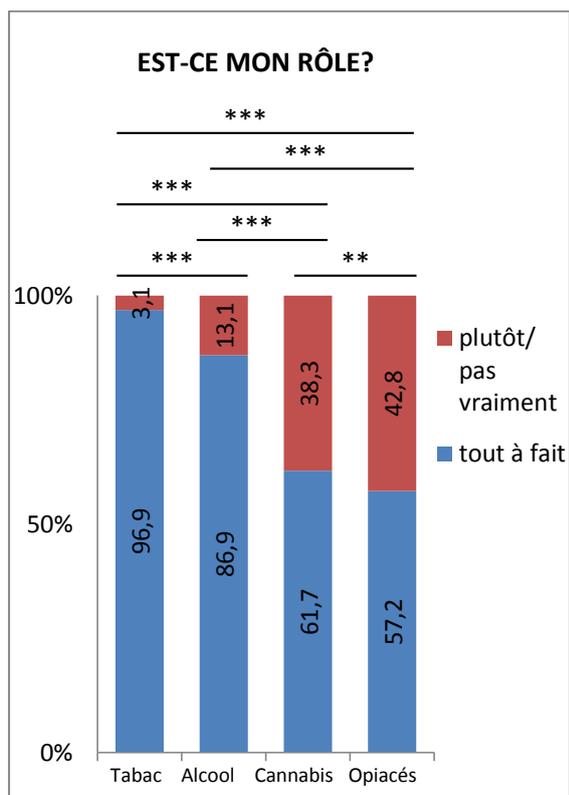


Figure 9 : Rôle des médecins généralistes concernant les addictions

3.b. Corrélation entre les substances

Les figures 10 à 14 montrent que le tabac est faiblement voire pas corrélé aux autres substances, l'alcool est en position intermédiaire, et le cannabis et les opiacés sont fortement corrélés entre elles.

Les valeurs exactes des Tau-b sont données dans l'annexe 2.

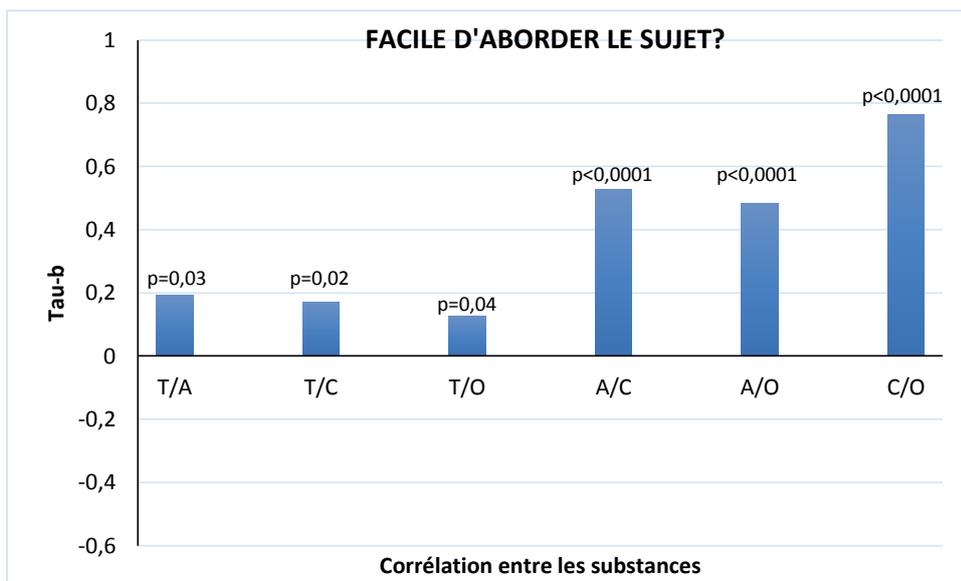


Figure 10 : Facilité à aborder le sujet des addictions. T : tabac, A : alcool, C : cannabis, O : opiacés

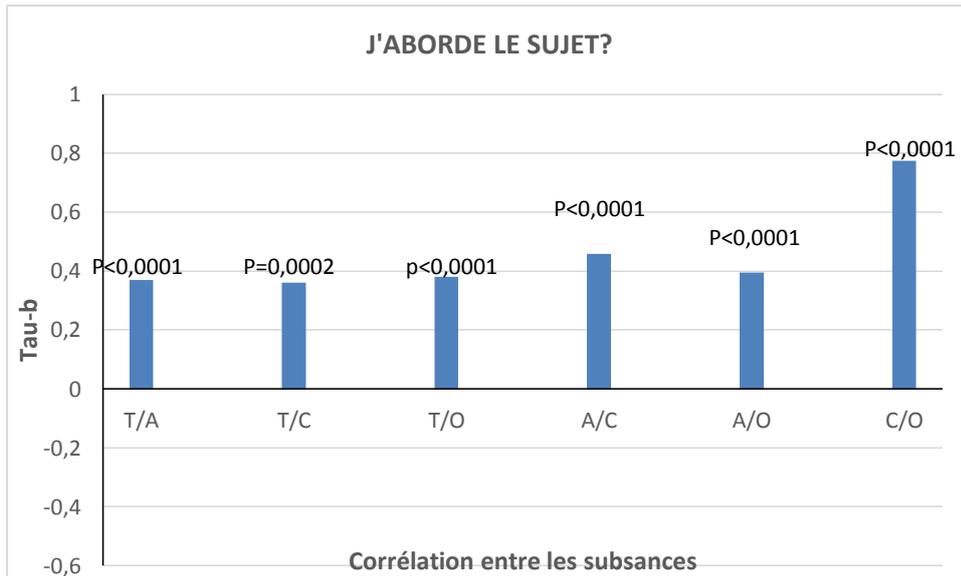


Figure 11 : Dépistage des diverses addictions. T : tabac, A : alcool, C : cannabis, O : opiacés

La corrélation entre les substances est relativement homogène sauf pour la comparaison cannabis/opiacés, qui reste plus élevée que les autres comparaisons.

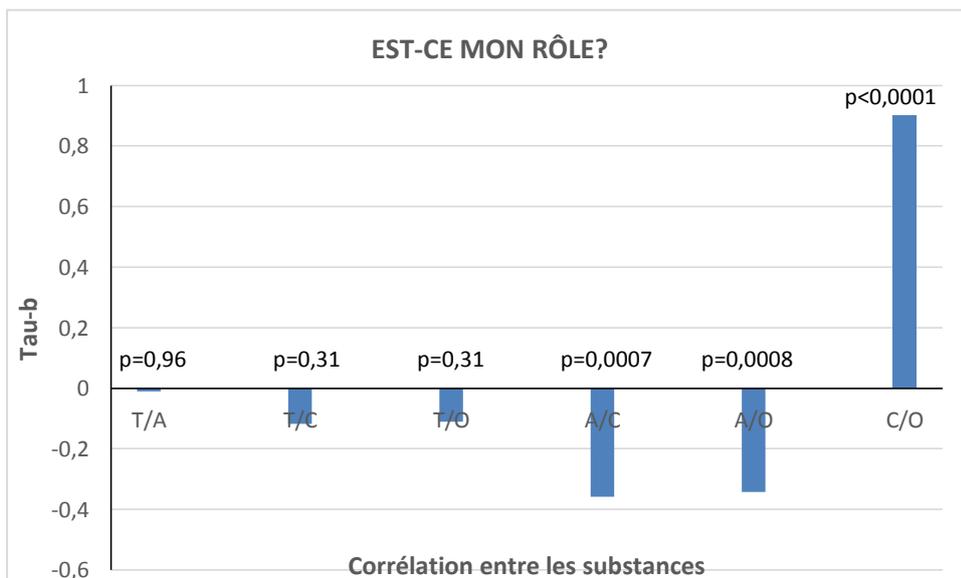


Figure 12 : Rôle concernant les addictions. T : tabac, A : alcool, C : cannabis, O : opiacés

Le rôle ressenti vis-à-vis du tabac n'est pas corrélé avec le rôle ressenti envers les autres substances. Il y a une très forte corrélation entre cannabis/opiacés. L'alcool semble avoir une corrélation négative modérée avec le cannabis et les opiacés.

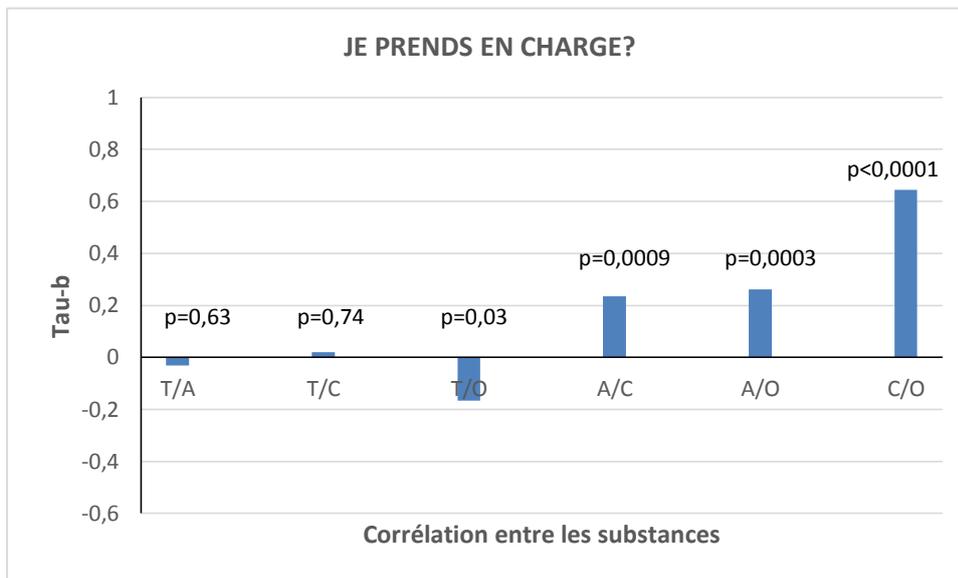


Figure 13 : Prise en charge des addictions. T : tabac, A : alcool, C : cannabis, O : opiacés

La variable a été codée en trois catégories : j'adresse/ je prends en charge en lien/ je prends en charge seul. La variable ainsi recodée peut être interprétée comme une variable ordinale traduisant un niveau d'implication croissant des MG dans la prise en charge des consommateurs de substances.

Il n'y a pas de corrélation entre le niveau d'implication envers le tabagisme et le niveau d'implication envers les autres substances.

Le niveau d'implication envers le cannabis est fortement corrélé à celui des opiacés.

Le niveau d'implication envers l'alcool est faiblement corrélé au niveau d'implication envers le cannabis et les opiacés.

DISCUSSION

Notre enquête a porté sur la quasi intégralité de la population-cible.

La majorité des médecins généralistes du 79 dépiste systématiquement et prend en charge les patients en difficulté avec le tabac.

Concernant l'alcool, le cannabis et les opiacés, ils ne posent pas la question de la consommation à tous les sujets et ciblent leur dépistage à certains patients. En majorité ils ne prennent pas en charge par eux-mêmes, et adressent leurs patients à un confrère ou une structure.

Les MG ayant eu accès à une formation posent de façon plus systématique la question des consommations de substances à leurs patients.

Les pratiques et représentations des MG vis-à-vis des addictions diffèrent de façon systématique entre les substances. Les opiacés et le cannabis semblent peu différenciés entre eux mais nettement différenciés du tabac. L'alcool se situe en position intermédiaire.

1. FORCES ET LIMITES DE L'ENQUÊTE

1.a. Biais de sélection

L'objectif de cette étude était d'interroger les MG d'un département, le 79, sur leurs représentations et leurs pratiques vis-à-vis des addictions.

Le mode de recueil des données par la méthode en 'face à face' est un mode d'interrogation qui comporte peu de refus et le taux de participation est généralement élevé (*Mizrahi, A., Mizrahi, A., 1998*). Cela est confirmé dans notre enquête par le fait que tous les MG sollicités par le DSP ont répondu au questionnaire. Les 2 MG de l'étude ayant refusé de participer font partie des 16 MG qui ont été contactés par téléphone puis courrier. Lors de l'entretien le DSP motive également le MG en sollicitant sa participation et en l'encourageant à continuer l'entretien jusqu'au bout ce qui fait que nous n'avons eu aucun abandon au cours de l'enquête.

Le taux de participation à l'enquête était de 99,1 %. Nous avons ainsi obtenu une population quasi exhaustive des MG enquêtés. Il n'y a donc pas de biais de sélection dans l'enquête et il est possible d'affirmer que l'échantillon est représentatif de la population des MG du 79.

Le nombre de données manquantes dans notre enquête étant inférieur à 5%, il n'est pas de nature à modifier les résultats vu les variables très significatives obtenues.

1.b. Biais d'information

La visite du DSP avait pour objectif d'évaluer les représentations et les pratiques des MG du 79. Les questions étaient abordées de manière aléatoire lors d'une discussion ouverte avec le MG afin d'éviter le mode questions-réponse car celui-ci aurait pu être à l'origine d'un sentiment d'interrogatoire et de jugement chez l'enquêté. Par conséquent les questions posées lors des entretiens n'étaient pas standardisées et leur formulation pouvait varier d'un MG à un autre.

Les réponses fournies par le MG peuvent, en contrepartie, peuvent avoir fait l'objet d'une mauvaise interprétation par le DSP, selon la formulation de celles-ci. Par exemple, à la question 14 « trouvez-vous facile d'aborder le sujet de l'alcool avec vos patients ? », si le MG répond qu'il trouve cela plus ou moins facile, le DSP n'aura pas obtenu de réponse claire, les 2 seules réponses possibles étant « facile » ou « pas facile ». Il pourra ainsi la classer dans une catégorie comme dans l'autre en fonction de son interprétation personnelle. Le codage des réponses possibles en un nombre limité de catégories réduit la complexité du terrain d'étude et restitue donc une image simplifiée de l'objet sous étude.

Cependant trois des compétences requises au recrutement du DSP étaient ses qualités d'écoute, de communication et de diffusion de messages clairs afin de permettre une meilleure garantie de la qualité des réponses obtenues et de réduire ce biais d'interprétation des réponses des médecins généralistes.

Un autre biais d'information lié à la méthode de recueil des données, relativement indépendant des qualités du DSP, est le biais de désirabilité sociale.

La méthode de recueil 'face à face' est soumise au phénomène de désirabilité sociale. Ainsi le MG peut donner des réponses afin de donner une image favorable de lui-même et faire bonne figure afin de rentrer dans la norme (*Marchese, O., 2008*). La méthode 'face à face' est donc sensible aux éventuelles influences de l'enquêteur lié à son comportement et ses opinions.

Ainsi lorsque le DSP interroge un MG, celui-ci peut avoir tendance à répondre en fonction de ce qu'il croit être la réponse attendue par l'enquêteur, au détriment de la réalité afin de se rapprocher de ce qu'il pense être dans la norme.

D'autre part, si une longue liste de modalités est proposée au MG, ce dernier peut avoir tendance à choisir la première pouvant à peu près convenir. Ceci correspond à l'effet de « *satisficing* », décrivant la tendance selon laquelle la réponse choisie n'est pas forcément la meilleure mais la plus commode à indiquer tout en restant honnête (INSEE, 2012). Cependant on peut penser que le mode d'entretien à type de discussion ouverte utilisée par le DSP, réduit probablement cet effet en évitant le mode d'interrogatoire type 'question-réponses', où la question est suivie d'une déclinaison de réponses possibles.

Ces effets de « désirabilité sociale » et de « *satisficing* » se retrouvent dans les enquêtes en face-à-face (méthode utilisée dans notre étude) et par téléphone (méthode utilisée dans le BS 2009).

Le biais de désirabilité sociale explique probablement en partie les différences observées lors de la comparaison des résultats de l'enquête à ceux du BS.

1.c. Biais d'analyse

Rigueur, organisation et esprit de synthèse faisaient parties des qualités requises par le DSP afin de limiter les erreurs de retranscription des données à la fin de l'entretien. Cependant de ce type d'erreurs dans le recueil ne peut être

complètement éliminé. Nous avons nettoyé la base de données afin d'en améliorer sa qualité, mais quelques erreurs de traitement ne sont pas exclues.

Pour certaines questions nous avons été obligés de fusionner des catégories devant un nombre insuffisants de sujets pour certaines modalités. Les regroupements ont ainsi été faits de façon la plus logique possible afin qu'ils soient majoritairement en adéquation avec ceux réalisés dans le BS. Cependant nous ne pouvons exclure que cela ait quand même un peu modifié les résultats obtenus.

Des analyses en régression logistique ont été utilisées afin de repérer des facteurs liés aux différentes représentations et pratiques des MG du 79. Il est à noter que nous n'avons pas pris en compte le fait d'appartenir ou pas à un réseau sur les addictions et le fait de faire partie ou pas d'un cabinet de groupe, dans nos analyses. Ceci pourrait être à l'origine de quelques modifications de nos résultats. Il est possible que la prise en compte de régresseurs supplémentaires dans les modèles de régression logistique aurait pu modifier les résultats obtenus. Toutefois la vraisemblance des résultats obtenus renforce la confiance dans ces résultats.

Dans notre enquête nous avons certes des biais d'analyse comme cités précédemment. Cependant le degré de significativité de nos comparaisons est si fort que ces biais n'ont probablement pas beaucoup faussé les conclusions de l'enquête.

2. FACTEURS DE CONFUSION LORS DE LA COMPARAISON AU BAROMÈTRE SANTE 2009

2.a. Un territoire enquêté différent

L'étude du BS 2009 comporte un échantillon des MG de France métropolitaine. La randomisation, effectuée à partir des fichiers de la société Cegedim® (fichier de médecins libéraux issus d'une base d'adresses de professionnels de santé régulièrement mise à jour par les visiteurs médicaux et complétée par différentes sources d'informations annexes), est de bonne qualité et l'échantillonnage est donc de qualité satisfaisante. Le taux de participation s'élève à 57,1%, le taux de refus à 30,9%, le taux d'abandon à 2,2% et le taux de non-réalisation à 9,8%. Le niveau élevé des refus peut avoir modifié les résultats du BS 2009. Une analyse de sensibilité aux données manquantes du BS 2009 n'a cependant pas été réalisée.

Notre enquête comporte 99,1% des MG du 79 et est donc représentative du territoire enquêté. Les données du BS 2009 concernent un échantillon de MG à l'échelle nationale. Cela est une des limites de notre comparaison qui ne concerne donc pas le même territoire.

Cependant il n'a pas, à notre connaissance, été rapporté de spécificité des MG du 79 par rapport aux MG du reste de la France métropolitaine, qu'il s'agisse de critères de démographie ou de pratique médicale en général. Il est donc peu vraisemblable que les différences observées dans notre enquête soient liées à des spécificités du territoire enquêté.

Par ailleurs on constate des écarts très importants avec le BS 2009 en fonction des substances et si seul la différence géographique était à l'origine de ces différences, on s'attendrait à retrouver des écarts de même ordre pour toutes les variables. Il n'existe, en effet, pas de différences significatives de consommations de substances en Poitou-Charentes par rapport au reste de la France (ORS, 2012).

2.b. Modes de recueil différents

Les données de notre enquête ont été recueillies par la méthode «face-à-face» alors que celles du BS 2009 ont été recueillies par enquête téléphonique.

Une enquête comparant les deux méthodes de recueil, réalisée en 1996, retrouve que la méthode «face-à-face» est sujette à un nombre de «non-réponses» légèrement moins important que l'enquête par téléphone. Il n'y a pas de différence significative retrouvée concernant la validité des réponses et le biais de désirabilité sociale (De Leeuw, E.D., Mellenbergh G.J., Hox, J.J., 1996).

Une deuxième enquête, réalisée en 2003, comparant ces 2 mêmes méthodes, retrouve que l'effet de «satisficing» est plus important dans les études par téléphone. Les sujets enquêtés étaient également moins coopérants, plus suspicieux quant à la procédure d'enquête, moins impliqués dans l'enquête et plus sujets au biais de désirabilité sociale que dans la méthode «face-à-face» (Holbrook, A.L., Green, M.C., Krosnick, J.A., 2003).

On voit donc que ces deux études expérimentales comportent des différences à l'origine de facteurs de confusion et ne sont donc pas complètement comparables entre elles.

2.c. Trois ans d'écart entre les 2 enquêtes

Notre enquête a été menée trois ans après celle du BS, signifiant que les pratiques des MG ont eu le temps d'évoluer entre les deux enquêtes.

L'Évolution du nombre de patients vus pour sevrage de tabac et d'alcool est relativement stable entre 2003 et 2009 (*Gautier. A, 2011, p.191*).

Concernant le cannabis, ces données n'ont pas été étudiées dans le BS 2009. Cependant on constate que l'opinion des MG vis-à-vis de cette substance a considérablement évolué. Ils ne sont plus que 8 % à penser qu'il faut mettre le cannabis en vente libre (17,4 % en 2003) et 96,5 % d'entre eux pensent que la consommation de cannabis constitue un risque important pour la santé (82,5 % en 2003) (*Gautier. A, 2011, p.195*). Dans notre enquête on constate que les MG du 79 font, significativement, plus de dépistage ciblé (avec certains patients) de la consommation de cannabis que les MG du BS 2009 (83,4 % versus 66,5 %). Ceci peut probablement s'expliquer, du moins en partie, par l'évolution de l'opinion des MG vis-à-vis du cannabis comme étant un produit néfaste pour la santé et le fait que les MG se sentent désormais plus impliqués dans la prévention des complications liées à sa consommation.

Malheureusement nous n'avons pas de données du BS 2009, sur l'évolution dans le temps, du taux de dépistage effectué par les MG concernant les diverses addictions.

Globalement le nombre de patients dépendants aux opiacés vus par les MG a augmenté en moyenne de 3,6 % à 6,1 % entre 2003 et 2009 (*Gautier. A, 2011, p.181*). Cette augmentation est également constatée dans notre étude mais est beaucoup plus importante que celle qui aurait pu être attendue par les 3 années d'écart. Effectivement, selon le BS 2009, on constate que nombre de MG qui voient 1 à 2 patients par mois a quasiment doublé (41,7 % *versus* 24,8 %) et que ceux qui voient 3 à 4 patients par mois ont augmenté de 7,3 %. Le taux de MG qui voient 5 patients et plus par mois est resté relativement stable (seulement 0,4 % d'écart). Cette forte augmentation peut peut-être, en partie, s'expliquer par la mise à disposition de la méthadone en médecine de ville. Même si la primo prescription ne peut se faire que par des médecins exerçant en établissement de santé, on constate que la prescription de méthadone par les MG a fortement augmenté, passant de 26,6 % à 37,7% entre 2003 et 2009 (*Gautier. A, 2011, p.185*). On peut donc supposer que les MG sont plus impliqués dans le suivi de cette addiction.

3. OBJECTIF PRINCIPAL

Nous avons atteint notre premier objectif qui est celui de recueillir les représentations et pratiques des MG du 79 en obtenant un taux de participation de 99,1%.

Dans cette étude 72,1 % des sujets sont des hommes (sex ratio : 2,6) et la fourchette d'âges la plus représentée est celle des plus de 50 ans (52,7%). La majorité des médecins interrogés exerce en cabinet de groupe (69,5%), ce qui correspond à la tendance actuelle des regroupements de médecins et à l'abandon de l'exercice en

cabinet individuel. La population de MG du 79 est comparable à la population nationale de MG concernant le genre et l'âge. L'échantillon du BS est constitué de 69,8% d'hommes et 53,9% des MG ont plus de 50 ans.

3.a. : Dépistage des addictions

Selon le BS 2009 les MG abordant le thème des addictions au moins une fois avec chaque patient sont plus souvent des femmes. Dans notre étude on ne retrouve pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant la pratique du dépistage systématique des addictions. Cependant la population de notre étude est 10 fois moins importante que l'échantillon du BS. Le manque de puissance de notre étude pourrait expliquer en tout ou partie cette absence de liaison observée entre genre et dépistage. Il n'est pas impossible que l'écart entre hommes et femmes aient diminué durant les trois années qui séparent les deux enquêtes.

Les MG qui abordent facilement les thèmes de l'alcool, du cannabis et des opiacés avec leurs patients posent plus systématiquement la question des consommations que les autres de manière significative. Cependant cela n'est pas retrouvé concernant le thème du tabac alors que dans le BS 2009 il est retrouvé une différence significative. Nous n'avons probablement pas pu mettre en évidence cette différence par manque de puissance.

Dans notre étude, on retrouve que les MG qui ont bénéficié d'une formation font plus fréquemment le dépistage systématique du tabac, de l'alcool et du cannabis de manière significative, le dépistage systématique étant le fait d'aborder la question au

moins une fois avec chaque patient. Ces données n'ont pas été étudiées dans le BS. Selon notre enquête un peu plus d'un tiers des MG a bénéficié d'une formation. Ces résultats rejoignent ceux de Diaz Gomez C., (2005) pour qui le manque de formation des MG est un des freins à la prise en charge des addictions. Ils demeurent insuffisamment formés concernant la dispense de soins aux toxicomanes malgré la création de divers diplômes (DESC, DU, capacités) qui ne sont, par ailleurs, pas obligatoires à leur formation. Le problème des addictions est également encore très peu enseigné durant le deuxième cycle des études médicales et est souvent abordé par des non-spécialistes (*Reynaud, M., Bailly, D., Venisse, J-L.,2004*).

On peut envisager qu'un élargissement de l'accès aux formations sur les addictions à un plus grand nombre de MG pourrait améliorer le taux de dépistage systématique des addictions et dans un deuxième temps une amélioration de leur prise en charge. Ceci est d'autant plus pertinent qu'ils sont environ deux tiers, dans notre enquête, à déclarer être intéressés par des formations en addictologie.

3.b. Prise en charge des addictions

Les résultats de notre enquête montrent que les MG du 79 sont très impliqués dans le dépistage et la prise en charge du tabac alors qu'ils se déchargent de la prise en charge de l'alcool, du cannabis et des opiacés.

La prise en charge des addictions est une activité chronophage et le fait de disposer de temps de consultation plus longs est cité comme facteur favorisant les pratiques de prévention par les MG pratiquant un nombre élevé d'actes quotidiens (Fournier, C., Buttet, P., Le Lay, E., 2009). On peut supposer qu'une partie des MG du 79 font partie de cette catégorie de MG, ayant un emploi du temps très chargé, compte tenu de la démographie médicale du département. Il s'avère qu'avec une densité moyenne de 269 médecins (toutes spécialités confondues) en activité régulière pour 100 000 habitants, la région Poitou-Charentes occupe le 8^{ème} rang des régions les moins dotées en MG. Il existe par ailleurs, de fortes disparités entre les quatre départements, le 79 polarisant seulement 17.5% des effectifs. (*Conseil national de l'ordre des médecins [CNOM], 2011, p16-20*)

Ainsi une des hypothèses pouvant être avancées est celle que les MG du 79 prennent moins en charge que la moyenne nationale, l'alcool, le cannabis et les opiacés du fait d'une surcharge de travail et d'un manque de temps constant. En France en 2011, les médecins généralistes ont déclaré une durée moyenne de consultation d'un peu moins de 18 minutes (DREES, 2012, p.3). Le plus souvent, aborder la consommation de substances à l'origine d'addiction est un temps supplémentaire consacré à un patient qui consulte souvent pour un autre motif. Cela n'incite pas les MG à aborder ces problèmes, d'autant plus que ceux-ci ont un emploi du temps déjà surchargé. . Ainsi plus le temps de consultation augmente et plus le nombre de MG prêt à accorder ce temps supplémentaire aux patients vivant une addiction diminue. Seul 22 à 32% d'entre eux envisagent de prendre 11 à 30

minutes de temps de consultation alors que la majorité d'entre eux (75 à 81%) envisage d'y consacrer 5 à 10 minutes (*Reynaud, M., Bailly, D., Venisse, J-L.,2004*).

Dans ce même cadre on voit également que la majorité des MG (78,7 %) du 79 connaissent plus de 2 adresses de correspondants sur les addictions. Seuls 0,9 % d'entre eux ne connaissent aucune adresse du dispositif spécialisé. Une étude réalisée sur le territoire Bordelais, comparant un territoire visité par le DSP et un territoire non visité, montre que 25 % des MG du territoire non visité par le DSP ne connaissent pas les personnes et lieux de ressources en addictologie. On peut donc émettre l'hypothèse que les MG du 79 adressent plus fréquemment leurs patients pour la prise en charge de l'alcool, du cannabis et des opiacés, premièrement, par manque de temps et, deuxièmement, du fait qu'ils connaissent mieux les ressources externes mobilisables. Ces données sont, cependant, à prendre en compte avec prudence étant donné que nous n'avons pas deux populations strictement comparables et que ces données n'ont pas été étudiées dans le BS 2009.

4. COMPARAISON AU BS 2009

Les MG du 79 sont significativement plus investis dans le dépistage et la prise en charge du tabac qu'au niveau national alors que concernant la prise en charge de l'alcool, du cannabis et des opiacés la majorité d'entre adressent leurs patients.

4.a. Dépistage des addictions

Les MG du 79 font significativement plus de dépistage du tabac et du cannabis qu'au niveau national (les données concernant les opiacés n'ont pas été étudiées dans le BS 2009).

Cette évolution peut être rapporté au fait que les MG sont de plus en plus impliqués dans le dépistage et la prise en charge du tabac, d'autant plus que les substituts nicotiques, mis à disposition, sont de plus en plus nombreux et que les pouvoirs publics s'engagent à de nombreux niveaux dans la lutte contre le tabagisme (campagne d'aide au sevrage, augmentation des taxes sur le tabac, loi Évin sur l'interdiction de fumer dans les lieux publiques) (*Gautier. A, 2011, p.197*).

Concernant le dépistage du cannabis, cette différence peut probablement être expliquée par l'évolution des opinions à ce sujet (cf. supra). Par ailleurs on voit que le nombre de patients vus pour difficultés avec le cannabis par mois, est significativement plus important qu'au niveau national. On peut penser que, les MG du 79 effectuant plus fréquemment le dépistage de cette addiction, le nombre de patients vus dans ce cadre est donc plus important. Il y a cohérence entre les deux différences observées, qui vont dans le même sens.

4.b. Prise en charge des addictions

Nos résultats montrent que les MG du 79 prennent, de manière significative, plus fréquemment en charge seuls le tabac que les MG du BS 2009. Selon les études du BS il est aujourd'hui admis que le tabagisme constitue un thème intégré de manière fréquente aux pratiques des MG.

Cependant les écarts retrouvés sont très importants et très significatifs dans notre étude. Dans l'enquête du BS on constate ainsi que la proportion de MG qui prend en charge seul le tabac tend à diminuer depuis 1993 (93,6% en 1993, 88,8% en 1998, 86,5% en 2003 et enfin 78.1% en 2009). Or dans notre étude on retrouve un taux significativement supérieur à celui du BS avec 81,9% des MG du 79 prenant en charge seul le tabac.

Cela peut probablement être expliqué par le fait que les MG de notre population dépistent plus fréquemment l'usage du tabac et considèrent qu'il s'agit de tout à fait leur rôle de manière significativement plus importante qu'au niveau national. On peut donc penser qu'ils s'impliquent également de façon plus importante dans la prise en charge de ces patients.

Concernant l'alcool, le cannabis et les opiacés, les MG du 79 adressent leurs patients à un confrère ou une structure de façon significativement plus importante que ceux du BS 2009. On constate dans le BS que le taux de MG adressant leurs patients pour la prise en charge de l'alcool a doublé entre 2003 et 2009 (11,7 % versus 23,3 % respectivement). Dans notre enquête ce taux a plus que triplé (73,6 %) par rapport au BS 2009 allant à l'encontre du fait qu'ils sont significativement plus nombreux à dire que la question de l'alcool relève de tout à fait de leur rôle. Il est peu probable que cette différence soit liée uniquement aux 3 ans d'écart entre les 2 études et on peut penser que ces résultats discordants (c'est tout à fait leur rôle, cependant ils ne prennent pas en charge) sont liés en partie au biais de désirabilité sociale. On peut également émettre l'hypothèse que les MG du 79 font du dépistage car il s'agit de leur rôle mais adressent secondairement leurs patients car ils ne savent pas comment prendre en charge ces addictions.

4.c. Conclusion

De nombreux biais interviennent dans la comparaison de nos résultats à ceux du BS et nous savons dans quels sens ils peuvent avoir influencé nos résultats. Cela nous incite à prendre du recul par rapport à nos conclusions.

5. COMPARAISON DES SUBSTANCES ENTRE ELLES

Pour la comparaison des substances entre elles, nous avons utilisé deux tests différents pour analyser les mêmes données afin d'obtenir deux informations différentes : les différences entre les représentations et les pratiques vis-à-vis des substances et le degré de corrélation entre celles-ci.

5.a. Différences entre les substances

Les différences de représentations et de pratiques des MG, vis-à-vis des diverses substances étudiées, sont toutes significatives et toujours selon la même hiérarchie : de manière décroissante les MG sont plus impliqués concernant le tabac, l'alcool, le cannabis et les opiacés respectivement.

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que les MG sont plus à même à prendre en charge une addiction si celle-ci est acceptée socialement. Ainsi, la quasi-totalité d'entre eux trouve facile d'aborder la question du tabac avec ses patients, le font au moins une fois avec tous et le prennent en charge seul.

Dans son livre "Lettre ouverte aux drogués et aux autres s'il en reste", Jacques Barsony, dit que : « Avec son interdiction, l'alcool a acquis le statut et la toxicité d'une drogue authentique. Autorisé, banalisé, accessible à bon marché partout et pour tous, le tabac ne produit plus d'extase. On ne parle plus de "l'ivresse sèche" qu'il procure. On ne considère plus les fumeurs comme des dépravés, des débauchés, le tabac est une drogue déchue, son succès lui a coupé les ailes. » (*Barsony, J., 2010*). L'avis de cet expert est corroboré par l'étude de Plas, C. (2005) qui confirme que le tabac n'est plus spontanément associé à de la drogue pour le grand public. Cette citation conforte notre hypothèse associant l'acceptabilité sociale au mode de prise en charge.

La consommation d'alcool est acceptée socialement et fait partie des activités sociales. Par ailleurs, elle fait l'objet de mesures répressives, notamment concernant son usage abusif sur la voie publique et la conduite en état ivresse. D'après Gaussoit, L. (1998) : « L'image de l'alcoolique est associée à un jugement négatif et à une réprobation collective » (Gaussoit, 1998).

On retrouve ainsi une prise en charge intermédiaire de l'alcool chez les MG du 79.

La relation des médecins avec l'alcool est ambiguë car d'un côté on parle de ses bienfaits «le vin est bon», «un verre de vin par jour est protecteur sur le plan cardiovasculaire», et de l'autre, on parle de ses effets néfastes sur la santé (*Reynaud, M., Bailly, D., Venisse, J-L., 2004*).

Il est admis par la société que l'alcool s'associe à la fête et la détente avec des notions de «vin d'honneur», «verre de l'amitié». Il s'agit d'un produit de socialisation.

Cependant, utilisé à outrance elle aboutit à des états morbides. Selon les données de l'OFDT, les conséquences judiciaires liées à la consommation d'alcool sont non négligeables. En 2010 il a été effectué 152 397 condamnations pour conduite en état alcoolique.

Les médecins ne sont pas exclus de ces représentations et sont souvent eux-mêmes consommateurs. Ainsi dans une étude portant sur une population de MG Parisiens, 70 % d'entre eux estiment que leurs propres représentations de l'alcool et des problèmes qui lui sont liés jouent un rôle dans leur prise en charge.

De nombreux médecins pensent que si le motif de consultation ne concerne pas la consommation excessive d'alcool, le mentionner équivaut à une violation de la vie privée du patient (Groppi,M., 2010). Cela peut probablement, en partie, expliquer le fait que moins d'un tiers des MG aborde la question de l'alcool au moins une fois avec tous ses patients dans notre étude.

Concernant l'addiction à l'alcool, les difficultés les plus fréquemment rencontrées par la majorité des MG sont le manque de compliance des patients, les rechutes fréquentes et le manque de traitement efficace. Les médecins sont ainsi réticents à être impliqués dans le diagnostic et/ou le traitement des abus d'alcool. (Groppi,M., 2010).

Une autre hypothèse possible à l'éviction du sujet «alcool», avec leurs patients, est que certains MG sont peut-être eux-mêmes des consommateurs excessifs d'alcool rendant l'abord du problème d'autant plus difficile.

Le cannabis et les opiacés sont quant à eux connus comme étant des produits illicites. En 2010, on a assisté à 122 439 et 7 255 interpellations pour usage de

cannabis et d'héroïne respectivement. Cela a abouti à 50 100 condamnations pour une infraction à la législation sur les stupéfiants, tous produits illicites confondus (OFDT, 2012).

Concernant l'opinion publique, 60 % des 15-75 ans considèrent que le cannabis est dangereux dès son expérimentation. Ils sont 92 % à avoir cette opinion concernant l'héroïne.

Ainsi on retrouve que certains MG craignent une altération de leur image et/ou de celle de leur patientèle devant une présence trop importante de patients alcooliques ou toxicomanes dans leur salle d'attente (Reynaud, M., Bailly, D., Venisse, J-L., 2004). Cela pourrait être une explication au faible taux de prise en charge de ces addictions dans notre population de MG.

Ainsi, le gradient dans les représentations et les pratiques vis-à-vis des différentes substances pourrait être le corollaire du gradient d'acceptabilité sociale des diverses consommations.

5.b. Corrélation entre les substances

Ces analyses montrent qu'il existe une corrélation forte entre cannabis et opiacés concernant les 4 thèmes étudiés (facilité à aborder la question, dépistage, rôle et prise en charge). Cela laisse penser que les médecins effectuant le dépistage et la prise en charge de l'addiction au cannabis le font également pour les opiacés.

On ne retrouve par contre pas de corrélation entre le tabac et les autres substances responsables d'addictions et l'alcool est retrouvé en position intermédiaire.

On peut donc probablement avancer l'hypothèse que le cannabis et les opiacés sont des substances indifférenciées par les MG du 79 et placés dans un seul et même groupe : les drogues illicites. Cette catégorisation identique des deux substances pourrait aussi être le fait d'un manque de connaissances approfondies des MG sur ces substances. Le tabac est probablement, une substance à part, non corrélée aux autres substances et l'alcool est en position intermédiaire entre le tabac et les substances illicites. Cette catégorisation identique des deux substances, cannabis et opiacés, pourrait aussi être le fait d'un manque de connaissances approfondies des MG sur ces substances.

La disparité entre le tabac et les autres substances est probablement liée au fait que celui-ci n'est plus considéré comme étant une addiction (Barsony, J., 2010) et qu'on le compare donc à des substances qui ne lui sont pas comparables.

6. CONCLUSIONS ET HYPOTHÈSES:

Les MG du 79 sont plutôt favorables à effectuer le dépistage des addictions et les données de l'enquête ont tendance à faire penser que les MG ayant bénéficié d'une formation sont plus à même à faire du dépistage.

On peut ainsi formuler l'hypothèse que l'amélioration de l'accès aux formations sur les addictions pourrait améliorer la prise en charge de celles-ci par les MG en médecine ambulatoire.

Nos résultats laissent également penser que les MG sont d'autant plus impliqués dans le dépistage et la prise en charge d'une addiction si celle-ci est acceptée socialement. L'indifférenciation cannabis / opiacés suggère un manque de connaissances spécifiques à propos de ces problématiques. Les diverses représentations vis-à-vis des addictions influent donc probablement sur le mode de prise en charge.

7. PERSPECTIVES

L'expérience Bordelaise a montré une amélioration des connaissances des MG concernant les réseaux, les dispositifs spécialisés dans la prise en charge des addictions, les actions locales et les formations proposées sur les addictions.

La mise en place d'un DSP dans le 79 pourrait ainsi améliorer les connaissances des MG du 79 au même titre que sur le territoire Bordelais.

Ces données comprenant la quasi-totalité des médecins généralistes pourraient ainsi servir de référence à des études ultérieures en particulier pour évaluer l'action du réseau ICARES et du DSP.

Une deuxième enquête, pourrait par la suite, évaluer l'impact d'une telle visite sur le dépistage et la prise en charge des MG des Deux-Sèvres afin de voir si leurs pratiques évoluent notamment concernant la prise en charge de l'alcool, du cannabis et des opiacés.

RÉFÉRENCES

Augere, F. (2010). Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau «Addictions», auprès des médecins généralistes girondins. (Thèse de doctorat, Université de bordeaux 2 - Victor Segalen, bordeaux, France).

Barsony, J.,(2010). Lettre ouverte aux drogués et aux autres s'il en reste. (Edition JBz et Cie). 2010

Binder. P. (2013) Cannabis, Identifier, Accompagner, Intervenir, guide pour le médecin généraliste [Logiciel]. France : Pôle Ressource National.

CDC. (2003). Santé et famille, un rapport public annuel. Cour des comptes. Paris 2003, p.87.

CNOM. (2011). La démographie à l'échelle des bassins de vie en région Poitou-Charentes. Dans Atlas Régionaux, 2^e édition. Paris 2011, 47p.

Com-Ruelle, L., Dourgnon, P., Jusot, F., Lengagne, P. (2008). Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque?. Questions d'économie de la santé, n° 129, page 2.

Costes J.-M., Laffiteau C., Le Nézet O., Spilka S., (2010) Premiers résultats concernant l'évolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues 1999-2008. Saint-Denis : OFDT, 2010, 5 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eropp100621fiche.pdf>

De Leeuw, E.D., Mellenbergh, G.J., Hox, J.J., (1996). The influence of data collection method on structural models. A comparison of a mail, a telephone, and a face-to-face survey. Sociological Methods & Research, vol.24, n°4, May 1996, 443-442. Sage Publications, Inc, 1996.

Diaz Gomez, C., Milhet, M.(2005). Repérage précoce intervention brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes [rapport]. Saint-Denis : OFDT, 2005 : 220 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/epfxcdk4.html>

DREES. (2012). Les emplois du temps des médecins généralistes. Etude et résultats, n° 797, Mars 2012. 8p.
ISSN papier : 1292-6876

FNORS. (2012). Score santé.
Tiré de <http://www.scoresante.org/score2008/contextes.html>
20/05/2013

Fournier, C., Buttet, P., Le Lay, E., (2009).Baromètre santé médecins généralistes 2009. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Inpes, coll. Baromètre santé, 2011 : 83p.

Gaussot, L., Ancel, P. (1998). Alcool et alcoolisme. (Edition L'Harmattan). 1998

Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.
ISBN 978-2-9161-9224-6

Groppi, M. (2010). Evaluation du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes d'alcool. (Thèse de doctorat, Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, France).

HAS. (2007). Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique, efficacité, efficience et prise en charge financière. Paris 2007 : 122p.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2011). The 2011 ESPAD Report, Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish council for information on alcohol and other drugs, Stockholm, Suède.

Holbrook, A.L., Green, M.C., Krosnick, J.A., (2003). Telephone versus face-to-face interviewing of national probability samples with long questionnaires. Comparisons of respondent satisficing and social desirability response bias. Public Opinion Quarterly Volume 67:79-125. By the American Association for Public Opinion Research, 2003.

INSEE. (2012). Recensement de la population, Deux-Sèvres. Tiré de <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2012/pdf/dep79.pdf>
21/05/2013

Marchese, O., 2008. Modes de recueil, avec et sans enquêteur. Enquêtes en face à face, par téléphone, par voie postale, Les études on-line. CNAM, 2008.

Mizrahi, A., Mizrahi, A., 1998. Qualité des données par téléphone et en face à face. Assemblée annuelle de la SSC, 1998.

OFDT. (2012a). Drogues, chiffres clés, 4^e édition. Paris 2012, 8p.
ISSN 2256-8611

OFDT. (2011). Séries statistiques. Tiré de <http://www.ofdt.fr/BDD/seristat/00014.xhtml> 20/05/2013

OFDT. (2012b). Alcool conséquences. Tiré de <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool/consequ.html>
20/05/2013

OFDT. (2012c). Héroïne et autres opiacés conséquences. Tiré de <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/opiaces/consequ.html>
20/05/2013

ORS. (2012). Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, Consommation d'alcool, de tabac, cannabis et autres drogues. ORS, 2012, 6p.

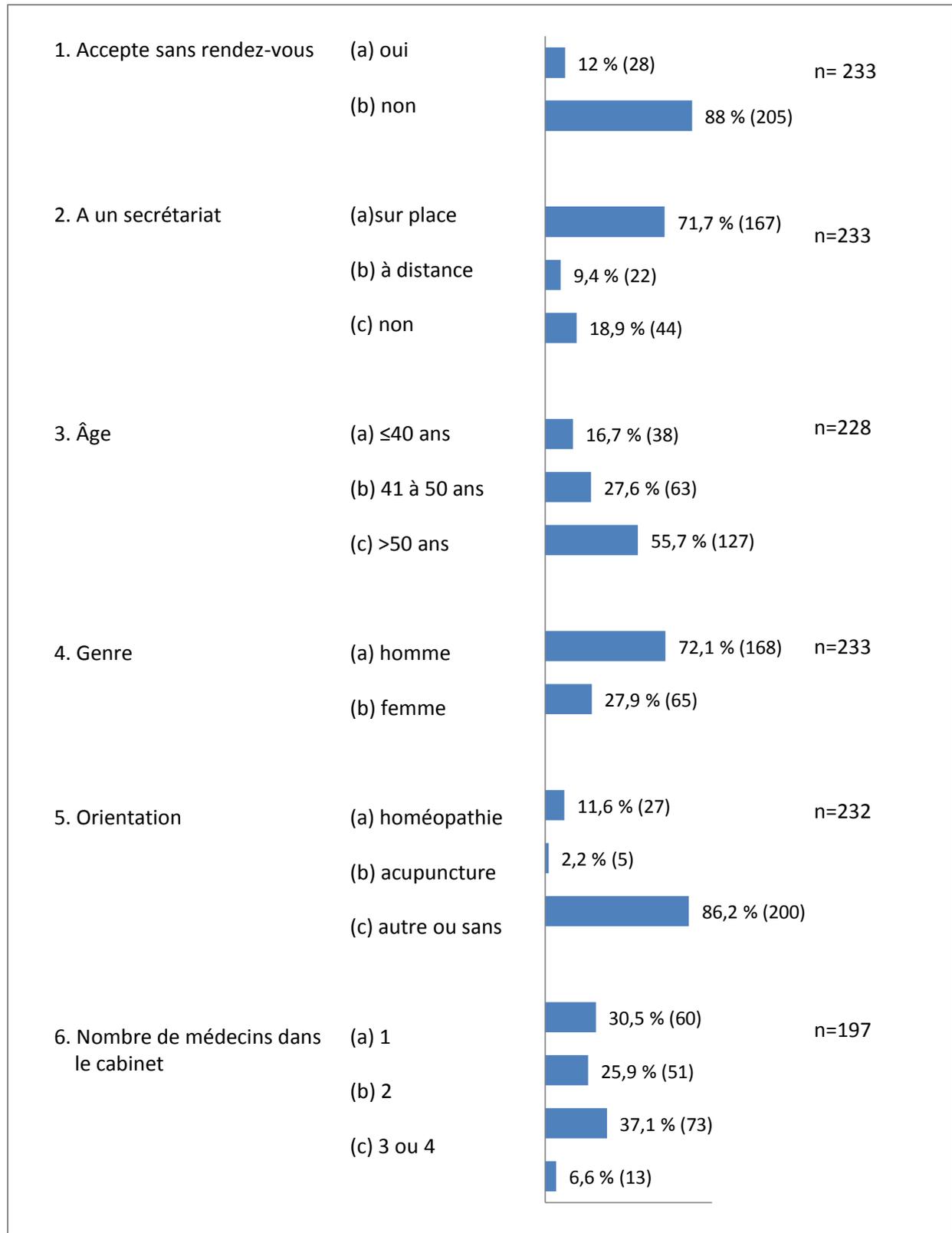
Plas, C., (2005). Le tabac : manières de voir d'adultes et de jeunes, Deuxième partie : les représentations autour d'une problématique complexe. Education santé, n° 198, Février 2005.

Reynaud, M., Bailly, D., Venisse, J-L. (2004). Médecine et addictions, peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? (Edition Masson). Paris, 2005 : Masson.

ANNEXE 1

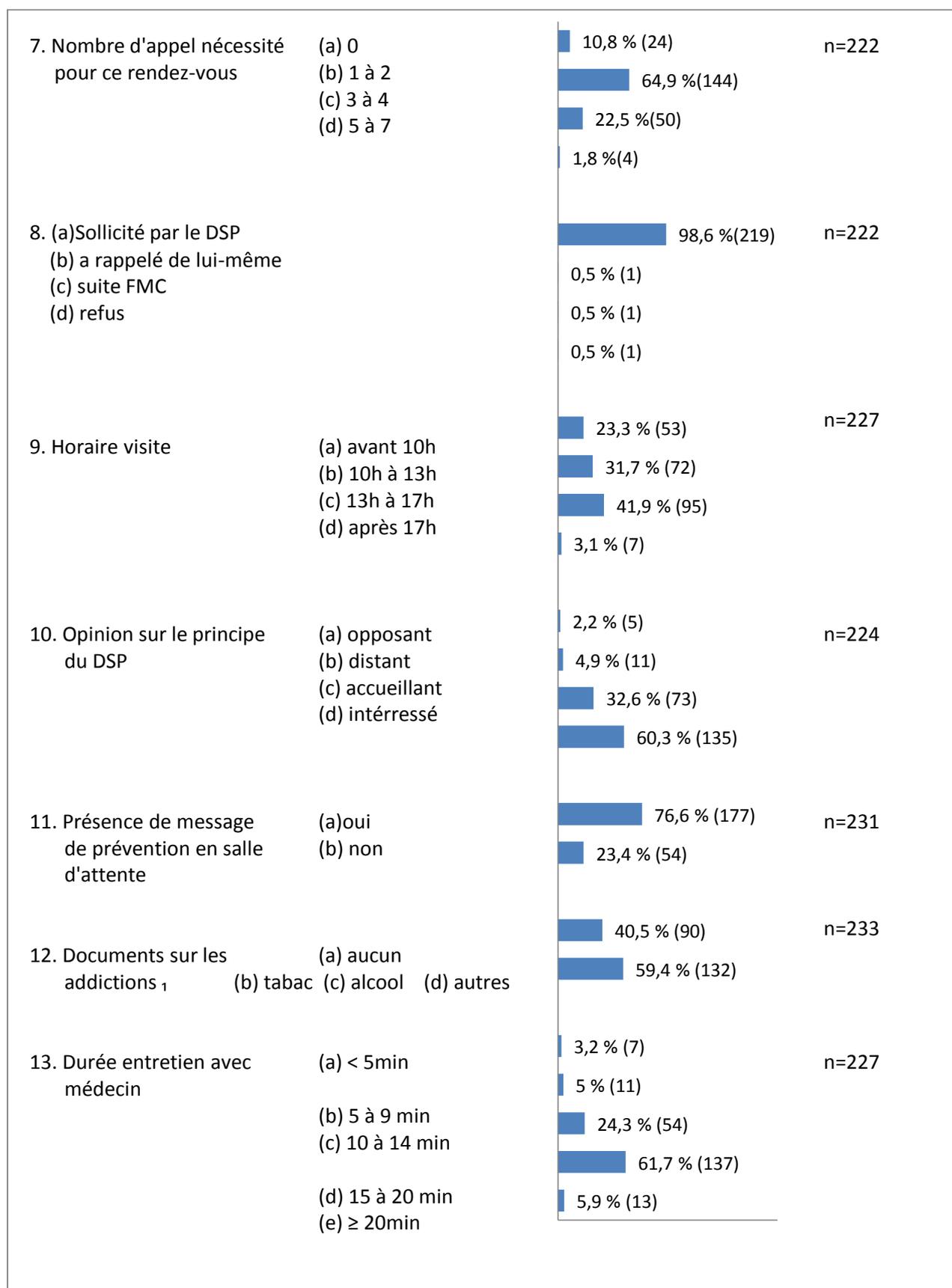
Questionnaire

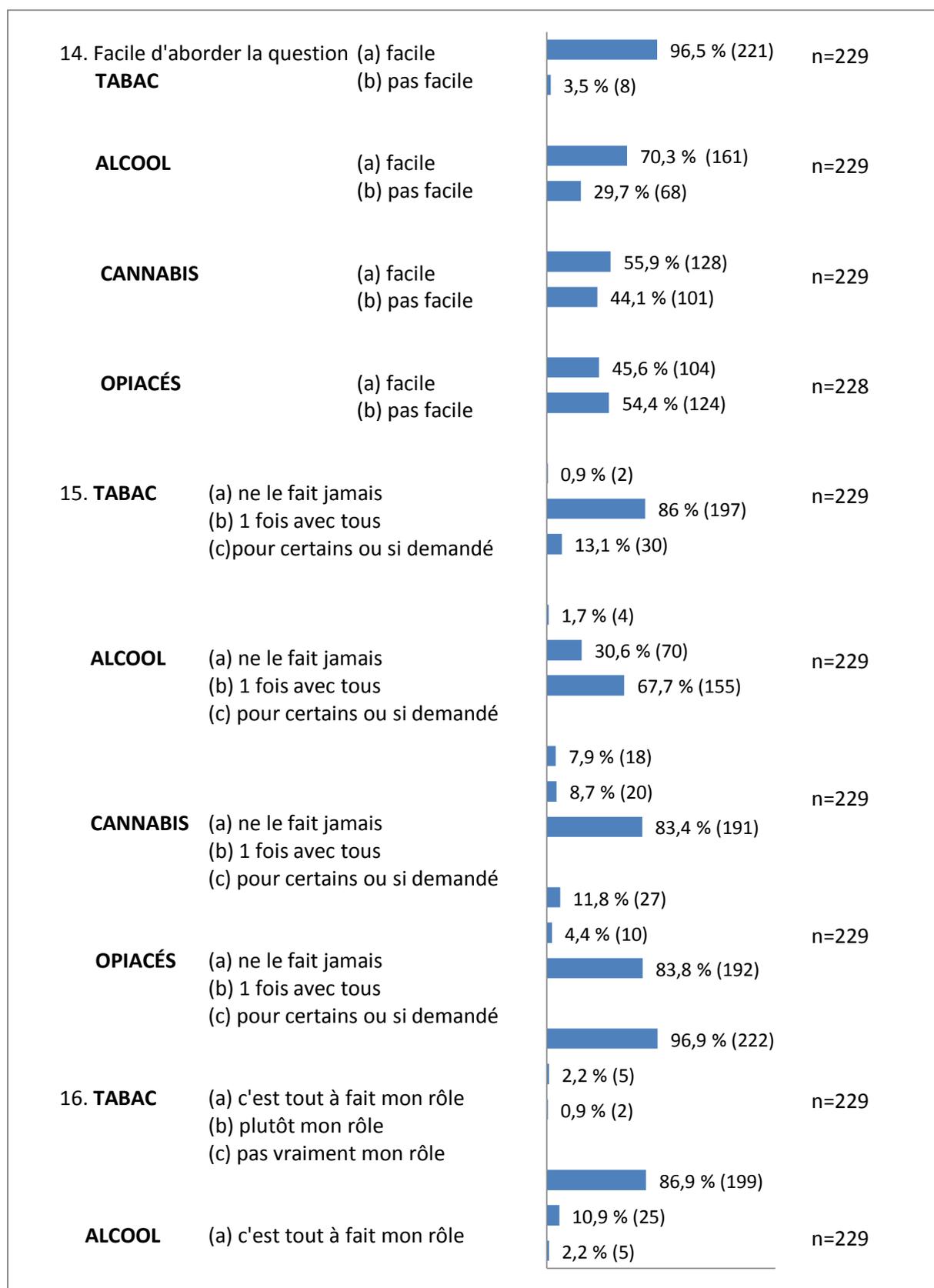
Données statistiques

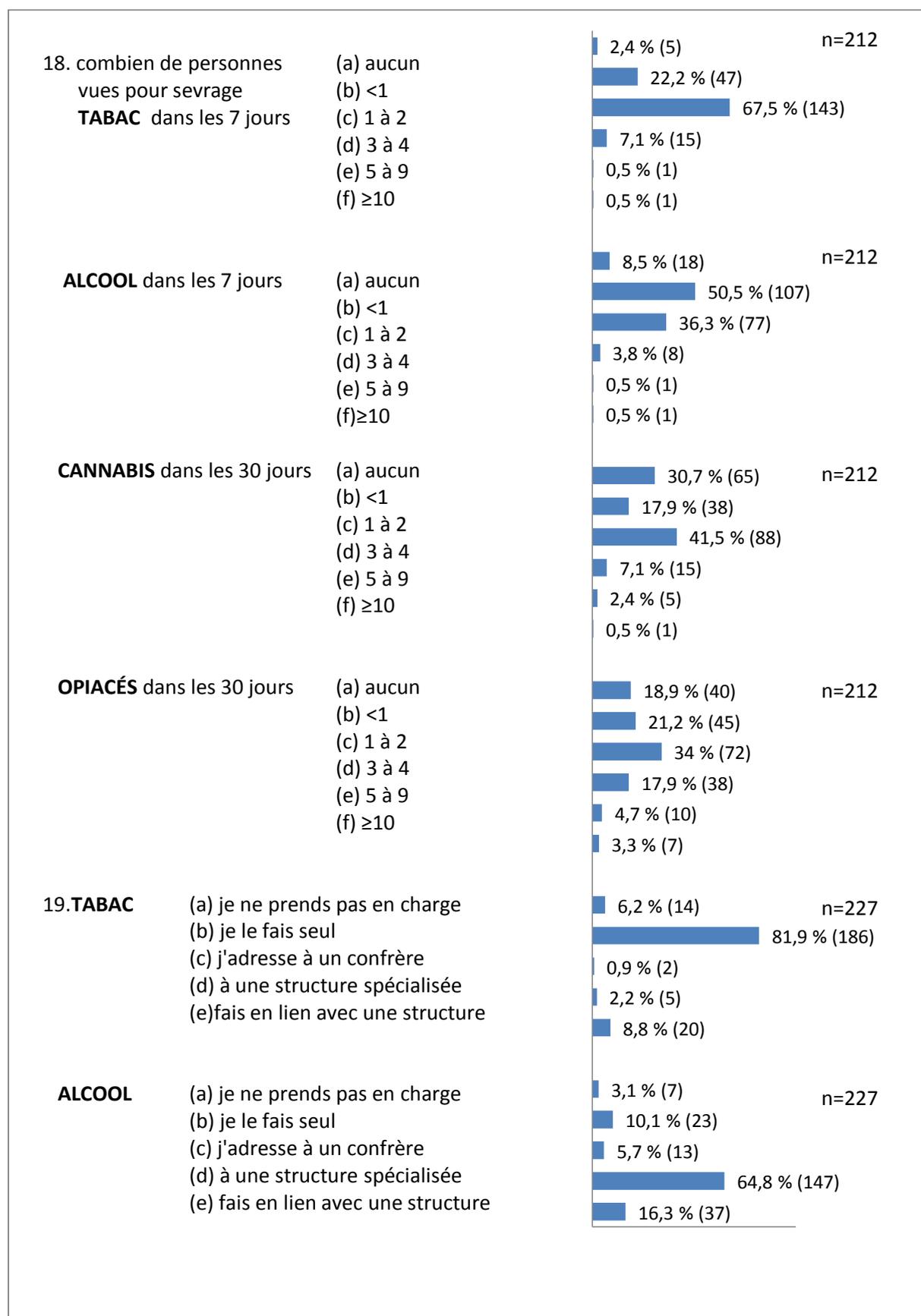


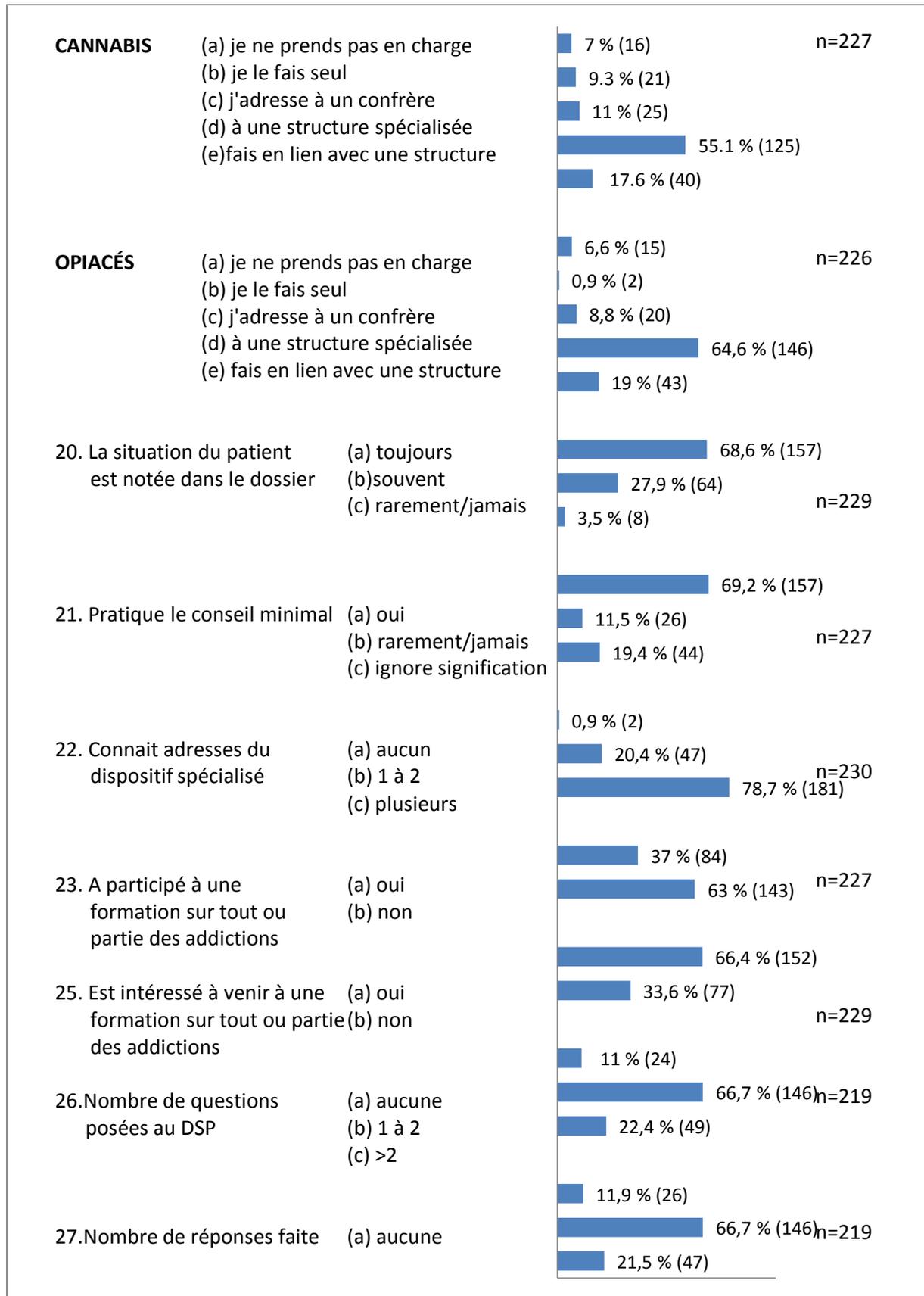
Questionnaire

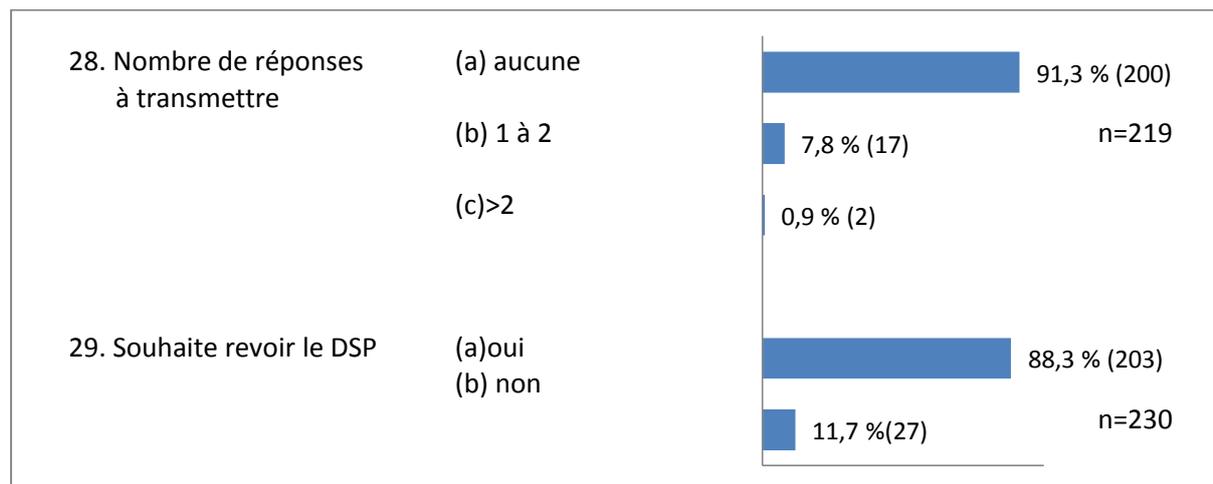
Données statistiques











ANNEXE 2 : corrélation entre les substances

| Facilité à aborder le sujet | Tau-b | p |
|------------------------------------|--------------|----------|
| Tabac/Alcool | 0,193 | p=0,03 |
| Tabac/Cannabis | 0,169 | p=0,02 |
| Tabac/Opiacés | 0,126 | p=0,04 |
| Alcool/Cannabis | 0,527 | p<0,0001 |
| Alcool/Opiacés | 0,484 | p<0,0001 |
| Cannabis/Opiacés | 0,765 | p<0,0001 |

| J'aborde le sujet | Tau-b | p |
|--------------------------|--------------|----------|
| Tabac/Alcool | 0,370 | p<0,0001 |
| Tabac/Cannabis | 0,361 | p=0,0002 |
| Tabac/Opiacés | 0,380 | p=0,0003 |
| Alcool/Cannabis | 0,459 | p<0,0001 |
| Alcool/Opiacés | 0,394 | p<0,0001 |
| Cannabis/Opiacés | 0,774 | p<0,0001 |

| Est-ce mon rôle | Tau-b | p |
|------------------------|--------------|----------|
| Tabac/Alcool | -0,010 | p=0,96 |
| Tabac/Cannabis | -0,117 | p=0,31 |
| Tabac/Opiacés | -0,111 | p=0,31 |
| Alcool/Cannabis | -0,358 | p=0,0007 |
| Alcool/Opiacés | -0,342 | p=0,0008 |
| Cannabis/Opiacés | 0,901 | p<0,0001 |

| Prise en charge des addictions | Tau-b | p |
|---------------------------------------|--------------|----------|
| Tabac/Alcool | -0,031 | p=0,63 |
| Tabac/Cannabis | 0,020 | p=0,74 |
| Tabac/Opiacés | -0,167 | p=0,03 |
| Alcool/Cannabis | 0,235 | p=0,0009 |
| Alcool/Opiacés | 0,262 | p=0,0003 |
| Cannabis/Opiacés | 0,645 | p<0,0001 |

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



RESUME

INTRODUCTION : Les consommations de substances psychoactives sont un véritable problème de santé publique en France à l'origine de nombreuses complications bio-psycho-sociales. L'investissement des médecins généralistes est très variable en fonction des addictions. L'objectif principal de l'étude est de décrire les représentations et les pratiques des médecins généralistes d'un département, le 79, vis-à-vis des addictions, jusqu'à lors inconnues. Les objectifs secondaires sont la comparaison des résultats aux données du Baromètre Santé National 2009 et la comparaison des substances entre elles.

METHODE : Une enquête observationnelle, déclarative, par questionnaire en face-à-face, à visée descriptive, a été menée de Novembre 2011 à Décembre 2012. La population-cible était constituée de la quasi-totalité des médecins généralistes du territoire, à l'exception de 2 médecins qui n'ont pas répondu.

RESULTATS : La majorité des médecins généralistes du 79 effectuent le dépistage et la prise en charge du tabac de façon plus importante qu'au niveau national. Concernant l'alcool, le cannabis et les opiacés, ils adressent majoritairement, leurs patients à un confrère ou une structure et ce plus fréquemment qu'au niveau national. Ces différences sont significatives. La comparaison des substances entre elles montrent que celles-ci sont toutes significativement différentes les unes des autres mais qu'il existe toutefois une forte corrélation entre le cannabis et les opiacés.

