

ANNEE

Thèse n°

2015

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

présentée et soutenue publiquement
le 3, septembre, 2015 à Poitiers
par **Monsieur Romain TEOLI**

**Les représentations et interventions des généralistes dans les addictions
sont-elles différentes en France et en Suisse ?**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Madame le Professeur Christine SILVAIN

Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur associé Philippe BINDER

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année universitaire 2014 - 2015

Le Doyen,

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BRIDOUX Frank, néphrologie
5. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
6. CARRETIER Michel, chirurgie générale
7. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
11. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
12. DROUOT Xavier, physiologie
13. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
14. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
15. FAURE Jean-Pierre, anatomie
16. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
17. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
18. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
19. GILBERT Brigitte, génétique
20. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
21. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
22. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
23. GUILLET Gérard, dermatologie
24. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
25. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
26. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
27. HERPIN Daniel, cardiologie
28. HOUETO Jean-Luc, neurologie
29. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
30. IRANI Jacques, urologie
31. JABER Mohamed, cytologie et histologie
32. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
33. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
34. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
35. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
36. KITZIS Alain, biologie cellulaire
37. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
40. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
41. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
42. MACCHI Laurent, hématologie
43. MARECHAUD Richard, médecine interne
44. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
45. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
46. MIGEOT Virginie, santé publique
47. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
48. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, neurologie
51. ORIOT Denis, pédiatrie
52. PACCALIN Marc, gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
56. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, médecine interne
58. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, anatomie
61. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
62. ROBERT René, réanimation
63. ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
64. ROBLLOT Pascal, médecine interne
65. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
66. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
67. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
68. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
69. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
70. TOUCHARD Guy, néphrologie
71. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
72. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Remy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET
Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère
SASU Elena, enseignant contractuel

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS :

Aux membres de mon jury de thèse, qui me font l'honneur de siéger en ce jour et de me juger.

Monsieur le Président du jury le Professeur José Gomes,
Directeur du Département de Médecine Générale
Coordonnateur du DES de Médecine Générale

Je vous remercie pour le dévouement et les sacrifices que vous avez fait preuve pour le bien de vos étudiants et leur formation. J'ai eu le privilège de bénéficier de votre enseignement en groupe d'échange de type Balint qui fut une formation d'ouverture à la qualité de la relation médecin/patient. Vous avoir comme Président du jury de ma thèse est un honneur.

Madame le Professeur Christine Silvain,
Responsable du service d'hépto-gastro-entérologie du CHU de Poitiers.

C'est dans votre service que j'ai effectué mon premier stage hospitalier, j'ai eu par la suite le privilège de travailler à vos côtés lors du dernier au centre pénitentiaire. Vous avez présidé la soutenance de mon mémoire de DES. Je garde en mémoire vos précieux conseils donnés au cours de toutes ces étapes, je vous remercie d'être présente pour cette dernière.

Monsieur le Professeur Marc Paccalin
Chef du pôle de Gériatrie au CHU de Poitiers.

Le stage d'interne effectué au sein du service de Gériatrie a été le plus formateur de mon cursus. Vous avoir eu comme maître et modèle me fut d'un grand secours dans mon apprentissage. Je vous en suis très reconnaissant et je ne peux que vous remercier.

Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari
Responsable de l'Unité de Recherche Clinique du CHS Henri Laborit.

Je vous remercie de vous être intéressé à ce projet. Vous avez aimablement accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect les plus sincères.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur associé Philippe Binder
Directeur du Pôle Recherche du Département de Médecine Générale.
Coordinateur du Réseau Addiction Régional RAP

Vous m'avez soutenu du début à la fin, parfois même porté. Votre esprit et votre rigueur scientifique m'ont aidé à mener à bien ce travail. Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

« On ne peut pas mettre 10 ans sur table comme on étale ses lettres au scrabble »

Voilà 10 années de sacrifices pour la Médecine qui m'a tant gâté en retour.

Je ne la remercierai jamais assez pour m'avoir fait rencontrer sur les bancs de la fac celle qui est devenue mon amie, ma consœur et ma femme.

Je la remercie pour m'avoir fait voyager en Suisse où j'ai débuté cette thèse avec l'aide de la Dre Haller-Hester de l'Unité de Médecine de Premier Recours de Genève.

Je remercie le Pr Ingrand pour son expertise statistique indispensable pour finir cette étude.

Je remercie tous les serviteurs de la Médecine qui m'ont appris à aimer mon métier. Et plus particulièrement le Dr Rubi et le Dr Robin pour m'avoir transmis leur Passion pour la médecine générale ; le Dr Valero pour avoir guidé mes pas vers une médecine humaine.

Je remercie mes « copains de galère », co-externes et co-internes pour avoir ramé si fort que les journées difficiles semblaient faciles.

Je remercie les malades pour leur confiance dans leurs moments de faiblesse et leur tolérance pour les fois où je n'ai pas été à la hauteur.

Je remercie l'hôpital de Poitiers pour m'avoir ouvert ses portes le jour comme la nuit...et pour avoir fait naître Gisèle.

Je remercie ma famille pour m'avoir porté et ma « très belle-famille » pour m'avoir supporté.

Je remercie Camille pour m'avoir tout donné.

A Gisèle.

PLAN DE LA THESE SOUS FORME D'UN ARTICLE ORIGINAL:

TITRE	9
INTRODUCTION	9-11
MATERIELS ET METHODE	11-13
- Le questionnaire	12
- Les critères d'inclusion et d'exclusion	13
- Les méthodes statistiques	13
RESULTATS	13-15
- Le mode de recueil	13
- L'approche personnelle des addictions	14
- La patientèle	14
- La prise en charge	14
- L'implication	14-15
DISCUSSION	15-19
- Les limites de l'étude	15-16
- Représentations et comportements	16-17
- Différences d'implication	17-18
- Sur un plan général	18-19
Conflits d'intérêts et financement de l'étude	19
Remerciements	19

BIBLIOGRAPHIE	20-23
TABLEAUX ET FIGURES :	24-26
<u>Tableau I</u> : Profil et description du cabinet des médecins généralistes de Charente/des Deux-Sèvres et du canton de Genève.	24
<u>Tableau II</u> : Représentation, implication des médecins généralistes de Charente/Deux-Sèvres et du canton de Genève confrontés à la prise en charge de leur patientèle en médecine de l’addiction.	25
<u>Tableau III</u> : Epidémiologie en addiction des territoires étudiés selon des études statistiques d’organismes d’Etat publiées de 2007 à 2014.	26
ANNEXES :	27-28
<u>Annexe I</u> : Lettre explicative adressée aux médecins généralistes interrogés.	27
<u>Annexe II</u> : Questionnaire rempli par les médecins généralistes.	28
Résumé et mots-clés	29
Serment	30

LISTE DES ABBREVIATIONS :

MG : Médecin Généraliste

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

DGS : Direction Générale de la Santé

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites
Addictives

FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire

CNCI : Centre National des Concours d'Internat

GPMA : Groupe genevois des Praticiens en Médecine de l'Addiction

OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique

COROMA : Collège Romand de Médecine de l'Addiction

CG : Canton de Genève

PIB : Produit Intérieur Brut

PC : Poitou-Charentes

RAP : Réseau Addictions du Poitou-Charentes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FMH : Foederatio Medicorum Helveticorum (Fédération des Médecins Suisses)

AMG : Association des Médecins de Genève

CIPRET : Centre d'Information pour la Prévention du Tabagisme

GREAA : Groupement Romand d'Etudes des Addictions

SMPR : Service de Médecine de premier recours des Hôpitaux Universitaires de Genève

SCLO : Swiss Catalogue of Learning objectives (Catalogue Suisse des Objectifs
d'Apprentissage)

ARTICLE ORIGINAL :

Les représentations et interventions des généralistes dans les addictions sont-elles différentes entre la France et la Suisse?

Are the views and interventions in addiction of general practitioners different in France and Switzerland?

INTRODUCTION :

A l'échelle d'une population, la prise en charge des addictions concernant le tabac, l'alcool, le cannabis et les opiacés relève essentiellement des médecins généralistes (MG) (1-3). En France, près de deux tiers des MG sont consultés par un usager dépendant aux opiacés dans l'année, et 59% par un usager de cannabis. Dans les 7 derniers jours de leur exercice professionnel 68,6 % des MG auraient vu au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique, et 51,6 % dans le cadre d'un sevrage d'alcool (4). Mais la prise en charge des patients souffrant d'addictions est très inégale selon les MG (4). Leur implication varie selon le type de produits consommés (5), particulièrement pour les drogues illicites (4). En effet, 4,7% des médecins voient plus de 10 patients par mois souffrant d'addiction aux opiacés alors que 35% n'en voient pas du tout (4) et seulement 26% des MG prennent en charge 75% des patients (6).

Il existerait donc des facteurs limitants. Des études ont essayé de les caractériser : l'isolement, le manque de temps ou de formations, les représentations négatives des toxicomanes ou alcooliques (4) (7-9). Ils seraient davantage présents chez les MG que chez les psychiatres et les spécialistes en addictions (7).

Ces barrières sembleraient diminuer chez les MG ayant fait une démarche de formation sur la communication (tuteur, coaching, stage, formation continue) (10-11) ou des formations sur la gestion des patients consommateurs (11). Mais ces études proviennent essentiellement de pays anglo-saxons, les données françaises restant essentiellement descriptives (4).

En France, quelques actions de sensibilisation, d'information et de formation ont été organisées ponctuellement par les organismes d'Etat : l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), la DGS (Direction Générale de la Santé), la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives), et la FNPEIS (Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire). Mais ces actions ne sont pas spécifiques aux MG et ont rarement fait l'objet d'évaluations approfondies. La formation universitaire se limite aux objectifs du CNCI (Centre National des Concours d'Internat) et la formation des médecins en exercice est laissée à l'initiative des organisations de formation continue soumise à de nombreuses contraintes y compris dans les thèmes choisis pour pouvoir être indemnisés. De plus, les études ont montré que la formation théorique est insuffisante pour adopter les meilleures prises en charge en matière d'addiction (5) (11-12). Entre 1996 et 2006 un mouvement de MG a essayé de mobiliser la profession dans le domaine des addictions mais il a surtout rassemblé des militants. S'il a largement contribué au mouvement des réseaux, il a finalement peu touché l'ensemble des MG (13).

En Suisse, cette inégalité d'investissement a aussi été constatée. Face à cela, et dès les années 90, une dynamique a été initiée dans le canton de Genève par les collectivités et par les acteurs de santé. Des efforts conséquents ont été réalisés par les facultés dans la formation universitaire (14), et dans la réalisation de formations continues au long cours. En 1994, des médecins concernés par les problèmes de dépendances se sont regroupés formant ainsi le GPMA (Groupe genevois des Praticiens en Médecine de l'Addiction). Puis suite au rapport en 1995 de l'OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique) qui mettait au jour les lacunes dans la prise en charge de personnes souffrant d'addictions, les cantons romands ont développé en 1998 un projet nommé MedRoTox. Ce projet avait pour but de faciliter la prise en charge des patients dépendants par les MG (8). Il développait la gestion d'une ligne téléphonique, la création et l'animation de groupes d'échanges, l'organisation d'une offre de formations ponctuelles, la publication d'articles, la promotion de la collaboration interprofessionnelle et

de la rétribution des acteurs par les caisses-maladie. Il a eu pour originalité la création d'un réseau informel de MG et de spécialistes : le COROMA (Collège Romand de Médecine de l'Addiction) (15). Ces actions ont eu des évaluations positives (8) mais l'impact au long terme n'a pas été évalué.

Ces différentes approches inscrites dans la durée méritent d'être comparées et cela d'autant plus qu'elles ont eu lieu dans deux zones francophones de pays limitrophes présentant des différences sociodémographiques. Le canton de Genève (CG) est urbain et riche avec 1890 habitants/Km² (2011) et un PIB de 75334,66 euros par habitant (2007). Il est fortement doté en médecins avec en 2013 3,4 médecins/1000 habitants. A l'inverse le Poitou-Charentes (PC) est rural et moins riche avec 69,4 habitants/Km² et un PIB de 25037 euros par habitant en 2007. La densité médicale est de 2,4 en Charente et 2,2 en Deux-Sèvres en 2013 pour 1000 habitants (16-20).

Nous faisons l'hypothèse que malgré des différences de contextes socioculturels, de territoires, de formations et d'exercices, il existe entre des MG français en secteur rural et des MG suisses en secteur urbain un socle commun de représentations et de comportements face aux addictions mais que des campagnes de formation spécifique améliorent leur implication.

MATERIELS ET METHODE :

Dans cet objectif, le pôle de recherche de médecine générale de la faculté de médecine de Poitiers et l'unité de médecine de premier recours de la faculté de médecine de Genève ont créé un partenariat. Ils ont choisi de comparer les MG du CG ayant été spécifiquement sensibilisés aux addictions à ceux de Charente et des Deux-Sèvres PC en France n'ayant pas été sensibilisés de façon spécifique. Une enquête transversale par voie postale avec un auto-questionnaire a été réalisée en deux routages successifs. Le premier a eu lieu entre décembre 2012 à avril 2013 auprès des MG du PC. Le second a eu lieu de juin à octobre 2013 auprès des MG du CG.

Le questionnaire :

Un questionnaire sous forme de tableau a été élaboré à partir des questions du Baromètre santé France 2009 et d'un questionnaire testé par le RAP (Réseau Addictions du Poitou-Charentes). Il comprenait 8 questions qui caractérisaient le médecin et son cabinet, 3 séries de questions qui concernaient le ressenti sur la prise en charge et 3 séries de questions sur la réalité de la prise en charge. Chaque série questionnait séparément sur le tabac, sur l'alcool, sur le cannabis et sur les opiacés. La prise en charge des consommateurs de cocaïne ou d'autres drogues n'a pas été recherchée afin de garder les mêmes types de produits investigués que le Baromètre Santé français de 2009. Pour les personnes en difficulté avec les drogues illicites la période d'investigation de 30 jours a été préférée aux 7 jours pour le tabac et l'alcool du fait d'une fréquentation moins grande de ces patients. D'autres questions étaient indépendantes des produits : 4 questions évoquaient les éléments de dépistage et de méthode, 5 questions concernaient l'intérêt à la pratique de la médecine de l'addiction, 1 question était dédiée au temps consacré à remplir la fiche. Ces différents regroupements de questions permettaient de caractériser les MG questionnés, d'identifier leurs représentations et leur comportement vis-à-vis des addictions puis de tenter d'évaluer leur implication et intérêt pour la pratique de la médecine de l'addiction.

Un envoi postal sans timbre retour a été réalisé auprès de l'intégralité des médecins de premier recours des zones choisies : ceux des deux départements français soit 628 et ceux du CG soit 526 médecins. Afin d'augmenter le nombre de répondants un second courrier a été réalisé en le munissant d'une enveloppe timbrée de retour (21). La conduite du protocole a été identique en France et en Suisse.

Ce projet a été présenté au comité éthique du CHU de Poitiers. Il n'a pas posé de problème éthique car il s'agissait d'une étude observationnelle d'opinion réalisée avec des questionnaires adressés aux médecins généralistes sans action, ni modification sur la prise en charge des patients. Pour garantir la confidentialité, les questionnaires étaient numérotés et anonymisés par une tierce personne. Deux saisies manuelles indépendantes ont été réalisées par deux personnes différentes. L'exploitation a été réalisée avec le logiciel SAS.

Critères d'inclusion et d'exclusion :

-Les critères d'inclusion étaient d'être des médecins de premier recours ce qui signifie en France : pratiquer la médecine générale libérale, et pour la Suisse : pratiquer de manière libérale la médecine générale, la médecine interne, la pédiatrie ou être médecin praticien.

- Les critères d'exclusion étaient l'exercice en clinique ou en hôpital et certains titres de spécialisation FMH supplémentaires pour les suisses (les hématologues, les gynécologues, les anesthésistes, les cardiologues, les psychiatres) et être à la retraite. La liste des médecins de premier recours du CG a été fournie par l'AMG (Association des Médecins de Genève). Des 621 correspondants, 95 médecins de la liste ont été exclus selon les critères retenus. Celles des Deux-Sèvres et de Charente ont été relevées sur le site AMELI.fr avec le critère « médecin généraliste ». Seuls les doublons ont été exclus de la liste pour le routage.

Les méthodes statistiques :

Les statistiques descriptives comprenaient l'effectif et le pourcentage des variables quantitatives. Les tests statistiques utilisés étaient le test du χ^2 et le test exact de Fisher. Tous les tests ont été réalisés en analyses bi variées au seuil de signification $p < 0,05$.

RESULTATS :

Les résultats concernant le mode de recueil sont présentés dans le tableau I. Le taux de retour global est significativement supérieur de la part des médecins du CG. La part de retour au premier courrier et à la relance avec enveloppe timbrée est identique dans les deux pays. Les médecins ont mis le même temps pour répondre au questionnaire. Le profil des médecins répondant, malgré leur même âge, est différent : les médecins du CG sont plus souvent : des femmes, avec une orientation de médecines alternatives, en exercice solitaire et utilisant moins leur salle d'attente pour afficher ou laisser des documents de prévention. Ils ont néanmoins des éléments d'exercice similaires : ils travaillent avec un secrétariat et autant sur rendez-vous.

Les résultats concernant l'approche personnelle des addictions sont présentés dans le tableau II.

Les médecins des deux zones ont une représentation semblable de leur rôle à jouer selon les produits. Les différences apparaissent au niveau de l'action: les MG du CG trouvent plus facile que les MG du PC d'aborder la question de l'alcool, du cannabis et des opiacés. Ils font plus de dépistage systématique à propos de tous les produits. Pour tous, l'approche de leur rôle et de leur aisance semble régie par la même hiérarchie : tabac >alcool >cannabis >opiacés.

La patientèle : La proportion de MG ayant récemment été en contact avec une patientèle en difficulté avec le tabac, l'alcool ou le cannabis est semblable pour les deux zones. Les MG du PC disent plus souvent voir des patients en difficulté avec les opiacés.

La prise en charge : Les réponses aux trois questions abordant la prise en charge vont dans le même sens : les médecins des deux zones se répartissent de façon semblable pour les addictions à l'alcool, au cannabis et aux opiacés. Pour le tabac la proportion de MG qui propose une prise en charge pour le tabac est plus importante dans le PC par rapport au CG. Les MG des deux zones voient autant de patients en sevrage sur un temps donné, excepté pour le tabac qui semble être moins souvent un motif de consultation dans le CG. Dans les deux contextes, un quart des MG disent ne pas prendre en charge les problèmes des usagers d'opiacés et un cinquième ne prend pas en charge la consommation de cannabis. Les MG prennent en charge en lien avec des partenaires dans les deux tiers des cas pour l'alcool et les trois quart des cas pour le cannabis.

L'implication :

Presque tous connaissent une adresse du dispositif spécialisé mais les médecins du CG montrent une implication plus marquée que leurs homologues du PC. La situation du patient est plus souvent notée dans le dossier médical, ils pratiquent plus souvent le conseil minimal,

ils ont davantage participé à une formation, ils ont plus d'intérêt pour le réseau, ils voudraient davantage pouvoir le rejoindre ou y participer.

DISCUSSION :

Malgré des différences de contexte culturel, d'exercices, de territoires et de formations spécifiques en addiction, il est apparu entre les MG français du PC et les suisses du CG un socle commun de représentations et de comportements face aux addictions. Néanmoins leurs implications étaient différentes. Les médecins du CG faisaient plus de dépistage, instruisaient mieux leurs dossiers, pratiquaient plus le conseil minimal et apparaissaient plus intéressés par la formation ou le lien avec un réseau que les médecins du PC.

Cette étude présente certaines limites :

- Le taux de réponse des MG est limité : un peu moins de 50% des MG interrogés ont répondu. Mais comparé aux taux de réponses d'autres enquêtes postales auprès de MG, ce taux de réponses est satisfaisant. Ce taux a pu être obtenu grâce à certaines conditions. Le questionnaire avait été testé et il pouvait être rempli rapidement (près de 50% l'ont rempli en moins de 5 minutes).
- Ils s'agissaient d'auto-questionnaires : les données sont basées sur les réponses des médecins et non sur une observation réelle de leur pratique.
- Le groupe des médecins suisses n'était pas homogène. Certains n'ont pas été formés en Suisse (22%) (22), et n'ont donc pas pu bénéficier des efforts de formations universitaires en addiction.
- L'épidémiologie des conduites addictives et la densité médicale diffèrent entre les deux contextes (tableau III) (16) (18-19) (23-30) influençant potentiellement le temps qu'avaient les médecins pour s'impliquer et se former.
- Dans la mesure où il n'est pas aisé de les mesurer, les analyses n'ont pas été ajustées sur les facteurs culturels locaux, différents d'un contexte à l'autre.

- L'interprétation de la meilleure participation des MG du CG est délicate. La période d'envoi n'a pas été la même : les MG du CG médecins étaient un peu moins sollicités pour d'autres tâches de juin à octobre. La part de retour entre le premier courrier et à la relance avec enveloppe timbrée est similaire dans les deux pays, cela semble évoquer qu'il n'y avait pas d'intérêt plus marqué pour le thème de l'enquête.

Représentations et comportements :

L'analyse des résultats confirme des différences générales chez les médecins des deux zones. Dans le CG l'influence de l'urbanité semble prépondérante : prédominance féminine et de médecines alternatives (31-32).

Cependant les MG des deux zones étudiées ont des éléments d'organisation (secrétariat et rendez-vous) et de représentations en commun. Ils s'accordent pour dire que la médecine de l'addiction est un des rôles du MG et le nombre de consultations qu'ils dédient aux addictions et à leurs sevrages est assez semblable (hormis le tabac).

Ces similitudes montrent que les MG de territoires ruraux semblent autant touchés que ceux de la ville par les addictions. Deux facteurs différents pourraient y contribuer. L'éloignement du dispositif spécialisé laissant le MG gérer seul les traitements de substitution pourrait majorer le recours au MG en PC. (33). Mais c'est aussi à rapporter à une démographie médicale (tableau III) plus élevée dans le CG bien que les patients sous traitement substitutif soient plus nombreux dans le CG que dans le PC (1507 dans le CG contre 1058 en PC en 2008). Plus de patients à Genève seraient répartis sur un plus grand nombre de médecins.

Les différences concernant le sevrage du tabac pourraient s'expliquer par un plus grand nombre de fumeurs réguliers en PC (29%) qu'en Suisse (17,6%) (tableau III). L'offre de soins spécialisée est plus importante dans le CG où le sevrage est proposé aussi par les consultations ambulatoires de tabacologie de l'hôpital universitaire, les consultations pour les patients hospitalisés et les associations de prévention du tabagisme (notamment le CIPRET).

Cette multiplicité d'intervenants pourrait alléger le travail des MG du CG et leur implication dans ce domaine.

Les préférences des prises en charge selon les produits observées dans notre études confirment celles de la littérature, notamment les données du Baromètre Santé 2009 (4) : tabac> alcool> cannabis> opiacés. La séquence d'intérêt semble donc bien établie.

Différences d'implication :

Il est délicat d'attribuer des causalités précises aux différences d'implications observées des MG. Les efforts entrepris de manière simultanée par la faculté de Genève et le projet MedRotox mené en Suisse romande de 1998 à 2001 semblent avoir ici une conséquence positive. Certaines études déjà le suggéraient auprès d'étudiants (34). Il a été souligné que le contact direct entre les étudiants et les usagers amélioreraient encore davantage cette situation (35) en modifiant le regard qu'ils avaient des consommateurs. Le choix des suisses d'une formation de la médecine de l'addiction pré et post graduée adaptée au contexte de la médecine générale semble aller dans ce sens (36). A la faculté de médecine de Genève, 52 heures sont consacrées à l'addiction sous la forme de cours, séminaires, ou de stages cliniques avec un bon accueil des étudiants (37). Ainsi en plus de l'augmentation du volume horaire consacré à l'addiction, les étudiants de Genève bénéficient de stages en médecine communautaire. Au contact de patients consommateurs, les étudiants apprennent à modifier leurs représentations péjoratives et découvrent que les problèmes de comportement de ces patients en consultation sont rares. Ce concept est également évoqué par Lande (38) qui énonce que l'absence de formation contribuerait à perpétuer les idées préconçues et négatives sur les usagers. A l'inverse une formation serait bénéfique et permettrait aux étudiants de repérer et de diagnostiquer davantage les troubles liés à l'usage de substances. Il a été reconnu que le manque de formation est mixte, lié à une carence d'apprentissage au cours du pré et du post-gradué (39).

Le projet MedRoTox avait pour but d'améliorer l'accès aux soins des patients consommateurs en intéressant le plus grand nombre de médecins à accepter ces patients en développant leur niveau de compétence en addiction. Il a ainsi assuré la formation au long cours en permettant la création et l'animation de groupes d'échanges ainsi qu'une offre de formations ponctuelles. Cette dynamique est entretenue actuellement par l'organisation en Suisse romande de formations par le GREA (Groupement Romand d'Etudes des Addictions) ou par des colloques mensuels de l'unité de dépendances du Service de Médecine de Premier Recours (SMPR) des Hôpitaux Universitaires de Genève. Siegal (40) avait montré qu'à long terme, une formation en addiction permettait aux médecins de communiquer plus aisément avec les usagers. Cela semble se vérifier ici notamment pour les drogues illicites : les médecins du CG abordaient plus facilement le sujet que leurs confrères du PC.

La possibilité de travail en réseau de soutien via le COROMA créé au décours du projet MedRoTox a permis la collaboration interprofessionnelle. Celle-ci a levé l'isolement du MG et ouvert de nouvelles possibilités de suivi. Van Boekel (7) propose d'améliorer l'éducation et les modèles de soins partagés dans lesquels les professionnels spécialisés aideraient les MG pour leur permettre d'avoir les mêmes facilités à prendre en charge ces patients. Par son dynamisme le canton Genève semble proposer quelque chose qui s'en rapproche. Il semble qu'un délai de 3 à 6 ans de latence soit nécessaire pour évaluer une formation (36). Or notre étude effectuée plus de 10 ans après le début de ces efforts de formation nous incite à penser qu'une part de ce résultat peut leur être raisonnablement imputée. L'évaluation directe de l'impact d'un programme de formation/sensibilisation tel que le SCLO (pré-gradué) ou MedRoTox (post-gradué) sur les pratiques et la qualité du suivi aurait permis d'avoir des résultats plus fiables pour confirmer notre hypothèse. Ceci souligne l'importance de prévoir des évaluations lors de la mise en œuvre de nouveaux programmes.

Sur un plan général, il reste que près de trois quart des MG ne dépistent pas de manière systématique les consommations de toxiques illicites, un cinquième ne prennent pas en charge les consommateurs de cannabis et un quart les usagers d'opiacés. A part pour le tabac, les MG

prennent rarement seuls en charge les troubles de l'addiction bien qu'ils pensent majoritairement que c'est leur rôle. Ces résultats nous encouragent à penser que des progrès sont réalisables dans ces prises en charge surtout avec du partenariat. Des initiatives impliquant une « télécollaboration » avec les spécialistes ou le développement du coaching de ses pairs au sein d'un réseau de généralistes permettraient aux MG de se sentir plus à l'aise. L'apport de programmes de formation/sensibilisation peut être une aide non négligeable en ce sens. La médecine générale permet une rencontre individuelle, confidentielle, non spécialisée et non stigmatisante pour le patient consommateur. C'est un atout majeur pour favoriser le contact du malade avec le système de soins (14). Donner aux médecins les moyens de réussir ces prises en charge est donc un enjeu de santé publique.

Conflits d'intérêts et financement de l'étude :

Aucun auteur n'a de conflit d'intérêt dans cette étude dont le financement a été réalisé par le département de médecine générale de la faculté de Poitiers et par celui de la médecine de premier recours de Genève.

Remerciements :

Les auteurs demeurent seuls responsables des erreurs et remercient :

- L'AMG (Association des Médecins Genevois), pour la transmission des coordonnées des médecins de premier recours du canton de Genève.
- Camille de Boysson, pour la procédure d'anonymisation des questionnaires.
- Professeur Barbara Broers pour son soutien et sa participation à ce projet.

BIBLIOGRAPHIE:

- 1 Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC, Mairiaux P, Godderis L, Vanmeerbeek M, et al. “What Factors Determine Belgian General Practitioners’ Approaches to Detecting and Managing Substance Abuse? A Qualitative Study Based on the I-Change Model.” *BMC Family Practice* 15, no. 1 (2014).
- 2 Haller DM, Meynard A, Lefebvre D, Tylee A, Narring F, Broers B. Brief intervention addressing excessive cannabis use in young people consulting their GP: a pilot study. *Br J Gen Pract.* 2009 Mar;59(560):166–72.
- 3 Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, Okruhlica L, Torrens M, Vajd R, et al. Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction.* 2011 Jun 1;106(6):1114–25.
- 4 Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Paris : Collection “Baromètre santé” ; Juin 2011.
- 5 Strang J. Engaging the reluctant GP in care of the opiate misuser: Pilot study of change-orientated reflective listening (CORL). *Family Practice.* 2004 Apr 1;21(2):150–4.
- 6 Feroni I, Paraponaris A, Aubisson S, Bouhnik A, Masut A, Ronfle E, et al. Prescription of high dose buprenorphine by general practitioners. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2004 Dec; 52(6):511-22.
- 7 Van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Healthcare professionals’ regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug & Alcohol Dependence.* 2014 Jan 1;134:92–8.
- 8 Arnaud S, Zobel F. Bilan des projets MedRoTox et MeTiTox. Lausanne : Rapport à l’intention de l’OFSP ; 2002.
- 9 Pelet A, Besson J, Pécoud A, Favrat B. Difficulties associated with outpatient management of drug abusers by general practitioners. A cross-sectional survey of general practitioners with and without methadone patients in Switzerland. *BMC Family Practice.* 2005 Dec 19;6(1):51.

- 10 Strang J, Hunt C, Gerada C, Marsden J. What difference does training make? A randomized trial with waiting-list control of general practitioners seeking advanced training in drug misuse: Impact of GP drug misuse training on care of opiate misusers: a randomized trial. *Addiction*. 2007 Oct;102(10):1637–47.
- 11 O'Connor PG, Nyquist JG, McLellan AT. Integrating addiction medicine into graduate medical education in primary care: the time has come. *Ann Intern Med*. 2011 Jan 4;154(1):56–9.
- 12 McCambridge J, Platts S, Whooley D, Strang J. Encouraging Gp Alcohol Intervention: Pilot Study of Change-Orientated Reflective Listening (corl). *Alcohol and Alcoholism*. 2004 Mar 1;39(2):146–9.
- 13 Binder P, Gualdoni S. Intervention de la médecine générale dans le domaine des addictions. In « *Traité d'addictologie* » sous la direction de Reynaud M. Flammarion 2004. p296-299.
- 14 Dubois J-A, Broers B. Enseignement de la médecine de l'addiction: de la sensibilisation à la spécialisation : Médecine ambulatoire. *Médecine et hygiène*. 2003;61(2451):1793–8.
- 15 René Stamm, Barbara Broers, Catherine Ritter. Collège Romand de Médecine de l'Addiction COROMA. Vers un réseau de médecine de l'addiction. Berne : OFSP ; 2007.
- 16 Frei D, Imhof G. Mémento statistique du canton de Genève 2013. Berne : OCSTAT Statistique Vaud ; 2013.
- 17 Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Poitou-Charentes Situation en 2013. Paris : CNOM ; 2013.
- 18 Le Panorama de la santé 2010. Poitiers : ORS Poitou-Charentes ; mars 2010.152 p.
- 19 Frei D. Estimation du PIB du canton de Genève. Genève : Etude et document ; fev 2010. N°50.
- 20 Le PIB du Poitou-Charentes progresse plus vite qu'en moyenne nationale. Poitiers : INSEE Poitou-Charentes ; Mars 2009. Décimal N° 289.

- 21 Kellerman SE, Herold J. Physician response to surveys. *American Journal of Preventive Medicine*. 2001 Jan 1;20(1):61–7.
- 22 Kraft E, Hersperger M. Le corps médical en Suisse –confrères et collègues venus de l'étranger. *Berne : Bulletin des médecins suisses ; 2009. 90: 49.*
- 23 Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C. *Monitoring suisse des addictions : consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2013. Lausanne, Suisse : Addiction Suisse ; Oct 2014.*
- 24 Ferret JP. En Poitou-Charentes, une pénurie de spécialistes en dehors des grandes agglomérations. *INSEE. Décimal n°338 Avril 2014.*
- 25 Storni M, Kaeser M, Lieberherr R. *Enquête suisse sur la santé 2012. Neuchâtel : Office Fédéral de la Statistique ; 2013. Nr. 213-1202.*
- 26 Robin S. *Les addictions dans les régions de France. Paris : FNORS ; Sept 2007.*
- 27 Robin S, Pubert M. *Baromètre Santé Poitou-Charentes 2010. Poitiers : INPES ORS ; Juin 2012.*
- 28 *La Statistique nationale des traitements avec prescription de méthadone. Berne : OFSP ; 2008.*
- 29 Le Minor L. *Estimation du nombre de personnes sous traitement de substitution aux opiacés-Poitou-Charentes. Poitiers : CIRDD ; 2009.*
- 30 *Bilan et état de la population du canton de Genève en 2013. Berne : OCSTAT. Informations statistiques ; janvier 2014. n° 4.*
- 31 Yvon B, Lehr-Drylewicz A-M, Bertrand P. *Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. Médecine. 2007;3(2):83-8.*
- 32 *Les pratiques des médecins libéraux à expertise particulière des Pays de la Loire (médecins-acupuncteurs, médecins-homéopathes, médecins-ostéopathes). ORS Pays de la Loire : URPS-médecins libéraux Pays de la Loire ; mai 2010, 32 p.*
- 33 Kvamme E, Catlin M, Banta-Green C, Roll J, Rosenblatt R. *Who prescribes buprenorphine for rural patients? The impact of specialty, location and practice type in Washington State,. J Subst Abuse Treat. 2013 Mar*

- 34 Silins E, Conigrave KM, Rakvin C, Dobbins T, Curry K. The influence of structured education and clinical experience on the attitudes of medical students towards substance misusers. *Drug Alcohol Rev.* 2007 Mar;26(2):191–200.
- 35 Christison GW, Haviland MG. Requiring a One-Week Addiction Treatment Experience in a Six-Week Psychiatry Clerkship: Effects on Attitudes Toward Substance-Abusing Patients. *Teaching and Learning in Medicine.* 2003 Apr 1;15(2):93–7.
- 36 Enseignement prégradué de la médecine de l’addiction. Mandat de L’Office fédéral de la santé publique à l’institut Universitaire de Médecine Générale. Lausanne : Polyclinique médicale universitaire ; 2014. Vertrag Nr 13 ;003946 / 704.0001 /-614.
- 37 Chastonay P, Zesiger, Klohn, Soguel, Kabengele EM, Vu, et al. Development and evaluation of a community immersion program during preclinical medical studies: a 15-year experience at the University of Geneva Medical School. *Advances in Medical Education and Practice.* 2013 Apr;69.
- 38 Lande RG, Wyatt SA, Przekop PR. Addiction medicine: a model osteopathic medical school curriculum. *J Am Osteopath Assoc.* 2010 Mar;110(3):127–32.
- 39 Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Acad Med.* 2001 May;76(5):410–8.
- 40 Siegal HA, Cole PA, Li L, Eddy MF. Can a Brief Clinical Practicum Influence Physicians’ Communications With Patients About Alcohol and Drug Problems? Results of a Long-Term Follow-Up. *Teaching and Learning in Medicine.* 2000 Apr 1;12(2):72–7.

TABLEAUX ET FIGURES :

Tableau I : Profil et description du cabinet des médecins généralistes de Charente/des Deux-Sèvres et du canton de Genève.

Effectif	PC (%)	CG (%)	<i>p</i>
Médecins destinataires	628	526	
Médecins répondants aux deux courriers	249 (40)	244 (46)	0,02
Taux de réponse au 1 ^{er} envoi	176 (71)	161 (66)	0,29
Le profil du médecin			
Moins de 50 ans	85 (35)	91 (39)	0.45
Je suis un homme	160 (66)	125 (55)	0.014
J'ai une orientation Homéopathie, acupuncture ou autre	63 (29)	77 (47)	0.0004
Il y a un seul médecin dans mon cabinet	78 (32)	103 (44)	0.0082
J'accepte sans rendez-vous	74 (31)	81 (35)	0.43
J'ai un secrétariat sur place ou à distance	208 (86)	210 (90)	0.26
J'ai une affiche de message de prévention en salle d'attente quel qu'en soit le thème	202 (86)	158 (69)	<0.0001
J'ai un document affiché sur les addictions dans la salle d'attente	170 (73)	157 (64)	0.061
J'ai mis moins de 5 min pour remplir la fiche	127 (51)	103 (44)	0.10

p : test exact de Fisher pour la différence entre les deux pays.

Tableau II : Représentations, implications des médecins généralistes de Charente/Deux-Sèvres et du canton de Genève confrontés à la prise en charge de leur patientèle en médecine de l'addiction.

<i>Libellé de la question posée</i>	PC (%) N=249	CG (%) N=244	<i>P</i>
<i>L'approche personnelle</i>			
Il m'est facile d'aborder la question avec les patients			
Tabac	237 (99)	229 (97)	0.15
Alcool	182 (76)	206 (88)	0.0013
Cannabis	167 (70)	186 (80)	0.019
Opiacés	128 (54)	150 (67)	0.0077
Je le fais une fois avec tous patients			
Tabac	153 (65)	190 (82)	<0.0001
Alcool	84 (65)	163 (71)	<0.0001
Cannabis	31 (13)	67 (29)	<0.0001
Opiacés	23 (10)	52 (23)	0.0002
C'est tout à fait mon rôle			
Tabac	196 (83)	193 (82)	0.99
Alcool	188 (79)	182 (78)	0.82
Cannabis	138 (58)	141 (61)	0.64
Opiacés	132 (56)	125 (55)	0.78
<i>La patientèle</i>			
J'ai vu au moins 1 personne en difficulté avec			
Le tabac dans les 7 derniers jours	200 (82)	200 (87)	0.16
L'alcool dans les 7 derniers jours	171 (70)	165 (72)	0.54
le cannabis dans les 30 derniers jours	95 (40)	82 (37)	0.50
Les opiacés dans les 30 derniers jours	77 (32)	43 (19)	0.0020
<i>La prise en charge</i>			
J'ai vu au moins 1 personne dans les 7 derniers jours pour :			
Sevrage tabac	137 (56)	100 (43)	0.0047
Sevrage alcool	101 (41)	76 (33)	0.058
Sevrage cannabis	34 (14)	35 (16)	0.51
Substitution opiacée	53 (22)	37 (17)	0.24
Je ne prends pas en charge			
Tabac	4 (2)	11 (5)	0.066
Alcool	12 (5)	9 (4)	0.66
Cannabis	48 (20)	41 (18)	0.72
Opiacés	57 (23)	54 (24)	0.99
Quand je prends en charge, je le fais seul			
Tabac	204 (83)	166 (71)	0.0034
Alcool	78 (31)	77 (34)	0.62
Cannabis	58 (24)	55 (24)	0.91
Opiacés	41 (17)	32 (14)	0.45
<i>L'implication</i>			
La situation du patient est toujours notée dans dossier	106 (43)	160 (69)	<0.0001
Pratique le conseil minimal	187 (79)	199 (88)	0.0058
Ne connaît aucune adresse du dispositif	12 (5)	5 (2)	0.14
A participé à une formation sur tout ou partie des addictions	111 (45)	153 (66)	<0.0001
Veut pouvoir joindre ou participer au réseau addiction	78 (32)	148 (70)	<0.0001
Ne participe pas déjà à un réseau	202 (85)	164 (72)	0.0007

p : test exact de Fisher pour la différence entre les deux pays.

Tableau III : Epidémiologie en addiction des territoires étudiés selon des études statistiques d'organismes d'Etat publiées de 2007 à 2014 (16) (18-19) (23-30).

	France ou Poitou-Charentes	Suisse ou Canton de Genève
Densité médicale/1000 habitants	2,3(Charente et Deux-Sèvres)	3,4
Nombre d'habitants en 2013	727324 (Charente et Deux-Sèvres)	476 006 (en 2013)
Consultations annuelles/habitant chez le MG	3,8	2,2
<i>TABAC</i>		
Fumeurs quotidiens	29%	17,6%
Fumeurs occasionnels	5%	7,4%
<i>ALCOOL</i>		
≥1 épisode d'ivresse/an	15%	22%
Consommation quotidienne	15%	14,8%
Risque de dépendance alcoolique (2010)	2,5%	3,9%
<i>CANNABIS</i>		
≥1 consommation/vie	30,1%	29%
<i>OPIACES</i>		
≥1 consommation/vie	1,4%	0,8% (Suisse Romande)
Nombres de patients sous traitement substitutif en 2008	1058 (Charente+Deux-Sèvres)	1507

Le tableau III décrit l'épidémiologie des addictions des deux zones étudiées confrontée à la densité médicale, permettant une analyse plus fine des résultats.

ANNEXES :

Annexe I : Lettre explicative adressée aux médecins généralistes interrogés.



Dr Dagmar Haller, MD, PhD

Maître d'Enseignement et de Recherche (suppl)
Responsable recherche
Unité de médecine de Premier Recours
Faculté de médecine
Université de Genève
<http://www.unige.ch/medecine/uremp/r/index.html>

Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
1211 GENEVE 14
dagmar.haller-hes ter@hcuge.ch



Dr Philippe Binder
Maître de conférences associé

Directeur du Pôle Recherche
Coordinateur du Réseau Addiction Régional RAP
philippe.binder@univ-poitiers.fr

Romain Teoli
Interne
app t 24
22 C rue Dancet
1205 Genève

Genève , le 3 mai 2013

Cher Collègue

L'unité de médecine de 1^o recours de la faculté de Médecine de Genève s'associe au Pôle de Recherche du Département Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Poitiers (F) et au Réseau Addictions Poitou-Charentes pour réaliser une étude comparative sur les interventions des médecins généralistes dans le domaine des addictions.

En effet les programmes ou les rapports de santé publique négligent le plus souvent le travail considérable mais obscur réalisé en médecine de premier recours particulièrement dans le domaine des addictions. C'est pourquoi votre réponse va nous permettre de pallier cette carence et contribuer à mettre en évidence votre action. La comparaison des données entre une région française plutôt rurale et une grande ville suisse permettra, nous espérons, de mettre en évidence les fondamentaux communs à notre exercice et les différences liées au contexte.

Il suffit de nous renvoyer le document ci-joint rempli dans l'enveloppe qui vous est fournie, puis de la timbrer (Cette enquête n'est pas subventionnée par l'industrie).

Romain Teoli interne en médecine générale à Poitiers et résidant actuellement à Genève, traitera vos réponses avec le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Poitiers en collaboration avec l'unité de médecine de 1^o recours de la faculté de Médecine de Genève.

Les conclusions de l'enquête seront adressées aux personnes qui le demanderont

Nous vous remercions d'avoir pris quelques instants pour nous lire et pour votre participation,

Bien confraternellement

Dr Dagmar Haller

Dr Philippe Binder

Mr Romain Teoli

Annexe II : Questionnaire rempli par les médecins généralistes.



MÉDECINE DE 1^{ER} RECOURS
INTERNESTES GÉNÉRALISTES & PÉDIATRES



Faculté de Médecine & de Pharmacie
Département de Médecine Générale

Etude Addiction en Médecine Générale

ENTOUREZ les lettres correspondant aux réponses exactes

Les données de cette étude sont anonymisées
Vous noterez le temps mis à remplir cette fiche

Mon cabinet

J' accepte sans rendez-vous ?	oui(a)	non(b)			
J'ai un secrétariat :	sur place(a)	à distance(b)	non(c)		
Mon âge :	40 ans et moins(a)	41 à 50ans(b)	plus de 50ans(c)		
Je suis	un homme(a)	une femme(b)			
Orientation éventuelle :	homéopathie(a)	acupuncture(b)	autres (c)	sans(d)	
Nombre de médecins dans le cabinet:	=1(a)	2(b)	3ou4 (c)	5à7 (d)	> 7(e)
J'ai une affiche de message de prévention en salle d'attente quel qu'en soit le thème:	oui (a)			non (b)	
J'ai un document affiché sur les addictions :	aucun(a)	tabac(b)	alcool (c)	autres addiction...(d)	

Mon ressenti sur la prise en charge

TABAC:	il m'est facile d'aborder la question avec les patients (a)	ce n'est pas facile(b)	
ALCOOL:	il m'est facile d'aborder la question avec les patients (a)	ce n'est pas facile(b)	
CANNABIS:	il m'est facile d'aborder la question avec les patients(a)	ce n'est pas facile(b)	
OPIACES:	il m'est facile d'aborder la question avec les patients(a)	ce n'est pas facile(b)	
TABAC:	je le fais : jamais(a)	une fois avec tous patients(b)	pour certains ou si demande(c)
ALCOOL :	je le fais : jamais(a)	une fois avec tous patients(b)	pour certains ou si demande(c)
CANNABIS :	je le fais : jamais(a)	une fois avec tous patients(b)	pour certains ou si demande(c)
OPIACES :	je le fais : jamais(a)	une fois avec tous patients(b)	pour certains ou si demande(c)
TABAC:	"c'est tout à fait mon rôle" (a)	"plutôt mon rôle"(b)	"pas vraiment mon rôle "(c)
ALCOOL :	"c'est tout à fait mon rôle" (a)	"plutôt mon rôle"(b)	"pas vraiment mon rôle "(c)
CANNABIS :	"c'est tout à fait mon rôle" (a)	"plutôt mon rôle"(b)	"pas vraiment mon rôle "(c)
OPIACES :	"c'est tout à fait mon rôle" (a)	"plutôt mon rôle"(b)	"pas vraiment mon rôle "(c)

Combien de personnes en difficultés avec ai-je vues dans ...

Le TABAC:	dans les derniers 7 jours :	aucun(a)	<1(b)	1à2(c)	3ou4 (d)	5à9 (e)	10 et +(f)	? (g)
Le ALCOOL :	dans les derniers 7 jours :	aucun(a)	<1(b)	1à2(c)	3ou4 (d)	5à9 (e)	10 et +(f)	? (g)
Le CANNABIS :	dans les 30 derniers jours :	aucun(a)	<1(b)	1à2(c)	3ou4 (d)	5à9 (e)	10 et +(f)	? (g)
Les OPIACES :	dans les 30 derniers Jours :	aucun(a)	<1(b)	1à2(c)	3ou4 (d)	5à9 (e)	10 et +(f)	? (g)

Patientèle

Combien de personnes dans lesderniers jours ai-je vues dans le cadre de :

sevrage TABAC :	dans les derniers 7 jours :	aucun(a)	<1(b)	1à2(c)	3ou4 (d)	5à9(e)	10 et +(f)	? (g)
sevrage ALCOOL:	dans les derniers 7 jours :	aucun(a)	<1(b)	1à2(c)	3ou4 (d)	5à9(e)	10 et +(f)	? (g)
sevrage CANNABIS :	dans les derniers 7 jours :	aucun(a)	<1(b)	1à2(c)	3ou4 (d)	5à9(e)	10 et +(f)	? (g)
sevrage OPIACES :	dans les derniers 7 jours :	aucun(a)	<1(b)	1à2(c)	3ou4 (d)	5à9(e)	10 et +(f)	? (g)
sevrage CANNABIS:	dans les 30 derniers Jours	aucun(a)	<1(b),	1à2(c),	3ou4 (d),	5à9(e),	10 et +(f),	? (g)
substitution OPIACES:	dans les 30 derniers Jours	aucun(a)	<1(b),	1à2(c),	3ou4 (d),	5à9(e),	10 et +(f),	? (g)

Prise en charge

TABAC:	je ne prends pas en charge(a)	je le fais seul(b)	j'adresse à confrère(c)	...à une structure spécialisée(d)	je le fais en lien avec une structure(e)
ALCOOL :	je ne prends pas en charge(a)	je le fais seul(b)	j'adresse à confrère(c)	...à une structure spécialisée(d)	je le fais en lien avec une structure(e)
CANNABIS :	je ne prends pas en charge(a)	je le fais seul(b)	j'adresse à confrère(c)	...à une structure spécialisée(d)	je le fais en lien avec une structure(e)
OPIACES :	je ne prends pas en charge(a)	je le fais seul(b)	j'adresse à confrère(c)	...à une structure spécialisée(d)	je le fais en lien avec une structure(e)

La situation du patient vis-à-vis des addictions est notée dans son dossier médical : toujours(a) souvent(b) rarement ou jamais(c)
je pratique le conseil minimal : oui(a) jamais ou rarement(b) j'en ignore la signification(c)
je connais : aucune(a) une ou deux (b) plusieurs adresses(c)du dispositif spécialisé addiction
j'ai participé à une formation sur tout ou partie des addictions: oui(a) non(b)

Intérêt

Je suis intéressé à venir à une formation sur tout ou partie des addictions: oui(a) non(b)
Je préfère une formation autonome sur Internet même payante aux formations en soirée en réunion: non(a) éventuellement(b) probablement(c) certainement(d)
Je suis intéressé par un réseau addiction : non ou indifférent(a) si oui je voudrais pouvoir le rejoindre(b) je voudrais y participer(c)
Je participe déjà à un réseau : non (a) un réseau addiction (b) un autre réseau(c)
Je connais le GPMA : Groupe Genevois des Praticiens en Médecine de l'Addiction oui(a) non(b)
Sur l'idée d'une visite à mon cabinet d'un représentant d de ce GPMA : je suis : opposant(a) distant(b) accueillant(c) intéressé(d)
Je connais les projets COROMA ou MedROtox/Meditox oui(a) non(b)
Si oui, je peux dire qu'il m'a facilité la prise en charge des patients ayant une addiction oui(a) non(b)
Pour remplir cette fiche, j'ai mis : < 5min(a) 5 à 9 min(b) 10 à 14min(c) 15 à 20min(d) 20 min et +(e)

ABSTRACT:

Background: Care for addiction is mostly provided by general practitioners (GPs) but to an unequal extent. GPs' implication is variable. Is this related to different training or practice contexts or to mobilizing campaigns?

Objective: To study GPs' views and behaviors in relation to addiction patients in different practice and training contexts and to assess the potential influence of specific sensitization campaigns.

Methods: Cross-sectional postal survey involving 526 GPs from the canton of Geneva, Switzerland, sensitized through specific campaigns in relation to addiction, compared to 628 GPs from two rural Departments of Poitou-Charentes, France, who had not been exposed to such sensitization.

Results: The response rate was 46% in Switzerland and 41% in France. The 243 responding GPs in Geneva saw as many patients with tobacco, alcohol, cannabis or opiate addiction as the 256 GPs in Poitou-Charentes. They shared similar views of their roles in relation to these addictions. Compared to the Swiss GPs, a significantly higher number of French GPs provided first-line care for tobacco addiction. In both countries care for addiction to other substances was mostly provided in collaboration with a specialist (>75% cases). GPs in Geneva gave more importance to screening and recording substance use. They were also more involved in training, providing brief advice and were interested in the network.

Conclusion: The mobilizing campaigns in Geneva could explain these differences. Sensitization of GPs may contribute to modifying certain professional attitudes, whatever the context.

Keywords:

General practice-addiction-postgraduate training-physician perspective-behavior

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 !

