

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

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

présentée et soutenue publiquement
le 09 novembre 2017 à Poitiers
par **Monsieur ILANGO Alain**

**Etude FIAM Formation Initiale en Addictologie des Médecins généralistes : contexte
personnel, expériences et représentations**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Membres : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Monsieur le Professeur François BIRAULT
Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIENT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le président du jury le professeur Pierre INGRAND,

Votre aide a été très précieuse pour mener à bien cette thèse. Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI, à Monsieur le Professeur François BIRAULT et à Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM,

Je vous suis reconnaissant pour avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver l'expression de mes sentiments respectueux

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour vos conseils, votre soutien et votre patience. Veuillez trouver l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A ma co-thésarde Marie BAQUE,

Un grand merci pour ton aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

A tous mes maîtres de stages,

Merci pour vos enseignements et m'avoir aidé à me construire professionnellement.

A mes parents et à mes frères,

Merci pour votre soutien indéfectible lors des étapes passées et pour les prochaines à venir.

A Kaalai, Julien et Quentin,

Merci pour tous ces matchs palpitants ! A toutes nos belles victoires !

A David,

Un clin d'œil puisque je vais prochainement suivre la voie qu'il a emprunté auparavant.

A tous mes co-externes et co-internes rencontrées lors de mes études,

Merci pour tous ces moments qu'on a vécus ensemble.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
1) Les addictions impactent lourdement la santé	9
2) Les généralistes ont une position décisive	10
3) Mais les généralistes s'investissent peu dans les addictions.....	11
4) Les politiques publiques	13
5) La santé publique réclame une amélioration de la formation des MG	14
6) L'état de la formation initiale des MG.....	15
MATERIELS ET METHODES	17
1) La population de l'étude.....	17
2) Partenariat, collaborations et expertise	18
3) Indemnisation.....	18
4) Questionnaire et Protocole d'élaboration des variables discriminantes.....	18
5) Les méthodes statistiques	20
RESULTATS.....	21
1) Profil des participants.....	21
2) Réponses aux QCM d'élaboration de la variable discriminante	22
3) Confrontation des compétences aux différents types d'enseignements	22
4) Confrontation des compétences aux variables d'expérience professionnelle	23
5) Confrontation des compétences aux variables de conditionnement.....	24
6) Confrontation des compétences aux représentations	24
DISCUSSION	26
1) Principaux résultats	26
2) Validité interne de l'étude.....	27
1- Points forts de l'étude	27
2- Limites de l'étude	28
3) Validité externe	29
4) Perspectives et intérêts de l'étude	30
1- Améliorer la formation des MSU à l'addictologie	30
2- Faire évoluer les représentations.....	31
3- Enjeux de santé publique	32
4- Intérêts pour la recherche.....	33
CONCLUSION	34
RESUME ET MOTS-CLES.....	35

BIBLIOGRAPHIE.....	36
TABLEAUX.....	40
ANNEXES.....	50

LISTE DES ABREVIATIONS

ARIA : Association du Réseau des Intervenants en Addictologie

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

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

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

ECN : Examen Classant National

MDMA : 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine

MSU : Maître de Stage Universitaire

MG : Médecins Généralistes

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

PRS : Projet Régional de Santé

RPIB : Repérage Précoce Intervention Brève

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TSO : Traitement Substitutif Opiacés

INTRODUCTION

1) Les addictions impactent lourdement la santé

Les addictions (aux substances psychoactives et comportementales) représentent un enjeu majeur de Santé Publique.

A l'échelle mondiale, l'usage du tabac est responsable du décès de près d'un adulte sur 10 (1). Le tabagisme passif provoque environ 890000 décès prématurés chaque année (1). L'usage nocif de l'alcool entraîne dans le monde 3,3 millions de décès en 2012, soit 5,9% des décès (2). Le nombre de décès lié à la drogue déclaré en 2014 atteindrait selon les estimations 207 400 individus chez les 15-64 ans. En 2014, 183 millions de personnes auraient consommées du cannabis, drogue la plus couramment consommée à l'échelle mondiale (3).

A l'échelle européenne, près d'une personne sur 4 âgée de plus de 15 ans fume. Un peu plus du cinquième de la population (21,6%) est exposé au tabagisme passif (4). Les pays ayant un taux de fumeur les plus élevées sont la Bulgarie (34,7%) et la Grèce (32,6%). Pour la consommation d'alcool, les pays ayant la consommation d'alcool la plus élevée sont situés en Europe de l'Est (5). En ce qui concerne la consommation de substance psychoactives, 4 % des élèves scolarisés ont déclaré en avoir consommés au cours de leurs vies. Les taux les plus élevés sont observés en Pologne et en Estonie (10% pour chacun de ces pays) (5). La drogue la plus expérimentée est le cannabis avec 87,7 millions de personnes entre 15 et 64 ans ayant consommé cela au moins une fois dans leur vie (6).

En France en 2014, 6,6% des enfants de 11 ans déclarent avoir déjà fumé une cigarette. Et presque un quart des jeunes de 13 ans (24,6%) ont déjà fumé une cigarette. Les chiffres montrent qu'il y a un raccourcissement du délai entre la première cigarette et l'usage quotidien du tabac (7). En ce qui concerne l'alcool, à 11 ans, près d'un jeune sur 2 a déjà goûté une boisson alcoolisée (7). Le nombre estimé de consommateurs d'alcool en France métropolitaine parmi les 11-75 ans est de 8,7

millions pour les usagers réguliers (consommation d'alcool au moins 3 fois par semaine) et de 4,6 millions d'usagers quotidiens (8).

La diffusion des substances illicites est en augmentation sur la dernière décennie : on assiste à une hausse des niveaux d'usage de cannabis, qu'il s'agisse d'usages occasionnels ou réguliers. Les poppers et la cocaïne demeurent les substances illicites les plus expérimentées après le cannabis, même si leur usage actuel concerne seulement 1% des 18-64 ans. Concernant la cocaïne, ce comportement d'usage se révèle en nette hausse sur la période 2000-2014. La MDMA/ecstasy enregistrent une hausse significative en matière d'usage actuel (9).

Entre 2011 et 2014, la proportion d'usagers au cours de l'année de médicaments psychotropes a augmenté, passant d'un peu plus du cinquième (21,7 %) à presque le quart (24,6 %) chez les jeunes de 17 ans (10). En 2014, 16% des jeunes de 17 ans déclarent avoir pris des anxiolytiques au cours de leur vie, 13% des hypnotiques et 6 % des antidépresseurs (10).

2) Les généralistes ont une position décisive

Depuis une vingtaine d'années, la prise en charge des addictions en France a évolué, avec notamment l'essor d'une nouvelle spécialité, l'addictologie. Ainsi, le tabac et l'alcool sont peu à peu devenus des substances psychoactives de première considération, nécessitant une prise en charge spécifique. L'implication des médecins généralistes dans l'initiation et le suivi des traitements de substitution a davantage été mis à contribution, notamment par la mise à disposition de la Buprénorphine Haut Dosage en ambulatoire (12).

De part ces aspects et surtout par sa place dans le dispositif actuel de santé (11), le médecin généraliste se trouve en position décisive. Il est en position de premier recours et il est particulièrement bien placé pour le dépistage et la prévention des consommations à risques.

Il suit le patient dans la durée et détient de précieuses informations sur son état de santé, somatique et psychologique, mais également sur son environnement social, familial et professionnel (13), il est compétent pour l'informer et le conseiller afin de réduire les dommages issus des mésusages de substances psychoactives ou de comportements. Il peut garantir son suivi sur une longue période dans la mesure où il observe une position stable dans le temps et détient la capacité de prescrire des traitements de substitution.

C'est en effet ce qu'on observe : la prise en charge des addictions est ainsi en grande partie réalisée par les médecins de ville, en lien ou non avec les centres des soins spécialisés (CSAPA, CAARUD) (12,14).

3) Mais les généralistes s'investissent peu dans les addictions

L'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des pathologies addictives est très fluctuante (12,15), ce malgré leur position avantageuse et malgré les préconisations des instances de santé publique.

Quelle que soit leur mode d'exercice (urbain, semi-rural ou rural) (12), ils sont une majorité à s'investir dans la tabacologie, environ la moitié dans l'alcoologie et seulement une minorité dans les drogues illicites (12) :

Pour ce qui est du dépistage, la majorité des MG reconnaissent que le dépistage des addictions fait partie de leur rôle (12, 15-16). Ils sont seulement un tiers (35%) à penser que leur intervention est efficace même s'ils s'estiment compétents pour délivrer un conseil de réduction (17).

En 2009, 34% des médecins utilisaient des questionnaires d'aide au repérage pour le tabac ; seulement 13% s'en servaient pour l'alcool et 2% pour le cannabis (12). Près des deux-tiers des médecins généralistes déclaraient avoir abordé au moins une fois avec chaque patient la question de la consommation de tabac. Pour l'alcool et le cannabis, le repérage était beaucoup moins systématique : ils étaient 23% à poser

systématiquement la question de la consommation d'alcool et 8% pour le cannabis (12).

- En ce qui concerne le mode de prise en charge : les médecins généralistes sont presque 95 % à prendre en charge le sevrage tabagique avec ou sans lien avec une structure spécialisée. Pour l'alcool, ce taux est à presque 77 % même si la prise en charge en collaboration est préférée. En outre, la prise en charge des sevrages d'opiacés ou d'autres drogues illicites se fait quasi systématiquement en association avec une structure ou un confrère. Respectivement 12,7 % et 11,8 % des généralistes déclarent ne pas se sentir concernés par les problèmes liés à la consommation de cannabis ou à la consommation d'autres substances illicites. 87% des prescriptions de TSO sont assurées par des médecins généralistes (12). Mais le suivi des patients est assuré par une minorité de médecins : 26% prennent en charge 75% des patients (12, 15).

En 2005, 62% n'avaient pas participé à une formation spécifique en addictologie, 55% avait du mal à aborder la consommation d'alcool lorsque ce n'est pas l'objet de la consultation (19).

Les raisons de ces réticences les plus souvent citées sont l'isolement, une formation inappropriée, un manque de temps et une inquiétude vis-à-vis des patients réticents (12, 20).

Environ 10 à 15% des médecins seraient prêts à participer à un réseau (12, 15, 26), 20 à 30 % prêts à participer à des formations ponctuelles, la moitié des MG seraient prêts à se former en addictologie (19).

4) Les politiques publiques

Dans le domaine des actions recommandées, les politiques publiques encouragent fortement le RPIB et l'accompagnement des thérapeutiques de substitution (40, 41).

Le mode d'intervention le plus étudié et qui a montré son efficacité est celui du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB). Il est amplement reconnu comme étant très utile (12, 17, 21-28, 39), malgré certaines réserves (20). C'est pourquoi les autorités sanitaires françaises tentent de le diffuser auprès des médecins généralistes, depuis 2006.

Le repérage précoce concerne la consommation déclarée et devrait s'appuyer sur des questionnaires standardisés, facilement utilisables en premier recours : AUDIT-C et FACE pour l'alcool, CAST pour le cannabis, Fagerström en 2 questions (ou SHORT test) pour le tabac (22, 29-30, 31). La mise en évidence de dommages sanitaires, socio-familiaux ou relationnels induits représentent également une forme de dépistage (32).

Il doit être associé autant que possible à une intervention précoce. Celle-ci consiste, en quelques minutes, à restituer au patient les résultats du test de repérage, le responsabiliser en l'informant sur les risques encourus par une telle consommation, donner ou un conseil d'arrêt ou de réduction de la consommation, susciter l'intérêt au changement et si possible faire choisir un objectif de changement de comportement et l'encourager (21, 29). L'entretien motivationnel constitue une approche intéressante pour répondre à ces objectifs : c'est une technique de communication collaborative, basée sur une attitude empathique et reconnaissant l'autonomie du sujet, qui tend à augmenter la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de son ambivalence face au changement (32, 33, 34). Cela nécessite notamment de personnaliser le conseil en fonction du stade de changement dans lequel se situe le patient, en s'appuyant sur le modèle de Prochaska et Di Clemente (30, 31).

L'intervention brève est particulièrement adaptée aux patients qui n'ont pas forcément besoin d'une prise en charge intensive afin qu'ils modifient leur comportement avant qu'il ne s'aggrave et ne cause des dommages (31, 35, 36).

Enfin jusqu'à présent, aucune étude n'a montré que les interventions brèves sont mal perçues par les patients ou engendrent chez eux des effets indésirables tels que la gêne ou le mécontentement (19, 20).

5) La santé publique réclame une amélioration de la formation des MG

A l'échelle internationale, l'OMS et l'OCDE insistent sur l'importance de renforcer la formation des MG dans le domaine de l'addictologie (37-38). De même, en France, la prévention et la prise en charge des conduites addictives font partie des points essentiels du Rapport de la Cour des Comptes de juin 2016 (41) et du Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les toxicomanies 2013-2017 (40) ; c'est également une des priorités du PRS Poitou-Charentes jusqu'en 2018 (42).

D'après le Plan gouvernemental de Lutte contre les drogues et les toxicomanies 2013-2017 (40), pour la formation, les objectifs sont de renforcer la formation initiale et la formation continue ainsi que de les étendre aux autres professionnels de santé. Par ailleurs, d'autres objectifs concernent le management des réseaux et l'organisation des soins primaires en matière de prévention et d'accompagnement des conduites addictives afin de faciliter le dépistage et la prise en charge des addictions par les médecins généralistes.

L'étude BASIS menée en 2015 (43) par des médecins généralistes avait pour objectif de décrire la prise en charge des patients ayant un problème avec l'alcool dans 5 pays européens (Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume Uni). Elle montre que l'enseignement universitaire de l'alcoologie est faible et qu'il existe des différences importantes entre les différents pays concernant le dépistage et la prise en charge des problèmes d'alcool.

Une étude récente, explorant les éventuels traits communs aux médecins qui s'investissent dans la prise en charge des addictions, suggère que les médecins généralistes qui s'investissent dans la prise en charge des addictions ont reçu en général une formation spécifique et se sentent compétents dans le domaine de l'addictologie. Ils sont motivés par des expériences personnelles positives et ne craignent pas la contrainte du temps. Ils sont satisfaits de leur rôle car ils se sentent capables et ne redoutent pas les échecs. Ils ont une facilité à aborder la consommation

de toxiques et utilisent des moyens de dépistage ; ils utilisent notamment des techniques de communication basées sur une relation d'aide, un travail d'écoute et ne sont pas influencés par des jugements moraux. Leur représentation des toxicomanes est plutôt positive et ils considèrent l'addiction comme une maladie chronique. Ils se sentent soutenus et estiment bénéficier d'un environnement professionnel favorable avec facilité d'accès à la formation, aux moyens de dépistage et aux réseaux d'addiction (16).

La formation interagirait donc sur les influences personnelles et les représentations du médecin (16) et augmenterait ainsi son implication et son efficacité sur la diminution des consommations (43-45).

6) L'état de la formation initiale des MG

En France, en dehors du cadre universitaire, diverses Formations Médicales Continues sont organisées sur ce thème dans de nombreuses villes. Le Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies 2013-2017 incite d'ailleurs à renforcer cette formation (40).

Dans le cadre universitaire, la formation initiale en addictologie commence en second cycle, avec un programme relativement commun lié aux objectifs des Epreuves Classantes Nationales (ECN) (46), à l'issue duquel l'étudiant devra savoir, pour chaque substance ou concernant les addictions comportementales (items 73 à 77) : *"repérer, diagnostiquer et évaluer le retentissement de l'addiction (...), connaître les indications et les principes du sevrage (...), argumenter l'attitude thérapeutique (traitement de substitution, réduction des risques, prévention des rechutes), planifier le suivi du patient."*

En Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM), le thème de l'addictologie est à rechercher dans le document de référence construit au niveau national par le Comité National des Généralistes Enseignants (CNGE) pour servir de base à la certification du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de MG. Celui-ci est construit autour de 11 familles de situations (47). A été stipulé pour chacune d'elles ce qui est

attendu du médecin à la fin de sa formation. Les situations relatives à la prévention et l'intervention en matière d'addiction concernent 9 des 11 familles citées (Annexe 1). L'enseignement s'appuie parfois beaucoup sur les stages, certaines facultés ne prévoient d'ailleurs pas d'enseignement spécifique pour les étudiants ; d'autres proposent une formation spécifique, obligatoire ou optionnelle. Aussi, les savoirs, les représentations, les ressources et l'expérience des Maîtres de Stage Universitaires (MSU) peuvent être considérés comme déterminants dans la mesure où ils représentent une source d'acquisition des compétences des internes.

C'est pourquoi il nous est apparu intéressant d'analyser le lien entre les différents types de formation facultaire à l'addictologie organisés pour les étudiants en TCEM de médecine générale, et les savoirs et attitudes des MSU en matière d'addictions.

Dans cette étude, nous avons fait l'hypothèse que délivrer une formation facultaire à l'addictologie pendant le TCEM de médecine générale améliore également les attitudes et savoirs des MSU, ce d'autant plus quand il s'agit d'une formation obligatoire.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les éventuelles différences de proportion de réponses dommageables à un questionnaire de situations cliniques chez les MSU, selon l'existence d'un enseignement facultaire spécifique addictologique pendant le TCEM de médecine générale, et son caractère obligatoire ou facultatif.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer, chez les MSU, les différences de proportion de réponses dommageables à un questionnaire de situations cliniques selon des variables d'expérience professionnelle auprès de patients ayant une addiction ; selon des variables de conditionnement ; selon les représentations. Enfin nous avons identifié les thèmes ayant suscité des taux élevés de réponses dommageables.

MATERIELS ET METHODES

Pour répondre à cet objectif, nous avons mené une étude multicentrique et transversale via un questionnaire de 58 questions (Annexe 2). Ce questionnaire a été mis en ligne sur le site Sondage Online et transmis par mail ou par fax aux différents MSU dès le 12 juin 2017 avec une relance le 4 juillet. Le sondage a été clôturé le 14 juillet 2017.

1) La population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient d'être un MSU en activité.

Les critères de non-inclusion étaient d'être MG non MSU et MSU à la retraite.

Les critères d'exclusion : ceux n'ayant pas rempli entièrement le questionnaire ont été exclus de l'analyse.

Cette étude a concerné les MSU des facultés de Poitiers, Bordeaux, Limoges, Lille, Clermont-Ferrand et Nancy.

2) Partenariat, collaborations et expertise

Le Professeur BINDER Philippe, directeur du DMG de la faculté de Poitiers, était l'organisateur de l'étude. Celle-ci a été menée en partenariat avec l'association ARIA pour le financement et le laboratoire de Biostatistique de l'Université de Poitiers.

Un comité scientifique réuni par le Professeur BINDER Philippe a construit et validé le questionnaire et le protocole : il associait le Professeur BINDER Philippe, le

Professeur INGRAND Pierre et le Docteur VANDERKAM Paul à Poitiers, le Professeur CASTERA Philippe à Bordeaux, le Professeur DI PATRIZIO Paolo à Nancy, le Docteur LAPORTE Catherine à Clermont-Ferrand, le Docteur MESSAADI Nassir à Lille et le Docteur Julie DUPOUY à Toulouse.

Les directeurs ou représentants des DMG des autres facultés ont également collaboré à l'étude en transmettant par mail le lien vers le questionnaire en ligne aux MSU. En Poitou-Charentes, nous avons contacté par téléphone tous les MSU afin d'obtenir leur adresse mail.

3) Indemnisation

Il était prévu une indemnisation des MSU de 20 euros par questionnaire exploitable pour la Région Poitou-Charentes et ex-Aquitaine. Cette indemnisation se faisait par chèques, envoyés par voie postale. A la fin du questionnaire, il y avait une question sur le souhait d'être indemnisé ou non. Si un MSU souhaitait une indemnisation, il devait indiquer son nom, prénom, ainsi que son adresse postale.

4) Questionnaire et Protocole d'élaboration des variables discriminantes

Dans cette étude, il s'agissait, non pas de graduer le niveau de compétence des répondants, mais d'identifier un groupe au niveau de compétence défini comme étant « dommageable » et un groupe au niveau de compétence « non dommageable ». Il s'agissait ensuite d'en comparer l'exposition aux différents types de formations organisées et aux données de contexte (expérience sur le terrain, conditionnements et représentations).

Six facultés ont participé à l'étude. Selon le DMG, l'enseignement délivré en addictologie lors de l'internat de médecine générale était variable : enseignement absent, (Poitiers et Limoges), enseignement optionnel (Nancy) et enseignement

obligatoire (Bordeaux, Lille, Clermont-Ferrand).

Le questionnaire a été construit, expérimenté et validé par le comité scientifique. Son élaboration s'est inspirée du Baromètre Santé 2009 et du référentiel national du CNGE. Ainsi, le questionnaire comportait 58 questions et était organisé en trois parties principales.

La première partie concernait le profil des participants : l'âge, le genre, le type d'exercice, le département d'exercice ainsi que le statut pédagogique.

La deuxième partie consistait à déterminer la variable discriminante du niveau de compétence. Elle était présente dans la partie 3 intitulée « Mes choix cliniques ». Cette partie présentait les histoires de 3 patients différents en situation clinique, amenant le participant à se positionner sur des décisions via 13 questions à choix multiples. La répartition de ces questions permettait d'explorer les connaissances, les intentions ou les décisions exprimées dans 3 domaines : l'identification du risque ou de l'addiction, le mode d'intervention et l'usage du médicament. Le consensus d'experts avait défini quelles étaient, pour chaque question, les différentes propositions traduisant une réponse « exacte », « acceptable » ou « dommageable ». Une question était classée exacte si elle ne contenait strictement que des réponses exactes. Une question était classée dommageable si elle portait au moins une réponse dommageable. Une question était classée acceptable si elle ne contenait aucune proposition dommageable, au moins une réponse acceptable avec ou sans réponses exactes. Ensuite, les questionnaires étaient classés en 2 groupes : « A » s'ils comportaient au maximum 2 propositions « dommageables » sur les 13 et « B » s'ils contenaient strictement plus de deux propositions « dommageables » sur les 13.

La troisième partie du questionnaire permettait d'explorer les variables explicatives : celles-ci étaient réparties en 4 groupes thématiques : la formation (enseignement théorique et pratique clinique), le contexte de travail, le contexte personnel et les représentations.

Deux questions caractérisaient l'existence d'enseignement reçu (pendant les

études ou autre qu'universitaire) et 13 questions caractérisaient l'expérience de prise en charge des addictions au tabac, à l'alcool, au cannabis et aux opiacés. Il s'agissait de questions à choix unique.

Six questions portaient sur le contexte personnel, permettant l'analyse des variables de conditionnement.

La dernière partie comprenait 19 questions explorant les représentations des répondants sur les patients : sur leur degré d'implication dans les addictions, sur les patients et sur leur sentiment d'aptitude à ces prises en charges. Ces questions se présentaient sous forme d'échelles de Likert modifiées, graduées de 0 à 100 : chaque question possédait 2 propositions extrêmes, le répondant devait placer le curseur pour graduer sa réponse vers la proposition qui lui convenait le mieux.

Enfin, un espace de suggestions permettait au MSU de se prononcer sur le souhait d'indemnisation ou non et de donner ses coordonnées postales le cas échéant.

5) Les méthodes statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide du Professeur Pierre INGRAND du Laboratoire de Biostatistique à Poitiers.

Les statistiques descriptives comprenaient l'effectif et le pourcentage des variables quantitatives, la médiane et l'étendue interquartiles pour les variables quantitatives. Le test du χ^2 a été utilisé pour la comparaison des variables explicatives entre chaque groupe. Le test non paramétrique de Mann et Whitney a été utilisé pour comparer les échelles de représentations entre les groupes A et B. Tous les tests ont été effectués avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$. Le logiciel SAS version 9.4 avait été utilisé pour les analyses statistiques.

RESULTATS

1) Profil des participants

Le questionnaire a été envoyé à 2604 MSU. Nous avons recueilli 232 réponses dont 49 suite à la relance. Il y avait 177 réponses exploitables car certains questionnaires étaient incomplets. Nous avons exclu 2 participants parce qu'ils n'avaient pas le statut de MSU. Il y avait donc 175 réponses exploitables soit près de 7% du nombre de MSU ayant reçu le mail. Les caractéristiques des MSU ainsi que leurs répartitions dans les groupes A et B sont détaillées dans tableau 1.

Près des deux tiers (66 %) des participants étaient dans le groupe B. Il y avait 59% d'hommes. L'âge moyen était de 50 ans avec un écart type de 10,4 années. Il n'était pas noté de différence significative entre les 2 groupes à ce sujet ($p=0,59$). La grande majorité des participants exerçaient en groupe (81%) et près d'un tiers (34%) des MSU participaient aux enseignements délivrés par les DMG. La moitié (50%) des participants provenaient des facultés de Bordeaux et de Poitiers (tableau 2).

La répartition des MSU selon les facultés d'appartenance est détaillée dans le tableau 2. Sur le type de formation reçue, la majorité des MSU (57%) provenaient de facultés où la formation en addictologie était obligatoire, que ce soit dans le groupe A ou B.

2) Réponses aux QCM d'élaboration de la variable discriminante

En ce qui concerne le questionnaire de connaissances, les résultats sont précisés dans le tableau 3 :

- Les dépistages : par rapport au conseil minimal, 38 % des MSU ont répondu de façon dommageable. Sur l'intervention brève, 43 % des MSU ont répondu de façon dommageable.

- L'évaluation de l'addiction : pour la question 21 sur les signes d'une addiction, 64% des MSU ont répondu de façon dommageable. En ce qui concerne le cycle de Prochaska et Di Clemente, 54 % des MSU ont répondu de façon exacte. Pour l'entretien motivationnel, 62 % des MSU ont répondu de façon exacte, 19 % des MSU ne connaissaient pas la technique de l'entretien motivationnel.

- Le tabagisme : sur la question 26 évaluant les traitements médicamenteux du tabagisme, 89 % des MSU avaient répondu de façon exacte.

- L'alcoolisme : sur les critères d'addiction à l'alcool selon le DSM V, 66 % des MSU avaient répondu de façon dommageable. La réponse dommageable la plus souvent retrouvée était l'anomalie biologique des gamma GT. Les réponses des MSU étaient dommageables à 5% pour le Baclofène et à 12% pour le Nalméfène.

- Les opiacés : pour les signes cliniques de manques d'opiacés, 28% des MSU ont répondu de façon exacte. Sur la conduite à tenir en cas de dosage insuffisant de TSO et de signe de manque de Buprénorphine, respectivement 28% et 40% des MSU ont répondu de façon exacte.

-Les structures spécialisées : le CSAPA était connu par 59 % des MSU.

3) Confrontation des compétences aux différents types d'enseignements

Les résultats sont présentés dans le tableau 4.

Il était noté une différence non significative entre les 2 groupes selon que la formation reçue en addictologie était obligatoire, optionnelle ou absente, mais qui restait cependant à la limite de la significativité ($p=0,051$).

Environ un tiers (31%) des MSU du groupe A ont déclaré avoir reçu une formation lors des études universitaires et 34% dans le groupe B ($p=0,68$). Soixante-et-un pour cent des MSU dans le groupe A ont déclaré avoir reçu et 58 % dans le groupe B ($p=0,66$).

Enfin, dans chaque groupe, environ les trois quarts des participants ont déclaré avoir reçu un enseignement quel qu'il soit en addictologie : 78% dans le groupe A et 74% dans le groupe B ($p=0,52$).

4) Confrontation des compétences aux variables d'expérience professionnelle

Les résultats sont présentés dans le tableau 5. En ce qui concerne l'ensemble des questions relatives à l'expérience professionnelle des MSU, les comparaisons n'ont pas mis en évidence de différence significative :

-Entretien motivationnel : 17 % des MSU du groupe A ne l'avaient jamais pratiqué et 26 % des MSU dans le groupe B ($p=0,49$).

-Conseil minimal : 83 % des MSU du groupe A ont déclaré l'avoir pratiqué plusieurs fois et 79 % du groupe B ($p=0,51$).

-Déni d'addiction : La quasi totalité des répondants y a déjà été exposée. ($p=0,20$).

-Patient non demandeur : 90 % de participants ont déclaré l'avoir réalisé plusieurs fois pour le tabac. La différence était à la limite de la significativité ($p=0,055$) dans la mobilisation et l'accompagnement pour la diminution ou l'arrêt de l'alcool ou des drogues illicites. De même, 81 % des participants l'avaient réalisé plusieurs fois pour l'alcool ou les drogues illicites.

-Prescription des TSO : 5 % des MSU du groupe A n'en avaient jamais prescrit et 12 % dans le groupe B ($p=0,35$).

-Prise en charge des addictions : pour la prise en charge du sevrage tabagique, la majorité des MSU le faisait seul (77 %). En ce qui concernait la prise en charge du sevrage alcoolique, des opiacés et du cannabis, la majorité des MSU collaborait avec une structure spécialisée.

5) Confrontation des compétences aux variables de conditionnement

Les résultats sont présentés dans le tableau 6 :

-Gestion des émotions : le taux de MSU ayant déclaré avoir souvent des difficultés à gérer leurs émotions était significativement plus important dans le groupe B (17%) que dans le groupe A (3% ; $p=0,028$).

-Proche concerné par une addiction : il n'y avait pas de différence significative ($p=0,55$) entre les 2 groupes A et B (50 % versus 45 %).

-Engagement dans une association : il y avait 28 % de MSU dans le groupe A qui étaient engagés dans une association, un mouvement humanitaire ou une religion contre 28 % dans le groupe B ($p=0,62$).

-Consommation personnel : il y avait 57 % de MSU ayant eu au moins 3 ivresses avec l'alcool dans le groupe A contre 43 % dans le groupe B. Cependant, cette différence n'était pas significative ($p=0,18$). Il n'y avait pas de différence significative dans la consommation quotidienne de tabac et occasionnelle de cannabis entre les groupes A et B (respectivement 42 % vs 44% ; $p=0,71$, 23% vs 15 % ; $p=0,30$).

6) Confrontation des compétences aux représentations

Les résultats sont présentés dans le tableau 7 :

- Les patients : par rapport au tabac, à l'alcool et aux opiacés, il y a significativement plus de MSU dans le groupe A qui pensent que les patients ayant une addiction à chacun des 3 produits sont plutôt victimes de leur environnement que responsables de leurs choix par rapport au groupe B (respectivement $p=0,041$; $p=0,035$; $p=0,037$). Cependant dans le groupe A, les choix des MSU étaient mitigés par rapport à ces questions (respectivement médiane à 52,5 [30-73,5] ; 49 [27,5-7] ; 50 [2-63]). Par ailleurs, il y avait significativement plus de MSU dans le groupe B qui pensaient que les patients dépendants des opiacés étaient plus menteurs ou manipulateurs que victime de leur maladie que dans le groupe A ($p=0.0052$). En ce qui concernait les patients dépendants à l'alcool, il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes sur le fait que les patients étaient menteurs ou manipulateurs mais qui était en limite de significativité ($p=0,058$).

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes pour le restes des questions relatives aux représentations :

Pour le tabac : les participants estimaient pouvoir aborder facilement les patients sur le tabac (médiane à 6 [2-13]), que c'est le rôle d'un médecin généraliste de le dépister (médiane à 4 [2-9]) et qu'ils se sentaient aptes à proposer une prise en charge (médiane à 19 [7-34]).

Pour l'alcool : les MSU estimaient pouvoir aborder facilement les patients

(médiane à 28 [11-49]) et que son dépistage relevait de la médecine générale (médiane à 7 [2-20]). En revanche, les MSU des 2 groupes semblaient être moins à l'aise dans la prise en charge (médiane à 35 [21-51]).

Pour les opiacés : les participants estimaient pouvoir aborder facilement les patients (médiane à 34 [12-61]) et que son dépistage relevait de la médecine générale (médiane à 11 [4-30]). La majorité des participants ne se sentaient pas aptes à proposer une prise en charge (médiane à 63 [32-85]).

Sur les addictions de façon générale : les participants pensaient qu'il faudrait motiver activement le patient pour pouvoir intervenir plutôt que d'attendre sa motivation (médiane à 68 [51-84]). L'opinion des MSU était mitigée en ce que concerne la motivation sur l'investissement auprès des patients addicts (médiane à 51 [38-70]).

DISCUSSION

1) Principaux résultats

Il semblerait que le type de formation délivré auprès des étudiants dans les facultés (obligatoire, facultative ou absente) n'ait pas une influence sur le niveau de compétence des MSU en addictologie. Cependant, cela reste à la limite de la significativité ($p=0,051$).

En ce qui concerne les autres variables explicatives :

- Sur la formation des MSU : 75 % des participants ont déclaré avoir reçu un enseignement quel qu'il soit en addictologie sans différence significative par ailleurs entre les 2 groupes.
- Sur l'expérience : Il n'y a pas de différence significative dans les 2 groupes en ce qui concerne l'ensemble des questions relatives à leur expérience professionnelle.
- Sur le contexte personnel : le taux de MSU ayant déclaré avoir souvent des difficultés à gérer leurs émotions était significativement plus important dans le groupe B (17%) que dans le groupe A (3 %).
- Sur les représentations : il y a significativement plus de MSU du groupe B que ceux du groupe A qui pensent que les patients ayant une addiction au tabac, à l'alcool et aux opiacés sont responsables de leur choix plutôt que victimes de leur environnement. De plus, il y a significativement plus de MSU du groupe B qui pensent que les patients ayant une addiction aux opiacés seraient plutôt menteurs ou manipulateurs. Il semblerait que les MSU se sentent plus aptes à prendre en charge des sevrages tabagiques plutôt que des sevrages en alcool. De même, les MSU sembleraient se sentir plus aptes à prendre en charge des sevrages en alcool plutôt que des sevrages aux opiacés.

En ce qui concerne le taux de réponses dommageables aux QCM d'élaboration de la variable discriminante, de façon générale :

- Sur le dépistage : il y a 38 % des MSU qui ne connaissent pas le principe du conseil minimal et 66 % qui ne connaissent pas les critères d'addiction à l'alcool selon le DSM-V.
- Sur le mode d'intervention : près de 59 % de MSU connaissent l'existence du CSAPA afin de travailler en collaboration avec une structure spécialisée. En revanche, près d'un quart (24 %) des MSU ne connaissent pas le principe de l'intervention brève. Près d'un MSU sur 5 ne connaît pas le principe de l'entretien motivationnel et 40 % des MSU ne connaissent pas le cycle de Prochaska et Di Clemente.
- Sur la thérapeutique : plus de 75 % des MSU ont répondu de façon acceptable ou exacte sur la thérapeutique que ce soit pour le tabac, l'alcool ou les opiacés.

2) Validité interne de l'étude

1- Points forts de l'étude

Il semble s'agir de la première étude menée à l'échelle nationale concernant exclusivement les MSU et non tous les MG.

Le questionnaire a été établi par un comité scientifique d'experts provenant de différentes facultés. Il a été construit à partir des données du Baromètre 2009 et des données du référentiel du CNGE.

Une indemnisation de 20€ était proposée à chaque participant remplissant le questionnaire et leur a été adressée par chèque par voie postale. Cela a certainement contribué à optimiser le nombre de participants

2- Limites de l'étude

En ce qui concerne le questionnaire, celui-ci avait été testé et il fallait environ 15 à 20 minutes pour le remplir, ce qui a pu décourager un certain nombre de participants.

De plus, il s'agit d'un auto-questionnaire : les analyses ont été effectuées sur les réponses par écrit et non sur l'observation objective des MSU en situation clinique. Cependant elle permet des éléments de comparaison entre les différents modes de formation et de contexte.

Il y avait un faible taux de participants à l'étude (presque 7 %) malgré le nombre de MSU concernés. L'étude a donc une faible puissance. Dans la région du Poitou-Charentes, sur les 299 MSU concernés, il y avait eu 13 % de réponses. Le questionnaire a été envoyé en été et certains mails obtenus étaient ceux du cabinet où les MSU exerçaient et non leurs adresses personnelles : cela a pu empêcher leur participation.

Par ailleurs, il y avait 55 questionnaires incomplets. Cela peut être expliqué en partie par le fait que le questionnaire n'était pas anonymisé si les participants souhaitaient être indemnisés, pouvant dissuader certains participants.

Il y a un biais de sélection : en effet, les groupes de MSU répartis en fonction de leur faculté de rattachement n'étaient pas homogènes : 50 % des participants provenait de Bordeaux et de Poitiers. Par ailleurs, les MSU n'ont pas forcément effectué leurs études dans leur faculté de rattachement.

En ce qui concerne l'indemnisation, il est possible qu'une majoration de l'indemnité puisse augmenter davantage le nombre de participants.

3) Validité externe

Dans la littérature, il n'a pas été retrouvé d'autre étude menée en France ayant analysé le lien entre compétences des MSU et le type d'enseignement en addictologie délivré par la faculté à laquelle ils sont rattachés.

Dans cette étude, près d'un MSU sur 5 ne connaissait pas le conseil minimal ni l'intervention brève : ceci prêche à penser qu'il y ait un défaut de formation des MSU en addictologie en France. Cette conclusion est commune à la majorité des études sur les compétences des MG en addictologie. L'addiction au tabac est bien maîtrisée par les MG. Cependant, des difficultés semblent présentes pour l'alcool et encore plus pour les autres substances psychoactives (48). En effet, les principaux freins évoqués en rapport avec le médecin sont : le manque de temps, de formation et d'outils, l'isolement et le sentiment d'impuissance. Les principaux freins évoqués en rapport avec le patient sont : le déni, la manipulation, les échecs répétés, la mauvaise observance et le comportement (48).

Pour comparer les résultats de cette étude avec ceux de Teoli (2015) portant sur les MG du Poitou-Charentes (15) : 75 % des MSU ont participé à au moins une formation sur tout ou partie des addictions contre 45 % des MG.

Concernant le RPIB, 80% des MSU de cette étude et des MG lors de l'étude de Teoli ont pratiqué plusieurs fois le conseil minimal.

En ce qui concerne la prise en charge des addictions, pour le tabac, 77 % des MSU le font seul contre 83 % des MG. Pour l'alcool, 19 % des MSU le font seul contre 33 % des MG. Pour le cannabis, 30 % des MSU le font seul contre 24 % des MG. Pour les opiacés, 15 % des MSU le font seul contre 17 % des MG. Il y a autant de MSU que de MG qui refusent de prendre en charge les sevrages tabagiques, en alcool et au cannabis (2 %, 5% et 20 % respectivement pour les 2 études). Pour le sevrage aux opiacés, 26 % des MSU refusent de prendre en charge contre 23 % des MG.

L'étude de Teoli montre également que les médecins se sentent plus aptes à prendre un sevrage tabagique plutôt qu'un sevrage alcoolique et qu'ils se sentent également plus aptes à prendre en charge un sevrage alcoolique qu'un sevrage aux opiacés (15,49). Ces résultats sont également retrouvés dans notre étude.

Ces constats restent prudents devant les limites de notre étude et les caractéristiques des participants.

4) Perspectives et intérêts de l'étude

1- Améliorer la formation des MSU à l'addictologie

Cette étude montre que 66% des MSU ont répondu au moins 3 fois de manière dommageable alors même que 75% ont déclaré avoir reçu une formation à l'addictologie. Cela semble démontrer qu'il existe un défaut de formation des MSU en addictologie, a minima qu'il devrait leur être proposé une mise à jour de l'état des connaissances dans le domaine.

Une étude menée par Anderson en 2017 (51) sur le dépistage de l'alcool et sur l'intervention brève dans 5 pays européens montre que leur optimisation en cabinet de médecine générale nécessite : une formation adaptée, un soutien par une structure spécialisée, une expérience pratique du dépistage et de l'intervention brève. Ces résultats sont aussi confirmés par une étude dirigée par Seale en 2015 (52).

Une nouvelle réforme du TCEM de médecine générale est entrée en vigueur cette année avec passage du DES à 4 ans (54). Il y aura un élargissement du premier SASPAS à l'ensemble de la promotion avec mise en place d'un deuxième SASPAS. Ceci implique que les internes auront plus de stage en ambulatoire et seront donc plus amenés à être confrontés à des patients ayant une ou plusieurs addictions. Il est possible d'imaginer qu'en les sensibilisant davantage à l'addictologie lors de la formation pour devenir MSU, ces derniers seraient susceptibles de proposer des terrains de stage propices à l'acquisitions de compétences par les étudiants dans ce domaine.

De même, afin d'élargir cela à l'ensemble des MG, il semblerait nécessaire d'établir une formation théorique spécifique en addictologie lors des Formations Médicales Continues via un rappel et une mise à jour des connaissances. Ces formations sont nécessaires afin de rendre systématique le dépistage des addictions en ambulatoire, de favoriser et renforcer le RPIB et l'entretien motivationnel, la prise en charge seul ou en coopération avec des structures spécialisées et de changer les représentations des médecins.

Enfin, une formation appuyée sur l'entretien motivationnel pourrait permettre un meilleur accompagnement vers un sevrage chez les patients non demandeur. Cela s'applique également en dehors de l'addictologie sur des pathologies chroniques comme le diabète (33).

2- Faire évoluer les représentations

La thèse de Garandel en 2017 (50) sur l'identification des facteurs qui influencent la prise en charge des patients faisant un mésusage de l'alcool en médecine générale aborde ce sujet. Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes, 6 professionnels de l'alcoologie et un ancien patient, en Poitou-Charentes. Certains médecins addictologues se représentaient le patient alcoolique comme étant dans le déni, il peut aussi y avoir un sentiment de honte et de culpabilité chez le patient avec la crainte d'être jugé. Ce qui peut expliquer que certains patients n'abordent pas directement le problème avec leurs médecins. Certains patients peuvent être énergivores parce qu'ils nécessitent beaucoup d'écoute et cela peut être un frein à la prise en charge par un médecin. Cependant, cette dimension fait partie intégrante de la prise en charge des patients addicts avec les traitements médicamenteux. Il y a aussi la présence de préjugés sur l'alcoolisme pour certains médecins pouvant parfois même aller jusqu'à une stigmatisation du patient. La question du thème de l'alcool vu par la société est aussi abordée : l'alcool est considéré comme un produit de consommation socio-culturel parfois associée à la notion de convivialité en France. En revanche, sur le plan médical, certains médecins le voient comme un sujet tabou les empêchant ainsi de réaliser le dépistage.

Afin d'améliorer les représentations, en Suisse (15), une formation à l'addictologie a déjà été mise en place auprès d'étudiants. 52 heures sont consacrées à l'addiction sous la forme de cours, séminaires, ou de stages cliniques. Ici, l'avantage est que les étudiants sont confrontés à l'aspect pratique de l'addictologie et abordent donc le domaine psychologique et relationnel dans l'addictologie. Cela permet également de modifier les représentations des étudiants et de stopper les préjugés sur les patients ayant une addiction. Ce concept est également évoqué par Lande (53) qui énonce que l'absence de formation contribuerait à perpétuer les idées préconçues et négatives sur les usagers.

3- Enjeux de santé publique

En France, le tabac et de l'alcool sont les deux premières causes de mortalité prématurée évitable (56, 57, 58). Cela pose donc un véritable problème dans la société et est un enjeu majeur de santé publique. C'est pourquoi un plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives a été mise en place (40), il comprend 3 principaux axes :

- Fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation médicale de l'addiction. Il s'agit de favoriser la formation des médecins à l'addictologie.
- Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux : les jeunes, les femmes enceintes et les personnes vivant en situation de précarité notamment en augmentant les campagnes contre l'addiction, par des services d'aides à distance ou encore les messages de prévention sur les paquets de cigarettes ou les bouteilles d'alcool. De plus, les messages de prévention concernent essentiellement le tabac et peu les autres addictions. Le plan prévoit de majorer la prévention d'autres addictions comme l'alcool et le cannabis, cela pourrait aider à lever le sentiment de honte et de culpabilité des patients et à les inciter à consulter pour un sevrage. Un contrôle plus strict des zones non-fumeur fait également parti du plan.
- Renforcer la sécurité, la tranquillité et la santé publique au niveau national, européen et international en renforçant la lutte interne et aux frontières contre les trafics de drogues et contre toutes les formes de délinquance liées aux consommations de substances psychoactives.

Ainsi, devant l'augmentation du nombre d'internes de médecine générale chaque année, il serait nécessaire de recruter davantage de MSU et de les former. Cependant, il y a eu une réduction des budgets qui concernent la formation à la maîtrise de stage ainsi que du nombre de jours de formations indemnisées. La conséquence est une chute de 35% des inscriptions pour la formation des MSU en début d'année 2017 (55). Cela pourrait donc se répercuter sur la formation des internes, ce qui va malheureusement à l'encontre des objectifs de santé publique nationales et internationales.

4- Intérêts pour la recherche

D'autres études seraient à prévoir pour conforter les résultats, du fait du manque de puissance et des biais présents dans celle-ci. Afin d'augmenter le nombre de participants, il faudrait peut-être augmenter le nombre de facultés concernées. Eventuellement, l'adaptation du nombre de questions, ou encore la majoration de l'indemnisation pourrait contribuer à augmenter le nombre de participants. Idéalement, une mise en situation clinique des MSU face aux patients addicts serait un moyen objectif et fiable de les évaluer. Mais cela paraît difficile et fastidieux à réaliser en pratique.

Enfin, des études pourraient être menées sur les représentations des MSU en matière d'addictions : quel est le lien entre les représentations des MSU en matière d'addictions et les pratiques de prescriptions pour les différentes substances psycho-actives ?

CONCLUSION

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'éventuelle influence des différents types de formation facultaire (obligatoire, facultatif ou absent) sur la proportion de MSU ayant donné au moins 3 réponses dommageables à un questionnaire de situations cliniques en addictologie. Les résultats montrent qu'il n'y pas de différence mais qui reste en limite de significativité sur le niveau de compétences des MSU en fonction du type de formation reçue.

Il existe des différences significatives entre les 2 groupes en ce qui concerne la gestion des émotions, le fait de penser que les patients seraient responsables de leurs choix plutôt que victimes de leur environnement et le fait de penser que les patients aux opiacés seraient plutôt menteurs ou manipulateurs.

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence devant le faible nombre de participants (presque 7% des MSU ayant reçu le mail) ainsi que les biais présents dans cette étude.

D'autres études doivent être menées afin de confirmer ces résultats et de proposer une formation adaptée aux médecins devant l'enjeu majeur de santé publique que représentent les addictions.

RESUME ET MOTS-CLES

INTRODUCTION : l'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence des différents types

de formation universitaire organisées en addictologie en fonction des facultés (obligatoire, facultative, absente) sur les maîtres de stages universitaire (MSU) de médecine générale selon leurs niveaux de compétence en addictologie.

MATERIEL ET METHODES : l'étude est multicentrique et transversale sur 3 semaines. Le critère d'inclusion concerne les MSU en activité. Il s'agit d'un questionnaire avec 59 questions organisées en 4 parties : la première concerne les caractéristiques des participants. La deuxième porte sur l'analyse des connaissances en addictologie. La troisième concerne les variables explicatives séparés en quatre thèmes (formation, expérience, représentation, contexte personnel). La dernière partie porte sur le souhait ou non des participants d'être indemnisés de 20 €. Suite à cela, 2 groupes de MSU ont été déterminées en fonction de leurs niveaux de compétence en addictologie.

RESULTATS : 175 MSU ont été inclus dans l'étude. Il n'est pas noté de lien entre les différents types de formation universitaire et le niveau de compétence des MSU en addictologie à la limite de la significativité ($p=0,051$). D'autres différences significatives ont été retrouvés : la difficulté de gestion des émotions ($p=0,028$), le fait de penser que les patients addicts sont responsables de leurs choix pour le tabac, l'alcool et les opiacés (respectivement $p=0,041$, $p=0,035$, $p=0,037$), le fait de penser que les patients addicts aux opiacés sont menteurs ou manipulateurs ($p=0,0052$).

DISCUSSION : cette étude est limitée par le faible nombre de participants. Il y a un biais de sélection : 50 % des MSU proviennent des facultés de Bordeaux et de Poitiers, les 2 groupes de MSU ne sont pas de taille identique avec 66% dans le groupe de MSU ayant le plus de lacunes.

CONCLUSION : d'autres études semblent nécessaires afin de confirmer ces résultats. Cette étude montre également un défaut de formation des médecins en addictologie aussi bien sur le plan théorique que pratique.

MOTS-CLES : MSU, addiction, tabac, alcool, cannabis, opiacés.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) : Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Tabagisme. Aide-mémoire n°339. Mai 2017. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/> [consulté le 22 octobre 2017].
- (2) : Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Consommation d'alcool. Aide-mémoire n°349. Janvier 2015. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/fr/> [consulté le 22 octobre 2017]
- (3) : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC). Rapport mondial sur les drogues 2017. 22 Juin 2017. Disponible sur https://www.unodc.org/unodc/fr/frontpage/2017/June/world-drug-report-2017_-29-5-million-people-globally-suffer-from-drug-use-disorders--opioids-the-most-harmful.html [consulté le 22 octobre 2017].
- (4) : Eurostat. Communiqué de Presse, Consommation de tabac. Décembre 2016. Disponible sur : <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7762317/3-07122016-AP-FR.pdf/9e33b36f-46ab-4597-ae9-218b0bf327e2> [consulté le 22 octobre 2017].
- (5) : World Health Organization (WHO). Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches. 2012. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf?ua=1 [consulté le 22 octobre 2017]
- (6) : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Rapport européen sur les drogues Tendances et évolutions. 2017
- (7) : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Jeunes et addictions. décembre 2016
- (8) : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Tendances 99. Mars 2015.
- (9) : Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Martinez M, Néfau T, Milhet M. substances psychoactives, usagers et marches: les tendances récentes (2015-2016). OFDT Tendances 115, décembre 2016, p. 4
- (10) : Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. OFDT Tendances 100, ESCAPAD, mai 2015, p. 4

- (11) : Druais PL. Rapport « La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé ». 15 mars 2015
- (12) : Guignard R, Beck F, Obradovic I, Prise en charge des addictions par les médecins généralistes, INPES, Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé. Baromètre Santé médecins généralistes 2009, 177-201
- (13) : Wasser AM. L'addiction en médecine générale. Précis d'addictologie à l'usage des médecins généralistes de Poitou-Charentes. [Mémoire de médecine générale]. Université de Bordeaux. Faculté de Médecine Victor Pachon 2013.
- (14) : Brisacier AC, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Tendances. 2014;94:3-6.
- (15) : Teoli R, Haller D, Ingrand P, Binder P. Comparaison des représentations et comportements des médecins généralistes du Canton de Genève et du Poitou-Charentes. Santé Publique 2016;2:187-95.
- (16) : Couturier A. Revue de littérature : caractéristiques des médecins généralistes qui s'investissent dans les addictions. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Poitiers: Université de Poitiers; 2017.
- (17) : Diaz Gomez C, Milhet M. Repérage précoce intervention brève Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. OFDT, 2005 : 220 p.
- (18) : Milhet M, Diaz Gomez C. Alcoolisations excessives et médecine de ville, Paris, OFDT, Mars 2006, p. 4
- (19) : Reynaud M., Bailly D. Venisse J.-L. Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce ? Actes du sixième congrès international sur les addictions. Paris: Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 2005
- (20) : Nygaard P, Aasland OG. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. Alcohol and Alcoholism, 2011; 46 (1): 52-60
- (21) : Castera P. Dossier Repérage Précoce, Intervention brève - Cinq minutes pour convaincre ; Addictions, juin 2006 N°22. p 10-15

- (22) : Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.) Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. 2008 ; 141 p. (mise à jour 08/2015)
- (23) : Heather N. Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? *Addict Sci Clin Pract.* 2012;7:15. DOI: 10.1186/1940-0640-7-15
- (24) : Sassi, F.(ed.), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing. 2015. Paris.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>
- (25) : Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, et al. Behavioral Counseling After Screening for Alcohol Misuse in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2012;157:645-654. DOI: 10.7326/0003-4819-157-9-201211060-00544
- (26):Kaner Eileen, Bland Martin, Cassidy Paul, CoultonSimon, Dale Veronica, Deluca Paolo et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial *BMJ* 2013; 346 :e8501
- (27) : Kaner EF.S., Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007. Issue 2. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3
- (28) : Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *Exercer* 2010 ;90:20-3
- (29) : Haute autorité de santé (HAS). Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. décembre 2014
- (30) : Binder P, Vanderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale- Deuxième partie : les interventions possibles. *Exercer* 2017. Février 2017
- (31) : Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge des consommateurs de cocaïne, février 2010. Disponible sur : <https://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_argumentaire.pdf. [consulté le 22 octobre 2017]

(32): Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel-Aider la personne à engager le changement-2ème édition. InterEditions. 2013. 434p.

(33) : Haute Autorité de Santé (HAS). L'entretien motivationnel. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf [consulté le 22 octobre 2017]

(34) : Haute Autorité de Santé (HAS). Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». Octobre 2014.

(35) : Haute Autorité de Santé (HAS). Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. octobre 2014

(36) : Société Française d'Alcoologie (SFA). Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. février 2015. 148p

(37) : Organisation mondiale de la Santé (OMS). Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. 2010. 46p

(38) : Sassi F, *Lutter contre la consommation nocive d'alcool : Politiques économiques et de santé publique*, Éditions OCDE.2015.

(39) : Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L, Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France, Volume 1835, Issue 5, 10/2011, Pages 281-357, ISSN 0398-7620, <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2011.03.059>

(40) : Plan Gouvernemental de Lutte contre les Drogues 2013-2017, MILDT, La Documentation française. 2013. 121p

(41) : Cour des Comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. juin 2016. 262p

(42) : ARS Poitou-Charentes, Agence Régionale de Santé, PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ 2014. 41p

(43): Duhot D. et al. ETUDE BASIS : Quelles sont les pratiques des médecins généralistes dans 5 pays européens concernant la prise en charge des problèmes d'alcool ? In : Congrès de la Médecine Générale ; 2016 ; Paris, France.

- (44): Siegal HA, Cole PA, Li L, Eddy MF. Can a brief clinical practicum influence physicians' communication with patients about alcohol and drug problems? Results of a long-term follow-up. *Teach Learn Med.* 2000 Spring;12(2):72-7.
- (45): 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;26(2):191-200.
- (46) : Haute Autorité de Santé (HAS). UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives (53-78) Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608438/fr/ue-3-maturation-vulnerabilite-sante-mentale-conduites-addictives-q53-78. [consulté le 22 octobre 2017].
- (47) : Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *exercer* 2013;108:165-9.
- (48) : Benkiran L, NOUCHI J. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne) : Freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante. Thèse med. Université de Nice, 2014.
- (49) : 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.
- (50) : Garandel J, Kandel O. Identification des facteurs qui influencent la prise en charge des patients faisant un mésusage de l'alcool en médecine générale. Thèse med. Université de Poitiers, faculté de Médecine et de Pharmacie, 2015.
- (51) : Anderson P, Kaner E , Keurhorst M, Bendtsen P, Steenkiste BV, Reynolds J et al. Attitudes and Learning through Practice Are Key to Delivering Brief Interventions for Heavy Drinking in Primary Health Care: Analyses from the ODHIN Five Country Cluster Randomized Factorial Trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2017 Jan 26;14(2).
- (52) : Seale JP, Johnson JA, Clark DC, Shellenberger S, , Dhabliwala J, , Sigman EJ et al. A Multisite Initiative to Increase the Use of Alcohol Screening and Brief

Intervention Through Resident Training and Clinic Systems Changes. Acad Med. 2015 Dec;90(12):1707-12.

(53) : Lande RG, Wyatt SA, Przekop PR. Addiction medicine: a model osteopathic medical school curriculum. J Am Osteopath Assoc. 2010 Mar;110(3):127–32.

(54) : Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale. 17 mars 2016.

(55) : Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). CNGE com N°1 2017. 23 janvier 2017

(56) : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS). Principales causes de décès et de morbidité. L'état de santé de la population en France Rapport 2017. 2017. p 97-108

(57) : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Tabac. Mise à jour le 22 septembre 2014. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/index.asp> [consulté le 22 octobre 2017]

(58) : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Alcool. Mise à jour le 25 février 2016. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/index.asp> [consulté le 22 octobre 2017]

TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

	MSU n (%)	A n (%)	B n (%)	p
Genre				
Homme	103 (59)	25 (42)	46 (40)	0,76
Femme	71 (41)	34 (58)	69 (60)	
Exercice				
Seul	32 (19)	8 (14)	24 (21)	0,22
Groupe	140 (81)	51 (86)	89 (79)	
Age moyen (écart-type)				
	50 (10,4)	49,4 (10,5)	50,4 (10,4)	0,59
Participation à l'enseignement				
Oui	58 (34)			
Non	114 (66)			
Total de réponses	175	60 (34)	115 (66)	

Tableau 2 : Répartition des MSU en fonction de la faculté d'appartenance

Nombre de MSU par faculté			
Bordeaux	49 (28)		
Poitiers	38 (22)		
Lille	30 (17)		
Nancy	24 (14)		
Clermont-Ferrand	21 (12)		
Limoges	13 (7)		
Total	175 (100)	60 (34)	115 (66)

Tableau 3 : variable discriminante : proportions de réponses dommageables pour chaque question

	Réponse*/ n (%)
Q21 Les questions pertinentes communes pour évaluer l'addiction au tabac, au cannabis ou à l'alcool :	
a) consommation du matin	E
b) consommation du soir	A
c) fréquence des prises	E
d) remarques de l'entourage	A
e) troubles de la mémoire	D
f) troubles du sommeil	D
Taux de MSU	
Réponses exactes	18 (10)
Réponses dommageables	111 (64)
Réponses acceptables	46 (26)
Total	175 (100)
Q22 Le conseil minimal :	
a) est un type de réponse spécifique à un patient demandant un sevrage tabagique	D
b) ce sont 2 questions à poser à tous les consultants	E
c) doit durer moins de 3 minutes	A
d) a montré une efficacité sur le sevrage ultérieur du tabac	E
e) je ne sais pas	D
Taux de MSU	
Réponses exactes	51 (29)
Réponses dommageables	67 (38)
Réponses acceptables	57 (33)
Total	175 (100)
Q23 L'intervention brève	
a) structure une intervention ne devant pas dépasser 5 minutes	D
b) se réalise en 3 étapes : analyser, convaincre, prescrire	D
c) nécessite d'évaluer et d'informer, responsabiliser, proposer, ouvrir à des choix, être empathique, et valoriser	E
d) je ne sais pas	A
Taux de MSU	
Réponses exactes	57 (33)
Réponses dommageables	76 (43)
Réponses acceptables	42 (24)
Total	175 (100)
Q24 Les signes de manque d'opiacés :	
a) crampes musculaires	E
b) céphalées	A
c) érythème	D
d) myosis	D
e) mydriase	E

(Suite Q24)	
<u>Taux de MSU</u>	
Réponses exactes	49 (28)
Réponses dommageables	46 (26)
Réponses acceptables	80 (46)
Total	175 (100)
Q25 Conduite à tenir en cas de dosage insuffisant de TSO :	Réponse*/ n (%)
a) ajouter 5mg de méthadone de plus par jour	E
b) associer du Xanax et ne pas augmenter la dose de méthadone	D
c) d'abord demander l'avis au centre CSAPA avant d'augmenter	A
d) ne sachant pas, je l'adresse aux urgences	D
<u>Taux de MSU</u>	
Réponses exactes	49 (28)
Réponses dommageables	35 (20)
Réponses acceptables	91 (52)
Total	175 (100)
Q26 Conduite à tenir si les patchs nicotiniques sont insuffisants :	
a) ajouter de la Varénicline aux patchs	E
b) la Varénicline est contre-indiquée avec l'usage des patchs	D
c) changer de marque de patch plutôt qu'augmenter la dose	A
d) ajouter des gommes à mâcher à prendre en plus, si besoin	E
e) ajouter de l'Acamprosate	D
<u>Taux de MSU</u>	
Réponses exactes	155 (89)
Réponses dommageables	15 (8)
Réponses acceptables	5 (3)
Total	175 (100)
Q27 Critères d'addiction à l'alcool (dépendance) :	
a) Gamma GT > 3N	D
b) ivresses répétées	A
c) perte de contrôle des quantités consommées	E
d) insomnies quotidiennes	D
e) besoin de consommer le matin	E
<u>Taux de MSU</u>	
Réponses exactes	38 (22)
Réponses dommageables	116 (66)
Réponses acceptables	21 (12)
Total	175 (100)
Q28 Le cycle de Prochaska :	
a) est un processus métabolique hépatique lié à la dégradation de l'alcool dans le foie et situant un seuil de toxicité	D
b) est la description des différents stades de motivation que traversent les patients ayant une addiction	E
c) est un programme thérapeutique formalisé constitué de 6 étapes	D
d) Je ne sais pas	A
<u>Taux de MSU</u>	

(Suite Q28)	
Réponses exactes	95 (54)
Réponses dommageables	10 (6)
Réponses acceptables	70 (40)
Total	175 (100)
Q29 Le Baclofène :	Réponse*/ n (%)
a) la prescription est réservée aux addictologues	D
b) n'a pas d'AMM mais une RTU dans la dépendance à l'alcool, permettant de prescrire	E
c) ne pas dépasser 4 comprimés par jour	D
d) peut être prescrit en commençant par 1,5 comprimé et en augmentant de 0,5 comprimé tous les 3 jours, jusqu'à 20 comprimés ou plus si nécessaire	E
e) Ne sachant pas, je l'oriente vers un centre spécialisé	A
Taux de MSU	
Réponses exactes	101 (58)
Réponses dommageables	10 (6)
Réponses acceptables	64 (36)
Total	175 (100)
Q30 L'entretien motivationnel utilise des propositions comme :	
a) qu'en pensez-vous, que souhaitez-vous ?	E
b) vous êtes hésitant, c'est normal, vous savez cependant qu'il vaut mieux faire ainsi	D
c) suite à votre décision, nous nous accordons sur ces premiers changements	E
d) suite à ce que j'ai compris, je vous prescris cette méthode pour changer de comportement	D
e) je préfère ne pas répondre car je ne connais pas la technique de l'entretien motivationnel	A
Taux de MSU	
Réponses exactes	108 (62)
Réponses dommageables	34 (19)
Réponses acceptables	33 (19)
Total	175 (100)
Q31 Conduite à tenir si 1 comprimé de Nalméfène est insuffisant :	
a) augmenter sans dépasser 3 par jour	D
b) passer à une autre classe thérapeutique	E
c) ne sachant pas, je l'adresse à un centre spécialisé	A
d) continuer à 1 comprimé et associer un suivi psychothérapeutique	E
e) l'arrêter car il est incompatible avec l'usage d'alcool	D
Taux de MSU	
Réponses exactes	61 (35)
Réponses dommageables	21 (12)
Réponses acceptables	93 (53)
Total	175 (100)
Q32 Structure de référence locale, spécialisée :	
a) CMP	A
b) CSAPA	E

(Suite Q32)	
c) MILDT	D
d) CMPP	D
e) je ne sais pas	A
Taux de MSU	
Réponses exactes	103 (59)
Réponses dommageables	2 (1)
Réponses acceptables	70 (40)
Total	175 (100)
Q33 Conduite à tenir en cas de signes de manque de Buprénorphine :	Réponse*/ n (%)
a) augmenter la posologie en maintenant la forme générique	E
b) baisser la posologie et maintenir la forme générique	D
c) maintenir la même posologie et associer une benzodiazépine	D
d) maintenir la posologie et préférer la forme princeps	A
e) maintenir la posologie et demander un avis spécialisé	A
Taux de MSU	
Réponses exactes	70 (40)
Réponses dommageables	10 (6)
Réponses acceptables	95 (54)
Total	175 (100)

* Réponse : A=acceptable ; E=exacte ; D=dommageable

Tableau 4 : Variables explicatives : formation

Groupe	Total n (%)	A n (%)	B n (%)	p
Type de formation en addictologie				
Obligatoire	100 (57)	34 (56)	66 (57)	0,051
Facultatif	24 (14)	13 (22)	11 (10)	
Absent	51 (29)	13 (22)	38 (33)	
A reçu un enseignement spécifique en addictologie pendant les études universitaires	56 (33)	18 (31)	38 (34)	0,68
A reçu un enseignement spécifique autre qu'universitaire :	101 (59)	36 (61)	65 (58)	0,66
A reçu un enseignement en addictologie quel que soit le contexte	132 (75)	47 (78)	85 (74)	0,52

Tableau 5 : Variables explicatives : expériences

	Total n (%)	A n (%)	B n (%)	p
Q8- A mené un entretien motivationnel :				
Ne sais pas ce que c'est	18 (10)	8 (13)	10 (9)	0,49
Jamais	39 (23)	10 (17)	29 (26)	
Une fois	4 (2)	1 (2)	3 (2)	
Plusieurs fois	111 (65)	40 (68)	71 (63)	
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	
Q9- A pratiqué le conseil minimal :				
Ne sais pas ce que c'est	22 (13)	7 (12)	15 (13)	0,51
Jamais	8 (5)	3 (5)	5 (4)	
Une fois	4 (2)	0 (0)	4 (4)	
Plusieurs fois	137 (80)	49 (83)	88 (79)	
Total	171 (100)	59 (34)	112 (66)	
Q10- A vécu une situation de demande pour un tiers atteint d'une addiction, non présent à la consultation :				
Jamais	6 (3)	1 (2)	5 (5)	0,12
Une fois	6 (4)	0 (0)	6 (5)	
Plusieurs fois	160 (93)	58 (98)	102 (90)	
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	
Q11- A vécu une situation de déni d'un patient atteint d'une addiction :				
Jamais	1 (1)	0 (0)	1 (1)	0,20
Une fois	5 (3)	0 (0)	5 (4)	
Plusieurs fois	166 (96)	59 (100)	107 (95)	
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	
Q12-A pris en charge un sevrage de tabac :				
Jamais	2 (1)	0 (0)	2 (2)	0,30
Une fois	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Plusieurs fois	170 (99)	59 (100)	111 (98)	
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	
Q13- A été sollicité pour un sevrage d'alcool :				
Jamais	1 (1)	1 (2)	0(0)	0,34
Une fois	2 (1)	1 (1)	1 (1)	
Plusieurs fois	169 (98)	57 (97)	112 (99)	
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	
Q14- A prescrit un TSO :				
Jamais	16 (9)	3 (5)	13 (12)	0,35
Une fois	12 (7)	5 (9)	7 (6)	
Plusieurs fois	144 (84)	51 (86)	93 (82)	
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	
Q15- A mobilisé et accompagné un patient non demandeur vers le contrôle ou l'arrêt de sa consommation de tabac :				
Jamais	10 (6)	4 (7)	6 (5)	0,90
Une fois	8(5)	3 (5)	5 (5)	
Plusieurs fois	154 (89)	52 (88)	102 (90)	

(Suite Q15)				
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	
Q16- A mobilisé et accompagné un patient non demandeur vers le contrôle ou l'arrêt de sa consommation d'alcool ou de drogues illicites :				
Jamais	20 (12)	10 (17)	10 (9)	0,056
Une fois	12 (7)	1 (2)	11 (10)	
Plusieurs fois	140 (81)	48 (81)	92 (81)	
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	
Q17- Les dépendants au tabac :				
Ne prend pas en charge	4 (2)	1 (2)	3 (3)	0,92
Prend en charge seul	133 (77)	46 (78)	87 (77)	
Prend en charge avec une structure	35 (21)	12 (20)	23 (20)	
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	
Q18- Les dépendants à l'alcool :				
Ne prend pas en charge	7 (4)	4 (7)	3 (2)	0,31
Prend en charge seul	33 (19)	13 (22)	20 (18)	
Prend en charge avec une structure	132 (77)	42 (71)	90 (80)	
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	
Q19- Les dépendants aux opiacés :				
Ne prend pas en charge	45 (26)	13 (22)	32 (28)	0,63
Prend en charge seul	27 (16)	9 (15)	18 (16)	
Prend en charge avec une structure	100 (58)	37 (63)	63 (56)	
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	
Q20- Les dépendants au cannabis :				
Ne prend pas en charge	36 (21)	12 (20)	24 (21)	0,67
Prend en charge seul	51 (30)	20 (34)	31 (28)	
Prend en charge avec une structure	85 (49)	27 (46)	58 (51)	
Total	172 (100)	59 (34)	113 (66)	

Tableau 6 : Variables explicatives : contexte personnel

	Total n (%)	A n (%)	B n (%)	p
Q34- Difficultés à gérer ses émotions en exercice professionnel :				
Jamais	7 (4)	3 (5)	4 (4)	<u>0,028</u>
Rarement	146 (83)	55 (92)	91 (79)	
Souvent	22 (13)	2 (3)	20 (17)	
Total	175 (100)	60 (34)	115 (66)	
Q35- A déjà consommé du tabac quotidiennement :				
Oui	76 (43)	25 (42)	51 (44)	0,71
Non	98 (56)	35 (58)	63 (55)	
Ne souhaite pas répondre	1 (1)	0 (0)	1 (1)	
Total	175 (100)	60 (34)	115 (66)	
Q36- A déjà consommé du cannabis occasionnellement :				
Oui	31 (18)	14 (23)	17 (15)	0,30
Non	143 (81)	46 (77)	97 (84)	
Ne souhaite pas répondre	1 (1)	0 (0)	1 (1)	
Total	175 (100)	60 (34)	115 (66)	
Q37- A déjà vécu au moins 3 ivresses avec l'alcool :				
Oui	83 (47)	34 (57)	49 (43)	0,18
Non	91 (52)	26 (43)	65 (56)	
Ne souhaite pas répondre	1 (1)	0 (0)	1 (1)	
Total	175 (100)	60 (34)	115 (66)	
Q38- Est ou a été concerné par l'addiction d'un proche :				
Oui	82 (47)	30 (50)	52 (45)	0,55
Non	93 (53)	30 (50)	63 (55)	
Total	175 (100)	60 (34)	115 (66)	
Q39- Est engagé (association/mouvement humanitaire ou social/religion)				
Oui	43 (25)	17 (28)	26 (23)	0,62
Non	130 (74)	42 (70)	88 (76)	
Ne souhaite pas répondre	2 (1)	1 (2)	1 (1)	
Total	175 (100)	60 (34)	115 (66)	

Tableau 7 : Variables explicatives : représentations

	Total médiane (Q1 - Q3)	A médiane (Q1 - Q3)	B médiane (Q1 - Q3)	P
Concernant le <u>tabac</u> :				
Aborder le sujet sans que le patient n'en parle : est très facile / n'est pas facile du tout	6 (2-13)	4,5 (2-12,5)	6 (3-13)	0,13
C'est mon rôle : tout à fait / pas du tout	4 (2-9)	3 (1-9,5)	5 (2-9)	0,35
Je me sens apte à prendre en charge : tout à fait apte / pas du tout apte	19 (7-34)	20,5 (6-33)	18 (8-35)	0,80
Dans l'addiction au tabac , le patient : est victime de son environnement / est responsable de ses choix	62 (47-79)	52,5 (30-73,5)	63 (48-81)	0,041
Concernant l'<u>alcool</u> :				
Aborder le sujet sans que le patient n'en parle : est très facile / n'est pas facile du tout	28 (11-49)	30 (12,5-42,5)	26 (10-50)	0,96
C'est mon rôle : tout à fait / pas du tout	7 (2-20)	6 (2-17,5)	8 (3-20)	0,29
Je me sens apte à prendre en charge : tout à fait apte / pas du tout apte	35 (21-51)	35,5 (22-53)	35 (20-51)	0,77
Dans l'addiction à l'alcool, le patient : est victime de son environnement / est responsable de ses choix	51 (36-72)	49 (27,5-71)	52 (42-73)	0,035
Les patients dépendants de l' alcool sont le plus souvent : victimes d'une maladie / menteurs ou manipulateurs	18 (7-30)	15 (5-26)	18 (8-33)	0,058
Dans l'addiction à l'alcool, le principal objectif est : l'arrêt total d'usage / la réduction des risques	73 (47-87)	74 (57-87)	71 (31-87)	0,18
Concernant les <u>opiacés</u> :				
Aborder le sujet sans que le patient n'en parle : est très facile / n'est pas facile du tout	34 (12-61)	32,5 (12,5-56,5)	35 (12-68)	0,53
C'est mon rôle : tout à fait / pas du tout	11 (4-30)	10 (2,5-19,5)	13 (4-37)	0,08
Je me sens apte à prendre en charge : tout à fait apte / pas du tout apte	63 (32-85)	49,5 (32,5-79)	70 (31-89)	0,31
Dans l'addiction aux opiacés , le patient : est victime de son environnement / est responsable de ses choix :	52 (37-75)	50 (29-63)	53 (44-78)	0,037
Les patients dépendants des opiacés sont le plus souvent : victimes d'une maladie / menteurs ou manipulateurs	27 (10-50)	20 (5-36)	32 (14-52)	0,005
Dans le renouvellement du TSO, le patient sait mieux ce qu'il lui faut / c'est au prescripteur de décider	52 (46-75)	50,5 (47-71,5)	55 (46-78)	0,19
La Buprénorphine est plutôt : une drogue légale / un médicament comme un autre	72 (46-86)	73 (49-85,5)	70 (41-87)	0,85
Pour intervenir en matière d'addiction, il faut : attendre la motivation du patient / motiver le patient activement	68 (51-84)	69,5 (50,5-82)	67 (51-85)	0,80
S'investir auprès des patients ayant une addiction : est épuisant et décevant au vu des résultats / est passionnant car cela change des vies	51 (38-70)	51 (31,5-70)	51 (42-70)	0,97

ANNEXES

Annexe 1 : 9 familles de situations cliniques concernés en addictologie

1-Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence

L'interne :

- dépiste les facteurs de risque du patient et l'accompagne dans la durée

1-5 Accompagner les patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage

L'interne :

Le premier objectif est de « dépister et diagnostiquer le trouble d'usage et d'en déterminer le degré de sévérité ».

On attend pour cela que le MG :

- Questionne ses représentations et construisse sa capacité à s'engager avec ce profil de patient,
- Réalise le repérage précoce,
- Situe le patient dans le cycle du changement de Prochaska et Di Clemente
- Évalue le niveau de gravité et les complications dans les champs biologique, psychologique (y compris relationnel) et social (y compris éthique, culturel, religieux, spirituel et juridique) »

Quand l'addiction est reconnue, les objectifs à poursuivre sont :

- Aider le patient à comprendre son trouble et accepter qu'il ait une maladie.
- Aborder ces patients comme tous ceux qui ont une pathologie chronique (mais en intégrant la dimension supplémentaire de perte de contrôle)
- Privilégier autour d'une décision partagée des objectifs d'accompagnement ou de réduction des risques plutôt que d'abstinence totale,
- Proposer les options adaptées au stade où en est le patient, en y associant si possible son entourage
- Réaliser des actes de prévention et de réduction des risques et des dommages
- Pratiquer le conseil minimal et plus largement l'intervention brève
- Prescrire à bon escient les différentes thérapeutiques, médicamenteuses ou non, en connaissant leurs intérêts, leurs limites et les difficultés d'observance dont le détournement.
- Traiter les événements morbides et les pathologies intercurrentes qui peuvent survenir lors du suivi.
- Établir des liens avec les ressources spécialisées médico psycho sociales ou associatives.

2 Situations liées à des problèmes aigus / programmés ou non / fréquents ou exemplaires

On attend qu'il :

-Élabore un projet d'intervention négocié avec le patient en tentant de réduire autant que faire se peut la part du doute concernant le diagnostic

On attend qu'il :

..

- ☐ Reconnaisse que les symptômes sont bien ressentis par le patient même s'il n'arrive pas à les intégrer dans ses modèles explicatifs (ce ne sont ni des mensonges ni des inventions)
- ☐ S'intéresse aux causes perçues par le patient et en favorise l'expression
- ☐ Se concentre plus sur la gestion des symptômes que sur la recherche d'une étiologie
- ☐ S'efforce de vérifier la faisabilité du projet lors du dialogue avec le patient
- ☐ Induit une réassurance du patient basée sur des explications personnalisées
- ☐ S'efforce d'éviter ou d'induire une iatrogénie par la multiplication des traitements et examens complémentaires
- ☐ Effectue un suivi et assure la continuité de la prise en charge

On attend qu'il :

- ☐ Évalue l'évolution des symptômes et des plaintes, leur signification pour le patient et leur retentissement par l'entretien avec le patient et par l'examen clinique

3 Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

On attend qu'il :

- ☐ Analyse la demande par l'observation et l'entretien avec le patient et/ou sa famille et /ou les intervenants de la société en recherchant si possible des éléments de sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle
 - Les événements marquants de son histoire de vie
 - Des difficultés relationnelles,
 - Des consommations de substances toxiques,
 - Des dysfonctionnements au sein de la cellule familiale,
 - Des craintes de précarisation, liées par exemple

4 Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent

On attend qu'il :

- ☐ Utilise les outils spécifiques à l'adolescent pour repérer son mal être et les conduites à risques : tabac, cannabis alcool, TS fugues et scarifications

On attend qu'il :

- ☐ Analyse, évalue la situation et organise le suivi lors :
 - ...
 - D'un comportement à risque envers soi-même (auto agression, consommation à

risques, carence ou excès alimentaire) ou envers les autres (agression)

On attend qu'il :

- ☐ Reconnaisse les premiers troubles de maladie psychiatrique : isolement, envahissement, dysharmonie et oriente le patient
- ☐ Informe sur les lieux d'accueil, d'écoute et d'aide sociale spécifique adaptée
- ☐ adopte une attitude d'éducation et de prévention

On attend qu'il :

- ☐ Repère les conduites à risques par une exploration systématique : alcool, tabac, addictions

6 Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple

On attend qu'il :

- ☐ Recherche des facteurs favorisants comme des addictions (alcool, cannabis, etc.) ou des pathologies psychiatriques

7 -Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail

On attend qu'il :

- ☐ Contacte si besoin avec l'accord du patient le médecin du travail pour se renseigner sur les risques liés au travail et au contexte
- ☐ propose un traitement et ...

8- Situations dont les aspects légaux, règlementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan

- Elabore un projet d'intervention négocié avec le patient après avoir réalisé une synthèse partagée de la situation résultant de l'exploration et de l'intégration des demandes et des plaintes

On attend qu'il :

- ☐ Explique les raisons de ses décisions à partir des référentiels juridiques, déontologiques
- ☐ Respecte le secret médical dans le contexte intrafamilial

9- Situations avec des patients perçus comme difficiles/ exigeants

L'interne :

- Repère les émotions vécues

On attend qu'il :

- ☐ Reconnaisse les émotions du patient et ses propres émotions qui empêchent ou parasitent l'écoute active centrée patient
- ☐ Nomme les émotions perçues
- ☐ Nomme si besoin au patient de manière respectueuse ses propres émotions

- Adopte une posture professionnelle et analyse avec le patient la difficulté

On attend qu'il :

- ☐ Définisse le problème de façon commune avec le patient
- ☐ S'entendent sur les changements visés
- ☐ Choisisse les méthodes pour y parvenir

- Tient compte du contexte pour gérer au mieux la situation

On attend qu'il :

- ☐ Propose un contexte plus favorable à la résolution du problème (autre temps, autre intervenants, autres participants, autres lieux si besoin)
- ☐ Recherche la « coopération » du patient au lieu de confronter.

10 Situations où les problèmes sociaux ou situation de précarité sont au premier plan

L'interne :

- Pose un diagnostic global de la situation

On attend qu'il :

- ☐ Repère les difficultés et obstacles à l'accès à l'information et/ou à la communication : langue, culture, représentations de la santé ...
- ☐ En accord avec le patient identifie le problème et les besoins de santé en hiérarchisant les problèmes à traiter
- ☐ Instaure avec le patient une relation de confiance et de soutien afin si possible éviter la chronicisation et favoriser le retour à des conditions sociales meilleures
- ☐ A court terme répond à la demande immédiate du patient et mettre en place des mesures d'urgence
- ☐ A moyen terme, l'aide à se projeter dans l'avenir, et établir une relation dans la durée
- ☐ Evalue la clairvoyance qu'a le patient de sa situation et des relations entre ses difficultés de santé et ses difficultés socioéconomique
- ☐ Respecte la sensibilité et les difficultés psychologiques du patient
- ☐ Maîtrise ses propres réactions par rapport à cette situation : rejet, compassion, convictions personnelles
- ☐ Identifie ce qui est réalisable

- Elabore un projet d'intervention négocié avec le patient

On attend qu'il :

..

- ☐ Si besoin se concerte avec des personnes ressources (pluridisciplinarité)
- ☐ Prend en compte les plaintes et pathologies associées
- ☐ Mette en œuvre un projet thérapeutique
- ☐ Apporte des réponses et repère les limites de son intervention, voire ses propres limites
- ☐ Assure l'accompagnement psychologique
- ☐ Explique et oriente vers des différentes des structures susceptibles de faire ouvrir les droits coordonne :

- Professionnels de santé, et notamment pharmaciens, laboratoires et infirmiers
- Travailleurs sociaux, notamment l'assistante sociale.
- CCAS
- Associations de malades et/ou associations caritatives
- ☐ S'assure directement (si besoin par téléphone) de la collaboration des intervenants du réseau de proximité,

- Favorise un suivi global des problèmes,
On attend qu'il :
 - ☐ Oriente vers les intervenants et structures susceptibles de permettre de « réintégrer » dans les droits et si besoin un circuit de soins en identifiant les partenaires de la prise en charge (donner un nom) et éventuellement les contacter avec le patient.

Annexe 2 : Questionnaire



Faculté de Médecine & de Pharmacie

Département de Médecine Générale



Projet FIAM - MSU

Bonjour,

Le projet FIAM ("Formation Initiale à l'Addictologie en Médecine générale") consiste à évaluer les paramètres de la formation des internes de médecine générale, à la prise en charge des addictions. Nous faisons donc une enquête auprès des internes, mais en tant que maître de stage vous participez à cette formation. Les études ayant montré que nos attitudes sont liées à de nombreux paramètres, nous souhaitons éclaircir les parts liées à notre contexte de travail, à notre formation, à notre expérience et à nos représentations.

Merci de répondre à l'ensemble des questions. Votre participation peut être indemnisée à hauteur de 20 euros si vous êtes rattaché(e) aux facultés de la région Nouvelle-Aquitaine (Poitiers, Bordeaux, Limoges). Pour cela il vous suffira d'indiquer vos coordonnées à la fin du questionnaire, dans la case prévue à cet effet.

PARTIE 1 : MON CONTEXTE DE TRAVAIL

- Q1** - Je suis : a) Un homme b) Une femme
Q2 - Mon âge est :
Q3 - J'exerce : a) Seul b) En groupe
Q4 - Mon statut pédagogique est : a) Je suis MSU et enseignant b) Je suis MSU mais ne participe pas aux enseignements c) Je ne suis pas MSU
Q5 - J'exerce principalement dans le département n° : (inscrire numéro du département)

PARTIE 2 : MA FORMATION ET MON EXPERIENCE

- Q6** - J'ai reçu un enseignement spécifique sur tout ou partie des addictions pendant mes études universitaires :
a) Oui b) Non
Q7 - J'ai reçu un enseignement sur tout ou partie des addictions dans un autre cadre qu'universitaire :
a) Oui b) Non
Q8 - J'ai déjà mené un « entretien motivationnel » : a) Jamais
b) Une fois c) Plusieurs fois d) Je ne sais pas ce que c'est
Q9 - Je pratique le « conseil minimal » : a) Jamais b) Une fois
c) Plusieurs fois d) Je ne sais pas ce que c'est

Q10- J'ai déjà été exposé(e) professionnellement à une situation de demande par un tiers, pour une personne atteinte d'une addiction mais non présente à la consultation : a) Jamais
b) Une fois c) Plusieurs fois

Q11- J'ai déjà été exposé(e) professionnellement à une situation de déni par un patient atteint d'une addiction : a) Jamais b) Une fois c) Plusieurs fois

Q12- J'ai déjà pris en charge un sevrage de consommation de tabac : a) Jamais
b) Une fois c) Plusieurs fois

Q13- J'ai déjà été sollicité(e) pour un sevrage d'alcool : a) Jamais b) Une fois
c) Plusieurs fois

Q14- J'ai déjà été amené(e) à prescrire des traitements de substitution opiacée : a) Jamais
b) Une fois c) Plusieurs fois

Q15- J'ai déjà mobilisé et accompagné un patient non demandeur vers la réduction ou l'arrêt de sa consommation de tabac : a) Jamais b) Une fois c) Plusieurs fois

Q16- J'ai déjà mobilisé et accompagné un patient non demandeur vers la réduction ou l'arrêt de sa consommation d'alcool ou de drogues illicites : a) Jamais b) Une fois
c) Plusieurs fois

Q17- Les dépendants au tabac, en général : a) Je ne les prends pas en charge
b) Je les prends en charge seul c) Je les prends en charge surtout en lien avec une structure

Q18- Les dépendants de l'alcool, en général : a) Je ne les prends pas en charge
b) Je les prends en charge seul c) Je les prends en charge surtout en lien avec une structure

Q19- Les dépendants des opiacés, en général : a) Je ne les prends pas en charge
b) Je les prends en charge seul c) Je les prends en charge surtout en lien avec une structure

Q20- Les consommateurs de cannabis, en général : a) Je ne les prends pas en charge
b) Je les prends en charge seul c) Je les prends en charge surtout en lien avec une structure

PARTIE 3 : MES CHOIX CLINIQUES

Dans ce questionnaire clinique, chaque question a une ou plusieurs réponses exactes.

Monsieur PAUL, 31 ans consulte pour une toux dans un contexte ORL épidémique. Je le vois rarement. Je profite de l'occasion pour faire le point sur ses comportements liés à la santé. Sa toux m'amène à parler du tabac. Il me dit fumer tous les jours du tabac, et du cannabis occasionnellement. Il évoque aussi à demi-mot une consommation d'alcool régulière.

Q21- Pour évaluer rapidement une consommation problématique de tabac, de cannabis ou d'alcool, les questions pertinentes communes à ces 3 addictions concernent : a) La consommation du matin b) La consommation du soir c) La fréquence des prises
d) Les remarques de l'entourage e) Les troubles de la mémoire f) Les troubles du sommeil

Il dit qu'il souhaiterait cesser de fumer. J'ai appris l'intérêt du « conseil minimal » ...

Q22- Le « conseil minimal » : a) Est un type spécifique de réponse à un patient demandant un sevrage tabagique au cours d'une consultation b) Ce sont deux questions à poser à tous les consultants c) Il doit durer moins de 3 minutes d) Il a montré une efficacité sur

le sevrage ultérieur du tabac e) Je ne sais pas

...ainsi que l'intérêt de pratiquer une « intervention brève » ...

Q23- Celle-ci est une démarche d'entretien qui, dans le cadre d'une addiction : a) Structure une intervention ne devant pas dépasser 5 minutes b) Se réalise en 3 étapes : analyser, convaincre, prescrire c) Nécessite d'évaluer et informer, responsabiliser, proposer, ouvrir à des choix, être empathique, et valoriser d) Je ne sais pas
Il accepte la proposition des patchs nicotiniques et de revenir consulter pour évaluer la situation...

Le patient suivant est XAVIER, un de mes habitués. Il vient pour son suivi et le renouvellement de son ordonnance de méthadone sirop 100mg. Cela ne va pas fort, il a des signes de manque d'opiacé :

Q24- Ceux-ci sont caractérisés par : a) Des crampes musculaires b) Des céphalées
c) Un érythème d) Un myosis e) Une mydriase

Q25- C'est pourquoi : a) Je lui prescris 5 mg de méthadone en plus par jour b) Je préfère associer du Xanax pour ne pas augmenter la dose c) Je dois d'abord demander l'avis au centre CSAPA qui a fait l'ordonnance initiale pour augmenter d) Ne sachant pas, je l'adresse aux urgences

Nous sommes une semaine après, Mr PAUL revient après 7 jours d'essai de patchs nicotiniques, c'est manifestement insuffisant à son sevrage.

Q26- Après réflexion, je choisis de lui proposer : a) Ajouter de la Varénicline aux patchs b) Ne pas prescrire la Varénicline car elle est contre-indiquée avec l'usage des patchs c) Changer de marque de patch d) Ajouter des gommes à mâcher qu'il prendra en plus, si besoin e) Ajouter de l'Acomprostate aux patchs

Les consultations à propos de sa consommation du tabac l'ont mis en confiance. Il s'ouvre à moi de son souci avec l'alcool et me présente des analyses faites avec un autre médecin généraliste, sur la demande de son épouse.

Q27- Comme preuve(s) de son addiction à l'alcool, je relève : a) Ses GGT sont supérieures à 3 fois la normale b) Il a des ivresses répétées c) Il ne contrôle plus les quantités consommées d) Il a des insomnies quotidiennes e) Il a besoin de boire le matin pour être en forme

Cela me rappelle l'intérêt d'utiliser dans son cas le cycle de Prochaska.

Q28- Le cycle de Prochaska : a) Est un processus métabolique hépatique de 6 étapes, liée à la dégradation de l'alcool dans le foie et situant un seuil de toxicité b) Est la description des différents stades de motivation que traversent les patients ayant une addiction c) Est un programme thérapeutique formalisé constitué de 6 étapes d) Je ne sais pas ce que c'est

Un de ses amis lui a parlé du Baclofène 10 mg et il me demande de lui en prescrire.

Q29- Je choisis : a) Je n'ai pas le droit d'en prescrire car il est réservé aux addictologues b) Ce médicament n'a pas l'AMM dans les addictions à l'alcool mais il a une RTU me permettant d'en prescrire c) Je peux en prescrire mais sans dépasser 4 comprimés par jour d) Je peux en prescrire en commençant par 1,5 comprimés puis en augmentant de 0,5 comprimé tous les 3 jours et jusqu'à 20 comprimés ou plus si nécessaire e) Ne sachant pas, je l'oriente vers un centre spécialisé

Je prends le temps d'approfondir sa demande et ses possibilités de sa demande. Il reconnaît que sa consommation d'alcool est excessive, et devrait être diminuée, mais il hésite entre avantages et inconvénients.

Q30- Utilisant la technique de l'entretien motivationnel pour l'aider dans sa démarche, je dis plutôt : a) « Qu'en pensez-vous, que souhaitez-vous ? » b) « Vous êtes hésitant, c'est normal, vous savez cependant qu'il vaut mieux faire ainsi » c) « Suite à votre décision, nous nous accordons sur ces premiers changements » d) « Suite à ce que j'ai compris, je vous prescris cette méthode pour changer de comportement » e) Je préfère ne pas répondre car je ne connais pas la technique de l'entretien motivationnel

Finalement, je lui prescris du Nalméfène.

A la consultation suivante, il me dit que l'effet de 1 comprimé de Nalméfène le matin est insuffisant, son désir de boire et ses consommations n'ont pas changés.

Q31- Dans le cadre d'une décision partagée, je lui propose le choix entre les solutions suivantes : a) J'augmente sans dépasser 3 comprimés par jour b) Je passe à une classe thérapeutique c) Ne sachant pas, je l'adresse à un centre spécialisé d) Je continue à 1 comprimé et associe un suivi psychothérapeutique e) J'arrête le Nalméfène car il est incompatible avec l'usage d'alcool

J'envisage aussi la possibilité d'organiser un sevrage d'alcool en structure. Le nom de la structure locale spécialisée la plus adaptée me semble être :

Q32- Je choisis : a) CMP b) CSAPA c) MILDT d) CMPP e) Je ne sais pas
Ce patient me dit avoir apprécié ma démarche de prise en charge. Il a conseillé à un de ses amis, MARIO de venir consulter pour son addiction.

MARIO a effectivement pris rdv. Il prend régulièrement 4 mg de buprénorphine générique le matin depuis 3 mois, il vient de déménager dans le quartier et viendra consulter régulièrement. Il se plaint de crampes et de sueurs le soir.

Q33- Je choisis : a) J'augmente la posologie en maintenant la forme générique b) Je baisse la posologie en maintenant la forme générique c) J'associe une benzodiazépine d) je maintiens la posologie mais en lui préférant la forme princeps : SUBUTEX e) Je demande un avis au centre spécialisé

PARTIE 4 : MON CONTEXTE PERSONNEL

Q34- Il m'est arrivé d'avoir des difficultés à gérer mes émotions en exercice professionnel : a) Jamais b) Rarement c) Souvent

Q35- J'ai déjà consommé du tabac quotidiennement : a) Oui b) Non c) Je ne souhaite pas répondre

Q36- J'ai déjà consommé du cannabis occasionnellement : a) Oui b) Non c) Je ne souhaite pas répondre

Q37- J'ai déjà vécu au moins 3 ivresses avec l'alcool : a) Oui b) Non c) Je ne souhaite pas répondre

Q38- Je suis concerné(e) par l'addiction d'un proche, ou je l'ai été : a) Oui b) Non
c) Je ne souhaite pas répondre

Q39- Je suis engagé(e) dans une association/un mouvement humanitaire ou social/une fête religieuse : a) Oui b) Non c) Je ne souhaite pas répondre

PARTIE 5 : MES REPRESENTATIONS

Q40- Dans le renouvellement de la substitution opiacée :

Le patient sait mieux que moi ce qu'il lui faut C'est à moi de décider

Q41- La buprénorphine est plutôt

Une sorte de drogue légale Un médicament comme un autre

Q42- Dans les addictions, quel est le niveau de responsabilité du patient ? J'estime que...
...pour le tabac

Le patient est victime de son environnement Il est responsable de ses choix

Q43- Quel est le niveau de responsabilité du patient pour l'alcool ?

Le patient est victime de son environnement Il est responsable de ses choix

Q44- Quel est le niveau de responsabilité du patient pour les opiacés ?

Le patient est victime de son environnement Il est responsable de ses choix

Q45- Pour expliquer les comportements, j'estime le plus souvent que les patients dépendants de l'alcool

Sont victimes d'une maladie Sont menteurs ou manipulateurs

Q46- J'estime le plus souvent que les patients dépendants de l'alcool des opiacés

Sont victimes d'une maladie Sont menteurs ou manipulateurs

Q47- Même si les patients ne m'en parlent pas spontanément, il m'est facile d'aborder avec eux leur consommation de tabac :

Très facile Pas facile du tout

Q48- ...C'est mon rôle (tabac) :

Tout à fait mon rôle Pas du tout mon rôle

Q49- Je me sens apte à ces prises en charge (tabac)

Tout à fait apte Pas du tout apte

Q50- Même si les patients ne m'en parlent pas spontanément, il m'est facile d'aborder avec eux leur consommation d'alcool :

Très facile Pas facile du tout

Q51- C'est mon rôle (alcool) :

Tout à fait mon rôle Pas du tout mon rôle

Q52- Je me sens apte à ces prises en charge (alcool) :

Tout à fait apte Pas du tout apte

Q53- Même si les patients ne m'en parlent pas spontanément, il m'est facile d'aborder avec eux leur consommation d'opiacés :

Très facile Pas facile du tout

Q54- C'est mon rôle (opiacés) :

Tout à fait mon rôle Pas du tout mon rôle

Q55- Je me sens apte à ces prises en charge (opiacés)

Tout à fait apte Pas du tout apte

Q56- De manière générale, pour intervenir en addiction, il vaut mieux

Attendre la motivation du patient Motiver activement le patient

Q57- Dans la prise en charge des mésusages d'alcool, le principal objectif est :

L'arrêt total d'usage La réduction des risques

Q58- S'investir à accompagner un patient pour qu'il diminue ses risques ou cesse ses addictions :

Est épuisant et décevant au vu des résultats Est passionnant car cela change des vies

Q59- Souhaitez-vous être indemnisé pour avoir participé à cette étude ? : a) Non b) Oui, veuillez indiquer votre nom/prénom/adresse/code postal/ville où adresser le chèque dans la case ci-dessous

LE QUESTIONNAIRE EST TERMINÉ.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

Un document avec les solutions expliquées des cas cliniques vous sera adressé ultérieurement



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 !

