

# 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 6 juillet 2017 à Poitiers  
par **Anne Couturier**

Profil des Médecins Généralistes qui s'investissent  
dans la prise en charge des addictions :

Revue de la littérature

#### Composition du Jury

**Président** : Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

**Membres** : Madame le Professeur Virginie Migeot

Monsieur le Docteur Paul Vanderkam

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur Philippe Binder



## 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
- 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
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (surnombre jusqu'en 08/2019)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- 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)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- 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 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (surnombre jusqu'en 08/2017)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT 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
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Amaud, 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
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEJGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- 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

**Professeur associé des disciplines médicales**

- ROULLET Bernard, radiothérapie

**Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

**Professeurs émérites**

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- 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
- MARILLAUD Albert, physiologie
- 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)
- VANDERMARCOQ Guy, radiologie et imagerie médicale

# **REMERCIEMENTS**

## **A Monsieur le Professeur Binder,**

Pour m'avoir dirigée tout au long de la rédaction de cette thèse. Vous avez toujours été disponible et à l'écoute de mes nombreuses questions. Vos nombreuses relectures et conseils sont pour beaucoup dans le résultat final de ce travail. Je tiens sincèrement à vous remercier pour tout cela.

## **A Monsieur le Professeur Jaafari,**

Vous me faites le grand honneur de porter de l'intérêt à ce travail et de présider ce jury de thèse. Veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude.

## **A Madame le Professeur Migeot,**

Vous avez accepté de faire partie de ce jury, veuillez trouver ici en retour l'expression de mon plus profond respect.

## **A Monsieur le Docteur Vanderkam,**

Vous avez accepté de faire partie de ce jury, veuillez trouver ici en retour l'expression de mon plus profond respect.

## **A tous mes Maîtres de stages,**

Pour m'avoir transmis cette passion pour la Médecine Générale et pour vos précieux conseils qui m'aideront à rester compétente tout en m'épanouissant dans ce métier; soyez assurée de mes respectueuses considérations et de mes sincères remerciements.

## **A ma famille,**

A ma maman qui m'a fait partager depuis toujours sa passion pour la Médecine Générale, merci de ton soutien, tes relectures et ta disponibilité.

A mon papa pour toutes ses attentions et son humour décalé.

Et à tout le reste de ma famille et belle famille pour leur soutien et leur présence.

## **A mes amis,**

Merci de m'avoir accompagnée pendant toutes ces années, pour toutes les soirées et très bons moments passés ensemble, et pour tous les autres à venir !

## **A mon époux Alexandre,**

Tu as su me soutenir, me supporter et m'encourager tout au long de mes études de médecine. Je ne saurai jamais assez te remercier pour tout ce que tu m'as apporté. Tu me rends heureuse et me comble. Merci d'être là.

## **A mon fils Paul,**

Pour tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien. Tu es toute ma fierté.

# **ABBREVIATIONS**

**ACP** : Approche Centrée sur la Personne

**ASALEE** : Action de SAnté Libérale En Equipe

**CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants

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

**OR** : Odds Ratios

**RPIB** : Repérage Précoce et Intervention Brève

**SBI** : Screening and Brief Intervention

**TSO** : Traitement de Substitution Opiacés

**USA** : United States of America

# SOMMAIRE

LISTE DES ENSEIGNANTS .....	2
REMERCIEMENTS .....	4
ABREVIATIONS.....	5
SOMMAIRE .....	6
PREAMBULE.....	7
INTRODUCTION.....	8
METHODE .....	10
RESULTATS.....	12
DISCUSSION .....	21
BIBLIOGRAPHIE .....	29
RESUME .....	32
SERMENT .....	33

# **PREAMBULE**

Cette thèse est rédigée sous la forme d'un article pour publication.  
Les consignes de la revue « Presse Médicale » ont été suivies pour son écriture.

# INTRODUCTION

Les addictions sont un problème majeur de santé publique. En effet, la consommation de substances psycho-actives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 40 000 par cancers<sup>1</sup>. Les conduites addictives interviennent ainsi dans environ 30 % de la mortalité prématurée (soit avant 65 ans)<sup>1</sup>. Les consommations de tabac et d'alcool représentent les premières causes de mortalité et de morbidité « évitables »<sup>1-4</sup>. La prévention et la prise en charge des pratiques addictives figurent ainsi en bonne place parmi les objectifs des plans cancer (2003–2007, 2009–2013 et 2014-2019)<sup>5-7</sup> et se situent en tête des orientations de la Loi de sante publique du 9 août 2004<sup>8</sup>.

Le médecin généraliste, par sa position de médecin traitant, est placé au centre du dépistage, de la prévention et de la prise en charge de la toxicomanie. En effet, le second Plan Cancer 2009-2013 affirme que les professionnels de santé de première ligne, en particulier les médecins généralistes, sont les mieux placés pour réaliser efficacement le repérage des expositions aux risques de cancer et conseiller les patients sur les moyens de réduire leur risque d'exposition, dans la mesure où ils ont la meilleure connaissance de l'individu, de son environnement et de son entourage<sup>6</sup>. La prise en charge des addictions est ainsi en grande partie réalisée par les médecins généralistes de ville, en lien ou non avec les centres de soins spécialisés (CSAPA)<sup>9</sup>.

Cependant, la part des médecins généralistes impliqués dans l'addiction est très inégale. Globalement, ils sont 90 % à s'investir dans la tabacologie, 50 % dans l'alcoologie et seulement une minorité dans les drogues illicites<sup>9</sup>. Près de deux tiers des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année 2009 et 59% ont reçu au moins un usager de cannabis en consultation<sup>9</sup>. En revanche, seul un médecin généraliste sur cinq déclare avoir vu au moins un patient pour un produit stimulant tel que la cocaïne, l'ecstasy ou les amphétamines au cours de l'année<sup>9</sup>. Alors qu'environ 3/4 des prescriptions de TSO sont assurées par les médecins généralistes<sup>10</sup> le suivi des patients est assuré par une minorité de médecins car 26% prennent en charge 75% des patients<sup>11</sup>.

Quelques études avancent que les médecins généralistes éprouvent souvent des difficultés à dépister et conseiller les patients lorsqu'il s'agit de consommation de toxiques<sup>9</sup>. Parmi les raisons les plus souvent citées se trouvent une formation inappropriée, un manque de temps, une inquiétude vis-à-vis des patients réticents, l'incompatibilité apparente des interventions brèves concernant les toxiques avec les soins de santé primaires et la conviction que les personnes dépendantes ne sont pas réceptives à ces interventions<sup>9</sup>. En effet, le dernier rapport de la cour des comptes stipulait que 2/3 des médecins ne connaissait pas le RPIB, que 62% n'avaient pas de formation spécifique en addictologie et que 55% avaient du mal à parler de l'alcool quand le sujet n'est pas l'objet de la consultation<sup>12</sup>.

C'est pourquoi, il nous est apparu utile de faire le point par une revue de la littérature sur le profil des médecins généralistes investis dans les addictions. L'objectif principal est donc de savoir si les médecins généralistes acceptant de prendre en charge les toxicomanes en cabinet ont des caractéristiques particulières. Si oui, l'objectif secondaire sera de décrire les particularités de ces médecins généralistes.

# METHODE

Nous avons mené une revue de la littérature à partir des bases de données de pubmed et de science direct.

Les équations de la recherche visant à cibler les profils des médecins généralistes impliqués dans les addictions étaient :

- (Profil psychologique/social OU Personnalité) ET médecin généraliste ET addictions ET prise en charge addiction
- (General Practitioners OR General Practice) AND (Physician's Practice Patterns OR Attitude of Health Personnel OR Physician-Patient Relations) AND Substance-Related Disorders

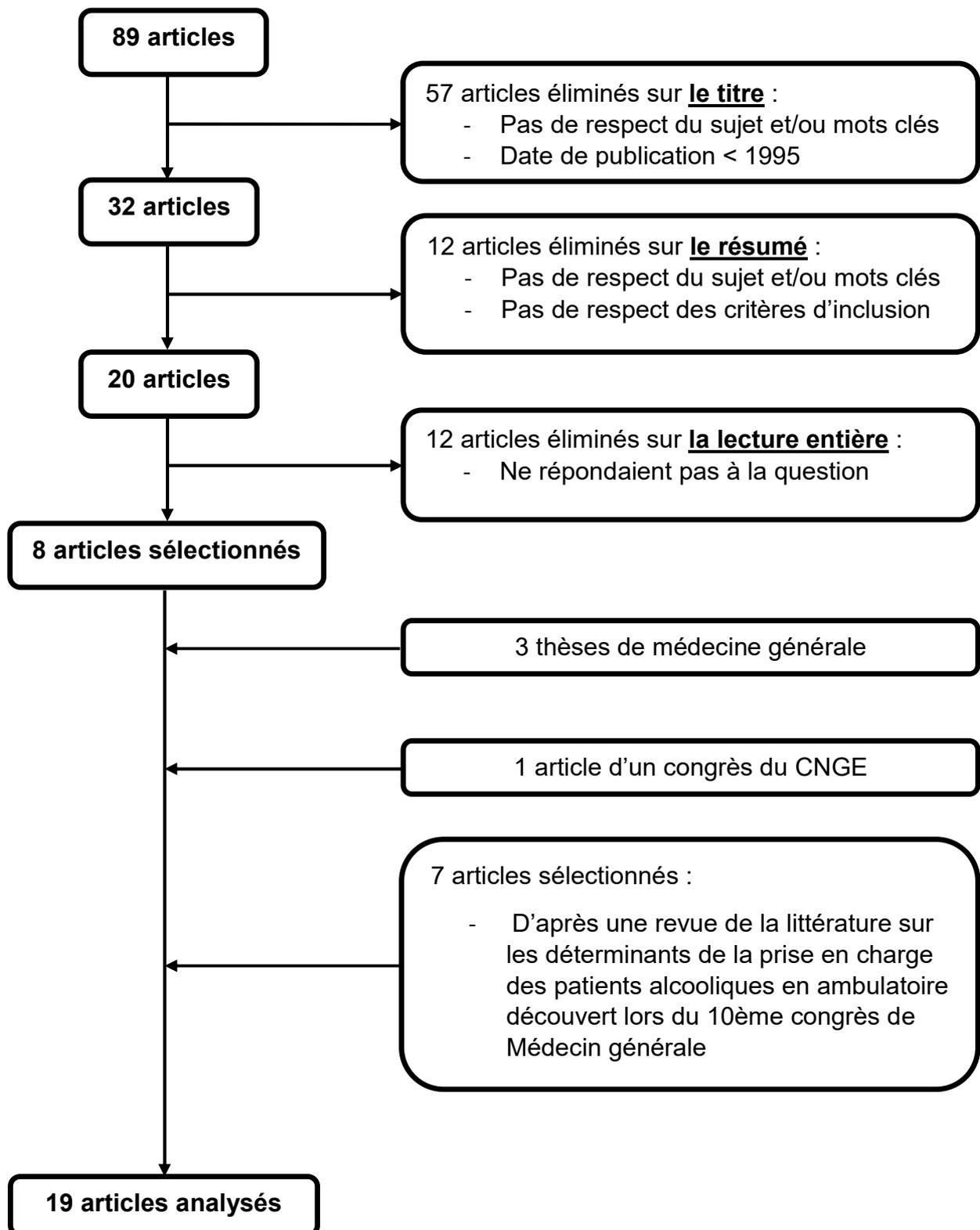
Les critères d'inclusion étaient des médecins généralistes exerçant en libéral en activité prenant en charge des toxicomanes adultes. La date de publication devait être supérieure à 1995. Les articles en langue française et anglaise ont été sélectionnés. Les médecins généralistes en institution, à l'hôpital ou en centre de prévention étaient exclus.

Nous avons ensuite sélectionné les publications sur la pertinence de leur titre puis de leur abstract et de leur contenu (Tableau 1).

Onze articles ont été ajoutés à la sélection. Il s'agit de trois thèses de médecine générale et d'un article belge s'intéressant au sujet trouvé lors d'un congrès du CNGE. Puis, la bibliographie a été enrichie de sept articles suite à une présentation du 10<sup>ème</sup> congrès de médecine générale de France portant sur les déterminants de la prise en charge de patients ayant un problème avec l'alcool en soins ambulatoires (Tableau 1).

Pour finir, nous avons classé les caractéristiques du profil du médecin généraliste prenant en charge les addictions selon des résultats quantitatifs et qualitatifs.

Tableau n°1 : flow chart sur la sélection des articles



# **RESULTATS**

Les résultats sont présentés sous forme de deux tableaux, un pour les critères quantitatifs et l'autre pour les critères qualitatifs. Les tableaux ont été construits de façon à comparer les résultats selon les études. La méthode et les thèmes de chaque article sont inscrits dans les tableaux. Pour chaque article, il est noté si le facteur est en lien ou non avec la prise en charge des addictions.

Tableau 1 : Facteurs quantitatifs associés à la prise en charge des addictions chez les médecins généralistes.

Le premier tableau présente les résultats des facteurs quantitatifs associés ou non à la prise en charge des addictions. Les OR (odds ratios) ont été notés quand ils étaient présentés dans les études.

Revue Date Pays	Méthode	Thème	Résultats						
			Sexe	Age	Taille de l'agglomération	Type de cabinet	Facilité à aborder les toxiques	Formation	Gestion pluridisciplinaire
Baromètre santé Beck et al. (2009) France 9,13,14	Etude descriptive	Facteur favorisant la prise en charge des addictions							
		Opiacé	Oui Hom me	Pas de lien	Oui <20 000 habitants	Oui Cabinet de groupe	Oui (OR = 1.4 (1.1- 1.6))		
		Alcool	Pas de lien	Oui > 50 ans	Pas de lien	-	Oui		
		Cocaïne, ecstasy, amphétam ine	Oui Hom me	Pas de lien	Oui >20 000 habitants	Pas de lien	Oui (OR= 1.5 (1.2- 1.8))		
		Cannabis	Pas de lien	Pas de lien	Pas de lien	Oui Cabinet de groupe	Oui (OR = 1.4 (1.2- 1.7))		
		Tabac	Pas de lien	Oui >40 ans	Pas de lien	-	Oui		
Wilson et al. (2011) Angleterre 15,16	Etude descriptive	Intervention contre la consommation élevée d'alcool  Comparaison à 10 ans de l'utilisation du SBI	Pas de lien	Pas de lien	Pas de lien	Pas de lien	Oui	Oui counselling technique	Oui Réseau addiction

Anderson et al. (2003) OMS <sup>17</sup>	Etude descriptive	Evaluation de la formation, des opinions et de la gestion de l'alcoolisme : facteurs favorisant l'investissement						<b>Oui</b> si > 4 h : OR=1.5(1.3-1.7)	
Nygaard et al. (2011) Norvège <sup>18</sup>	Etude qualitative	Barrière au dépistage et à l'intervention brève contre l'alcool						<b>Oui</b> Seulement chez les patients chez qui on soupçonne	<b>Oui</b> Manque de formation
Ketterer et al. (2014) Belgique <sup>19</sup>	Etude qualitative	Facteurs déterminant le dépistage et la prise en charge des toxicomanes		<b>Oui</b> Plus âgé	<b>Oui</b> >20 000 habitants			<b>Oui</b> Facteur de sensibilisation Désir des médecins	<b>Oui</b> Désir des médecins
Lahouaichri (2014) France <sup>20</sup>	Etude qualitative	Représentation face à un patient dépendant aux opiacés dans le bassin chaunois  Facteurs favorisant la prise en charge						<b>Oui</b> Une aide et surtout si application d'une relation d'empathie	<b>Oui</b> Souhait d'avoir des liens plus étroit avec les centres d'addictions
Brochard (2013) France <sup>21</sup>	Etude descriptive	Obstacle au suivi des TSO						<b>Oui</b> Seulement formation biomédicale mais besoin d'une approche bio-psycho-sociale pour la prise en charge des toxicomanes	<b>Oui</b> Sentiment d'être isolé dans la prise en charge de l'addiction

Colaiacovo (2015) France <sup>23</sup>	Etude descriptive	Prise en charge de la dépendance aux opiacés en Franche comté  Facteurs favorisant la prise en charge	Pas de lien	Oui Plus jeune	Oui Rurale ou semi rurale	Oui Cabinet de groupe		Oui  Mais la formation est insuffisante, manque de connaissance pratique	Oui  Mais l'accès au CSAPA difficile
Olivia et al. (2011) USA <sup>24</sup>	Etude descriptive	Obstacle à l'utilisation des TSO						Oui  Manque de connaissance sur la thérapie	
Johansson et al. (2005) Suède <sup>26</sup>	Etude qualitative	Facteurs influençant les décisions des médecins généralistes concernant le dépistage de la consommation d'alcool						Oui  Manque de connaissance	
Aira et al. (2003) Finlande <sup>27</sup>	Etude qualitative	Facteurs influençant le dépistage de l'alcool					Oui  Difficulté à poser la question : -Question sensible, peur de stigmatiser  -Manque d'entraînement  -Manque de temps		
Le KB et al. (2015) USA <sup>28</sup>	Etude transversale	Obstacle au SBI et à la prise en charge de l'alcoolisme						Oui  Manque de formation adéquate et d'expérience	
Aalto et al. (2005) Finlande <sup>30</sup>	Etude qualitative	Attitudes des médecins généralistes sur l'utilisation du SBI						Oui  Apporte les connaissances nécessaires	

Tableau 2 : Facteurs qualitatifs associés à la prise en charge des addictions chez les médecins généralistes

Le second tableau présente les résultats des facteurs qualitatifs associés à la prise en charge des addictions. Les facteurs ont été classés selon trois catégories : les représentations, les influences personnelles et les attitudes des médecins généralistes. Pour chaque article, il est noté les éléments rapportés comme favorisant et les freins à la prise en charge des addictions.

Revue, Date, Pays	Méthode	Thème	Résultats		
			Représentations	Influences personnelles	Attitudes
Nygaard et al. (2011) Norvège <sup>18</sup>	Etude qualitative	Barrière au dépistage et intervention brève contre l'alcool	<b>Frein à la prise en charge :</b> Jugements moraux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigmatisation des usagers</li> <li>• Consommation tabou</li> </ul>	<b>Frein à la prise en charge :</b> Relation médecin/patient négative : peur de devenir moralisateur	<b>Favorisant la prise en charge :</b> Rôle dans la prévention : fort (un devoir du médecin)  <b>Frein à la prise en charge :</b> Capacité : faible
Ketterer et al. (2014) Belgique <sup>19</sup>	Etude qualitative	Facteurs déterminant le dépistage et la prise en charge des toxicomanes	<b>Favorisant la prise en charge :</b> Jugements moraux : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de stigmatisation des usagers</li> <li>• Considération positive</li> </ul> Vision différente selon les drogues	<b>Favorisant la prise en charge :</b> Modèle « médecin as a personne » : Expérience personnelle / familiale positive  Gestion du stress et du temps  Instauration d'une relation d'aide et travail d'écoute	<b>Frein à la prise en charge :</b> Motivation moyenne car contrainte temps et énergie  Satisfaction rare car beaucoup d'échec
Lahouaichri (2014) France <sup>20</sup>	Etude qualitative	Représentation face à un patient dépendant aux opiacés  Facteurs favorisant la prise en charge	<b>Frein à la prise en charge :</b> Jugement moraux : Pas de confiance aux toxicomanes car menteurs, manipulateurs, agressifs  Perception des TSO : Négative car solution de remplacement ou drogue légale  Réputation du médecin : Peur d'un impact négatif sur leur patientèle	<b>Frein à la prise en charge :</b> Expérience personnelle : Peur de s'engager car expérience décevante  Gestion du temps : Manque du temps car prise en charge globale et surcharge d'activité des médecins généralistes	<b>Favorisant la prise en charge :</b> Rôle fort du médecin généraliste dans l'addiction malgré les freins

Brochar d (2013) France <sup>21</sup>	Etude descriptive	Obstacle au suivi des TSO région angevine France	<p><b>Frein à la prise en charge :</b> Jugements moraux et stigmatisation des usagers car représentation sociale négative :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du produit :</li> </ul> <p>Association à délinquance et marginalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des toxicomanes :</li> </ul> <p>Stérotypes (menteur, voleur), Peur de l'image du cabinet (perturberaient la salle d'attente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des TSO :</li> </ul> <p>Drogue et remède donc peur de devenir médecin-dealer-fournisseur</p>	<p><b>Frein à la prise en charge :</b> Relation médecin patient exigeante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin de temps</li> <li>• Ecoute active</li> <li>• Contrôle de ses propres émotions et perceptions</li> </ul> <p><b>Favorisant la prise en charge :</b> Relation d'aide Gestion des émotions</p>	
Barré et al. (2004) France <sup>22</sup>	Etude qualitative	Approche sociologique des acteurs en premières lignes travaillant dans la réduction des risques en France		<p><b>Favorisant la prise en charge :</b> Expérience personnelle / familiale</p> <p>Engagement militant, par conviction</p> <p>Attrait pour le social</p> <p>Travail d'écoute et de parole</p>	
Colaiaicovo (2015) France <sup>23</sup>	Etude descriptive	Prise en charge de la dépendance aux opiacés en Franche Comté :	<p><b>Favorisant la prise en charge :</b> Jugements moraux : Pas de stigmatisation des usagers (=patients ordinaires)</p> <p><b>Frein à la prise en charge :</b> Appréhension d'une dérive d'utilisation des TSO Crainte insécurité / impact négatif sur patientèle</p>		<p><b>Favorisant la prise en charge :</b> Implication dans l'ensemble des addictions (tabac, alcool, cannabis)</p>
Olivia et al. (2011) USA <sup>24</sup>	Etude descriptive	Obstacle à l'utilisation des TSO	<p><b>Frein à la prise en charge :</b> Perception TSO : opinion négative</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque effets secondaires</li> <li>• Difficulté de prescription</li> <li>• Peur de dérive d'utilisation</li> </ul> <p>Pas de confiance aux toxicomanes</p>		
Tam et al. (2013) Australie <sup>25</sup>	Etude qualitative	Perception des médecins généralistes au dépistage de l'alcoolisme	<p><b>Frein à la prise en charge :</b> Alcool est un risque et non une maladie chronique</p> <p>Perception des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigmatisation</li> <li>• Menteur sur leur consommation</li> </ul> <p>Impact socioculturel : Consommation « social » donc acceptable chez les jeunes</p>	<p><b>Frein à la prise en charge :</b> Relation médecin/patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté à évoquer</li> <li>• Peur d'être moralisateur</li> <li>• Manque de temps</li> </ul> <p><b>Favorisant la prise en charge :</b> Relation de confiance avec son patient</p>	<p><b>Favorisant la prise en charge :</b> Rôle du médecin généraliste</p>

Johansson et al. (2005) Suède <sup>26</sup>	Etude qualitative	Facteurs influençant les décisions des médecins généralistes concernant le dépistage de la consommation d'alcool		<b>Frein à la prise en charge :</b> Contrainte du temps  <b>Favorisant la prise en charge :</b> Bonne relation	
Aira et al. (2003) Finlande <sup>27</sup>	Etude qualitative	Facteurs influençant le dépistage de l'alcool	<b>Frein à la prise en charge :</b> L'alcool ne fait pas partie des facteurs de risque comme le tabac et le surpoids : Sujet sensible à aborder car peur de stigmatiser son patient		
Le KB et al. (2015) USA <sup>28</sup>	Etude transversale	Obstacle au SBI et à la prise en charge de l'alcoolisme		<b>Frein à la prise en charge :</b> Manque de temps  <b>Favorisant la prise en charge :</b> Identité religieuse : Les chrétiens sont plus confiants dans l'aide qu'ils peuvent apporter	<b>Frein à la prise en charge :</b> Capacité faible : Manque de confiance à la réussite de leur prise en charge
Johansson et al. (2002) Suède <sup>29</sup>	Etude comparative	Attitude et pratiques des médecins généralistes sur le dépistage de l'alcoolisme et le SBI (en comparaison aux infirmières)	<b>Frein à la prise en charge :</b> Jugements subjectifs : la question de la consommation est plus posée à une catégorie de patient	<b>Frein à la prise en charge :</b> Relation médecin/patient : Crainte réaction négative des patients au sujet de leur consommation  Manque de temps et d'énergie	<b>Frein à la prise en charge :</b> Capacité faible : Difficulté de faire changer les habitudes d'un alcoolique  <b>Favorisant la prise en charge :</b> Rôle légitime
Aalto et al. (2005) Finlande <sup>30</sup>	Etude qualitative	Attitudes des médecins généralistes sur l'utilisation du SBI			<b>Favorisant la prise en charge :</b> Motivation

Ces tableaux nous renseignent sur les facteurs principaux liés aux implications des médecins généralistes dans l'addiction.

### ***La formation :***

Les médecins qui s'investissaient dans les addictions plus que les autres avaient reçu une formation spécifique et se sentaient compétents. Ils utilisaient les moyens de dépistage (RPIB, test sanguin/urinaire) et avaient une facilité à aborder la consommation de drogue en consultation. Ils étaient formés aux techniques de communication (ACP, empathie, entretien motivationnel). Ils avaient eu des réflexions sur les dogmes sociaux et l'influence de leur vie privée sur la prise en charge des addictions.

### ***Une gestion pluridisciplinaire :***

Les médecins généralistes qui se sentaient soutenus notamment grâce à leur appartenance à un réseau d'addiction étaient plus enclin à s'investir dans les addictions.

### ***La représentation de la toxicomanie :***

Les médecins qui s'investissaient dans les addictions n'étaient pas influencés par des jugements moraux. Ils ne stigmatisaient pas les usagers et considéraient leurs addictions comme une maladie chronique.

Les études soulignaient que leur implication variait selon les drogues car leur représentation était différente: l'alcool et le tabac étaient des consommations plus acceptables car socialement acceptées même si l'excès de consommation d'alcool restait tabou, le cannabis était considéré comme récréatif à la différence des opiacés et autres drogues dont l'opinion était très négative.

### ***Les influences personnelles :***

Les expériences personnelles, familiales et professionnelles positives favorisaient l'investissement des médecins à la prise en charge des addictions. A travers des modèles comme « medecin as a personne », les médecins étaient conscients de l'influence de leurs qualités personnelles dans leur gestion de la toxicomanie. Les médecins impliqués instauraient une relation d'aide basé sur un travail d'écoute pour favoriser la relation médecin patient. Ils savaient gérer leurs stress pour établir une relation de confiance.

Les études relevaient que la formation permettait par l'auto réflexion et l'apprentissage de la gestion des émotions de renforcer la capacité du médecin à prendre en charge les addictions.

### ***Les attitudes personnelles :***

La majorité des médecins généralistes reconnaissait que le dépistage et la gestion des addictions faisaient partie de leur rôle mais leur motivation était moyenne et leur satisfaction basse. Les médecins qui s'investissaient dans leur prise en charge étaient motivés par des expériences personnelles positives et n'avaient pas peur d'y consacrer du temps. Ils étaient satisfaits de leur rôle car ils se sentaient capables et ne craignaient pas les échecs.

# **DISCUSSION**

## ***1-Résumé des résultats***

Cette revue de littérature suggère que les médecins généralistes prenant en charge les addictions ont des caractéristiques particulières.

Ils ont eu en général une formation spécifique et se sentent compétents en addictologie. Ainsi, ils ont une facilité à aborder la consommation de toxique et utilisent les moyens de dépistage. Il apparaît aussi nettement qu'ils utilisent des techniques de communication basées sur un travail d'écoute au service d'une relation d'aide. Ils sont conscients de l'influence de leurs qualités personnelles dans leur gestion de la toxicomanie et ne sont donc pas influencés par leurs jugements moraux. Leur représentation des toxicomanes est plutôt positive et ils considèrent l'addiction comme une maladie chronique. Ils savent gérer leur stress et leurs émotions. Ils ne craignent pas la prise de temps, et sont motivés et satisfaits de leur investissement. Enfin, ces médecins se sentent soutenus et estiment avoir un environnement de travail favorable avec une facilité d'accès à la formation, aux moyens de dépistage et aux réseaux d'addiction.

## ***2-Limites aux interprétations***

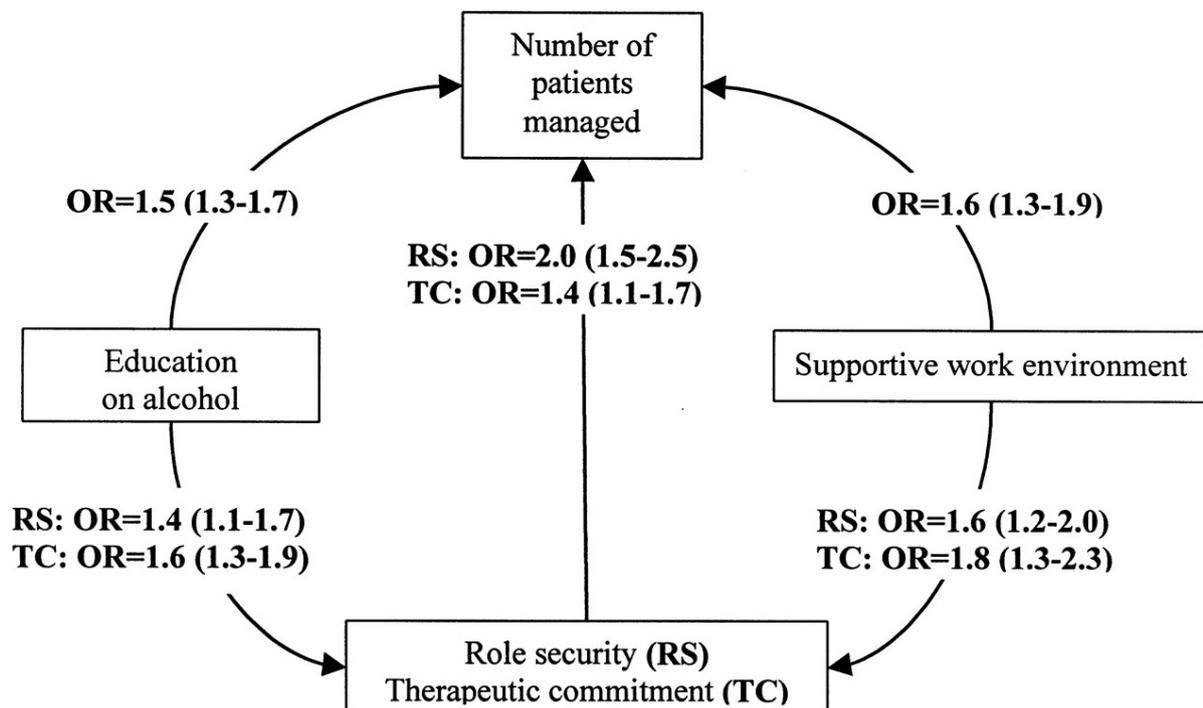
Cependant, parmi ces différentes caractéristiques, il est difficile d'extraire des facteurs déterminants car ils se renforcent tous entre eux.

En effet, les études soulignaient qu'il existait des liens étroits entre la formation aux addictions et la représentation de la toxicomanie et les influences personnelles.

Dans l'enquête de l'OMS sur la prise en charge de l'alcool par les médecins généralistes<sup>17</sup>, la formation et un environnement de travail favorable étaient indépendamment liés au nombre de patient pris en charge (figure 1). L'engagement thérapeutique et le sentiment de sécurité dans leur rôle, qui étaient influencés par la formation et un environnement de travail favorable, étaient indépendamment liés au nombre de patients pris en charge (figure 1). L'étude soulignait qu'il n'y avait aucune preuve d'interaction entre les variables indépendantes (la formation, un environnement de travail favorable, la sécurité dans leur rôle et l'engagement thérapeutique des médecins généralistes). L'étude montrait qu'en présence d'un haut niveau de formation sur l'alcool, d'un milieu de travail et de soutien élevé et d'un haut niveau de sécurité et d'engagement thérapeutique, l'OR pour la gestion des patients alcoolique était de 2,2 (IC 95% = 1,4-3,0) pour la sécurité du rôle et de 1,8 (IC 95% = 1,2-2,4) pour l'engagement thérapeutique. Un milieu de travail favorable avait été défini dans cette étude comme étant celui dans lequel les médecins généralistes considéraient que le matériel de dépistage et de conseil, la possibilité de formation en counselling et l'aide à faire face aux situations difficiles étaient disponibles.

L'étude concluait que les médecins généralistes investis dans la prise en charge des patients alcooliques avaient plus de formation sur l'alcool, des sentiments de sécurité et d'engagement thérapeutique dans leur rôle et un environnement de travail favorable.

Figure 1 : Odds ratios (and 95% CI) for the number of patients managed for alcohol problems in a study on attitudes and management of alcohol problems in general practice using a descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative survey.



Un autre article <sup>19</sup> s'appuyait sur le modèle I change<sup>31,32</sup> pour déterminer les facteurs liés au dépistage et à la prise en charge des addictions par les médecins généralistes. Ce modèle explique que le comportement ou le changement de comportement est influencé par l'attitude, l'influence sociale et l'auto efficacité puis déterminé par la motivation et l'intention. Les principaux résultats de cette étude étaient que la motivation des médecins généralistes à s'engager dépendait des attitudes personnelles, des ressources disponibles et de la formation et que ces facteurs interagissaient les uns sur les autres.

Ainsi, on peut penser que la formation intéresserait ceux qui sont déjà motivés. Celle-ci leur donnerait un sentiment de compétence, de sécurité dans leur rôle, et conduirait à un engagement thérapeutique et une meilleure satisfaction. La formation interagirait donc sur les influences personnelles et les représentations. Mais le souhait de formation des médecins est déjà lié à des représentations préalables. Ce constat doit être pris en compte.

### **3-Forces et limites :**

Notre champ de recherche a été vaste mais comme le sujet est à la frontière de plusieurs disciplines on ne peut garantir avoir été exhaustif surtout dans l'exploration des travaux en psychologie et sociologie.

L'équation de notre recherche peut être remise en question car elle n'a pas permis de trouver de nombreux articles importants sur le sujet. En effet, des articles intéressants lui ont échappé et ont été ajoutés suite à des congrès ou des lectures de thèse.

Notre recherche n'a pas pu mettre en évidence le type de personnalité ou les traits psychologiques des médecins investis dans les addictions. Un seul article<sup>28</sup> a étudié le rapport entre la prise en charge des addictions et la pratique de la religion et un autre avec les antécédents humanitaires<sup>22</sup>. Ces facteurs que l'on peut regrouper comme le service à l'autre pourraient être des paramètres importants dans la motivation à la prise en charge des addictions. De même, on peut se poser la question de la répercussion de la consommation de toxique par les médecins eux même ou leur entourage sur leur investissement. Un article étudiant la représentation des drogues chez les étudiants en psychologie montrait que « les sous groupes qui avaient des pratiques de consommation et un entourage consommateur avaient une représentation centrée sur les substances, leur représentation était plus positive avec un ancrage danger-plaisir, alors que les individus qui n'avaient ni pratique de consommation ni entourage consommateur évoquaient les conséquences des pratiques de consommation, leur représentation était plus négative avec une abondance de termes morbides tels que la mort, la maladie, le mal-être... »<sup>33</sup>. La consommation personnelle ou de l'entourage du médecin pourrait être aussi un facteur non négligeable à son investissement dans la prise en charge des addictions. « Science direct » et « pubmed » étant des moteurs de recherches de biologie et de médecine, il aurait peut-être été plus judicieux d'élargir notre revue de la littérature dans des revues sociologiques et psychologiques.

Les thèmes d'analyse des études étaient variables. La plupart traitait des facteurs influençant le dépistage de l'alcool notamment grâce à l'application du SBI. Quelques unes seulement étudiaient la prise en charge des addictions dans son ensemble. Or, on savait que l'implication des médecins à la gestion des toxicomanes était différente selon le type de drogue. Cela a donc pu conduire à des confusions dans la synthèse des résultats.

Les méthodes d'analyse étaient inégales selon les articles. Quelques études avaient une méthode solide et s'appuyait sur des questionnaires validés pour évaluer la disposition du médecin à la prise en charge des addictions. Les autres recherchaient des facteurs qualitatifs associés à la toxicomanie à l'aide de questions ouvertes lors d'entretiens semi-dirigés.

La validité des résultats étaient différentes selon les études. En effet, certains articles provenaient de revues reconnues et leurs résultats avaient un plus haut niveau de preuve. Les autres articles, et notamment ceux répondant le mieux à la question sur le profil psychologique avait un biais commun de recrutement avec un faible taux de participant.

#### **4- Comparaison avec la littérature :**

Peu d'études de littératures concernent les caractéristiques des médecins généralistes investis dans les addictions. Cependant nos résultats concordent avec ceux des revues de la littérature analysant les déterminants de la prise en charge de l'alcoolisme en soins ambulatoires.

Les études s'accordent sur l'importance de la formation des médecins et sur son lien avec les autres facteurs de sensibilisation à la prise en charge des addictions (représentation, attitudes et influence personnelle). De même, elles convergent sur la nécessité de soutenir les médecins dans la gestion de ces patients. Toutes les études montrent aussi que les médecins admettent volontiers que la prévention fait partie de leur rôle de médecin traitant mais qu'ils sont peu motivés à s'investir et très peu satisfait de leur prise en charge.

Les divergences concernent les caractéristiques démographiques. Les résultats sont contradictoires sur l'âge et la taille de l'agglomération et le sexe ne semble pas être un facteur associé à la prise en charge de la toxicomanie. L'appartenance à un cabinet de groupe apparait dans certaines études comme facilitant l'investissement à l'addiction.

#### **5- Implications pour la pratique et la recherche :**

Les conclusions touchent à l'organisation de la formation initiale et continue, au management des réseaux et à l'organisation des soins primaires en matière de prévention et d'accompagnement.

##### **→ Renforcer et restructurer la formation**

La formation des médecins généralistes serait ainsi à réorganiser pour obtenir un investissement plus important des médecins à la prise en charge des addictions. D'ailleurs, le renforcement de la formation et de l'implication des professionnels de santé pour mieux repérer les comportements à risques est un des objectifs fixés par le rapport de la cour de comptes en Juin 2016 <sup>12</sup>.

D'abord, la formation universitaire étant essentiellement biomédicale, des approches psychologiques et sociologiques pourraient être développées dans le cursus des études médicales pour élargir le champ de compréhension. Mais il apparaît essentiel de développer chez les étudiants une réflexivité personnelle éthique sur leurs représentations, l'influence de leur culture et de leur vie privée sur leur niveau d'investissement dans les addictions. Les techniques de communication et d'entraînement à l'entretien motivationnel pourraient compléter utilement ces approches.

Puis, la formation continue post universitaire pourrait s'appuyer sur les mêmes principes. Cependant, restant sur la base de volontariat, il faudrait convaincre les médecins de sa pertinence dans leur exercice. Ainsi se pose la question de la volonté des médecins de se former. Il existe un paradoxe bien connu, les médecins disent dans les enquêtes que leur manque de connaissance est un frein à la prise en charge des addictions mais ils ne viennent peu ou pas aux formations organisées sur ce sujet. En 2005, dans « Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? »<sup>34</sup>, les auteurs, à partir de plusieurs études, estimaient à propos des addictions, qu'en France, les médecins généralistes comprenaient : 8 à 18 % de motivés prêts à participer à un réseau, 20 à 30 % d'intéressés prêts à participer à des formations ponctuelles, 40 à 55 % d'indifférents restant réceptifs à une sensibilisation individuelle sans nécessité de sortir de leur cabinet et 10 à 20 % d'irréductibles à toute forme de changement en ce domaine. Ainsi, seulement la moitié des médecins généralistes seraient prêts à se former en addictologie.

#### ➔ *Faciliter la gestion pluridisciplinaire*

L'étude a aussi souligné le souhait des médecins d'avoir des liens plus étroits et une facilité d'accès au centre d'addiction avec des consultations de psychiatrie/psychologie et aux services sociaux. Comme le préconise le rapport de la cour des comptes, il apparaît important que puissent être structurées des filières d'orientation graduées, incluant les réseaux, les structures de référence et les services d'addictologie où les médecins généralistes pourraient trouver leur place selon le degré d'implication dont ils se sentent capables. Différentes initiatives ont déjà vu le jour comme « les médecins relais (médecins généralistes volontaires ayant bénéficié d'une formation en addictologie), mis en place en Bretagne, pour permettre de disposer de référents formés venant en appui de leurs collègues et faciliter leur implication dans les prises en charge »<sup>12</sup>. Le rapport évoque aussi la mise en place d'une « consultation longue de repérage et de prise en charge des addictions qui pourrait être partagés entre médecins et personnels infirmiers cliniciens, formés à cet effet, dans le cadre de l'expérimentation ASALEE (Action de SANTé Libérale En Equipe) »<sup>12</sup>.

## → *Projet de recherche*

Nous avons exposé un certain nombre de facteurs de sensibilisation nécessaires à la prise en charge des addictions. Cependant, il nous apparaît que les profils des médecins généralistes sont divers. Une étude plus spécifique serait utile pour piloter les actions de sensibilisation selon les caractéristiques des médecins. A la lumière de nos travaux, une étude pourrait essayer de dresser un profil en dégagant par un questionnaire des positionnements personnels sur les points suivants :

### 1/ Les représentations du patient et de l'addiction :

#### ➤ La perception de l'addiction :

- L'addiction est une maladie chronique et les toxicomanes sont des patients comme les autres.
- L'addiction est une faute morale modifiable par la volonté et les toxicomanes sont responsables de leur état.
- Les TSO sont des drogues légales.
- L'usage des TSO entraîne des dérives non acceptables.

#### ➤ La perception de la consommation :

- La consommation du tabac est acceptable car sociale.
- La consommation d'alcool est taboue.
- La consommation du cannabis est récréative chez les jeunes.
- La consommation des autres drogues est une faute morale.
- Toutes les consommations de drogues sont considérées comme une addiction et donc doivent être dépistées.

#### ➤ Les expériences personnelles de consommation et d'abus du médecin :

- Je suis / ai été consommateur de tabac.
- Je suis / ai été consommateur de cannabis.
- J'ai déjà testé d'autres drogues.
- Ma consommation d'alcool est supérieure au seuil de consommation à risque.
- J'ai été confronté à ces questions dans mon entourage.

### 2/ Les représentations du rôle du médecin généraliste :

#### ➤ La prévention et le dépistage des addictions :

- C'est mon rôle de dépister une consommation chez un patient qui n'en parle pas spontanément.
- Il est parfois difficile d'évoquer la consommation car je vais être perçue comme un moralisateur et cela risque de rompre la relation de confiance avec mon patient.

- Il est facile d'aborder la consommation de toxiques en consultation.
- La prise en charge des addictions :
  - L'addiction relève des spécialistes et non des médecins généralistes.
  - La psychothérapie est une activité qui relève de la médecine générale.
  - La possibilité de recours à des spécialistes est une aide et un soutien nécessaire à l'investissement.
  - Les rechutes régulières de ces patients ne valent pas de s'y investir et je perds mon temps le plus souvent.
  - L'investissement auprès de ces patients apporte des satisfactions intenses.
- La place du médecin généraliste dans la relation médecin patient :
  - En matière de pathologies psychiques, c'est le patient qui sait mieux que moi ce qu'il lui faut.
  - J'entretiens une relation paternaliste avec mes patients : c'est moi qui sais et décide ce qu'il faut pour mon patient.
  - Je préfère le modèle informatif avec mes patients : je délivre un message de prévention en informant mon patient des risques de l'addiction et le patient est autonome dans ses choix.
  - Etablir une relation d'aide fait partie de l'exercice de la médecine générale.

### 3/ Les représentations des propres capacités du médecin

- La gestion des émotions :
  - Je suis touché émotionnellement par les malheurs de mes patients.
  - J'essaie d'établir une relation d'empathie avec mes patients.
  - Je supporte sans problème les échecs dans le travail professionnel.
- Le sentiment de compétence en addiction :
  - Je suis à l'aise avec les patients ayant une addiction.
  - Je ne me sens pas du tout compétent dans ce domaine.
  - Je pense pouvoir changer avec une formation.
  - Je suis déjà formé et souhaite continuer à me perfectionner.
  - Je ne veux pas me former car je ne souhaite pas m'investir dans la prise en charge des addictions.
  - Je me sens aidé par l'environnement spécialisé.
- L'engagement militant :
  - Je suis militant dans un syndicat et/ou un parti politique.
  - Je suis croyant.
  - J'adhère à une association d'aide.

Des fonctions différentielles dans les prises en charge pourraient être attribuées aux différents types de médecins selon leurs caractéristiques déclarées.

## **6- Conclusion :**

Une revue de littérature résume certes l'état de connaissance d'un sujet à un temps donné mais doit se restreindre dans un champ étroit. Aussi ses conclusions sont réductrices. Etablir un profil des médecins généralistes investis dans les addictions est délicat car l'investissement des médecins est différent selon le type de drogue, les études sont inégales et elles concernent en majorité l'alcool. Les études centrées sur les éventuelles personnalités spécifiques des médecins investis dans les addictions manquent. Notre travail peut avancer que la formation et le soutien apparaissent au centre des conditions d'investissement des médecins dans les addictions. Mais ces conditions sont vraisemblablement sous-tendues par des caractéristiques ou traits de personnalités sous-jacentes non connues et qui mériteraient des études spécifiques.

# **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (Page consultée le 24/11/2015). Addictions.  
[En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/addictions.html>.
- 2- OEDT, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. Rapport sur les drogues : tendances et évolution, juin 2014.  
[En ligne] <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/OEDT2014EDRRap.pdf>
- 3- ONUDC, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Rapport mondial sur les drogues, 2014.  
[En ligne] [https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403601\\_french.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403601_french.pdf)
- 4- OFDT, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues, chiffres clés. 6eme édition juin 2015  
[En ligne] <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2015.pdf>
- 5- Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Plan Cancer : 2003–2007. Paris: MILC, 2003: 44 p.  
[En ligne] <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>.
- 6- Institut national du cancer. Plan Cancer: 2009–2013. Paris: INCA, 2009:140 p.  
[En ligne] <http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009–2013>.
- 7- Institut national du cancer. Plan Cancer: 2014-2019. Publication en février 2015.  
[En ligne] [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03\\_Plan\\_cancer.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf)
- 8- République française. Loi n o2004-806 du 9 aout 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel, 11 aout 2004.  
[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/2004-806/jo/text>
- 9- INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Baromètre santé médecins généralistes 2009.  
[En ligne] <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prise-en-charge-addictions.pdf>
- 10-OFDT, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Les traitements de substitution aux opiacés, données récentes. Octobre 2014.  
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxabua.pdf>
- 11-Feroni I, Paraponaris A, Aubisson S, Bouhnik AD, Masut A, Ronfle E, Coudert C et al. Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes. Rev. Epidémiol. santé publique. 2004 Nov ; 52(6) : 511-522

- 12-Cour des comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. juin 2016.  
[En ligne] <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-d-alcool>
- 13-Beck F ; Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Rev. Epidémiol. santé publique . 2011 Oct ; 59 (5) :258-294
- 14-Beck, F., Guignard, R., Gautier, A., Palle, C., Obradovic, I. La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes. Revue française des affaires sociales, no. 3, 2013, pp. 24-41.
- 15-Kaner EF, Heather N, McAvoy BR, Lock CA, Gilvarry E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. Alcohol Alcohol. 1999 Jul-Aug;34(4):559-66
- 16-Wilson GB, Lock CA, Heather N, Cassidy P, Christie MM, Kaner EF. Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on. Alcohol Alcohol. 2011 Sep-Oct;46(5):570-7.
- 17-Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Wensing M, Grol R, Heather N, Saunders J; Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative survey. Alcohol & Alcoholism Vol. 38, No. 6, pp. 597–601, 2003
- 18-Nygaard P, Aasland OG. Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway. Alcohol Alcohol. 2011 Jan-Feb;46(1):52-60.
- 19-Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, Remmen R, Vanmeerbeek M. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. BMC Fam Pract. 2014 Jun 14;15:119.
- 20-Lahouaichri-Naimi Y. Représentation et vécu du MG face à un patient dépendant aux opiacés, enquête qualitative dans le bassin chaunois. Thèse de Médecine Générale. Université d'Amiens ; 2014, 170p
- 21-Brochard M. Obstacles au suivi des patients héroïnomanes sous TSO : motivations des médecins généralistes angevins ne souhaitant pas s'impliquer dans ce suivi. Thèse de Médecine Générale. Université d'Angers ; 2013, 175p
- 22-Barré M-D, Benec'h Le Roux P. Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. Étude d'un espace professionnel déviant. Rapport français 2004. Rapport final, Paris : MIRE, 277 p

- 23-Colaiacovo G. Prise en charge de la dépendances aux opiacés en Franche-Comté : Etat des lieux des pratiques des Généralistes et perspectives d'amélioration de l'offre et de la qualité des soins. Thèse de Médecine Générale. Université de Franche Comté. 2015, 64p
- 24-Oliva EM, Maisel NC, Gordon AJ, Harris AH. Barriers to use of pharmacotherapy for addiction disorders and how to overcome them. *Curr Psychiatry Rep.* 2011 Oct;13(5):374-81
- 25-Tam CW, Zwar N, Markham R. Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2013 Aug 20;14:121.
- 26-Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. *Public Health.* 2005 Sep;119(9):781-8
- 27-Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Fam Pract.* 2003 Jun;20(3):270-5
- 28-Le KB, Johnson JA, Seale JP, Woodall H, Clark DC, Parish DC, Miller DP. Primary care residents lack comfort and experience with alcohol screening and brief intervention: a multi-site survey. *J Gen Intern Med.* 2015 Jun;30(6):790-6.
- 29-Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Early intervention for problem drinkers: readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol Alcohol.* 2002 Jan-Feb;37(1):38-42.
- 30-Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: do nurses' and general practitioners' attitudes, skills and knowledge change? *Drug Alcohol Rev.* 2005 Nov;24(6):555-8.
- 31- Vries H, Mudde A, Leijts I et al. The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health Educ Res.* 2003 Oct;18(5):611-26.
- 32-Vries H, Dijkstra M and Piet Kuhlman. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Educ Res.* 1988 Sep ; 3(3) 1988 : 273-282
- 33-Galand Ch. Salès-Vuillemin. (2009) La représentation des drogues chez les étudiants en psychologie : effet des pratiques de consommation et influence de l'entourage; *Cahiers Internationaux de Psychologie Social*, 84,125-152
- 34-Reynaud M, Bailly D, Venisse JL. Médecine et addictions : Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? Paris : Masson Medecine et Psychotérapie ; 2005, 280p.

# **RESUME**

Contexte : Le médecin généraliste est un acteur majeur du dépistage et de la prise en charge des addictions. Cependant le niveau d'implication des médecins est très inégal.

Objectif : L'objectif est de décrire les éventuelles caractéristiques des médecins généralistes qui s'investissent dans les addictions.

Sources documentaires : Une revue de la littérature a été réalisée à partir des bases de données « pubmed » et « science direct ». Les mots clés de la recherche étaient profil psychologique/social/personnalité et médecin généraliste et addictions.

Sélection des études : 19 articles ont été analysés dont 8 articles sélectionnés sur les 89 articles trouvés par la revue de la littérature et 11 articles ajoutés à la sélection.

Résultats : Les médecins généralistes qui s'investissaient dans les addictions étaient formés et se sentaient soutenu. Leurs représentations des usagers et des drogues étaient plutôt positives. Ils avaient acquis de l'expérience et savaient établir une relation d'aide et gérer leurs émotions. Ils étaient plutôt motivés et satisfaits de leur prise en charge.

Limites du travail : La plupart des articles étudiaient seulement la prise en charge de l'alcool. Les éventuelles personnalités spécifiques des médecins investis en addictologie n'ont pu être mise en évidence.

Conclusion : La formation et le soutien apparaissent au centre des conditions d'investissement des médecins dans les addictions mais sont vraisemblablement sous-tendus par des caractéristiques ou traits de personnalités sous-jacentes non connues et qui mériteraient des études spécifiques.

**Mots clés** : Personnalité – Profil – Médecin Généraliste - Addictions

# SERMENT



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

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



