

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement à Poitiers
le 9 novembre 2017 à 10h
par Madame Marie BAQUE

**Etude du lien entre formation initiale à l'addictologie et savoirs et attitudes
des jeunes médecins généralistes**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Membres : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
Monsieur le Professeur associé François BIRAULT
Madame le Docteur Agnès PASTRE
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
- GOJJON 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
- ORIOU 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-GAUDEFROY 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, cancérologie 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 Professeur Philippe BINDER,

Pour m'avoir proposé le sujet, pour m'avoir soutenue et encadrée lors de sa mise en oeuvre. Votre disponibilité et votre expertise ont été très précieuses à chaque étape de ce travail. Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance et vous prie de recevoir mes respectueux hommages.

A Monsieur le Professeur Pierre INGRAND,

Pour votre implication et votre amabilité tout au long de ce travail, notamment pour l'analyse statistique. Soyez assuré de toute ma gratitude pour vos bons et avisés conseils. Vous avoir pour Président de Jury est un grand honneur.

A Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI,

Je vous remercie de vous être intéressé à ce projet ainsi que de vous rendre disponible pour participer à mon Jury. Je vous prie de croire en l'expression de mes respectueuses salutations.

A Monsieur le Professeur associé François BIRAULT,

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail. Je vous en remercie et vous prie de recevoir l'assurance de ma considération distinguée.

A Madame le Docteur Agnès PASTRE,

A qui je dois la grande majorité de mes expériences auprès de patients présentant des addictions. Merci pour ton soutien sans faille, ta bienveillance et tes anecdotes toujours instructives et passionnées. Ton investissement professionnel et ta spontanéité sont un exemple.

A Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM,

Je vous remercie pour votre participation à ce projet. Vous convier à faire partie du Jury est un témoignage de ma reconnaissance, et je suis honorée que vous ayez pu vous rendre disponible.

A Madame le Docteur Françoise BRUNO-STEFANINI,

Mon premier modèle féminin de médecin généraliste, incarnation de professionnalisme et d'empathie, à l'écoute de ses étudiants tout autant que de ses patients. Un grand merci pour m'avoir facilité mes premiers remplacements et pour être toujours là.

A Monsieur le Docteur Christophe LE SAOUT,

Pour m'avoir appris à être moi-même, pour les rires quotidiens et l'ambiance bon enfant de la maison médicale où j'ai développé une grande partie de mes aptitudes. A t'observer, tout l'Art d'exercer a pris son sens. Merci pour ta confiance et celle de tes confrères.

A l'équipe de Gériatrie de Saintes,

Qui a vu mes débuts en tant qu'interne, m'a appris rigueur, pragmatisme et altruisme.

A la grande famille du service des Urgences de Saintes,

Avec qui on s'est serré les coudes, parfois jusqu'au bout de la nuit, avec laquelle je serais ravie de collaborer une fois installée en Saintonge.

A l'équipe de Gynécologie-Obstétrique de Saintes,

Pour sa confiance et sa pédagogie. Pour la disponibilité et la bienveillance de ses chirurgiens, qui m'ont transmis l'étincelle de leur passion et m'ont permis de devenir compétente dans cette discipline.

A mes amis,

Caroline et Anna, mes acolytes depuis tant d'années, qui m'ont vu grandir et avec qui j'ai tout partagé.

Sophie, ma rêveuse rebelle qui m'a rappelé tant de fois l'importance de croire en nos rêves.

Cyrielle et Maëlle, co-internes de la première heure, merci pour notre complicité, pour votre bienveillance... et toutes ces tisanes!

Gabriel, merci pour ton amitié, ton espièglerie et ta loyauté. Ta détermination est une inspiration.

Gwendoline et Audrey, merci d'avoir cru en moi et d'être là après toutes ces années.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueillie parmi les vôtres et d'être présents dans les moments importants. Merci d'avoir fait d'Ulrich l'homme merveilleux qu'il est.

A mes parents, mon frère et mes soeurs,

Merci de m'avoir donné les moyens de réaliser ce rêve d'enfant. J'aime ce que je suis devenue et je vous suis infiniment reconnaissante pour tout. Je vous aime.

A mes grands-parents,

Sans vous je n'y serais jamais arrivée. Merci pour toutes ces révisions fructueuses grâce à votre soutien. Merci pour votre tendresse et nos fous-rires. Vous m'avez rendue forte.

Mamie je sais que d'où tu es tu veilles toujours et tu es fière de moi.

A Ulrich,

Que dire...nous n'avons pas besoin de mots...Merci pour tout, pour ta constance, ta douceur, ta générosité...merci de m'avoir supportée chaque jour pendant ce travail. Merci pour tout ce qui a été, pour tout ce qui est et pour ce qui va venir...

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARIA Association du Réseau des Intervenants en Addictologie

BHD Buprénorphine Haut Dosage

CSIU Comité Scientifique Inter-Universitaire

CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CNGE Comité National des Généralistes Enseignants

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

DCEM Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG Département de Médecine Générale

Dr Docteur(s)

DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (cinquième édition)

ECN Epreuves Classantes Nationales

HAS Haute Autorité de Santé

MDMA 3,4-méthylène-dioxy-méthamphétamine

MG Médecin(s) Généraliste(s)

OMS Organisation Mondiale de la Santé

Pr Professeur(s)

QCM Questions à Choix Multiples

PLDT Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies

RPIB Repérage Précoce et Intervention Brève

TCEM Troisième Cycle des Etudes Médicales

TSO Traitement de Substitution Opiacée

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

Etude du lien entre formation initiale à l'addictologie et savoirs et attitudes des jeunes médecins généralistes

1. INTRODUCTION

- 1. 1. Définition.....p.9
- 1. 2. Les addictions : enjeu majeur de santé publique.....p.9
- 1. 3. Les MG ont un positionnement déterminantp.11
- 1. 4. Les politiques publiques encouragent l'intervention des MG.....p.12
- 1. 5. Un investissement des MG très inégal.....p.13
- 1. 6. Les instances de Santé Publique demandent une amélioration
de la formation des MG à l'addictologiep.15
- 1. 7. Etat des lieux de la formation initiale des MG à l'addictologie.....p.16

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

- 2. 1. Population de l'étude.....p.17
- 2. 2. Partenariat, Collaborations et Expertise.....p.18
- 2. 3. Questionnaire et Protocole d'élaboration de la variable discriminantep.18
- 2. 4. Analyse statistiquep.20

3. RÉSULTATS

- 3. 1. Caractéristiques de la populationp.21
- 3. 2. Réponses aux QCM d'élaboration de la variable discriminante.....p.22
- 3. 3. Compétences et type d'enseignement reçup.23
- 3. 4. Compétences et conditionnementp.23
- 3. 5. Compétences et expérience professionnellep.24
- 3. 6. Compétences et représentationsp.25

4. DISCUSSION

- 4. 1. Principaux résultatsp.27
- 4. 2. Forces et limites de l'étude.....p.28
- 4. 3. Validité externe de l'étudep.29
- 4. 4. Perspectives proposées par l'étudep.31
- 4. 5. Intérêts de l'étudep.35

CONCLUSION.....p. 36

BIBLIOGRAPHIE.....	p.37
---------------------------	-------------

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 - Caractéristiques démographiques de la population d'étude.....	p.41
Tableau 2 - Variable discriminante : taux de réponses pour chaque proposition.....	p.42
Tableau 3 - Confrontation du type d'enseignement reçu en addictologie aux groupes A et B.....	p.44
Tableau 4 - Confrontation des variables de conditionnement aux niveaux de compétences A et B.....	p.44
Tableau 5 - Confrontation des variables d'expérience professionnelle aux groupes A et B.....	p.45
Tableau 6 - Confrontation des représentations aux niveaux de compétences A et B.....	p.46
Figure 1 - Répartition des différents types de formation à l'addictologie dans les groupes A et B.....	p.47

ANNEXES

ANNEXE 1 - Définition d'une addiction.....	p. 48
ANNEXE 2 - Familles de situations cliniques types en médecine générale du CNGE et objectifs dans le domaine des addictions.....	p.49
ANNEXE 3 - Questionnaire (tel qu'il a été diffusé sur le site Sondage Online).....	p.50

RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS.....	p.53
---------------------------------	-------------

SERMENT.....	p.54
---------------------	-------------

Etude du lien entre formation initiale à l'addictologie et savoirs et attitudes des jeunes médecins généralistes

1. INTRODUCTION

1. 1. Définition :

L'addiction est une pathologie caractérisée par la perte de contrôle du désir envahi par le besoin. Elle résulte de la rencontre entre une stimulation externe de plaisir, un individu présentant ses vulnérabilités génétiques et éducatives et un environnement facilitant (1). Le concept d'addiction a supplanté progressivement les termes de « toxicomanie », « dépendance » et « abus d'une substance » (2). Son diagnostic repose sur des critères bien définis, fixés par des instances internationales de santé mentale et répertoriés dans le Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders, dont la cinquième édition date de 2013 (DSM-V) (Annexe 1).

1. 2. Un enjeu majeur de santé publique :

A l'échelle mondiale, le tabac tue la moitié de ceux qui en consomment, c'est-à-dire 7 millions de personnes chaque année, soit près d'un adulte sur 10 (3). L'usage nocif de l'alcool entraîne dans le monde 3,3 millions de décès chaque année, soit 5,9% des décès. Dans la tranche d'âge 20-39 ans, près de 25% du nombre total de décès sont attribuables à l'alcool (4). En 2015, environ un quart de milliard de personnes consommaient des stupéfiants. Parmi eux, environ 29,5 millions de personnes – soit 0,6% de la population adulte mondiale – ont eu des problèmes de consommation et souffraient de troubles liés à la consommation de stupéfiants, y compris de dépendance. Les opioïdes étaient le type de stupéfiant le plus nocif et représentaient 70% de l'impact négatif sur la santé dû aux troubles liés à la consommation de drogues dans le monde entier (5).

A l'échelle européenne, près d'une personne sur 4 âgée de plus de 15 ans est un fumeur ; un peu plus du cinquième de la population (21,6%) est exposé au tabagisme passif (6). La région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) enregistre la consommation d'alcool la plus élevée au monde. Au sein de cette région, les

consommations les plus fortes se rencontrent en Europe de l'Est et en Europe centrale, où elles continuent d'augmenter. En Europe occidentale, cette consommation reste importante, avec une tendance à décroître lentement (7). Il est par ailleurs observé une augmentation préoccupante du nombre de décès par surdose en Europe, en hausse pour la troisième année consécutive. Au total, on estime à 8441 le nombre de décès par surdose, principalement associés à l'héroïne et à d'autres opiacés, qui se seraient produits en Europe en 2015, soit une augmentation de 6% par rapport à l'estimation de 7950 décès dans ces 30 pays en 2014. Des augmentations ont été signalées pour presque toutes les tranches d'âge. Les opiacés utilisés dans les traitements de substitution, principalement la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD), sont également couramment mentionnés dans les rapports toxicologiques (8) .

En France, les estimations les plus récentes montrent que le tabac et l'alcool sont respectivement la première et la deuxième cause de mortalité prématurée évitable par accident ou par maladies : 78 000 décès par an sont imputables au tabac et 49 000 à l'alcool (9 , 10). Si elle n'occupe plus, comme cela a longtemps été le cas, la tête du classement européen, la France demeure un pays à forte consommation d'alcool (11) : en 2014, l'usage quotidien de boissons alcoolisées concerne 10 % des adultes de 18 à 75 ans et en 2011, comparativement aux autres Européens, les jeunes Français âgés de 15 à 16 ans se situaient au 9ème rang sur 33 pour la fréquence d'usage d'alcool dans le mois (12). 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 des usages occasionnels ou réguliers. Une trentaine de décès liés à la toxicité aiguë cardiovasculaire du cannabis ont été signalés en 2013 (9). L'ecstasy 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, son usage se révèle en nette hausse sur la période 2000-2014 (9).

Entre 2005 et 2010, la prévalence annuelle d'usage de médicaments psychotropes a augmenté, passant de 15 % à 18 % (9). 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 (12). Enfin, un accroissement des pratiques de détournement des médicaments codéinés, des opioïdes forts ou plus faibles (tramadol) par des personnes a priori non usagères de drogue, est observé depuis quelques années (13).

La consommation excessive d'alcool et/ou de drogues illicites entraîne des dommages importants par la gravité des morbidités liées, mais aussi par leur impact dans la sphère publique, privée et professionnelle : passages à l'acte violents, accidents domestiques et professionnels, de la route... (5, 9, 14).

1. 3. Les médecins généralistes (MG) ont un positionnement déterminant :

En France, depuis deux décennies, la prise en charge des addictions a évolué : une nouvelle discipline, l'addictologie, a contribué à donner une place importante à l'alcool et au tabac parmi les substances psycho-actives, justifiant une prise en charge spécifique. D'autre part, la mise à disposition de la BHD en médecine de ville, a notamment contribué à impliquer directement les MG dans l'instauration et le suivi des traitements de substitution opiacée (TSO) (15).

De par sa bonne connaissance de l'individu, de son environnement et de son entourage, le MG est compétent pour informer et conseiller dans le sens de réduire les dommages issus des mésusages de substances psycho-actives (16). De par sa capacité à prescrire et sa stabilité dans le temps, il peut assurer les TSO sur de longues périodes. De par ces aspects et surtout par sa place dans le dispositif actuel de santé, le MG se trouve en position déterminante : il est un recours de proximité et est particulièrement bien placé pour le repérage des consommations à risque (17).

En effet, en pratique, la prise en charge des addictions est en grande partie réalisée par les médecins de ville, en lien ou non avec les centres de soins spécialisés (CSAPA, CAARUD). En 2009, l'enquête Baromètre Santé (15) a montré que 68,6 % des MG avaient vu un patient pour sevrage tabagique dans les 7 jours précédents et 94,5% prenaient en charge eux-mêmes leurs patients le cas échéant (seuls ou en liaison avec une structure) ; les médecins de ville voyaient environ 50 000 patients chaque semaine pour un sevrage d'alcool (9). En 2012, 72% des prescriptions de TSO étaient assurées par des MG (18).

1. 4. Les politiques publiques encouragent l'intervention des MG :

En France, la prévention et la prise en charge des conduites addictives sont au cœur des considérations issues du Rapport de la Cour des Comptes de juin 2016 (19) et font partie des priorités du Plan Régional Santé Poitou-Charentes jusqu'en 2018 (20) et du Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies 2013-2017 (PLDT) (16) : « *chaque usager de produits psycho-actifs doit pouvoir bénéficier d'une offre de soins de proximité et d'un contact avec un professionnel compétent sur ces questions* ». Il est essentiel que les « *médecins généralistes (...) puissent intervenir dans le cadre de leur consultation avant l'apparition de dommages sanitaires et sociaux chez leur patient* ».

Ceci s'inscrit dans une dynamique internationale. Le Département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a effectivement organisé en juin 2017 à Genève le premier Forum mondial sur l'alcool, les drogues et les conduites addictives. L'objectif principal était d'améliorer les actions de santé publique dans ces domaines en renforçant les partenariats et la collaboration entre les organisations, les réseaux et les institutions liés à la santé publique (21). Dans son Programme de Développement Durable à l'horizon 2030, l'objectif 3.5 engage les gouvernements « *à renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho-actives* ». Ceci implique « *la prévention de l'usage de la drogue et la réduction de la vulnérabilité et des risques ; le traitement et les soins pour les personnes atteintes de troubles liés à l'usage de la drogue ; la prévention et la prise en charge des effets nocifs de l'usage de la drogue ; et l'accès aux médicaments placés sous contrôle* » (22).

Le mode d'intervention le plus étudié et qui a montré son efficacité est celui du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB). Malgré certaines réserves (23), sa pertinence est largement reconnue (24-30). Ainsi depuis 2006, les autorités sanitaires françaises ont essayé de diffuser le RPIB auprès des MG (31-33).

Le repérage précoce concerne la consommation déclarée et devrait s'appuyer sur des questionnaires standardisés, utilisables facilement par les acteurs de santé de première ligne : AUDIT-C et FACE pour l'alcool, CAST pour le cannabis, Fagerström en 2 questions (ou SHORT test) pour le tabac (33-35). Il peut également découler de la mise en évidence de dommages sanitaires, socio-familiaux ou relationnels induits (36).

Il doit être associé autant que possible à une intervention brève, pour éviter l'aggravation ou l'entrée dans un processus addictif. 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, lui donner un conseil de réduction ou d'arrêt de la consommation ; susciter son intérêt au changement et si possible lui faire choisir un objectif de changement de comportement, et l'encourager dans sa démarche... tout ceci avec empathie (31-36). A cette fin, l'approche motivationnelle de Miller et Rollnick est une technique de communication collaborative utile, basée sur une attitude empathique et reconnaissant l'autonomie du sujet, visant à augmenter sa motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de son ambivalence face au changement (37).

L'intervention brève est particulièrement adaptée aux patients qui n'ont pas forcément besoin d'une intervention thérapeutique intensive, afin qu'ils modifient leur comportement avant que celui-ci ne s'aggrave et ne cause des dommages (31, 34). Utiliser la motivation du patient pour susciter la réduction de sa consommation sous-entend 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 DiClemente (38-39).

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 (25, 31).

1. 5. Un investissement des MG très inégal :

Malgré un positionnement favorable et encouragé, l'implication des MG dans la prise en charge des conduites addictives est très variable : quelle que soit leur implantation (15, 40) ils sont une majorité à s'investir dans la tabacologie, environ la moitié dans l'alcoologie et seulement une minorité dans les drogues illicites (15).

Concernant le dépistage : la majorité des MG reconnaissent que le dépistage et la prise en charge des addictions font partie de leur rôle (15, 40-42). En 2004, un MG sur 2 se sentait efficace dans la prévention des addictions ; dans ce cas, c'était près d'une fois sur 2 pour le tabac, une fois sur 3 pour l'alcool, et une fois sur 5 pour les autres drogues (42). En 2009, près des deux tiers des MG 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. Enfin, 34% des médecins utilisaient des questionnaires d'aide au repérage pour le tabac ; seulement 13% y avaient recours pour l'alcool et 2% pour le cannabis (15).

En ce qui concerne le mode de prise en charge : en 2009, les MG étaient 78% à prendre en charge seuls le sevrage tabagique. Près d'un tiers (27%) accompagnaient seuls leurs patients ayant un problème avec l'alcool et près de 60% le faisaient en lien avec une structure. En outre, la majorité des médecins ne prenaient pas en charge les usagers d'opiacés ou d'autres drogues illicites (61,4%), et lorsqu'ils le faisaient c'est quasi systématiquement en association avec une structure ou un confrère. Ainsi, seuls 6,8% des MG suivaient seuls les patients en addiction avec des substances illicites et près d'un tiers les suivaient en liaison avec une structure. Seulement 5,3% des MG participaient à un réseau de santé en lien avec les addictions (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 (43). Plusieurs facteurs sont allégués à ces réticences : les raisons les plus souvent citées sont une formation et une rémunération inappropriée, un manque de temps et l'inquiétude de nuire à la relation de confiance établie avec le patient (15, 42, 44).

Pourtant, Environ 10 à 15% des médecins seraient prêts à participer à un réseau (15, 40, 42), 20 à 30 % prêts à participer à des formations ponctuelles, la moitié des MG seraient prêts à se former en addictologie (43).

1. 6. Les instances de Santé Publique demandent une amélioration de la formation des MG à l'addictologie :

Au décours de l'Assemblée extraordinaire des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue en avril 2016 (22), il a été souligné que « *les programmes de développement des capacités devraient être renforcés, à commencer par la formation universitaire des professionnels de santé* ».

En France, le PLDT 2013-2017 (16) stipule clairement que l'objectif devrait être d'« *harmoniser les contenus de la formation initiale et continue autour d'un socle commun de connaissances et de compétences. Le contenu (...) s'appuiera sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé* ». Egalement, « *en intégrant la stratégie d'intervention brève dans les programmes de formation initiale de tous les professionnels de santé* ». Enfin, d'inscrire « *l'intervention brève et l'entretien motivationnel comme thématiques prioritaires dans le développement professionnel continu des professionnels de santé et en particulier des médecins généralistes* ».

L'ensemble de ces plans soulignent l'intérêt de l'organisation de la formation initiale et continue, afin d'encourager l'implication des professionnels de santé, au management des réseaux et à l'organisation des soins primaires en matière de prévention et d'accompagnement des conduites addictives. De plus, la formation à l'addictologie semble avoir un effet sur les attitudes et les représentations des médecins et conduirait à accentuer leur implication et leur aisance dans ces prises en charges (45-47). Les MG qui sont investis ont en général reçu une formation spécifique et se sentent compétents en addictologie. Ils sont satisfaits de leur rôle et se sentent aptes. Ils ont une facilité à aborder la consommation de substances et utilisent des moyens de dépistage ; ils utilisent notamment des techniques de communication basées sur une relation d'aide et un travail d'écoute. Ils ne sont pas influencés par des jugements moraux et 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 (41).

1. 7. Etat des lieux de la formation initiale des MG à l'addictologie :

En France, la formation initiale en addictologie intervient tout d'abord en Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM), avec un programme relativement commun lié aux exigences des Epreuves Classantes Nationales (ECN), à l'issue desquelles l'étudiant devra savoir, pour chaque substance et 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* » (48).

En Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM), la préoccupation « addiction » est à rechercher dans le document de référence construit au niveau national par le CNGE pour servir de base à la certification du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale. Celui-ci est construit autour de 11 familles de situations (49). Dans chaque famille de situation a été détaillé ce qui est attendu du médecin à la fin de sa formation. En ce qui concerne les situations de prévention ou d'intervention en matière d'addiction, 9 des 11 familles citées sont concernées (Annexe 2).

Dans leur mise en œuvre, les stratégies de formation en addictologie pendant le TCEM apparaissent hétérogènes en raison des indépendances de facultés : certains Départements de Médecine Générale (DMG) ne confient cette formation qu'aux maîtres de stages pendant les stages universitaires et/ou aux Groupes d'Echanges de Pratique non spécifiques (GEP). D'autres y ajoutent des formations en module avec des experts et des ressources spécifiques. Certaines facultés rendent ces modules spécifiques obligatoires et d'autres facultatifs.

Il semble dès lors légitime de s'interroger sur le lien entre les différents types de formation à l'addictologie organisés par les facultés de médecine et les savoirs et attitudes des jeunes MG 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 les attitudes et savoirs des jeunes MG, 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, selon l'existence d'un enseignement facultaire spécifique addictologique, et son caractère obligatoire ou facultatif, pendant le TCEM de médecine générale, chez les étudiants ayant récemment fini leur DES ou en fin de DES. Nous avons également évalué, dans cette même population, 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 des répondants. Enfin nous avons identifié les thèmes ayant suscité des taux élevés de réponses dommageables.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Une enquête transversale par auto-questionnaire en ligne, a été réalisée entre le 12 juin et le 4 juillet 2017, avec une relance du 4 au 16 juillet 2017.

2. 1. Population de l'étude :

Les investigations ont porté sur un échantillon de « jeunes MG », correspondant aux promotions de médecine générale 2013 et 2014 des facultés de Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lille, Lille libre, Limoges, Nancy, Poitiers, Rennes et Toulouse.

Ainsi les caractéristiques de l'échantillon étaient d'être étudiant en sixième semestre ou ayant validé tous ses semestres de TCEM, thésé ou non thésé, ayant validé ou non son DES.

Critères de non-inclusion : les internes de la promotion 2014 étant en cours d'un semestre antérieur au sixième semestre de leur internat n'ont pas été inclus.

Critères d'exclusion : les répondants ayant un âge supérieur à 35 ans ont été exclus de l'étude. Les questionnaires incomplets n'ont pas été analysés.

2. 2. Partenariat, collaborations et expertise :

Le Professeur (Pr) 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 du Réseau des Intervenants en Addictologie (ARIA) pour le financement et le laboratoire de Biostatistique de l'Université de Poitiers.

Un Comité Scientifique Inter-Universitaire (CSIU), réuni par le Pr BINDER, a construit, expérimenté et validé le questionnaire ainsi que le protocole : il associait le Pr BINDER Philippe, le Pr INGRAND Pierre et le Docteur (Dr) VANDERKAM Paul à Poitiers, le Pr CASTERA Philippe à Bordeaux, le Pr DI PATRIZIO Paolo à Nancy, le Dr MESAADI Nasir à Lille, le Dr Catherine LAPORTE à Clermont-Ferrand et le Dr DUPOUY Julie à Toulouse.

Les directeurs ou représentants des DMG ainsi que les solidarités des différentes facultés, ont également collaboré à l'étude, en transmettant par mail le lien vers le questionnaire en ligne aux internes des promotions de médecine générale 2013 et 2014, à partir de leurs mailing-lists.

2. 3. Questionnaire et Protocole d'élaboration des variables discriminantes :

Dans cette étude, il s'agissait, non pas de graduer le niveau de compétences des répondants, mais d'identifier un groupe au niveau de compétences (en terme de savoirs et attitudes) défini comme étant dommageables pour un patient et un groupe au niveau de compétences non dommageables. 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).

Neuf facultés ont participé à l'étude, leurs DMG délivraient différents types d'enseignements en addictologie lors du TCEM de médecine générale : aucun enseignement spécifique (Poitiers et Limoges) ; enseignement optionnel (Nancy, Rennes, Lille libre) et enseignement obligatoire (Toulouse, Bordeaux, Lille, Clermont-Ferrand).

Le questionnaire a été mis en ligne à partir du site Sondage Online (Annexe 3). Son élaboration s'est inspirée du Baromètre Santé 2009 (15), de l'étude de Teoli menée en Suisse et en Deux-Sèvres (40) et du référentiel national du CNGE (49). Ainsi, le questionnaire comportait 58 questions et était organisé en 2 parties principales :

La première partie consistait à déterminer la **variable discriminante du niveau de compétence** : Intitulée « Mes choix cliniques », elle présentait les histoires de 3 patients différents en situation clinique, amenant le répondant à se positionner sur 13 décisions où 4 à 6 propositions étaient déclinées en Questions à Choix Multiples (QCM). La répartition des 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.

A partir d'une version pré-établie par le Pr BINDER, le CSIU a défini, par discussions en ligne, quelles étaient, pour chaque question, les propositions traduisant une réponse « attendue », « acceptable » ou « dommageable ». Ces décisions se sont basées sur les recommandations de bonnes pratiques diffusées par la HAS et les dernières données scientifiques en matière d'addictions. Ainsi, pour chacune des 13 questions, il y avait 2 propositions « dommageables » parmi 4 à 6 propositions de réponse. Initialement, les répondants ont été classés en 3 groupes :

- le premier groupe était composé des questionnaires ayant généré aucune, une seule ou 2 propositions dommageables dans la même question (ce qui était équivalent à manquer de maîtrise sur une seule question) ;

- le deuxième groupe était composé des questionnaires contenant strictement 2 propositions dommageables, dans strictement 2 questions différentes ;

- le troisième groupe était composé des questionnaires contenant au moins 3 propositions dommageables.

L'objectif étant d'isoler un groupe aux compétences estimées insuffisantes afin d'en comparer les différentes variables explicatives, le premier et le deuxième groupe ont été fusionnés. Ainsi, un questionnaire était classé « **A** » s'il contenait aucune, 1, ou 2 propositions « dommageables ». Un questionnaire était classé « **B** » s'il contenait 3 réponses « dommageables » ou plus. L'analyse portait sur la comparaison des groupes A et B.

La deuxième partie du questionnaire permettait d'explorer **les variables explicatives** : celles-ci étaient réparties en 5 groupes thématiques : la formation, l'expérience professionnelle auprès de patients ayant une addiction, le contexte de travail, le contexte personnel et les représentations.

Trois questions caractérisaient l'existence d'enseignement reçu (en DCEM, TCEM, 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. Quatre questions, également à choix unique, portaient sur le contexte de travail (avec notamment la faculté où avait été réalisé l'internat de médecine générale) et 6 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 présentant une/des addiction(s), leur degré d'implication et 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 présentait 2 propositions extrêmes, le répondant devait placer un curseur pour graduer sa réponse vers la proposition qui lui convenait le mieux.

2. 4. Analyse statistique :

Le Pr Pierre INGRAND, du Laboratoire de Biostatistique de Poitiers, a supervisé la méthodologie et le contenu scientifique du recueil et du traitement des données de l'étude. Il a validé le processus de mesure et défini les échantillons. Il a suivi et apporté son conseil dans l'analyse des résultats.

Les statistiques descriptives des variables qualitatives comprenaient l'effectif et le pourcentage. Les cotations des échelles de Likert étaient résumées par la valeur médiane et l'écart interquartile. Dans l'analyse comparative, les tests statistiques utilisés étaient le test du χ^2 (pour les comparaisons intéressant les variables d'enseignement, d'expérience et de conditionnement) et le test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney (pour les comparaisons intéressant les représentations). Tous les tests ont été réalisés en analyses bi-variées au seuil de significativité $p < 0,05$.

3. RÉSULTATS

3. 1. Caractéristiques de la population :

Les résultats concernant les caractéristiques de la population sont présentés dans le tableau 1. Parmi les 2134 sujets ayant reçu le questionnaire par mail, 356 (17%) ont répondu à l'étude, dont 217 (61%) avant la relance. Parmi eux, 69 ont répondu de manière incomplète, 3 avaient plus de 35 ans : au final, l'analyse statistique a porté sur 284 répondants.

Les femmes composaient 69% des répondants. L'âge moyen était de 28 ans. Plus de la moitié était en sixième semestre de leur internat de médecine générale (56%) et environ un tiers avait terminé son internat depuis plus de 6 mois (34%). La répartition en âge et sexe ne différait pas entre les deux groupes de répondants.

Sur l'ensemble des participants, plus de la moitié provenaient d'une faculté délivrant une formation obligatoire (58%) ; près d'un quart provenaient d'une faculté délivrant une formation optionnelle (23%) et environ un cinquième d'une faculté ne délivrant aucune formation spécifique (19%) (Tableau 2).

3. 2. Réponses aux QCM d'élaboration de la variable discriminante :

Celles-ci sont présentées dans le tableau 2. Plus de la moitié des participants ont répondu au moins 3 fois de manière dommageable (164 sujets soit 58%), versus 120 sujets ayant répondu au maximum 2 propositions dommageables (soit 42%).

La proportion de réponses dommageables varie fortement selon le thème des questions. Ainsi, en ce qui concerne le RPIB, plus de la moitié des participants (51%) ont répondu de manière dommageable à propos des questionnaires de dépistage systématisés, 41% de manière acceptable et 8% de manière exacte. Le tiers des participants a répondu de manière dommageable à la question sur le conseil minimal (33%) et la question sur l'intervention brève a récolté 40% de réponses dommageables. Les participants ont répondu en grande majorité de manière exacte à la question sur l'entretien motivationnel (74%). En ce qui concerne le cycle de Prochaska, presque la moitié des répondants ne savaient pas ce que c'était (46%).

Dans la prise en charge de l'arrêt ou la réduction du tabac, les modalités d'adaptation posologique de la substitution nicotinique ont récolté 88% de réponses strictement exactes.

Dans le domaine de l'alcoologie, 62% des répondants ont répondu de manière dommageable pour ce qui est des critères d'addiction (au sens de la définition du DSM-V). La grande majorité des participants a répondu de manière exacte ou acceptable à la question sur le baclofène (88%) et sur le nalméfène (88%).

Concernant les addictions aux opiacés, la grande majorité des répondants a répondu de manière acceptable ou exacte à la question sur les signes de manque d'opiacés (74%) ainsi que sur la conduite à tenir en cas de substitution insuffisante, que cela concerne la méthadone (87%) ou la BHD (89%).

Enfin, près des deux tiers des participants ont répondu de manière exacte à la question sur les structures locales de référence en soins addictologiques (68%).

3. 3. Compétences et type d'enseignement reçu :

Les résultats relatifs aux compétences en fonction du type d'enseignement facultaire délivré sont présentés dans le tableau 3 ainsi que la figure 1. En se reportant à la faculté où ils ont effectué leur TCEM et donc au type de formation à l'addictologie proposé, parmi les répondants du groupe A (ayant 2 réponses dommageables maximum), 69% ont reçu un enseignement spécifique obligatoire et 13% n'ont pas reçu d'enseignement spécifique, alors que parmi les répondants du groupe B (ayant au moins 3 réponses dommageables), 50% ont reçu un enseignement spécifique obligatoire et 24% n'ont pas reçu d'enseignement ($p=0,0097$). De plus, dans le groupe A, 87% des sujets ont reçu une formation obligatoire ou optionnelle, versus 76% dans le groupe B ($p=0,028$).

Dans chaque groupe, la majorité des répondants a déclaré avoir reçu un enseignement quel qu'il soit en addictologie (DCEM, TCEM ou autre qu'universitaire), même s'ils étaient issus d'une faculté ne délivrant pas de formation obligatoire ni optionnelle lors du TCEM : dans le groupe A, 96% des sujets ont reçu un enseignement quel qu'il soit en addictologie versus 89% dans le groupe B ($p=0,038$).

3. 4. Compétences et variables de conditionnement :

Ces résultats sont présentés dans le tableau 4. La proportion de jeunes médecins ayant des difficultés émotionnelles, consommant ou ayant consommé des substances psycho-actives, étant concernés par l'addiction d'un proche, ou étant engagés socialement, politiquement ou religieusement, n'était pas significativement différente entre les groupes A et B.

Au regard des consommations de substances psycho-actives, sur la totalité des répondants, environ un quart (24%) consomme ou a déjà consommé du tabac quotidiennement et près d'un tiers (36%) consomme ou a consommé du cannabis occasionnellement. Plus des trois quarts (79%) a déjà vécu au moins 3 ivresses avec l'alcool.

D'un point de vue psycho-social, la plupart des répondants (68%) a déclaré avoir rarement eu des difficultés à gérer ses émotions lors de l'exercice professionnel ; une minorité (13%) était engagée socialement ou religieusement et 45% étaient concernés par l'addiction d'un proche.

3. 5. Compétences et expérience professionnelle :

Ces résultats sont exprimés dans le tableau 5. La seule différence significative s'observait pour la mobilisation et l'accompagnement d'un patient non demandeur vers l'arrêt ou la réduction de sa consommation de tabac : 59% l'ont déjà fait plusieurs fois dans le groupe B versus 43% dans le groupe A ($p=0,013$).

Sinon, l'exposition à des situations cliniques mettant en jeu des patients présentant une ou plusieurs addictions n'était pas significativement différente entre le groupe A et B : ceci concernait la pratique de l'entretien motivationnel et du conseil minimal aussi bien que la prise en charge des addictions aux différentes substances psycho-actives (tabac, alcool, cannabis, opiacés) :

Concernant le RPIB, dans chaque groupe, près de 40% des participants à l'étude n'ont jamais mené d'entretien motivationnel et environ 40% l'ont déjà fait plusieurs fois. La grande majorité des répondants ont déclaré avoir déjà pratiqué plusieurs fois le conseil minimal (83%) et s'être déjà retrouvé plusieurs fois face à un patient dans le déni de son addiction (80%).

Sur l'ensemble des répondants, environ 20% n'ont jamais pris en charge un sevrage tabagique ou jamais prescrit de TSO et environ un quart n'ont jamais été sollicités pour un sevrage d'alcool.

Concernant le mode de prise en charge, pour le tabac, 9% des répondants ont déclaré ne pas prendre en charge les patients pour une dépendance au tabac et 74% les prennent en charge seuls. Environ un tiers des répondants (32%) n'ont jamais mobilisé ou accompagné un patient vers la réduction ou l'arrêt de sa consommation.

Pour l'alcool et les drogues illicites, la majorité des participants (52%) n'avaient jamais mobilisé ou accompagné un patient vers la réduction ou l'arrêt de sa consommation ; 15% d'entre eux ne prenaient pas en charge les dépendants à l'alcool, environ un quart (26%) ne prenaient pas en charge les dépendants aux opiacés et environ un tiers (29%) ne prenaient pas en charge les dépendants au cannabis. Lorsqu'ils prenaient en charge ces dépendances, ils le faisaient majoritairement en lien avec une structure spécialisée.

3. 6. Compétences et représentations :

Les résultats, exprimés en médianes et écarts inter-quartiles, apparaissent dans le tableau 6.

Tabac : Concernant le tabac, même si les 2 groupes se sentaient nettement aptes à prendre en charge l'addiction au tabac, le groupe A se sentait davantage apte que le groupe B ($p=0,024$). En revanche, il n'y avait pas de différence entre les groupes concernant la facilité à aborder le sujet (considéré plutôt très facile) et les répondants estimaient nettement qu'il s'agissait de leur rôle.

Alcool : En ce qui concerne la représentation du sujet dépendant de l'alcool, soit victime de son environnement, soit responsable de ses choix, le groupe A était très partagé entre ces deux représentations tandis que le groupe B le positionnait plutôt comme responsable de ses choix ($p=0,0034$). Les autres représentations relatives à la consommation d'alcool n'étaient pas significativement différentes entre les 2 groupes : il apparaissait plutôt facile d'aborder le sujet, mais moins facile que pour le tabac et cela était fortement considéré comme le rôle du médecin. Les répondants se sentaient plutôt peu aptes à la prise en charge. Les patients dépendants de l'alcool étaient clairement considérés comme victimes d'une maladie plutôt que menteurs ou manipulateurs.

Opiacés : En ce qui concerne la représentation du patient dépendant des opiacés, soit comme étant victime de son environnement soit comme étant responsable de ses choix, le groupe A était très partagé entre ces deux représentations tandis que le groupe B les considérait plutôt comme responsables de leurs choix ($p=0,039$). Le groupe A considérait la BHD comme un médicament de manière nette, alors que le groupe B était assez partagé entre la percevoir comme un médicament ou comme une drogue légale ($p=0,0017$). Même si les 2 groupes étaient très partagés, le groupe B considérait le patient légèrement plus comme responsable de ses choix plutôt que victime de son environnement ($p=0,039$). Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes sur les autres représentations autour des addictions aux opiacés : les répondants étaient très partagés sur la facilité à aborder le sujet même s'ils estimaient clairement que c'était leur rôle ; ils considéraient nettement le patient comme victime d'une maladie plutôt que

menteur ou manipulateur et ne se sentaient pas aptes à prendre en charges ces addictions. Même s'ils étaient très partagés, ils considéraient plutôt que c'est au médecin que revient la décision du TSO même s'ils accordaient une importance au fait que ce soit au patient de décider.

Objectif de prise en charge : Chez les usagers excessifs d'alcool, entre l'arrêt total d'usage et la réduction des risques, le groupe A était nettement orienté vers la réduction des risques. Même s'il était plutôt pour la réduction des risques, le groupe B était beaucoup plus partagé entre ces deux objectifs ($p=0,012$). Les autres représentations n'étaient pas différentes entre les groupes : même s'ils étaient partagés entre attendre la motivation du patient et le motiver activement, les répondants se sont plutôt prononcés en faveur de le motiver activement. Enfin, ils étaient extrêmement divisés pour ce qui était de l'investissement dans cette discipline : ils étaient autant à considérer cela comme épuisant et décevant au vu des résultats, que comme passionnant dans la mesure où cela sauve des vies.

4. DISCUSSION

4. 1. Principaux résultats :

La part des jeunes médecins donnant des réponses générant peu ou pas de dommages varie de façon croissante entre ceux issus d'universités sans formation spécifique, avec formation optionnelle, et avec formation obligatoire.

Ceux du groupe ayant coché 3 réponses dommageables ou plus ont des représentations significativement différentes de ceux ayant coché moins de 3 réponses dommageables :

- ils se sentent moins aptes à prendre en charge un patient pour sevrage tabagique;
- ils décrivent les patients présentant une addiction à l'alcool et aux opiacés comme responsables de leurs choix plutôt que victime de leur environnement ;
- ils sont plus nombreux à considérer la BHD davantage comme une drogue légale plutôt qu'un médicament;
- en ce qui concerne l'objectif de prise en charge des usagers d'alcool, entre l'arrêt total et la réduction des risques, ils sont très partagés alors que les autres sont nettement orienté vers la réduction des risques.

Cette étude tend par ailleurs à montrer que le fait d'avoir des difficultés à gérer ses émotions lors de l'exercice professionnel, de consommer ou d'avoir consommé des substances psycho-actives, d'être concerné par l'addiction d'un proche ou d'être engagé socialement ou religieusement, ne semble pas influencer les savoirs et attitudes des jeunes médecins en matière d'addictions. Il en est de même pour les variables liées à l'expérience professionnelle.

4. 2. Forces et limites de l'étude :

Il semble s'agir de la première étude récente, menée à l'échelle nationale, sur les savoirs, les pratiques, les représentations et les implications des jeunes MG en matière d'addictions en France.

Les critères d'évaluation des pratiques, expériences, conditionnements et représentations se sont appuyés sur le référentiel du CNGE, ce qui permet d'étudier les compétences des jeunes MG selon des caractéristiques précises relevant des objectifs officiels de formation. De plus, le questionnaire a été validé par un consensus d'experts, le CSIU. Il a été élaboré à partir d'autres enquêtes (15, 40), ce qui permet d'en comparer les données ainsi qu'en analyser l'évolution dans le temps.

Cependant, l'étude comporte certaines limites :

- Biais de méthode : Les sujets ont été interrogés par une méthode déclarative, par auto-questionnaire, ce qui a permis d'obtenir des données quantitatives, rendant possibles des comparaisons chiffrées. La pertinence de cette approche par auto-questionnaire est limitée, dans la mesure où elle ne permet pas d'observer les sujets en situation clinique. En effet la notion de "compétence" peut être définie comme une capacité mêlant savoir, savoir-faire et savoir-être (50) et ne peut se limiter à être évaluée sur un simple questionnaire. Cependant elle permet des éléments de comparaison entre les différents modes de formation et de contexte.

- Biais d'échantillonnage : Il est à considérer que les sujets ayant participé à l'étude présentaient potentiellement un intérêt particulier pour l'addictologie ; les conclusions tirées de l'analyse statistique pourraient ne pas être applicables à l'ensemble des jeunes MG.

- Biais de classement : Le CSIU a validé que la différence de compétences s'opérait dès lors qu'un questionnaire générait 3 propositions dommageables ou plus (groupe B). Cependant certaines questions portaient plusieurs fois sur le même thème, un répondant pourrait avoir été placé dans le groupe B alors qu'il manquait de maîtrise uniquement sur l'adaptation d'un TSO ou sur le recours aux médicaments dans les troubles liés à la consommation d'alcool. Un tel répondant pourrait s'avérer compétent dans la pratique du RPIB ou dans la prise en charge de ses patients en liaison avec une structure spécialisée, rendant discutable le caractère « insuffisant » de ses compétences.

- Biais de non-réponse : Les questionnaires analysables représentent 13% de l'ensemble des sujets ayant été sollicités pour l'étude. Cependant, parmi ces 2134 sujets ayant reçu le lien vers le questionnaire, une partie estimée aux alentours de 25% se trouvait au cours d'un semestre antérieur au sixième semestre et n'aurait donc pas été inclus dans l'étude.

- Biais d'information : Dans le questionnaire, la représentativité de certaines réponses peut être remise en cause dans la mesure où la formulation de certaines questions pouvait prêter à confusion. Par exemple, près des deux tiers (62%) des participants ont répondu de manière dommageable pour ce qui est des critères d'addiction (au sens de la définition du DSM-V), qui ont pu être confondues avec les signes d'intoxication alcoolique chronique. Malgré tout, la marge d'erreur est équilibrée par le fait que l'étude ait été menée dans plusieurs facultés. De plus, concernant le conseil minimal, la grande majorité (environ 80%) des répondants l'a déjà pratiqué plusieurs fois, or la question 22 sur le conseil minimal a récolté plus d'un tiers de réponses dommageables. Il est alors légitime de s'interroger sur ce qui est réellement fait en pratique.

4. 3. Validité externe de l'étude :

A l'instar des résultats de l'étude de Teoli en 2015 (40) ainsi que du Baromètre santé des MG 2009 (15), cette étude met en évidence que même si les jeunes MG considèrent que dépister la consommation de tabac est autant leur rôle que dépister la consommation d'alcool ou de drogues illicites, la facilité à aborder le sujet et le sentiment d'aptitude à prendre en charges ces addictions sont cependant respectivement décroissants. En considérant les résultats par catégorie de substance, les résultats démontrent une fois encore que le domaine de la tabacologie semble être le mieux maîtrisé, en terme de dépistage, de modalités thérapeutiques et de sentiment d'aptitude.

De même, concernant l'alcool, si les patients sont préférablement considérés comme victimes d'une maladie, l'abord de la consommation génère plus de difficultés. De surcroît, il apparaîtrait ici qu'il existe une confusion entre les conséquences cliniques et biologiques d'une consommation excessive et les signes d'addiction. En revanche les possibilités thérapeutiques semblent acquises.

Curieusement, les répondants ont majoritairement répondu de manière exacte ou acceptable aux questions relatives aux addictions aux opiacés alors qu'ils se sentent peu aptes à les prendre en charge. Ainsi, une étude menée par Whittle et ses collègues (51) a mis en évidence qu'une formation combinant entraînement en ligne, pratique en petits groupes, observation de situations cliniques et auto-analyse permettait d'augmenter la confiance en soi lors du RPIB et de l'entretien motivationnel.

Dans la littérature, d'autres projets ont étudié le lien entre formation universitaire et qualité des pratiques professionnelles pour ce qui est du repérage et de l'accompagnement des pathologies addictives. Une étude menée par Anderson (52) dans 5 pays européens en janvier 2017, a montré qu'optimiser l'activité de RPIB des intervenants en soins primaires requiert une combinaison entre entraînement, soutien pédagogique et expérience sur le terrain.

De même, une étude multicentrique dirigée par Seale (53) en 2015 a révélé que la formation au repérage précoce et à l'intervention brève associée à un stage pratique en clinique spécialisée dans les conduites addictives augmentait significativement le dépistage systématique, le repérage des patients présentant une consommation à risques, ainsi que la performance des interventions brèves.

De surcroît, d'après Karam-Hage et son équipe (54), le plus grand apprentissage semble avoir lieu lorsque les étudiants sont testés au début et à la fin de la formation ($p < 0,001$). Cependant, tous les résultats des tests des internes ont été améliorés par le fait de recevoir une formation. Cette étude soulève l'utilité des tests par questionnaire, en tant que guides d'apprentissage, et comme moyen de susciter l'acquisition des savoirs, par une analyse réflexive de l'état de leurs connaissances et de leurs lacunes.

Enfin, dans cette étude, la majorité des participants a répondu au moins 3 propositions dommageables alors que plus de la moitié d'entre eux avait reçu une formation à l'addictologie. Cette analyse prêche à penser qu'une formation initiale à l'addictologie s'avère non seulement nécessaire, mais qu'en l'état actuel des choses elle est insuffisamment opérante, ce qui suggère qu'il convienne de diffuser et optimiser la formation à l'addictologie en TCEM de médecine générale, aussi bien en terme d'enseignement théorique que de mise en situation clinique. De même, en 2012 aux Etats-Unis, Rasyidi et son équipe (55) ont décrit les déficits de la formation en médecine de la

toxicomanie parmi les étudiants en médecine. Ils ont évoqué que des changements dans le processus de formation médicale à l'addictologie seront toujours soumis à la concurrence entre les éducateurs pour leur sujet particulier, ainsi qu'à la stigmatisation au sujet de l'alcoolisme et d'autres addictions qui ont un impact probable sur tous les systèmes qui réglementent la formation médicale.

4. 4. Perspectives proposées par l'étude :

4. 4. 1. Systématisation de la formation à l'addictologie en TCEM :

Pour reprendre Das et Weiss Roberts (56), la formation à l'addictologie peut être efficace et utile à tous les niveaux d'éducation : formation médicale de premier cycle, internat et formation post-universitaire. Les étudiants entrant dans n'importe quel domaine de la médecine sont susceptibles de rencontrer de la toxicomanie, ce qui peut affecter leurs prises en charge : principalement les psychiatres, pour des raisons évidentes, mais aussi les chirurgiens et anesthésistes envisagent l'addiction avant la chirurgie, les gastro-entérologues affronteront les conséquences hépatiques et gastro-entérologiques, les cardiologues et les pneumologues verront les effets sur le système cardio-respiratoire, etc.

Alors, les futurs MG, de par leurs missions et leur position de premier recours, sont évidemment des acteurs déterminants de la prise en charge des troubles liés à l'usage de substances et devraient bénéficier d'une formation spécifique systématique.

4. 4. 2 . Transformation et diversification des modalités pédagogiques en TCEM :

Il semblerait que les formations facultaires obligatoires s'avèrent apporter plus de connaissances et de pertinence à la décision, ce qui relance la question des modalités pédagogiques d'enseignement. Jusqu'à présent, la pédagogie d'apprentissage par compétence, issue d'une logique constructiviste, est appliquée au TCEM : la construction des compétences professionnelles est issue d'un travail réflexif à partir de problématiques émanant de mises en situation authentique. Les étudiants construisent graduellement leurs compétences à partir de celles qu'ils ont déjà acquises. Le rôle essentiel des enseignants est celui de facilitateur d'apprentissage et non de dispensateur de connaissances (57).

Or l'arrêté fixant les modalités de la réforme du TCEM, paru le 14 avril 2017, confirme un certain nombre de changements qu'il conviendrait de prendre en compte dès la rentrée de novembre 2017 (58). Dans ce sens, la proposition du CNGE datant de mars 2016 pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale comporte notamment de lier étroitement enseignement pratique et facultaire. *« Cette logique découle des nombreuses publications en sciences de l'éducation relatives à l'apprentissage et met fin à la dichotomie entre enseignement facultaire et enseignement en stage. La présence en stage et aux enseignements facultaires est obligatoire. »* (59)

De manière générale, les modalités pédagogiques actuelles en France comprennent des travaux d'écriture clinique, des GEP, des méthodes dérivant des Apprentissages par Résolution de Problèmes (ARP), des groupes de formation à la relation thérapeutique (dérivés des groupes Balint), des groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définis pour la discipline et des ateliers de gestes pratiques (59).

Délivrer une formation facultaire ne signifie donc pas forcément donner un cours magistral et peut avoir lieu de manières diverses, par exemple sous forme de modules de contenu très varié. En matière d'addictologie, plusieurs études ont analysé l'efficacité et la pertinence de différentes méthodes pédagogiques : ainsi, Kalu et son équipe (60) ont expérimenté un programme de formation au RPIB de 2009 à 2013. Celui-ci proposait des conférences, des jeux de rôle, des modules en ligne, des consultations avec patients. Les différentes méthodes ont été évaluées par un test de compétences cliniques : 70% des étudiants ont complété ce test de façon satisfaisante. Ces résultats suggèrent donc que les différentes méthodes d'enseignement du RPIB n'ont pas nécessairement besoin d'être

abordées de manière exhaustive et aucune méthode n'est supérieure à une autre. En revanche, en bénéficier améliore objectivement les performances des étudiants.

Un autre programme facultaire dirigé par Rule en 2015 (61), comprenant un enseignement théorique, un entraînement pratique à l'entretien motivationnel et des exercices de répétition comportementale ont permis d'une part, d'exposer les étudiants à une diversité de situations cliniques ; et d'autre part, les participants ont déclaré éprouver davantage de confiance dans leurs aptitudes et pratiques professionnelles après avoir essayé la méthode de la répétition comportementale. Cette dernière est différente du jeu de rôles : dans un groupe de 4 à 5 étudiants, chacun d'entre eux est alternativement le soignant et le patient et l'entretien est dirigé par des questions et des réponses types. Ceci permet à chaque étudiant d'expérimenter différentes formulations et d'analyser les attitudes et ressentis de ses pairs et les siens.

O'Sullivan et ses collègues (62) ont mis en évidence en 2016 que recevoir un enseignement théorique préalable, associé à un stage en service spécialisé, en présence de patients et sous supervision d'un maître de stage, permettrait, une fois en situation ambulatoire de premier recours, d'augmenter de manière significative la fréquence du dépistage et des interventions brèves.

Duong et son équipe (63), la même année, ont souligné que la formation au RPIB et aux thérapies de substitution par des professionnels non médicaux exerçant en centres de soins spécialisés a été estimée utile et de qualité par des étudiants en médecine.

Des outils pédagogiques moins usuels peuvent même être utilisés : d'après l'étude de Cape en 2009 (64), les films sont considérés comme l'une des influences les plus puissantes sur le comportement humain. Ainsi les mythes et les stéréotypes populaires de la consommation de drogue et d'alcool peuvent être explorés à travers le prisme cinématographique. L'analyse de certains films, dans un environnement d'apprentissage, peut s'avérer aidant à la compréhension de ce sujet complexe, améliorant ainsi l'engagement thérapeutique dans ce domaine. Cape insiste tout de même sur le fait d'utiliser cet outil avec soin afin de ne pas perpétuer les mythologies de la dépendance comme souvent dépeint dans le cinéma commercial.

Enfin, en fonction des études (65, 66) la formation en ligne, avec patient virtuel, génère des résultats contradictoires sur les compétences.

4. 4. 3. Amélioration des représentations :

La difficulté à prioriser la formation en matière d'addictions peut être le reflet de la stigmatisation associée à l'utilisation de substances psycho-actives (55, 56) et de l'appréciation insuffisante des situations où la réduction des risques ou l'arrêt d'usage sont un succès (56).

Une analyse qualitative des réflexions écrites d'un groupes d'étudiants ayant participé à des réunions des Alcooliques Anonymes a permis de mettre en évidence qu'ils décrivaient un patient alcoolo-dépendant davantage comme ayant une maladie biologique et psychologique, ils abordaient le sujet avec plus d'aisance avec des patients alcoolo-dépendants et les orientaient vers des associations équivalentes (d'aide, associations de patients). L'étude étant menée aux Etats-Unis, cette expérience a également introduit la notion de religiosité ou de spiritualité chez les patients comme pouvant être un catalyseur motivationnel à la réduction des comportements à risque (67).

4. 4. 4. Initiation à l'entretien motivationnel :

Encouragée par la HAS, basée sur l'écoute active et une attitude empathique, la technique de l'entretien motivationnel propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Elle assure aux discussions une atmosphère positive et détendue, et montre des résultats très encourageants. Cette technique augmente, de façon bien démontrée, l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer : modification d'une consommation, d'une prise de risque, observance thérapeutique, etc. (68)

Conformément aux objectifs fixés par le PLDT 2013-2017 (16), inclure une initiation à l'entretien motivationnel lors de la formation initiale permettrait par conséquent, au moyen d'un seul module, d'offrir aux étudiants une meilleure compréhension des rouages relationnels et communicationnels. Ceci leur serait précieux pour résoudre des situations cliniques très diversifiées, notamment prendre en charge des pathologies en lien avec des conduites addictives.

4. 5. Intérêts de l'étude :

4. 5. 1. Enjeux de santé publique :

Organiser et systématiser la formation initiale à l'addictologie, en insistant sur le RPIB et en diffusant la technique de l'entretien motivationnel représente un intérêt considérable en santé publique si l'on considère le rapport coût/bénéfice. En effet, en 2008, la mise en œuvre d'un programme de RPIB pour l'alcool a été estimée à 1644 € par an en moyenne dans l'Union européenne pour 1000 patients en médecine générale. Selon une estimation très pessimiste, pour un patient adulte tirant avantage du programme, 385 patients doivent être dépistés, ce qui demeure bien plus efficace en termes de dépistage que pour l'hypertension (1250 patients) ou le cancer colorectal (3300 patients). Huit patients ayant une consommation d'alcool à risque ou nocive doivent bénéficier d'un conseil pour qu'un patient tire avantage du programme. Il faut proposer une intervention brève chez 282 patients pour prévenir un décès par an : c'est un bénéfice énorme. Avec 1960 € pour une année de morbidité et de mortalité prématurée évitées, les interventions brèves en médecine générale, pour lutter contre une consommation à risque et nocive d'alcool, font partie des interventions médicales les moins chères permettant une amélioration de la santé (25).

De surcroît, jusqu'ici, la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre la drogue a été largement dominée par des mesures visant à faire respecter l'interdiction d'usage et les moyens de répression. Or les résultats de la recherche montrent que les coûts du traitement et des soins sont bien inférieurs aux coûts indirects des troubles liés à l'usage de la drogue et des problèmes de santé qui leur sont associés, qui comprennent les coûts du chômage et de l'absentéisme, la délinquance, le système judiciaire et de répression, ainsi que la mortalité et l'incapacité prématurées. Lorsque les dépenses associées à la délinquance, à la santé et à la productivité sont prises en compte, il a été démontré que le rapport économies/investissement pouvait aller jusqu'à 13 pour 1. Par conséquent, des mesures de santé publique efficaces, de la prévention primaire et la réduction des risques, jusqu'à la prise en charge des troubles liés à l'usage de substances (réadaptation et soins), sont susceptibles de promouvoir la santé et le bien-être social et de réduire les coûts (22). Ceci passe inextricablement par le renforcement et l'optimisation de la formation des professionnels de santé au dépistage et à la prise en charge des addictions.

4. 5. 2. Intérêts pour la recherche :

Bien qu'étant d'une puissance modeste, cette étude à l'échelle nationale met en évidence l'intérêt d'une formation obligatoire à l'addictologie lors du TCEM de médecine générale, dans la mesure où celle-ci améliore les savoirs et attitudes des étudiants dans le domaine des addictions. D'autres études pourraient être menées, dans les facultés de médecine françaises ou entre plusieurs facultés, afin de corroborer ces résultats.

Des études pourraient également être menées en début et en fin de DES, ou avant et après formation à l'addictologie, afin de vérifier l'impact des enseignements facultaires.

De surcroît, il pourrait être judicieux de comparer l'effet de différentes méthodes pédagogiques sur les savoirs et attitudes des étudiants.

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

CONCLUSION :

En matière d'addictologie, la part des jeunes médecins donnant des réponses générant peu ou pas de dommages est significativement croissante entre ceux issus d'universités sans formation spécifique, avec formation optionnelle, et avec formation obligatoire. Compte-tenu de l'impact majeur de la consommation de substances psycho-actives sur la mortalité évitable et conformément aux objectifs des instances de santé publique nationales et internationales, il apparaît essentiel de systématiser la formation à l'addictologie lors de l'internat de médecine générale, de proposer aux étudiants un entraînement afin qu'ils s'approprient des techniques de communication positives et performantes, comme l'entretien motivationnel, pour compléter leur approche. D'autres études pourraient être menées afin de vérifier l'influence des enseignements facultaires, comparer l'effet de différentes méthodes pédagogiques ou encore analyser le lien entre formation initiale à l'addictologie et les représentations dans ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Binder P, Intervenir sur les addictions en médecine générale-Première partie : une perte du contrôle du désir envahi par le besoin : l'addiction est une maladie du cerveau. Exercer 2017;129:24-31.
- (2) Piazza PV. Qu'est-ce qu'une addiction? Mission Interministérielle de lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA). Aout 2015.
Disponible sur : <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction> [consulté le 19 octobre 2017].
- (3) 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 29 septembre 2017].
- (4) 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 29 septembre 2017].
- (5) 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 29 septembre 2017].
- (6) Eurostat. Communiqué de Presse, Consommation de tabac. Décembre 2016. [en ligne] : <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7762317/3-07122016-AP-FR.pdf/9e33b36f-46ab-4597-ae9-218b0bf327e2> [consulté le 29 septembre 2017].
- (7) Guérin S. L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) 2013;(16-17-18): 161-204.
- (8) Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT). Rapport européen sur les drogues 2017: Faits marquants. Communiqué de l'agence sur les drogues de l'UE. Lisbonne, Juin 2017. 5 p.
Disponible sur : https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/EMCDDA-CP-Highlights_EDR2017_FR_Final_web.pdf [consulté le 19 octobre 2017].
- (9) Brisacier AC, Cadet-Taïrou A, Díaz Gómez C, Gandilhon M, Le Nézet O, Lermenier-Jeannet A, Martinez M, Néfau T, Palle C. Drogues, Chiffres Clés. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT);2015. 8 p.
- (10) Hill C. Epidémiologie du tabagisme. Revue du Praticien. 2012;62(3):325-9.
- (11) Anderson P, Møller L, Galea G. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen (Danemark). World Health Organisation (WHO). Regional Office for Europe; 2012. 161 p.
- (12) Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Paris. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Tendances 2015;100:4-6.
- (13) Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Martinez M, Néfau T, Milhet M. Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2015-2016). Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Tendances 2016;115:3-7.
- (14) Sansfaçon D, Barcheatch O, Lopez D, Valade C. Drogues et dommages sociaux. Revue de littérature internationale. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Focus 2005;1:367-370.
- (15) Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES); 2011. 266 p.
- (16) Bastianic T, Brisacier AC, Cadet-Taïrou A, Dembélé S, Díaz Gómez C, Gandilhon M. Plan Gouvernemental de Lutte contre les Drogues 2013-2017. Paris. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives. La Documentation française;2013.121 p.
- (17) Druais PL. Rapport. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé ». 2015. 91 p. Commandité par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes.
- (18) 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.
- (19) Cour des Comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Paris: La Documentation Française ; 2016 Jun. 262 p.

- (20) Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes, ARS. Plan Stratégique Régional de Santé 2014. Poitiers; 2014. 41 p.
- (21) Forum mondial sur l'alcool, les drogues et les conduites addictives. 26-28 Juin 2017; Genève (Suisse). Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2017.
- (22) Conseil exécutif EB138/11. Point 6.4 de l'ordre du jour provisoire. 15 Janvier 2016; Genève (Suisse). Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2017.
Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_11-fr.pdf?ua=1 [consulté le 29 septembre 2017].
- (23) 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.
- (24) Castera P. Dossier Repérage Précoce, Intervention brève : Cinq minutes pour convaincre. Addictions. 2006;22:10-15.
- (25) Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.) Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008 [maj 08/2015]; 141 p.
- (26) Heather N. Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? Addict Sci Clin Pract. 2012;7:15.
- (27) Sassi, F.(ed.), Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy, Paris: OECD Publishing; 2015.
- (28) 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.
- (29) Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ 2013;346:e8501.
- (30) Kaner E, Beyer F, Dickinson, H, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews (2); 2007 Dec;36(6):1188-9.
- (31) Diaz Gomez C, Milhet M. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes [rapport]. Saint-Denis: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT); 2005. 220 p.
- (32) Milhet M, Diaz Gomez C. Alcoolisations excessives et médecine de ville, Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT); 2006. 57 p.
- (33) Haute autorité de santé (HAS). Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Décembre 2014.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf
- (34) HAS, Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Octobre 2014.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours [consulté le 29 septembre 2017].
- (35) Société Française d'Alcoologie (SFA). Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. Février 2015. 148 p.
- (36) Service des Bonnes Pratiques Professionnelles, Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge des consommateurs de cocaïne. Saint-Denis: HAS; Février 2010. 35 p.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_recommandations.pdf [consulté le 29 septembre 2017].
- (37) Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel-Aider la personne à engager le changement. 2ème ed. Paris: InterEditions; 2013.434p.
- (38) Binder P, Vanderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale-Deuxième partie : les interventions possibles. Exercer 2017;130:72-81.

- (39) Service des Bonnes Pratiques Professionnelles, Haute Autorité de Santé (HAS). Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient. HAS; Octobre 2014. 3 p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_attitudes_stade_changement_patient.pdf [consulté le 29 septembre 2017].
- (40) 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.
- (41) 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.
- (42) Fantino B, Fantino F, Dumont C, Nitenberg C, Delolme H. Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes. *Santé Publique* 2004;16(3):551-562.
- (43) Reynaud M, Bailly D, Venisse JL. Médecine et addictions : peut-on intervenir de façon précoce et efficace? Paris: Masson; 2005.
- (44) 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.
- (45) Strang J, Hunt C, Gerada C, Marsden J. What difference does training make? A randomized trial with waiting-list control of general practitioners seeking advanced training in drug misuse. *Addiction*. 2007;102(10):1637-47.
- (46) Siegal HA, Cole PA, Li L, Eddy MF. Can a brief clinical practicum influence physicians' communications with patients about alcohol and drug problems? Results of a long-term follow-up. *Teach Learn Med*. 2000 Spring;12(2):72-7.
- (47) 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.
- (48) Haute Autorité de Santé (HAS). UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives (53-78). [mis en ligne le 01/06/2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608438/fr/ue-3-maturation-vulnerabilite-sante-mentale-conduites-addictives-q53-78 [consulté le 29 septembre 2017].
- (49) Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;108:165-9.
- (50) Le Boterf G. Compétence et navigation professionnelle. Paris. Editions d'organisations. 1997.
- (51) Whittle A, Buckelew SM, Satterfield JM, Lum Pj, O'Sullivan P. Addressing Adolescent Substance Use: Teaching Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) and Motivational Interviewing (MI) to Residents. *Subst Abuse*. 2015;36(3):325-31.
- (52) 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) 121.
- (53) Seale JP, Johnson JA, Clark DC, Shellenberger S, Dhaliwala 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.
- (54) Karam-Hage M, Ouyang F, Ghorayeb J, Mullan P, Brower K, Gruppen L. Stimulating and evaluating acquired knowledge of addiction among residents through repeat testing: a pilot study. *Am J Addict*. 2014 Nov-Dec;23(6):576-81.
- (55) Rasyidi E, Wilkins JN, Danovitch I. Training the next generation of providers in addiction medicine. *Psychiatr Clin North Am*. 2012 Jun;35(2):461-80.
- (56) Das S, Weiss Roberts L. Addiction Training: Striving to Fill an Unmet Need. *Acad Psychiatry*. 2016;40:451-3.
- (57) Chartier S, Le Breton J, Ferrat E, Compagnon L, Attali C, Renard V. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;108:171-7.
- (58) Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Collège Académique. La réforme du DES. Communication n°4. Montreuil sous bois (France): CNGE; Avril 2017. 2 p. Disponible sur : https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/CNGE_com_avril_17.pdf

- (59) Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Proposition du CNGE pour la nouvelle maquette du DES de médecine générale. 17 mars 2016.
Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/proposition_du_cnge_pour_la_nouvelle_maquette_du_d/ [consulté le 29 septembre 2017].
- (60) Kalu N, Cain G, McLaurin-Jones T, Scott D, Kwagyan J, Fassassi C et al. Impact of a multicomponent screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) training curriculum on a medical residency program. *Subst Abus.* 2016;37(1):242-7.
- (61) Rule JC, Samuel P. Teaching family medicine residents brief interventions for alcohol misuse. *Int J Psychiatry Med.* 2015;50(1):81-91.
- (62) O'Sullivan MM, Hoskote SS, Lesko MB, Mallozzi CM, Lee YI, Fayanju OA et al. Rotation in a Smoking Cessation Clinic Improves Nicotine Dependence Treatment Provided by First-Year Internal Medicine Trainees. *Fam Med* 2016;48(6):472-6.
- (63) Duong DK, O'Sullivan PS, Satre DD, Soskin P, Satterfield J. Social Workers as Workplace-Based Instructors of Alcohol and Drug Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) for Emergency Medicine Residents. *Teach Learn Med.* 2016 Jul-Sep;28(3):303-13.
- (64) Cape G. Movies as vehicle to teach addiction medicine. *Int Rev Psychiatry.* 2009 Jun;21(3):213-7.
- (65) Zlotos L, Power A, Hill D, Chapman P. A Scenario-Based Virtual Patient Program to Support Substance Misuse Education. *Am J Pharm Educ.* 2016 Apr 25; 80(3): 48.
- (66) Harris JM Jr, Sun H. A randomized trial of two e-learning strategies for teaching substance abuse management skills to physicians. *Acad Med.* 2013 Sep;88(9):1357-62.
- (67) Kastenholz KJ, Agarwal G. A Qualitative Analysis of Medical Students' Reflection on Attending an Alcoholics Anonymous Meeting: Insights for Future Addiction Curricula. *Acad Psychiatry.* 2016 Jun;40(3):468-74.
- (68) Becchio M. L'Entretien Motivationnel. Haute Autorité de Santé (HAS).
Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf> [consulté le 29 septembre 2017].

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 - Caractéristiques démographiques de la population d'étude

	Total n (%)	A n (%)	B n (%)
Sexe :			
1. 2. Femme	196 (69)	80 (67)	116 (71)
Homme	88 (31)	40 (33)	48 (29)
Age moyen * :			
	28,0 (1,5)	28,0 (1,6)	28,1 (1,4)
Faculté où a été réalisé l'internat de médecine générale n (%) :			
Bordeaux	76 (27)	35 (29)	41 (25)
Clermont-Ferrand	6 (2)	2 (2)	4 (2)
Lille	36 (13)	18 (15)	18 (11)
Lille libre	6 (2)	0	6 (4)
Limoges	19 (7)	5 (4)	14 (9)
Nancy	28 (10)	9 (7,5)	19 (12)
Poitiers	36 (13)	11 (9)	25 (15)
Rennes	30 (10)	13 (11)	17 (10)
Toulouse	47 (16)	27 (22,5)	20 (12)
Statut :			
6ème semestre	160 (56)	63 (52,5)	97 (59)
DES terminé <6 mois	29 (10)	15 (13)	14 (9)
DES terminé 6-12 mois	86 (31)	41 (34)	45 (27)
DES terminé > 12 mois	9 (3)	1 (0,5)	8 (5)
Total :	284	120 (42)	164 (58)

* *Âge en années, résultats en moyenne (écart-type)*

Tableau 2 - Variable discriminante : taux de réponses pour chaque proposition

Q21 Les questions pertinentes communes pour évaluer l'addiction au tabac, au cannabis ou à l'alcool :	Proposition*	n (%)
a) consommation du matin	E	272 (96)
b) consommation du soir	A	34 (12)
c) fréquence des prises	E	251 (88)
d) remarques de l'entourage	A	219 (77)
e) troubles de la mémoire	D	78 (27)
f) troubles du sommeil	D	128 (45)
Réponse acceptable		117 (41)
Réponse dommageable		144 (51)
Réponse exacte		23 (8)
Q22 Le conseil minimal :		
a) est un type de réponse spécifique à un patient demandant un sevrage tabagique	D	35 (12)
b) ce sont 2 questions à poser à tous les consultants	E	128 (45)
c) doit durer moins de 3 minutes	A	118 (42)
d) a montré une efficacité sur le sevrage ultérieur du tabac	E	192 (68)
e) NSP	D	58 (20)
Réponse acceptable		106 (37)
Réponse dommageable		93 (33)
Réponse exacte		85 (30)
Q23 L'intervention brève		
a) structure une intervention ne devant pas dépasser 5 minutes	D	99 (35)
b) se réalise en 3 étapes : analyser, convaincre, prescrire	D	28 (10)
c) nécessite d'évaluer et d'informer, responsabiliser, proposer, ouvrir à des choix, être empathique, et valoriser	E	151 (53)
d) NSP	A	98 (35)
Réponse acceptable		96 (34)
Réponse dommageable		113 (40)
Réponse exacte		75 (26)
Q24 Les signes de manque d'opiacés :		
a) crampes musculaires	E	245 (86)
b) céphalées	A	239 (84)
c) érythème	D	23 (8)
d) myosis	D	54 (19)
e) mydriase	E	124 (44)
Réponse acceptable		177 (62)
Réponse dommageable		72 (26)
Réponse exacte		35 (12)
Q25 Conduite à tenir en cas de dosage insuffisant de TSO :		
a) ajouter 5mg de méthadone de plus par jour	E	101 (36)
b) associer du xanax et ne pas augmenter la dose de méthadone	D	25 (9)
c) d'abord demander l'avis au centre CSAPA avant d'augmenter	A	162 (57)
d) NSP, adresser aux urgences	D	13 (5)
Réponse acceptable		156 (55)
Réponse dommageable		38 (13)
Réponse exacte		90 (32)
Q26 Conduite à tenir si les patchs nicotiniques sont insuffisants :		
a) ajouter de la varénicline aux patchs	E	13 (5)
b) la varénicline est contre-indiquée avec l'usage des patchs	D	25 (9)
c) changer de marque de patch plutôt qu'augmenter la dose	A	6 (2)
d) ajouter des gommes à mâcher à prendre en plus, si besoin	E	268 (94)
e) ajouter de l'acamprostate	D	2 (1)
Réponse acceptable		6 (2)
Réponse dommageable		27 (10)
Réponse exacte		251 (88)
Q27 Critères d'addiction à l'alcool (dépendance) :		
a) GammaGT > 3N	D	154 (54)
b) ivresses répétées	A	161 (57)
c) perte de contrôle des quantités consommées	E	264 (93)
d) insomnies quotidiennes	D	78 (27)
e) besoin de consommer le matin	E	263 (93)
Réponse acceptable		54 (19)

Réponse dommageable	177 (62)
Réponse exacte	53 (19)

Q28 Le cycle de Prochaska :	Proposition*	n (%)
a) est un processus métabolique hépatique lié à la dégradation de l'alcool dans le foie et situant un seuil de toxicité	D	2 (1)
b) est la description des différents stades de motivation que traversent les patients ayant une addiction	E	147 (52)
c) est un programme thérapeutique formalisé constitué de 6 étapes	D	8 (4)
d) NSP	A	131 (46)
Réponse acceptable		131 (46)
Réponse dommageable		10 (4)
Réponse exacte		143 (50)
Q29 Le baclofène :		
a) la prescription est réservée aux addictologues	D	18 (6)
b) n'a pas d'AMM mais une RTU dans la dépendance à l'alcool, permettant de prescrire	E	164 (58)
c) ne pas dépasser 4 comprimés par jour	D	15 (5)
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	78 (27)
e) NSP, orientation vers un centre spécialisé	A	146 (51)
Réponse acceptable		138 (48)
Réponse dommageable		33 (12)
Réponse exacte		113 (40)
Q30 L'entretien motivationnel utilise des propositions comme :		
a) qu'en pensez-vous, que souhaitez-vous ?	E	202 (71)
b) vous êtes hésitant, c'est normal, vous savez cependant qu'il vaut mieux faire ainsi	D	27 (10)
c) suite à votre décision, nous nous accordons sur ces premiers changements	E	97 (34)
d) suite à ce que j'ai compris, je vous prescris cette méthode pour changer de comportement	D	13 (5)
e) NSP	A	35 (12)
Réponse acceptable		35 (12)
Réponse dommageable		39 (14)
Réponse exacte		210 (74)
Q31 Conduite à tenir si 1 comprimé de Nalméfène est insuffisant :		
a) augmenter sans dépasser 3 par jour	D	28 (10)
b) passer à une autre classe thérapeutique	E	20 (7)
c) NSP, adresser à un centre spécialisé	A	212 (75)
d) continuer à 1 comprimé et associer un suivi psychothérapeutique	E	42 (15)
e) l'arrêter car il est incompatible avec l'usage d'alcool	D	5 (2)
Réponse acceptable		210 (74)
Réponse dommageable		33 (12)
Réponse exacte		41 (14)
Q32 Structure de référence locale, spécialisée :		
a) CMP	A	17 (6)
b) CSAPA	E	201 (71)
c) MILDT	D	6 (2)
d) CMPP	D	8 (3)
e) NSP	A	62 (22)
Réponse acceptable		77 (27)
Réponse dommageable		14 (5)
Réponse exacte		193 (68)
Q33 Conduite à tenir en cas de signes de manque de Buprénorphine :		
a) augmenter la posologie en maintenant la forme générique	E	124 (44)
b) baisser la posologie et maintenir la forme générique	D	6 (2)
c) maintenir la même posologie et associer une benzodiazépine	D	28 (10)
d) maintenir la posologie et préférer la forme princeps	A	18 (6)
e) maintenir la posologie et demander un avis spécialisé	A	154 (54)
Réponse acceptable		157 (55)
Réponse dommageable		32 (11)
Réponse exacte		95 (34)

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

Tableau 3 - Confrontation du type d'enseignement reçu en addictologie aux groupes A et B

	Total n (%)	A n (%)	B n (%)	p
Type de formation délivrée selon la faculté d'origine :				
Pas de formation spécifique (Poitiers, Limoges)	55 (19)	16 (13)	39 (24)	0,0097
Formation optionnelle (Nancy, Rennes, Lille libre)	64 (23)	22 (18)	42 (26)	
Formation obligatoire (Toulouse, Bordeaux, Lille, Clermont-Ferrand)	165 (58)	82 (69)	83 (50)	
Formation optionnelle ou obligatoire	229 (81)	104 (87)	125 (76)	0,028
A reçu un enseignement spécifique Addictologie en DCEM :	194 (68)	84 (70)	110 (67)	0,60
A reçu un enseignement spécifique Addictologie en TCEM :	191 (67)	86 (72)	105 (64)	0,18
A reçu un enseignement spécifique autre qu'universitaire :	82 (29)	42 (35)	40 (24)	0,051
A reçu un enseignement spécifique quelconque (en DCEM, TCEM ou autre) :	261 (92)	115 (96)	146 (89)	0,038

Tableau 4 - Confrontation des variables de conditionnement aux niveaux de compétences A et B

	Total* n (%)	A n - (%)	B n - (%)	p
Difficultés à gérer ses émotions en exercice professionnel :				
Jamais	28 (10)	17 (14)	11 (7)	0,076
Rarement	194 (68)	75 (63)	119 (72)	
Souvent	62 (22)	28 (23)	34 (21)	
A déjà consommé du tabac quotidiennement :	68 (24)	28 (24)	40 (25)	0,82
A déjà consommé du cannabis occasionnellement :	100 (36)	40 (34)	60 (37)	0,60
A déjà vécu au moins 3 ivresses avec l'alcool :	222 (79)	92 (77)	130 (80)	0,55
Est ou a été concerné par l'addiction d'un proche :	128 (45)	50 (42)	78 (48)	0,28
Est engagé (association/mouvement humanitaire ou social/religion)	36 (13)	18 (15)	18 (11)	0,35

**Les calculs ont été ajustés : les participants n'ayant pas souhaité répondre étaient exclus du calcul*

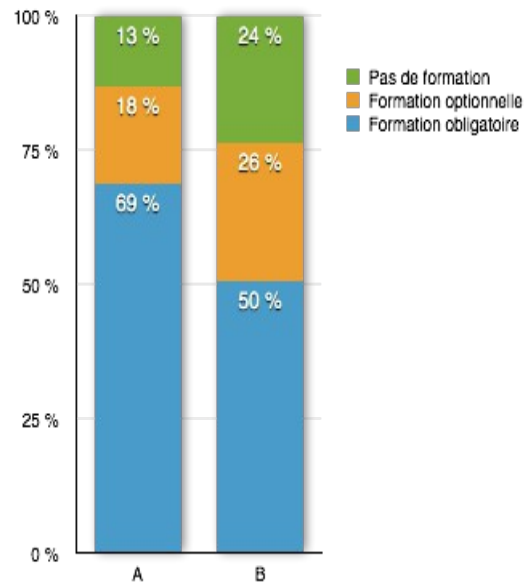
Tableau 5 - Confrontation des variables d'expérience professionnelle aux groupes A et B

	Total n (%)	A n (%)	B n (%)	p
A mené un entretien motivationnel :				
Ne sais pas ce que c'est	9 (3)	4 (3)	5 (3)	0,85
Jamais	114 (40)	46 (38)	68 (41)	
Plusieurs fois	115 (41)	48 (40)	67 (41)	
A pratiqué le conseil minimal :				
Ne sais pas ce que c'est	23 (8)	6 (5)	17 (10)	0,15
Jamais	13 (5)	3 (3)	10 (6)	
Plusieurs fois	237 (83)	107 (89)	130 (79)	
A vécu une situation de demande pour un tiers atteint d'une addiction, non présent à la consultation :				
Jamais	114 (40)	52 (43)	62 (38)	0,38
Plusieurs fois	108 (38)	40 (33)	68 (41)	
A vécu une situation de déni d'un patient atteint d'une addiction :				
Jamais	35 (12)	13 (11)	22 (13)	0,79
Plusieurs fois	227 (80)	98 (82)	129 (79)	
A pris en charge un sevrage de tabac :				
Jamais	55 (19)	24 (20)	31 (19)	0,53
Plusieurs fois	183 (65)	80 (67)	103 (63)	
A été sollicité pour un sevrage d'alcool :				
Jamais	70 (25)	28 (23)	42 (26)	0,16
Plusieurs fois	147 (52)	57 (48)	90 (55)	
A prescrit un TSO :				
Jamais	59 (21)	22 (18)	37 (23)	0,20
Plusieurs fois	197 (69)	82 (68)	115 (70)	
A mobilisé et accompagné un patient non demandeur vers le contrôle ou l'arrêt de sa consommation de tabac :				
Jamais	92 (32)	43 (36)	49 (30)	0,013
Plusieurs fois	147 (52)	51 (43)	96 (59)	
A mobilisé et accompagné un patient non demandeur vers le contrôle ou l'arrêt de sa consommation d'alcool ou de drogues illicites :				
Jamais	148 (52)	70 (58)	78 (48)	0,082
Plusieurs fois	94 (33)	31 (26)	63 (38)	
Les dépendants au tabac :				
Ne prend pas en charge	25 (9)	9 (8)	16 (10)	0,76
Prend en charge seul	210 (74)	91 (76)	119 (73)	
Prend en charge avec une structure	49 (17)	20 (17)	29 (18)	
Les dépendants à l'alcool :				
Ne prend pas en charge	43 (15)	18 (15)	25 (15)	0,84
Prend en charge seul	32 (11)	12 (10)	20 (12)	
Prend en charge avec une structure	209 (74)	90 (75)	119 (73)	
Les dépendants aux opiacés :				
Ne prend pas en charge	73 (26)	33 (28)	40 (24)	0,37
Prend en charge seul	24 (8)	7 (6)	17 (10)	
Prend en charge avec une structure	187 (66)	80 (67)	107 (65)	
Les dépendants au cannabis :				
Ne prend pas en charge	83 (29)	31 (26)	52 (32)	0,53
Prend en charge seul	68 (24)	29 (24)	39 (24)	
Prend en charge avec une structure	133 (47)	60 (50)	73 (45)	

Tableau 6 - Confrontation des représentations aux niveaux de compétences A et B

	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	10 (3 - 24,5)	9 (3 - 22)	11 (3 - 25)	0,80
C'est mon rôle : tout à fait / pas du tout	6 (2 - 16)	4,5 (1 - 16,5)	7 (2 - 16)	0,31
Je me sens apte à prendre en charge : tout à fait apte / pas du tout apte	33 (20 - 50)	30,5 (17 - 47,5)	36,5 (22 - 52)	0,024
Dans l'addiction au tabac , le patient : est victime de son environnement / est responsable de ses choix	61,5 (48 - 75)	56,5 (47 - 71,5)	64 (49 - 79)	0,077
Concernant l'<u>alcool</u> :				
Aborder le sujet sans que le patient n'en parle : est très facile / n'est pas facile du tout	37 (23 - 53)	36 (23 - 52)	38 (23 - 54,5)	0,66
C'est mon rôle : tout à fait / pas du tout	10 (2 - 21)	7,5 (2 - 19,5)	11 (3 - 24)	0,12
Je me sens apte à prendre en charge : tout à fait apte / pas du tout apte	55 (42 - 70,5)	51,5 (36 - 69)	57,5 (45,5 - 71)	0,21
Dans l'addiction à l'alcool, le patient : est victime de son environnement / est responsable de ses choix	53 (40 - 69)	50 (32,5 - 63,5)	56,5 (46,5 - 71)	0,0034
Les patients dépendants de l' alcool sont le plus souvent : victimes d'une maladie / menteurs ou manipulateurs	19 (9 - 30)	18 (9 - 28)	20 (8,5 - 32,5)	0,29
Dans l'addiction à l'alcool, le principal objectif est : l'arrêt total d'usage / la réduction des risques	63 (21 - 79)	69,5 (33,5 - 84)	58,5 (15,5 - 75)	0,012
Concernant les <u>opiacés</u> :				
Aborder le sujet sans que le patient n'en parle : est très facile / n'est pas facile du tout	50 (29,5 - 69,5)	50,5 (30,5 - 71)	50 (29 - 68)	0,76
C'est mon rôle : tout à fait / pas du tout	15 (4 - 27,5)	12 (3 - 27)	15,5 (4 - 28)	0,27
Je me sens apte à prendre en charge : tout à fait apte / pas du tout apte	72 (54 - 85,5)	70,5 (50,5 - 85)	72 (56 - 86)	0,52
Dans l'addiction aux opiacés , le patient : est victime de son environnement / est responsable de ses choix :	52 (36,5 - 71,5)	50,5 (27,5 - 69)	54 (43,5 - 73)	0,039
Les patients dépendants des opiacés sont le plus souvent : victimes d'une maladie / menteurs ou manipulateurs	25 (12 - 46)	21 (12 - 44,5)	26,5 (13,5 - 47)	0,17
Dans le renouvellement du TSO*, le patient sait mieux ce qu'il lui faut / c'est au prescripteur de décider	51 (41,5 - 65)	51 (39,5 - 61)	52 (44 - 67,5)	0,15
La buprénorphine est plutôt : une drogue légale / un médicament comme un autre	64 (46 - 78)	72 (49 - 82,5)	56,5 (43,5 - 73)	0,0017
Pour intervenir en matière d'addiction, il faut : attendre la motivation du patient / motiver le patient activement	55 (46 - 71)	56 (43 - 74,5)	54,5 (46,5 - 70)	0,61
S'investir auprès des patients ayant une addiction : est épuisant et décevant au vu des résultats / est passionnant car cela change des vies	50 (34 - 63,5)	50 (39 - 70)	50 (33 - 60)	0,17

Figure 1 - Répartition des différents types de formation à l'addictologie dans les groupes A et B



ANNEXE 1 - Addictions : critères DSM-V

Définition d'une addiction - DSM-V (2013) :

"Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
 - b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage."

Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE

Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE

Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

ANNEXE 2 - Familles de situations cliniques types en médecine générale du CNGE et objectifs dans le domaine des addictions

1/ Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly-morbidités à forte prévalence 1-5 Accompagner les patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage On attend pour cela que le MG : questionne ses représentations et construise sa capacité à s'engager avec ce profil de patient, réalise le repérage précoce, situe le patient dans le cycle du changement de Prochaska DC 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 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) 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 : 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 (...) 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 (...) des consommations de substances toxiques
4/ Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent utilise les outils spécifiques à l'adolescent pour repérer son mal être et les conduites à risques: tabac, cannabis alcool, TS fugues et scarifications repère les conduites à risques par une exploration systématique : alcool, tabac, addictions 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) informe sur les lieux d'accueil, d'écoute et d'aide sociale spécifique adaptée
6/ Situations autour de problèmes liés à l'histoire personnelle, familiale et à la vie de couple (...) 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 (...) contacte si besoin avec l'accord du patient le médecin du travail pour se renseigner sur les risques liés au travail et au contexte
8/ Situations dont les aspects légaux, règlementaires, déontologiques et juridiques sont au premier plan (...) explique les raisons de ses décisions à partir des référentiels juridiques, déontologiques
9/ Situations avec des patients perçus comme difficiles/ exigeants reconnaisse les émotions du patient et ses propres émotions qui empêchent (...) l'écoute active centrée patient définisse le problème de façon commune avec le patient s'entendent sur les changements visés et choisissent les méthodes pour y parvenir propose un contexte plus favorable à la résolution du problème (autre temps, autre intervenants, 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 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 à moyen terme, l'aide à se projeter dans l'avenir, et établir une relation dans la durée maîtrise ses propres réactions par rapport à cette situation : rejet, compassion, convictions personnelles identifie ce qui est réalisable si besoin se consulte avec des personnes ressources (pluridisciplinarité) assure l'accompagnement psychologique explique et oriente vers des différentes des structures susceptibles de faire ouvrir les droits s'assure directement (si besoin par téléphone) de la collaboration des intervenants du réseau de proximité

Source :

Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer. 2013;108:165-9.

ANNEXE 3 - Questionnaire (tel qu'il a été diffusé sur le site Sondage Online)

Partie 1 - Mon contexte de travail
Q1 Je suis : un homme / une femme Q2 Mon age est : Q3 J'ai fait mon 3° cycle à la faculté de : (réponse parmi un menu déroulant) Q4 Je suis: en 6° semestre / j'ai terminé mon DES < 6 mois / j'ai terminé mon DES il y a 6 a 12 mois / > 12 mois

Partie 2 - Ma formation et mon expérience
Q5 J'ai reçu un enseignement spécifique sur tout ou partie des addictions en 1° ou 2° cycle : oui / non Q6 J'ai reçu un enseignement spécifique sur tout ou partie des addictions en 3° cycle : oui / non Q7 J'ai reçu un enseignement addiction dans un autre cadre y compris non universitaire : oui / non Q8 J'ai déjà mené un « entretien motivationnel » : Jamais / 1 fois / plusieurs fois Q9 J'ai déjà pratiqué le « conseil minimal » : Jamais / 1 fois / plusieurs fois Q10 J'ai été exposé(e) professionnellement à une situation de demande pour un tiers non présent atteint d'une addiction : Jamais/ 1 fois/ plusieurs fois Q11 J'ai déjà été exposé(e) professionnellement à une situation de déni par un patient atteint d'une addiction : Jamais/ 1 fois/ plusieurs fois Q12 J'ai déjà pris en charge un sevrage de consommation de tabac : Jamais/ 1 fois/ plusieurs fois Q13 J'ai déjà été sollicité pour un sevrage d'alcool : Jamais/ 1 fois/ plusieurs fois Q14 J'ai déjà été amené à prescrire des traitements de substitution opiacé : Jamais/ 1 fois/ plusieurs fois. Q15 J'ai déjà mobilisé et accompagné un patient non demandeur vers la réduction ou l'arrêt de sa consommation de tabac. : Jamais/1 fois/ 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 : Jamais/1 fois/ plusieurs fois Q17 Les fumeurs dépendant du tabac, en général.. Je ne les prends pas en charge / je les prends en charge ... a) seul / ... b) surtout en lien avec une structure Q18 Les dépendants de l'alcool, en général.. Je ne les prends pas en charge / je les prends en charge ... a) seul / ... b) surtout en lien avec une structure Q19 Les dépendants des opiacés, en général.. Je ne les prends pas en charge / je les prends en charge ... a) seul / ... b) surtout en lien avec une structure Q20 Les consommateurs de cannabis, en général.. Je ne les prends pas en charge / je les prends en charge ... a) seul / ... b) surtout en lien avec une structure

Partie 3 - Mes choix cliniques
Dans ce questionnaire clinique, chaque question a une ou des 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 <u>communes</u> 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 de 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- augmenter la posologie des patchs ou ajouter des gommes à mâcher e- ajouter de l'Acamprosate aux patchs
	Les consultations à propos de sa consommation de 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 MG sur la demande de son épouse. Q27 comme preuve(s) de son addiction à l'alcool je relève : a- ses GGT sont 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
toxicité	a- est un processus métabolique hépatique de 6 étapes lié à la dégradation de l'alcool dans le foie et situant un seuil de 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 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 la dépendance à l'alcool, mais il a une RTU me permettant de prescrire. c- Je peux en prescrire mais sans dépasser 4 cp par jour. d- Je peux en prescrire en commençant par 1,5 cp puis en augmentant de 0,5cp tous les 3 jours et jusqu'à 20cp 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 changement. 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 ne connais pas la technique de l'entretien motivationnel
	Enfinement je lui prescris du Nalméfène. A la consultation suivante, il me dit que l'effet de 1cp de Nalméfène le matin est insuffisant, son désir de boire et ses consommations n'ont pas changé Q31 Dans le cadre d'une décision partagée je lui propose le choix entre les solutions suivantes : a- j'augmente sans dépasser 3cp par jour b- je passe à une autre classe thérapeutique c- ne sachant pas, je l'adresse à un centre spécialisé d- j'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 4mg de buprenorphine 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 spécialisé au centre spécialisé

Partie 4 - Mon contexte personnel

Q34 Il m'est arrivé d'avoir des difficultés à gérer mes émotions en exercice professionnel :

Jamais / Rarement / Souvent

Q35 J'ai déjà consommé du tabac quotidiennement :

Oui / Non / Je ne souhaite pas répondre

Q36 J'ai déjà consommé du cannabis occasionnellement :

Oui / Non / Je ne souhaite pas répondre

Q37 J'ai déjà vécu au moins 3 ivresses avec l'alcool :

Oui / Non / Je ne souhaite pas répondre

Q38 Je suis concerné(e) par l'addiction d'un proche, ou je l'ai été :

Oui / Non / Je ne souhaite pas répondre

Q39 Je suis engagé(e) dans une association/ un mouvement humanitaire ou social/ une pratique religieuse :

Oui / Non / Je ne souhaite pas répondre

Partie 5 - Mes représentations

Chaque question possède 2 propositions extrêmes. Cliquez sur la barre et placez le curseur pour graduer votre réponse vers la proposition qui vous convient le mieux.

Q40 Dans le renouvellement de la substitution opiacée :

C'est le patient qui sait mieux que moi ce qui 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 responsabilité du patient ? j'estime que :

-pour le tabac : Il est victime de son environnement <...> Responsable de ses choix

Q43 pour l'alcool : Il est victime de son environnement <...> Responsable de ses choix

Q44 pour les opiacés, Il est victime de son environnement <...> Responsable de ses choix

Q45 Pour expliquer les comportements, j'estime que le plus souvent , les patients dépendants...:

-de l'alcool Sont victimes d'une maladie <...> Sont plutôt menteurs ou manipulateurs

Q46 -des opiacés : Sont victimes d'une maladie <...> Sont plutôt 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 : Tout à fait <...> Pas du tout

Q49 Je me sens apte à ces prises en charge : 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 : Tout à fait <...> Pas du tout

Q52 Je me sens apte à ces prises en charge : 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 : Tout à fait <...> Pas du tout

Q55 Je me sens apte à ces prises en charge : Tout à fait apte <...> Pas du tout apte

Q56 Pour intervenir d'une manière générale, en matière d'addiction il faut :

Attendre la motivation du patient <...> Motiver le patient activement

Q57 Dans la prise en charge des malades de l'alcool, le principal objectif est :

L'arrêt total d'usage <...> La réduction des risques

Q58 S'investir à aider un patient à cesser une addiction

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

RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS

Contexte : La consommation de substances psycho-actives est la première cause de mortalité prématurée évitable. Les instances de santé publique nationales et internationales appellent à renforcer la formation des professionnels de santé à la prise en charge des addictions. Existe-t-il un lien entre les différents types de formation à l'addictologie organisés par les facultés de médecine françaises et les compétences des jeunes médecins généralistes en matière d'addictions?

Objectif : Evaluer les éventuelles différences de proportion de réponses dommageables à un questionnaire de situations cliniques, selon l'existence d'un enseignement facultaire spécifique addictologique, et son caractère obligatoire ou facultatif, pendant le TCEM de médecine générale, chez les jeunes praticiens ayant récemment fini leur internat ou en fin d'internat.

Méthode : Menée entre juin et juillet 2017, une enquête transversale en ligne, par un auto-questionnaire élaboré et expérimenté par un comité scientifique inter-universitaire d'experts, a comparé les réponses de 284 étudiants en médecine générale issus des promotions 2013 et 2014 de 9 facultés françaises, délivrant une formation obligatoire, optionnelle, ou n'en délivrant pas.

Résultats : 120 participants (42%) ont répondu aucune ou maximum deux propositions dommageables et 164 (58%) ont répondu au moins 3 fois de manière dommageable. Le taux des jeunes médecins donnant des réponses générant peu ou pas de dommages est significativement croissant entre ceux issus d'universités sans formation spécifique, avec formation optionnelle, et avec formation obligatoire.

Conclusion : Il apparaît pertinent de systématiser et développer la formation à l'addictologie lors de l'internat de médecine générale, de proposer aux étudiants un entraînement afin qu'ils s'approprient des techniques de communication positives et performantes pour compléter leur approche.

Mots-clés : médecine générale, addiction, formation initiale, compétences

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 !

