UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine de NICE

Année 2014

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): Freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante

Enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA

Présentée et soutenue publiquement le 13 mars 2014
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale par

Leïla BENKIRAN née le 1er octobre 1985 à Paris

Membres du Jury

Président :	Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON
Assesseurs :	Monsieur le Professeur Christian PRADIER Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY Madame le Docteur Christiane AMIEL
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur Jean NOUCHI

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)

M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNÉ Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Baptiste SAUTRON , président de ce jury,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect, en particulier pour son engagement à valoriser la médecine générale auprès des étudiants.

A Monsieur le Professeur Christian PRADIER ,

Qui a bien voulu me faire l'honneur de juger ce travail,
qu'il veuille accepter la marque de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY,

Qui a témoigné un intérêt immédiat pour mon sujet et qui me fait l'honneur de juger mon travail,
qu'il accepte l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Madame le Docteur Christiane AMIEL,

Qui a si gentiment et spontanément accepté de participer au jury et avec qui je partage un attachement commun à cette étude,
qu'elle trouve ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma profonde reconnaissance.

A mon directeur de thèse Monsieur le Docteur Jean NOUCHI,

Dont l'écoute et la disponibilité de tous les instants pendant mon stage ainsi que tout au long de la réalisation de cette thèse, m'ont été un constant soutien, qui m'a témoigné bienveillance, générosité et qui a fait preuve d'une grande patience à mon égard,

qu'il soit remercié pour ses encouragements et la confiance qu'il m'a témoignée et trouve ici l'expression de mon estime et de mon admiration les plus sincères.

A Monsieur le Docteur PAPA et Madame le Docteur TOUBOUL du Département de Médecine Générale, pour leurs précieux conseils sur la méthodologie qualitative qui m'était pratiquement inconnue avant ce travail.

A tous les médecins généralistes qui ont participé activement à ce travail de thèse, je les remercie sincèrement pour leur accueil et leur bonne humeur pendant ces entretiens.

A tous mes maîtres de stages et tuteurs, pour leur enseignement instructif.

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude à tous ceux et celles qui m'ont accompagnée durant mes études. Aux équipes médicales, paramédicales ainsi qu'aux patients rencontrés auprès desquels je me suis enrichie tant au niveau humain qu'au niveau des compétences professionnelles.

A ma famille et plus particulièrement à ma mère, merci de tout le bonheur que vous m’avez donné. Si cet instant peut contribuer au votre, ce sera ma plus grande récompense.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes amis, qui m'ont toujours soutenue et encouragée dans les moments les plus difficiles. Pour leur amitié sans limite!

TABLE DES MATIERES

Introduction 12

Quelques généralités …..... 14
I. Définition de l'addiction …..... 14
II. Les données neurobiologiques …..... 14
III. Les différents modes d'usage..... 15
IV. Epidémiologie …..... 16
V. L'organisation des soins en addictologie …..... 19

Matériel et méthodes 21
I. La méthode de recherches bibliographiques …..... 21
II. Le choix de la méthode qualitative …..... 21
III. Le type de population 23
IV. Les entretiens 23
V. La description et le déroulement de l'étude 24
VI. L'analyse des données 25

Résultats 26

I. Les données du panel des médecins généralistes 26
I.1. Les données socio-démographiques 26
I.2. La relation des médecins avec l'addictologie 30
I.3. La prévalence des addictions 31

II. Analyse des entretiens 32
II.1. Un problème de santé publique alarmant 32
II.2. Aborder le sujet des addictions en consultation 33
2.a. Le dépistage en médecine générale 33
2.b. Les circonstances de consultation 35
2.c. Le déroulement de la consultation 37
II.3. La prise en charge des addictions en médecine générale 38
3.a. La position du médecin généraliste 38
3.b. Un rôle à jouer: sensibiliser et informer 38
3.c. Favoriser la communication 39
3.d. Les stratégies d'évitement de prise en charge 40
3.e. Les différentes étapes de gestion 41
II.4. Les freins généraux indépendants du profil 44
II.5. L'influence des caractéristiques individuelles dans la prise en charge 46
5.a. Les spécificités personnelles des médecins 46
5.b. Les spécificités personnelles des patients 48
5.c. La relation de confiance médecin-malade 49
II.6. Les représentations 49
II.7. Les propositions et les besoins des médecins 50

Discussion 51

Conclusion …..... 61

Bibliographie 62

Annexes 65

Serment d'Hippocrate …..... 84

ABREVIATIONS UTILISEES

BHD: Buprénorphine haut dosage

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues

CAGE : Cut Annoyed Guilty Eye-openers

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

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

CIM 10 : Dixième version de la Classification Internationale des Maladies

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool

DETC: Diminuer Entourage Trop Cannabis

DSM-IV et V: Diagnostic and Statistical Manual 4 and Revision 5

DGS: Direction Générale de la Santé

DPC : Développement Professionel Continu (évolution de la FMC: formation médicale continue)

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Comportements lors de l'Appel de Préparation à la Défense

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

GT06: Réseau Addiction des Alpes Maritimes (ex- réseau généralistes et toxicomanies)

HAS : Haute Autorité de Santé

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut National de Veille Sanitaire

IST: Infection Sexuellement Transmissible

LSD: de l'allemand *Lysergsäurediethylamid;* Diéthylamide de l'acide lysergique

M: médecin

Mildt : Mission interministérielle de Lutte contre la drogue et la toxicomanie

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL: Oto-Rhino-Laryngologie

PACA: Provence Alpes Côte d'Azur

PSA : Prévention et Soins des Addictions

PCP: Phéncyclidine (psychotrope hallucinogène)

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SFA : Société Française d'Alcoologie

SPA : Substance Psychoactive

INTRODUCTION

Alcoolisme, tabagisme et toxicomanie relevaient de champs cliniques et scientifiques distincts. Ils ont été progressivement réunis au sein des conduites addictives. Ce regroupement conceptuel et nosographique a donné naissance à une nouvelle discipline, l'addictologie médicale depuis les années 1990. (1)

Les addictions sont en France un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples; sanitaires, médicaux et sociaux.

Aujourd'hui, les conduites addictives, en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool et dans une moindre mesure de substances illicites, interviennent dans 30 % de la mortalité précoce (décès survenant avant 65 ans) et évitable.

On estime ainsi que 35% des jeunes de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool et du cannabis simultanément, et qu'à 17 ans, un adolescent sur 5 consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année. (2)

Avec la progression de l'engagement des autorités et la montée en parallèle de l'addictologie depuis ces deux dernières décennies; la prise en charge des addictions par le médecin généraliste a considérablement évolué dans le domaine du tabagisme mais aussi de l'alcoolodépendance et des problèmes liés à l'usage d'autres SPA.

En 2009, près des deux tiers des médecins généralistes déclarent aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient, illustrant la diffusion des pratiques de sevrage tabagique en médecine de ville. Pour l'alcool (23 %), et surtout pour le cannabis (8 %), le repérage se fait de manière moins systématique : environ 70 % des généralistes déclarent ne l'aborder que pour certains patients jugés « à risque ».

Près de deux tiers des médecins généralistes ont vu au moins un usager dépendant aux opiacés au cours de l'année et 59% ont reçu un usager de cannabis en consultation. En revanche un seul médecin sur cinq déclare avoir vu au moins un patient pour un produit stimulant tel que la cocaïne, l'ecstasy ou les amphétamines au cours de l'année.

Quelque soit le produit, le repérage systématique est plus souvent effectué par les femmes et se révèle très lié au fait d'appartenir à un réseau d'addictologie. (3 ,4)

Cependant lors de mes différents stages chez les praticiens de ville, j'ai pu observer les difficultés de ces derniers à aborder le thème des addictions avec leurs patients . Ce constat personnel a suscité un questionnement de ma part sur le ressenti et le vécu des médecins.

Il m'a paru intéressant d'observer au terme des évolutions survenues, comment les médecins généralistes perçoivent leur rôle dans le repérage et la gestion des pratiques addictives autour d'une recherche qualitative. Cette observation a conduit à me poser la question suivante: « Quelles sont les réticences et les motivations des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge des addictions aux substances psychoactives? »

L'objectif principal de notre travail est d'identifier les obstacles du médecin généraliste face à la prise en charge d'une addiction aux substances psychoactives. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les facteurs facilitant l'abord des addictions en pratique, et de recenser les propositions des médecins généralistes pour réduire ces freins.

QUELQUES GENERALITES

I/ Définition de l'addiction

Le mot addiction, du latin *ad-dicere,* signifie dans sa définition anglosaxonne : lier une personne à une chose ou une autre personne. (5)

En 1990 Goodman a proposé une définition de l'addiction : "processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par 1°] l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et 2°] la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (perte de maîtrise)." (6)

Le terme «addiction» est plutôt retenu pour regrouper les dépendances avec et sans produits. (7)

II/ Les données neurobiologiques

Avec les progrès récents de la neurobiologie, le trouble addictif est admis comme un dysfonctionnement du cerveau tout autant que n'importe quelle autre maladie neurologique ou psychiatrique (8). Le fonctionnement du circuit neuronal est altéré par la prise chronique d'un produit. Le terme substance psychoactive (SPA) en découle. Ces substances modifient les processus cérébraux normaux de la perception, des émotions (humeur) et du comportement (motivation). La plupart ont en commun la propriété d'augmenter dans le cerveau la libération de dopamine synthétisée par les neurones activant ainsi le circuit de la récompense (9). Cette évolution modifie la prise en charge de ces patients.

Il est classique de considérer que les SPA les plus courantes peuvent être réparties en dépresseurs

(alcool, sédatifs/hypnotiques, solvants volatiles), stimulants (nicotine, cocaïne, amphétamines, ecstasy), opioïdes (morphine et héroïne) et hallucinogènes (PCP, LSD, cannabis).

III/ Les différents modes d'usage

La pyramide de Skinner *(annexe 1)* établie initialement chez les alcoolo-dépendants, illustre les différents modes d'usages pouvant s'étendre aux autres SPA.

Quatre niveaux de consommation sont identifiables (10) :

- l'usage sans dommage ou simple ; la consommation peut être occasionnelle ou quotidienne mais n'atteint pas le seuil de risque et ne provoque aucune conséquence morbide ou relationnelle
- l'usage à risque ; la consommation est supérieure ou égale à un seuil où le risque de développer un dommage est significativement augmenté. Les dommages sont latents.
- l'usage nocif ou abus ; il y a au moins un dommage patent d'ordre médical (clinique ou biologique), psychique ou social et l'absence de dépendance psychique ou physique
- la dépendance ; conduite de consommation caractérisée par une perte de la maîtrise de cette consommation. Cette catégorie correspond à la définition du « syndrome de dépendance » du DSM-IV et de la CIM 10 *(annexe 2 et 3)* (11).

A l'aube de la nouvelle édition (la cinquième édition) du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), la version révisée du chapitre concernant les «troubles liés à une substance et addictifs» comprend des modifications de fond. Les diagnostics d'abus et de dépendance sont abolis ; une seule entité est retenue : «Trouble de l'usage de la substance X» *(annexe 4)* . De même la notion du jeu pathologique est intégrée comme trouble addictif sans substances mais ne sera pas développée dans cette étude. (12,13)

IV/ Epidémiologie

Rappelons quelques données quantitatives et les dommages induits sur les consommations des SPA en France. Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France.

- Tabac

Le tabac constitue la première cause de mortalité évitable. On recense en France 73 000 décès annuels imputables au tabac. Un fumeur sur deux mourra des complications de son tabagisme.

Ces complications sont multiples; cancers (sphère respiratoire notamment, aéro-digestive, urologique), maladies cardiovasculaires, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Le tabac est à l'origine de nombreuses autres complications : impuissance sexuelle, diminution de la fertilité, pathologies ORL, métaboliques (lipides), thyroïdiennes, parodontopathies, ainsi que d'une augmentation du risque opératoire.

Certaines publications font l'état d'un lien complexe entre le tabac et les maladies psychiatriques (dépression, anxiété, schizophrénie et troubles bipolaires) (14)

- Alcool

Il est indéniable que le tabac représente une co-addiction fréquente en particulier avec l'alcool. 85 % des alcooliques sont fumeurs, avec une très forte dépendance et une consommation importante. 14 % des Français sont des consommateurs quotidiens. L'abus d'alcool concerne environ 5 millions de Français, dont environ 1,5 million souffrent d'alcoolodépendance. C'est la cause directe ou indirecte de 20 % des consultations en médecine générale, de 15 à 25 % des hospitalisations, de 45 000 décès par an. La morbidité et les conséquences sociales de la consommation excessive d'alcool (accidents de la route, violence, délinquance, dépression, suicide) sont considérables. Les principales complications de l'alcoolodépendance sont somatiques (hépatite alcoolique, cirrhose, pancréatite chronique, neuropathies…) et psychiatriques (dépression, suicide, délire…). (15)

- Cannabis

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France. Parmi les jeunes Européens, les Français sont les premiers usagers récents de cannabis en 2011. Le cannabis est quasi systématiquement associé au tabac.

Les complications somatiques sont essentiellement un syndrome coronarien aigu, des accidents vasculaires cérébraux, des artérites de type maladie de Buerger, des bronchites chroniques, des cancers (poumon, ORL) et des conséquences gynécologiques et obstétricales (complications pendant l'accouchement, prématurité, retard de croissance, mort subite…). Les complications psychiatriques sont des attaques de panique induites, des épisodes dépressifs. Les tentatives de suicide sont d'autant plus importantes que le début de la consommation a été précoce. Concernant les troubles psychotiques, il est important de distinguer les troubles induits par le cannabis d'une réelle pathologie schizophrénique sous- jacente (dont le cannabis n'est pas la cause mais un élément révélateur ou accélérateur) (15).

- Cocaïne

La cocaïne est la deuxième drogue illicite la plus consommée en France. Les effets cliniques d'une consommation de cocaïne dépendent des individus, de la dose consommée et de la voie d'administration ; intranasale plus fréquente, inhalée (*free base* : mélange de cocaïne et d'ammoniaque ; crack : mélange de cocaïne et de bicarbonate de soude) et intraveineuse. La cocaïne, drogue vasoconstrictrice, peut être à l'origine de nombreuses complications somatiques; maladies cardiovasculaires, ORL, neurologiques, pulmonaires, dermatologiques, gynécologiques, risque de contracter ou transmettre une infection sexuellement transmissible (IST) si le matériel est partagé (pailles, pipes, seringues). Les complications psychiatriques sont la dépression, le risque suicidaire, les attaques de panique induites, la pharmacopsychose, la paranoïa induite et les troubles cognitifs (attention, prise de décision, inhibition de réponse, mémoire). (15)

- Opiacés

Les opiacés sont représentés par l'héroïne, les antalgiques de palier III (sulfate de morphine, buprénorphine), les médicaments de substitution (chlorhydrate de méthadone, buprénorphine haut dosage [BHD], buprénorphine-naloxone) et la codéine (ou de la codéthyline). Le niveau d'expérimentation de l'héroïne en population générale en France est faible : moins de 1 % chez les 15-34 ans ou les 35-64 ans.

Les complications somatiques sont infectieuses (abcès cutanés, pneumopathies, hépatites B et C, VIH), cardiovasculaires (hypertension artérielle, syndrome coronarien, endocardite, troubles du rythme), neurologiques (convulsions) gynécologiques et obstétricales (retard de croissance intra-utérin, accouchement prématuré, aménorrhée, mort foetale *in utero*, mort subite du nourrisson). L'overdose ou surdose en opiacés doit être évoquée devant un coma hyporéflexique avec dépression respiratoire et myosis bilatéral. . Les complications psychiatriques sont la dépression, le risque suicidaire, les attaques de panique induites et les états délirants aigus.

Environ 145 000 personnes ont bénéficié de traitements de substitution aux opiacés en 2010. La BHD (Subutex et/ou génériques) est toujours largement majoritaire : 75 % de bénéficiaires contre 25 % pour la méthadone. (15)

Une large majorité des indicateurs sur les usages de substances psychoactives à 17 ans apparaît nettement orientée à la baisse. Les expérimentations de tabac et d'alcool poursuivent leur diminution alors que celle du cannabis se stabilise. La part des adolescents n'ayant expérimenté aucun de ces trois produits reste faible, mais continue de progresser (6,6 % vs 5,1 % en 2008). (16)

Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans: (17)

	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes*
Expérimentateurs*	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4M	35,5 M	16 M
dont usagers dans l'année*	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3M	15,8 M	11 M
dont usagers réguliers*	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M	
dont usagers quotidiens*	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M	

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (service du rectorat de Toulouse). // = non disponible. Le nombre d'individus de 11-75 ans en 2010 est d'environ 49 millions.
Ces chiffres donnent un ordre de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe, même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.
** Pour les médicaments psychotropes, il s'agit de données concernant les 18-75 ans.*

V/ L'organisation des soins en addictologie

La prévention des addictions est devenue une priorité nationale de santé publique. Suite à la mise en place du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2007-2011, les professionnels de santé sont plus que jamais appelés à s'investir dans la prise en charges des pratiques addictives (2). L'organisation des soins en addictologie a été officialisée administrativement. Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire (CSAPA) sont des structures résultant du regroupement des lieux d'accueil spécialisés pour l'alcool (Centre de Cure en Ambulatoire en Alcoologie) et les drogues illicites (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes). Les CSAPA se caractérisent par leur proximité et leur pluridisciplinarité (médecins, psychologues, infirmières, éducateurs spécialisés, assistante sociale).

Ils permettent un suivi des patients dans la durée. Les CSAPA sont des centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1er Juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère de la santé. (18)

Cette priorité nationale de santé publique se poursuit avec le nouveau plan gouvernemental 2013-2017 ayant pour objectif; la prévention notamment chez les jeunes et dans le monde du travail. (19)

Le réseau Addiction des Alpes Maritimes (GT06) s'est créé en 1993. Il a été initialement constitué par des médecins généralistes en difficulté avec la prise en charge des patients toxicomanes puis s'est dénommé réseau addiction en 2008. Ce réseau n'existe pas dans le Var.

MATERIEL ET METHODES

I. La méthode de recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques pour appuyer cette enquête ont été réalisées à partir des sites internets de la BIUM (Bibliothèque interuniversitaire de santé de Paris) et du catalogue SUDOC (système universitaire de documentation) pour les thèses référencées. Les moteurs de recherche Pubmed et Google Scholar ont permis d'analyser les articles sur la thématique addiction et médecine générale. Le site Univadis a facilité l'obtention de certains articles non disponibles sur PubMed. J'ai intégré pour mes recherches, sur les sites précédents en français et en anglais les mots clefs suivants: addiction (addiction), médecin généraliste (general practitioner), dépistage (screening), étude qualitative (qualitative study).

II. Le choix de la méthode qualitative

D'abord utilisée dans les sciences sociales et humaines (1920), puis en marketing (1950) c'est seulement depuis les années 1990 que les chercheurs en santé se sont appropriés cette méthode.
La visée de l'analyse qualitative est de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes. Elle permet ainsi sous cet angle d'explorer les émotions, les sentiments ainsi que les comportements et les expériences personnelles. (20, 21)

Le choix de la méthodologie n'est pas anodin. Les études quantitatives sur le dépistage et la prise en charge des addictions par les médecins sont nombreuses. Par comparaison, la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer (ce que seule une enquête quantitative auprès d'un grand échantillon est susceptible de montrer). Elle consiste le plus souvent à recueillir des

données verbales permettant une démarche interprétative.

Le recueil de données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments. C'est la saturation d'idées.

L'objectif de cette thèse était donc de trouver des concepts et des axes de réflexion sur le sujet, mais en aucun cas de déterminer des pourcentages. La méthode la plus adaptée pour ce genre d'objectif est bien l'étude qualitative.

Les différents types d'entretien (22)

Il existe plusieurs techniques de recherche qualitative, principalement l'entretien individuel et l'entretien de groupe par la méthode des *focus group* . L'entretien individuel peut se décomposer en technique d'observation, d'entretien semi-dirigé et d'entretien dirigé.

- ✔ L'entretien libre ou observation consiste à demander une vision des choses sur un sujet. Les seules questions posées découlent des déclarations de l'enquêté, afin de détailler ou clarifier des propos. Il est surtout utilisé quand il n'existe pas d'informations précises sur le domaine et sur la façon dont il est perçu ou caractérisé. Il permet d'aborder essentiellement un ou deux thèmes, de façon très détaillée.
- ✔ L'entretien semi-dirigé est basé sur des échanges libres entre l'enquêteur et l'interviewé, orienté par un guide d'entretien, permettant d'aborder les sujets souhaités et de recadrer l'entretien si besoin.
- ✔ L'entretien dirigé ou directif: le guide d'entretien est appliqué, ici, de façon stricte. L'évaluateur décline les questions les unes après les autres, sans laisser la possibilité à la personne interrogée de développer d'autres points. Lui-même s'abstient d'effectuer des relances ou de développer des questions non prévues dans la grille d'entretien. Les réponses à chaque question sont en général assez brèves. Ce type d'entretien est utile lorsque l'on veut réaliser un grand nombre d'entretiens.

→ La technique du *focus group*, quant à elle, consiste à réunir plusieurs personnes d'une même catégorie pour réaliser un entretien en groupe.

L'entretien semi-dirigé individuel a été choisi comme la méthode la plus appropriée pour notre étude.

Ce type d'entretien permet de s'affranchir du biais d'influence induit par le *focus group* car le sujet des addictions demeure délicat à aborder. On évite le problème de leader d'opinion et de réticence personnelle à s'exprimer dans le groupe. Chacun ayant une représentation personnelle de cette problématique.

Dans le cadre de notre travail, les deux autres techniques sont moins appropriées.

- Dans la technique d'observation; chaque entretien tend à être unique ainsi il paraît difficile de systématiser et d'analyser les données.

- L'entretien directif présente la limite de passer à coté d'éléments qui apparaîtraient plus spontanément dans le cadre d'un entretien non directif ou semi directif. Cette formule peut être frustrante pour l'interviewé qui ne peut pas développer et véritablement s'exprimer.

III. Le type de population

Nous avons réalisé notre étude auprès de médecins généralistes de ville exerçant dans deux départements de la région PACA (les Alpes Maritimes et le Var).

Le recrutement des praticiens a été réalisé de façon à diversifier les caractéristiques socio-démographiques (âge, genre, zone d'exercice) et le type de prise en charge de patients addictifs. Un autre élément de choix a été l'implication dans le réseau Addiction des Alpes Maritimes (GT06).

IV. Les entretiens

L'entretien a été construit à partir des axes de recherche et d'hypothèses initiales issues de la littérature et de notre expérience addictologique.

Il se compose de trois parties:

- la problématique exposée aux médecins avec le recueil de leur consentement écrit
- les données de cadrage (les caractéristiques de chaque participant)
- les questions ouvertes du guide d'entretien *(annexe 5)*

Ce dernier s'articule autour de plusieurs thèmes:

- la place du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des addictions aux substances psychoactives
- l'abord du sujet en consultation
- la prise en charge sur le court, moyen et long terme
- les difficultés rencontrées et les facteurs facilitant l'approche addictive
- les propositions et attentes des médecins généralistes
- la rubrique: "décrire une situation marquante à laquelle vous avez été confronté depuis le début de votre carrière" invite le professionnel interrogé à préciser des aspects tus ou peu abordés au cours de l'entretien.

Comme il est autorisé dans ce type d'étude, le guide d'entretien a fait l'objet de quelques modifications pendant la période du déroulement des entretiens selon les réponses apportées. En effet, nous avons pu nous rendre compte au fil des entretiens (à partir des trois premiers utilisés comme test et inclus dans l'enquête) de l'absence de pertinence de certaines questions ou au contraire de l'apparition de concepts que nous n'avions pas envisagé. La durée potentielle des entretiens a été évalué autour de 20 à 30 minutes et était annoncé au préalable lors du recrutement.

V. La description et le déroulement de l'étude:

Recrutement des médecins :

Les médecins généralistes ont été choisis, selon les critères cités ci-dessus, dans les pages jaunes ainsi que dans la liste des maîtres de stage de la faculté de Nice.

Ils ont été soit contactés par téléphone soit directement rencontrés à leur cabinet afin de leur demander de participer à une thèse sur la thématique addictions et médecins généralistes.

Les entretiens se sont déroulés de juin 2013 à août 2013.

Je me suis déplacée au cabinet des médecins interviewés. 4 entretiens se sont déroulés par téléphone (avec enregistrement audio) soit à la demande du médecin (Nice et Valbonne) soit en raison de son éloignement (l'arrière pays niçois).

Dans tous les cas le consentement du médecin généraliste était recueilli , tous les entretiens étaient confidentiels et anonymes.

Ils ont été enregistrés avec l'aide de mon enregistreur vocal pour rester fidèles aux propos des enquêtés, et les échanges non verbaux ont été recueillis par écrit.

L'inclusion du panel s'est arrêtée à la saturation d'idées. Nous avions prévu 20 entretiens.

VI. L'analyse des données

- Il s'agissait d'abord de procéder à la saisie informatique des données recueillies (transcriptions intégrales et pré-analyse des verbatims) à l'aide du logiciel Open Office. Cette première étape a permis d'obtenir une première vue d'ensemble des données à analyser et des informations contextuelles.

- La transcription a été réalisée de manière manuelle, nous n'avons pas reformulé les propos des enquêtés ni cherché à corriger les fautes de langage. Nous avons transcrit les propos « mot à mot ». Nous avons ajouté des notes pour signifier les moments de silence, les interruptions, et les émotions exprimées.

- Le logiciel Nvivo (programme d'analyse qualitative de données) a permis le travail de codification et de réduction des données.

- La dernière étape consistait à interpréter les données sur la base des objectifs de recherche.

I/ LES DONNEES DU PANEL DES MEDECINS GENERALISTES

26 médecins sur 46 ont refusé de participer à l'étude soit par non réponse à mes appels téléphoniques, soit par manque de temps évoqué par deux médecins, soit par désintérêt pour le sujet clairement énoncé par un médecin.

Deux entretiens biaisiés par défaut de technique d'enregistrement, ont été retranscrit par écrit directement.

L'ensemble des entretiens réalise 7 heures 21min d'enregistrement avec une moyenne de 24 minutes et 30 secondes par entretiens. Le plus long dure 40 minutes et 29 secondes quant au plus court il totalise 13 minutes et 8 secondes.

Il y a eu au total 20 entretiens semi dirigés jusqu'à saturation d'idées.

I/1. Les données socio-démographiques:

- Le genre

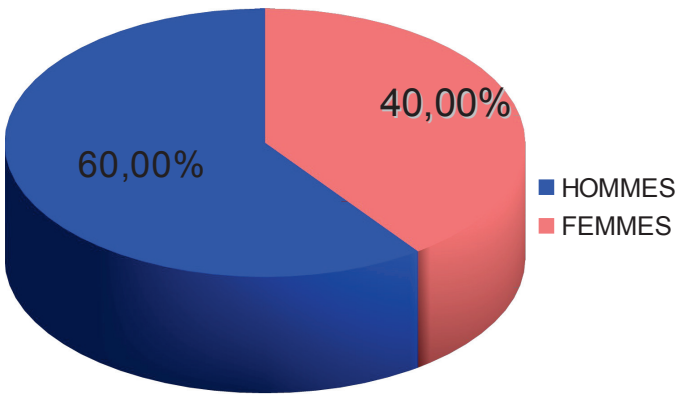


Illustration 1: répartition des sexes

- L'âge:

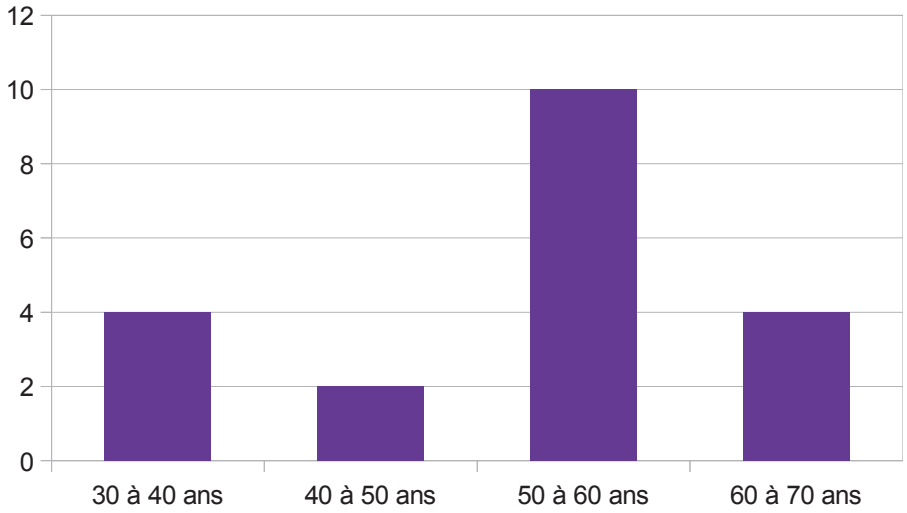


Illustration 2 : Répartition des âges

L'âge médian des médecins généralistes est d'environ 50 ans

Leur date moyenne d'installation était dans les 5 ans suivant leur obtention de diplôme pour les 3/4 des médecins. Les autres se sont installés entre 5 et 10 ans après la fin de leurs études.

- Lieu d'exercice

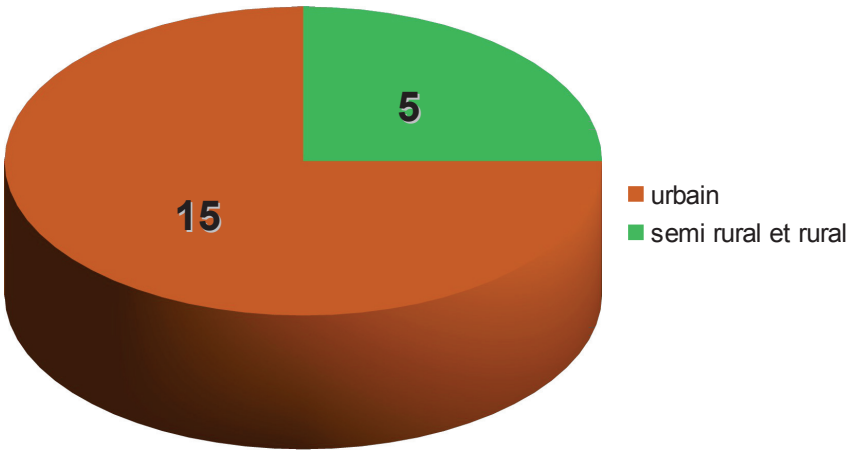


Illustration 3 : Répartition des zones d'exercice

9 médecins interrogés exercent sur Nice.

4 médecins interrogés exercent sur le littoral hors Nice (Cannes, Menton, Villefranche s/Mer)

3 médecins interrogés exercent dans l'arrière pays niçois (vallées du Paillon et de la Siagne)

3 médecins interrogés exercent dans le Var (Fréjus, Callian, Saint-Tropez)

- La fréquence des consultations

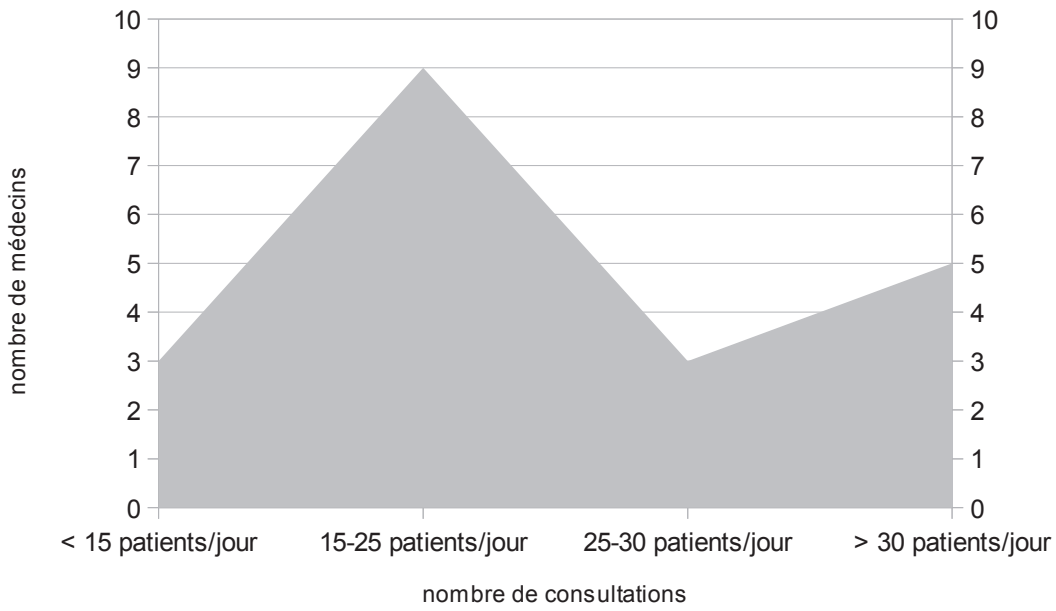


Illustration 4 : Etendue d'activité

- Profil de patients du point de vue socio-économique

Ce sont des données approximatives que nous avons essayé d'analyser dans le but de rechercher une influence potentielle sur la prise en charge des addictions.

. La moitié des médecins déclarent avoir dans leur patientèle des gens de classe moyenne.

. 5 médecins déclarent surtout avoir affaire à une classe populaire et 4 surtout à une classe aisée.

. Enfin un quart des interviewés considèrent consulter toutes classes confondues.

En ce qui concerne l'âge moyen des patients, la majorité des médecins estiment voir des patients de tout âge. 5 médecins consultent plus régulièrement des personnes âgées (principalement sur Nice) et 6 consultent couramment des jeunes actifs.

- Provenance des médecins

12 praticiens ont fait leurs études à Nice. Pour les 8 autres ils venaient respectivement par ordre décroissant de Paris, Marseille, Lyon et Grenoble.

- Diplômes universitaires

Parmi les médecins questionnés, aucun ne possède de diplôme complémentaire en addictologie.

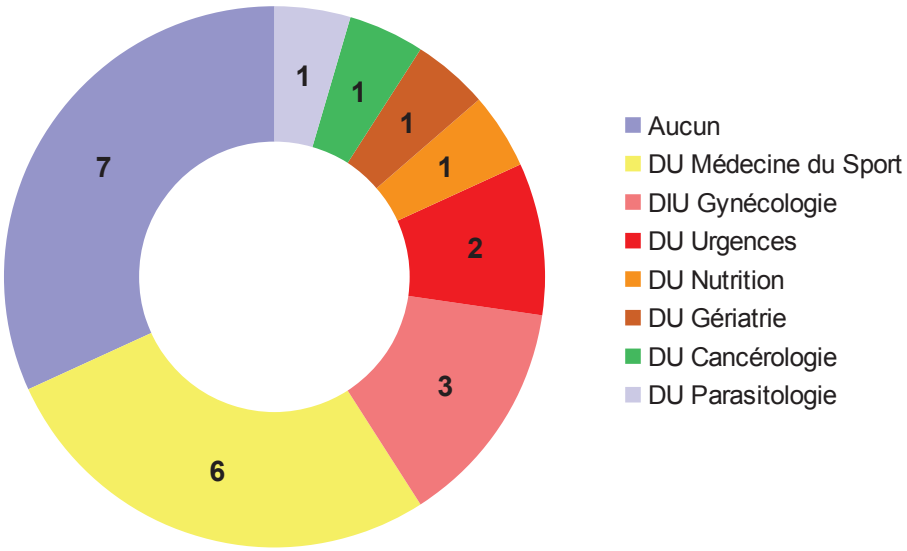


Illustration 5 : Liste des diplômes complémentaires

I/2. La relation des médecins avec l'addictologie

13 (65%) médecins affirment prendre en charge des addictions dans leur pratique.

4 (20%) indiquent ne pas prendre en charge.

3 (15%) ne prennent pas systématiquement en charge.

- Formation en addictologie:

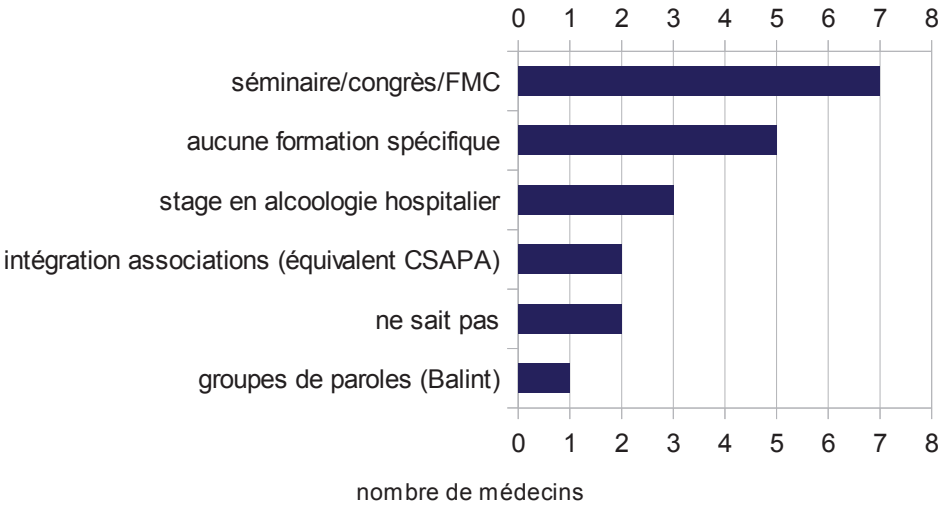


Illustration 6 : Les différents profils de formation

- Adhésion au réseau addictions des Alpes Maritimes (GT06)

8 (40%) praticiens indiquent ne pas connaître le réseau GT06 (dont 2 exerçant dans le Var)

5 (25%) ne sont pas adhérents et 4 (20%) ne le sont plus.

3 praticiens (15%) sont adhérents au réseau GT06.

- Existence d'un CSAPA aux alentours du lieu d'exercice

10 (50%) médecins ont un CSAPA à proximité de leur cabinet

6 (30%) ont un CSAPA assez éloigné de leur cabinet

4 (20%) ne connaissent pas les CSAPA

I/3. La prévalence des addictions

Les données suivantes ne sont qu'indicatives étant donné le caractère déclaratif des propos à la question : « A votre avis, dans votre patientèle quelle est l'importance des patients atteints d'une addiction aux substances psychoactives, en terme de prévalence? » *(annexe 5)*

>> 18 praticiens sur 20 ont répondu de façon détaillée pour chacune des trois premières substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis)

.un médecin était incapable d'évaluer les addictions quelles qu'elles soient

.l'autre médecin n'a pas évalué la prévalence (M16): *"Alors tabac ça ne m'intéresse pas, alcool ça m'intéresse très peu, je ne m'intéresse qu'aux opiacés, voilà."*

Tabac: .prévalence fréquente pour 4 médecins
.moyenne pour 12 médecins
.faible pour 2 médecins --> interprété en fonction de leur type de patientèle (toutes catégories d'âges confondus)

Alcool: .prévalence fréquente pour 3 médecins
.moyenne pour 5 médecins
.faible pour 10 médecins

Cannabis: .5 médecins déclarent y être confrontés plus souvent principalement chez les jeunes mais ces derniers ne rentrent pas dans une démarche de soins avec le médecin
.faible prévalence pour 10 médecins
.1 dit qu'il y a une prépondérance chez adultes et jeunes (âges confondus)
.1 refuse de prendre en charge
.2 sont incapables d'évaluer

Cocaïne: .3 médecins déclarent qu'en consommation festive, ils en ont plus ou moins connaissance (dont 2 estiment plutôt dans la classe sociale aisée car le produit est cher)
.16 médecins n'en ont pas connaissance (dont 1 estime selon la classe sociale aisée aussi)
.1 ne se prononce pas (M20)

"Je finis par le savoir parce que je connais les profils par exemple quand vous avez des gens très hyperactifs, la coco c'est des hyperactifs, des gens qui fréquentent un peu des milieux dès qu'on touche au showbiz et compagnie, même un petit peu ça va vite!" M15

Opiacés: .la majorité estime en prendre peu en charge même ceux ayant un intérêt pour le sujet et une formation, moins de 5% environ des patients (car la patientèle est diversifiée)

.6 médecins n'en ont pas la connaissance
.2 ont déclaré ne pas les prendre en charge du fait de leur zone d'exercice (zone rurale)

Autres substances illicites:
la majorité n'en ont pas connaissance (consommation festive, absence de demande de sevrage)
2 médecins pensent que cela concerne une population particulière (festif et milieu sportif)

Médicaments: la majorité parle des benzodiazépines avec une réduction de prescription depuis les alertes de pharmacovigilance.

Nous ne développeront pas volontairement cette dernière partie, car ce n'est pas l'objet de notre étude qui n'est pas quantitative.

II/ ANALYSE DES ENTRETIENS

Le résultat de l'analyse est composé de plusieurs chapitres. Chacun est exposé de la manière suivante: les thématiques évoquées sont illustrées par une ou deux citations pertinentes, le chiffre entre parenthèses correspond aux nombres de médecins ayant répondu.

II/ 1. Un problème de santé publique alarmant

"50% des élèves de CM2 déclarent avoir déjà fumé et certains fument déjà régulièrement" Entretien 10

→ 6 médecins le mentionnent spontanément

→ Un sujet encore tabou

<u>En fonction du produit... (10)</u>
M1 *"J'ai plus de cas comme ça (problème avec le tabac et l'alcool), parce que les gens m'en parlent plus c'est peut être plus ancré dans la population française."*

M9 *"je met un peu à part, alcool et tabac. Je trouve que c'est vraiment deux mondes différents"*

Stigmatisation des toxicomanes (7)

M18 *"Ils sont traités comme des paria d'une société où on les accuse de tous les maux alors que franchement vous savez aussi bien que moi que c'est vraiment une frange ridicule de part de marché"*

M2 "*C'est une leçon de société, pas la meilleure. De voir quand une société oublie certaines personnes, les abandonne."*

II/ 2. Aborder le sujet des addictions en consultation

2.a. Le dépistage en médecine générale

M5 *"Je pense qu'il* (le médecin généraliste) *peut rendre service dans ce domaine"*

M19 *"Je crois que le dépistage il faut être là il faut être présent, il faut être disponible que ce soit dans un cabinet médical parfois, quand c'est individuel"*

Idées principales	Exemples de citations
Dépistage du cannabis principalement chez les jeunes (8)	M1 *"Combien de joints par jour? Évidemment en rigolant je ne vais pas l'agresser, les jeunes tu leur parles gentiment"* M11 *" ça m'arrive d'en parler, ça dépend des classes d'âge, j'en parle avec les jeunes"*
De manière systématique pour le tabac et alcool (7)	M6 *"L'alcool, le tabac c'est facile, le reste bon ce n'est pas systématique on va demander "est-ce que vous vous droguez?", ça ne fait pas partie systématiquement d'un interrogatoire."* M20 *"Tabac, alcool pour moi, je fais des dossiers d'externes... j'essaie de remplir un dossier correct, antécédents médicaux, chirurgicaux, machin et dans les antécédents médicaux systématiquement tabac, alcool"*

Selon le type de patient présumé estimé à risque (7)		M6 *" ça dépend si c'est des jeunes ou pas, de leur comportement."*
Absence de dépistage des SPA illicites (3)		M1 *"mais ce n'est pas moi au cours de la consultation qui va leur poser la question «est-ce que vous prenez des opiacés?» Je ne fais pas du dépistage d'addiction aux opiacés"*
Le repérage est précoce (2)		M19 *"Au moins pour le cannabis et l'alcool, je dirais.. mon rôle c'est dans le suivi de l'enfance"*
Utilisation ou non d'outils de dépistage	Par le biais de questions simples (6)	M10 *"non je n'utilise pas de questionnaire je pose la question directement, je ne suis pas sûr de la validité de ce genre de questionnaire ça dépend des cas"* M15 *"je parle"*
	usage d'échelles validées (tabac et alcool) (4)	M4 *"je ne sais plus comment il s'appelle le MAST. Mais ça c'est quand je commence à avoir dépisté quelque chose"* M6 *"Tabac: donc je fais le test de Fagerström, on voit plus ou moins le degré de dépendance, on fait le conseil minimum."*
	demande spécifique administrative (1)	M5 *"j'utilise les outils seulement lorsque c'est les caisses (d'assurance maladie) qui me demandent de remplir des papiers à ce moment là. Au niveau du RSI le bilan de santé qu'ils font il y a des échelles auxquelles il faut répondre pour l'alcool et pour le tabac"*

2.b. Les circonstances de consultation

Idées principales	Exemples de citations
Demande spontanée du patient (12)	M15 *"Je suis toujours très étonnée moi-même quand les gens me parlent de ça"* M4 *"souvent, ce n'est pas moi qui vais le dépister c'est le patient ou l'entourage qui va commencer à en parler. En fait ça se fait tout seul"*
Lors d'une Première consultation (11)	M8 *" Lors de l'examen général, un premier contact c'est vrai qu'on parle de tout puisqu'on crée un dossier donc on peut facilement aborder les problèmes de tabac, d'alcool"*
Signalement de l'entourage (11)	M4 *"Mais souvent le patient n'a pas pu aborder ce problème là tout seul, ou il a été amené par un de ses proches, par quelqu'un du travail à ce moment là c'est abordé d'emblée, c'est le tiers qui a abordé le problème"* M5 "*Si quelqu'un de la famille est avec le patient, il pose le problème"*
Méthode d'investigation progressive (3)	M14 *" Après je fais un par un je commence par le tabac « vous fumez ? » si oui ils fument quoi ? que du tabac ou.. et après est ce qu'ils prennent de la cocaïne, est ce qu'ils en ont déjà pris? Ça peut m'arriver mais alors ce n'est pas systématique"*
Motif somatique : **-respiratoire (6)**, -digestif (4), -neurologique (4), -cardiovasculaire (2), - ORL (1)	M3 *"Là c'est un facteur facilitant parce que le patient sent qu'il est allé trop loin et là on est dans le domaine du soin plus que dans le domaine de la prévention. Il va avoir du mal à écouter la prévention il aura plus de facilité à écouter le soin pour sa santé."*

		M7 *"Dans les addictions type alcool ou tabac c'est quand même relativement facile puisqu'on va tomber sur des tableaux digestifs ou respiratoires ou ORL donc on a quelque chose"*
Motif psychiatrique (6)		M11 *"Si les gens sont anxieux, ont des troubles du sommeil je vais leur demander s'ils prennent des substances qui excitent. Chez les personnes présentant un syndrome dépressif, l'alcool peut être à visée palliatif voir aggravant"*
Motif biologique (8)		M1 *"Dans le cas de l'alcool c'est dans le cadre du bilan biologique; transaminases, gammaGT, ferritine"*
Cas particuliers	Devant des conduites sociales inadaptées (9)	M15 *"ceux que je vois pour arrêter le cannabis c'est quand il y a des injonctions"* M19 "*Mais quand vraiment, chez un qui a une consommation qui désocialise complètement qui l'empêche d'aller au travail avec arrêt de travail à répétition"*
	Consommation visible, apparente (7)	M20 *"La dernière qui m'en a parlé (alcool) ça se voyait comme le nez au milieu de la figure"*
	Grossesse (1)	M20 *"Je vais être plus amené à creuser s'il y a une grossesse"*

2.c. Le déroulement de la consultation

Idées principales		Exemples de citations
Procédé employé par le médecin	Abord direct (8)	M8 "*De manière très claire sans contourner la question je pense qu'il faut savoir en parler*" M19 "*Maintenant je dis aux gens « écoutez on est entre personne intelligente, vous me comprenez je vous comprends donc on dit les choses, voilà, alors on les dit parce que ça a des conséquences pour vous ».*"
	Abord indirect (2)	M11 "*De manière plus franche avec les hommes, plus détournée avec les femmes car c'est plus caché moins avoué.*" M20 "*Tabac, alcool je pose la question systématiquement, comme si de rien était entre les vaccins, l'appendicite et hop là ! comme ça ils sont obligés de répondre*"
	Utilité des logiciels (4)	M2 *"Ce qui est pratique avec les logiciels c'est qu'on a le dossier devant soi et on revoit les antécédents tout le temps"*
Moment de la consultation privilégié	Pas de moment précis (6)	M3 *"Quand l'occasion de la consultation va faire qu'on va en parler, il n'y a pas de moment de la consultation spéciale"*
	À la fin de la consultation (5)	M4 "*Si un patient est venu vous voir pour un problème d'addiction à l'alcool ou au cannabis ou même à d'autres choses il va avoir du mal à nous en parler, ça va être en fin de consultation, c'est sûr, lorsqu'il va mettre la main sur la porte*"
	Au début de la consultation (1)	M14 *"Le moment de la consultation c'est au début, avec les antécédents et tout ça"*

II/ 3. La prise en charge des addictions en médecine générale

3.a. La position du médecin généraliste

M4 *"Elle* (la prise en charge) *est importante, certainement aussi importante que dans le dépistage, puis là c'est déjà plus facile"*

M12 *"Il* (le médecin généraliste) *est prépondérant, important on va dire, utile, nécessaire"*

Idées principales		Exemples de citations
Première place au niveau du dépistage (7)		M11 *"Place capitale même si on n'est pas les seuls à gérer, au moins mettre le doigt sur le problème, mettre face à la réalité."* M20 *"Le dépistage, comme toutes les maladies, normalement on est souvent les médecins de premier recours."*
La Prise en charge doit être globale...	Social et médical (5)	M2 *"Essayer de les sortir de certaines situations dans le social."*
	Du Patient et de son entourage (3)	M19 *"il faut prendre en charge le concerné par l'addiction, faut prendre en charge sa famille parce que souvent elle est en plein désarroi"*
... Mais il existe un décalage entre théorie et pratique (7)		M3 *"quelle doit être sa place ou qu'est-ce qu'elle est en réalité aujourd'hui?"* M9 *"Elle est la place qu'on veut bien prendre"*

3.b. Un rôle à jouer: sensibiliser et informer

12 médecins généralistes ont souligné, pendant la conversation, l'importance de tenir un

discours médical qui fait parti intégrante de la prise en charge.

M3 "*Par le conseil, par l'explication des complications que ça donne l'addiction, la montée dans la tolérance aux drogues et la recherche de drogues plus fortes quel qu'elles soient, l'augmentation des quantités que ce soit le tabac ou l'alcool."*

M11 *"Cocaïne : la consommation est en général occasionnelle, la prise en charge se limite à une information à expliquer les différents risques"*

Ce discours médical peut se compléter parfois par l'utilisation d'outils pour 4 médecins interrogés

M1 *"Alcool? J'avais mis une affiche et ils me l'ont enlevé (moi: que contenait elle?) 2 à 3 verres par jour maximum, etc."*

Le recours aux examens complémentaires est un appui pour argumenter le début d'une démarche de sevrage selon 4 médecins:

M12 *"Quitte à leur montrer qu'ils se détruisent la santé, leur faire un scanner en utilisant des moyens médicaux"*

Enfin, orienter vers les médecins spécialistes semble un point notable pour 3 médecins généralistes: *"Ils sont très réticents au début, on peut donc se faire aider du spécialiste pour bien leur faire comprendre que c'est la consommation alcoolique tous les jours qui crée ça."* M1

3.c. Favoriser la communication

Prioriser l'écoute portant essentiellement sur le vécu du patient est un facteur facilitant pour 5 médecins.

M2 *"C'est aussi les prendre en considération, leur faire évoquer que ce sont des êtres humains et qu'ils nous intéressent pas de façon ethnologique, en tant que rapport humain."*

D'autres éléments ont été signifiés comme facilitateurs de la communication :

-Ne pas être moralisateur et privilégier l'aspect confidentiel (9)

-Prendre, laisser du temps au patient (6)

-Éviter le stéréotype pour ne pas passer à côté du problème (5)

-Ne pas porter de jugement (4)

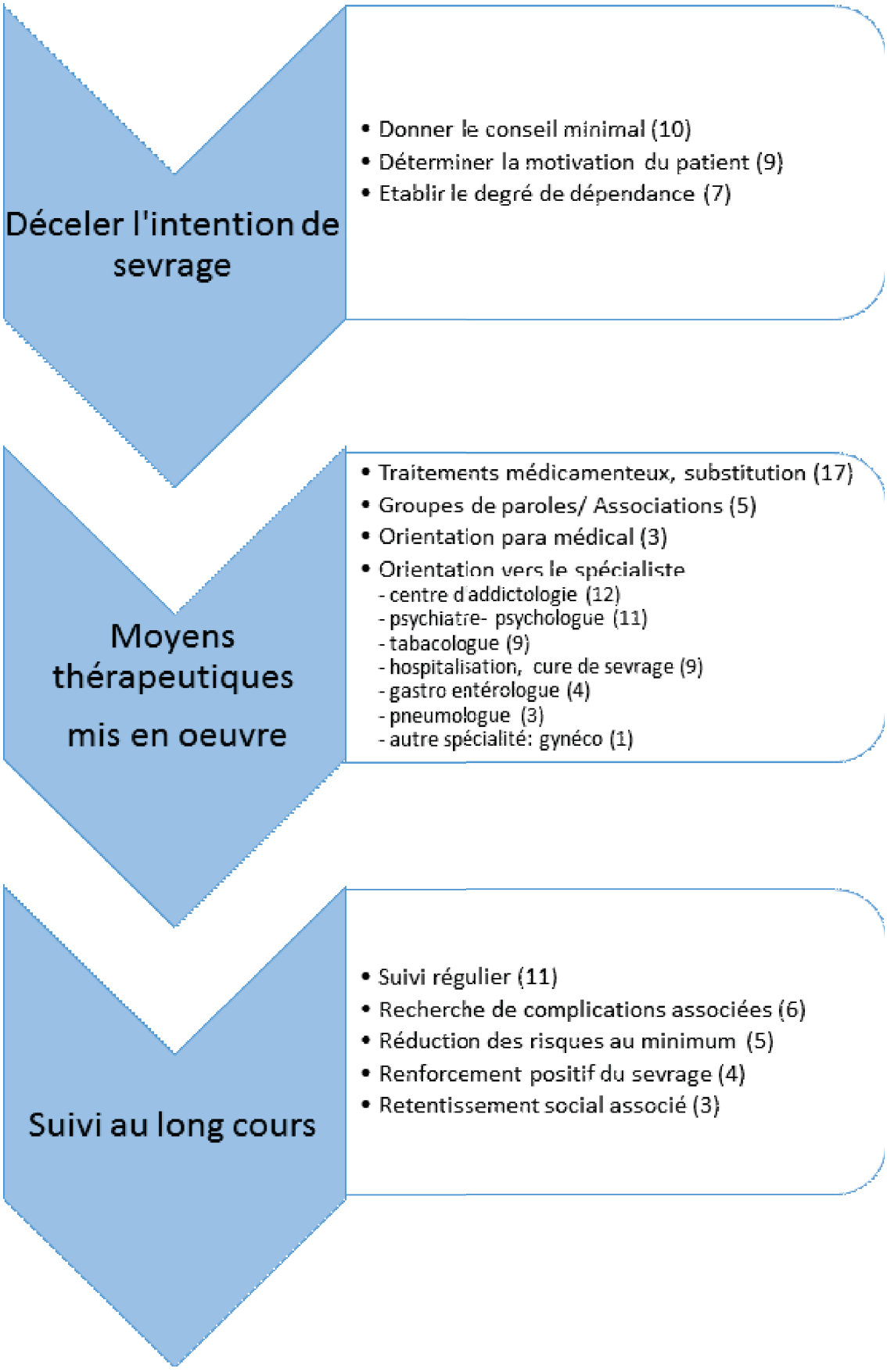
3.d. Les stratégies d'évitement de prise en charge

A l'opposé des points précédents 7 médecins déclarent se réfugier par le biais du cadre réglementaire pour refuser la prise en charge de certaines addictions aux produits essentiellement les opiacés.

M8 *"Alors maintenant moi je suis ferme je dit c'est comme ça on a des contrôles sécu, si je fais des ordonnances en avance j'ai des problèmes donc voilà j'ai pas le choix . Bien mettre des barrières dès le départ"*

3.e.Les différentes étapes de gestion

"Une fois qu'on a dépisté c'est plus facile à prendre en charge" M3



Tout est dépendant du patient (10) et du produit consommé (13)

M4 *"Le tabac, on n'est pas face à des personnalités comme ça qui essaye de nous manipuler donc ça c'est plus facile"*

- Déceler l'intention de sevrage

Idées principales	Exemples de citations
Donner le conseil minimal (10)	*"On parle soit de l'arrêt progressif soit de l'arrêt complet" M18*
Déterminer la motivation du patient (9)	*"D'abord dans une consultation on fait l'état des lieux"* M2
Établir le degré de dépendance (7) . questionnaires validés (1) . entretien motivationnel (1)	*"Déjà j'en parle pour savoir si c'est une consommation ponctuelle ou addictive, dépendante"* M11

- Moyens thérapeutiques mis en œuvre

Traitements médicamenteux et de substitution:

- Tabac (13): La majorité des médecins utilisent des substituts nicotiniques, peu recommandent le champix et le zyban au vu des effets indésirables importants
- Alcool (8): Cinq médecins déclarent utiliser dorénavant le baclofène
- Opiacés: La plupart des médecins pratiquent le renouvellement de traitements de substitution mais peu initient ces traitements

Groupes de paroles et associations: *"Je leur explique qu'il y a des numéros verts"* M20

Autres orientations: *"acupuncture", "hypnose"*

Orientation vers le spécialiste : Les 20 médecins interrogés orientent vers le spécialiste en fonction du cas du patient et du produit consommé.

→ le centre d'addictologie: "C*annabis, opiacés, cocaïne: on va dire drogues dures et substances*

illicites, je vais plus facilement, même si le cas est rare dans ma patientèle, rechercher une adresse" M3

→ psychiatre-psychologue: *"L'alcool j'essaye de les adresser au psychiatre"* M17
"Pour le cannabis c'est surtout une psychothérapie. Les opiacés aussi." M5

→ tabacologue: *"C'est vraiment pour les gros fumeurs que j'envoie éventuellement à une consultation de tabacologue"* M18

→ hospitalisation- cure de sevrage: *"Si vraiment il y a des rechutes graves il y a l'hospitalisation"* M12

→ hépato-gastroentérologue: *"Tu peux te faire aider des fois de l'hépatologue pour leur mettre les points sur les i par un spécialiste"* M1

→ pneumologue: *"Faire le bilan déjà de leur état pulmonaire et du coup leur faire mieux se rendre compte de ce qu'il faudrait améliorer"* M13

→ gynécologue: *"ça fait partie des grossesses à risque"* M20

- Suivi au long cours

Idées principales	Exemples de citations
Suivi régulier (11)	*"Non pas vraiment de consultation dédiée. Si ils viennent on en parle, non ça rentre dans une consultation"* M7
Recherche de complications (6)	*"Je traite une dépression sous jacente"* M11 *"Les dépistages hépatite C, HIV, etc"* M18
Réduction des risques (5)	*"Il leur est impossible d'arrêter alors je me dit à faible dose cela ne fait pas trop de dégâts."* M10
Renforcement positif (4)	*"Quand on est addicte c'est pour la vie donc j'essaie de remplacer une mauvaise addiction par une bonne addiction"* M10
Prise en charge du retentissement social (3)	*"La liste des dommages personnels, corporels, financiers mais ça prend une heure je ne le fais pas en première consultation"* M19

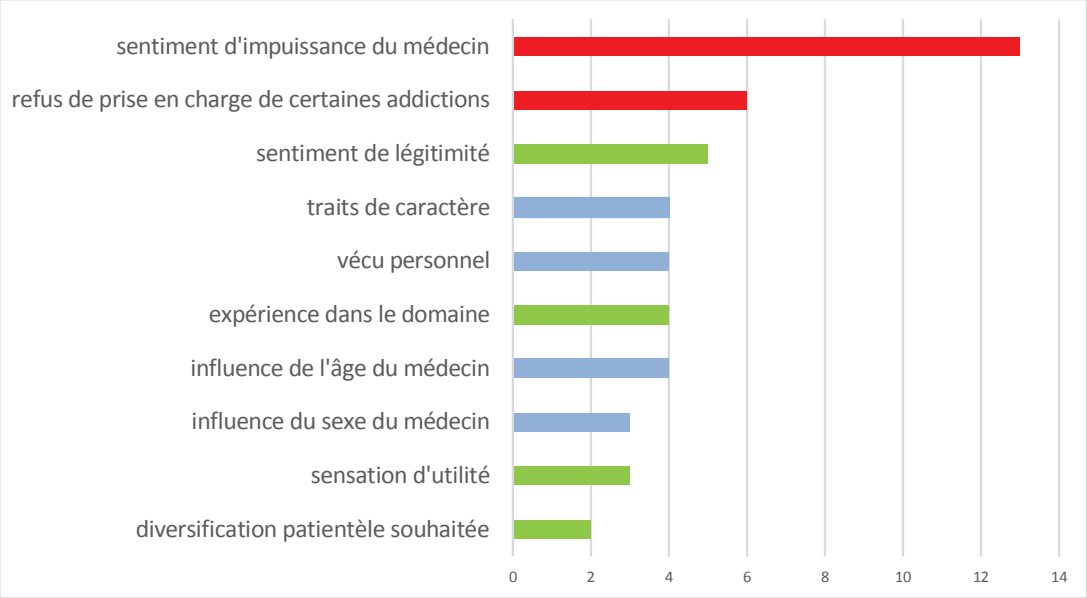
II/ 4. Les freins généraux indépendants du profil

Idées principales		Exemples de citations
Difficulté de communication avec le patient → consultation non adaptée (8)		M16 *"Si il vient pour une otite je ne vais pas lui demander s'il boit trop (rire) !"* M11 *"J'ai peur de vexer les gens"*
Isolement du MG	Difficulté de collaboration avec les réseaux spécialistes (8)	*M3 " Les CSAPA savent qu'on existe nous médecins traitants mais nous on ne sait pas qu'eux existent"* M12 *"Je n'ai jamais de retour, c'est la seule catégorie de médecins (psychiatres)"*
	Plus value du travail en équipe (7)	M2 *"Je suis ici dans la structure beaucoup plus à l'aise avec ces patients là,parce qu'on est cadrant que lorsque je suis à mon cabinet isolé"* M8 *"Travailler en réseau, de revoir le patient c'est toujours intéressant, il se sent soutenu."*
	Confrontation avec les services publiques (5)	M2 *"Ces structures j'appelle ça des alibis d'État. L'État a des carences donc nous on sert d'alibi"*
Manque de temps	Logistique- organisation (10)	M1 *"Mais on ne peut pas faire de la psychiatrie, on a pas une heure devant nous."*
	Non intégré dans la systématisation (7)	M4 *"je ne suis pas assez attentif aux addictions"*
	nombreux motifs de consultations (4)	M4 *"En médecine générale c'est impossible de faire une consultation dédiée"*
	S'exempter- se délier du patient (2)	M7 *"je n'ai pas envie de me prendre la tête"*
Manque de formation	Nécessité d'une formation continue adaptée (8)	M3 *"Plus de formation sur les addictions car on en a peu, ce ne sont pas des sujets qui viennent très souvent dans les FMC"*

	Formation initiale pauvre (3)	M18 *"Voilà c'est là que le bât blesse en général. Les gens sortent de 8/10 ans d'études sans savoir ce que c'est qu'un toxicomane"*
	Besoin d'expérience sur le terrain (3)	M3 *"Je me sens peu armé pour raison d'expérience que je n'ai pas eu"*
Manque de motivation	Découragement, désolation du MG (6)	M8 *"On s'investit et en fait on est qu'un médecin prescripteur comme un autre. Il n'y pas de retour du patient"* M11 *"L'addictologie c'est frustrant"*
	Désintérêt pour le sujet (6)	M7 *"ce n'est vraiment pas une clientèle que je recherche donc je ne vais vraiment pas faire d'effort"*
	Perte financière (4)	M9 *"Ce n'est pas avec une consultation à 23 euros qu'on peut s'occuper de ce genre de choses"*
Manque d'outils	Non connaissance d'échelles validées (6)	M4 *"on met des croix et on calcul des scores, je pense que c'est très utile mais très utile à l'addictologue et au spécialiste"*
	Tests non applicables en MG (3)	M19 *" Ces contrôles urinaires ça me prend le chou"*
Banalisation du produit (8)		M7 *"Le cannabis bénéficie malheureusement d'une image d'innocuité, la réflexion idiote: on en donne aux malades."* M10 *"50% des élèves de CM2 déclarent avoir déjà fumé et certains fument déjà régulièrement"*
Certaines prises de SPA sont inapparentes- dissimulées (6)		M7 *"Je manque de pouvoir analyser certains signes, je manque de critères de dépistage pour les drogues pas pour l'alcool et le tabac"*
Problème de la responsabilité du médecin (3)		M12 *"On ne peut pas forcer les gens à se soigner mais d'un autre côté il y a non assistance à personne en péril."*

II/ 5. L'influence des caractéristiques individuelles dans la prise en charge

5.a. Les spécificités personnelles des médecins



Éléments freinateurs

_ Sentiment d'impuissance

M12 *"on ne peut pas obliger les gens à se soigner si ils ne veulent pas ça a toujours été le gros problème moi je trouve que c'est ça c'est comme pour les psy"*

M15 *"La part de la place du médecin généraliste ben ce n'est pas facile parce que même s'ils vous en parlent ils ne sont pas obligés d'avoir envie d'arrêter"*

_ Refus de prise en charge des toxicomanes:

M7 *"Donc ce n'est vraiment pas une clientèle que je recherche donc je ne vais vraiment pas faire d'effort."*

Éléments facilitateurs

_ Sentiment de légitimité:

M3 *"A une blouse blanche on doit pouvoir parler de ça et le praticien de santé doit être capable d'en parler librement."*

_ Expérience dans le domaine

M18 *"Il est clair que c'est une réponse qui est de terrain"*

_ Intérêt-utilité:

M16 *" je me suis occupé de toxicomanie parce que c'était des gens qui étaient désinsérés socialement et au moins j'avais l'impression de servir à quelque chose et de les réinsérer"*

_ Diversification de la patientèle souhaitée

M2 *"Je tiens à avoir ma patientèle de médecine générale c'est à dire un mélange de tout, de la petite vieille qui boit peut être un petit coup au méchant junkie qui vient prendre sa métha et qui est bien équilibré mais qui a d'autres problèmes"*

Éléments variables

_ Traits de caractère: personnalité

M19 *"C'est que les gens me connaissent depuis longtemps donc ils savent que je râle, que je tempête, que je rouspète mais que au fond je suis prêt à tout entendre"*

_ Vécu personnel:

M20 "*enfin forcément on n'est pas dans la même empathie qu'on le veuille ou non avec des gens qui nous ressemblent pas du tout ou qui ont des activités très différentes que de ceux avec qui on a des points communs forcément"*

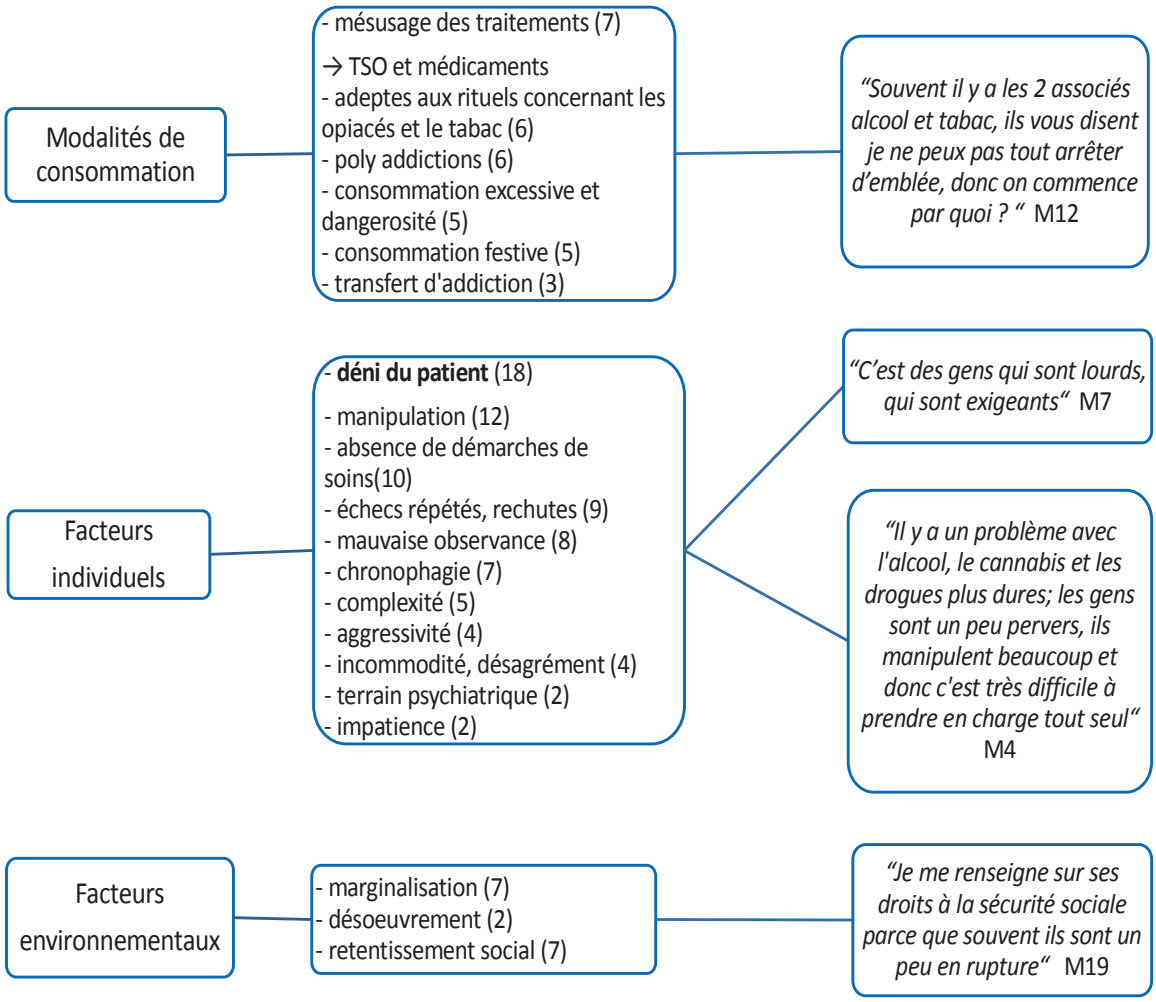
_ Age du médecin:

M11 *"Mon âge ; je suis jeune c'est plus facile pour parler"*

_ Sexe médecin:

M14 *"Mais ceux qui boivent ils le disent plus facilement quand même, même les femmes alors peut être parce que je suis une femme peut être je n'en sais rien"*

5.b. Les spécificités personnelles des patients



A l'évocation par 18 médecins du déni du patient , certaines explications sont avancées :

- l'absence de prise de conscience du caractère addictif (9)

- la crainte du jugement (7)

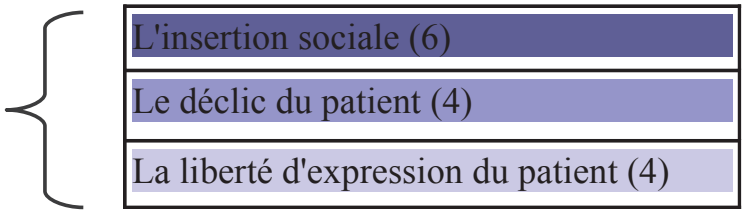
- le manque d'information (3)

- la différence entre hommes et femmes (2)

M14 *"Des femmes entre femmes peut être qu'il y a moins de tabou, elles se disent elle va moins me juger"*

M3 *"Le tabou, surtout pour les addictions aux drogues les gens ont du mal à en parler car il y a un sentiment de culpabilité et pour les drogues dites socialement mal vécues; l'alcool beaucoup. Le tabac ne va pas modifier le comportement social"*

A contrario trois autres facteurs liés aux patient semblent favoriser une meilleure prise en charge



5.c. La relation de confiance médecin-malade

Au regard de 15 médecins généralistes la relation de confiance qui s'établit dans la durée avec son malade est un appui considérable dans le repérage et la gestion de l'addiction.

M8 *"Si il n'y pas une relation qui s'est établie au préalable ça me parait compliqué d'aborder ce sujet."*

M17 *"Nous on les connaît depuis 10/15 ans et ils n'ont pas envie d'aller voir quelqu'un d'autre alors qu'en fait il faudrait aller voir quelqu'un d'autre. Ils n'ont pas envie de faire plus loin que leur médecin généraliste"*

II/ 6. Les représentations

Les représentations des médecins auprès des patients sujets à une addiction varient d'un médecin à l'autre, elles constituent une sphère à part entière à détailler:

"*Les gens ont encore trop peur des toxicomanes"*
M18: formé et impliqué en addictologie

5 médecins estiment que leur dépistage est mis à défaut par un certain délit de faciès

M13 "*Je gère plus ça en terme de profil, mais voyez je me fais surprendre par des gens quelques fois"*

3 médecins avouent avoir un manque d'ouverture d'esprit sur cette question

M3 *"Les freins dépendent du type de drogues, c'est plus difficile avec les drogues culpabilisantes, c'est plus facile avec les drogues pharmacologiquement reconnues comme légales (les médicaments) ou socialement non culpabilisantes (tabac) enfin moi je le vis comme ça."*

D'autres à l'opposé considèrent l'addiction comme une maladie chronique (6)

M19 *"Je considère leur problème comme une maladie chronique comme le diabète ou l'hypertension et que je lâcherais pas un diabétique tant qu'il n'a pas à peu près équilibré son diabète parce que sinon dans 10/15 ans il sera très malade."*

II/ 7. Les propositions et les besoins des médecins

Attitudes personnelles à améliorer	Attentes des médecins
• prendre le temps de dépister (6) • favoriser la sensibilisation (2) • acquérir de l'expérience (2) • prise en charge sociale à enrichir (1) • s'informer régulièrement (1)	• une formation à adapter (10) • un partenariat réel avec les confrères et réseaux (9) • poser un cadre réglementaire, une traçabilité des patients (6) • obtenir des tests utilisables en médecine générale (5) • revalorisation de la consultation (3)

DISCUSSION

Le résultat essentiel de notre étude est en accord avec l'étude de Pierre Gallois (23), selon laquelle les médecins généralistes sont aptes à prendre en charge les addictions sous réserve d'un savoir faire et d'un savoir être.

Afin d'explorer les différentes modalités de cette prise en charge, l'approche qualitative par entretien individuel a retenu notre préférence pour cette étude, car elle ouvre sur la possibilité d'identifier des valeurs culturelles et des représentations variées.

Ce travail est original du fait que les études qualitatives existantes dans ce domaine ne portent que sur une substance psychoactive spécifique (24, 25) ou sur une cible de médecins impliqués en addictologie (26) ou non généralistes (27). Or, il apparaît désormais que la prise en charge des consommations de SPA repose sur la base du comportement addictif, et la confrontation quotidienne de tous les médecins généralistes à cette problématique est une réalité.

Les biais d'une recherche qualitative résident en deux points majeurs: d'une part un risque d'interprétation erronée ou personnelle des entretiens et d'autre part la taille de l'échantillon qui n'est jamais statistiquement représentatif et qui semble rendre difficile la généralisation des résultats. (21)

Analyse des résultats à partir des données socio-démographiques :

Dans notre étude il y a une prédominance d'hommes par rapport aux femmes conformément aux données de la démographie médicale en région Provence Alpes Côte d'Azur, retrouvées dans les statistiques publiées en 2013 par l'Ordre National des Médecins. Dans les Alpes Maritimes, 40 % des médecins généralistes sont des femmes, contre 36% dans le Var. Aucune femme médecin n'a été interviewé dans le Var dans notre étude.

Plusieurs publications (28) analysent les différences d'attitudes entre les généralistes hommes et

femmes, il ressort que ces dernières sont plus impliquées dans la relation avec les patients et qu'elles proposent plus de suivi. Les femmes médecins semblent donc plus sensibles aux aspects psychosociaux, préventifs et éducatifs.

Dans notre travail les praticiens ont plus de facilité à aborder le thème des addictions, mais les praticiennes ont plus de demandes spontanées surtout de la part des patientes. Le sexe du médecin semble donc avoir une influence sur le comportement du patient.

Les médecins généralistes qui exercent en activité régulière en région PACA sont âgés en moyenne de 52,5 ans. Dans notre étude nous avons classé les médecins par tranche d'âge, sans préciser l'âge exact, à savoir une moyenne de 50 ans pour les médecins questionnés. Cela introduit un biais d'interprétation dans une enquête qualitative (29).

La densité des médecins généralistes pour 10000 habitants à l'échelle des bassins de vie est forte sur le littoral et faible dans l'arrière pays niçois et le Var. C'est en fonction de ces données que nous avons interrogés 15 médecins exerçant en zone urbaine et 5 en zone rurale.

Chaque pratique est différente : Le baromètre santé 2009 (3) précise que l'exercice en cabinet de groupe, le volume d'actes réalisés par jour (> 20) et la part des bénéficiaires de la CMU (10%) sont associés à un taux plus élevé de médecins déclarant suivre au moins un usager dépendant aux opiacés par mois ainsi qu'au sentiment de pouvoir aborder facilement la question de l'usage de drogues.

Notre travail qui est qualitatif, n'a pas permis d'établir un lien entre le nombre d'actes quotidiens et la prise en charge des conduites addictives. L'exercice en cabinet de groupe n'a pas été évalué. En admettant que la notion de classe populaire puisse être rattachée à des patients bénéficiant de la CMU, parmi les 5 médecins déclarant voir des classes populaires, 3 sont réellement impliqués dans la prise en charge des addictions (renouvellement de traitement de substitution aux opiacés en particulier).

Dans l'atlas des usages de SPA de l'INPES 2010 (30), une analyse régionale a été décrite. L'usage quotidien de tabac concerne 32,5% de la population PACA chez les 15-75 ans. L'usage à risque chronique ou de dépendance à l'alcool concerne 9,7% de la population PACA chez les 15-75 ans. Chez les 15-64 ans de notre région, 10,1% ont un usage actuel du cannabis. Pour les autres drogues dans cette même tranche d'âge le taux d'expérimentation varie de 4% à 7,5%.

Notre analyse étant qualitative il n'est pas possible de comparer nos résultats avec les chiffres précédents. Toutefois les tendances sont proches : la prédominance du tabac, secondairement l'alcool, puis le cannabis qui devient une consommation régulière plus que d'expérimentation par rapport aux autres SPA illicites. Nous avons volontairement exclu de notre étude les autres SPA illicites (amphétamines, ecstasy, LSD,...) relevant de l'expérimentation plus que de la dépendance, ainsi que le mésusage des médicaments dont la gestion par les médecins est plus aisée malgré des difficultés propres. Cela peut constituer un biais d'analyse.

Analyse des résultats à partir des différents entretiens :

■ <u>L'addiction demeure pour les omnipraticiens un problème de santé publique préoccupant</u>.

Un sondage dénommée EROPP (enquête sur les représentations, opinions et perception sur les psychotropes) a été réalisé en 2010, il concerne l'évolution et la perception des drogues chez les français (31). Trois quarts des français ne pensent pas qu'il soit possible de parvenir à un monde sans drogues. “Les jugements de valeurs que la population porte sur les usagers de drogues influencent fortement son opinion sur les politiques publiques”. Ainsi le consommateur d'héroïne se construit sur la dualité victime/délinquant. La perception des français semble avoir évolué au cours de cette décennie vers une plus grande appréhension des produits psychoactifs principalement sur le tabac et le cannabis. Cette enquête révèle la persistance d'une stigmatisation des toxicomanes par la population et une prise de conscience des conséquences induites par les SPA.

Dans notre travail nous avons mis en évidence cette stigmatisation des toxicomanes aussi par les

médecins. Par ailleurs ils considèrent qu'il subsiste une banalisation de l'usage de certains produits (spécialement le cannabis) par les patients. Pour une minorité de médecins ce sujet reste encore tabou: *''Du côté des médecins on va dire peut être un manque d'esprit ouvert là dessus"* (M3)

Les circonstances et le déroulement de la consultation en médecine générale peuvent constituer des éléments freinant ou favorisant le dépistage et la prise en charge des conduites addictives.

■ Les principaux freins à la prise en charge

Dans notre recherche la position du médecin généraliste est claire : il est au centre pour le dépistage et éventuellement pour la prise en charge, mais il y a un décalage avec la réalité.

Le principal frein pour la grande majorité des médecins est le déni du patient.

« *On a plein de gens qui font les autruches par rapport à leur consommation de toxiques* » (M20)

Pour les médecins questionnés, vouloir réaliser une intervention brève auprès d'un patient qui n'est pas en démarche de soins semble paradoxale.

Le nouveau plan gouvernemental 2013-2017 (19) axe désormais sa priorité sur la prévention. Au delà du diagnostic et de la prise en charge des patients déjà dépendants, il convient d'orienter l'attention sur l'usage nocif tout autant désastreux sur les conséquences sanitaires et sociales que la dépendance. Ces mesures ciblent en priorité les jeunes, les femmes enceintes et les personnes précaires. Comme l'indique la pyramide de Skinner *(annexe 1),* la prévention est nécessaire en ce sens.

Nous pouvons noter dans notre recherche un questionnement tabac/alcool quasi systématique, ainsi que du cannabis auprès des jeunes. Pourtant ces préconisations ne bénéficient pas encore d'une diffusion importante auprès des généralistes. Sur 3 médecins généralistes exerçant des suivis de grossesse seule une estime dépister les conduites addictives chez la femme enceinte.

Une étude récente dans notre région PACA (27), financée par la Direction Générale de la Santé,

menée par la sociologue Catherine Reynaud-Maurupt, le Docteur Christiane Amiel et leur équipe, sous la direction du Réseau Sécurité Naissance PACA Est-Haute-Corse-Monaco démontre des freins similaires à la prise en charge des pratiques addictives chez les femmes enceintes auprès de gynécologues obstréticiens, pédiatres et sages femmes. Le manque de temps et l'absence de guide sur les conduites à tenir sont les deux principaux freins incriminés. Le déni ou la culpabilité de la future mère est fortement plus présent (car il concerne également le tabac) et complique le dépistage. Ces freins ne sont donc pas spécifiques aux médecins généralistes.

Parmi les autres obstacles, le manque de temps, de formation et d'outils ainsi que l'isolement se combinent au sentiment d'impuissance du médecin qui finalement se sent peu armé pour agir.

En ce qui concerne le facteur temps, l'essai du praticien de mettre en place une consultation dédiée s'avère difficilement praticable en médecine générale, quelques médecins m'ont évoqué la non présentation du patient à cette consultation. *"On n'a pas toutes les cartes, peut être pas le temps "* (M14)

Quatre médecins étaient adhérents au réseau addictions du département et l'ont quitté en milieu d'exercice professionnel. Le motif évoqué était le manque de temps.
Le nombre d'heures consacrées à l'enseignement initial semble dérisoire au regard de l'importance que revêt le problème de l'addiction sur le plan épidémiologique. Il existe un seul item dédié à l'examen national classant; Item 45 : Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. A la faculté de médecine de Nice, un séminaire est proposé aux étudiants de deuxième cycle. Un des médecins interrogé et impliqué en addictologie m'a indiqué: *"Les gens sortent de 8/10 ans d'études sans savoir ce que c'est qu'un toxicomane."* (M18)

Le diagnostic de dépendance est difficile à réaliser en premier recours par le médecin non spécialiste, les outils fiables et valides comme le DSM, CIM 10 pour établir le diagnostic de dépendance aux SPA sont difficilement applicables en pratique clinique en médecine générale. (32)

Le manque d'outils utilisables en médecine générale est formellement signalé par 9 praticiens dont 6 qui n'ont pas la connaissance d'échelles validées. 4 seulement utilisent les tests de dépistage notamment le test de Fagerström pour déterminer le degré de dépendance nicotinique.

Le sentiment d'impuissance est principalement identifié par l'isolement du médecin tant par rapport aux réseaux qu'envers les services publics. Nous constatons que l'orientation vers un spécialiste est effectuée par tous les médecins, à un moment ou un autre dans le parcours du patient, en majorité vers un centre d'addictologie . Mais 4 médecins n'avaient pas la connaissance des CSAPA avant notre entretien et 8 médecins ne connaissent pas le réseau addictions du département.

« Je ne suis pas très performant je pense à ce niveau là, honnêtement » (M7)

■ Les représentations

En addictologie la préoccupation fondamentale des médecins est plus celle des attitudes, des comportements et du savoir être que des connaissances et du savoir faire. (23)

Certains omnipraticiens avouent refuser la prise en charge de certaines addictions. Le manque de motivation, la lassitude des échecs répétés, la perte financière, le délit de faciès, le manque d'ouverture d'esprit et les spécificités des patients (manipulation, transfert ou co-addiction, mésusage et mauvaise observance de traitements, marginalisation, plus rarement agressivité et impatience) compliquent la conduite de la consultation et constituent des freins considérables. Ceci met en évidence que les généralistes ont semble-t-il des craintes excessives concernant leurs patients au moment d'aborder un entretien sur l'addiction. "*Je gère plus ça en terme de profil, mais voyez je me fais surprendre par des gens quelques fois*" (M13)

■ Les éléments facilitant l'abord de l'addiction apparaissent peu nombreux dans ce travail:

Une étude réalisé en 2003 en Île-de-France s'est intéressée à la relation médecin-malade mais du

côté des patients. Le public fait confiance aux médecins en ce qui concerne le tabac, l'alcool et les drogues. Les répondants reconnaissent aux médecins généralistes la légitimité et les capacités pour intervenir dans les problèmes d'alcool mais cela reste un thème rarement abordé et la moitié des personnes interrogées ont un manque de connaissance sur la dangerosité des produits. (33)

La plupart des médecins interviewés dans notre travail ont déclaré que la relation de confiance tenait une place importante vis à vis de l'approche addictive. Favoriser la communication en privilégiant l'écoute, prendre le temps et ne porter aucun jugement y tient une place considérable.

"*Le médecin de famille connaît mieux les gens, les patients peuvent se confier petit à petit* " (M11)

Le sentiment de légitimité, l'intérêt et l'expérience dans le domaine encouragent l'omnipraticien à cette prise en charge. *"Il est clair que c'est une réponse qui est de terrain"* (M18)

C'est dans la prise en charge globale que se trouve la solution, il est important de bien connaître son patient mais également son contexte social et son entourage. La prise en charge est par ailleurs pluridisciplinaire malgré les difficultés d'adresser à un confrère. (26)

Mais il y a une évolution non négligeable en matière d'addiction chez les médecins généralistes. En effet dans notre étude, le fait de considérer la dépendance à une SPA comme une maladie chronique change complètement la conduite à tenir. *''C'est un malade à part entière"* (M2)

■ Les propositions suggérées par les interviewés :

→ Amplifier la formation initiale

Une étude réalisée en 1997 aux États-Unis (34) pointait la nécessité d'intégrer dans les études médicales dès le 1er cycle la notion de physiopathologie du comportement addictif. La thématique addiction devrait être intégrée à travers les différentes spécialités et non reléguée seulement à la pathologie psychiatrique où les étudiants considèrent que ce n'est pas applicable à tous les patients. Les auteurs proposent en 2ème cycle des stages, et des simulations avec des patients en utilisant les

questionnaires validés de dépistage, à intégrer dans l'interrogatoire systématique, pour être plus à l'aise avec les addictions. Ils proposent pendant l'internat d'apprendre les modalités de prescription des différents traitements. Les futurs médecins doivent connaître: les dommages et maladies en rapport, les traitements, les facteur de risque d'addiction (environnement et individuel), le repérage de l'usage nocif avant le stade de dépendance, la sensibilisation, l'éducation, la communication et leur rôle dans la rechute.

Cette formation devrait avoir comme résultat de modifier les idées préconçues et d'améliorer la prise en charge des patients addictifs.

Les praticiens questionnés sur la gestion au long cours de ces patients addicts proposent une réduction des risques, un renforcement positif pour d'autres et l'un d'entre eux pratique l'entretien motivationnel. Ce dernier qui regroupe de nombreux éléments utilisés par les médecins, semble intéressant à développer dans les études médicales, notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient.

L'entretien motivationnel décrit différents niveaux de motivation. Il a été conçu par deux psychologues, Miller et Rollnick, dans le début des années 80. Il a été développé à partir du modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente *(annexe 6)*. Il s'agit d'une méthode de communication directive, centrée sur la personne, et visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Elle fait référence pour l'alcool, le tabac comme pour les consommations de SPA illicites. L'objectif est de susciter une motivation intrinsèque. Tout passage d'une étape à la suivante doit être considéré comme une réussite.

Des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. (35,36)

→ Réviser la formation continue actuelle dans le cadre du développement professionnel continu

Une étude qualitative (37) s'est penchée sur les attentes des médecins généralistes à l'égard de la consommation d'alcool. La formation se doit d'être interactive afin de partager et critiquer les

expériences difficiles, de faire apparaître la notion de consommation à risque et la morbidité hors dépendance, de donner des repères simples au niveau des techniques de repérage et d'intervention brève, d'utiliser des mises en situation et enfin de donner un contenu rassurant sur l'acceptabilité par les patients d'un dialogue fréquent sur la consommation d'alcool.

Avec l'émergence de nouvelles molécules de synthèse, la limitation des traitements à la dépendance au cannabis et l'apparition de nouveaux traitements pour l'alcool ou substituts pour la cigarette il est primordial que les praticiens mettent à jour les connaissances.

La moitié des interviewés réclament une formation initiale et continue adaptée.

Cela pourrait s'envisager autour de groupes de Balint ou de groupe de paroles.

→ Des tests applicables et simples à l'usage du somaticien

Le concept de Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB) créé au début des années 1980 par l'OMS et validé en 2006 par la DGS, vise à une réduction de la consommation excessive d'alcool. Grâce à cette intervention, associée à la diffusion du conseil minimal *(annexe 6)* pour le tabac il a été clairement démontré par de nombreuses études que le patient écoute et change de comportement une fois sur deux à trois. (38)

Une intégration aux logiciels utilisée par le praticien de tests courts (Fagerström pour le tabac, DETA/CAGE ou FACE pour l'alcool, DETC/CAGE ou CAST pour le cannabis) peut faciliter l'abord de l'addiction *(annexe 7)*.

→ Une traçabilité du patient

Ce concept évoqué par plusieurs médecins peut se concevoir de la façon suivante. Une des praticiennes m'a déclaré que, dans certaines régions de France (Haute-Alpes, 05) il existe un carnet de suivi des patients sous traitement de substitution aux opiacés à faire signer par le prescripteur (médecin) et le délivreur (pharmacien). Ce carnet de suivi pourrait éviter les problèmes de manipulation ou de mésusage régulièrement énoncés et ralentissant la prise en charge. Ce document

existait auparavant dans les Alpes Maritimes, il suffirait de le remettre en circulation.

→ Combattre l'isolement du médecin généraliste

- Vis à vis des services publics:

L'omnipraticien s'estime seul et ressent nettement le besoin d'être soutenu dans cette prise en charge. Il considère naturellement qu'il s'agit d'un problème de santé publique, qu'une sensibilisation et qu'une information sont nécessaires. Il ne peut agir sans accompagnement. Les praticiens interrogés déclarent que la population est réceptive aux campagnes de sensibilisation diffusées en général par les médias.

Une valorisation des actes de prévention est une proposition effectuée par quelques médecins questionnés, cela aiderait le médecin a prendre le temps de dépister.

- Vis à vis des confrères et des structures spécialisées:

L'AFFSAPS confirme le rôle du médecin généraliste en tant que premier recours dans les sevrages. Elle recommande en cas d'échec de prise en charge du praticien de première ligne, une orientation vers un centre spécialisé en addictologie (39).

Il est bien établi par de nombreuses publications qu'une bonne prise en charge des addictions ne se limite pas a une formation adaptée mais implique un partenariat réel et un travail en équipe. (40)

Renforcer la connaissance du paysage addictologique départemental et notamment du réseau paraît indispensable selon plusieurs médecins.

Dans les commentaires libres, une jeune médecin m'a proposé de créer une fiche mémo (“newsletter”) sur les dernières actualités en matière d'addictologie, comme cela existe déjà pour d'autres spécialités. Cette lettre pourrait être diffusée par le biais de mails destinés à tous les généralistes de la région.

CONCLUSION

Le but de notre recherche était d'évaluer auprès des médecins généralistes, les freins au dépistage et à la prise en charge des principales addictions aux SPA ayant un impact important en terme de morbi-mortalité : le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne et les opiacés.

La question posée était : « Quelles sont les réticences et les motivations des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge des addictions aux substances psychoactives? ».

Notre enquête qualitative a permis d'explorer le vécu et les attitudes des médecins généralistes vis à vis d'un sujet considéré comme tabou. L'intérêt de cette étude a été de faciliter l'expression libre des praticiens.Leurs réticences à cette prise en charge sont variables en fonction des SPA. Ainsi si la thématique tabac est facilement abordée, les difficultés semblent surgir pour l'alcool et encore bien plus pour les autres substances. Les principaux freins évoqués en lien avec le médecin, sont le manque de temps, de formation et d'outils ainsi que l'isolement et le sentiment d'impuissance. Ceux rattachés aux patients sont par ordre décroissant, le déni, la manipulation, les échecs répétés, la mauvaise observance et le comportement.

Les omnipraticiens sont sensibles aux évolutions de la pensée addictologique et aux nouvelles thérapeutiques qui s'y rattachent.

Une formation plus précoce et continue adaptée, des tests courts et simples accessibles et une lutte contre l'isolement du médecin pourraient avoir comme résultat de modifier son attitude. Le réseau Addiction des Alpes Maritimes pourrait s'approprier nos résultats afin de procéder à la mise en place d'outils adaptés et de stratégies d'accompagnement. L'évaluation à distance des changements de comportement pourrait se faire dans le cadre d'un audit.

BIBLIOGRAPHIE

1. Touzeau Didier. Addictions et Médecine. Presse Med. 2012; 41: p1201-1208

2. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007 – 2011. Ministère de la Santé et des Solidarités sous la direction de Xavier Bertrand

3. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. INPES. En ligne: *http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf*

4. Beck F., Guignard R., Obradovic I., Gautier A., Karila L.Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 59 (2011) p 285-294

5. Le Moal Michel. L'addiction: une maladie comme une autre? La revue du praticien 2003; 53: p1294-1298

6. Aviel Goodman, M.D. Addiction: definition and implications. Commentary. British Journal of Addiction (1990) 85, 1403-1408

7. Mildt : *http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction*

8. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance. © Organisation mondiale de la Santé 2004

9. Drogues et dépendances. Le livre d'information. INPES 2007

10. Philippe BATEL, Philippe MICHAUD. Consommation d'alcool à risque ou à problèmes et interventions brèves. Gastroenterol Clin Biol 2002;26:B158-B162. © Masson, Paris, 2002

11. Mychel Reynaud, Philippe Jean Parquet, Gilbert Lagrue. Les Pratiques Addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport rédigé à la demande de Mr Joël Menard, Directeur Général de la Santé et remis à Mr Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Affaires Sociales. 09/07/1999

12. Substance-Related and Addictive Disorders © 2013 American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing.

13. Baumgärtner G, Soyka M. DSM-5--what has changed in therapy for and research on substance-related and addictive disorders?Fortschr Neurol Psychiatr.2013Nov;81(11):648-54

14. Dr Anne Dansou, Benjamin Maino, Pr Étienne Lemarié. Addiction et conduites dopantes: addiction tabagique. La revue du praticien. Vol 62 Juin 2012. p837-842

15. Dr Laurent Karila, Dr Rim Zarmdini, Dr Geneviève Lafaye, Pr Michel Reynaud. Addictions et conduites dopantes. Épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage :alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites. La revue du praticien. Vol 62. Septembre 2012; p1001-1012

16. Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Marie Line Tovar. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) 2011. Tendances n° 79, OFDT, 4 p.Février 2012

17. *www.ofdt.fr*. Drogues, chiffres clefs. 5ème édition juin 2013

18. Rôle et missions du CSAPA:
http://www.drogues-info-service.fr/IMG/article_PDF/article_252.pdf

19. Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Mildt. Adopté le 19 septembre 2013 lors d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre Jean-Marc Ayrault

20. Aubin-Auger Isabelle et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5

21. Mukamurera Joséphine et al. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratique. Recherches qualitatives − Vol. 26(1), 2006, pp. 110-138. ISSN 1715-8705 – *http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html*

22. Site internet: Extraits de guide pour la recherche qualitative *http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/interview.php*

23. Gallois Pierre. Alcool, tabac, cannabis: Comment en parler pour repérer les usages à risque? La revue du praticien de médecine générale 2005; tome 19, n°704/705: p1009-1010

24. Evangelista Cécile, Mangeant Stéphanie. Prévention, Dépistage et prise en charge des consommations d'alcool chez les adolescents: facteurs facilitants et freinants, représentations. Thèse soutenue à Lyon Est en 2011. Disponible en ligne: *http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/EVANGELISTA_MANGEANT_These_1358170188926.pdf*

25. Guinet Maud. Le médecin généraliste dans sa démarche de prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés. Thèse soutenue à Rennes en 2011. Disponible à la BIUM

26. Symons L et al. L'implication des médecins généralistes dans la détection et la gestion des mésusages d'alcool, de drogues illicites, d'hypnotiques, de tranquilisants dans la population adulte belge. Revue Exercer, vol 24, n° 110 (suppl 3); p76-77

27. Catherine Reynaud-Maurupt, Dr Christiane Amiel et al. Etude qualitative des freins au repérage précoce des conduites addictives chez la femme enceinte. Juillet 2011
Réseau Sécurité Naissance PACA Est Haute Corse Monaco

28. Pestiau Dominique. Genres et pratiques de première ligne. Santé conjuguée, octobre 2007, n°42, p69-70

29. La démographie médicale en région Provence Alpes Côte d'Azur. Situation en 2013. Conseil de l'Ordre National des Médecins. Sous la direction du Dr Jean-François RAULT, Président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale, réalisé par Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS, Géographe de la Santé.

30. François Beck, Romain Guignard, Christophe Léon, Jean-Baptiste Richard. Atlas des usages de susbstances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Ouvrage édité et diffusé gratuitement par l'Inpes ou ses partenaires

31. Jean-Michel Costes, Cécile Laffiteau, Olivier Le Nézet, Stanislas Spilka. Premiers résultats concernant l'évolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues 1999-2008. OFDT 21/06/2010.

32. HAS. Note de cadrage. Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence. Recommandation de bonne pratique. Mars 2012

33. Michaud Philippe et al. Alcool, tabac, drogue: le public fait confiance aux médecins. La revue du praticien de médecine générale 2003; tome 17, n°611: p605-608

34. Klamen Debra L., Miller Norman S.. Integration in Education for Addiction Medicine. Journal of Psychoactive Drugs July-September 1997; vol. 29 (3), p263-268

35. Site internet: *http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf*

36. Reynaud Michel, Schwan Raymund. Diagnostic des addictions. La revue du praticien 2003; 53: p1304-1314

37. Samuel R, Michaud P. Attitudes et opinions du médecin généraliste à l'égard du risque d'alcool: une approche qualitative. Pratiques médicales et thérapeutiques 2002; 21: 23-6

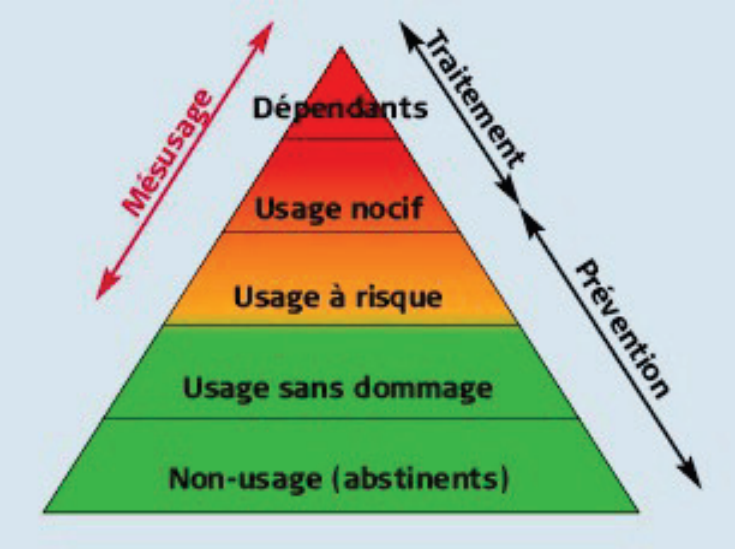
38. Michaud P., Abesdris J. Diffusion de la pratique de l'intervention brève: méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premier recours. Revue médicale suisse 2003; 61: p1917-1922

39. Afssaps. Les stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Paris, 2003.

40. Ann M. Roche, Elizabeth D. Hotham and Robyn L. Richmond. The general practitioner's role in AOD (alcohol and other drugs) issues: overcoming individual, professional and systemic barriers. Drug and Alcohol Review (2002) 21, 223-230

ANNEXES

Annexe 1 : La pyramide de Skinner



Source : Dr Marc Kreuter/Philippe Batel, Dossier L'Alcoolisme, Le généraliste no.2358

Annexe 2: Critères de diagnostic de la dépendance selon la CIM-10

Présence de trois ou plus des manifestations ci dessous, à un moment quelconque de l'année précédente :

1. Désir impératif ou sensation de compulsion pour la prise de substance

2. Difficulté à contrôler le comportement de prise de la substance en termes de début, de fin, ou de quantité utilisée

3. Présence d'un état de sevrage physiologique en cas d'arrêt ou de diminution de la prise, mis en évidence par les signes suivants:
   syndrome de sevrage caractéristique de la substance, prise de cette même substance (ou d'une substance étroitement apparentée) dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage

4. Signes de tolérance, comme par exemple augmentation nécessaire de la dose de substance psychoactive pour obtenir les effets produits initialement par des doses plus faibles

5. Perte progressive d'intérêt pour d'autres plaisirs ou activités en raison de l'usage de substance psychoactive, temps de plus en plus important passé à se procurer ou à consommer la substance, ou à récupérer de ses effets

6. Poursuite de l'usage de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives, telles que lésions hépatiques dues à l'abus d'alcool, état dépressif résultant d'une utilisation massive ou atteinte des fonctions cognitives associée à la substance. On essaiera de déterminer si l'utilisateur était réellement ou pouvait être conscient de la nature et de l'étendue des dommages.

Source: OMS (1992) Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève, Organisation mondiale de la Sante

Annexe 3 : Critères d'abus et dépendance à une substance selon le DSM-IV

Abus d'une substance selon le DSM-IV

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison

2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux

3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance

4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents

Dépendance à une substance selon le DSM-IV

Présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Tolérance (quantité ou effet)

2. Sevrage (syndrome)

3. Substance souvent prise en quantité plus importante ou prolongée

4. Désir persistant

5. Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance

6. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées

7. Utilisation de la substance poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent

Source: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2072/?sequence=21

Annexe 4 : DSM-V → critères proposés

Regroupement des critères d'abus et de dépendance avec:

- Retrait du critère des problèmes légaux récurrents (abus) --> en raison de considérations culturelles qui rendent les critères difficiles à appliquer à l'échelle internationale
- Ajout du critère de «craving»: désir impérieux de consommer

1. Incapacité de remplir des obligations importantes
2. Usage lorsque c'est physiquement dangereux
3. Problèmes interpersonnels ou sociaux conséquents
4. Tolérance
5. Sevrage
6. Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié
7. Désir ou efforts persistants pour diminuer
8. Beaucoup de temps consacré
9. Activités réduites au profit de la consommation
10. Continuer malgré le danger physique ou psychique
11. «Craving», désir impérieux

Le diagnostic exige entre deux et trois symptômes d'une liste de 11 sur 12 mois
= consommation modérée
Pour parler d'un trouble grave lié aux substances, il doit y avoir quatre ou plusieurs critères sur une durée de 12 mois.

Source: Substance-Related and Addictive Disorders © 2013 American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing.
Baumgärtner G, Soyka M. DSM-5--what has changed in therapy for and research on substance-related and addictive disorders?Fortschr Neurol Psychiatr.2013Nov;81(11):648-54

Annexe 5 : Notre guide d'entretien

THESE DE MEDECINE GENERALE

IDENTIFICATION:
Mlle BENKIRAN Leïla
Interne de médecine générale DES 3
leela637@hotmail.com
06.66.63.74.73

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

➡ *Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): repérage et gestion dans la pratique courante*

CONTEXTE DU PROJET:
Les addictions sont aujourd'hui en France comme dans beaucoup d'autres pays européens un **problème de santé publique majeur**. Elles sont responsables d'une multitude de dommages physiques, psychiques, sociaux et de vies gâchées chez les personnes dépendantes et dans leur entourage. Mais il s'agit de dommages évitables.
La consommation de substances psycho-actives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 40 000 par cancers. Les conduites addictives interviennent ainsi dans environ 30% de la mortalité prématurée (soit avant 65 ans).

Un rapport récent de l'OFDT (observatoire français des drogues et toxicomanies) est assez pessimiste: hyper alcoolisation ponctuelle chez les jeunes, consommation de cannabis la plus élevée d'Europe, usage du tabac qui fléchit peu, émergence de nouveaux produits de synthèse accessibles sur internet.

Selon l'INPES (baromètre santé médecins généralistes 2009) près des 2/3 des médecins généralistes déclarent aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient, illustrant la diffusion des pratiques de sevrage tabagique en médecine de ville. Pour l'alcool (23 %), et surtout pour le cannabis (8 %), le repérage se fait de manière moins systématique : environ 70 % des généralistes déclarent ne l'aborder que pour certains patients jugés « à risque ».

QUESTION POSEE: Quelles sont les réticences et les motivations des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge des addictions aux substances psychoactives?

OBJECTIF DE L'ETUDE:
Identifier les obstacles du médecin généraliste face à la prise en charge d'une addiction aux substances psycho actives.

Dans un second temps:
-Évaluer les facteurs facilitant l'abord des addictions en pratique.
-Recenser les propositions des médecins généralistes pour réduire ces freins

Votre participation à ce projet sera requise pour un entretien individuel d'environ 20/30 minutes au cours duquel il vous sera demandé de décrire par le biais de questions ouvertes/libres votre expérience et vos attentes sur le thème de l'addiction. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Cet entretien sera enregistrée sur bande audio si vous acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. Il restera complètement anonyme. Je ne vous appellerai pas par votre nom tout au long de notre interview. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront détruits.

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Consentement libre et éclairé
Je, _____ , déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire.
Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.
Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.
Signature de la participante ou du participant : _____
Fait à _____ , le _____ 201_

Caractéristiques des participants (médecins généralistes)

1. Vous êtes un homme ☐ une femme ☐

2. Vous avez entre
20-30 ans ☐
30-40 ans ☐
40-50 ans ☐
50-60 ans ☐
60-70 ans ☐

3. Depuis combien d'années exercez-vous ? Ou votre date d'installation?

4. Vous exercez
en milieu urbain ☐
en milieu semi-rural/rural ☐

5. Vous recevez en consultations
< 15 patients/jour ☐
15-25 patients/jour ☐
25-30 patients/jour ☐
> 30 patients/jour ☐

6. Sur le plan général comment définiriez-vous votre patientèle au niveau socio économique (en terme de logement, revenus et activités) ainsi que leur tranche d'âge approximative?

7. Dans quelle ville avez-vous suivi vos études/votre internat ? Avez-vous une/des spécialités dans votre mode d'exercice?

8. Prenez vous en charge des addictions?
Si oui : Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur la prise en charge des addictions?
De quel type (séminaire, congrès, diplôme universitaire complémentaire)?

9. Connaissez vous le réseau addictions GT 06? Si oui êtes vous adhérent?
Dans votre lieu d'exercice savez vous s'il existe un CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)?

Guide d'entretien

- A votre avis, dans votre patientèle quelle est l'importance des patients atteints d'une addiction aux substances psycho actives, en terme de prévalence?
  → Tabac? Alcool? Cannabis? Opiacés? Cocaïne?
  → Médicaments? Autres substances illicites?

- Selon vous, quelle est la place du médecin généraliste dans:
  → le dépistage des addictions (outils à disposition?)
  → leur prise en charge?

- Comment abordez vous lors de vos consultations le sujet des addictions?
  → devant quels tableaux cliniques/ motifs de consultations?
  → à quelle fréquence? (systématique, patient «estimé à risque»)
  → à quel moment de la consultation et de quelle manière?

- Quelles sont les difficultés rencontrées personnellement à ce dépistage?

- A contrario, quels sont les facteurs facilitant cet abord?

- Une fois la connaissance de l'addiction, quelle est votre prise en charge?
  → Tabac? Alcool? Cannabis? Opiacés? Cocaïne? autre...?

- Comment gérez vous le patient addicte sur la durée?
  Dans quelles circonstances faîtes vous appel à un spécialiste/centre de soins?

- D'après vous, qu'est ce qui vous permettrait d'améliorer votre manière de prise en charge?
  Que pourrait vous apporter le réseau GT06?

- Pouvez vous me décrire une situation marquante à laquelle vous avez été confronté depuis le début de votre carrière?

Annexe 6 : Les différents types d'intervention

► Le conseil minimal (le tabac):

Fumez vous? □ oui □ non

Avez vous l'intention d'arrêter? □ oui □ non

► **CADRES** : les caractéristiques de l'intervention brève (l'alcool)

Conseil : donner un conseil, un avis adapté, proposer une aide. *(Advice)*

Alliance: établir une alliance thérapeutique, basée sur l'empathie, la compréhension. *(Emphathy)*

Définir : il faut tout d'abord définir ensemble : *(Feed-back)*
- les conséquences de la consommation ;
- les modalités de la consommation ;
- les liens entre les modalités de consommation et les conséquences ;
- ainsi que les objectifs à atteindre.

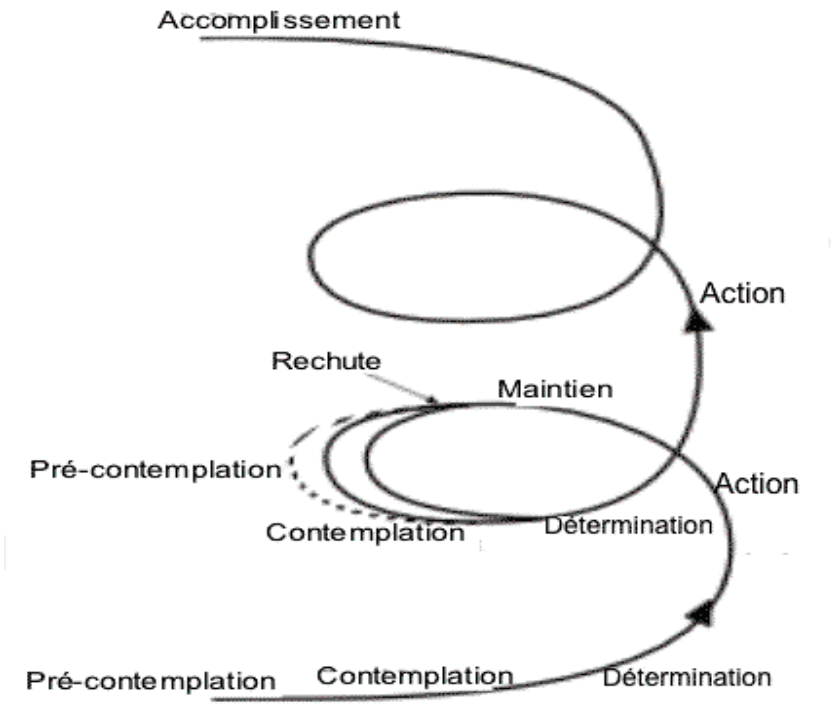
Responsabilité : en rappelant au patient que sa consommation relève de sa responsabilité.
La décision de consommer, comme de modifier cette consommation, relève de son propre choix.
(Responsability)

Encourager : il convient d'encourager le patient, de le renforcer dans ses capacités à changer son comportement et à atteindre ses objectifs, de le valoriser, de développer le sentiment de sa propre efficacité. *(Self-efficacy)*

Stratégies : de lui proposer alors un éventail de stratégies thérapeutiques, dans lequel il peut choisir celles qui lui convient en fonction de ses propres objectifs. *(Menu)*

Adaptation française du FRAMES de W.R. Miller par M. Reynaud.
Source: SFA

► L'entretien motivationnel (toutes SPA)



Les différents stades du changement: *Le modèle transthéorique des étapes du changement de James Prochaska et Carlo DiClemente (1983)*

_ **pré contemplation**: consommateur satisfait ou indécis (n'envisage pas de changement de comportement)

_ **contemplation**: envisage de changer son comportement de consommation, faire face à son ambivalence («balance décisionnelle»)

_ **détermination** : décide de changer (donner des conseils/stratégies thérapeutiques)

_ **action**: essaie de changer, change son comportement de consommation

_ **anticiper la rechute**: éviter l'effet de «violation de l'abstinence» (ressenti comme un échec) et plutôt l'envisager comme une étape

_ **maintien**: persévère dans son changement

Annexe 7 : Les tests courts utilisables en médecine générale

Test de Fagerström (complet)

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes	**3**
- 6 à 30 minutes	**2**
- 31 à 60 minutes	**1**
- Plus de 60 minutes	**0**

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

- Oui	**1**
- Non	**0**

3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- A la première de la journée	**1**
- A une autre	**0**

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- 10 ou moins	**0**
- 11 à 20	**1**
- 21 à 30	**2**
- 31 ou plus	**3**

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui	**1**
- Non	**0**

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

- Oui	**1**
- Non	**0**

Interprétation : Dépendance :

Très faible	**0-2**
Faible	**3-4**
Moyenne	**5**
Forte	**6-7**
Très forte	**8-10**

d'après Fagerström (G. de l'Homme, B. Lebeau)

Le Short tabac-test

→ Deux questions:

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
.10 ou moins : 0
.11 à 20 : 1
.21 à 30 : 2
.31 ou plus : 3

Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
.moins de 5 minutes : 3
.6 à 30 minutes : 2
.31 à 60 minutes : 1
.après plus d'1 heure : 0

Scores
* 0-1 : pas de dépendance.
* 2-3 : dépendance modérée / 4-5-6 : dépendance forte.

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Le questionnaire CAGE/DETA

1 - Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

2 - Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

3 - Avez déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

4 - Avez-vous eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolo-dépendance partir de 2 items positifs.

Traduction française du questionnaire CAGE, le DETA (acronyme de « diminuer, entourage, trop et alcool ») SFA

Le questionnaire FACE → issu du programme Boire moins c'est mieux

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois

	Score
1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	
Jamais ☐ 0 — une fois par mois ou moins ☐ 1 — 2 à 4 fois par mois ☐ 2 — 2 à 3 fois par semaine ☐ 3 — 4 fois ou plus par semaine ☐ 4	
2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	
Un ou deux ☐ 0 — trois ou quatre ☐ 1 — cinq ou six ☐ 2 — sept à neuf ☐ 3 — dix ou plus ☐ 4	
3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	
Non ☐ 0 — oui ☐ 4	
4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	
Non ☐ 0 — oui ☐ 4	
5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	
Non ☐ 0 — oui ☐ 4	
TOTAL	

Interprétation :

→ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;

→ Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.

→ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

Source: SFA

Le questionnaire DETC/CAGE Cannabis :

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de cannabis ?

2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de cannabis ?

3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez trop de cannabis ?

4. Avez-vous déjà eu besoin de fumer du cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?

→ 2 réponses positives (ou plus) sont évocatrices d'une consommation nocive.

Source: Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents. Synthèse réalisée par Ivana Obradovic. OFDT/Fédération Addiction. 2013

Le questionnaire CAST: Cannabis Abuse Screening Test

Score total de 0 à 6
. 2 ou 3 = risque élevé d'usage problématique
. > 4 = risque très élevé d'usage problématique

Une seule croix par ligne :

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? □ oui □ non

2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ? □ oui □ non

3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
□ oui □ non

4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? □ oui □ non

5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ? □ oui □ non

6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école…) ? □ oui □ non

Source : Beck F., Legleye S., Reynaud M., Karila L

Réseau ville hôpital:
listes des structures de soins en addictologie

Alpes-maritimes

Association de patients : Alcooliques anonymes
Différents lieux de réunion sur tout le département des Alpes-Maritimes
Téléphone :06 68 76 99 50/06 99 43 18 97

Antibes
Association de patients : AL-ANON - groupes familiaux Antibes
6 Bd Albert 1er 06600 Téléphone :06 11 18 96 29

Association de patients : Solidarité Aide aux Malades de l'Alcool (SAMA)
17, Boulevard Foch 06600 Téléphone :06 84 82 90 57

Centre de cure avec hospitalisation, CH d'Antibes
Quartier la Fontonne RN 7 107, Avenue de Nice 06600 Téléphone :04 97 24 77 34

Consultations spécialisées : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) Antibes
6, Rue de l'Isle 06600 Téléphone :04 93 34 34 88

Consultations spécialisées : CH d'Antibes Juan les Pins
1, Route Nationale 7, Quartier la Fontonne 06600 Téléphone :04 97 24 77 27

Consultations spécialisées : CSAPA Antibes
14, Rue Reibaud 06600 Téléphone :04 93 33 26 82

Entractes Mobile Antibes
Place du 8 mai 06600 Téléphone :06 30 55 63 81

Cabris
Clinique CALME - Centre d'Action et de Libération des Malades Ethytilique
Route de Spéracédes 06530 Téléphone :04 93 40 69 99

Cagnes-Sur-Mer
Association de patients : AL-ANON - groupes familiaux Cros de Cagnes
Place St Pierre, Maison Paroissiale 06800 Téléphone :06 11 18 96 29

Cannes
Association de patients : AL-ANON - groupes familiaux Cannes
5 rue d'Oran 06400 Téléphone :06 11 18 96 29

Association de patients : AL-ANON - groupes familiaux Cannes avec les AA
9 rue Louis Braille 06400 Téléphone :06 11 18 96 29

Centre de cure avec hospitalisation, CH de Cannes
13, Avenue des Broussailles 06400 Téléphone :04 93 69 70 15

Centre méthadone, CSAPA Cannes
27, Avenue Isola Bella 06400 Téléphone :04 93 69 72 69

Consultations spécialisées : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) Cannes
41 bis, Rue Mimont 06400 Téléphone :04 93 68 77 20

Consultations spécialisées : CH de Cannes, service Cardiologie
15, Avenue des Broussailles 06400 Téléphone :04 93 69 70 10

Consultations spécialisées : CSAPA Cannes
7, Rue Teissière 06400 Téléphone :04 93 39 14 45

Entractes mobile Cannes
Passage souterrain Rue Mimont 06400 Téléphone :06 30 55 63 81

Grasse
Association de patients : AL-ANON - groupes familiaux Grasse
Centre commercial Plein sud 30, avenue E Rouquier 06130 Téléphone :06 11 18 96 29

Centre de cure avec hospitalisation, CH de Grasse
Chemin de Clavary 06130 Téléphone :04 93 09 56 56

Consultations spécialisées : CH Grasse, Service pneumologie
Chemin de Clavary 06130 Téléphone :04 93 09 50 13

Consultations spécialisées : CSAPA Grasse
La Caravelle, Chemin de Clavary 06130 Téléphone :04 93 09 56 83

Entractes Mobile Grasse
Avenue du 11 Novembre, Parking des bus 06130 Téléphone :06 30 55 63 81

Menton
Centre de cure avec hospitalisation, CH la Palmosa
2, Rue Antoine Péglion 06500 Téléphone :04 93 28 77 77

Consultations spécialisées : CH la Palmosa, Pneumologie
2, Rue Antoine Péglion 06500 Téléphone :04 93 28 73 41

Consultations Spécialisées Addictologies : Menton
7, route du val de Gorbio 06500 Téléphone :04 92 10 13 83

Mougins
Clinique La Grangéa
707, avenue Borde 06250 Téléphone :04 93 75 79 00

Nice
Alcool Assistance Alpes-Maritimes
alcoolassist.alpesmar@orange.fr 06000 Téléphone :06 79 53 77 84

Antenne mobile PSA (prévention et soins des addictions)
Téléphone :04 92 47 81 80

Association de patients : AL-ANON - groupes familiaux Nice
22, rue de France 06000 Téléphone :06 11 18 96 29

Association de patients : Amitié la Poste/France Télécom
Maison des associations - 51, Rue Gounod 06000 Téléphone :04 97 07 04 95

Association de patients : SANSAS (Santé sans Alcool Solidarité)
87, Boulevard de l'Observatoire l'Istaou 06300 Téléphone :04 93 26 28 80/06 07 98 51 83

Association de patients : Vie libre
11bis, Boulevard Saint Roch 06300 Téléphone :09 50 33 36 19

CAARUD Lou Passagin
12 rue Emmanuel Philibert 06300 Téléphone :04 93 80 28 18

Centre de cure ambulatoire (CCAA) CHU de Nice Archet 2, Niveau - 1
151, Route de Saint Antoine de Ginestiere 06200 Téléphone :04 92 03 62 32

Centre de cure avec hospitalisation, CH Sainte Marie, Service St Christophe
87, avenue Joseph Raybaud 06009 Téléphone :04 93 13 55 64

Centre Méthadone : CHU Nice
10, Avenue Malausséna 06000 Téléphone :04 92 03 37 26

Consultations spécialisées : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), CSAPA Odyssée
2, Rue Gioffredo - Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA) 06000 Téléphone :04 93 62 62 10

Consultations spécialisées : CHU de Nice Pasteur, Service pneumologie
30, Avenue de la Voie Romaine 06002 Téléphone :04 92 03 77 67

Consultations spécialisées : CSAPA CH Ste Marie Nice
87, Avenue Joseph Raybaud BP 1519 06300 Téléphone :04 93 13 57 66

Consultations spécialisées : CSAPA Fondation ACTES
6, Avenue de l'Olivetto - Fondation ACTES 06000 Téléphone :04 93 53 17 00

Consultations spécialisées : CSAPA Emergence, PSA (prévention et soins des addictions)
8, Rue Veillon 06000 Téléphone :04 92 47 81 81

Consultations Spécialisées Addictologies : CHU Nice
10, Avenue Malausséna 06000 Téléphone :04 92 03 21 50

ENTRACTES CAARUD
Lieu à déterminer 06000 Téléphone :06 68 39 96 39

Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) CHU de Nice
Hôpital Saint Roch 06000 Téléphone :04 92 03 37 26

Unité d'hospitalisation en addictologie, CHU de Nice Archet 2
151, Route de Saint Antoine de Ginestiere, Archet 2 , niveau 1, Aile D 06200
Téléphone :04 92 03 94 67

Pegomas
Clinique du Val d'estreilles
126, chemin de l'écluse 06580 Téléphone :04 93 09 77 00

Monaco
Centre de cure avec hospitalisation, CH Princesse Grace
Avenue Pasteur 98000 Téléphone :00377 97 98 84 16

Var

> CSAPA BRIGNOLES

12 boulevard Saint-Louis 83170 BRIGNOLES

Téléphone : 04 94 69 22 38 Mail : cmpabrignoles@ch-pierrefeu.fr

> CSAPA

Boulevard Joseph Collomp Centre Hospitalier du Malmont 83300 DRAGUIGNAN Téléphone :04 94 60 56 89

> ELSA du C.H de La Dracénie

Boulevard Joseph Collomp 83300 DRAGUIGNAN Téléphone : 04 94 60 58 43

> CSAPA

414, avenue du Château de Gallieni Villa Sole Zenith 83600 FREJUS

Téléphone : 04 94 51 85 60 Mail : csst-sec@chi-frejus-saint-raphael.fr

> CSAPA de l'Hôpital de Fréjus-St-Raphaël

240 Avenue de Saint Lambert 83608 FREJUS Téléphone : 04 94 40 22 46

> Equipe d'alcoologie de liaison de l'Hôpital de Fréjus-St-Raphaël

240, avenue de St Lambert B.P 110 83608 FREJUS Téléphone : 04 94 40 21 21

> Permanence d'accueil du CSAPA de Frejus

Rond-Point du Général Diego Brosset Pole de Santé public et privé du Golfe de St-Tropez 83580 GASSIN Téléphone : 04 94 51 85 60

> Atelier Santé Massillon

18 cours Strasbourg 83400 HYERES Téléphone : 09 82 59 21 34 Mail : n.durand@amitiemassillon.fr

> **CSAPA EQUINOXE**

1, rue Poniatowski 83400 HYERES

Téléphone : 04 94 01 46 90 Mail : csapa.hyeres@ch-pierrefeu.fr

> **Hôpital de jour La Lézardière- Pôle d'addictologie-**

50, avenue Gambetta 83400 HYERES Téléphone : 04 94 65 10 06

> **CAARUD**

3 rue Franchipani 83500 LA SEYNE SUR MER Téléphone : 09 66 92 87 74

> **CSAPA AVASTOFA La Seyne**

73, boulevard de Stalingrad 83500 LA SEYNE SUR MER

Téléphone : 04 98 00 25 05 Mail : avastofa83@orange.fr

> **Point Ecoute Médiation Santé Jeunes**

5, avenue Garibaldi 83500 LA SEYNE SUR MER
Téléphone : 04 94 11 52 54 Mail : apeasiege@wanadoo.fr **Site :** www.apea.fr

> **Assistance Relais pour Tous, Education Thérapeutique, Santé, Information**

10 avenue Franklin Roosevelt 83980 LE LAVANDOU
Téléphone : 04 94 15 03 43 Mail : art.et.si@free.fr **Site :** www.artetsi.com

> **Centre de soins les Collines du Revest**

1251 route du Général de Gaulle 83200 LE REVEST LES EAUX
Téléphone : 04 94 18 10 00 Site : www.orpea.com/centre-de-soins-les-collines-du-revest

> **AIDES Toulon**

2 rue Baudin 83000 TOULON
Téléphone : 04 94 62 62 69 Mail: aides.var@orange.fr

> **CODES 83 (Comité Départemental d'Education pour la Santé)**

82, boulevard Leon Bourgeois 83100 TOULON Téléphone : 04 94 89 47 98

> **CSAPA- ANPAA 83**

8, rue Francis de Pressense 83000 TOULON Téléphone : 04 94 92 53 46

*Source: Drogues alcool tabac info service - **http://www.drogues-info-service.fr** - 0 800 23 13 13*

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure
d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la
santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté,
sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai
pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées
dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai
pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.
J'informerai les patients des décisions envisagées,
de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir
hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je
ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront
confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des
foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement
les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma
mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.
Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer
au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses ;
que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Introduction : Le trouble addictif est admis comme un dysfonctionnement du cerveau altéré par la prise chronique d'une substance psychoactive. Les addictions sont en France un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux.
L'objectif principal de l'étude est d'identifier les obstacles face au dépistage et la prise en charge des conduites addictives. Les objectifs secondaires sont de recenser les facteurs facilitant l'abord et d'analyser les propositions d'amélioration.

Méthodes : Une étude qualitative par entretien semi dirigé a été réalisée auprès de 20 médecins généralistes des Alpes Maritimes et du Var.

Résultats : Les omnipraticiens se positionnent au centre du dépistage et éventuellement de la prise en charge mais il persiste un décalage entre la théorie et les pratiques. Le principal obstacle évoqué est le déni du patient. Le manque de temps, de formation, d'outils et un isolement du médecin provoquent un sentiment d'impuissance. D'autres obstacles sont dépendants de leurs représentations. La relation de confiance, le fait de considérer l'addiction comme une maladie chronique ainsi que l'intérêt et l'expérience dans le domaine encouragent une meilleure prise en charge des patients.

Conclusion : Face à aux difficultés identifiées dans la prise en charge des conduites addictives, les médecins font des propositions d'amélioration: une formation initiale et continue adaptée, des tests simples accessibles et une lutte contre leur isolement par l'intervention du réseau addiction.

Mots clefs:

Addictions, Substances Psychoactives, Dépistage, Médecins généralistes, Etude qualitative