



HAL
open science

Les addictions dans les portfolios des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux : à propos des 131 portfolios de la session de septembre 2013

Mathilde Le Monies de Sagazan

► To cite this version:

Mathilde Le Monies de Sagazan. Les addictions dans les portfolios des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux : à propos des 131 portfolios de la session de septembre 2013. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01272169

HAL Id: dumas-01272169

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01272169>

Submitted on 10 Feb 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N°17

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Mathilde LE MONIES DE SAGAZAN

Née le 12 octobre 1983 à Talence

Le 02 Février 2016

**Les addictions dans les portfolios des internes de médecine
générale de l'Université de Bordeaux : à propos des 131 portfolios
de la session de Septembre 2013.**

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Gérard CAMPAGNE

Jury

Monsieur le Professeur Marc AURIACOMBE

Président

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Juge

Monsieur le Docteur Jacques DUBERNET

Juge

Madame le Docteur Méлина FATSEAS

Juge

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Rapporteur

Remerciements

Je voudrais remercier en premier lieu **mon Directeur de thèse**, le Docteur Gérard Campagne, pour votre disponibilité, vos encouragements et vos conseils avisés qui m'ont permis d'améliorer mon travail.

Je voudrais aussi remercier le **Professeur Marc Auriacombe** d'avoir accepté de juger mon travail et de présider ce jury.

Merci à **mon Rapporteur de thèse**, le Docteur Philippe Castera, pour votre disponibilité, pour m'avoir proposé ce sujet et pour vos derniers conseils afin de finaliser ma thèse.

Je voudrais enfin remercier **les autres membres du jury**, le Docteur William Durieux, le Docteur Mélina Fatséas et le Docteur Jacques Dubernet pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Merci à tous **les internes** des portfolios : vous lire a été une source d'enrichissement pour moi.

Merci à tous les médecins qui m'ont formée et à tous ceux que j'ai remplacés.

A ma famille : A Piel, mes parents, mes sœurs et mes grands-parents pour votre soutien et votre compréhension. A mes proches disparus, mon grand-père Yves, ma tante Yvette et ma tante Françoise.

A mes amis : à Camille, Annaik, Marine et Christelle pour m'avoir encouragée et pour vos conseils. A Vanessa dont je me suis rapprochée grâce à ce travail.

Les addictions dans les portfolios des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux : à propos des 131 portfolios de la session de Septembre 2013.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Résumé | 6 |
| 1. Introduction | 7 |
| 2. Matériel et méthodes | 9 |
| 2.1. Type d'étude | 9 |
| 2.2. Population étudiée : internes de médecine générale | 9 |
| 2.3. Le portfolio | 10 |
| 2.4. Interventions et/ou observations réalisées. | 11 |
| 2.5. Critères d'évaluation | 12 |
| 2.5.1. Description population étudiée : les internes | 12 |
| 2.5.2. Les patients..... | 13 |
| 2.5.3. Prise en charge addictologique proposée par les internes dans les récits..... | 16 |
| 2.5.4. Les perceptions et les problématiques addictologiques exprimées par les internes ... | 16 |
| 2.5.5. Tâches d'apprentissage | 17 |
| 2.6. Méthode statistique | 19 |
| 3. Résultats | 20 |
| 3.1. Description de la population : les internes | 20 |
| 3.1.1. Caractéristiques générales | 20 |
| 3.1.2. Nombre total de scripts..... | 20 |
| 3.1.3. Nombre de scripts addictologiques par portfolio | 20 |
| 3.1.4. Nombre de cas ponctuels retenus..... | 21 |
| 3.1.5. Lieu de prise en charge..... | 23 |
| 3.1.6. Semestre des internes..... | 23 |
| 3.2. Les patients | 24 |
| 3.2.1. Les patients des 1571 scripts..... | 24 |
| 3.2.2. Les patients des 518 scripts addictologiques retenus..... | 26 |
| 3.2.3. Les 333 patients dépendants et ou abuseurs..... | 30 |
| 3.2.4. Description addictologique des 198 patients dépendants et/ou abuseurs pris en charge par les internes..... | 34 |
| 3.3. Prise en charge addictologique proposée par les internes | 35 |
| 3.3.1. Prise en charge des patients dépendants et/ou abuseurs n'étant pas en demande de sevrage..... | 35 |
| 3.3.2. Prise en charge du sevrage..... | 37 |

| | | |
|-----------------------------|--|-----------|
| 3.3.3. | Cas des expositions passives | 38 |
| 3.4. | Perceptions et problématiques addictologiques exprimées par les internes..... | 39 |
| 3.4.1. | Ressenti de l'interne..... | 39 |
| 3.4.2. | Les questions qu'ils se posent sur la relation médecin malade | 40 |
| 3.4.3. | Problématiques addictologiques soulevées par les internes. | 41 |
| 3.5. | Tâches d'apprentissage | 42 |
| 3.5.1. | Cite les types d'usage | 42 |
| 3.5.2. | Concepts ou outils addictologiques..... | 42 |
| 3.5.3. | Réseaux addictologiques/ structures spécialisées. | 45 |
| 3.5.4. | Examens paracliniques | 46 |
| 3.5.5. | Repérage des urgences addictologiques | 47 |
| 3.5.6. | Place du médecin généraliste dans la prise en charge selon l'interne..... | 47 |
| 3.5.7. | Limites de ces recherches bibliographiques..... | 48 |
| 4. | Discussion..... | 50 |
| 4.1. | Points forts | 50 |
| 4.2. | Limites | 50 |
| 4.3. | Analyse des résultats..... | 51 |
| 5. | Conclusion et perspectives..... | 58 |
| 6. | Références bibliographiques | 60 |
| Annexes..... | | 63 |
| | Annexe 1 : aide à l'écriture de script..... | 63 |
| | Annexe 2 : Exemple de script (I7 CC2)..... | 65 |
| | Annexe 3 : Caractéristiques NVIVO de 10 internes et de 10 patients..... | 73 |
| | Annexe 4 : Le logiciel NVIVO | 74 |
| | Annexe 5 : Exemple d'encodage avec le script I7 CC2 | 76 |
| SERMENT MEDICAL..... | | 78 |

Résumé

Contexte : Les médecins généralistes sont fréquemment confrontés aux conduites addictives de leurs patients. Le portfolio est le moyen actuel de validation du DES de médecine générale à Bordeaux 2. Il est composé de 22 cas cliniques, 12 longs (les scripts), vécus par les internes, complexes et adaptés aux soins primaires et 10 courts (les cas ponctuels).

Objectif : Décrire la prise en charge des addictions par les internes de médecine générale et leurs perceptions via leur portfolio.

Méthode : Etude descriptive rétrospective à partir des portfolios collectés au département de médecine générale de l'Université de Bordeaux. Les scripts et cas ponctuels considérés comme addictologiques ont été analysés sur le logiciel NVIVO.

Résultats : Les portfolios de 99% des 132 internes (dont 67% de femmes) ont été analysés, soit 1571 scripts et 1310 cas ponctuels. 92% ont décrit au moins 2 scripts addictologiques (soit 518 scripts retenus (33%)). Le statut de consommation des 3 principales substances psychoactives des patients de l'ensemble des scripts est souvent tracé mais est non systématique : 27% pour le tabac, 14% pour l'alcool et 4% pour le cannabis. 64% des 520 patients des scripts retenus, sont dépendants et/ou abuseurs. Les internes emploient les termes dépendance et abus dans 13% et 14% des récits concernés. Ils prennent en compte au moins partiellement 59% des conduites addictives. Pour les patients dépendants et/ou abuseurs sans demande de sevrage, l'interne a une démarche éducative dans 22% des 132 patients sans complication somatique et dans 34% des 119 patients avec une complication. Dans 76% des 80 patients en sevrage, il propose un traitement médical. Les ressentis les plus exprimés par les internes sur la prise en charge addictologique, sont un manque de ressources personnelles (43%), de l'empathie (27%) et une remise en question (24%).

Conclusion : Les internes sont a priori sensibilisés aux situations addictologiques mais semblent manquer de formation. Un plan d'action devrait être mis en place.

Addiction in the portfolios of residents of general medicine at the University of Bordeaux : about 131 portfolios of the session of September 2013.

Background: Practitioners are frequently confronted with addictive behaviors of their patients. The portfolio is the current means of validating the general medical status of specialty diploma in Bordeaux 2. It is composed of 12 long clinical cases (scripts) experienced by residents, complex and suitable to primary care and 10 short clinical cases (specific cases).

Objective: To describe the management of addictions by general medicine residents and their perceptions through their portfolio.

Method: Retrospective descriptive study from portfolios collected in the Department of General Medicine of the University of Bordeaux. The scripts and specific cases considered as addiction situations were analyzed on the NVIVO software.

Results: the portfolios of 99% of the 132 residents (including 67% of women) were analyzed, 1571 scripts and 1310 specific cases. 92% have described at least 2 addiction scripts (total of 518 scripts (33%)). The status of the 3 main substance use in all of the scripts is often stated but unsystematic: 27% for tobacco, 14% for alcohol and 4% for cannabis. 64% of 520 patients in selected scripts, are dependent or abusers. Residents use the terms dependence and abuse in 13% and 14% of the stories involved. They take into account at least partially 59% of addictive behaviors. For patients with dependence or abuse without withdrawal request, the resident has an educational approach in 22% of 132 patients without somatic complication and in 34% of the 119 patients with a complication. In 76% of the 80 patients in withdrawal, it offers medical treatment. Felt them more expressed by residents on management of addictive behaviors, are a lack of personal resources (43%), empathy (27%) and called into question (24%).

Conclusion: The residents are a priori sensitized to addictive behaviors but seem to miss training. An action plan should be implemented.

Les addictions dans les portfolios des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux : à propos des 131 portfolios de la session de Septembre 2013.

1. Introduction

Le tabac, l'alcool et le cannabis sont les substances psychoactives les plus consommées en France. La mortalité relative aux deux premiers produits est importante puisqu'on attribue 78 000 décès au tabac par an et 49 000 à l'alcool (par maladies). L'intoxication aiguë d'alcool et ou de cannabis entraîne aussi une surmortalité avec un risque accru d'accidents mortels de la route (multiplié par 8,5 pour l'alcool et par 15 pour l'association alcool/cannabis) (1).

En 2012, plus de 11 millions de français ont déjà pris, au moins une fois, une benzodiazépine dans leur vie. Le premier prescripteur est le médecin généraliste (81%) (2).

D'après une enquête téléphonique de 2003 (3), les patients considèrent que le médecin généraliste est légitime dans la prévention alcool, tabac et drogues et est même le meilleur interlocuteur après les centres spécialisés.

La majorité des médecins généralistes pense aussi avoir un rôle dans la prévention des addictions (surtout pour le tabac et l'alcool). Le dépistage du tabagisme de manière systématique est de plus en plus intégré dans leur pratique (63%) (4). Cela semble plus problématique pour les autres substances : en effet seulement 23% de dépistage systématique pour l'alcool et moins de 8% pour le cannabis. Une des difficultés serait d'aborder le sujet : 39,5% des praticiens pour l'alcool et 41% pour les drogues ont du mal à en discuter avec leurs patients (4).

Pourquoi parler des conduites addictives des patients semble si difficile pour 40% des médecins généralistes ? La complexité de la prise en charge peut-elle être une réponse ? En quoi ces situations sont-elles complexes ?

Le portfolio est un des moyens de validation du DES de médecine générale utilisé à l'Université de Bordeaux. Il a été mis en place à la création de l'internat de médecine générale en 2004 (5). Il a pour objectif de mettre en avant des situations complexes authentiques, pouvant relever de soins primaires et vécues par les internes au cours de leurs différents stages. L'interne choisit 2-3 problématiques qui l'ont mis en difficulté et les résout (principalement par la recherche bibliographique et l'avis des experts rencontrés). Chaque situation décrite est appelée un « script ».

Considéré comme l'équivalent d'un mémoire, il est soutenu à la fin de l'internat et jusqu'à 3 ans après (2 sessions par an) devant un jury composé d'un universitaire, d'un praticien hospitalier et d'un médecin généraliste enseignant. A Bordeaux, les premières soutenances ont eu lieu en 2007. Plusieurs thèses et études ont évalué cet outil de formation (entre 2008 et 2011) en France : le Portfolio est considéré comme un bon outil pédagogique mais n'est pas toujours compris initialement par les internes (6–9). C'est pourquoi on note à Bordeaux, un renforcement de tutorat pour la rédaction du premier script, ce qui semble efficace et de

mieux en mieux accepté par les étudiants (10). Actuellement c'est le principal outil d'apprentissage utilisé dans les départements de médecine générale de France.

Les comportements addictifs, du fait de leur fréquence, devraient être présents dans les portfolios. En tant que futurs médecins généralistes, il est intéressant de connaître leur point de vue et de comprendre leurs problématiques éventuelles sur la complexité des situations addictologiques. Le sujet est original car n'a jamais été réalisé avec cet outil de travail. Cet outil pédagogique accompagne les internes tout au long de leur cursus et reste une preuve écrite de leur formation. Il reflète leurs pratiques et leur apprentissage.

Quelles sont les situations addictologiques les plus décrites dans les portfolios des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux ? Quelles en sont les caractéristiques ?

Le groupe de 132 internes ayant validé leur DES en septembre 2013 a donc été choisi pour cette analyse qui a pour objectif principal de décrire les grandes caractéristiques des situations addictologiques vécues par les internes de médecine générale durant leurs stages au travers de leur portfolio. Les objectifs secondaires sont de quantifier les situations addictologiques dans les portfolios, de décrire les difficultés et les perceptions des internes dans ces situations et de mettre en avant les résultats des recherches bibliographiques en addictologie présentes dans leur portfolio.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type d'étude

Cette étude est une analyse descriptive rétrospective.

2.2. Population étudiée : internes de médecine générale

La population d'étude choisie est la promotion d'internes de médecine générale ayant validé leur DES en septembre 2013, à l'Université de Bordeaux.

Il nous paraît important de décrire la formation reçue par ces internes.

➤ Formation théorique

Avant l'internat jusqu'en 2015, la formation théorique en addictologie commune à tous les étudiants de médecine de France, se résumait à un item du programme ECN (Examen classant national) ayant pour titre : « Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psychoactifs et substances illicites » (item N°45 module 3). Les objectifs étaient les suivants :

- Expliquer les éléments de prévention et de dépistage des conduites à risque pouvant amener à une dépendance vis-à-vis du tabac, de l'alcool ou de la drogue.
- Diagnostiquer une conduite addictive (tabac, alcool, psychotropes, substances illicites, jeux, activités sportives intensives...).
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.
- Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

A partir de 2016, les items de l'ECN changent y compris pour l'addictologie. Les objectifs restent les mêmes. 5 items y sont dédiés (Items 73 à 77 du module 3) :

- Addiction au tabac,
- Addiction à l'alcool,
- Addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés),
- Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse,
- Addictions comportementales.

Si les objectifs sont les mêmes, l'enseignement diffère d'une faculté à une autre. En voici deux exemples :

A Bordeaux, les cours sont présents sur « FormaToile », disponible sur le site internet de la faculté et permettant à l'étudiant inscrit de consulter les cours quand et autant de fois qu'il le souhaite. Les cours sont sous formes de vidéos, diapositives et d'un polycopié. Un forum est aussi à leur disposition. Tout au long de sa progression, l'étudiant doit répondre à des quiz afin d'évaluer ses acquis. Enfin une épreuve finale est proposée et est corrigée en enseignement dirigé (ED) par petits groupes (2 heures par groupe).

A Paris Descartes, les cours sont théoriques et sont estimés à 20 heures par la faculté (sur une année de 349 heures de cours). C'est autant que la radiologie.

Dans les deux facultés, l'enseignement se fait en 4-ème année.

Pendant l'internat, les cours sont obligatoires et ont lieu en fonction du lieu de stage de l'interne dans les villes suivantes : Bordeaux (plusieurs sessions), Bayonne, Pau, Bergerac, Périgueux, Agen, enfin Dax ou Mont de Marsan. Concernant l'addictologie, 3 séances de 2 heures sont prévues à cet effet : « conduites addictives : toxicomanie » ; « conduites addictives : alcool » et enfin « conduites addictives : tabac ». Les cours s'appuient sur les scripts rédigés par les internes en fonction du thème donné (cf. plus bas).

➤ Formation pratique

L'internat de médecine générale s'effectue sur 3 ans. Il est composé de 6 stages (1 par semestre) et doit respecter la maquette suivante :

- 2 semestres obligatoires dans un service hospitalier agréé : 1 en médecine adulte, 1 aux urgences.
- 1 semestre obligatoire chez le médecin généraliste
- 2 semestres dans des lieux de stage agréés (pas obligatoirement hospitaliers) dont 1 obligatoire en pédiatrie et/ou gynécologie, l'autre libre.
- Le dernier stage selon le projet professionnel de l'interne : il est possible de réaliser un autre stage chez le praticien généraliste mais avec plus d'autonomie, c'est le SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée).

Pendant le semestre obligatoire chez le médecin généraliste, 4 mini stages hors cabinet sont à réaliser. Deux mini-stages sont obligatoires, en Assurance Maladie et en CMP (centre médico-psychologique) ou CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Pour les valider, il faut réaliser 8 demi-journées sur une période de 1 mois. Actuellement, 9 villes proposent au moins un mini stage en addictologie : Périgueux, Bergerac, Montpon-Ménéstérol, Bordeaux, Dax, Mont de Marsan, Villeneuve sur lot, Bayonne et Pau.

Enfin lors des stages libres, des semestres en addictologie sont possibles. Actuellement, 5 stages sont proposés sur l'Université de Bordeaux : 1 à Périgueux, 1 à l'hôpital suburbain du Bouscat et 3 à Bordeaux.

2.3. Le portfolio

Un portfolio est composé de 12 cas cliniques dits complexes (les scripts) et de 10 histoires courtes (situations ponctuelles). Les 12 scripts, sont des situations complexes, transversales et vécues par l'étudiant au cours de son internat, composés de 5 parties (Cf. Annexe 1 et 2) :

- Le récit,
- L'analyse,
- Les tâches d'apprentissage,
- La synthèse,
- Et les références bibliographiques sous la forme de Vancouver

A noter que dans le récit, le ressenti de l'interne est demandé.

Il n'y a pas de limitation dans la longueur des scripts.

Le département de médecine générale demande aux internes de rédiger 2 scripts par semestre (soit un total de 12 scripts après 3 ans d'internat) et de les présenter en journée de formation selon un thème précis ou libre. L'enseignant s'appuie sur les scripts proposés pour faire réagir le groupe d'internes. La répartition des présentations se fait en début de semestre.

En plus des 12 scripts, il est demandé à l'étudiant de rédiger 10 cas ponctuels qui sont des cas cliniques plus courts et moins complexes que les scripts (souvent une seule problématique est traitée). Tenant compte de 132 étudiants ayant validé leur DES en Septembre 2013, nous attendons donc un effectif théorique de 1584 scripts et 1320 cas ponctuels à analyser.

2.4. Interventions et/ou observations réalisées.

Les portfolios ont été collectés au département de médecine générale de Bordeaux 2, après accord du Directeur, en mode PDF accompagnés d'une liste des étudiants ayant validé. Seuls les portfolios des internes ayant validé leur DES en Septembre 2013 ont été inclus dans l'étude.

Avant toute analyse, une étude de faisabilité avec 10 portfolios a été réalisée afin d'établir une grille d'évaluation type.

Tous les scripts ont été lus au moins une fois.

Les textes sont souvent rédigés à la première personne du singulier et comme demandé lors de la rédaction du script le ressenti des auteurs est présent. Le récit est composé :

- De l'histoire du patient et de sa description,
- Des problèmes rencontrés par l'interne,
- Des démarches pour tenter de les résoudre au moment de l'évènement.

Il est important de signaler qu'au moment du récit, l'interne est confronté aux limites de ses compétences, notamment en addictologie, et va poser les problématiques en fonction. Par définition, le repérage et/ou l'évaluation et/ou la prise en charge sont imparfaits, ont suscité des difficultés, qui seront posées dans l'analyse. **Le récit évoque donc les pratiques du lieu de stage et/ou de l'interne, de façon incomplète, selon le choix de l'étudiant dans un développement que l'on peut dire « littéraire ». L'objectif n'est pas d'afficher le standard des bonnes pratiques, mais, au contraire, les limites des compétences.**

Dans la partie « analyse », l'interne regroupe ses recherches bibliographiques permettant de valider ou invalider ses démarches ou tenter de répondre à ses questions. **L'analyse et son argumentaire permettent de combler les lacunes identifiées par l'interne, selon les niveaux de preuve. L'objectif est de présenter les standards de bonnes pratiques et de vérifier l'écart avec ce qui a été décrit dans le récit.**

Il est donc facilement compréhensible que les données issues du récit et de l'analyse ne peuvent être interprétées de la même façon, quant aux écarts aux bonnes pratiques. La dimension importante est l'apprentissage issu de ces écarts.

Parfois à la fin du script, apparaît un chapitre « réévaluation » où l'interne actualise les données, critique son script ou note les remarques faites lors d'un tutorat ou d'une présentation en cours.

Dans la majorité des cas, un script correspond à un patient, mais parfois, l'auteur peut regrouper plusieurs patients dans son récit (par exemple une fratrie ou un couple). Cela sera précisé si besoin. Il arrive même, rarement, qu'il n'y ait pas de situation clinique décrite mais un problème récurrent rencontré par l'interne ou une question spécifique. Ces scripts ne seront pas analysés.

Selon les standards, la recherche des addictions doit être systématique, et notamment pour les 3 substances psychoactives les plus utilisées (tabac, alcool, cannabis). Toutefois, les récits devant être courts et centrés sur les problématiques de la situation, il n'est pas pertinent de signaler dans le texte tous les repérages, dépistages et examens réalisés. Malgré tout il nous a paru intéressant de relever le pourcentage de situations où ce repérage a été tracé dans le récit.

Dans chaque portfolio, sont relevés les scripts (récits et recherches bibliographiques) où une addiction active, sevrée et/ou possible est décrite. Les cas ponctuels parlant d'un thème d'addiction, seront aussi relevés et analysés pour la partie théorique, les récits n'étant pas assez complexes voire même parfois absents. Les scripts retenus ont été analysés via le logiciel NVIVO. Ce logiciel est destiné aux analyses descriptives et permet de regrouper des situations communes selon un plan défini par le chercheur : c'est l'encodage. Plus de précisions seront apportées dans le chapitre « statistique ».

L'analyse est centrée sur l'interne et se regroupera autour de 4 axes principaux :

- Les descriptions addictologiques,
- La prise en charge addictologique proposée,
- Ses perceptions et la relation médecin/malade,
- Ses tâches d'apprentissage.

L'analyse des 3 premiers chapitres cités ci-dessus ne se fait que dans les récits des scripts. Les résultats de la recherche bibliographique et des cas ponctuels sélectionnés sont analysés dans le chapitre « tâches d'apprentissage ». Si les critères recherchés dans ce dernier chapitre sont présents dans le récit, ils seront aussi notifiés dans ce chapitre. Par exemple, si l'interne cite le test de Fagerström dans son récit, cela sera aussi notifié dans les tâches d'apprentissage.

2.5. Critères d'évaluation

2.5.1. Description population étudiée : les internes

- *Nombre d'internes et sexe*
- *Nombre total de scripts et de cas ponctuels*
- *Nombre de scripts addictologiques par portfolio*
- *Nombre de cas ponctuels addictologiques*
- *Semestre et lieu de stage de l'interne pour le script*

Ce chapitre permet de répondre aux questions suivantes :

- Les situations addictologiques sont-elles fréquemment décrites ?
- L'ancienneté de l'interne influe-t-elle sur sa sensibilisation à l'addictologie ?

Les scripts sont considérés addictologiques si sont cités :

- Une dépendance et/ou un abus,
- Une addiction sevrée,
- Un traitement potentiellement addictif au long cours (principalement les benzodiazépines),
- Une exposition passive (principalement les nouveaux nés/enfants).

Les usagers simples d'alcool ne seront pas relevés.

Les lieux de stage possibles sont :

- Le cabinet de médecine générale,
- Le service d'hospitalisation,
- Les consultations à l'hôpital,
- Les centres spécialisés : correspondent aux mini stages réalisés pendant le stage chez le médecin généraliste et aux stages d'addictologie de 6 mois (service d'hospitalisation) que peuvent effectuer les internes.

2.5.2. Les patients

Les patients sont décrits dans la partie « récit » du script. Certains compléments peuvent apparaître dans la partie « analyse », l'interne ayant constaté des carences dans la prise en charge réalisée.

2.5.2.1. Les patients de l'ensemble des scripts

-
- *Répartition par âge ou par caractéristiques*
 - Enfants 0-14 ans,
 - Adolescents/adultes jeunes 15-30 ans,
 - Femmes enceintes,
 - Adultes 31-65 ans,
 - Adultes de plus de 65 ans,

 - *Recherche des consommations des 3 principales substances psychoactives : tabac, alcool et cannabis.*
-

Le but de cet item, est d'avoir une vision d'ensemble des patients décrits par les internes dans leurs scripts, qu'il y ait problématique addictologique ou pas.

L'objectif est de savoir dans quelle proportion le repérage des 3 substances (tabac, alcool et cannabis) est tracé dans les scripts, dans le cadre d'une recherche qui serait systématique.

Les femmes enceintes sont distinguées car présentent un cas particulier en addictologie. Elles ne seront pas comptabilisées dans les autres catégories.

Le statut est considéré comme précisé s'il est écrit pour la substance concernée : présente, absente ou sevrée. Il est aussi recherché pour les expositions passives (surtout pour la catégorie enfant) et sera précisé.

Parmi les statuts précisés, seront relevés le nombre de consommateurs et le nombre de non consommateurs.

2.5.2.2. Les patients des scripts sélectionnés

- *Répartition par âge*
 - *Type d'usage parmi*
 - Dépendance,
 - Usage à risque/abus,
 - Usage thérapeutique,
 - Usage non précisé,
 - Addiction sevrée,
 - Exposition passive.
 - *Le retentissement somatique lié à la substance consommée est-il fréquent ?*
-

Sont décrits ici les patients des scripts concernés par une problématique addictologique.

Le terme « *dépendance* » n'est pas toujours employé par les internes dans les récits. Sont retenus dans cette catégorie les termes comme « *tabagisme actif* » ou « *éthylisme chronique* », tous patients fumeurs de tabac, et les consommations régulières voire quotidiennes pour les autres substances (sauf alcool).

Les termes « *usage à risques* », « *usage nocif* » ou « *abus* » ne sont pas toujours employés par les internes. Sont retenus dans cette catégorie les consommateurs occasionnels de substances autres que l'alcool et le tabac, les consommateurs occasionnels d'alcool avec une notion de quantité importante et les consommateurs réguliers d'alcool dont la quantité est mal évaluée ou nocive.

L'usage thérapeutique regroupe les patients présentant un traitement potentiellement addictif sans notion de dépendance. L'objectif est de savoir si la prescription de molécules addictogènes (principalement les benzodiazépines) était fréquente.

L'usage non précisé concerne les patients consommant une substance dont le mode est non défini : la consommation est-elle toujours présente ? Non quantification de la consommation d'alcool ? Etc.

Le choix d'inclure les *addictions sevrées* se justifie par l'importance de connaître la fréquence des retentissements après une consommation prolongée de substance.

Enfin pour les *expositions passives*, nous avons inclus les patients ayant eu une exposition in utero ou en air ambiant dans le but de montrer les éventuels retentissements indirects.

Un autre objectif est de savoir si le retentissement somatique par substance consommée est fréquent.

2.5.2.3. Les patients dépendants et/ou abuseurs

- *Quels sont les facteurs de risques environnementaux ?*
 - *Quelles sont les comorbidités retrouvées ?*
 - *Répartition des patients en fonction de 3 niveaux de prise en charge :*
 - *Prise en charge addictologique des patients sans complications somatiques n'étant pas en demande de sevrage,*
 - *Prise en charge addictologique des patients avec complications somatiques n'étant pas en demande de sevrage,*
 - *Les patients pris en charge pour sevrage.*
 - *L'addiction est-elle prise en compte par les médecins en formation ?*
-

Sont décrits ici les patients dépendants et/ou abuseurs.

L'objectif est de savoir si les facteurs de risques environnementaux et les comorbidités psychiatriques sont fréquemment décrits par les internes.

3 niveaux de prise en charge ont été choisis.

Le dernier item cherche à déterminer la proportion de dépendances ou d'abus pris en compte, une fois que le patient a été identifié comme concerné. Si l'interne délivre un simple conseil ou s'il propose un accompagnement refusé par le patient, nous considérons que l'addiction est prise en compte par l'interne.

La prise en charge *est totale*, si l'interne prend en compte toutes les addictions présentes dans le récit.

L'addiction est *négligée* si n'est pas du tout prise en charge par l'interne.

Enfin la prise en charge *est partielle* si une partie des addictions est prise en charge ou si l'interne ne répond pas à ses questions posées.

2.5.2.4. Description addictologique des patients dépendants et/ou abuseurs pris en charge par les internes

- *Dans le récit du script, l'interne a-t-il précisé*
 - *Le début de consommation,*
 - *La fréquence de consommation : quotidienne, hebdomadaire, festive....*
-

Dans ce chapitre seront analysés, les patients dépendants et/ou abuseurs pris en charge au moins partiellement par les internes de médecine générale.

L'objectif est de savoir ce que recherchent les internes à l'interrogatoire lors d'une prise en charge addictologique en plus des critères cités ci-dessus.

Dans la plupart des récits, la description addictologique est diluée dans le récit. Lors de l'analyse des 10 premiers portfolios, l'âge de début de consommation et la fréquence de consommation étaient les critères les plus recherchés. C'est pourquoi nous avons choisi d'analyser seulement ces 2 critères.

2.5.3. Prise en charge addictologique proposée par les internes dans les récits

- *Quelles sont les propositions de prise en charge de l'interne en fonction des niveaux de sévérité ou de la demande du patient dépendant et/ou abuseurs*
 - *Prise en charge addictologique des patients sans complications somatiques n'étant pas en demande de sevrage,*
 - *Prise en charge addictologique des patients avec complications somatiques n'étant pas en demande de sevrage,*
 - *Prise en charge du sevrage des patients,*
 - *Cas particuliers : les expositions passives*

Ce chapitre a pour objectif de mettre en avant les actions décrites par les internes dans la prise en charge des addictions avant la recherche bibliographique.

Pour plus de précisions, 3 niveaux de prise en charge ont été distincts : ceux cités ci-dessus.

D'autre part, nous nous intéresserons aussi aux démarches des internes lors de la prise en charge des patients en exposition passive.

2.5.4. Les perceptions et les problématiques addictologiques exprimées par les internes

- *Quel est le ressenti de l'interne et ses raisons ?*
 - *L'empathie,*
 - *L'intérêt pour les addictions,*
 - *Le manque de ressources personnelles,*
 - *La remise en question,*
 - *L'hostilité,*
 - *L'indifférence, absence de ressenti.*
- *L'interne se pose-t-il des questions sur la relation médecin malade ? Si oui, lesquelles ?*
- *Quelles sont les problématiques addictologiques soulevées par les internes ?*

Le ressenti est demandé lors de la rédaction d'un script. Le but est de mettre en avant les ressentis les plus fréquents exprimés par les internes et de comprendre les raisons.

Seuls les cas où l'addiction est prise en charge partiellement ou totalement sont retenus. Cela permet d'attribuer le ressenti exprimé à la situation addictologique.

6 ressentis ont été mentionnés :

- *L'empathie*
- *L'intérêt pour les addictions*
- *Le manque de ressources personnelles* regroupe les sentiments suivants : dépassé, incapable impuissant, mal à l'aise.
- *La remise en question* regroupe les sentiments suivants : doute, échec, insatisfaction, inquiétude, surprise, étonnement.

- *L'hostilité* regroupe les sentiments suivants : méfiance, jugement de valeur, contre transferts négatifs, incompréhension
- *L'indifférence, absence de ressenti.*

Les problématiques soulevées sur la relation médecin malade regroupent les questions sur la relation médecin/malade en addictologie posées par les internes. Si un interne pose plusieurs fois le même type de problématique, cela ne sera comptabilisé qu'une fois.

Les problématiques addictologiques soulevées par les internes regroupent toutes les problématiques émises par les internes concernant les addictions en dehors de la relation médecin/malade. Si un interne pose plusieurs fois le même type de problématique, cela ne sera comptabilisé qu'une fois.

3 types de problématiques sont relevés :

- *De connaissance* : regroupent la théorie et la prise en charge des addictions.
- *Economiques* : regroupent les questions sur les coûts de traitement et leur remboursement.
- *Sur l'orientation des patients vers un spécialiste* : où orienter ? Quand orienter ? Quelles sont les associations patients/addiction ?

2.5.5. Tâches d'apprentissage

Ce chapitre reflète l'apport des recherches des scripts. Sont regroupées ici les données issues des chapitres « analyse et argumentaire », « tâches d'apprentissage » et « synthèse ». Ce chapitre a donc pour objectif de mettre en avant les connaissances en addictologie acquises par les internes de médecine générale durant leur stage et/ou par autoapprentissage à travers leur portfolio.

- *Dans ses recherches bibliographiques, l'interne a-t-il cité :*
 - Différents types d'usage,
 - *selon DSM IV* : usage simple/ usage nocif ou abus de substance/ dépendance.
 - *selon DSM 5* : troubles de l'usage de substances : léger, modéré ou sévère.
 - Concepts ou outils addictologiques,
 - Examens paracliniques,
 - Repérage des urgences addictologiques,
 - Réseaux addictologiques ou structures spécialisées.
- *Place du médecin généraliste dans la pris en charge des addictions selon les internes*

Si l'un des critères recherchés est présent dans le récit des scripts, cela sera aussi noté dans ce chapitre.

Recherche d'outils diagnostiques et ou pré thérapeutique (par portfolio i.e. par interne)

| SUBSTANCE | TEST | ACRONYME |
|------------------------|---|---|
| | Sait détecter seuils à risque selon OMS | |
| ALCOOL | FACE | Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien |
| | DETA | Diminuer, Entourage, Trop, Alcool |
| | AUDIT | Alcohol use disorders test |
| | Score de Cushman | |
| BENZODIAZEPINES | ECAB | Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines |
| CANNABIS | CAST | Cannabis Abuse Screening Test |
| TABAC | Conseil minimal | |
| | Test de Fagerström | |
| | Test HAD | Hospital Anxiety-Depression scale |
| OPIACES | Score de Handelsman | |
| AUTRE | ADOSPA | Adolescents et Substances psychoactives |

Examens paracliniques :

➤ **Alcool :**

Biologie : NFS, TP, transaminases, GGT, CDT

➤ **Cannabis :**

Test urinaire THC

➤ **Héroïne, cocaïne, traitement de substitution aux opiacés :**

Recherche urinaire de toxiques

Bilan MST (VIH, VHC)

➤ **Tabac :**

Test au monoxyde de carbone (CO)

Cotinine urinaire

Repérage des urgences addictologiques

➤ **Nombre de récits décrivant une urgence addictologique**

- Nombre de récits où l'interne repère la situation comme une urgence
- L'interne sait reconnaître les différentes urgences :
 - urgences addictologiques vraies : intoxication éthylique aigüe, overdoses, syndrome de sevrage.
 - urgences psychiatriques : troubles du comportement : violence/agitation, complications psychiatriques aigües : délires, état maniaque, tentatives de suicide.

- *urgences somatiques* : hémorragie digestive, pancréatite, hépatite alcoolique ; abcès, endocardite ; accidents de la voie publique.

2.6. Méthode statistique

L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel NVIVO édité par QSR international, une des références des analyses qualitatives.

Le logiciel NVIVO permet de regrouper des situations communes selon un plan défini par le chercheur : par exemple, « patient de 78 ans » va dans la catégorie « patients de plus de 66 ans » et « tabagisme actif » va dans la catégorie « dépendance au tabac ». Cette action s'appelle l'encodage et chaque item créée est un nœud. Chaque patient et chaque interne ont un nœud qui leur est propre.

Une fois l'encodage réalisé pour tous les textes étudiés, on peut faire des recherches par regroupement de données : par exemple, « combien de patients de plus de 66 ans sont dépendants au tabac ? » C'est l'encodage matriciel.

Un autre type de recherche possible est la recherche textuelle, i.e. rechercher un mot spécifique dans les textes analysés. Par exemple, combien de fois apparaît le mot « Fagerström » ?

Pour cette analyse, deux plateformes ont été créées :

La première regroupe tous les portfolios, chaque portfolio étant un interne : cela permet d'analyser tous les scripts et favorise la recherche textuelle. Chaque portfolio a un numéro prédéfini (correspondant à l'ordre d'analyse).

La seconde regroupe tous les scripts et cas ponctuels retenus : chaque script correspond à un patient (voire deux). Tous les récits appartenant au même portfolio sont regroupés dans un seul ensemble : celui de l'interne correspondant. Les numéros attribués sont les mêmes que dans la première plateforme. L'analyse se fera principalement par regroupement de données.

3. Résultats

3.1. Description de la population : les internes

3.1.1. Caractéristiques générales

132 internes ont validé leur DES de médecine générale en septembre 2013. 1 portfolio n'a pas été retrouvé au département de médecine générale de Bordeaux et donc n'a pu être inclus. **131 (99%)** internes ont donc été inclus dans cette étude : **43 (33%)** sont des hommes et **88 (67%)** sont des femmes.

3.1.2. Nombre total de scripts

128 sur 131 internes (97,7%) ont écrit 12 scripts et 10 cas ponctuels et trois internes ont rédigé plus de scripts (un en a rédigé 16, deux 14). Parmi les 1580 scripts proposés, neuf seront exclus de l'analyse car ne relatent pas l'histoire d'un patient mais d'un thème précis. **Au total 1571 scripts sont analysés.**

3.1.3. Nombre de scripts addictologiques par portfolio

Les scripts sont considérés addictologiques si sont cités :

- Une dépendance et/ou un abus
- Une addiction sevrée
- Un traitement potentiellement addictif au long cours (principalement les benzodiazépines)
- Une exposition passive (principalement les nouveaux né/enfants)

La répartition des internes en fonction du nombre de scripts addictologiques par portfolio se fait de la manière suivante (cf. figure 1) :

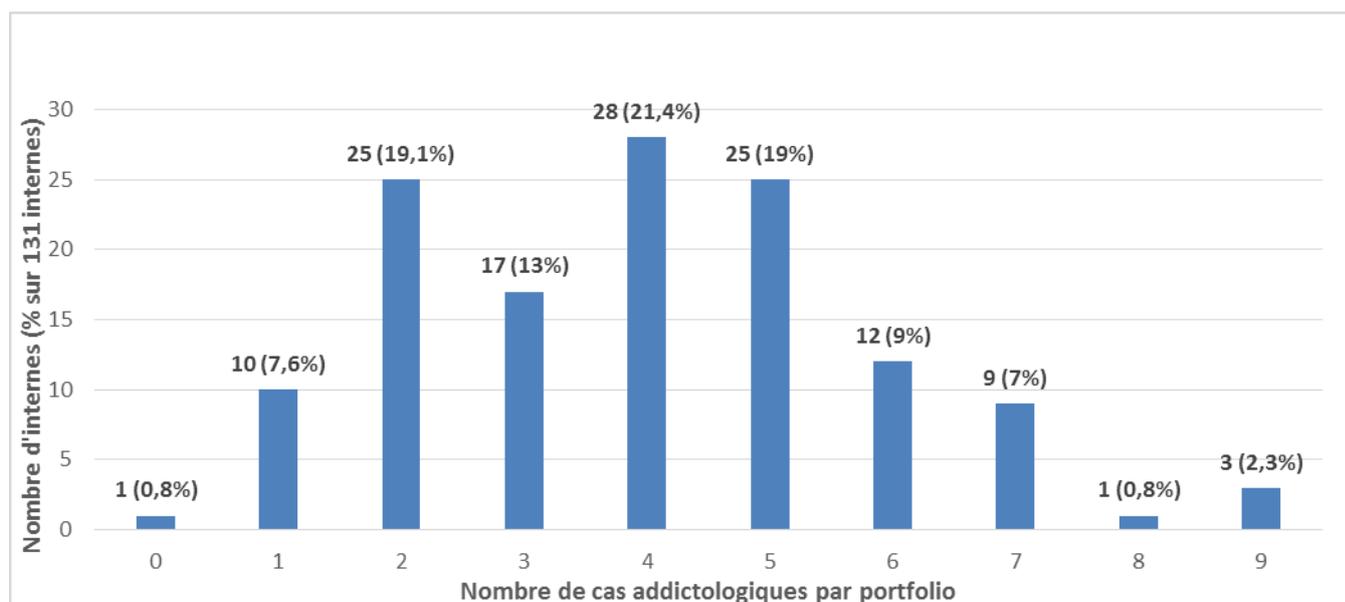


Figure 1 : Répartition des 131 internes en fonction du nombre de scripts addictologiques par portfolio.

92% (121/131) des internes ont rédigé au moins 2 scripts addictologiques.

75% (98/131) des internes ont rédigé 2 à 5 scripts décrivant une situation addictologique (actuelle, passée ou possible).

Les situations addictologiques sont donc fréquemment décrites.

Au total **518 scripts (33%)** sont retenus dans l'analyse. Parmi ces scripts, **le thème principal** est l'addictologie dans 82 cas (15,8% des scripts retenus ou 5% des scripts totaux). Ils ont été rédigés par 72 internes (55% des 131 internes) : 62 en ont rédigé 1, 10 en ont rédigé 2.

Parmi les 82 cas, les principaux motifs sont :

- Prise en charge de sevrage (59 cas)
- Renouvellement de traitement addictologique (13 cas)
- Autres (10 cas) : patients vus en prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

Dans les autres scripts, l'addictologie peut avoir une place importante, mais n'est pas le thème principal. Par exemple, prise en charge d'un patient fumeur et coronarien : au premier plan apparaît la prise en charge de l'infarctus, au second plan la dépendance au tabac.

3.1.4. Nombre de cas ponctuels retenus

38 internes (29%) ont abordé un voire deux thèmes addictologiques dans les cas ponctuels : 12 sur le sevrage tabagique, 11 sur l'alcool, 8 sur le sevrage des benzodiazépines, 9 sur le sevrage des opiacés (principalement mode de prescription des traitements de substitution) 1 sur le cannabis et enfin 1 sur l'entretien motivationnel en addictologie. **42 cas ponctuels (3,2%)** ont donc été inclus.

Le logigramme suivant résume toutes les descriptions importantes :

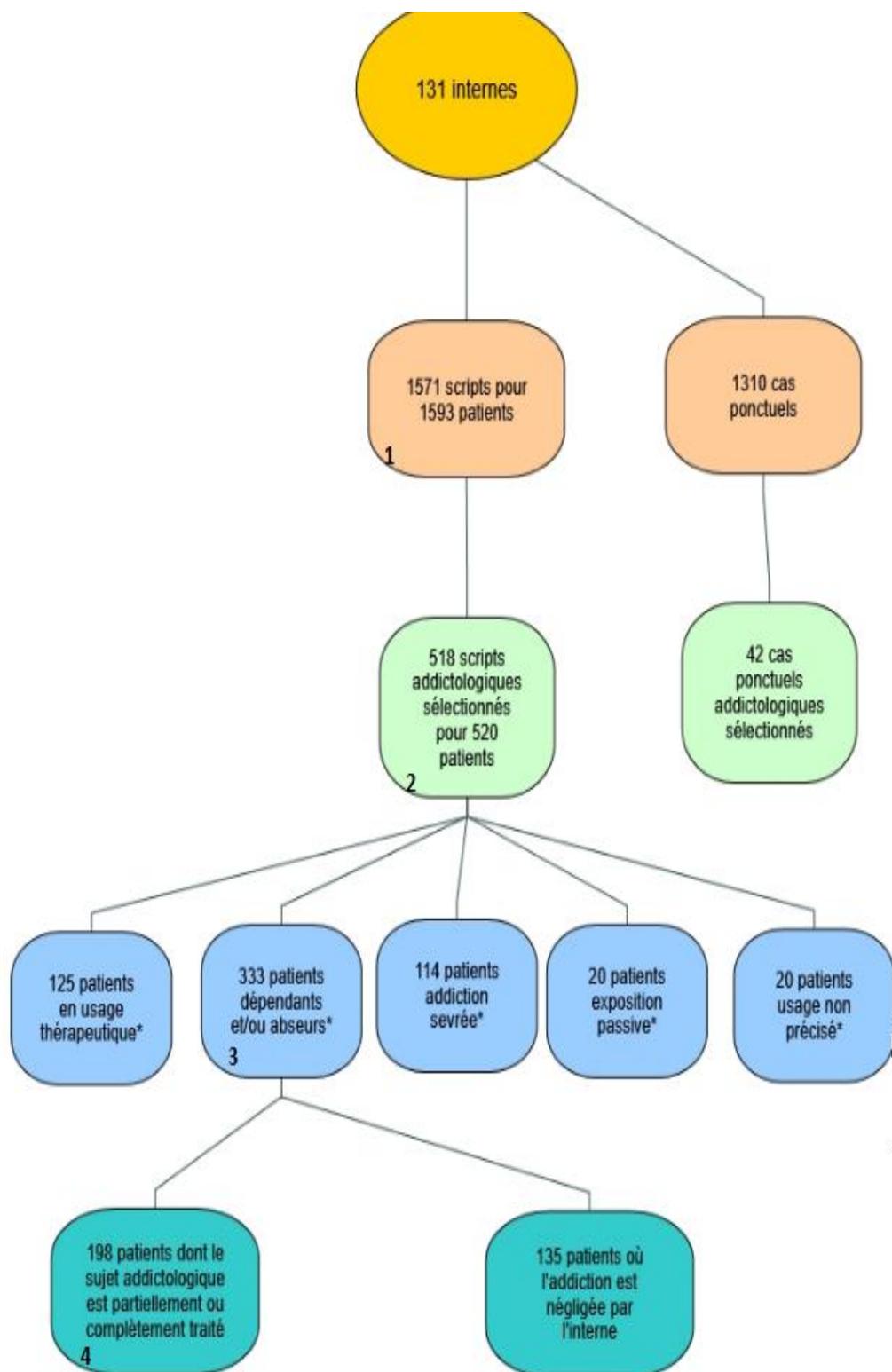


Figure 2 : Logigramme résumant les différentes descriptions

* le total de ces valeurs est supérieur à 520 patients car certains patients appartiennent à plusieurs catégories.

3.1.5. Lieu de prise en charge

Les lieux de prise en charge sont présentés dans la figure 3. Ils correspondent aux lieux où se déroulent les scripts retenus :

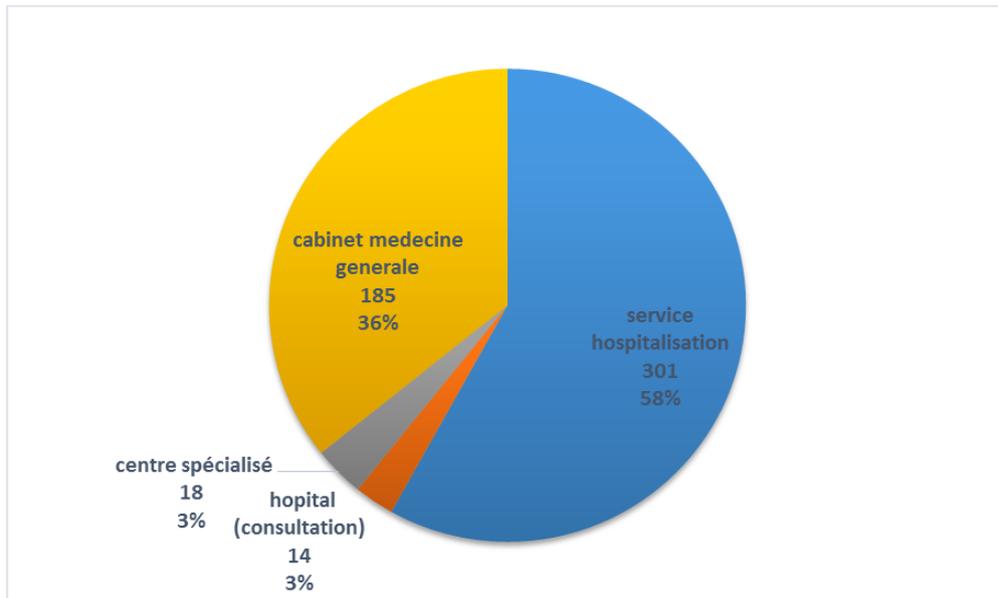


Figure 3 : lieux de prise en charge

Près de 60% des cas retenus ont été vus au cours d'une hospitalisation. Ceci est logique puisque la formation des internes est surtout hospitalière. Parmi les centres spécialisés, le seul stage d'addictologie de 6 mois décrit par les internes est celui à l'hôpital suburbain du Bouscat.

3.1.6. Semestre des internes

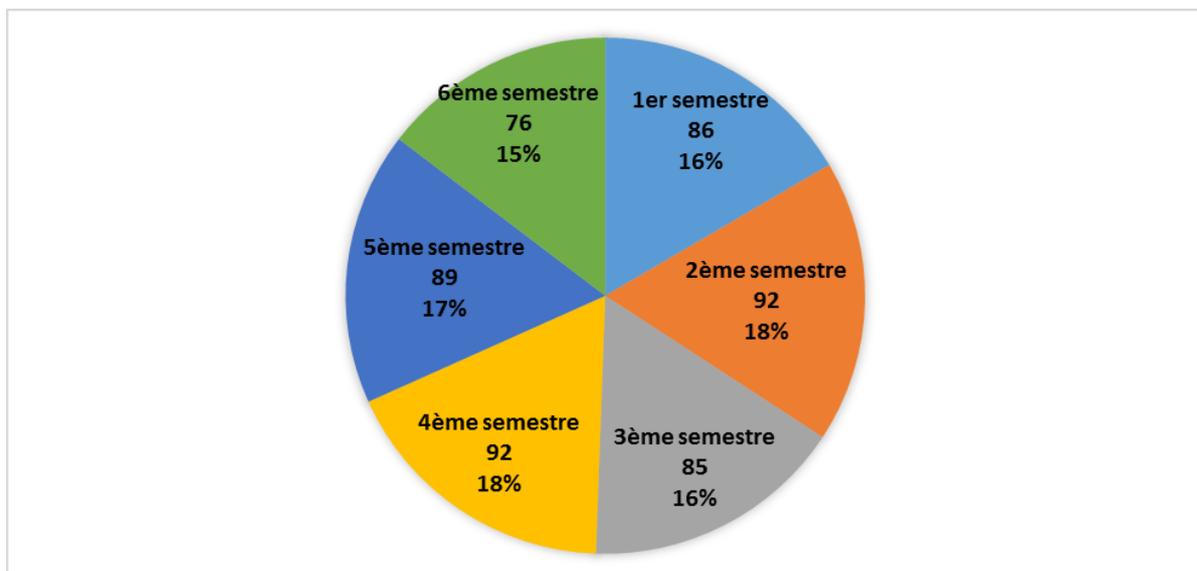


Figure 4 : Semestre des internes au moment du récit.

La répartition en fonction des semestres semble équilibrée. Les situations addictologiques sont donc observées tout au long du cursus de l'interne. L'ancienneté des internes ne semble donc pas influencer sur la fréquence des situations addictologiques proposées.

Synthèse

- ✓ 131 internes ont validé leur DES en septembre 2013 : 67% sont des femmes et 33% des hommes
- ✓ Plus de 90% des internes ont intégré dans leur portfolio au moins 2 scripts addictologiques.
- ✓ 55% des internes de médecine générale ont intégré au moins un script dont le thème principal est l'addictologie.
- ✓ Les situations addictologiques sont fréquemment décrites par les internes (518 scripts/1571 soit 33%)
- ✓ 5% des scripts totaux ont pour thème principal l'addictologie (82/1571).
- ✓ Le lieu de prise en charge est surtout hospitalier
- ✓ L'ancienneté des internes ne semble pas influencer sur la fréquence des situations addictologiques proposées

3.2. Les patients

3.2.1. Les patients des 1571 scripts

Cela correspond à la case 1 de la figure 2 (p22).

3.2.1.1. **Répartition par âge ou caractéristiques communes :**

1593 patients sont décrits parmi les 1571 scripts proposés et se répartissent de la manière suivante (cf. figure 5) :

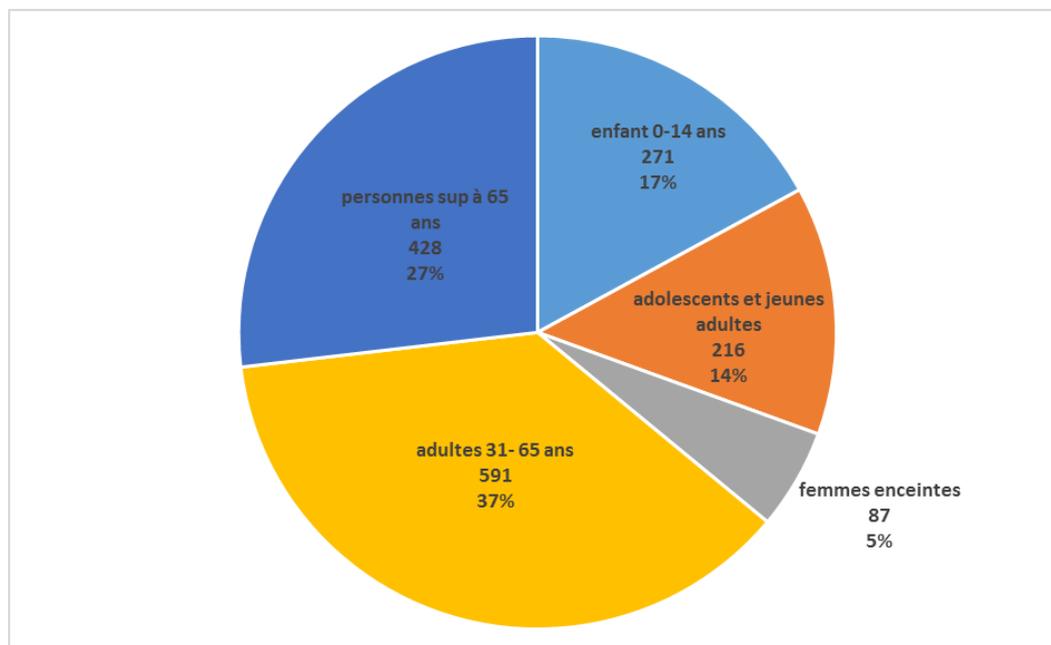


Figure 5 Répartition par âge ou par caractéristiques communes des patients des 1571 scripts (1593 patients).

3.2.1.2. Statut addictif des 1593 patients :

Le tableau 1 montre par catégorie de personnes si le statut des 3 principales addictions (tabac, alcool et cannabis) est précisé.

A noter que pour la catégorie des enfants 0-14 ans toutes les précisions sauf une sont une exposition passive (in utero ou non). Pour le reste des catégories, l'addiction précisée est active.

| | Tabac | | Alcool | | Cannabis | | Total |
|-------------------------------|--------------|--------------|------------|-------------|-----------|--------------|--------------|
| | Précisé | Non précisé | Précisé | Non précisé | Précisé | Non précisé | |
| Enfant 0-14 ans* | 22 8% | 249 92% | 8 3% | 263 97% | 3 1% | 268 99% | 271 17% |
| Ado et jeunes adultes | 72 33% | 144 67% | 26 12% | 190 88% | 29 13% | 187 87% | 216 13,5% |
| Femmes enceintes | 29 33% | 58 67% | 9 10% | 78 90% | 8 9% | 79 91% | 87 5,5% |
| Adultes 31- 65 ans | 234 39,5% | 357 60,5% | 142 24% | 449 76% | 23 4% | 568 96% | 591 37% |
| Personnes sup à 65 ans | 79 18% | 349 82% | 35 8% | 393 92% | 1 0,2% | 427 99,8% | 428 27% |
| Total | 436 27% | 1157 73% | 220 14% | 1373 86% | 64 4% | 1529 96% | 1593 100% |
| | 1593 | | 1593 | | 1593 | | |

Tableau 1 Précisions sur la consommation des 3 principales substances (tabac, alcool et cannabis) des 1593 patients.

* Pour les enfants 0-14 ans : la consommation recherchée est celle des parents (sauf dans un cas).

Au total parmi les 1593 patients on retrouve :

- Pour le tabac : dans **27%** des cas, l'interne a précisé cette consommation. Si on enlève la catégorie enfants de moins de 14 ans, le pourcentage augmente à **31%** (414 patients/ 1322 patients totaux)
- Pour l'alcool : dans **14%** des cas, l'interne a précisé la consommation de cette substance. En enlevant la catégorie enfant, on retrouve un pourcentage à **16%** (212 patients/ 1322 patients totaux).
- Pour le cannabis : dans **4%** des cas, l'interne a précisé ce statut. Sans la catégorie enfants ni personnes âgées, on retrouve un pourcentage équivalent à **7%** (60 patients/894 patients totaux).
- Parmi les **femmes enceintes**, l'interne précise la consommation de tabac dans **un tiers** des cas et seulement **10%** pour l'alcool et le cannabis

Les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis ne sont pas tracées de façon systématique dans les récits des portfolios, sans qu'il soit possible de dire si le repérage a été réalisé ou pas. Les consommations sont plus tracées pour le tabac, les 31-65 ans (tabac et

alcool), le cannabis pour les 15-30 ans. Peu d'informations sont données chez les femmes enceintes

Parmi les patients ayant une consommation précisée, on retrouve :

- *Pour le tabac* (436) : 95 patients ne fument pas, 341 sont fumeurs ou l'ont été.
- *Pour l'alcool* (220) : 68 n'en consomment pas ou sont usagers simples, 152 ont ou ont eu un usage problématique.
- *Pour le Cannabis* (64) : 25 n'en fument pas, 39 en fument ou en ont fumé.

3.2.2. Les patients des 518 scripts addictologiques retenus

Cela correspond à la case 2 de la figure 2 (p21).

3.2.2.1. **Nombre de patients**

Sur les 1593 cas, 520 patients (**32,6%**) décrits dans 518 scripts, présentent une addiction réelle ou potentielle et se répartissent de la manière suivante :

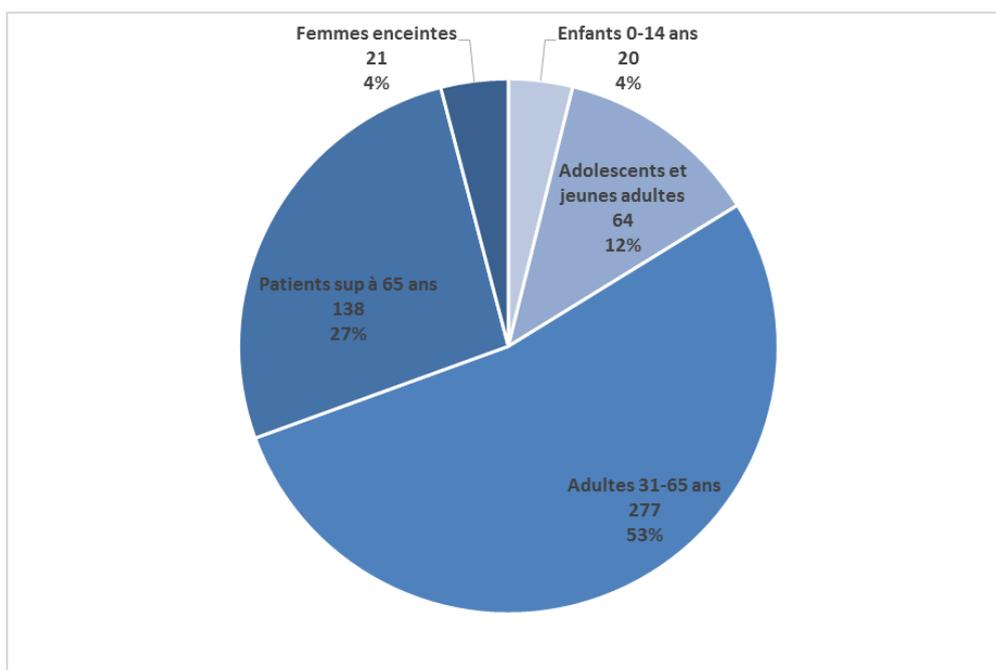


Figure 6 : Répartition par âge ou par caractéristique des 520 patients des scripts retenus.

Le logigramme suivant précise le type d'usage des patients par âge ou par caractéristique commune.

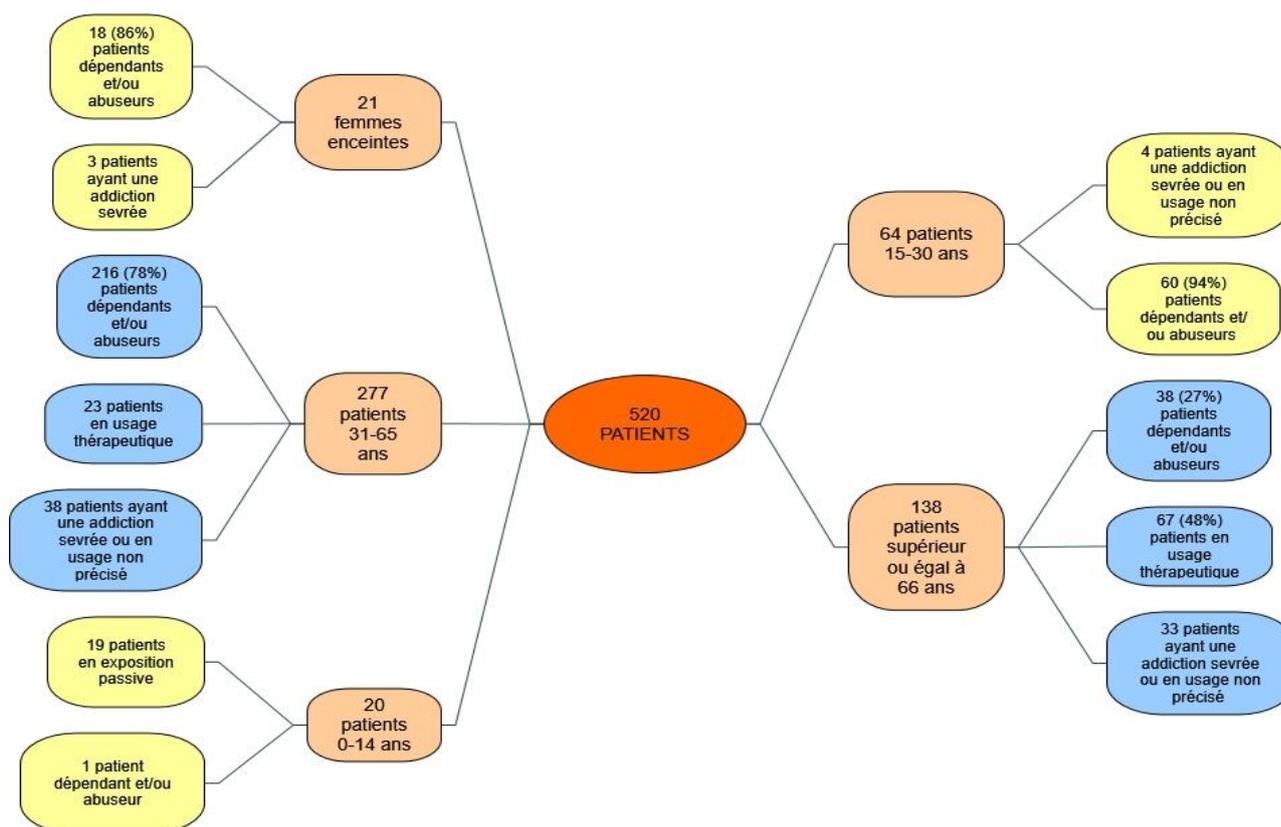


Figure 7: type d'usage par catégorie de personnes.

L'usage principal chez les femmes enceintes, les adolescents et les adultes de moins de 66 ans, est la dépendance et/ou l'abus.

Chez les patients de plus de 65 ans, l'usage principal est l'usage thérapeutique (48%) i.e. un traitement potentiellement addictif au long cours. La dépendance et/ou l'abus ne représentent que 27% de ces patients.

3.2.2.2. Types d'usage

➤ Dépendance

323 patients (62%) présentent une dépendance. Les substances sont décrites dans le tableau 2.

Le terme « **dépendance** » est utilisé **43 fois (13%)**. Sont retenus dans cette catégorie les termes comme « *tabagisme actif* » ou « *éthylisme chronique* », tous patients fumeurs de tabac, et les consommations régulières voire quotidiennes pour les autres substances (sauf alcool).

L'interne utilise des terminologies comme « avoue » ou « reconnaît » pour déclarer une consommation dans **31 situations (9,6%)**.

| Substances psycho actives | Nombre de patients |
|---------------------------|--------------------|
| tabac | 256 (79%) |
| alcool | 103 (32%) |
| cannabis | 19 (6%) |
| opiacés | 14 (4,3%) |
| médicamenteuse | 20 (6,2%) |
| autres | 4 (1,2%) |
| TOTAL | 416 |

Tableau 2 patients dépendants

Le total est supérieur au nombre de patients car certains patients présentent une poly consommation :

- **66 patients (20,5%) ont une consommation de deux substances :** principalement association **alcool/tabac** (50 patients), mais aussi association alcool ou tabac/cannabis, médicaments ou opiacés (10 patients), ou encore l'association opiacés/cannabis ou médicaments (6 patients).
- **12 patients ont une poly consommation avec au moins trois substances (ou comportement) (3,7%) :** principalement association **alcool et tabac** avec le cannabis, les médicaments et/ou les opiacés et deux cas concernant l'association tabac et cannabis avec les opiacés ou avec une dépendance aux jeux d'argent.

Pour la dépendance aux opiacés, cela inclut : dépendance à l'héroïne et le mésusage de la buprénorphine et de la méthadone.

La dépendance « autre » regroupe : la dépendance à la cocaïne (1), aux jeux d'argent (1) et au sport (2)

➤ Usage à risque/ Abus

41 patients (7,9%) sont a priori concernés par ce comportement.

Les termes « **abus** » ou « **usage à risque ou nocifs** » sont utilisés **dans 6 cas (14,6%)**. Sont retenus dans cette catégorie les consommateurs occasionnels de substances autres que l'alcool et le tabac, les consommateurs occasionnels d'alcool avec une notion de quantité importante et les consommateurs réguliers d'alcool dont la quantité est mal évaluée ou nocive.

Les substances sont les suivantes :

- **25** pour l'alcool
- **12** pour le cannabis
- **3** pour les médicaments (codéine)
- **5** pour une autre substance ou comportement : LSD, caféine, héroïne, jeux vidéo...

Certains patients présentent une poly consommation à risque :

- 4 pour le cannabis et l'alcool
- 1 patient pour le cannabis et le LSD

Au total, **333 patients (64%)** sont dépendants et/ou abuseurs.

➤ Usage thérapeutique

Les usages thérapeutiques correspondent aux patients ayant un traitement potentiellement addictif au long cours sans notion de dépendance.

125 patients (24%) ont un usage thérapeutique. Ils représentent **9,4 %** des patients de plus de 15 ans de l'ensemble des scripts (125/1322 patients de plus de 15 ans).

Ils se répartissent de la manière suivante :

- **103 (82,4%)** patients sont traités au long cours par une **benzodiazépine**
- **19 (15,2%)** patients ont un traitement prolongé par **antalgiques opioïdes faibles**
- **20 (16%)** patients sont sous **morphiniques** au long cours.

Dans cette situation certains patients présentent plusieurs traitements :

- 8 patients ont un traitement au long cours de morphine et de benzodiazépine
- 8 patients ont une association de traitement benzodiazépine et antalgiques opioïdes faibles au long cours.
- Un patient a une association antalgiques opioïdes faibles et morphine.
- Enfin 15 patients prennent plusieurs benzodiazépines.

Les traitements de substitution aux opiacés sont vus dans le chapitre « addictions sevrées ».

Au total **148 patients** ont un traitement potentiellement addictif dont **23 patients (15,5%)** sont déclarés dépendants et/ou abuseurs.

➤ Usage non précisé

20 patients (3,8%) sont concernés. Il s'agit de cas où la consommation en alcool est non évaluée ou l'usage tabac non précisé (par exemple « BPCO post tabagique » sans plus de précisions).

➤ Addictions sevrées

114 patients (20%) ont une addiction sevrée :

- 69 pour le tabac (60,5%)
- 18 pour l'alcool (16%)
- 7 pour le cannabis (6%)
- 6 pour la cocaïne (5,3%)
- 25 patients sont sevrés de l'héroïne : 18 ont un traitement substitutif (14 sous buprénorphine et 4 sous méthadone).

11 patients (9,6%) ont deux addictions sevrées : 8 pour héroïne et l'alcool, le cannabis ou la cocaïne ; 3 pour le tabac et l'alcool.

➤ Expositions passives

19 cas (3,6%) sont concernés par cette situation :

- **13 patients** ont une exposition passive en air ambiant, **6** une exposition in utero
- La principale substance incriminée est le **tabac** (16/20), mais aussi **l'alcool** (3 patients) le **cannabis** et **l'héroïne** (1 chacun), avec parfois une poly consommation.

3.2.2.3. **Les complications liées à la consommation de ces substances passées ou actuelles sont-elles fréquentes ?**

Parmi les 520 patients, les retentissements somatiques relatifs aux consommations de substances (passées ou actuelles) sont décrits par les internes dans :

- Pour le tabac : 149 cas sur 250 (**42,6%**)
- Pour l'alcool : 59 cas sur 160 (**37%**)
- Pour le cannabis : 2 sur 39 (**5%**)
- Pour les opiacés : 9 cas sur 40 (**22,5%**)
- Pour les médicaments : 28 cas sur 145 (**19%**)

Le retentissement somatique noté par les internes est fréquent pour le tabac et l'alcool (environ 4 patients sur 10) et relativement fréquent pour les médicaments et les opiacés (environ 1 patient sur 5).

Au total sur les 520 patients des scripts addictologiques :

- **333 patients (64%) sont dépendants et/ou abuseurs dont 109 patients poly-consommateurs.**
- **187 patients (36%) n'ont aucune dépendance ni d'abus actuels.**
- **Le retentissement somatique est décrit par les internes dans 42,6% des cas pour le tabac, dans 37% des cas pour l'alcool, dans 22,5% des cas pour les opiacés et dans 19% des cas pour les médicaments.**

3.2.3. Les 333 patients dépendants et ou abuseurs

Cela correspond à la case 3 de la figure 2 (p22).

Les 333 patients dépendants et/ou abuseurs représentent **21%** des 1593 patients des scripts totaux.

3.2.3.1. **Facteurs de risque recherchés**

➤ *Facteurs de risque environnementaux*

L'environnement est décrit par les internes **dans 262 cas sur 333 soit (78,7%)**. Cela s'explique par le fait que l'environnement est demandé dans le document d'aide à la rédaction du script.

Les internes ne décrivent ***pas de facteur de risque environnemental*** dans 95 cas (95 patients/333 soit 28,5%)

Les facteurs de risque environnementaux retrouvés sont :

- ***Isolement social*** (113 patients/333 soit 34%) : regroupe les personnes vivant seules à domicile, éloignement familial ou absence d'entourage.
- ***Conditions économiques précaires*** (84 patients/333 soit 25%) : regroupe les patients étant au chômage, SDF, sans couverture sociale, avec des difficultés financières ou bénéficiant de prestations sociales.
- ***Entourage difficile*** (40 patients/333 soit 12%) : regroupe les patients ayant un entourage consommateur de substances psycho actives, des relations familiales difficiles, des antécédents familiaux d'addictions, ou une négligence ou une maltraitance familiale, patients incarcérés, patients ayant vécu un traumatisme.

Certains patients ont plusieurs facteurs de risque environnementaux : 12 patients ont les trois, et 45 patients en ont deux (principalement les deux premiers).

➤ ***Comorbidités***

87 patients (26,1%) présentent un ***trouble psychiatrique*** :

- 19 patients ont une *psychose*
- 68 patients ont un *syndrome anxio-dépressif*.

Au total les facteurs de risque environnementaux et comorbidités psychiatriques mentionnés par les internes sont nombreux, puisque 1 patient sur 3 souffre d'isolement social, 1 patient sur 4 de conditions économiques précaires et enfin 1 patient sur 4 de troubles psychiatriques.

3.2.3.2. Répartition des patients dépendants et/ou abuseurs en fonction du niveau de prise en charge

3 niveaux de prise en charge ont été distingués :

- Les patients pris en charge pour sevrage addictologique : 82/333 soit 24%
- Les patients non pris en charge pour un sevrage addictologique et ne présentant pas de complications somatiques : 132/333 soit 40%
- Les patients non pris en charge pour sevrage et présentant des complications somatiques : 119/333 soit 36%

3.2.3.3. *L'addiction est-elle prise en compte par l'interne ?*

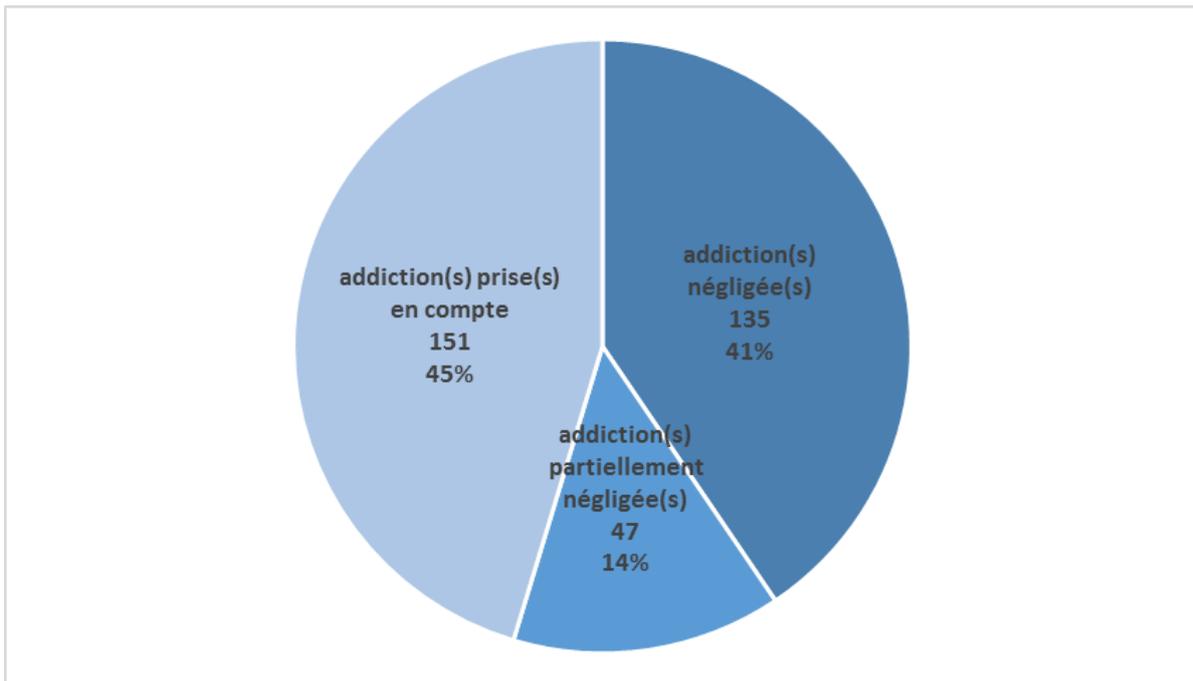


Figure 8 : Répartition des 333 patients dépendants et/ou abuseurs en fonction de la prise en compte des addictions par l'interne.

Parmi les 333 patients consommant au moins une substance, **198 patients (59%) sont pris en compte par l'interne au moins partiellement.**

135 patients (41%) sont donc négligés par les internes d'un point de vue addictologique.

➤ *Les 47 patients partiellement négligés (14%)*

Dans **43 cas (91,5%)**, une **co-addiction** est négligée ou mal évaluée par l'interne. Les consommations négligées retrouvées sont :

- Alcool dans 10 cas (23%)
- Tabac dans 33 cas (77%)
- Benzodiazépines dans 4 cas (9,3%)
- Cannabis dans 3 cas (7%)
- Certains patients ont plusieurs co-addictions non prises en charge par l'interne
- Cela est critiqué par 1 interne après ses recherches.

Dans 4 cas, l'interne suspecte une dépendance mais est non recherchée.

➤ *Les 135 patients négligés (41%)*

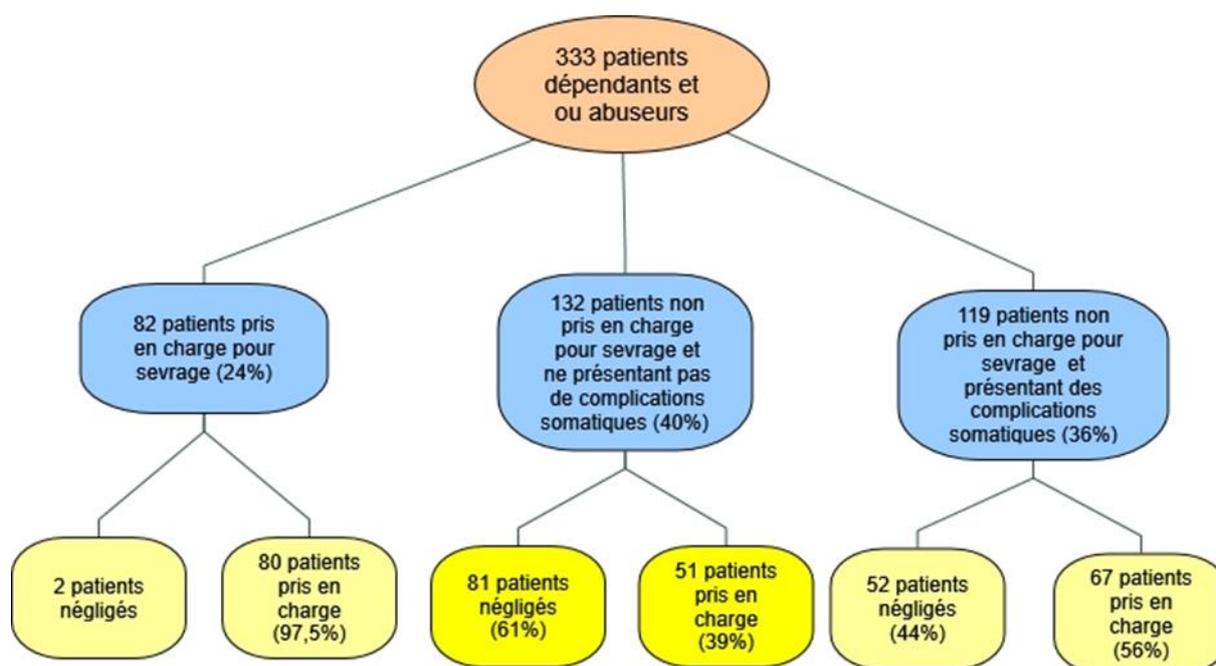


Figure 9 : Répartition des 333 patients dépendants et/ou abuseurs en fonction du niveau de prise en charge.

Les 2 patients négligés pour sevrage sont des patients hospitalisés pour un sevrage mais vus en urgence par les internes

61% des patients dépendants et/ou abuseurs non vus pour sevrage et ne présentant pas de complications somatiques ne sont pas pris en compte par les internes.

44% des patients dépendants et/ou abuseurs non pris en charge pour sevrage et présentant des complications somatiques sont négligés par les internes.

Parmi les 135 patients négligés, **108 cas (80%)** ont une consommation de substance isolée : 91 pour le tabac, 16 pour l'alcool et 1 consommation médicamenteuse

Dans 27 cas, il s'agit d'une poly-consommation : principalement alcool/tabac (16 patients), mais aussi tabac et/ou alcool/cannabis (8) ou encore tabac/addiction médicamenteuse plus ou moins associés à une dépendance à l'alcool (2) et enfin, tabac/cannabis/opiacés (1).

Une raison à cette négligence semble être présente **dans plus d'un tiers des cas (48/135 soit 35,5%)** :

- Annonce d'une maladie, grave,
- Communication impossible (patient inconscient, aphasique),
- Patient en fin de vie/soins palliatifs,
- Patient vu en urgence.

Parmi les patients négligés, on compte **6 femmes enceintes** (6/18 des femmes enceintes dépendantes et/ou abuseurs soit 33%)

En résumé :

- Dans **64%** des cas relevés, une dépendance et/ou un abus sont retrouvés.
- Parmi ces cas, l'interne prend en charge :
 - **Au moins partiellement 198 patients soit près de 60% des patients dépendants et/ou abuseurs**
 - **110 patients fumeurs de tabac sur 256 (43%)**
 - **83 patients dépendants et/ou abuseurs de l'alcool sur 128 (65%)**
 - **39 patients poly consommateurs dans leur totalité sur 109 (36%)**

3.2.4. Description addictologique des 198 patients dépendants et/ou abuseurs pris en charge par les internes

Cela correspond à la case 4 de la figure 2 (p22).

198 patients représentent **12,4%** des 1593 patients des scripts totaux.

Dans ce chapitre, nous cherchons à savoir si les 3 informations suivantes sont recherchées par les internes :

- L'âge de début consommation
- La fréquence de consommation

➤ *Age de début de consommation*

L'âge de début de consommation est précisé dans **76 cas (38%)**.

Au total l'âge de début de consommation est recherché :

- *Pour le tabac* : 34 patients sur 110 (**31%**)
- *Pour l'alcool* : 37 patients sur 83 (**45%**)
- *Pour le cannabis* : 10 patients sur 19 (**53%**)
- *Pour les opiacés* : 7 patients sur 13 (**54%**)
- *Pour les médicaments* : 6 patients sur 15 (**40%**)

L'âge de début de consommation est recherché dans près de 4 cas sur 10 (38%). Cette précision est présente dans moins d'un tiers des cas pour le tabac (31%) et moins de la moitié des cas pour l'alcool (45%).

➤ *Fréquence de consommation*

Parmi les 198 patients, 113 ont une fréquence de consommation précisée (57%).

Au total, la fréquence de consommation est recherchée :

- *Pour le tabac* : 43 patients sur 110 (**39%**)
- *Pour l'alcool* : 46 patients sur 83 (**54%**)
- *Pour le cannabis* : 11 patients sur 19 (**58%**)
- *Pour les opiacés* : 8 patients sur 13 (**61,5%**)

- Pour les médicaments : 5 patients sur 15 (33%)

Dans plus de la moitié des cas (57%), la fréquence de consommation est recherchée par les internes. Chez les patients consommateurs de tabac, ce critère est précisé dans près de 4 cas sur 10 (39%), et dans plus de la moitié des cas pour les consommateurs à risque d'alcool (54%).

Synthèse :

- ✓ La recherche de consommation des 3 principales substances psycho actives (tabac, alcool et cannabis) n'est pas systématique.
- ✓ 64% des patients des scripts retenus ont une dépendance et/ou un abus d'au moins une substance
- ✓ Le retentissement somatique est décrit par les internes dans 42,6% des cas pour le tabac, dans 37% des cas pour l'alcool, dans 22,5% des cas pour les opiacés et dans 19% des cas pour les médicaments.
- ✓ Les facteurs de risques environnementaux sont décrits par les internes dans 50% des patients dépendants et/ou abuseurs (167/333) et les comorbidités psychiatriques dans 26% de ces patients.
- ✓ Près de 60% des patients dépendants et/ou abuseurs sont pris en charge partiellement ou complètement par les internes
- ✓ La description addictologique n'est pas toujours précise :
 - Le vocabulaire employé est imprécis avec parfois une connotation péjorative
 - L'âge de début de consommation est peu recherché surtout pour le tabac
 - La fréquence de consommation est recherchée dans plus de la moitié des patients sauf chez les patients dépendants du tabac

3.3. Prise en charge addictologique proposée par les internes

Les actions proposées par les internes dans la prise en charge sont décrites en fonction du niveau de sévérité ou de la demande du patient (cf. figure 9, p33) :

- Les patients dépendants et/ou abuseurs sans complications somatiques n'étant pas en demande de sevrage,
- Les patients dépendants et/ou abuseurs avec complications somatiques n'étant pas en demande de sevrage,
- Les patients dépendants pris en charge pour sevrage.

3.3.1. Prise en charge des patients dépendants et/ou abuseurs n'étant pas en demande de sevrage.

3.3.1.1. Les patients sans complication somatique

132 patients sont inclus à ce stade. 81 sont négligés par les internes (61%). Les démarches des internes auprès des **51 patients** pris en charge se résument dans le tableau suivant :

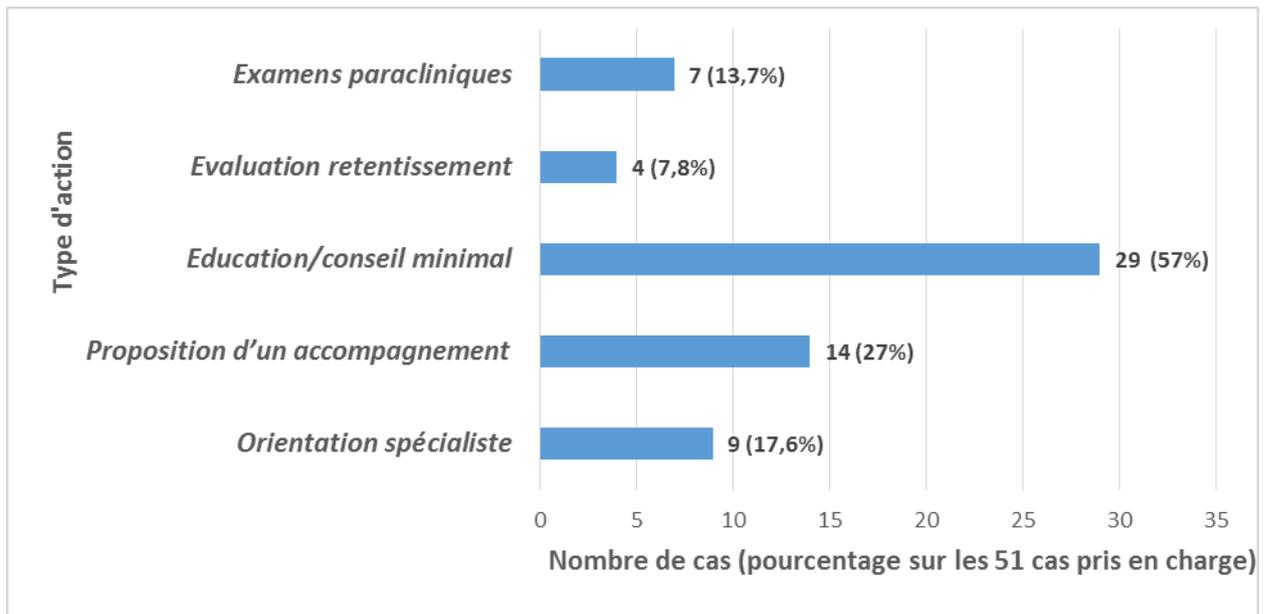


Figure 10 : Prise en charge des 51 patients dépendants et/ou abuseurs sans complications somatiques en dehors du sevrage.

L'action principale des internes est **une démarche éducative/ conseil minimal**. (57% des patients pris en charge). 9 internes (17,6%) ont proposé à leurs patients une consultation spécialisée.

Si on ramène les pourcentages à l'ensemble des 132 patients appartenant à cette catégorie, on retrouve :

- Examens paracliniques : 5,3%
- Evaluation retentissement : 3%
- Education/conseil minimal : 22%
- Proposition d'un accompagnement : 10,6%
- Orientation spécialiste : 6,8%

Sur l'ensemble des patients dépendants et/ou abuseurs sans complications somatiques, l'interne déclare éduquer ou donner le conseil minimal dans seulement 22% des cas. Les autres actions citées semblent peu réalisées (pourcentage inférieur ou égal à 10%).

3.3.1.2. Les patients ayant une complication somatique

119 patients sont inclus à ce stade. 52 (44%) patients sont négligés par les internes. Leurs démarches auprès des 67 patients pris en charge se résument dans le tableau suivant. A ce stade, **Les moyens d'évaluation de la dépendance ne sont pas rapportés.**

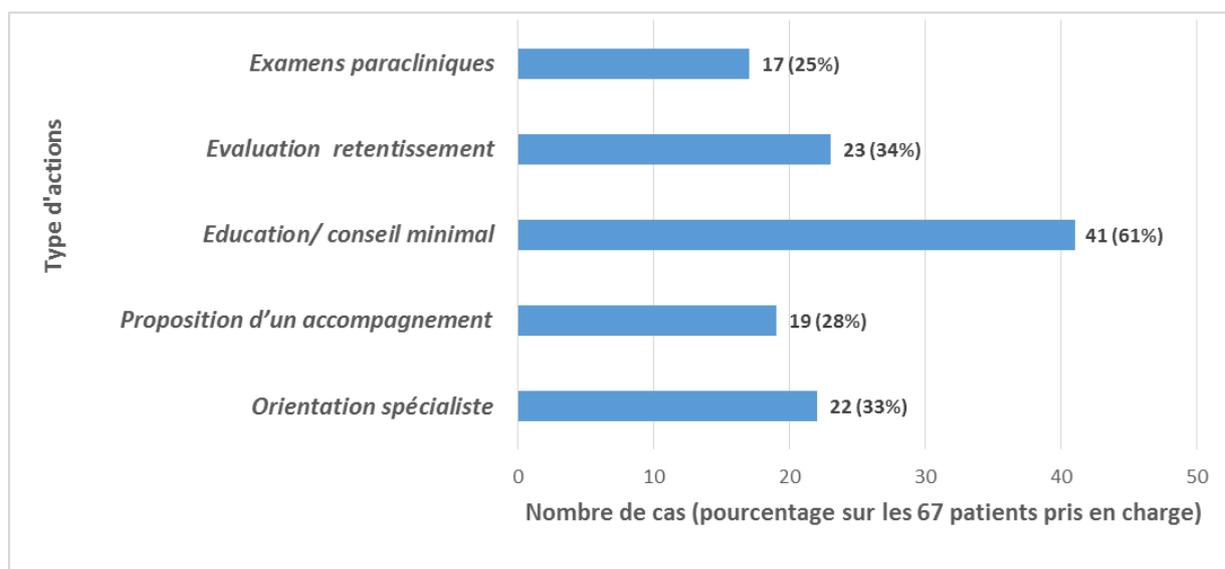


Figure 11 : Prise en charge en dehors du sevrage des 67 patients dépendants et/ou abuseurs avec complications somatiques

A nouveau, on retrouve comme action principale, **une démarche éducative** (61% des patients pris en charge). Dans environ un cas sur trois, l'interne évalue le *retentissement*. Dans la même proportion il propose au patient une *orientation à un spécialiste*. L'interne propose un *accompagnement* dans 28% des cas. Enfin dans 1/4 des cas traités, les *examens paracliniques* sont réalisés.

Si on ramène les pourcentages à l'ensemble des patients de cette catégorie on retrouve :

- Examens paracliniques : 14,3%
- Evaluation retentissement : 19,3%
- Education/conseil minimal : 34,4%
- Proposition d'un accompagnement : 16%
- Orientation spécialiste : 18,5%

Quand le patient présente des complications somatiques, l'interne semble plus interventionniste. Dans plus d'1/3 des cas, l'interne déclare éduquer et/ou donner le conseil minimal à son patient. Les examens paracliniques, l'évaluation du retentissement et l'orientation à un spécialiste semblent plus réalisées que chez les patients sans complications somatiques.

3.3.2. Prise en charge du sevrage

82 patients sont inclus à ce stade. Deux patients sont négligés par les internes car sont vus dans le cadre d'une urgence (chez des patients en cours de sevrage).

Les démarches des internes sont précisées dans le tableau suivant (sur un nombre total de 80 patients)

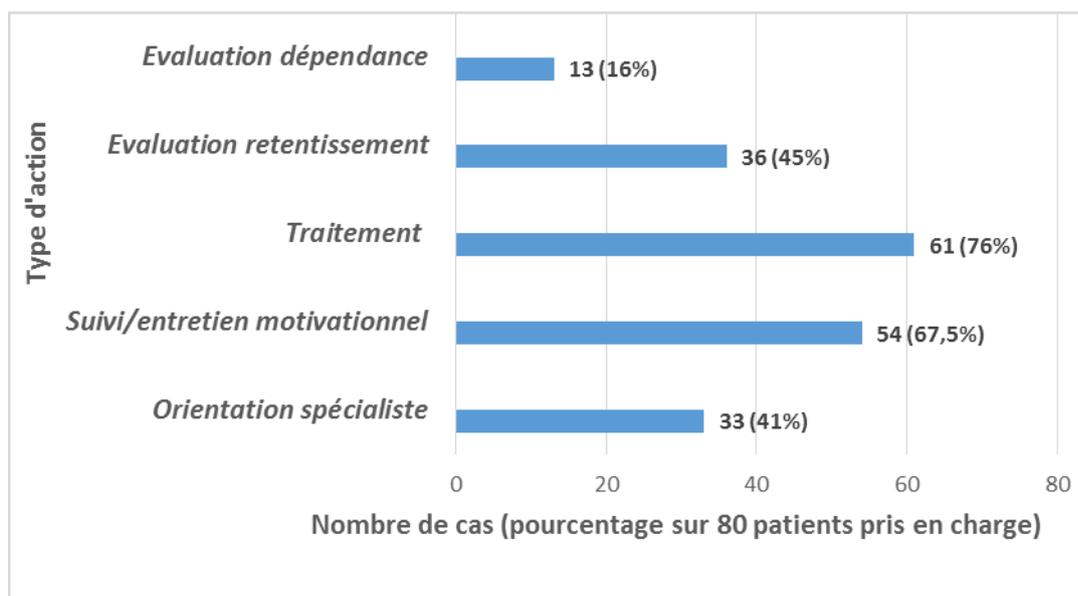


Figure 12 : Prise en charge du sevrage des 80 patients dépendants

Un suivi est considéré comme organisé si l'interne prévoit de revoir son patient s'il est en ambulatoire ou s'il organise une prise en charge dans une structure spécialisée si le patient est hospitalisé.

Dans plus de trois-quarts des situations, l'interne a proposé un **traitement médical**. Dans 41% des cas, une **orientation à un spécialiste** a été réalisée. Enfin dans deux tiers des situations, un **suivi** est proposé de manière systématique. Pour mémoire, 60% des scripts se passent dans un service hospitalier.

A noter que les moyens d'évaluation de la dépendance ne sont rapportés que dans 16% des cas.

Comparées aux patients non pris en charge pour sevrage, les actions déclarées semblent plus fréquentes.

3.3.3. Cas des expositions passives

19 Patients (enfants vus pour des complications pneumologiques ou ORL) sont concernés par cette situation :

- Le parent en cause est non vu dans **4 cas (21%)**
- Le parent dépendant est vu mais est négligé par l'interne dans **8 cas (42%)**
- L'interne prend en compte l'addiction du parent dans **7 cas (37%)** : la prise en charge est acceptée par le parent dans **3 cas**.

Dans plus d'1 cas sur 3 (37%) l'interne prend en compte la dépendance du parent en cause.

Synthèse :

- ✓ Les patients dépendants et/ou abuseurs n'étant pas en demande de sevrage et sans complications somatique semblent peu pris en charge par les internes. L'action principale est surtout éducative (57% sur les patients pris en charge et 22% sur l'ensemble des patients de cette catégorie).
- ✓ Chez les patients n'étant pas en demande de sevrage et présentant des complications somatiques, l'action principale est aussi éducative (61% sur les patients pris en charge et 34,4% sur l'ensemble des patients de cette catégorie). Les examens paracliniques, l'évaluation du retentissement et l'orientation à un spécialiste semblent plus réalisés que dans la catégorie des patients sans complications.
- ✓ Quand le patient est pris en charge pour sevrage, un traitement médical est proposé dans 3/4 des cas et un suivi dans 67%. L'évaluation du retentissement et l'orientation à un spécialiste semblent plus fréquents que dans les 2 premières catégories.
- ✓ Parmi les enfants en exposition passive avec une complication aigue, la dépendance du parent est prise en compte dans 1/3 des cas.

3.4. Perceptions et problématiques addictologiques exprimées par les internes.

3.4.1. Ressenti de l'interne

Seuls les 198 scripts où la dépendance et/ou l'usage à risque sont traités ont été retenus.

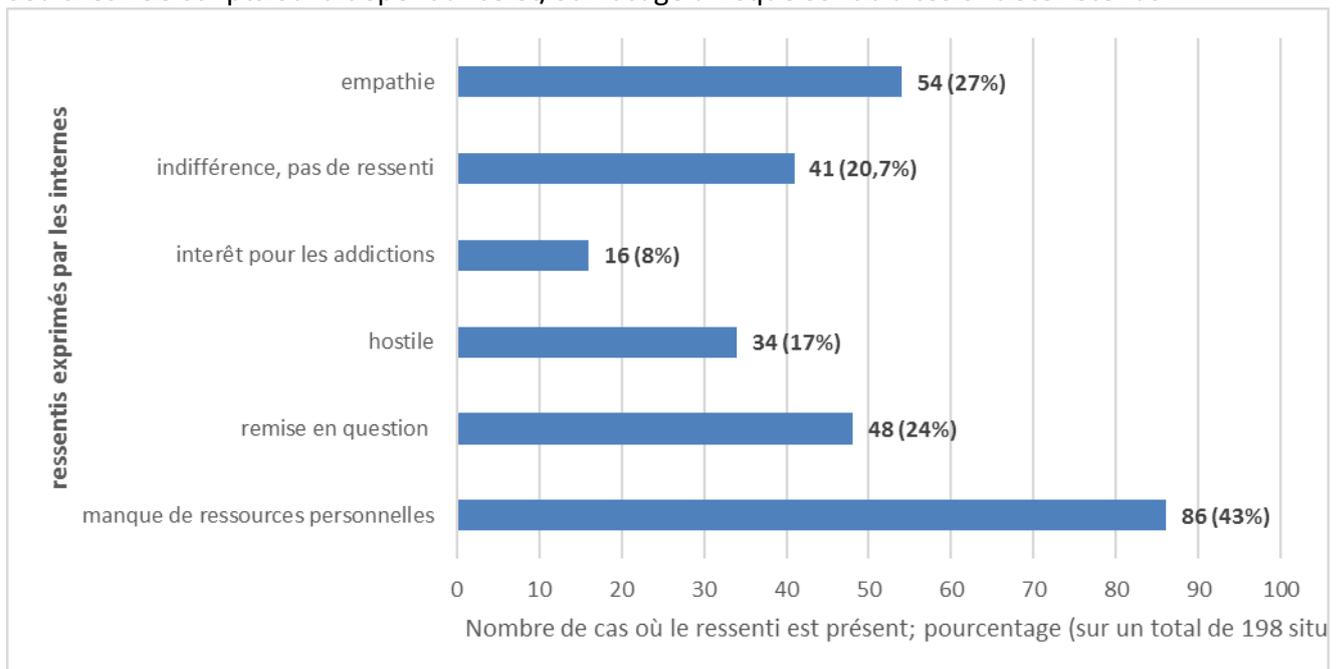


Figure 13 : Ressenti des internes parmi les 198 cas addictologiques traités.

Le nombre est supérieur au total de scripts retenus car certains internes ont exprimé plusieurs ressentis.

Le manque de ressources personnelles regroupe les sentiments suivants : dépassé, incapable impuissant, mal à l'aise.

La remise en question regroupe les sentiments suivants : doute, échec, insatisfaction, inquiétude, surprise, étonnement.

L'hostilité regroupe les sentiments suivants : méfiance, jugement de valeur, contre transferts négatifs, incompréhension.

Les ressentis pouvant favoriser la prise en charge addictologique sont les suivants :

- **L'empathie** dans 27%
- **Intérêt** pour les addictions dans 8%

Les ressentis pouvant freiner la prise en charge des addictions sont les suivants :

- **L'hostilité** (34 cas sur 198 soit 17%) les raisons retrouvées sont :
 - **Relation médecin malade difficile** : par le comportement du patient (opposant voire agressif, doute sur sa sincérité, patient envahissant...)
 - L'interne a eu des **mauvaises expériences de sevrage** : pour lui, cela est inutile
 - Le moment est jugé **inopportun** pour traiter l'addiction
- **Le manque de ressources personnelles** (86 cas sur 198 soit 43%). Les raisons retrouvées sont :
 - **Manque de connaissances** exprimé par les internes
 - **Incapacité à mener une évaluation de la prise en charge** : par le déroulement de la consultation/entretien, dans le choix du traitement thérapeutique à instaurer ou dans les informations à donner ou dans la gestion psychosociale. Dans quelques cas, l'interne déclare que la situation décrite est sa première confrontation à une prise en charge addictologique, dans d'autres cas il exprime la délicatesse d'aborder le sujet avec le patient.
 - **La communication avec le patient et/ou son entourage** peut être un obstacle : barrière de la langue, état du patient ou difficultés de compréhension entre le soignant et le patient.
- **La remise en question** (48 cas sur 198 soit 24%). Les principales raisons retrouvées sont :
 - **Sur la prise en charge** : doutes sur le choix du traitement thérapeutique à instaurer, impression d'inefficacité de la prise en charge...
 - Par rapport à **l'attitude du patient** : sa personnalité, le refus de soins
 - Enfin sur **l'état de santé du patient** : surprise ou inquiétude de la sévérité des complications.
- **L'indifférence ou l'absence de ressenti** (41 cas sur 198 soit 20,7%). Les raisons pouvant expliquer sont :
 - Parfois lors de la rédaction du **premier script**, le ressenti est absent.
 - L'interne **est observateur** et ne s'inclut pas dans la prise en charge.
 - Dans quelques cas, on observe une **banalisation** de la situation addictologique.

Pour résumer, les raisons expliquant les ressentis freinant la prise en charge des addictions sont :

- **Liées à l'interne** : manque de connaissance et/ou de confiance en soi, parfois de mauvaises expériences addictologiques.
- **Liées au patient** : relation médecin malade difficile et/ou communication impossible.

3.4.2. Les questions qu'ils se posent sur la relation médecin malade

Parmi les 131 internes, **46 (35%) internes** ont soulevé des problématiques sur la relation médecin malade qui se répartissent de la manière suivante :

- *Communication avec le patient* : comment informer, éduquer, accompagner : 40 internes (30,5%) dont 34 parlent **d'entretien motivationnel (26%)**
- *Relation médecin malade difficile* : 9 internes (6,9%)
 - comment gérer un patient et/ou un proche à personnalité difficile : 3 internes (2,3%)
 - comment gérer un refus de soin ou de prise en charge : 6 internes (4,6%)

3.4.3. Problématiques addictologiques soulevées par les internes.

Les problématiques addictologiques soulevées par les internes sont résumées dans la figure suivante.

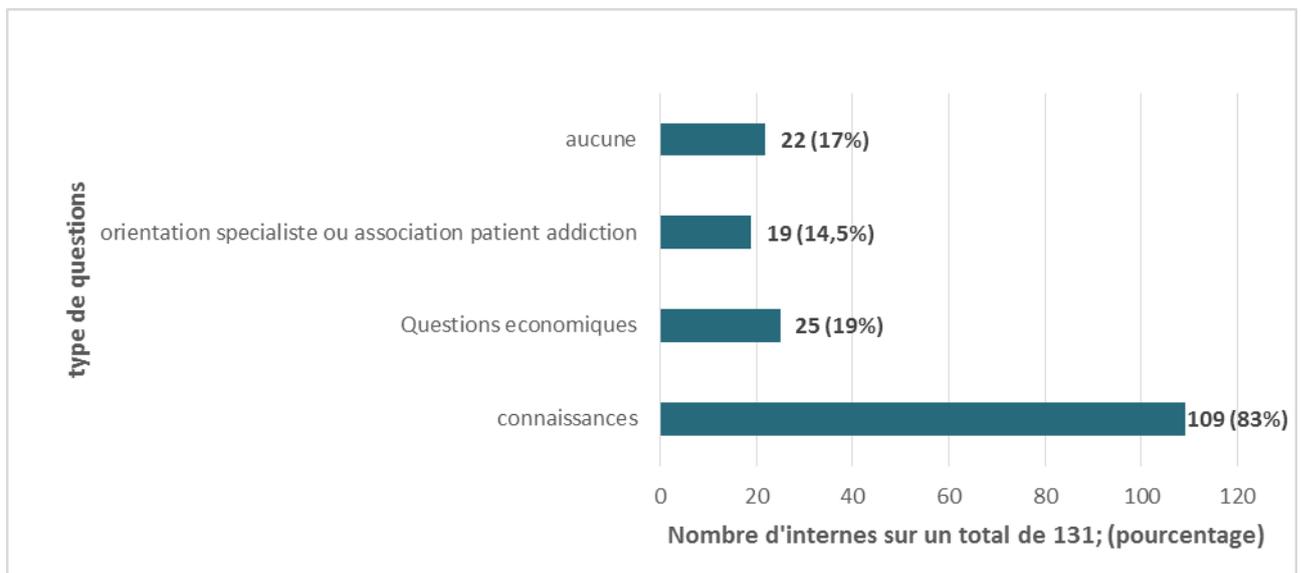


Figure 14 : questions posées par les 131 internes en addictologie.

Les questions sur les connaissances regroupent la théorie et la prise en charge des addictions.

Les questions sur l'orientation vers un spécialiste associent les problématiques suivantes : où orienter ? Quand orienter ? Quelles sont les associations patients/addiction ?

Les questions économiques concernent surtout les coûts de traitement (dont le coût journalier de la prise en charge médicamenteuse d'un sevrage) et leur remboursement. Le nombre total est supérieur au nombre d'internes car certains internes se sont posés plusieurs types de questions (37/131 soit 28%).

Au total : plus de 8 internes sur 10 (83%) ont soulevé au moins une problématique de connaissances en addictologie.

Synthèse

- ✓ Les ressentis pouvant favoriser la prise en charge addictologique sont l'empathie et l'intérêt pour les addictions.
- ✓ Les ressentis pouvant freiner la prise en charge addictologique sont un manque de ressources personnelles, une remise en question et une hostilité.
- ✓ Les raisons à ces freins sont liées aux internes (manque de connaissances et/ou de confiance en soi) et aussi aux relations médecin-malade parfois difficiles.
- ✓ Plus d'1 interne sur 3 se posent des questions sur la relation médecin malade
- ✓ L'entretien motivationnel semble être un élément de réponse pour mieux communiquer avec le patient pour 1 interne sur 4.
- ✓ 8 internes sur 10 ont soulevé au moins une problématique de connaissances en addictologie.

3.5. Tâches d'apprentissage

Ce chapitre met en avant les connaissances addictologiques acquises par les 131 internes durant leur stage et/ou issues de leurs recherches bibliographiques retrouvées dans leur portfolio.

3.5.1. Cite les types d'usage

Les types d'usage peuvent être définis selon les classifications DSM IV ou DSM 5. Parmi les 131 internes, le nombre d'internes définissant les types d'usage est :

➤ **Selon DSM IV**

- *Usage simple* : 5 internes (3,8%)
- *Usage nocif ou abus* : 21 internes (16%)
- *Dépendance* : 73 internes (56%)

➤ **Selon DSM 5 trouble de l'usage** : 4 internes (3%)

Le DSM 5 étant publié en mai 2013, il est normal que les troubles de l'usage soient peu cités.

Plus de la moitié des internes (56%) ont défini le terme « dépendance » et seulement 1 interne sur 6 (16%) les termes « usage nocif » ou « abus ».

3.5.2. Concepts ou outils addictologiques.

Parmi les 131 internes, **86 (66%)** ont intégré au moins un concept ou un outil addictologique sur au moins une substance.

Les figures suivantes montrent les concepts et les outils par substance recherchés par les internes.

➤ *Outils concernant l'alcool*

40 internes (30,5%) ont intégré au moins un outil ou un concept concernant l'alcool.

Les tests ou concepts recherchés par les internes sont précisés dans la figure suivante.

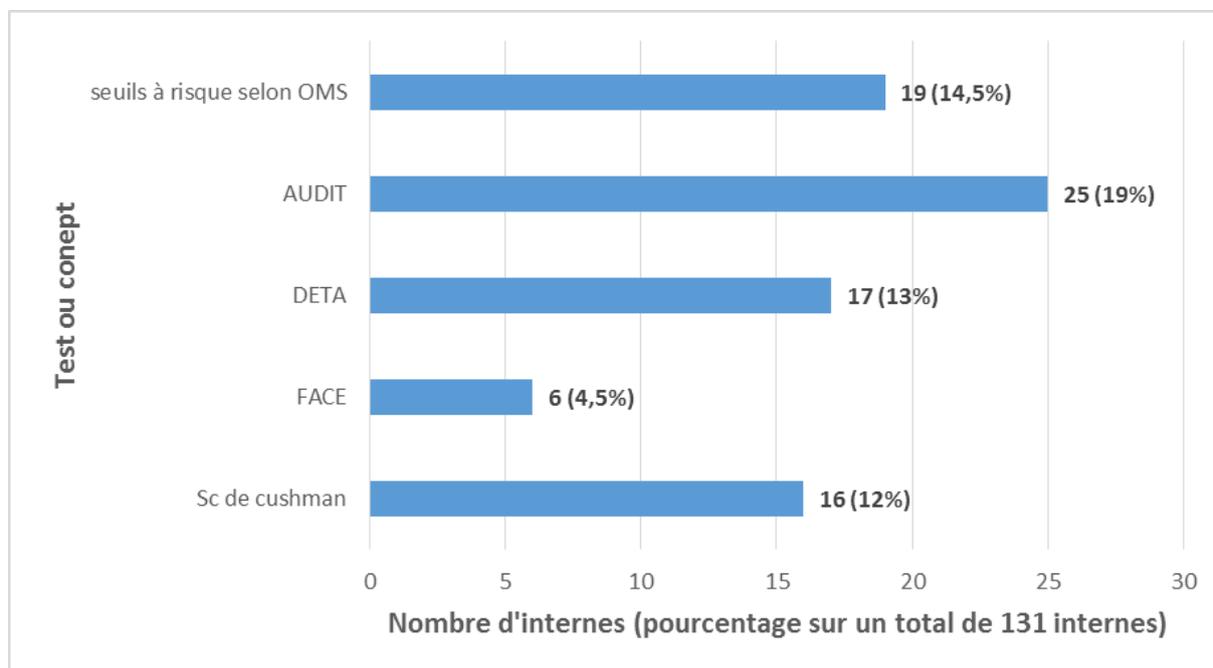


Figure 15 : Concepts ou tests intégrés dans les portfolios concernant l'alcool parmi les 131 internes.

Sc= score

Le test AUDIT semble être le test sur l'alcool le plus recherché par les internes.

Les niveaux de seuils à risque de la consommation d'alcool sont seulement précisés par 19 internes soit 14,5%.

Le score de Cushman, test de sévérité d'un syndrome de sevrage en alcool, est recherché par 1 interne sur 10 (12%)

➤ *Outils concernant le Tabac*

66 internes (50,4%) ont intégré au moins un outil ou un concept sur le tabac.

Les tests ou concept recherchés par les internes sont précisés dans la figure suivante.

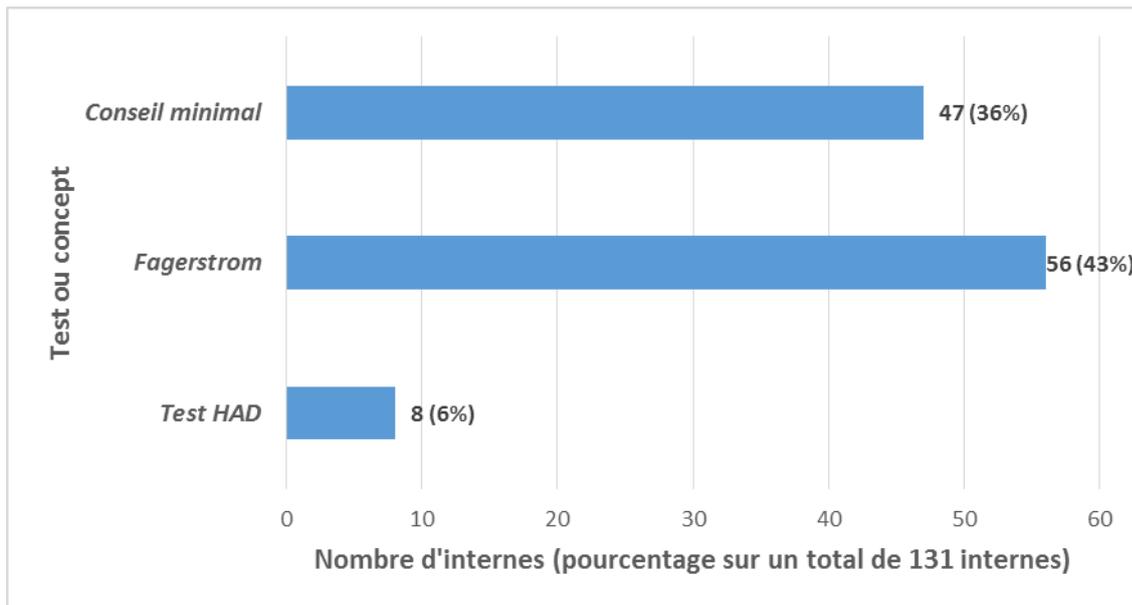


Figure 16 : Tests ou concepts intégrés dans les portfolios concernant le tabac parmi les 131 internes.

Le conseil minimal est cité par plus d'1/3 des internes (36%)

Moins d'1 interne sur 2 (43%) a intégré dans son portfolio le test de Fagerström.

➤ *Autres outils*

Les autres outils addictologiques intégrés par les internes sont :

- *CAST (cannabis) : 2 internes (1,5%)*
- *ECAB (benzodiazépines) : 5 internes (3,8%)*
- *Score de Handelsman (opiacés) : 1 interne (0,8%)*
- *ADOSPA (adolescents et substances psychoactives) : 1 interne (0,8%)*

Ces outils sont très peu recherchés.

3.5.3. Réseaux addictologiques/ structures spécialisées.

61 internes (46,5%) ont cité au moins un réseau ou structure spécialisée addictologique.

Les internes ont cité :

➤ *Les structures spécialisées*

40 internes (30,5%) ont cité au moins une structure spécialisée :

- *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) :*
33 internes (25%)

25 internes (19% des 131 internes) ont cité des CSAPA locaux :

- **ANPAA** (association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) : 11 internes
- **CEID** (Comité d'étude et d'information sur la drogue) : 10 internes
- **Béarn addiction** : 5 internes
- **CIAT** (centre d'intervention en alcoologie et toxicomanie) : 2 internes
- **Bizia** : 1 interne
- **Autres** (services addictologiques hospitaliers) : 3 internes

Enfin *8 internes* ont cité les CSAPA sans donner de nom précis.

Le nombre est supérieur au nombre total car certains internes ont cité plusieurs structures spécialisées.

- Les centres de cure ambulatoires en alcoologie (**CCAA**)

8 internes (6%) ont cité les CCAA sans donner de nom précis

- Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (**CSST**)

12 internes (9%) ont cité les CSST sans donner de nom précis.

6% et 9% des internes ont cité respectivement les CCAA et les CSST alors qu'ils ont été remplacés par les CSAPA.

➤ *Les réseaux*

24 internes (18%) ont cité l'importance des réseaux locaux. Seulement *4 (3% des 131 internes)* internes ont cité un réseau local :

- **AGIR 33** (Addiction Gironde) : 2 internes
- **Renapsud** (Réseau nord-aquitain des professionnels pour les soins aux usagers de drogue) : 2 internes

Les 20 autres internes ont mentionné l'importance des réseaux locaux en addictologie sans les mentionner.

➤ *Autres structures citées*

- **ELSA** (Equipe de liaison et de soins en addictologie)

11 internes (8,4%) ont cité cette structure comme moyen d'adresser ses patients. La plupart d'entre eux l'ont rencontrée au cours d'un stage hospitalier.

- **Associations de patients**

13 internes (9,9%) ont cité des associations de patients. La plus nommée est celle des Alcooliques Anonymes, mais aussi Vie Libre, ou Croix d'or....

Au total :

Si près d'1 interne sur 2 (46,5%) a mentionné les structures spécialisées ou les réseaux, peu ont cité les structures locales : 19 % des internes ont cité une structure spécialisée locale et seulement 3% un réseau local.

3.5.4. Examens paracliniques

La figure suivante montre les examens paracliniques par substance cités par les internes.

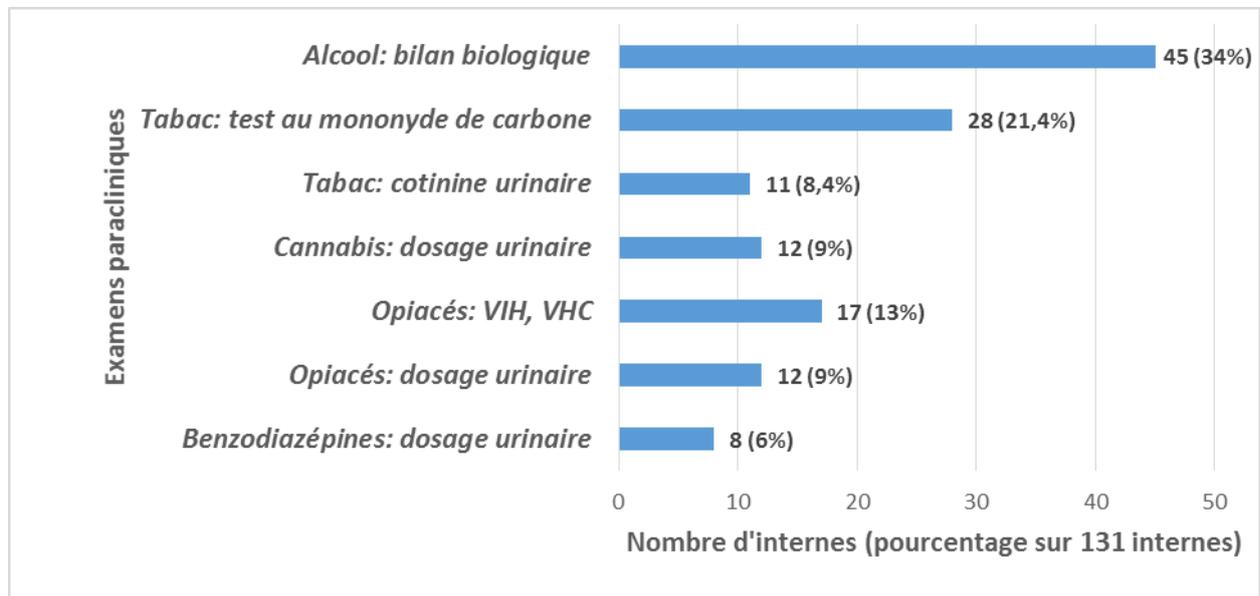


Figure 17 : Nombre d'internes citant des examens paracliniques en rapport avec la substance nommée.

Les examens paracliniques sont de manière générale peu cités par les internes.

Les examens les plus cités sont le bilan biologique pour l'alcool (34%) et le test au monoxyde de carbone pour le tabac (21,4%).

Parmi les 28 citations du test au monoxyde de carbone, **7 (25%)** étaient mentionnés dans le cadre de la prise en charge du sevrage tabagique *chez la femme enceinte*.

La cotinine urinaire est mentionnée par 8,4% des internes alors que cet examen est expérimental.

3.5.5. Repérage des urgences addictologiques

Nombre de récits décrivant une urgence addictologique : 42 (13 urgences psychiatriques, 5 urgences somatiques et 24 urgences addictologiques vraies).

Nombre de récits où l'interne repère la situation comme une urgence : 35 (83%)

Dans plus de 8 cas sur 10, les urgences addictologiques décrites sont repérées par les internes.

Repérage dans les scripts (après recherche) :

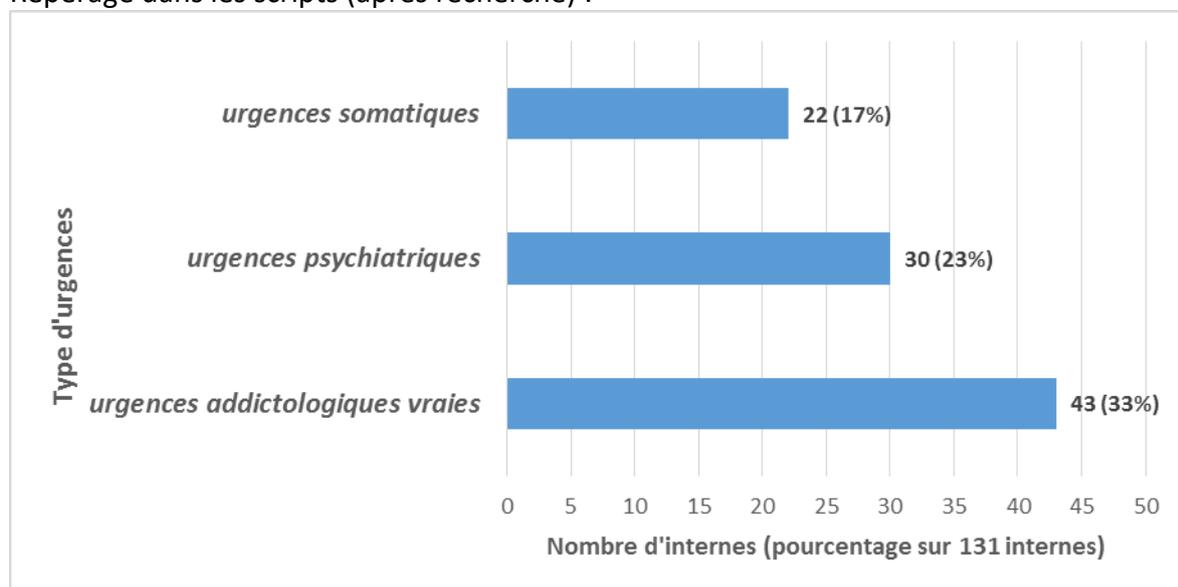


Figure 18 : Nombre d'internes citant les différents types d'urgences en addictologie.

- urgences addictologiques vraies : intoxication éthylique aigüe, overdoses, syndrome de sevrage.

- urgences psychiatriques : troubles du comportement : violence/agitation, complications psychiatriques aigües : délires, état maniaque, tentatives de suicide.

- urgences somatiques : hémorragie digestive, pancréatite, hépatite alcoolique ; abcès, endocardite ; accidents de la voie publique.

1 interne sur 3 (33%) recherche les « urgences addictologiques vraies ». Les urgences psychiatriques sont citées par près d'1/4 des internes (23%).

Dans la plupart des cas, les urgences recherchées concernent les complications liées à l'alcool.

3.5.6. Place du médecin généraliste dans la prise en charge selon l'interne.

76/131 internes (58%) ont décrit au moins un rôle du médecin généraliste dans la prise en charge addictologique.

Les 3 rôles décrits sont :

- ✓ **Dépistage et la prévention des addictions** (42 internes soit 32%)
- ✓ **Prise en charge des sevrages et retentissements des addictions** (49 internes soit 37%)
- ✓ **La coordination des soins avec les structures spécialisées** (35 internes soit 27%)

Le nombre total est supérieur aux 131 internes car **39 d'entre eux (30%)** ont décrit au moins 2 rôles.

Au total :

Plus de la moitié des internes (58%) ont décrit au moins un rôle du médecin généraliste dans la prise en charge addictologique.

Parmi eux, **24 (18,3%)** expriment le souhait d'une formation complémentaire : par le biais des journées passées hors du cabinet chez le praticien, d'une formation continue ou d'un diplôme universitaire.

3.5.7. Limites de ces recherches bibliographiques

La lecture de tous les scripts dont la partie « recherche bibliographique », nous amène à faire quelques remarques :

- Nous retrouvons dans plusieurs scripts les mêmes phrases stéréotypées provenant de textes officiels (par exemple HAS) nous faisant penser à des « copier-coller ».
- L'interne cite parfois des examens non utilisés en pratique (comme la cotinine urinaire) ou des structures spécialisées qui n'existent plus mais qui restent citées dans les annuaires ou autres documents.

Synthèse :

- ✓ Le terme « dépendance » a été cité par plus de la moitié des internes
- ✓ Les termes « abus » ou « usage nocif » ont seulement été cités par 1 interne sur 6
- ✓ 1 interne sur 2 et un peu moins d'1 interne sur 3 ont respectivement intégré au moins un outil de dépistage ou de diagnostic sur le tabac et l'alcool.
- ✓ Les outils de dépistage ou de diagnostic sur le cannabis et les benzodiazépines ne sont presque pas recherchés.
- ✓ Les structures spécialisées locales ont été rarement citées par les internes de même que les réseaux.
- ✓ Les examens paracliniques sont de manière générale peu recherchés sauf pour l'alcool (1 interne sur 3)
- ✓ Les urgences décrites dans les scripts sont repérées par les internes
- ✓ 1 interne sur 3 a recherché les urgences addictologiques vraies
- ✓ Plus d'1 interne sur 2 décrit un rôle du médecin généraliste en addictologie :
 - Dépistage et prévention des addictions
 - Prise en charges des sevrages et retentissements
 - Coordination des soins avec les structures spécialisées
- ✓ Près de 1 interne sur 5 ont exprimé l'envie d'une formation complémentaire en addictologie.

4. Discussion

Ce travail avait pour objectifs de décrire les situations addictologiques vécues par les internes de médecine générale à travers leur portfolio et de mettre en avant leurs limites voire leurs difficultés.

4.1. Points forts

L'originalité du sujet est surtout liée au choix du matériel d'analyse, le portfolio. Le portfolio est l'équivalent d'un mémoire validant le DES de médecine générale à l'Université de Bordeaux. Il est composé de 12 scripts correspondant à des cas cliniques complexes, adaptés aux soins primaire et vécus par les internes, et de 10 cas ponctuels. Il accompagne l'interne tout le long de son cursus et a pour but de tracer ses pratiques et ses apprentissages lors de situations authentiques. De plus, le choix de la population décrite peut être intéressant car le rapport des internes de médecine générale avec l'addictologie a été peu décrit.

Notre travail est exhaustif puisque 99% des portfolios des 132 internes de l'Université de Bordeaux ayant validé leur DES de médecine générale en septembre 2013 ont été analysés, soit 1571 scripts et 1310 cas ponctuels.

La masse d'informations a été importante à traiter et a pu être synthétisée grâce au logiciel NVIVO.

Notre travail a mis en avant le cheminement intellectuel de l'interne en addictologie. L'analyse des récits est la partie la plus subjective et montre les limites et les difficultés ressenties par les internes dans la prise en charge addictologique. A l'inverse, l'analyse de la partie argumentaire s'appuie sur les recommandations et révèle les connaissances acquises durant leur formation. Notre approche a donc été tantôt quantitative, tantôt qualitative.

4.2. Limites

Les limites de cette analyse sont celles des études descriptives qui ne montrent que des tendances. De plus, elle est indirecte, s'appuyant sur la description de cas cliniques. L'analyse rétrospective empêche une réciprocity d'interprétation des résultats. Seules les valeurs positives sont sûres. Elles sont aussi spontanées i.e. non suggérées. A l'inverse, les valeurs non retrouvées ne permettent pas de conclure de manière certaine à leur négativité mais seulement de laisser place à des doutes. Par exemple, quand l'interne déclare « le patient est fumeur de tabac », nous sommes sûrs qu'il a recherché cette information pour ce patient. A l'inverse, si l'interne ne dit rien à ce sujet, nous ne pouvons pas affirmer de manière certaine que le patient est non-fumeur ni que l'interne n'a pas recherché cette information lors de son examen clinique.

Un des biais importants est un biais d'interprétation. En effet, la répartition des patients dans les différents types d'usage s'appuie sur les déclarations des internes et a nécessité une interprétation de notre part. Dans le même sens, certaines questions comme « Quel est le ressenti de l'interne ? » relèvent d'une certaine subjectivité de notre part, même si nous nous sommes basés sur les réflexions exprimées par les internes pour y répondre.

Les comportements addictifs sans consommation de substance n'ont pas été exclus de l'analyse. Mais le faible nombre de cas ne permet pas de les commenter. Le non repérage peut s'expliquer par le biais de recrutement lié au lieu de prise en charge hospitalière où le dépistage de ces addictions semble difficile.

Uniformiser les tableaux cliniques de toutes les substances a éliminé les particularités liées à chaque produit psychoactif. Mais augmenter le niveau de précision empêchait une bonne interprétation par la diminution de taille de certains groupes. D'où ce compromis d'élaborer une trame commune.

4.3. Analyse des résultats.

Deux tiers (67%) des internes de médecine générale de l'étude sont des femmes. Cela correspond à la démographie nationale. En 2010, plus de 65% des étudiants ayant passé les épreuves classantes nationales en France et ayant choisi la médecine générale sont des femmes (11). Ces internes sont issus de cette année 2010 de concours. Dans notre étude, nous n'avons pas recherché les éventuelles différences de prise en charge addictologique entre les 2 genres. 2 études l'ont comparé. L'étude descriptive de 2012 analysant 233 médecins généralistes du département des Deux-Sèvres (soit 99% de l'ensemble des médecins généralistes de ce département) (12) a retrouvé pour principales différences, plus de facilité chez les médecins femmes à aborder le tabac et dépister de manière systématique le cannabis, tandis que les médecins hommes semblent aborder plus facilement le sujet de l'alcool. Dans le baromètre Santé de 2009 publié par l'INPES évaluant la prise en charge de 2083 médecins généralistes en France (13), des différences entre les 2 genres sont décrites dans le repérage systématique, l'utilisation d'outils de repérage de la dépendance au tabac et dans la manière de prendre en charge les addictions. A un taux significatif, les médecins femmes sont plus nombreuses à réaliser des repérages systématiques de la consommation du tabac, de l'alcool et du cannabis. Il existerait des différences dans la manière de prendre en charge les addictions entre les deux genres, mais ces données sont sans preuve formelle.

Les scripts ont été considérés comme addictologiques si l'interne citait dans le récit une dépendance et/ou un abus passé ou actuel, un usage thérapeutique de médicaments potentiellement addictifs ou une exposition passive. Ces situations addictologiques sont fréquemment décrites par les internes de médecine générale : elles représentent 33% des scripts totaux. 5% des scripts totaux ont pour thème principal l'addictologie. Plus de 90% des 131 internes ont intégré au moins 2 scripts addictologiques dans leur portfolio et 55% ont choisi comme thème principal l'addictologie dans au moins un script. L'ancienneté des internes ne semble pas influencer sur la fréquence des situations addictologiques. Il est difficile de comparer cette forte présence des addictions dans les portfolios aux autres problématiques rencontrées par les internes. Cette place semble plus importante que celle qui lui est accordée dans les 9 ans d'études de médecine.

Le lieu de prise en charge est surtout hospitalier (60%). Ceci est expliqué par la formation principalement hospitalière des internes de médecine générale.

Dans le détail, l'analyse de l'ensemble des scripts montre que les consommations des 3 principales substances psychoactives sont souvent tracées par les auteurs. Si l'on prend les données pour l'ensemble des patients décrits en dehors des enfants 0-14 ans, on retrouve une citation de 31% pour le tabac, 16% pour l'alcool et 7% pour le cannabis. De plus les valeurs précisées sont des valeurs positives, surtout pour le tabac. La question se pose de savoir quand les internes de médecine générale choisissent de tracer les consommations dans leurs scripts. Quand les consommations sont négatives ou peu importantes, sauf situations pouvant avoir un lien fort avec les substances, il est probable qu'elles ne sont pas notées. Si l'on compare avec l'étude de l'INPES de 2009(13), le repérage systématique est à 63% des 2083 médecins généralistes pour le tabac, 23% pour l'alcool et 7,8% pour le cannabis. Cette différence de résultats peut s'expliquer par la possibilité de l'absence des valeurs négatives surtout pour le tabac. D'autre part la population des médecins généralistes est différente de la population des internes de médecine générale. D'un point de vue démographique, les médecins généralistes sont principalement des hommes. D'autre part, de par leur différence d'âge, l'expérience est plus importante chez les médecins généralistes et peut donc modifier certains points de vue. Une étude de 2010 analysant la prise en charge du sevrage tabagique par 149 internes (dont 27 sont internes de médecine générale) au CHRU de Tours (14), montre que 90% des internes recherchaient fréquemment le statut tabagique auprès de leurs patients. Contrairement à notre étude, celle-ci est déclarative et orientée vers les pratiques en addictologie. Cela pourrait aller dans le sens que les internes de notre population ne notent pas dans leurs scripts les patients non-fumeurs.

Le statut de consommation des *femmes enceintes*, considérées comme population à risque en addictologie, est peu précisé (33% pour le tabac, 10% pour l'alcool et 9% pour le cannabis). Pourtant, la recherche de consommation de substances psycho actives est importante pour cette catégorie de personnes. De plus, les conduites addictives de ces patientes ont été négligées dans 1/3 des cas.

D'après la description des internes, le nombre de patients **sous traitement médicamenteux** potentiellement addictif est de 148 dont 23 semblent dépendants ou abuseurs. Ils représentent 11% des patients de plus de 14 ans de l'ensemble des scripts. Les benzodiazépines sont les médicaments les plus cités. D'autre part, parmi les patients de plus de 65 ans des scripts addictologiques retenus, 48% ont un usage thérapeutique. Le retentissement (altération des fonctions cognitives, chutes, détresse respiratoire) attribuable à ces traitements est relativement fréquent (19%). La question se pose de savoir si les internes y sont sensibilisés. Le rapport de l'ANSM (agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé) sur la consommation de Benzodiazépines en France en 2013(2) souligne cette consommation comme un problème de santé publique pour 3 raisons : d'une part la fréquence de consommation (la France est le deuxième pays consommateur d'hypnotiques et d'anxiolytiques), d'autre part l'âge moyen des consommateurs (56 ans) et enfin le retentissement surtout sur les personnes âgées. Le premier prescripteur est le médecin généraliste. L'ANSM évalue que 16% des patients sous anxiolytiques et 17% des patients sous hypnotiques poursuivent leur traitement en continu au-delà des 3 mois AMM, dont la moitié (dans les deux groupes) pendant 5 ans. Devant cette prescription importante en France et de la iatrogénie possible, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2007 des

recommandations de bonnes pratiques sur l'arrêt des benzodiazépines chez les personnes âgées de plus de 65 ans (15). Les auteurs insistent sur l'importance d'émettre une stratégie d'arrêt dès l'instauration du traitement et d'une réévaluation régulière de leur indication. Des outils comme l'échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines sont proposés. Ces recommandations se sont étendues à la population générale dans les recommandations de bonnes pratiques publiées en juin 2015(16).

La description addictologique des 333 patients dépendants et/ou abuseurs n'est pas toujours précise. Ces patients représentent 64% des patients des scripts addictologiques retenus et 21% des patients de l'ensemble des scripts. Le vocabulaire employé pour les définir est pauvre et ne suit pas les classifications. Les termes « dépendance » ou « abus » ou « usage à risque ou nocif » sont peu employés. Cela est probablement lié au langage médical usuel. De plus, dans quelques cas, une connotation péjorative a été retrouvée.

L'environnement du patient étant demandé lors de la rédaction du script, il est normal qu'il soit fréquemment retrouvé. Les facteurs de risque environnementaux sont souvent décrits par les internes et sont de 3 types : l'isolement social, les conditions économiques précaires et un entourage difficile. Les comorbidités psychiatriques sont aussi fréquemment mentionnées (26% des patients dépendants et/ou abuseurs). Karila (17) confirme ces facteurs de risque mais insiste sur une interaction de 3 facteurs de risque : lié au produit (niveau de dépendance, statut social du produit), lié à l'individu (facteurs génétiques, comorbidités psychiatriques, et psychologiques) et lié à l'environnement.

L'âge de début de consommation est peu recherché surtout pour le tabac. La fréquence de consommation est mentionnée dans plus de la moitié des patients pris en charge par les internes sauf pour le tabac (39%).

Dans 41% des 333 récits où un patient dépendant et/ou abuseur est décrit, l'interne ne décrit pas de prise en charge addictologique (pas même un conseil délivré). Dans plus d'un tiers des cas (35,5%), une raison à cette non prise en charge est retrouvée.

Le niveau d'implication de l'interne semble dépendre du niveau de sévérité et/ou de la demande de sevrage du patient. Parmi les patients n'étant pas en demande de sevrage, les internes prennent en compte 39% des conduites addictives des patients sans complication somatique et 56% des patients présentant au moins une complication somatique. Les soins addictologiques ne paraissent donc pas au premier plan, même chez les patients ayant des complications, alors que c'est le traitement principal. A l'inverse, les patients en demande de sevrage sont pris en charge dans la quasi-totalité.

Dans moins de la moitié des cas (43%), l'interne déclare donner au minimum *le conseil minimal* aux patients dépendants tabagiques. L'ensemble des consommations sont prises en charge pour 36% des patients poly-consommateurs. D'après l'étude de 2012 analysant les 233 médecins généralistes des Deux-Sèvres(12), 95% des praticiens déclarent prendre en charge au moins 1 patient par semaine en difficulté (en dehors du sevrage) avec le tabac, 89% déclarent prendre en charge au moins 1 patient par semaine en difficulté avec l'alcool, 78% des médecins généralistes déclarent prendre en charge au moins 1 patient par mois en

difficulté avec le cannabis et 75% déclarent prendre en charge au moins 1 patient par mois en difficulté avec les opiacés. Les médecins de ce département semblent donc investis dans la prise en charge des troubles de l'usage de leurs patients. Il est difficile de comparer ces résultats avec notre étude. Toutefois l'investissement moins tracés des internes peut en partie s'expliquer par le lieu de prise en charge : l'hôpital. Les internes de médecine générale pourraient ne pas se sentir toujours concernés par les troubles de l'usage des patients hospitalisés et non vus pour sevrage pour différentes raisons qui pourraient être : manque de temps, pathologie somatique au premier plan, patient principalement vu en phase aigüe donc peu d'intérêt à s'investir. Une autre hypothèse possible est un manque de sensibilisation des praticiens hospitaliers qui les encadrent. Les interventions brèves sont-elles pratiquées à l'hôpital ? Notons cependant que quelques internes font appel aux équipes de liaison de soins en addictologie (ELSA) lorsqu'elles sont disponibles pour prendre en charge leurs patients.

D'après notre étude, *l'évaluation clinique* semble manquer de systématisation. Pour les patients n'étant pas en demande de sevrage, l'action principalement déclarée est l'éducation et/ou la délivrance du conseil minimal. Le conseil minimal est surtout utilisé en tabacologie, et consiste à poser 2 questions au patient dépendant : « Fumez-vous ? » et « Envisagez-vous d'arrêter ? ». Cependant cette action semble peu importante : 22% des patients sans complications et 34% des patients avec complications somatiques ont reçu au moins une information sur leur dépendance. Les autres actions (évaluation du retentissement, examens paracliniques, et orientation vers un spécialiste) sont peu déclarées chez les patients sans complications et semblent plus importantes chez les patients avec complications. En comparaison, dans l'étude analysant la prise en charge du sevrage tabagique (14), 58% des 149 internes ont déclaré pratiquer systématiquement le conseil minimal. Dans l'étude analysant les 233 médecins généralistes des Deux-Sèvres (12), 69,2% des médecins généralistes déclaraient pratiquer le conseil minimal.

Dans la prise en charge du sevrage, l'action principale est la délivrance d'un traitement médical. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients sont principalement vus à l'hôpital. La proposition d'un suivi systématique (revoir le patient au cabinet ou organiser un suivi avec une structure spécialisée quand le patient est à l'hôpital) est réalisée dans 2/3 des cas (67%). L'évaluation du retentissement et l'orientation vers un spécialiste semblent fréquents. Seuls les moyens d'évaluation de la dépendance sont peu rapportés. Dans l'étude analysant la prise en charge du sevrage tabagique par les internes du CHRU de Tours (14), 74% déclarent prescrire des substituts nicotiques. Dans l'étude INPES analysant la prise en charge des addictions par les médecins généralistes de France (13), la déclaration de prise en charge du sevrage diffère d'une substance à une autre. 78% des praticiens déclarent prendre en charge seuls les patients dépendants au tabac. Pour l'alcool, le cannabis et les drogues illicites, les praticiens travaillent (ou adressent leurs patients) avec une structure ou avec un confrère. D'autre part, le pourcentage de médecins abordant seuls le sevrage du tabac et de l'alcool est en diminution progressive (entre 1993 et 2009).

Dans notre étude, **les ressentis exprimés** par les internes sont de deux types. L'empathie et l'intérêt pour les addictions sont les ressentis positifs les plus exprimés. Les internes font part aussi des ressentis pouvant freiner la prise en charge immédiate des addictions. Le manque de ressources personnelles et la remise en question sont les plus fréquemment décrits. Ces

facteurs peuvent être considérés comme positifs et susceptibles de favoriser une motivation de changement et donc de formation. L'hostilité envers les patients peut être présente aussi. Les raisons retrouvées d'après les commentaires des médecins en formation sont intrinsèques à eux même (manque de connaissances et/ou de confiance en soi) et aussi à une relation médecin malade parfois difficile. Il est à noter que les ressentis positifs et négatifs peuvent être présents dans un même récit. Dans l'étude de 2012 évaluant les vécus et les représentations de l'aide au sevrage tabagique auprès de 25 médecins généralistes marseillais (18), la majorité des médecins interviewés ont exprimé un vécu pénible. D'après l'étude, ils se sentent impuissants à motiver et/ou à accompagner le patient dans le sevrage tabagique (par manque de moyens ou inefficacité des traitements proposés) pouvant aller jusqu'au découragement. D'autres médecins généralistes ont au contraire un vécu positif en fixant des objectifs intermédiaires (diminution avant sevrage complet). D'autre part selon eux, la relation médecin malade diffère des autres consultations (relation plus linéaire). Enfin un dernier groupe de médecins ont un ressenti neutre : Ils ont pour rôle de prendre en charge les sevrages tabagiques et les rechutes font partie des sevrages. Dans l'étude de L. Levi de 2010 (19) analysant la prise en charge des addictions par 61 médecins généralistes de la Côte Basque, les difficultés ressenties pour aborder l'alcool seraient principalement un « découragement » (les rechutes sont considérées comme des échecs). La « réticence des patients » au sevrage semblait être aussi un obstacle important. Les autres ressentis exprimés à un taux moins important étaient un « manque de temps », des « difficultés d'orientation » et enfin un « manque de valorisation financière ». Une étude qualitative française de 2014(20) a cherché à déterminer les obstacles de la prise en charge du sevrage de cannabis auprès des adolescents par 24 médecins généralistes auvergnats. Aborder le sujet de l'usage de cannabis avec l'adolescent semblait être une difficulté pour différentes raisons : manque de connaissances (ne sauraient pas quoi proposer si l'adolescent déclare consommer du cannabis), une relation trop familière avec le patient (craintes de répercussions personnelles) et enfin doutes sur la sincérité des réponses des adolescents. Tous ces ressentis exprimés dans les différentes études concordent avec ceux de notre population. Une étude américaine de 2002 (21) visant à comparer le niveau de satisfaction de la prise en charge des addictions entre 95 résidents et 49 médecins enseignants montrait dans les deux groupes un niveau de satisfaction professionnelle à prendre en charge les usages problématiques d'alcool ou la toxicomanie moins important que le niveau de satisfaction à prendre en charge les patients souffrant d'hypertension artérielle. Concernant la prise en charge des patients ayant un usage problématique de l'alcool, le degré de satisfaction était moins important chez les résidents par rapport aux médecins enseignants. Dans cette enquête, il n'y avait pas de différence entre les résidents et les médecins enseignants dans la confiance à dépister les patients consommateurs de substances. En revanche, les résidents se sentaient moins compétents que leurs professeurs à évaluer et prendre en charge les addictions.

Les récits présentés par les internes ont soulevé des **problématiques en addictologie**. Le premier type de problématiques est sur la relation médecin malade ou comment mieux communiquer avec son patient. L'entretien motivationnel semble être un élément de réponse. Une revue de littérature publiée en 2009 (22) a évalué l'efficacité de l'entretien motivationnel en addictologie. Les résultats évoqués semblent montrer l'efficacité de cette

technique. Les patients ayant eu un entretien motivationnel étaient plus impliqués dans leur programme de sevrage et moins d'abandons en cours de prise en charge ont été relevés.

Plus de 8 internes sur 10 soulèvent des problématiques de connaissance comme : « comment prendre en charge le sevrage ? » « Comment dépister ? » « Quels sont les retentissements ? »... Ce taux est important et montre la place importante de l'addictologie dans la formation des futurs médecins généralistes.

Le portfolio est le moyen actuel de validation du DES de médecine générale à l'Université de Bordeaux. Il est utilisé dans plusieurs départements de médecine générale de France. Plusieurs études ont évalué cet outil pédagogique. A Bordeaux, 3 études l'ont fait. La première est une étude de 2011 (6) analysant le vécu de l'internat par 349 internes de médecine générale de Bordeaux. Elle montre que le portfolio est mal vécu par les internes qui ne semblaient pas comprendre l'intérêt pédagogique de cet outil. L'étude de S. Kinouani (5) a retracé l'historique et a évalué l'emploi du portfolio à Bordeaux 2. Cette étude de 2012 avait émis quelques limites dans l'analyse des scripts dont l'absence ou l'insuffisance de particularités propres à la médecine générale dans les récits des scripts. Une des hypothèses avancées était le manque de tutorat à la rédaction du premier script. La dernière étude de 2013 (10) a évalué le renforcement d'aide avec un tutorat personnalisé pour la rédaction du premier script, mis en place en 2010. Cette aide a semblé être jugée efficace auprès des internes, même si une incompréhension persistait entre les enseignants et les étudiants (portfolio trop chronophage pour les internes, manque d'implication des internes pour les enseignants). En France, d'autres études ont évalué le portfolio. La première, de 2008, a analysé le vécu de l'enseignement auprès de 108 internes de médecine générale à Paris VI (7). Selon plus de la moitié des internes (57%), le portfolio est un bon outil de formation personnelle. Mais 80% des internes analysés ont considéré qu'il ne reflétait pas les acquisitions des compétences. Enfin à Angers, une étude de 2009-2010 a évalué l'utilisation du portfolio par 52 internes de médecine générale et réalisé un focus group de 7 internes. Avec le temps, les internes semblaient mieux accepter le portfolio car ont fini par comprendre l'intérêt pédagogique et scientifique de cet outil. L'essentiel semble donc reposer sur un renforcement du tutorat afin de valoriser ce travail si intéressant auprès des internes.

La principale limite de cet outil semble être dans les résultats des recherches réalisées par les internes. En effet, certaines phrases stéréotypées font penser à de possibles « copier-coller » à partir de textes officiels (par exemple, documents HAS). On peut se poser la question de savoir si les internes ont intégré les réponses à certaines de leurs problématiques posées.

Les classifications DSM IV et DSM 5 sont peu citées dans les portfolios. Pour les médecins en formation, l'addiction semble se résumer à la dépendance. Notons cependant que la classification des troubles de l'usage selon DSM 5 a été publiée à la fin de leur cursus. Il est donc normal que peu d'internes l'aient citée.

Les outils diagnostics ou concepts en addictologie sont fréquemment cités par les internes pour le tabac et l'alcool : 1 interne sur 2 (50,4%) a cité le test de Fagerström et/ou le conseil minimal et moins d'1 interne sur 3 (30,5%) a cité un outil ou un concept sur l'alcool (principalement AUDIT 25%). Ces outils ne sont peu voire pas recherchés pour le cannabis et les benzodiazépines. Pourtant, ils ont été créés pour les médecins généralistes. L'étude comparative de 2010 analysant 178 médecins généralistes girondins (23) montre que les médecins rencontrés ont une faible connaissance de ces outils : 39% des 178 médecins déclarent connaître au moins un outil mais seulement 29,8% (53/178) sont capables de citer au moins un outil.

Les examens paracliniques de première intention visant à sensibiliser les patients à leur dépendance sont de manière générale peu recherchés par les internes de médecine générale : les examens les plus cités sont le bilan biologique pour l'alcool (34%) et le test au monoxyde de carbone pour le tabac (21%). Cela est probablement dû à une pratique peu courante en médecine générale. Dans l'étude de L. Levi analysant la prise en charge des addictions de 61 médecins généralistes de la Côte Basque (19), le test au monoxyde de carbone est seulement utilisé par 1 des 61 praticiens. Le testeur de CO est peu utilisé en pratique clinique, peut-être parce qu'il nécessite un entretien régulier, un réapprovisionnement, et génère un coût d'utilisation non négligeable sans cotation spécifique, pour une utilité n'ayant pas convaincu les praticiens.

L'importance de travailler *avec les structures spécialisées et/ou en réseau* est soulignée par un peu moins de la moitié des internes (46,5%). Si les structures spécialisées locales sont recherchées par 19% des internes, les réseaux locaux ne sont presque pas cités (3% des internes). L'étude comparative analysant 178 médecins généralistes girondins divisés en 2 territoires (23) : celui visité par les délégués santé prévention (DSP) et celui non visité ; montre un apport de ces délégués dans la connaissance des réseaux locaux. Une sensibilisation à ces réseaux à l'un des cours en addictologie pourrait être une piste pour améliorer leur connaissance.

Le repérage des urgences addictologiques sont principalement liées à l'alcool. Quand la situation vécue en est une, cela est reconnu dans la majorité des cas par les internes. Les urgences les plus recherchées sont les urgences addictologiques vraies (un interne sur trois).

Dans notre étude, plus de la moitié des internes décrivent *au moins un rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des addictions* (dépistage/prévention, prise en charge des sevrages/retentissement et enfin une coordination des soins avec les structures spécialisées) et presque deux tiers des étudiants ont exprimé au moins une réflexion en faveur d'une compréhension du processus de l'addiction et/ou de sa prise en charge. Les autres études apportent plus de nuances : le rôle du médecin généraliste diffère selon la substance prise en charge. Dans l'étude analysant les médecins généralistes du département des Deux-Sèvres (12), 97% des 229 médecins généralistes estiment que c'est tout à fait leur rôle de prendre en charge le tabac, 87% pour l'alcool, 62% pour le cannabis et les 57% pour les opiacés. Dans l'étude INPES de 2009 (13), 65% des 2083 médecins généralistes de France considèrent que c'est tout à fait leur rôle de prendre en charge le tabac, 26% pour l'alcool et seulement 11% pour le cannabis. D'après la dernière étude citée, l'addictologie ne semble pas avoir une place importante en médecine générale. Notons cependant que la question posée aux médecins généralistes dans les 2 études est de savoir si c'est leur rôle de prendre en charge les

addictions et non s'ils ont un rôle dans la coordination des soins avec les structures spécialisées. Nous avons vu précédemment que les médecins généralistes travaillent ou adressent de plus en plus leurs patients vers un confrère ou une structure spécialisée (13). L'importance serait donc de sensibiliser les praticiens à créer des liens avec les structures spécialisées et de favoriser un accès facile et rapide de leurs patients en addictologie. Il est possible qu'il y ait confusion des messages, entre la création et la promotion de structures spécialisées en addictologie, dont l'utilité paraît évidente, et le souci de garder le médecin généraliste au cœur de la prise en charge de la plupart des patients qui ne relèvent pas nécessairement de ces structures.

Une hypothèse à tous ces freins est un **manque de formation pratique et théorique** des internes à l'addictologie. Pourtant mieux former les internes, permet d'augmenter leur confiance en eux dans cette thématique, d'améliorer la rigueur nécessaire à cette prise en charge et peut être d'améliorer leurs pratiques futures. Le choix d'agir pendant leur formation me semble important car les internes en attente de savoir sont plus réceptifs au changement.

5. Conclusion et perspectives

Notre étude a permis de confirmer que les situations addictologiques sont fréquentes dans les portfolios des internes de médecine générale de la session de Septembre 2013 de l'Université de Bordeaux. Les patients dépendants au tabac et/ou à l'alcool sont les patients les plus décrits. L'usage thérapeutique de médicaments potentiellement addictogènes, dont principalement les benzodiazépines, est aussi souvent présent dans les scripts.

Si notre étude a montré une place importante de l'addictologie dans les portfolios, elle a aussi montré quelques limites probablement dues à un manque de formation pratiques et théoriques des internes à l'addictologie durant leur internat. Ceci est sans doute vrai pour tous les champs de compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale, vu leur variété et leur complexité. Cette vision globale des choses masque, sans doute, une grande disparité entre des internes bien motivés et compétents en addictologie et, à l'autre extrême, d'autres peu motivés et formés. Pourtant, tous ont reçu à peu près les mêmes formations et nous voyons bien l'enjeu de la motivation.

L'objectif des plans d'action que nous proposons est de mieux sensibiliser les internes à la prise en charge des situations addictologiques.

La première mesure serait d'inclure un stage obligatoire de plusieurs semaines dans un service en addictologie. Cela peut être axé en priorité sur l'alcool puis sur le tabac ou les substances illicites. L'objectif est de sensibiliser les internes sur le déroulement d'une consultation addictologique et de lui faire connaître les centres spécialisés et réseaux addictologiques des alentours. Un guide avec les points clés en addictologie, des références pour approfondir le

sujet commun à toutes les structures pourrait être remis à l'interne durant ce stage. Cette proposition s'expose à la limite de la disponibilité des lieux de stages, déjà bien souvent saturés.

D'autre part, pour aider les internes à améliorer leurs connaissances en addictologie, nous pourrions nous appuyer sur le portfolio :

- Demander aux internes quand ils rédigent un script de noter systématiquement le statut addictif des trois principales substances consommées (tabac, alcool, cannabis). Lorsque cela n'est pas connu de l'interne, il pourra préciser « statut inconnu ». Une meilleure systématisation à ce niveau permettra de soulever plus de problématiques et probablement d'améliorer leur prise en charge. Cette demande peut être rédigée dans le document « aide à la rédaction du premier script ».
- Renforcer les apprentissages via les cours ou via le portfolio. Trois moyens sont possibles :
 - Regrouper les 3 cours « addictions » sur une journée et sortir du centrage produit pour centrer sur le patient, en incluant les autres addictions que le tabac, l'alcool et les drogues illicites. Créer un binôme de formateurs médecin généraliste/médecin addictologue.
 - Présenter à l'un des trois cours l'outil de repérage des trois principales dépendances (tabac, alcool et cannabis). Cet outil est proposé par la Haute Autorité de Santé et est destiné aux médecins généralistes. Ce document propose aussi la technique d'intervention brève visant à inciter les patients dépendants au sevrage.
 - Présenter les dix points clés indispensables en addictologie. Cela peut être sous la forme de tutoriels en ligne accessibles par les internes et tous les publics sans obstacles (sans code de sécurité).

Pour approfondir le sujet, on pourra évaluer les connaissances des internes en réalisant un questionnaire à présenter le jour de soutenance du portfolio. On peut aussi à travers le portfolio étudier une substance spécifique comme le tabac et l'alcool (situations les plus fréquentes) ou une population à risque comme les adolescents ou les femmes enceintes. Enfin, on pourra réévaluer les compétences des internes en addictologie et leur apprentissage après les éventuelles modifications apportées dans leur formation.

6. Références bibliographiques

1. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Drogues, chiffres clés [en ligne]. 5ème édition. Saint-Denis : OFDT ; 2013 : 8p disponible sur le site <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/6eme-edition-2015/> (consulté le 17/12/2015)
2. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (A.N.S.M.). Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, décembre 2013 [en ligne]. Saint-Denis : ANSM ; 2014 : 80p. Disponible sur le site <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information> (consulté le 17/12/2015).
3. Michaud P, Fouilland P, Grémy I, Al. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. La Revue du praticien - Médecine générale. 2003 ; 17(611): 605–8.
4. Fournier C, Buttet P, Le-Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale [en ligne]. Dans : Gautier A (sous la direction). Baromètre santé Médecins généralistes 2009. Saint-Denis : INPES ; 2011 : p 45–83. Disponible sur le site : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/prevention-EPS-ETP.asp> (consulté le 17/12/2015).
5. Kinouani S. Le portfolio au cours du DES de médecine générale à Bordeaux : historique et évaluation de son emploi de 2005 à 2012 [en ligne]. Médecine humaine et pathologie. 2013. <dumas-00824863> Disponible sur le site : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00824863/> (consulté le 17/12/2015).
6. Alanvert R. Analyse du vécu de leur internat par les internes en médecine générale d'Aquitaine. Thèse d'exercice en médecine générale. Bordeaux : Université de Bordeaux 2 ; 2011 : 111p.
7. Dahan B. Evaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris VI avec les attentes des étudiants [en ligne]. Thèse d'exercice en médecine générale. Paris : Université Pierre et Marie Curie ; 2009 : 65p. Disponible sur le site : <http://www.cmge-upmc.org/spip.php?article136> (consulté le 17/12/2015).
8. Acker I. Evaluation de l'utilisation du portfolio par les internes en médecine générale d'Angers [en ligne]. Thèse d'exercice en médecine générale. Angers : Université d'Angers ; 2011 : 40p. Disponible sur le site : <http://theseimg.fr/1/node/7> (consulté le 17/12/2015)
9. Le Mauff P, Pottier P, Goronflot L, Barrier J. Évaluation d'un dispositif expérimental d'évaluation certificative des étudiants en fin de troisième cycle de médecine générale [en ligne]. Pédagogie médicale. 2006 ; 7(3) : 142–54. Disponible sur le site : <http://www.pedagogie->

medicale.org/articles/pmed/abs/2006/03/pmed20067p142/pmed20067p142.html
(consulté le 17/12/2015).

10. Afonso M. Evaluation du dispositif d'aide à l'écriture du premier script du portfolio en troisième cycle de médecine général: étude observationnelle réalisée au cours de l'année universitaire 2011-2012 auprès des étudiants de TCEM1 et des enseignants de médecine générale de Bordeaux Segalen. Thèse d'exercice en médecine générale. Bordeaux : Université de Bordeaux 2 ; 2013 : 112p.
11. Fauvet L- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010[en ligne]. Etudes et résultats. 2011 ;(767) :7. Disponible sur le site : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-affectations-des-etudiants-en-medecine-a-l-issue-des-epreuves-classantes-nationales-en-2010,9064.html> (consulté le 17/12/2015).
12. Chin EFC. Représentations et pratiques des médecins généralistes d'un département, les Deux-Sèvres, vis-à-vis des addictions [en ligne]. Thèse d'exercice en médecine générale. Poitiers : Université de Poitiers ; 2013 : 91p. Disponible sur le site : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/26ffa7fe-e632-4ac7-ae9d-6df2a4a23583> (consulté le 17/12/2015).
13. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes [en ligne]. Dans : Gautier A (sous la direction). Baromètre santé Médecins généralistes 2009. Saint-Denis : INPES ; 2011 : p177–201. Disponible sur le site : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prise-en-charge-addictions.pdf> (consulté le 17/12/2015).
14. Dansou A, Groussin L, Gaborit C et al. Abord et prise en charge du fumeur par 149 internes au CHRU de Tours. Revue des Maladies Respiratoires. 2012 ; 29(7) :878–88.
15. Haute Autorité de Santé (HAS). Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé- Recommandations [en ligne]. Saint-Denis : HAS ; 2007 : 25p. Disponible sur le site : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_bzd_-_version_finale_2008.pdf (consulté le 17/12/2015).
16. Haute Autorité de Santé (HAS). Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire- Rapport d'élaboration [en ligne]. Saint-Denis : Has ; 2015 : 52p. Disponible sur le site : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_rapport_elaboration_arret_benzodiazepines_2015_06_17.pdf (consulté le 17/12/2015).
17. Karila L, Reynaud M. Facteurs de risque et de vulnérabilité. La revue de santé scolaire et universitaire. 2010 ; 1(2) :10-12.
18. Sciolla M. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique [en ligne]. Thèse d'exercice en

médecine générale. Grenoble : Université Jean Fourier ; 2012 : 232p. Disponible sur le site : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00757589/> (consulté le 17/12/2015).

19. Levi L. Enquête sur la prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes de la Côte Basque en 2009. Thèse d'exercice en médecine générale. Bordeaux : Université de Bordeaux 2 ; 2010 : 122p.
20. Vorilhon P, Picard V, Marty L et al. C. Attitudes of family physicians towards adolescent cannabis users : a qualitative study in France [en ligne]. Family Practice. 2014 ; 31(5) : 585–91. Disponible sur le site : <http://fampra.oxfordjournals.org/content/31/5/585> (consulté le 17/12/2015).
21. Saitz R, Friedmann PD, Sullivan LM, et al. Professional Satisfaction Experienced When Caring for Substance-abusing Patients [en ligne]. Journal of General Internal Medicine. 2002;17(5):373–6. Disponible sur le site : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495049/> (consulté le 17/12/2015).
22. Carruzzo E, Zimmermann G, Zufferey C, et al. L'entretien motivationnel, une nouvelle « panacée » dans la prise en charge de patients toxicodépendants ? Une revue de littérature. Pratiques Psychologiques. 2009 ; 15(4) : 405–13.
23. Castera Ph, Augère F, Valadie-Jeannel M, et Al. Visite de santé publique en médecine générale : étude comparative secteur visité versus non visité. RESP 2013 ; 61 : S211

Annexes

Annexe 1 : aide à l'écriture de script

Département de Médecine Générale

Aide à l'écriture de script

I - PRINCIPES DES SCRIPTS

Description et réflexion sur une situation de pratique professionnelle authentique (la vraie vie), complexe (champs biomédical, psychologique, social).

Le choix du (des) thème(s) :

Privilégier des thèmes correspondant aux *soins primaires* (même si la situation a été vécue à l'hôpital en *soins tertiaires*)

Veiller à ce qu'il(s) illustre(nt) des *spécificités de la Médecine Générale* (définition WONCA : premier recours, coordination, continuité des soins, approche globale, santé publique...)

II - RÉDACTION EN CINQ PARTIES

1/ LE RECIT : DESCRIPTION

- la situation : *où et quand cela s'est-il passé ?*
- la rencontre avec le patient (*bio-psycho-social*):
 - *qui est-il ?*
 - *que m'a-t-il dit de son histoire, de sa pathologie ?*
- *que m'a appris son examen clinique ?*
- la prise en charge et le devenir du patient : *comment cela s'est passé ?*
- mon ressenti : *et moi ?*

2/ L'ANALYSE : AUTO-EVALUATION DE MA PRATIQUE

2.1/ Les décisions que j'ai prises étaient-elles valides ?

- J'utilise l'outil EBM (**l'Evidence Base Medicine**), et ses **quatre composantes** :

- les connaissances scientifiques à ma disposition :

De quelles données scientifiques ai-je disposé ?

Quel était leur niveau de preuve ?

Étaient-elles actualisées ?

- les circonstances cliniques

Ont-elles influencé mes décisions ?

- le patient : ses souhaits, ses représentations

En ai-je tenu compte dans ma démarche de soins ?

- la compétence du médecin

Ai-je eu des problèmes liés à ma compétence professionnelle,

Ai-je eu des problèmes liés à ma personnalité ?

Ai-je pris en compte mes doutes, mes incertitudes ?

2.2/ Quels sont les problèmes que j'ai rencontrés ?

- Je formule des questions qui nécessitent, pour moi, un approfondissement :

Sont-elles bien formulées

- Je fais une recherche documentaire :

L'ai-je bien décrite ? (livres, sites, mots clés...)

Ai-je pris en compte le niveau de preuve ?

3/ LES COMPETENCES NECESSAIRES DANS CETTE SITUATION ET LES TACHES

D'APPRENTISSAGE QUI EN DECOULENT : AUTO FORMATION

- Mes compétences acquises : *Quelles sont celles que j'ai utilisées ?*
- Les compétences à acquérir : *Quelles sont celles qui m'ont manqué ?*
- Mes tâches d'apprentissage : *Comment acquérir ces compétences ?*

4/ LA SYNTHÈSE : MON RETROVISEUR

- *Qu'est-ce que j'ai appris ?*
- *Est-ce que ce que j'ai appris est applicable au patient et à la situation décrite ?*
- *Est-ce que ce que j'ai appris est susceptible de modifier ma pratique ?*

5/ LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Je m'habitue à les rédiger de manière formelle (**Vancouver**)

LES ANNEXES :

Je joins les documents qui me paraissent pertinents et importants.

Je peux ajouter des commentaires :

Discussion avec mes maîtres de stage

Commentaires si le script a été présenté en séance d'enseignement

Réflexions a posteriori

Fiche réalisée à partir du travail d'Alain Chaperon et Sylvie Duhamel

Annexe 2 : Exemple de script (17 CC2)

17= 7eme interne analysé

CC2= 2eme cas clinique retenu de ce portfolio

SCRIPT n°9 Mars 2012 - Sevrage alcool

I RECIT

Je suis en 4ème semestre, en stage chez le praticien à Langon. Je débute les consultations en autonomie. Je reçois donc Mme H., 47ans. C'est une femme qui paraît bien plus âgée, fatiguée et elle m'apparaît surtout très tendue.

Elle s'assoit en face de moi, et commence à se triturer les mains. Je la sens nerveuse et l'invite avec un sourire à me dire le motif de sa venue. Elle baragouine quelques mots que je ne comprends pas et finalement décide de se lancer : « docteur, aidez-moi ! ». Suit un blanc qui me paraît très long durant lequel je me demande si je dois répondre ou s'il vaut mieux la laisser poursuivre. Je hoche simplement la tête, et elle enchaîne : « je bois trop, je veux arrêter mais je n'y arrive pas. ». Là je comprends que la consultation ne va pas être simple à mener pour moi, c'est la première fois que je suis face à un patient qui demande de l'aide pour un sevrage...

Je décide de faire le point sur sa consommation actuelle : Mme H ne boit pas tous les jours. Il s'agit de consommation occasionnelle, toujours dans un contexte de solitude, et systématiquement avec ivresse. Elle n'achète pas d'alcool de façon régulière de peur de consommer. Il s'agit donc toujours d'achats compulsifs dans le but de finir ivre, qui surviennent tous les 3 à 4 jours. Elle boit une bouteille d'alcool entière, et c'est son compagnon qui la retrouve « dans un état lamentable ».

Je regarde en même temps son dossier informatique : elle n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'une consommation tabagique, pas d'enfant. Elle est divorcée, et au chômage depuis 2ans.

Je lui demande alors pourquoi elle souhaite arrêter sa consommation d'alcool : elle m'explique qu'elle a rencontré un homme avec qui elle vit, qu'il est professeur de musique, et que c'est un ancien alcoolique. Il n'a pas bu une goutte d'alcool depuis 5ans. Elle souffre d'être dans cet état, et incapable de se contrôler. Elle se sent minable et regrette systématiquement ses passages à l'acte, même si cela lui apporte un soulagement sur le moment.

Sa demande d'aide vient principalement du fait que son compagnon a menacé de la quitter s'il la retrouvait encore une fois ivre. Elle n'a pas d'ami, elle n'a que lui, et ne parvient pas à maintenir un sevrage toute seule.

Je lui fais préciser, sans savoir si cela a une réelle importance dans la prise en charge, le mode de début de sa consommation. Elle me dit que c'est venu progressivement, d'abord alcool festif, puis de plus en plus souvent. Elle a commencé à boire vraiment de façon régulière et en quantité importante quand son mari l'a quittée puis lorsqu'elle a perdu son travail. Depuis qu'elle a rencontré son nouveau compagnon, elle a essayé de ne plus boire, mais elle n'arrive pas à tenir plus de quelques jours.

Je décide d'examiner Mme H. Son examen ne montre rien de particulier, notamment absence de signe en faveur d'une cirrhose, il n'y a pas d'hépatomégalie, pas de circulation veineuse collatérale, pas d'érythrose palmaire. L'examen cardio-vasculaire est normal.

Le temps que la patiente se rhabille, j'en profite pour réfléchir sur les outils que je vais bien pouvoir lui proposer. Je suis vraiment embêtée, j'hésite à appeler mon maître de stage, mais je décide finalement de me débrouiller toute seule, il ne sera pas toujours là ! Je me demande si je dois l'adresser à un spécialiste, même si cela me semble être du ressort de la médecine générale. Ne connaissant pas les indications de prises en charge par un spécialiste, je décide de poursuivre

l'entretien et de la revoir plus tard pour une nouvelle évaluation. (je pourrais entre temps en discuter avec mon maître de stage et faire des recherches pour une meilleure prise en charge.) Je reprends avec elle le mode de consommation compulsif, et lui demande quelles stratégies elle pourrait mettre en place. Elle me dit qu'elle a déjà essayé de ne pas acheter d'alcool mais qu'au final quand elle se sent vraiment seule elle ne peut pas résister à acheter une bouteille pour la boire. Je lui propose alors de faire attention aux signes qui précèdent les compulsions, et de sortir de chez elle dans ces moment-là, d'aller au cinéma, de faire du sport, d'aller se promener, bref de sortir en évitant les supermarchés où elle pourrait trouver de l'alcool. Pour moi, il faut trouver un dérivatif, un outil pour l'aider à éviter de croire qu'elle ne se sentira mieux que si elle boit. Ce qui me semble compliqué chez elle c'est l'absence d'entourage familial et social. J'avoue que je ne sais pas trop comment l'aider de ce côté-là... Je cherche avec elle ses centres d'intérêt, et je lui suggère de s'investir dans une association autour de la musique par exemple puisque depuis la rencontre avec son ami, elle semble y avoir pris goût. Je reste un peu sceptique quant à l'efficacité des conseils et de l'aide que j'ai pu lui apporter... Je lui propose enfin de la revoir une semaine plus tard pour faire le point sur les stratégies mises en place et sur sa consommation d'alcool. Je me dis que je la reverrais alors avec mon maître de stage qui pourra me guider, et cela me laissera un peu de temps pour faire mes recherches. En débriefing, le médecin me dit que c'est la première fois que cette patiente parle de sa consommation d'alcool. Il me dit que j'aurais pu également lui parler d'associations de patients, je n'y avais pas pensé. Je lui explique que nous la reverrons ensemble dans une semaine, il me dit que c'est une bonne idée mais préfère que je la voie seule une nouvelle fois...

II ANALYSE :

- 1) Quels sont les outils de dépistage pour repérer une consommation d'alcool problématique ?
- 2) Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'alcoolodépendance, et quel type de patient doit-on orienter vers un spécialiste ?
- 3) Quelles sont les modalités d'un sevrage alcoolique ambulatoire suivi par le médecin généraliste ?
- 4) Quelles sont les associations de patients alcoolodépendants sur la région ?

1) Quels sont les outils de dépistage pour repérer une consommation d'alcool problématique ?

La dépendance à l'alcool est définie (Fouquet) comme « la perte de la liberté de s'abstenir d'alcool », l'élément central de la dépendance étant la **perte de contrôle**, par la personne, de sa consommation.

« A mis tableau AUDIT sans le nommer »

Chez Mme H. le test de dépistage était inutile puisque cette patiente venait d'elle-même consulter afin de réclamer de l'aide pour un sevrage. Elle avait conscience de son trouble lié à l'usage de l'alcool.

2) Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'alcoolodépendance et quel type de patient doit-on orienter vers un spécialiste ?

Lorsque les patients alcoolodépendants sont d'accord pour s'abstenir complètement de consommer de l'alcool, et qu'ils ne souffrent d'aucune complication psychiatrique, sociale ou médicale sérieuse, ils peuvent être pris en charge par un médecin généraliste.

Les personnes alcoolodépendantes doivent être orientées vers un spécialiste lorsqu'il y a eu plusieurs tentatives de traitement infructueuses, quand il existe des complications sévères ou un

risque de syndrome de sevrage modéré à sévère, en présence d'une pathologie médicale grave ou de comorbidité psychiatrique et dans les cas où le traitement ne peut être pris en charge en médecine générale. (1)

D'après le référentiel de bonnes pratiques cliniques (2), il est donc important de rechercher les signes d'un syndrome de sevrage : les troubles subjectifs (anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars) ; les troubles neurovégétatifs (sueurs, tremblements, tachycardie, HTA) ; troubles digestifs (nausées, vomissements, anorexie). Ce tableau peut se compliquer de signes confusionnels, convulsions, delirium tremens, hyperthermie. Résolutif spontanément dans la majorité des cas, il ne faut pas négliger cependant le risque de mortalité.

Les patients qui obtiennent 20 ou plus (45) au questionnaire de dépistage Audit (bien que cela puisse être le cas pour des scores moins élevés) sont susceptibles de nécessiter un bilan complémentaire et un traitement spécialisé de l'alcoolodépendance. (Attention : le questionnaire Audit ne permet pas de poser un diagnostic avec certitude.)

Une forme modifiée du conseil simple est utile pour orienter un patient vers un spécialiste en utilisant les résultats du test de repérage : le conseil, la responsabilité, l'information, l'encouragement et le suivi.

- **Conseil.** Le soignant doit émettre un message clair disant que l'alcoolisme est une pathologie médicale grave et que le patient doit consulter un spécialiste pour un bilan complémentaire et un traitement éventuel.

- **Responsabilité.** Il est important d'inciter le patient à s'occuper de cette pathologie en consultant un spécialiste et en suivant les recommandations.

- **Informations.** Les patients qui n'ont pas demandé de traitement pour leurs problèmes d'alcool auparavant peuvent avoir besoin d'être renseignés sur les enjeux. Après une information sur les soignants qu'ils vont rencontrer et le traitement qu'ils vont suivre, les patients sont plus susceptibles d'accepter de commencer un traitement.

- **Encouragement.** Les patients se trouvant dans cette situation sont susceptibles de tirer avantage d'un discours rassurant et encourageant. On doit leur dire que le traitement de l'alcoolodépendance est généralement efficace mais que des efforts considérables de leur part peuvent être nécessaires.

- **Suivi.** Au décours du traitement de l'alcoolisation, les patients doivent être surveillés de la même façon qu'un médecin généraliste ou un soignant de santé primaire surveille des patients ayant été traités par un cardiologue ou un orthopédiste. Ceci est particulièrement important car le syndrome d'alcoolodépendance est chronique et récurrent. Une surveillance et un soutien périodiques peuvent aider le patient à éviter une rechute ou à la contrôler si elle survenait.

Les diverses modalités d'accompagnement doivent être adaptées à la situation personnelle de l'alcoolodépendant doivent lui être proposées oralement et sous la forme d'un livret afin de l'associer au choix du type de mesures envisagées. (4)

Le jury recommande la remise commentée, avant le sevrage, d'un livret comportant des informations sur la maladie alcoolique, le sevrage, l'intérêt de l'accompagnement et du suivi, les coordonnées des acteurs et des contacts présents dans ces dispositifs.

Les médecins généralistes constituent un dispositif de proximité facilement accessible, ils doivent recevoir une formation initiale et continue afin de leur permettre de nommer la maladie, de participer à la prise en charge des patients sans contribuer au déni social du risque alcool.

Le sevrage ambulatoire est à privilégier, car il permet la poursuite de l'activité professionnelle et le maintien des relations familiales et sociales ; il est souvent mieux accepté que l'hospitalisation, et il permet une implication active du patient et de son entourage.

Le jury recommande le regroupement en réseaux spécialisés en alcoologie de l'ensemble des dispositifs d'aide et de soins du sujet alcoolodépendant. Ce dispositif est actuellement totalement insuffisant. Des moyens financiers précis devraient être consacrés à renforcer

l'ensemble des dispositifs existants en prenant en compte leur équilibre au niveau régional, et à encourager leur évaluation.

3) Quelles sont les modalités d'un sevrage alcoolique ambulatoire suivi par le médecin généraliste ?

Les interventions efficaces pour réduire une consommation d'alcool à risque et problématique consistent à prodiguer un **conseil simple** mais structuré au consommateur d'alcool et elles ne prennent pas plus de cinq minutes. Des interventions brèves (1) un peu plus intensives comprennent une session initiale de **conseils et de relation d'aide** d'environ quinze minutes, une **restitution au patient** des résultats du test de dépistage, un conseil et **l'établissement de l'objectif** à atteindre. La plupart de ces sessions comprennent également une aide supplémentaire et un suivi. Les interventions peuvent être décrites en référence à la démarche en cinq étapes de relation d'aide comportementale : **évaluer la consommation** d'alcool du patient à l'aide d'un instrument de dépistage rapide puis d'un examen clinique si nécessaire, **conseiller au patient de réduire sa consommation** en deçà des seuils à ne pas dépasser, s'entendre avec lui sur un **objectif personnel** de réduction ou d'arrêt complet de consommation (si l'abstinence est préférable et indiquée dans son cas), **aider le patient à trouver des motivations**, à s'autonomiser ou à obtenir le soutien nécessaire à la modification de son comportement, programmer un **suivi de soutien** et des séances répétées de conseils et de relation d'aide, ceci incluant bien sûr l'orientation des personnes alcoolodépendantes vers un spécialiste.

D'après les recommandations de l'HAS (conférence de consensus de 2001) en accord avec la Société Française d'Alcoologie (4) sur le sevrage et l'accompagnement au sevrage chez le patient alcoolodépendant, il existe un accord professionnel fort pour considérer que le **soutien psychologique** assuré par tout thérapeute formé, est le fondement même de la prise en charge de toute personne en difficulté avec l'alcool.

La psychanalyse et les psychothérapies d'inspiration analytique doivent être soumises à une évaluation pour être recommandées.

-Les thérapies cognitivo-comportementales ont fait l'objet d'évaluation positive, elles doivent être encouragées et utilisées par un personnel formé spécifiquement pour l'alcoolodépendance.

-En ce qui concerne les groupes de parole et les autres thérapies de groupe, le jury, bien qu'il existe un accord professionnel favorable, ne dispose d'aucun élément d'évaluation pour encourager ou décourager ce type d'intervention.

-La rencontre avec un mouvement d'entraide doit toujours être proposée aux patients alcoolodépendants.

Les membres des associations qui interviennent doivent recevoir une formation en alcoologie.

-La thérapie conjugale et familiale permet une intervention simultanée auprès de l'autre conjoint ou éventuellement auprès des deux membres du couple s'impose. Une vigilance particulière doit être exercée quant aux éventuelles violences intrafamiliales et maltraitance d'enfants.

L'intérêt d'un traitement médicamenteux du sevrage chez les malades sans signes physiques de dépendance n'a pas été démontré. Les moyens médicamenteux interviennent en complément de la prise en charge psychosociale et reposent actuellement essentiellement sur l'Acamprosate (son efficacité a été prouvée sur une longue période (\geq un an)), et la Naltrexone (antagoniste spécifique des récepteurs opioïdes, agissant en réduisant l'euphorie liée à l'alcool est efficace dans la réduction du taux de rechute (mais AMM limitée à trois mois)). Les interventions thérapeutiques ont un effet globalement positif, bien que considéré comme faible.

Cas particulier du Disulfirame (4) :

Bien qu'il n'y ait plus d'indication pour l'induction volontaire, par le thérapeute, de crises aversives, la consommation d'alcool à la fois en quantité et en fréquence, semble moindre chez les patients qui font l'expérience d'une réaction antabuse.

Le jury demande que soient disponibles des enquêtes de pharmacovigilance concernant le Disulfirame, dont l'efficacité reste discutée.

Les benzodiazépines (BZD) sont aujourd'hui le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique (2) ; elles réduisent l'incidence et la sévérité du syndrome de sevrage, des crises comitiales et du delirium tremens (DT). Les modalités de prescription correspondent à : diazépam, un comprimé à 10 mg toutes les 6 heures pendant un à trois jours puis réduction jusqu'à l'arrêt en quatre à sept jours.

Les vitamines B1 et B6 sont indiquées à la dose de 500mg par jour, en association avec la vitamine PP en tant que cofacteur.

D'autre part, un sevrage tabagique doit être systématiquement évoqué chez un patient alcoolodépendant fumeur. Les sevrages alcool et tabac peuvent être séquentiels ou simultanés. La dépendance pharmacologique est souvent plus importante chez les patients alcoolodépendants, justifiant le recours quasi systématique à la substitution nicotinique. Le Bupropion est contre indiqué dans le sevrage alcoolique en raison du risque pro-convulsivant de la molécule. (2)

4) Intérêt des associations de patients alcoolodépendants ?

Il existe de nombreux groupes d'entraide, avec une grande diversité de philosophies et de méthodes permettant à chaque malade de trouver un réseau d'alliés en fonction de ses propres convictions et de ses affinités personnelles. (3)

Ils s'accordent tous sur la même idée fondamentale : une personne souffrant de troubles d'alcoolisation ne peut pas s'en sortir toute seule et c'est ensemble, entre pairs, qu'elle y parviendra. Rien ne remplace le partage de l'expérience vécue.

Ces groupes fonctionnent à partir de réunions régulières et permettent au patient de rompre l'isolement, de partager son expérience de l'alcool, d'obtenir des conseils utiles et de recréer des liens sociaux indispensables pour faire évoluer favorablement sa maladie.

Les membres des associations qui interviennent doivent recevoir une formation en alcoologie.(4)

Parmi ces groupes on retrouve les Alcooliques Anonymes, Vie Libre, SOS Alcool Femmes...etc

III TACHES D'APPRENTISSAGE

J'ai appris qu'il était important de rechercher les signes d'un syndrome de sevrage car cela modifie la prise en charge ultérieure.

Les connaissances qui m'ont manqué concernant la prise en charge de cette patiente portent sur les moyens médicamenteux à disposition et leur indication dans le sevrage.

J'ai pu proposer à la patiente un soutien sous la forme d'une intervention brève qui m'a paru sur le moment acceptable dans la mesure où je revoyais la patiente la semaine suivante, et où c'était la première fois que je me voyais confrontée seule à cette situation.

Avec le recul et après les recherches effectuées sur le sujet, je me suis rendu compte que j'aurais pu et dû proposer à cette dame un soutien plus important du fait du mode compulsif de la consommation d'alcool, cette patiente avait une réelle dépendance puisqu'il y avait perte de contrôle de sa consommation.

Le site du DReFC m'a beaucoup aidée dans mes recherches.

IV SYNTHÈSE :

Cette situation clinique m'a permis de faire le point sur la prise en charge d'un sevrage alcoolique en médecine générale.

J'avais déjà été confrontée à des situations de sevrage lors de mon premier semestre en gastroentérologie puisque je voyais ces patients durant les week-ends d'astreintes. Cependant à l'hôpital, les patients étaient déjà « cadrés », et c'est le médecin addictologue (le Dr Fleury) qui gérait la prise en charge. Étant déjà un peu perdu au milieu de toutes les demandes des infirmières concernant les autres patients, je n'avais jamais pris le temps de m'intéresser à la prise en charge d'un sevrage.

La demande de cette patiente m'a appris à gérer une demande de sevrage. J'ai appris à connaître les tests de dépistage, leur utilité, le rôle des interventions brèves, et les indications de prise en charge spécialisée.

En ce qui concerne Mme H., je pense que les tests de dépistage n'étaient pas indispensables, le but de la consultation n'étant pas de dépister une dépendance mais bien de réaliser une aide au sevrage à la demande de la patiente. J'aurais dû introduire un traitement par benzodiazépine afin de prévenir le risque de syndrome de sevrage. J'aurais également pu proposer un soutien psychologique puisque je ne me sentais pas très à l'aise pour aborder ce sujet avec la patiente, et n'ayant pas la formation.

Après mes recherches, je me suis rendue compte que j'aurais pu proposer un sevrage concomitant du tabac chez cette patiente. Sur le moment je me suis dit que ça faisait beaucoup en même temps et qu'il valait mieux faire les sevrages alcool et tabac séparément.

V BIBLIOGRAPHIE :

- 1) Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.) *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris, 2008 ; 141 p. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
- 2) Evaluation des Pratiques Professionnelles en Alcoologie- SFA – 19.12.06 http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Svg_simple.pdf
- 3) Philippe Batel et Serge Nédélec : ***Alcool : de l'esclavage à la liberté***, Editions Demos, 2007 http://www.alcoolinfoservice.fr/Les-groupes-d-entraide.html?var_recherche=alcoolisme
- 4) Conférence de consensus – Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage 7 et 8 mars 2001 http://www.hassante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_266633

VI REEVALUATION

A la suite du cours d'addictologie avec le Dr Castera, j'ai repris ce script car je me suis rendue compte qu'il manquait plusieurs éléments dans l'analyse.

- La nouvelle classification DSM V de mai 2013 ne reprend plus les mêmes termes. On parle dorénavant de troubles liés à l'usage d'alcool, avec la notion de craving, c'est-à-dire de pulsion irrésistible à consommer le produit. Il suffit d'avoir 2 critères parmi 11 pour parler de trouble lié à l'usage d'alcool. Il n'y a plus de distinction entre dépendance et abus comme dans la classification du DSM IV.
- L'objectif d'un sevrage thérapeutique est l'entrée dans un processus d'abstention complète et durable d'alcool.

Ce sevrage s'impose chaque fois qu'il y a alcoolodépendance, qu'elle s'exprime ou non par des signes physiques. En effet, lorsqu'une dépendance est installée, le retour à une consommation modérée est considéré comme très difficile voire impossible par de nombreux experts.

Pour obtenir un sevrage de bonne qualité, plusieurs conditions doivent être réunies :

- réaliser les conditions de confort et de sécurité optimales, visant à prévenir ou à traiter le syndrome de sevrage ;
- assurer en institution ou en ambulatoire, un suivi thérapeutique prolongé ;
- aider le patient à faire du processus de sevrage une expérience à long terme positive et valorisante sur les plans personnel, familial et professionnel.

Avantages du sevrage ambulatoire : poursuite de l'activité professionnelle, maintien des relations familiales et sociales ; meilleure acceptation car n'obligeant pas à assumer socialement le statut de malade ; compatibilité avec un syndrome de sevrage modéré ; participation du patient et de son entourage.

Avantages du sevrage institutionnel : surveillance continue (personnes isolées) ; malade soustrait à son environnement (alcool, situations à risque ou conflictuelles) ; garantie de la réalité du sevrage et de l'observance des prescriptions ; indication formelle en cas de pathologies intriquées ou de syndrome de sevrage sévère.

• L'information, le soutien, le réconfort dans une ambiance calme, ouverte et confiante jouent un rôle important dans la prévention et le contrôle des symptômes et des accidents du sevrage. Elle permet de diminuer les doses de médicaments. Les techniques de relaxation et de réappropriation corporelle mériteraient d'être évaluées.

L'établissement d'une relation thérapeutique qui doit se poursuivre au-delà du sevrage tend à la revalorisation de l'image de soi et à la restauration narcissique. Selon les sujets, les modalités de cette thérapie peuvent être individuelle, de groupe, familiale ou de couple, comportementale-cognitive.

Dans une étude randomisée, il est montré que l'intervention des mouvements d'entraide dès le sevrage améliore de façon significative le pronostic à long terme.

L'accompagnement social complète la prise en charge médicale et l'approche psychologique dans une perspective de réadaptation, notamment pour les populations en situation de précarité.

• Le syndrome de sevrage peut être évalué à l'aide du score de Cushman. Il est intéressant d'effectuer des consultations quotidiennes au début du sevrage afin de dépister les manifestations du syndrome de sevrage et le cas échéant d'adapter la prise en charge.

Encadré 1. – Échelle de Cushman.

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------|-------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Pouls* | < 80 | 81-100 | 101-120 | > 120 |
| PA systolique** | < 135 | 136-145 | 146-155 | > 155 |
| Fréquence respiratoire* | < 16 | 16-25 | 26-35 | > 35 |
| Tremblement | 0 | De la main en extension | Tout le membre supérieur | Généralisé |
| Sueur* | 0 | Paumes | Paumes et front | Profuse |
| Agitation | 0 | Discrète | Généralisée, contrôlable | Généralisée, incontrôlable |
| Troubles sensoriels | 0 | Géné par le bruit, la lumière, prurit | Hallucination critiquée | Hallucination non critiquée |

* Critères valables en l'absence de fièvre (température < 38 °C).

** Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10 mm de Hg au-delà de 50 ans.

Score et intensité
 0-7 : minime 8-14 : moyenne 15-21 : sévère

Source : Cushman PJ, Forbes R, Lerner W, Stewart M. Alcohol withdrawal syndromes: clinical management with lofexidine. *Alcohol Clin Exp Res* 1985 ; 9 (2) : 103-108.

Synthèse :

Un des principes à retenir dans la prise en charge d'un sevrage d'alcool est la présence d'étayage, c'est-à-dire qu'il faut que le patient ait des ressources sociales, professionnelles, familiales, etc ... sinon une fois le sevrage effectué il ne reste plus rien, ce qui est la source de rechute.

Cette première prise en charge d'un sevrage d'alcool m'a posé question. Les recherches effectuées et surtout le cours du Dr Castera m'ont permis de me sentir plus à l'aise dorénavant pour aborder ces situations avec les patients et pour accompagner un sevrage ambulatoire. J'aimerais également poursuivre cette formation en addictologie au travers des FMC ou DU...

Références

HAS, Conférence de consensus, Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant, 17 mars 1999

Annexe 3 : Caractéristiques NVIVO de 10 internes et de 10 patients

Chaque interne et chaque patient ont un nœud qui leur est propre.

Le nœud du patient correspond au script qui le décrit.

Le nœud de l'interne correspond à l'ensemble des scripts et cas ponctuels addictologiques qu'il a rédigé.

Ces deux nœuds ont des caractéristiques qui leur sont propres.

➤ Exemple de caractéristiques des 10 premiers internes analysés

| interne | sexe | Nb cas addictologiques/port folio | Nb de scripts | cas ponctuels parlant d'addictologie |
|---------|-------|-----------------------------------|---------------|--------------------------------------|
| I1 | femme | 4 | 11 | 0 |
| I2 | femme | 2 | 12 | 0 |
| I3 | femme | 2 | 12 | 0 |
| I4 | homme | 3 | 11 | 0 |
| I5 | femme | 7 | 12 | 0 |
| I6 | femme | 4 | 16 | 1 |
| I7 | femme | 4 | 12 | 1 |
| I8 | femme | 2 | 12 | 1 |
| I9 | femme | 2 | 12 | 1 |
| I10 | homme | 4 | 12 | 0 |

Tableau 3 Caractéristiques des 10 premiers internes analysés.

➤ Exemple de caractéristiques de 10 patients analysés

| patient | Groupe d'âge | lieu de consultation | semestre interne |
|---------|--------------|---------------------------|------------------|
| I 1 CC1 | 31-65 | service hospitalisation | 1 |
| I 1 CC2 | ≥ 66 | service hospitalisation | 2 |
| I 1 CC3 | 15-30 | cabinet medecine generale | 3 |
| I 1 CC4 | 0-14 | service hospitalisation | 5 |
| I 7 CC1 | 31-65 | service hospitalisation | 1 |
| I 7 CC2 | 31-65 | cabinet medecine generale | 4 |
| I 7 CC3 | 0-14 | service hospitalisation | 6 |
| I 7 CC4 | ≥ 66 | cabinet medecine generale | 3 |
| I 8 CC1 | ≥ 66 | service hospitalisation | 1 |
| I 8 CC2 | 31-65 | service hospitalisation | 4 |

Tableau 4 Caractéristiques de 10 patients de scripts addictologiques.

Si l'on prend l'exemple de I7 :

I7 est une femme qui a rédigé 4 scripts sur 12 et 1 cas ponctuel considérés comme addictologiques.

I7CC2 est une personne de 31-65 ans, vue au cabinet de médecine générale alors que l'interne est en 4^{ème} semestre de son internat.

Annexe 4 : Le logiciel NVIVO

Les captures d'écran suivantes ont été réalisées sur le logiciel NVIVO 11, dernière version en ligne. L'analyse a été faite sur le logiciel NVIVO 10. Les fonctions entre les deux versions sont les mêmes mis à part la langue (NVIVO 10 était disponible en français).

The screenshot displays the NVIVO 11 interface. On the left, a 'Nodes' sidebar shows a hierarchical tree of nodes under 'Nœuds' and 'Cases'. The main window shows a search for '1) patient et ad' with a search bar and 'Find Now' button. Below the search bar, a table lists the results of the search, showing the number of sources and references for each node.

| Name | Sources | References | Created On | Created By |
|---|---------|------------|------------------|------------|
| Il le patient et addiction | 0 | 0 | 18/04/2015 15:05 | MS |
| 1) type consommation. | 0 | 0 | 08/07/2015 09:49 | MS |
| exposition passive | 20 | 45 | 08/07/2015 09:59 | MS |
| addiction sevrée | 114 | 218 | 18/04/2015 15:23 | MS |
| usage conso | 31 | 31 | 03/05/2015 14:21 | MS |
| dépendance | 323 | 826 | 04/06/2015 11:28 | MS |
| terme abus utilisé par l'interne | 6 | 6 | 04/06/2015 11:30 | MS |
| terme dépendance utilisé par l'inter | 43 | 48 | 04/06/2015 11:30 | MS |
| usage à risque abus | 41 | 77 | 04/06/2015 11:28 | MS |
| usage non précisé | 20 | 41 | 04/06/2015 11:29 | MS |
| usage thérapeutique | 125 | 259 | 04/06/2015 11:27 | MS |
| 2) cas des problématiques peu ou pas so | 0 | 0 | 18/04/2015 15:10 | MS |
| 3) historique et mode de consommation | 299 | 1047 | 18/04/2015 15:12 | MS |
| 4) attitude initiale vis à vis de l'addiction | 141 | 158 | 12/05/2015 17:39 | MS |
| 5) retentissement | 430 | 762 | 18/04/2015 15:12 | MS |
| 6) réactions du patient face à la conduit | 129 | 188 | 18/04/2015 15:17 | MS |
| grossesse en cours ou accouchement re | 21 | 21 | 18/02/2015 19:10 | MS |

Figure 19 : Exemple de nœuds créés pour l'analyse.

Les 2 figures suivantes montrent les 2 types de recherche possibles : la recherche textuelle et la recherche par encodage matriciel.

La limite de la recherche textuelle est surtout relative aux possibles fautes d'orthographe (ou de frappe) des internes. C'est pourquoi cette recherche n'a jamais été exclusive mais utilisée en complément de l'encodage.

| Name | In Folder | References | Coverage |
|---------|-------------------|------------|----------|
| I4 CC1 | Éléments internes | 1 | 0,06% |
| I9 CP1 | Éléments internes | 4 | 0,53% |
| I15 CC2 | Éléments internes | 2 | 0,10% |
| I15 CC3 | Éléments internes | 5 | 0,18% |
| I21 CC1 | Éléments internes | 2 | 0,33% |
| I21 CC3 | Éléments internes | 2 | 0,22% |
| I28 CC3 | Éléments internes | 2 | 0,10% |
| I40 CC2 | Éléments internes | 1 | 0,08% |
| I44 CC1 | Éléments internes | 1 | 0,08% |
| I49 CC2 | Éléments internes | 6 | 0,32% |
| I59 CC1 | Éléments internes | 1 | 0,07% |
| I60 CC3 | Éléments internes | 1 | 0,04% |

Figure 20. Exemple de recherche textuelle : ici pour le mot « Fagerström ».

| | A : conseil minimal | B : fagerstrom | C : test HAD |
|----------|---------------------|----------------|--------------|
| 1 : I1 | 0 | 1 | 0 |
| 2 : I2 | 0 | 0 | 0 |
| 3 : I3 | 0 | 0 | 0 |
| 4 : I4 | 0 | 1 | 0 |
| 5 : I5 | 0 | 0 | 0 |
| 6 : I6 | 0 | 0 | 0 |
| 7 : I7 | 0 | 3 | 0 |
| 8 : I8 | 0 | 1 | 0 |
| 9 : I9 | 1 | 5 | 1 |
| 10 : I10 | 1 | 3 | 0 |
| 11 : I11 | 1 | 1 | 1 |
| 12 : I12 | 1 | 2 | 0 |
| 13 : I13 | 0 | 2 | 0 |
| 14 : I14 | 1 | 0 | 0 |
| 15 : I15 | 1 | 7 | 0 |
| 16 : I16 | 0 | 2 | 0 |
| 17 : I17 | 0 | 0 | 0 |
| 18 : I18 | 0 | 0 | 0 |
| 19 : I19 | 0 | 0 | 0 |
| 20 : I20 | 0 | 0 | 0 |
| 21 : I21 | 1 | 4 | 0 |
| 22 : I22 | 0 | 0 | 0 |
| 23 : I23 | 0 | 1 | 0 |
| 24 : I24 | 0 | 0 | 0 |
| 25 : I25 | 0 | 0 | 0 |

Figure 21. Exemple de recherche par encodage matriciel : ici outils ou concepts addictologiques sur le tabac.

Annexe 5 : Exemple d'encodage avec le script I7 CC2

Analyse du récit :

1) Le patient (I7 CC2)

Les caractéristiques sont précisées dans l'annexe 3.

Le statut du tabac et de l'alcool sont tracés, pas pour le cannabis.

La patiente **est dépendante** pour le tabac et pour l'alcool.

Le terme « dépendance » n'est pas présent dans le récit.

Il n'y a pas de retentissement connu pour le tabac ni pour l'alcool.

L'environnement est précisé par l'interne :

- *Isolement social* : « divorcée sans enfants » « elle se sent vraiment seule »
- *Conditions économiques précaires* : « au chômage »

Il existe un **trouble anxio dépressif** : « C'est une femme qui paraît bien plus âgée, fatiguée et elle m'apparaît surtout très tendue. Elle s'assoit en face de moi, et commence à se triturer les mains. Je la sens nerveuse et l'invite avec un sourire à me dire le motif de sa venue. Elle baragouine quelques mots que je ne comprends pas et finalement décide de se lancer : « docteur, aidez-moi ! » »

Le script est dans la catégorie « **patient en demande de sevrage** ». Il est considéré comme partiellement pris en charge car la dépendance au tabac n'est pas prise en compte dans le récit. Cela sera critiqué dans la recherche.

Dans la description addictologique, **l'âge de début et la fréquence de consommation** sont précisés.

2) Prise en charge proposée par l'interne

L'évaluation de la dépendance est présente : « Je lui fais préciser, sans savoir si cela a une réelle importance dans la prise en charge, le mode de début de sa consommation. Elle me dit que c'est venu progressivement, d'abord alcool festif, puis de plus en plus souvent. Elle a commencé à boire vraiment de façon régulière et en quantité importante quand son mari l'a quittée puis lorsqu'elle a perdu son travail. Depuis qu'elle a rencontré son nouveau compagnon, elle a essayé de ne plus boire, mais elle n'arrive pas à tenir plus de quelques jours. »

L'évaluation du retentissement est présente : « Je décide d'examiner Mme H. Son examen ne montre rien de particulier, notamment absence de signe en faveur d'une cirrhose, il n'y a pas d'hépatomégalie, pas de circulation veineuse collatérale, pas d'érythrose palmaire. »

Il n'y a pas de **proposition de traitement thérapeutique ni d'orientation vers un spécialiste**.

La proposition de suivi est présente : « Je lui propose enfin de la revoir une semaine plus tard pour faire le point sur les stratégies mises en place et sur sa consommation d'alcool. Je me dis que je la reverrais alors avec mon maître de stage qui pourra me guider, et cela me laissera un peu de temps pour faire mes recherches. »

3) Ressenti et problématiques posées par l'interne

Les ressentis retrouvés sont :

- **Empathie** : « Je lui demande alors pourquoi elle souhaite arrêter sa consommation d'alcool » et impression globale à la lecture du récit.

- **Manque de ressources personnelles** : « Là je comprends que la consultation ne va pas être simple à mener pour moi, c'est la première fois que je suis face à un patient qui demande de l'aide pour un sevrage... » « J'avoue que je ne sais pas trop comment l'aider de ce côté-là... » « je ne me sentais pas très à l'aise pour aborder ce sujet avec la patiente, et n'ayant pas la formation. »
- **Remise en question** : « Je reste un peu sceptique quant à l'efficacité des conseils et de l'aide que j'ai pu lui apporter... »

Les raisons retrouvées sont :

- Pour le manque de ressources personnelles : manque de connaissances
- Pour la remise en question : sur la conduite à tenir proposée au patient.

Les problématiques soulevées par l'interne sont :

- **De connaissances** : « 1) Quels sont les outils de dépistage pour repérer une consommation d'alcool problématique ? 2) Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'alcoolodépendance, et quel type de patient doit-on orienter vers un spécialiste ? 3) Quelles sont les modalités d'un sevrage alcoolique ambulatoire suivi par le médecin généraliste ? »
- **Sur l'orientation des patients vers un spécialiste** : « 2) Quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'alcoolodépendance et quel type de patient doit-on orienter vers un spécialiste ? 4) Quelles sont les associations de patients alcoolodépendants sur la région ? »

Analyse des recherches et tâches d'apprentissage :

4) Tâches d'apprentissage

L'interne a cité **le terme dépendance** dans ses recherches et cité la **classification DSM 5**. Les **outils ou concepts addictologiques** cités dans ce script sont :

- AUDIT
- Score de Cushman.

Il n'y a pas d'examens paracliniques cités (sur l'alcool).

L'interne a cité une « **urgence addictologique vraie** » : « le syndrome de sevrage ».

L'interne a soulevé l'importance de **travailler en réseau** sans en citer un local : « Le jury recommande le regroupement en réseaux spécialisés en alcoologie de l'ensemble des dispositifs d'aide et de soins du sujet alcoolodépendant. »

L'interne a nommé des **associations de patients**.

Les rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des addictions sont :

- **Rôle dans le dépistage** : « évaluer la consommation d'alcool du patient à l'aide d'un instrument de dépistage rapide »
- **Rôle dans la communication avec les spécialistes** : « du conseil simple est utile pour orienter un patient vers un spécialiste »
- **Rôle dans la prise en charge** : « était important de rechercher les signes d'un syndrome de sevrage car cela modifie la prise en charge ultérieure »

Enfin l'interne a mentionné **une formation nécessaire** en alcoologie : « ils doivent recevoir une formation initiale et continue » « J'aimerais également poursuivre cette formation en addictologie au travers des FMC ou DU... »

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) 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 leurs 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.