



HAL
open science

Échanges d'informations médicales entre centres d'addictologie et médecins généralistes : ressenti des médecins généralistes picards

Nacer-Eddine Serriari

► **To cite this version:**

Nacer-Eddine Serriari. Échanges d'informations médicales entre centres d'addictologie et médecins généralistes : ressenti des médecins généralistes picards. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02102558

HAL Id: dumas-02102558

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02102558>

Submitted on 17 Apr 2019

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.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Année : 2018

N°2018-127

Université de Picardie Jules Vernes

Présentée et soutenue publiquement le 01 octobre 2018 par

Nacer-Eddine SERRIARI

Sujet de la thèse :

**Echanges d'informations médicales entre centres
d'addictologie et médecins généralistes : ressenti des
médecins généralistes Picards**

Devant le Jury composé de :

M. le Professeur	Alain DERVAUX	Président du Jury
M. le Professeur	Eric NGUYEN-KHAC	Juge
M. le Professeur	Mickaël NAASSILA	Juge
M. le Docteur	Mathurin FUMERY	Juge
M. le Docteur	Hicham BOUHLAL	Juge
M. le Docteur	Edouard DENANCY	Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury

Monsieur le professeur Alain DERVAUX

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Psychiatrie adultes*

*Vous me faites l'honneur aujourd'hui de
présider le jury de cette thèse,
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération*

A mes juges,

*Monsieur le Professeur Eric NGUYEN-KHAC
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Hépatogastroentérologue)
Chef du Service d'Hépatogastroentérologie
Pôle "Médecine chirurgicale digestive, rénale, infectieuse, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)*

*Vous me faites l'honneur de juger mon travail,
Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.*

Monsieur le professeur Mickael NAASSILA

Professeur des universités

(Pharmacie)

Directeur unité INSERM 1247 - GRAP

Président de la Société française d'alcoologie

Merci de m'honorer de votre présence au sein de ce jury

Merci pour le temps accordé pour juger ce travail

Soyez assurée de toute mon estime.

Monsieur le docteur Mathurin FUMERY

*Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Service Hépatogastroentérologie*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Soyez assuré de ma respectueuse gratitude.*

Le docteur Hicham BOUHLAL

*Maître de Conférences des Universités – HDR
Pharmacien biologiste*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de participer à ce jury,
Recevez à l'occasion de ce travail mes sincères remerciements.*

*A mon directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Edouard DENANCY
Médecin Généraliste*

*Merci pour vos précieux conseils, pour votre gentillesse
et pour votre disponibilité
Veuillez recevoir toute ma reconnaissance ainsi que mes remerciements les plus sincères.*

ABBREVIATIONS

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DU : Diplôme Universitaire

AUDIT : Alcohol Use Disorders Test

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

TSO : Traitement Substitutif aux Opiacés

ARS : Agence Régionale de Santé

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

CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

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

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

TSO : Traitement Substitutif aux Opiacés

DPC : Développement Professionnel Continu

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	10
GENERALITES	12
I. Une maladie de la médecine générale.....	12
II. Définition de l’addiction.....	13
III. Physiopathologie.....	13
IV. Modes de consommation en France	13
V. Description des différentes structures de soins	15
A. Les réseaux de santé.....	15
B. Les CSAPA: Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	16
C. Les CAARUD: Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue.....	16
D. Les structures hospitalières.....	17
E. Les CJC : Consultations Jeunes Consommateurs.....	18
F. Les associations d'entraides	19
G. Les Urgences hospitalières	19
VI. Addictologie et médecine générale.....	20
A. Place du médecin généraliste.....	20
B. Prise en charge des addictions par le médecin généraliste	21
C. Prévention et dépistage.....	23
D. Limites.....	24
E. Une prise en charge parallèle, en lien ou concurrente aux centres spécialisés ?	26
Matériel et méthode	27
I. Le choix de la méthode :.....	27
II. Recueil des données :.....	27
III. Constitution de l’échantillon.....	29
IV. Réalisation des entretiens	29
V. Retranscription des données	30
VI. Analyse des entretiens	30
Résultats :.....	32
I. Caractéristiques des médecins interrogés :	32

II.	Opinions sur la pratique des médecins généralistes :.....	36
A.	Rôle majeur du médecin généraliste mais prise en charge complexe :	36
B.	Fréquence de prise en charge des troubles addictifs :.....	38
C.	Des patients difficile à suivre :	39
D.	Formation et intérêt pour l’addictologie :.....	40
III.	La collaboration entre médecins généralistes et centres d’addictologie :.....	42
A.	Connaissance des centres d’addictologie :	42
B.	Recours aux centres d’addictologie et besoins de collaboration :	43
C.	La communication :.....	45
D.	Des pistes d’amélioration :	48
	DISCUSSION	50
I.	Les forces de l’étude :.....	50
A.	Le choix de la méthode :.....	50
B.	Le nombre de médecins interrogés :.....	51
II.	Les faiblesses de notre étude :	51
A.	Absence du point de vue des addictologues :.....	52
B.	La question de la subjectivité :	52
III.	Résultats :.....	53
A.	Déficit de communication entre médecins généralistes et addictologues :	53
B.	Des moyens mal adaptés :	54
C.	Ambivalence des médecins généralistes :.....	54
IV.	Perspectives :.....	56
V.	Complément d’étude :.....	57
	Conclusion :	58
	BIBLIOGRAPHIE.....	59
	Annexes	64
	Annexe 1 : Centres de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en région Picardie	64
	Annexe 2 : Script d’entretien	65

INTRODUCTION

Les addictions ou « troubles d'utilisation de substances » sont la première cause de mortalité évitable dans le monde. Elles sont responsables de près de 30% de mortalité prématurée (1). Elles concernent de nombreuses substances psychoactives. Les plus répandues sont le tabac, l'alcool et le cannabis. Le tabac est l'un des produits psychoactifs les plus consommés en France. En 2014, 29 % de la population adulte (18-75 ans) déclarait fumer régulièrement quotidiennement des cigarettes. L'alcool est de loin la substance psychoactive la plus répandue en France. En 2014, 86 % de la population déclarait avoir consommé une boisson alcoolisée au cours des douze derniers mois. Près de la moitié des 15-75 ans interrogés rapportaient une consommation au moins hebdomadaire d'alcool, principalement de vin et de bière. Le cannabis est le produit illicite le plus répandu dans la population française. En 2014, l'expérimentation du cannabis s'élevait à 42 % parmi les 18-64 ans, 50 % des hommes et 33 % des femmes. La part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre en deux décennies (de 1,2 % en 1995 à 2,6 % en 2005, 3,8 % en 2010 et 5,6 % en 2014). La consommation des autres drogues illicites reste marginale sur l'ensemble de la population des 18-64 ans. La prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est de 1,5 % dans l'ensemble des 18-64 ans (2).

L'addiction est une affection chronique pouvant être décrite sous plusieurs angles: moral, philosophique, juridique ou médical. Sur le plan de la médecine, elle est bien décrite par le modèle bio-psycho-social (3).

L'étude de la relation de soins et du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles addictifs est menée depuis plusieurs années, et pose de nombreuses questions. Il en est de même des interactions avec les confrères addictologues et les centres de prise en charge des addictions en général (4).

La prise en charge des addictions par les médecins généralistes a considérablement évolué, dans le domaine du tabagisme, mais aussi de l'alcoolodépendance et des problèmes liés à l'usage d'autres substances psychoactives. La fin des années 1980 est marquée par l'engagement progressif des autorités dans la politique de réduction des risques dans le domaine des drogues illicites. Parallèlement, la montée en puissance d'une nouvelle discipline à la fin des années 1990, l'addictologie, avec la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) et de nombreux diplômes universitaires (DU) et capacités, a

contribué à donner une place importante au tabac et à l'alcool parmi les substances psychoactives justifiant des modes de prise en charge spécifiques.

L'introduction de l'addictologie a également modifié la manière d'aborder les addictions d'un point de vue de santé publique, en insistant sur la nécessité de développer une prise en charge en deux temps, pour pouvoir prendre en compte des usagers aux profils multiples : repérage précoce des consommations à risque (en particulier grâce aux médecins généralistes) puis, le cas échéant, orientation vers une structure spécialisée (5–7).

Les parcours de soins des patients souffrant de « troubles liés à l'usage de substances psychoactives » sont long, complexes, hétérogènes et souffrent de nombreuses lacunes de prise en charge. Bien qu'un parcours de soins dans le domaine soit déjà établi, le patient pourrait tirer un plus grand bénéfice d'une meilleure communication entre les différents acteurs de santé impliqués dans sa pathologie addictive. Dans ce contexte, le médecin traitant a une position centrale, dans la mesure où il est susceptible de coordonner l'ensemble des soins des sphères somatique, sociale et psychiatrique.

L'objectif principal de notre travail est de déterminer la perception des médecins généralistes concernant leurs échanges avec les centres de soins en addictologie, d'essayer de mettre en évidence les difficultés rencontrées, afin de proposer des pistes pour améliorer la communication entre les différents acteurs de la prise en charge des addictions.

GENERALITES

I. Une maladie de la médecine générale

Il existe plusieurs type d'addictions : les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis, d'héroïne, de cocaïne mais également la dépendance aux jeux vidéo, à internet et aux jeux d'argent. Ces troubles du comportement peuvent avoir des conséquences délétères tant en termes de morbi-mortalité qu'en termes de perturbation des liens et des équilibres familiaux et sociaux. En France, le tabac et l'alcool, à eux seuls, ont été décrit comme les principales causes de décès évitables avant 65 ans. La France est ainsi considérée parmi les pays les plus mal classés d'Europe. Cette situation interpelle les médecins généralistes car il existe des possibilités de modifier ces comportements ou de les prévenir en soins premiers. Dans l'addiction à l'alcool, par exemple, le repérage précoce et l'intervention brève pratiqués par les médecins généralistes ont montré leur efficacité. Cependant, l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des addictions reste très inégale. L'implication des médecins généralistes français dans les addictions reste surtout focalisée sur le tabac, un peu moins sur l'alcool et très pauvre en ce qui concerne les drogues illicites. Il existe plusieurs éléments qui expliquent ce manque d'investissement des médecins généralistes. Il y a d'une part des arguments professionnels qu'on peut résumer dans le manque de temps et de formation, mais aussi le sentiment d'inefficacité, voire d'épuisement face à cette pathologie complexe. D'autre part, Il y a surtout des représentations, communes à de nombreux patients et à la société, qui associent davantage l'addiction à une faute morale volontaire de personnes indignes de confiance qu'à une maladie à soigner. La priorité est donc de faire évoluer ces représentations. Connaître la physiopathologie de cette affection chronique est la base de l'investissement du médecin généraliste, facilitant ses interventions tant en prévention que dans le traitement et l'accompagnement sur le long terme (8).

II. Définition de l'addiction

Le terme d'addiction a été introduit en France vers 1975, il est venu remplacer les termes de toxicomanie et de dépendance pour mieux expliquer les modes de consommation où dominent l'obsession et la perte de contrôle. Le mot addiction provient du droit romain où il désignait la contrainte par corps d'un sujet incapable d'honorer sa dette, il a d'abord été utilisé en anglais pour désigner les passions dévorantes. Il s'agit, d'une part, d'une impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, et d'autre part, de la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives (8).

Le terme d'addiction est actuellement étendu aux troubles d'usage sans substance (le jeu pathologique, l'usage d'internet, ...).

III. Physiopathologie

Les troubles addictifs sont définis comme un dysfonctionnement du cerveau, il s'agit donc d'une maladie au même titre que les autres maladies psychiatriques ou neurologiques. La physiopathologie de l'addiction est multifactorielle englobant des perturbations génétiques, psychologiques et environnementales. Elle s'installe toujours à la suite de la rencontre répétée d'un produit, d'une personne et d'un environnement. Les progrès de la neurobiologie, encore très incomplets, permettent de suivre de mieux en mieux cette transformation cérébrale dominée par un besoin acquis, conditionné, envahissant, et échappant au contrôle volontaire (8).

IV. Modes de consommation en France

L'alcool et le tabac sont de loin les deux substances les plus consommées en France. Cette forte consommation peut s'expliquer par plusieurs facteurs : l'histoire, le statut légal, la production locale, les intérêts économiques, mais aussi la fonction sociale que jouent ses deux produits en France.

En 2014 on a estimé le nombre de fumeurs quotidiens de tabac en France à 13,3 millions de personnes âgées de 11 à 75 ans (2) dont les deux tiers déclaraient fumer au moins dix cigarettes par jour. Ce nombre de fumeurs est relativement stable depuis 20 ans environ, malgré une part importante qui s'emploie à se sevrer du tabac. Ainsi, on dénombre en 2014, 1,6 millions de fumeurs qui ont eu recours à un au moins un des traitements médicamenteux d'aide à l'arrêt du tabac.

Pour l'alcool, une étude menée en 2014 estimait qu'environ 4,6 millions, parmi les 11-75 ans, ont un usage quotidiens et 8,7 millions ont un usage réguliers (au moins trois fois par semaine) (9). Le nombre de personnes concernées par une consommation à risques reste élevé malgré la diminution régulière de ces chiffres constatée depuis quelques dizaines d'années (2). Il serait de 3,4 millions chez les 18-75 ans selon les critères de l'AUDIT (10), soit 8% de cette tranche d'âge (9). Le nombre de personnes, de 11 à 75 ans, ayant consommé au moins une fois dans l'année est estimé à 42,8 millions sur les 50 millions d'habitants de cette tranche d'âge que compte notre pays.

L'alcool et le tabac sont en effet les deux premières causes de mortalité évitable en France (11).

La consommation excessive d'alcool constitue l'une des principales causes d'hospitalisation. Des études ont évalué qu'en 2012, la consommation d'alcool aurait induit plus de 580 000 hospitalisations en services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, 2700 000 journées en psychiatrie (10,4% du total) et 2 000 000 journées en soins de suite et réadaptation (SSR) (5,6% du total) (12). Tout ceci serait à l'origine de 3,6% de l'ensemble des dépenses hospitalières en 2012.

Concernant les autres substances, les principales données existantes de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) portent elles-aussi sur les 11-75 ans.

La consommation du cannabis concerne souvent les sujets les plus jeunes et décroît progressivement avec l'âge (2). Il y a environ 4.6 millions qui déclarent avoir consommé au moins une fois dans l'année. Une consommation régulière d'au moins dix fois par mois concerne environ 1,4 millions de personnes et une consommation quotidienne par 700 000 personnes (9). Et sa consommation progresse dans le temps.

La consommation de cocaïne, en France, est en hausse depuis une dizaine d'années (2). Le nombre d'usagers recensé en 2014 est estimé à 450 000 dont 400 000 personnes pour l'ecstasy (9).

Enfin, l'héroïne et autres opiacés auraient déjà été expérimentés par environ 600 000 personnes et leur usage régulier toucherait 0,2% des 18-64 ans (8). Ce taux est stable depuis 25 ans (2).

On note cependant un report de la consommation d'héroïne vers le sulfate de morphine, dans des problématiques jointes de fluctuation de la disponibilité et de la qualité de l'héroïne et de la réduction des risques par la prise d'un produit d'origine pharmaceutique (13). On observe également le développement de consommations épisodiques et festives qualifiées de « récréatives » utilisant le sniff, dans une population jeune qui cherche à se démarquer de l'image d'une consommation par injection, socialement connotée (14). Actuellement, 170 000 personnes sont sous traitement substitutif aux opiacés (TSO) (9).

Concernant la consommation problématique de médicaments, la France reste le premier pays consommateur de psychotrope en Europe. Cette consommation concernerait 11 millions de personnes environ âgées entre 18 et 75 ans, selon les chiffres de 2010 (9).

V. Description des différentes structures de soins

A. Les réseaux de santé

Selon la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé ont pour rôle « de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers » (15).

Ainsi, le réseau de soin en addictologie est organisé en plusieurs structures. Leurs rôles est d'apporter un soutien mais également d'orienter les patients vers les différents intervenants. Ce réseau de soin constitue un outil de coordination, de formation, de communication et de savoir pour les professionnels (15).

Les principaux acteurs de ce réseau sont résumés ci-dessous :

B. Les CSAPA: Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont considérés comme étant les structures de référence dans la prise en charge médico-sociale des addictions. Il s'agit d'établissements médico-sociaux, disposant d'une équipe pluridisciplinaire qui assure une prise en charge de proximité des différents types d'addictions (16). Les CSAPA sont nés en 2007 de la fusion des CSST (Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes, dédiés à la prise en charge des addictions aux substances illicites) et des CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie, dédiés à l'alcoolodépendance).

En 2010, on comptait 419 CSAPA dont 229 encore étiquetés « alcool » et 190 « drogues illicites » ayant pris en charge, respectivement, environ 161 000 et 107 000 patients, soit un total de 268 000 (17). Il en résulte une file active estimée à 6,61 patients pour 1000 habitants âgés de 15 à 65 ans.

Les CSAPA jouent un rôle dans l'accueil et l'information sur les consommations de drogues et sur les aides proposées à la personne consommatrice mais également à ses proches. Un suivi médical ambulatoire y est organisé avec un psychiatre ou un généraliste formé à l'addictologie.

C. Les CAARUD: Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue (CAARUD) sont des établissements médico-sociaux qui ont comme objectif la prévention et la réduction des risques et des dommages liés aux pratiques de consommation des drogues, notamment les infections virales. La sobriété, l'abstinence ou un projet de sevrage ne sont pas exigés. Les conditions d'accueil sont minimales: absence de consommation sur place et respect de l'équipe. C'est un dispositif dit de « bas seuil ». Ils ont été créés par la loi du 9 août 2004 à partir des dispositifs précédents (« boutiques »).

Il en existait 160 en France fin 2014, dont la file active est estimée par l'OFDT à 70 000 usagers au niveau national. Ils se concentrent principalement en Ile-de-France, dans les régions du Sud et dans le Nord-Pas-de-Calais (18).

Leurs missions sont centrées sur la réduction des risques et des dommages (19). Les éducateurs et travailleurs des CAARUD accueillent les usagers de drogues et leur transmettent des informations sur les risques des différentes substances et pratiques de consommations en général et sur les particularités locales (19). Ils mettent gratuitement à disposition des patients usagers de drogues du matériel de prévention des infections (seringues, eau de préparation, cuillère, coton/filtre, pipe à crack, ...) et forment aux règles d'hygiène. Les CAARUD participent au dispositif de veille en matière de drogue et à la recherche, la prévention et la formation sur l'évolution des pratiques des usagers de drogues.

D. Les structures hospitalières

Le dispositif addictologique hospitalier est gradué en trois niveaux (20) :

- Niveau 1: de proximité
- Niveau 2 : de recours
- Niveau 3 : Centre d'Addictologie Universitaire Régional

Le niveau 1 assure une réponse de proximité et des sevrages simples. Il dispose d'une équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmière, psychologue, assistant social, diététicien).

Il se compose de trois parties : consultations, Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et services d'hospitalisation résidentielle (21).

Le service de consultations hospitalières spécialisées d'addictologie assure le suivi ambulatoire médical mais aussi social des patients, et travaille en partenariat avec les services capables d'accueillir les patients pour la réalisation de sevrage hospitalier.

L'ELSA intervient dans les différents services de l'hôpital pour prendre en charge les problématiques addictives des patients hospitalisés et apporte un soutien à des équipes des Services d'Accueil des Urgences. Elle oriente parfois la prise en charge vers une structure hospitalière de niveau 2. L'ELSA assure également la formation continue en addictologie des

professionnels de santé de l'établissement et des actions de liaison avec les partenaires extrahospitaliers.

Le niveau 2, dit de recours, est spécifiquement addictologique et se divise aussi en trois structures. La première est l'unité d'addictologie de prise en charge aiguë. La seconde structure est un service d'hospitalisation complète réalisant des sevrages et des soins résidentiels complexes. La troisième structure est le Soins de Suite et de Réadaptation addictologique (SSR).

Le niveau 3, ou Centre d'Addictologie Universitaire Régional, est doté des mêmes moyens en termes de soins que les structures de niveau 2 (hospitalisation complète pour sevrage et soins résidentiels complexes, hospitalisation de jour) mais assure également une fonction d'enseignement, de formation et de recherche. Il est implanté dans les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU).

E. Les CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

Le dispositif appelé « Consultations Jeunes Consommateurs » assure une prise en charge anonyme et gratuite orientée spécifiquement vers les adolescents, les jeunes adultes et/ou leurs parents. Les patients pris en charge présentent une problématique de troubles liés à l'usage de substances, des jeux numériques ou d'argent, et dont la motivation au changement est souvent peu affirmée. Elles ont été mises en place à partir de 2004 et ont vu leur mission renforcée (22) après une série de recommandations de l'Inserm (23), insistant notamment sur le repérage en milieu scolaire.

Environ 260 structures géraient une « Consultations Jeunes Consommateurs » en 2014 (54% de CSAPA associatifs et 46% de CSAPA hospitaliers ou consultations hospitalières) avec 540 lieux de consultations sur 420 communes. Ces consultations ont accueilli en 2014 environ 30 000 personnes (dont 23 000 consommateurs et 7 000 personnes de l'entourage), à 80% concernant l'usage de cannabis.

F. Les associations d'entraides

Les mouvements d'entraides existent depuis plus d'un siècle. Initialement tournés vers les personnes en difficulté avec l'alcool, ils s'adressent à présent aux personnes usagères de l'ensemble des substances psychoactives, avec l'existence ou non de segmentation en fonction des groupes. Ces associations ont pour objectifs d'apporter un soutien, un suivi et un accompagnement de long terme aux personnes souffrant de leur consommation de produits psychoactifs et à leur entourage (24). Elles s'appuient sur le partage d'expérience et de lieux de convivialité entre pairs, hors de tout jugement. Certaines font appel à un certain degré de spiritualité, notamment les Alcooliques Anonymes qui est la plus connue du grand public (25). Il existe donc une multitude de cadres plus ou moins formels et théoriques, reflétant la diversité des aspirations humaines dans la vie collective. A l'échelle nationale, il existe également Vie Libre, La Croix-Bleue, les Narcotiques Anonymes, Alcool-Assistance, les Amis de la Santé, Revivre.

G. Les Urgences hospitalières

Beaucoup de patients confrontés à des problématiques addictives sont pris en charge aux urgences (26–28). Les motifs de consultation sont très variés, ils peuvent être en lien direct avec l'intoxication aiguë ou le sevrage des diverses substances psychoactives et se révéler par des manifestations cliniques très diverses (coma, hypothermie, hypoglycémie, trouble du rythme cardiaque, agitation, trouble du comportement, délire,...) (29,30). La problématique de l'usage de substances est parfois négligée devant certaines complications, notamment traumatiques (accidents de la voie publique ou domestiques (30)). C'est moins le cas pour les complications digestives (hémorragie digestives, pancréatite, hépatite alcoolique aiguë, ...) et infectieuses (abcès, endocardite...). La prise en charge des troubles addictifs n'est pas ici considérée comme urgente et n'interviendra au mieux que dans un second temps (26–28). Ces situations aiguës peuvent cependant être d'importants leviers dans la prise de conscience des patients sur leurs consommations, ou juste une porte d'entrée dans le soin pour les plus jeunes, qui souffrent moins de complications chroniques. C'est dans cette optique que le législateur demande la mise en place d'ELSA dans l'ensemble des hôpitaux disposant d'un service d'urgence.

Par ailleurs, d'autres pistes sont en cours pour orienter le patient addict à partir des urgences comme la consultation post-urgence d'addictologie, ou les lits d'hospitalisation aigüe d'addictologie. Contrairement à l'idée commune, une hospitalisation à partir des urgences dans un service de médecine addictologique peut s'avérer aussi efficace qu'une hospitalisation programmée pour sevrage, en termes d'adhésion à un suivi addictologique (31).

VI. Addictologie et médecine générale

A. Place du médecin généraliste

L'addiction est multifactorielle et sa prise en charge doit être multidisciplinaire médico-psycho-sociale centrée avant tout sur la personne en difficulté. La prise en charge fait appel aux médecins généralistes et plusieurs autres acteurs médicaux tels que les médecins spécialistes : addictologues, psychiatres mais aussi psychologues, assistantes sociales, infirmières. Des acteurs non-médicaux sont également importants dans cette prise en charge tels que les associations. Enfin, l'entourage du patient, souvent oublié, fait également partie intégrante de cette prise en charge.

Du fait de sa position de médecin de premier recours dans le système de soins, le médecin généraliste a une place incontestable dans la prise en charge des addictions. C'est une question importante dans sa pratique clinique tant par sa fréquence que par les conséquences physiques, psychiques et sociales qu'il est amené à prendre en charge. Sa position naturelle de médecin de la cité lui donne une place privilégiée (32), que les institutions sanitaires s'attachent à présent à mettre officiellement (20) au centre d'un dispositif de coordination des acteurs de soins. Le médecin généraliste a la possibilité d'intervenir dans les différentes étapes de la prise en charge, c'est à dire qu'il peut agir sur la prévention, le dépistage, le traitement et le maintien de l'abstinence. Par sa proximité humaine, il a l'opportunité d'observer l'évolution de ses patients dans leur cadre de vie familial, professionnel et social.

Cette proximité avec le patient lui permet de comprendre les difficultés que peuvent rencontrer certaines personnes tout au long de leur vie.

Il est également le premier interlocuteur et aborde le patient dans son ensemble. Par la connaissance de son patient et par l'écoute qu'il lui confère, il peut faire émerger chez le malade

une prise de conscience de son problème, de sa dépendance à l'alcool. Du fait qu'il soit confronté à tous types de pathologies, le médecin généraliste se doit d'être polyvalent (33).

La nature des substances et le type d'usage sont très diverses en population générale et dans la population consultant un médecin généraliste. L'importance du dépistage est non seulement établie mais clairement prescrite par les institutions sanitaires (34–38). La position centrale du médecin généraliste est spécialement affirmée dans le champ des addictions, celui-ci ayant l'avantage d'être à proximité, disponible et souple sur ses prises en charge (39), là où l'ambivalence du patient, la crainte de sa stigmatisation et la relation de confiance tiennent une place majeure (40). Il est aussi au premier temps de l'apparition des complications.

Mais le généraliste peut parfois se retrouver devant des situations difficiles, faite de doute, de crainte et de peur. Le manque de formation technique s'associe au manque de formation au relationnel, et le médecin généraliste doit souvent chercher son chemin face à une problématique rencontrée pour la première fois sur le terrain et non sur les bancs de la faculté (41), faisant appel à des « recettes » plus qu'à des savoirs (42). Les médecins de ville doivent savoir traiter l'ensemble des problèmes médicaux de leurs patients (43), et doit « faire face » aux besoins des patients qui le consultent (44). Le médecin généraliste c'est le « phare dans la tempête » du Dr Jean Carpentier, même si les temps ont changé et les choses évolué depuis ce constat des années 80-90 (45).

Si le secteur spécialisé s'est efficacement structuré, c'est justement la coordination de ces deux acteurs qu'il convient d'explorer.

B. Prise en charge des addictions par le médecin généraliste

Les troubles addictifs ne sont pas toujours facile à mettre en évidence au cabinet du médecin généraliste et donc pas complètement prise en charge. L'enquête nationale du « Baromètre Santé 2009 » (4) a interrogé plus de deux milles généralistes sur le nombre et le mode de prise en charge d'usagers de drogues illicites, l'alcool et le tabac.

Concernant les opiacés, deux tiers des médecins généralistes interrogés (64,3%) déclaraient recevoir des patients dépendants, la moitié (49,1%) en voyait au moins un par mois, 11,8% au moins cinq et 4,7% dix ou plus par mois. Le nombre de patients suivis par les médecins

généralistes évolue pour l'ensemble de ces classes à la hausse depuis 1998 (à l'époque 35% déclaraient en recevoir au moins un par mois). En 2009, le nombre d'usagers d'opiacés suivis mensuellement par leur médecin généraliste était estimé à 110 000 (vs 100 000 en 2003). Parmi la moitié qui voyait au moins un patient par mois dépendant au opiacés en 2009, 87% prescrivait un TSO (77% de la buprénorphine haut dosage (BHD) et 38% de la méthadone). Si les pourcentages de médecin prescrivant un TSO en général et de la BHD sont globalement stables depuis 2003, on note une augmentation notable de la prescription de méthadone, avec un pourcentage de médecins généralistes concernés passant de 12,6% en 1998 à 37,7% en 2009. Au premier semestre 2016, la primo-prescription de méthadone reste réservée aux médecins exerçant dans un établissement de santé. Un projet d'extension de ce droit de primo-prescription aux médecins généralistes en cabinet de ville est en cours. En effet, de nombreux constats ont été partagés sur les interactions complexes et les coopérations parfois difficiles entre les différents acteurs du soin en addictologie (46,47).

Concernant les patients usagers de cocaïne, d'amphétamine ou d'ecstasy, une grande majorité de médecins généralistes (78,2%) déclarait n'en voir aucun. Seul 11,5% en recevaient au moins un par mois et 1,8% plus de cinq.

Concernant le cannabis, 40,7% des généralistes interrogés déclaraient ne voir aucun patient concerné. 36,2% en recevaient au moins un par mois et 4,6% plus de cinq. Bien que la consommation de cannabis (3% d'usage régulier chez les 18-64 ans) soit nettement plus importante que celle d'opiacés (0,2%) (9), elle se retrouve moins dans les consultations de médecine générale : la prescription de TSO induit de fait des consultations mensuelles, mais il existe également un déficit de dépistage de l'usage du cannabis dans les patientèles de médecine générale (48).

Certains critères comme le sexe masculin, l'exercice dans un cabinet de groupe ou recevoir plus de 10% de CMU étaient statistiquement associés au suivi d'au moins un usager par mois, pour une dépendance aux opiacés ou une consommation de cocaïne, d'amphétamine ou d'ecstasy. En pratique, seule une minorité de médecins généraliste déclarait prendre en charge seulement les consommations de drogues illicites (hors cannabis) de leurs patients (6,8%). Un tiers (31,8%) le faisait en lien avec une structure. Deux tiers (61,4%) l'adressaient à une structure ou à un confrère. Pour le cannabis, la prise en charge était effectuée seul pour 27,7% des médecins généralistes, en liaison pour 34,0% et déléguée pour 38,3%.

Concernant les drogues légales, 69% avaient déclaré avoir vu un patient pour un sevrage tabagique dans les sept derniers jours et seulement 5,5% déléguaient cette prise en charge à un confrère ou à une structure.

La moitié des généralistes (53%) déclarait avoir reçu un patient dans le cadre d'un sevrage en alcool dans les sept derniers jours. Cette prise en charge s'effectuait seul pour 17,0% d'entre eux et en majorité en lien avec une structure ou un confrère (59,7%). Un peu moins d'un quart (23,3%) déléguaient cette prise en charge des consommations d'alcool.

Le sexe masculin, l'âge plus élevé, le fait d'exercer dans un cabinet de groupe ou de recevoir plus de 10% de CMU étaient statistiquement associés à la vue d'au moins un patient par semaine pour un sevrage en alcool. Pour le sevrage tabagique, ces différences s'effacent et la seule restant significative était l'âge plus élevé du médecin.

Globalement les médecins généralistes femmes déclarent ne pas prendre seules en charge les problématiques addictives (ensemble des substances) et travaillent davantage en lien avec une structure (tabac, alcool, cannabis) ou déléguer davantage à une structure ou un confrère. Elles déclaraient aussi utiliser davantage les outils de repérage par questionnaire.

C. Prévention et dépistage

Comme montré par le volet « prévention » de ce même Baromètre santé 2009 (49), les médecins généralistes considèrent quasi unanimement que la prévention des addictions (tabac, alcool et cannabis) fait partie de leurs missions. Cependant, en pratique, ils interviennent presque tous sur le tabac, mais bien moins sur l'alcool ou le cannabis (4). Si 89,2% des généralistes jugeaient plutôt facile d'aborder la consommation de tabac, ils n'étaient plus que 61,4% pour l'alcool et 57,0% pour les drogues illicites (49).

Dans une étude réalisée dans le département du Vaucluse, le sentiment d'efficacité des généralistes semble plus faible vis-à-vis de la prévention des addictions (67% pour les médicaments psychotropes, 53% pour le tabac, 23% pour l'alcool, 21% pour les drogues illicites) que vis-à-vis des actions de dépistage des cancers (96%) ou d'éducation thérapeutique ciblée sur l'hypertension (92%), le diabète (83%) ou l'asthme (81%), ou même l'usage de préservatif (67%) et l'exercice physique (56%) (50). Et parmi la prévention des addictions c'est

celle des médicaments psychotropes à initiation souvent médicale qui emporte le plus de sentiment d'efficacité.

Il est intéressant de constater que si l'impression d'efficacité de la prévention de l'addiction à l'alcool semble faible (23%) chez les médecins généralistes et mitigé pour le tabac (53%) (51), la moitié déclarait tout de même avoir pris en charge au moins un patient pour un sevrage en alcool dans la dernière semaine et 69% pour un sevrage tabagique (4). De même, une étude effectuée en 2005 dans la région parisienne retrouvait une meilleure connaissance de la pathologie alcoolique par les médecins généralistes dès lors qu'elle était sévère et compliquée (52).

Ainsi les médecins généralistes semblent plus à l'aise dans la prise en charge thérapeutique d'une problématique déjà installée, nécessitant des soins, que dans la prévention d'une maladie aux causes psycho-sociales fortes.

D. Limites

Plusieurs études qualitatives rapportent l'existence d'un certain nombre de freins à la prise en charge des addictions par le médecin généraliste.

En premier lieu, il existe un hiatus entre la facilité déclarée par les médecins généralistes à aborder la question des consommations d'alcool et le ressenti des patients alcoolo-dépendants suivis en structure spécialisée (49,53) : selon une enquête réalisée à Paris, ces patients ne reconnaissent à leurs généralistes qu'un rôle minime dans le dépistage de leur trouble et leur orientation dans le dispositif de soins (54). Cette étude décrit le point de vue spécifique des patients du CHU sur la ville, et les témoignages décrivent la faiblesse des dialogues avec leur généraliste. Ce jugement semble plus nuancé chez les patients suivis dans un CSAPA de ville, mais la présence de réticences mutuelles reste décrite (55).

Il est possible que les patients les plus sévèrement touchés et ne souhaitant pas en parler repoussent les propositions de leurs médecins traitants. Et donc, dans une posture tautologique, ils sont adressés aux services spécialisés en addictologie une fois que le trouble de l'usage de substances se fait jour lors de complications somatiques. Le médecin traitant est aussi le médecin « de la famille » et il est possible que certains patients souhaitent extraire leur

problématique addictive, moralement connotée, de leur suivi général (50). Il est aussi possible que les médecins généralistes assurent un dépistage sélectif plus ou moins conscient des patients les moins atteints par les troubles de l'usage de substances, qu'ils seraient en capacité de soigner plus efficacement. Sentiment qui pourrait être renforcé par la crainte d'un manque de compliance, présent pour l'ensemble des maladies impliquant un mode de vie (56–58).

Il est par ailleurs établi que les médecins généralistes n'ont pas réellement de pratique « généraliste » au sens strict du terme. L'activité professionnelle est fondée sur des choix sélectifs, qui dessinent parfois une spécialisation informelle (59). Les médecins généralistes qui sont mal à l'aise pour aborder le sujet d'addiction avec leurs patients ou qui jugent ne pas être franchement dans leur rôle, déclarent aussi voir moins de patients souffrant de troubles de l'usage de substance et nécessairement moins les prendre en charge (4). De même, le choix de se tourner vers la pédiatrie, la gynécologie ou la gériatrie est parfois évoqué pour justifier une moindre attention aux addictions (39). Le fait, pour les généralistes, de parler des troubles de l'usage de substances psychoactives avec leur patient semble également lié à l'acceptation sociale de chaque substance (60).

Au-delà des limites qui tiennent à des sensibilités personnelles et à la formation sur le « savoir comment en parler » (42,61) et sur la manipulation des médicaments (62,63), il existe plusieurs limites matérielles: le problème de l'isolement du médecin généraliste face à une problématique plurielle parfois difficile à résoudre seul (56,58,64) ; le problème du temps de soins disponible, en général dans le contexte de tension démographique, mais aussi la problématique liée à la rigidité de la rémunération à l'acte du généraliste (64,70,71). Concernant la prévention, la réalisation des actions de dépistage lors d'une consultation de soins motivant initialement la venue du patient, serait une seconde consultation dans la première (65), voir une deuxième journée de travail (66). La prise en charge des addictions est également considérée en soi comme « chronophage » par une partie des médecins, même en y dédiant une série de consultations (53,56,64,67). De même, une partie des médecins généralistes estime ne plus pouvoir faire face dès lors que la problématique psychiatrique ou sociale se pose avec plus d'acuité (68).

E. Une prise en charge parallèle, en lien ou concurrente aux centres spécialisés ?

Les médecins généralistes de ville n'ont pas le monopole des soins primaires, au-delà des questions qui accompagnent le choix du médecin traitant par le patient (qui peut aussi être théoriquement un spécialiste). Les CSAPA et les CAARUD assurent aussi des soins de premier recours et dispensent des consultations généralistes. En pratique, une partie des patients qu'ils suivent n'ont pas de médecin généraliste de ville ou n'y ont que peu recours.

Les généralistes pourraient ressentir un sentiment de dessaisissement de leur fonction de coordinateur des soins du patient (42). Cependant, du fait du contexte global de manque de généralistes, il ne semble pas exister de concurrence de patientèles entre les centres spécialisés en addictologie et les médecins généralistes de ville, en termes de quantité d'activité. De plus, si la plupart l'accueillent avec bienveillance, l'addictologie n'apparaît pas comme un domaine d'exercice recherché par les généralistes, à l'instar de la psychiatrie (44).

Une partie s'en détourne même franchement, faisant apparaître la question épineuse de la limite entre « délégation » et « relégation » de la prise en soins.

Persiste la problématique de l'articulation des soins: si les structures spécialisées en addictologie sont jugées indispensables par une partie des généralistes (56,58,69) et semblent utilisées dès lors qu'elles sont connues et identifiées (60,63,69), la satisfaction de ceux-ci modère le recours effectifs à leurs services (69). Il existe un manque certain de communication entre professionnels (58,63). Mais au-delà de cet état de fait, les motifs de recours précis aux structures spécialisées et les raisons qui les guident sont peu étudiées.

Matériel et méthode

I. Le choix de la méthode :

La méthode qualitative nous a semblé la plus adaptée pour étudier le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis des échanges d'informations médicales avec les centres de soins en addictologie. En effet, le but n'est pas de collecter des chiffres mais une production verbale et subjective, afin de recueillir les points de vue, les opinions, les émotions, les sentiments, les comportements et pratiques ou expériences des médecins généralistes. L'objectif étant de mieux comprendre le fonctionnement des sujets de l'étude et leurs interactions avec les structures spécialisées en addictologie.

Les médecins généralistes ont été rencontrés au cours d'entretiens individuels semi-directifs, permettant une libre expression tout en ayant un cadre d'entretien réfléchi en amont afin d'aborder un ensemble de thèmes paraissant importants à l'étude.

L'entretien semi-directif que nous avons choisi est intéressant car il permet de laisser libre cours au discours du médecin interrogé. Cet entretien semi-directif n'enferme pas le discours de l'interviewé, il lui laisse la liberté de développer et d'affiner ses propos.

II. Recueil des données :

Pour établir un guide d'entretien, il était important de définir au préalable les thématiques à aborder. Pour cela, nous nous sommes basés sur des données de la littérature pour émettre des hypothèses.

Nous avons donc répertorié les conclusions issues de la littérature sur la problématique des échanges d'informations médicales entre les médecins généralistes et les centres spécialisés dans la prise en charge des troubles addictifs.

Ces conclusions sont globalement les suivantes :

- Mauvaise connaissance des centres d'addictologie ;
- Manque de temps, voire d'intérêt pour la prise en charge des patients addicts ;
- collaboration peu satisfaisante pour les médecins généralistes ;

- recours complexe avec des difficultés d'accessibilité aux centres de soins en addictologie.

Ces conclusions nous ont permis de constituer nos hypothèses ainsi que les « réponses provisoires » et un certain nombre de questionnements a ainsi émergé.

- Pourquoi le généraliste décide-t-il d'un recours à un centre d'addictologie?
- Comment perçoit-il cette collaboration ?
- En quoi cette collaboration est-elle spécifique ou différente par rapport aux autres spécialités ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées?
- Quelles sont ses attentes ?

Les questions étaient volontairement ouvertes pour que chaque interviewé puisse s'approprier le thème abordé selon sa propre expérience. Des questions de relance ont été établies pour permettre plus de précision sur certains points en cas de faible production spontanée, visant à maximiser l'information obtenue pour chaque thème. Elles avaient également pour objectif de pouvoir superposer les questions posées d'un entretien à un autre afin de réaliser par la suite une analyse relativement systématisée de l'ensemble des entretiens.

Les questions les plus précises, les plus suggestives, étaient posées en fin de thème afin de ne pas influencer les autres réponses.

Thématiques développées :

- La pratique (caractéristiques des médecins généralistes, prise en charge de l'addiction, formation en addictologie),
- Déterminants du recours aux centres spécialisés d'addictologie (pour quels patients ? à quel moment ? de qui émane la demande ? avis diagnostique, thérapeutique ?),
- La relation avec les structures spécialisées en addictologie (courriers, avis téléphonique ? relations différentes par rapport aux autres spécialistes ?)
- Besoins ressentis et solutions éventuelles

III. Constitution de l'échantillon

Les médecins généralistes ont été choisis au hasard. Nous avons pris contact par téléphone ou par courriel avec les médecins de manière aléatoire en respectant trois critères de diversité :

- La parité homme/femme ;
- Un nombre égal des médecins interviewés sur les trois départements Picards ;
- Des lieux et des modes d'activité hétérogènes ;

Notre échantillon se composait finalement de 15 médecins généralistes. Afin de maximiser les chances d'obtenir des réponses variées, nous avons essayé de diversifier les modes d'exercice, les profils socioprofessionnels et l'implication dans la prise en charge addictive des médecins interrogés.

Le sujet abordé au cours de cette étude relevant du suivi au long cours d'une pathologie chronique, les médecins remplaçants n'ont pas été interrogés.

La campagne d'entretiens s'est terminée lorsque la saturation théorique des données a été jugée atteinte.

IV. Réalisation des entretiens

Afin de ne pas être trop intrusif ni dérangent, les médecins généralistes ont été contactés soit par téléphone soit par courriel pour convenir d'un rendez-vous.

Le sujet et le but de l'étude leur étaient succinctement présentés afin que l'entretien ultérieur puisse rester le plus spontané possible, sans élaboration d'une réflexion préalable susceptible de figer le discours le jour de l'entretien.

Le lieu, la date et l'horaire de l'entretien étaient laissés au choix du professionnel contacté.

La durée approximative de l'entretien (20 à 30 minutes) était précisée au moment de la première prise de contact.

Le nom du directeur de thèse était donné à caractère informatif.

La très grande majorité des médecins contactés ont donné une suite favorable et convenu d'un rendez-vous.

Quelques refus d'entretiens ont été relevés, soit par manque de temps, soit par manque d'intérêt pour la prise en charge des troubles addictifs.

Ces entretiens se sont tous déroulés au cabinet des médecins généralistes.

Les entretiens ont été enregistrés afin de permettre la retranscription intégrale la plus exacte possible.

La confidentialité du contenu et le respect de l'anonymat étaient précisés au début de chaque entretien.

L'interviewé était remercié au début et à la fin de l'entretien pour sa participation à l'étude.

A la fin de chaque entretien, nous avons remis au médecin une liste des différentes structures de prises en charges des troubles addictifs en Picardie.

V. Retranscription des données

La retranscription des entretiens s'est faite au fur et à mesure de leur réalisation. Tous les entretiens ont été intégralement retranscrit, mot à mot sans correction des erreurs de langage ni de reformulation des idées, afin de préserver au mieux l'authenticité des rencontres.

Nous nous sommes engagés, auprès de chaque médecin, à respecter la confidentialité des informations fournies. C'est pourquoi les noms des médecins ont été remplacés par des numéros correspondant à l'ordre de réalisation des entretiens. Les entretiens ont été retranscrits littéralement à l'aide du logiciel Microsoft Word 2016 ®.

Certaines intonations ont été remplacées par des pointillés afin de permettre une meilleure lisibilité.

VI. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a été réalisée selon la méthode de "théorisation ancrée" décrite par Paillé (70), elle-même adaptée de la méthodologie de "théorisation enracinée" ou "grounded theory" de Glaser and Strauss (71). Il s'agit d'une méthode qualitative qui consiste à une analyse progressive des entretiens, c'est-à-dire phrase par phrase. Les données sont collectées puis analysées sans formuler d'hypothèse a priori.

Nous nous sommes aidé du Le logiciel QSR Nvivo 11® dans notre analyse qualitative. Il est conçu pour permettre d'organiser, analyser et trouver du contenu perspicace parmi des données non structurées, il n'analyse pas, mais fournit une aide au classement des données. Les éléments

clés des entretiens sont « codés », les codes correspondant à des expressions ou phrases. Ces codes sont appelés "nœuds" au sein de Nvivo®. Ces nœuds sont ensuite regroupés au sein de concepts similaires, puis ces concepts sont regroupés pour former des catégories. Enfin, ces catégories sont la base de la formulation de théories permettant d'expliquer les phénomènes observés.

A chaque entretien, les données étaient retranscrites et analysées. La saturation des données a été respectée, c'est-à-dire que les entretiens ont été réalisés jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de données émergentes lors de l'analyse.

Résultats :

I. Caractéristiques des médecins interrogés :

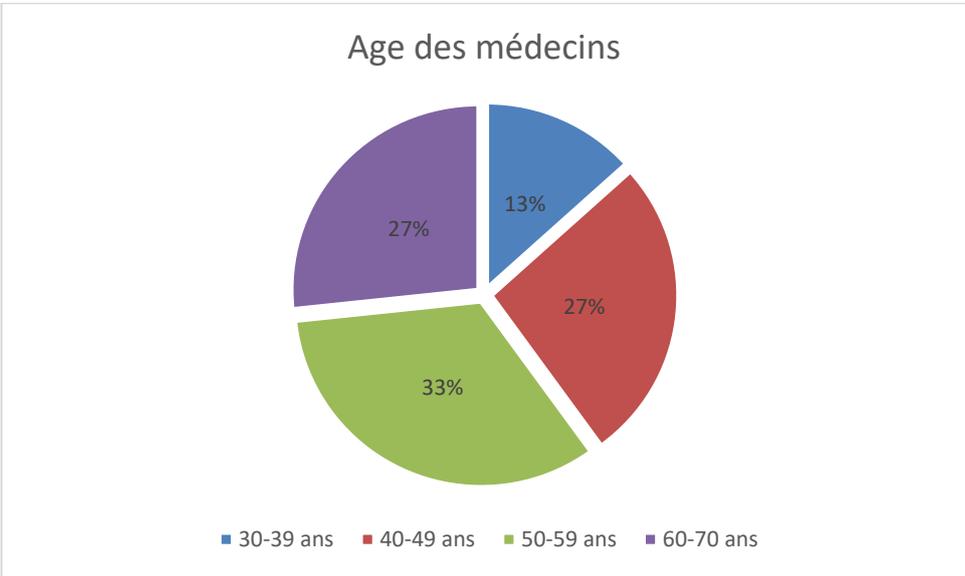
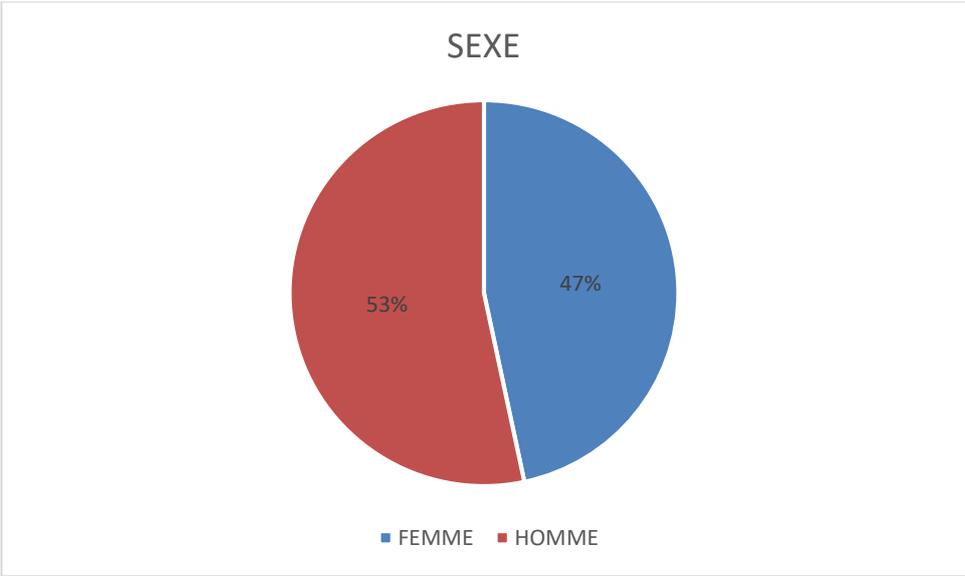
		<i>n/N</i>	<i>Moyenne (%)</i>
<i>Sexe</i>	Homme	8/15	53%
	Femme	7/15	47%
<i>Age</i>	30-39 ans	2/15	13%
	40-49 ans	4/15	27%
	50-59 ans	5/15	33%
	60-70 ans	4/15	27%
<i>Type d'exercice</i>	Cabinet individuel	5/15	33%
	Cabinet de groupe	10/15	67%
<i>Lieu d'installation</i>	Urbain	5/15	33%
	Rural	2/15	13%
	Semi-rural	8/15	53%
<i>Département</i>	Somme	5/15	33%
	Oise	5/15	33%
	Aisne	5/15	33%
<i>Nombre de consultations/jour</i>			29 (+/-5)
<i>Appartenance à un réseau d'addictologie</i>			0%
<i>Années d'installation</i>			22 (+/- 9)

Au total, 15 médecins généralistes ont été interrogés, dont 7 femmes et 8 hommes.

- La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 52 ans ;

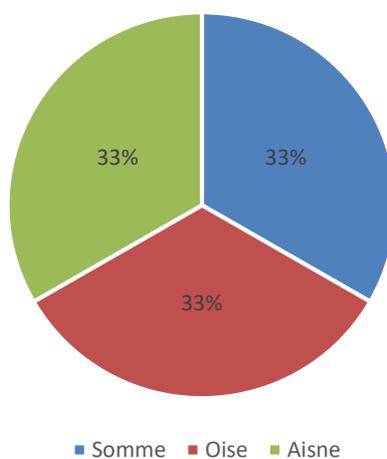
- La durée d'installation moyenne était de 22 ans ;

La durée moyenne des entretiens était de 13 minutes.

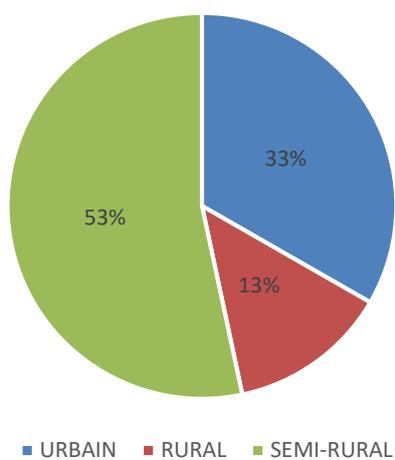


- 2 médecins avaient entre 30 et 39 ans
- 4 médecins avaient entre 40 et 49 ans
- 5 médecins avaient entre 50 et 59 ans
- 4 médecins avaient entre 60 et 70 ans

Nombre de médecins par département

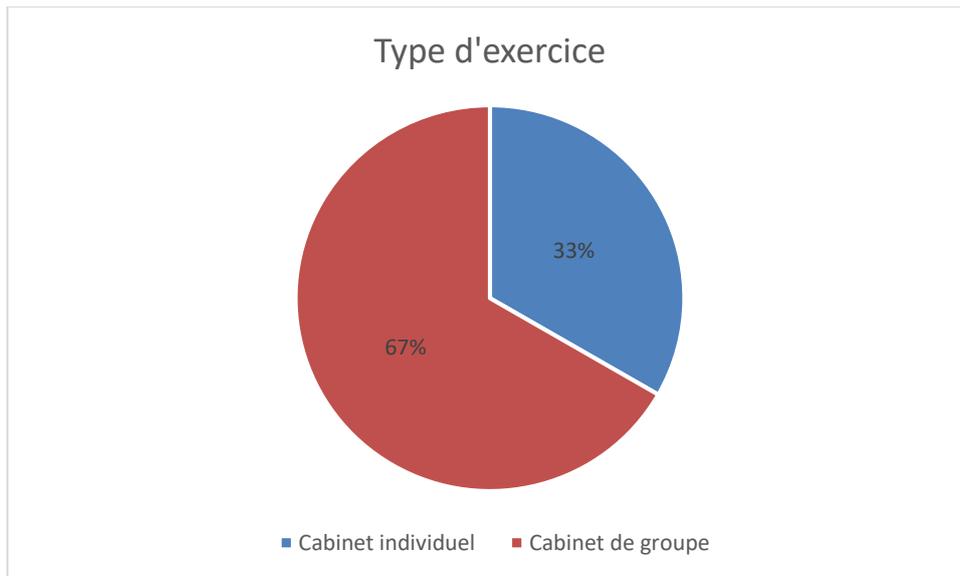


Lieu d'exercice

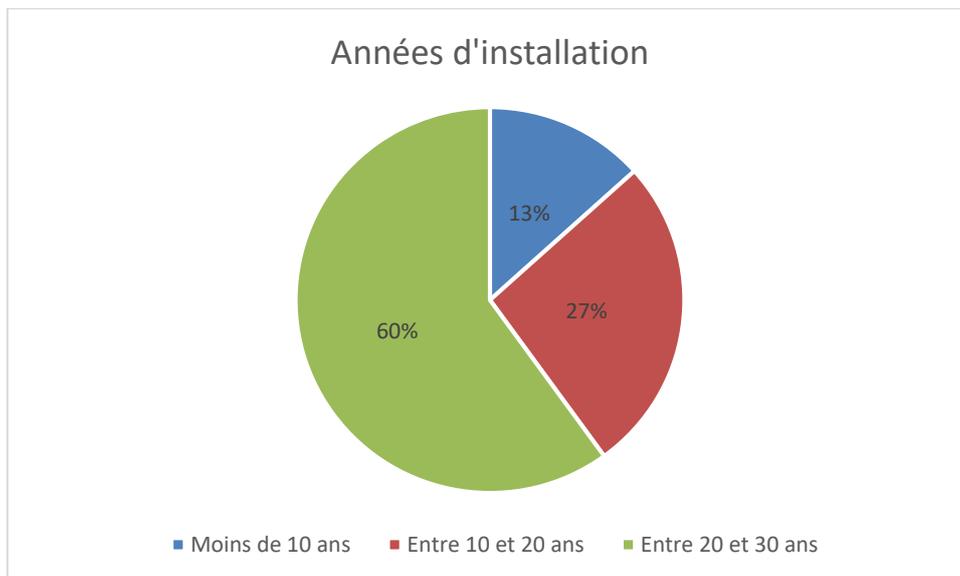


5 médecins par département ont été interrogés :

- 5 travaillaient en milieu urbain,
- 2 travaillaient en milieu rural
- 8 travaillaient en milieu semi-rural



- 5 médecins travaillaient seuls,
- les 10 autres travaillaient au sein d'un cabinet de groupe.



- 2 médecins étaient installés depuis moins de 10 ans
- 4 médecins étaient installés depuis 10 à 20 ans
- 9 médecins étaient installés depuis 20 à 30 ans

Au total : Obtention de profils diversifiés en termes d'âge, sexe, durée d'installation, zone et mode d'exercice. Le milieu rural était cependant moins représenté.

II. Opinions sur la pratique des médecins généralistes :

A. Rôle majeur du médecin généraliste mais prise en charge complexe :

Les avis de tous les médecins interrogés sont unanimes sur le fait que le médecin généraliste est au centre de cette prise en charge. La prise en charge des patients souffrant de troubles addictifs fait partie de la médecine générale, au même titre que le suivi de n'importe quelle autre pathologie, ce point de vue étant également exprimé par les médecins se décrivant peu intéressés par le sujet.

Plusieurs médecins évoquaient la place privilégiée du médecin généraliste, cet exercice permettant l'approche globale d'un patient suivi très régulièrement et au long cours.

Dr M1 : « le médecin généraliste c'est le pivot, il connaît le patient, il connaît sa famille, puis il faut savoir mettre le patient à l'aise pour qu'il puisse parler de son problème » ;

Dr M9 : « le problème des addictions est rarement soulevé par le patient lors d'une consultation, à mon sens, quand le patient arrive au bout, quand il commence à chercher une solution, c'est vers le médecin traitant qu'il se tourne » ;

Dr M7 : « le médecin traitant c'est le confident dans ce genre de problèmes » ;

Dr M13 : « le médecin traitant c'est le médecin de famille, il n'est pas là pour traiter que les problèmes organiques, le patient vient me consulter pour n'importe quel type de détresse, organique ou psychosomatique, et sociale même. Les problèmes addictifs englobe toutes ses détresses ».

Pour le Docteur M6, ses patients sont plus à l'aise avec les remplaçants pour aborder ce genre de problèmes :

Dr M6 : « sans aucun doute, mais tout dépend du degré d'amitié ou d'intimité si je puisse dire entre le patient et son médecin traitant, car certains patients n'osent pas aborder ces problèmes, ils ont honte tout simplement, mais ils trouvent plus de facilités avec mes remplaçants ».

Cependant, la grande majorité des médecins généralistes interviewés trouvent que la prise en charge de ce type de patient était lourde.

Le Dr M4 confirme le rôle central du médecin généraliste mais sous certaines conditions : *« bien évidemment, c'est le médecin traitant qui dépiste et qui oriente, mais la prise en charge globale est complexe et nécessite l'intervention de plusieurs équipes » ;*

Dr M8 : « il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire, je suis incapable à moi seul de gérer ces patients » ;

Dr M15 : « c'est des patients difficiles à prendre en charge ».

Les notions de temps, de complexité de prise en charge et d'investissement personnel du médecin étaient évoquées comme facteurs limitant le suivi de ces patients.

Dr M12 : « je ne souhaite pas prendre en charge les patients sous TSO car la majorité ne respecte pas les règles de la prise en charge »

Dr M6 : « C'est chronophage et demande beaucoup d'investissement personnel»

Le suivi antérieur du patient par le médecin généraliste, ou le fait que le patient (ou son entourage) soit connu du cabinet semblait être un facteur facilitant important pour sa prise en charge, notamment du fait que la relation médecin-patient, déjà établie en amont, favorisait l'instauration d'un climat de confiance reconnu comme particulièrement important dans ce type de suivi.

Dr M2 : « je ne peux suivre que les patients connu du cabinet car j'ai tous les éléments nécessaires pour la prise en charge...antécédents, suivi addictologique antérieur, médicaments prescrits » ;

Dr M8 : « je me suis pas mal de fois embrouillé avec des patients, que je voyais pour la première fois, qui venaient renouveler leur TSO sans aucune trace sur la dernière prescription » ;

Dr M4 : « je ne prescris plus de TSO ni d'opiacés pour les patients que je ne connais pas, car ça m'est déjà arrivé d'être contacté par la sécu pour une patiente que j'ai dû voir 1 ou 2 fois pour un renouvellement de codéine sauf qu'elle consulté d'autre médecins en même temps pour le même motif ».

B. Fréquence de prise en charge des troubles addictifs :

La majorité des médecins interrogés estime prendre en charge beaucoup de patients souffrant de troubles addictifs parmi leurs patients :

Dr M2 : « Oui, j'estime que j'en prends beaucoup en charge ».

Les Dr. M3 et Dr. M6 estiment tous deux que leur activité en milieu rural explique cette situation, liée à des problèmes d'accessibilité aux centres d'addictologie, et d'habitudes des patients de se tourner en premier lieu vers leur médecin traitant :

Dr M3 : « Oui. J'ai l'impression d'en prendre en charge beaucoup. On est dans une zone rurale, on n'a pas un accès très facile aux centres d'addictologie » ;

Dr M6 : « à la campagne, c'est le médecin traitant qui est sollicité, et il y a beaucoup de patients qui ne connaissent pas les structures de prise en charge addictologique ».

Le Dr M10 s'interroge sur le terme « beaucoup » tandis que le Dr. M13 le réfute et s'estime dans la moyenne de ses confrères.

Dr M13 : « Beaucoup non, je pense comme tous les autres médecins généralistes, un quart des patients voir un peu plus ».

D'autres médecins se démarquent et reconnaissent en toute franchise avoir restreint volontairement la prise en charge de ces patients, à cause d'un désintérêt, d'un manque de temps, et d'une exaspération vis-à-vis de ces patients :

Dr M5 : « je prends de moins en moins de patients addictés. J'ai été à l'écoute au début parce que j'avais le temps et parce que j'avais l'état d'esprit, mais je me suis vite senti submergé » ;

Dr M9 : « Le moins possible. J'aime pas trop l'addicto..., c'est pas mon truc... donc les patients ne viennent pas parce qu'ils savent que je ne prends pas beaucoup en charge ce genre de problèmes ».

C. Des patients difficile à suivre :

Les avis des médecins se rejoignent concernant la complexité du patient addict. La majorité des médecins évoque le problème des renouvellements d'ordonnances pour des patients sous TSO. Il s'agit souvent de patients non suivi au cabinet qui viennent avec leur ordonnance précédente mais ce n'est pas toujours le cas.

Dr M3 : « je ne renouvelle jamais pour un patient qui vient sans ordonnance » ;

Dr M11 : « je leur fait plus confiance [les patients sous TSO], à chaque fois je dois appeler leur médecin traitant, le centre d'addicto..., la pharmacie, c'est une perte de temps » .

La grande majorité des médecins refusait de délivrer des ordonnances dites « de dépannage » de peur d'être « étiqueté » comme délivrant facilement des TSO et d'attirer ainsi une patientèle à fort risque de mésusage.

Dr M6 : « je faisais ça avant mais j'ai remarqué que ça attiré de plus en plus de patients de ce type. Donc c'est non » ;

Dr M1 « si tu renouvelle facilement, t'as tous les (toxico) du coin qui débarquent ».

Ainsi, la majorité des médecins interrogés exprimaient l'opinion que tout patient devrait pouvoir être pris en charge par son médecin traitant. Cette opinion était d'ailleurs présente chez des médecins très réticents à prendre en charge de nouveaux patients, mais qui se disaient cependant prêts à suivre les leurs :

Dr M5 « Le patient a un médecin traitant donc c'est à lui de le prendre en charge s'il est d'accord » ;

Dr M15 « j'ai assez de patient de ce genre et c'est trop » .

La majorité des médecins insistait cependant sur le fait que chaque médecin devait rester libre de suivre ou non des patients souffrant de troubles addictifs, et ils disaient comprendre leurs confrères qui refusaient ce type de suivi :

Dr M9 : « chaque patient à son médecin traitant » ;

Dr M10 : « Je sais qu'il y a des généralistes qui refusent, je peux le comprendre ».

Ensuite, il y a le patient éthylique qui n'est jamais au rendez-vous :

Dr M4 : « ils puent l'alcool mais pour eux il y a jamais d'excès » ;

Dr M9 : « beaucoup croient que le médecin généraliste à une baguette magique, ils pensent pouvoir arrêter après une consultation » ;

Dr M5 : « le patient éthylique tu le vois une fois quand il décide de se faire suivre, tu le vois une fois puis plus jamais ».

D. Formation et intérêt pour l'addictologie :

Les formations complémentaires en addictologie ne semble pas intéresser les médecins interrogés :

Dr M10 : « *personnellement, je n'ai pas envie de voir que ça toute la journée* » ;

Dr M3 : « *ça peut être intéressant si on envisage de travailler dans un centre d'addictologie* ».

La majorité des médecins interrogés n'ont pas de formation en addictologie. Le cas du Dr M7, jeune médecin nouvellement installé, est très intéressant, il avait effectué son dernier stage dans un service d'addictologie : « *j'ai passé mon dernier stage au SESAM d'Amiens, j'ai appris beaucoup de choses, surtout le travail de groupe, il y avait le psychiatre, l'addictologue, les infirmières et l'assistante sociale, et ça nous donne déjà une idée sur la complexité de cette prise en charge....Maintenant, je suis plutôt à l'aise face à ces patients* » ;

Le docteur M2, quant à lui, ne voit pas d'intérêt pour les formations complémentaires et propose des alternatives non médicamenteuses à cette prise en charge : « *je ne pense pas qu'une formation en addictologie soit nécessaire. Avec le petit bagage que j'ai, j'essaye de trouver des solutions qui ne sont pas forcément basées sur les médicaments mais sur de la psychothérapie, communiquer, essayer de comprendre et faire comprendre au patient qu'il n'est pas sur la bonne voie, mais quand ça m'échappe, je passe la main* » ;

Dr M1 : « *l'addictologie, il faut aimer et moi ce n'est pas mon domaine* » ;

Dr M9 : « *une formation serait intéressante si je n'avais que des patients addicts à suivre. Au sein de ma patientèle, il y en a quelques un mais j'arrive à gérer sans besoin de formation, de tout façon quand je vois que ça bloque, je demande un avis* » ;

Dr M14 : « *c'est une perte de temps, une formation est intéressante pour celui qui veut faire de l'addictologie et l'addictologie on ne peut pas l'exercer en cabinet de ville mais dans une structure avec prise en charge pluridisciplinaire* » ;

Dr M5 : « *ce n'est pas ce qui me plait le plus* » ;

Dr M8 : « *je n'aime pas, ce n'est pas mon domaine de compétence* » ;

DR M4 : « *ce n'est pas intéressant, avoir des compétences en addictologie veut dire avoir des patients d'un certain profil dans la salle d'attente, ce qui peut être perturbant pour ma patientèle* ».

Au total : Rôle important du médecin généraliste mais une prise en charge vécue comme complexe avec peu d'intérêt pour la formation en addictologie.

III. La collaboration entre médecins généralistes et centres d'addictologie :

Pour essayer de comprendre la relation entre le médecin généraliste et les centres d'addictologie, nous avons, dans premier temps, interrogés les médecins généralistes sur leur connaissance des centres spécialisés en addictologie, ensuite les circonstances d'adressage des patients à ces structures, ainsi que les modalités de suivi en se focalisant sur les moyens et la qualité de la communication.

A. Connaissance des centres d'addictologie :

La majorité des médecins interrogés ne connaissent pas ou très peu les structures dédiées à la prise en charge des addictions.

Dr M2 : « je ne connais pas les réseaux d'addictologie » ;

Dr M4 : « Je sais qu'à Ham il y a un service d'addictologie, à Péronne aussi il me semble » ;

Dr M7 : « Vaguement » ;

Dr M12 : « Je ne connais pas précisément le centre, je ne suis jamais allé le visiter mais par contre je m'en sert » ;

Dr M13 : « Oui je sais que ça existe, j'ai pas trop de relation, par habitudes tout simplement, non je ne les connais pas assez » ;

Dr 14 : « Les centres en soi je ne les connais pas ».

B. Recours aux centres d'addictologie et besoins de collaboration :

La prise en charge des patients souffrant de troubles addictifs est complexe. Le recours vers les centres de soins en addictologie n'est pas systématique, il dépend de plusieurs facteurs et traduit les difficultés ressenties par les médecins dans certaines prises en charge de ces patients, d'autant plus qu'ils se trouvent seuls et « en première ligne ».

Les médecins interrogés expriment le besoin de collaborer avec les addictologues, voire la nécessité, comme le Dr M5 : « Bien évidemment, on collabore avec les cardiologues, les gastro...les neuro., pourquoi pas avec les addictologues » ;

Dr M1 : « effectivement, la collaboration est essentielle, c'est important d'avoir un avis rapide pour initier un traitement ou pour convenir d'un rdv rapide avec l'addictologue ».

Cette expression d'un besoin de collaboration n'est pas partagée par les Dr. M4 et M9, qui par choix personnel prennent en charge peu de patients addicts.

1. De plus en plus de cas :

Dr M2 : « on voit de plus en plus de cas souffrant d'alcoolisme chronique, et on est dans une région très touchée par ce fléau » ;

Dr M3 : « je vois de plus en plus de cas de patient pour les renouvellements de méthadone et subutex » ;

Dr M13 : « C'est un problème quotidien » ;

Dr M6 : « beaucoup de tabac, surtout chez les jeunes, et le tabac peut être associé au cannabis » ;

Dr M7 : « sans oublié les addictions aux médicaments, il y en a plein, entre la morphine, la codéine et le tramadol mais aussi les somnifères » ;

Dr M8 : « je reçois beaucoup de demande de renouvellement de somnifères, c'est une véritable drogue ».

2. Conséquences sociales, médicales et sanitaires :

Dr M2 : « l'alcool crée des dégâts médicaux mais sociaux également et sans parler du coup financier que ça représente pour les services de santé publique » ;

Dr M7 : « C'est des patients désorienté sur le plan social » ;

Dr M9 : « beaucoup de demande d'arrêt de travail » ;

Dr M10 : « Des conflits familiaux, désinsertion sociale » ;

Dr M5 : « les enfants subissent les conséquences, il m'arrive de d'être en visite pour un enfant qui tousse, quand je rentre à la maison, je suis refoulé par l'odeur du tabac. A la fin de ma visite, je demande au parent d'arrêter de fumer, la réponse est : ne vous inquiétez pas docteur on fume jamais à la maison... ».

3. Travailler en groupe pour mieux prendre en charge le patient :

Dr M3 : « l'alcool est un problème de santé majeur, il ne peut être pris en charge par le médecin traitant seul » ;

Dr M14 : « Ce n'est pas toujours évident de prendre en charge ce type de patients, il est important de recourir à un confrère, à un centre de soins, comme on le fait pour les autres spécialités d'ailleurs » ;

Dr M3 : « C'est une prise en charge complexe, il est plus facile d'intervenir à plusieurs » ;

Dr M5 : « Quand on est dépassé, il faut savoir passer la main » ;

Dr M8 : « le patient n'ose pas parler à son médecin traitant de ce genre de problèmes, il est plus à l'aise, à mon avis, et pourra raconter à l'addictologue des choses qu'il ne peut pas dire au médecin traitant » ;

Dr M7 : « je prescrivait du subutex, mais je me suis vite senti débordé, c'est des patient compliqués à prendre en charge, je préfère les adresser aux spécialistes » ;

Dr M4 : « Les addictions aux médicaments sont les pires à mon avis, les patients sont parfois agressifs et je me prend la tête à chaque fois que je leur propose de baisser la morphine ou d'arrêter le stilnox par exemple, il est important de collaborer avec les addictologues ».

Au total : Mauvaise connaissances des centres de soins mais un besoin de collaboration justifié par la fréquence des addictions, leurs conséquences médicales, sociales et sanitaires, ainsi que la complexité du patient addict.

C. La communication :

La communication est jugée inexistante par la plupart des médecins généralistes interrogés. Très peu d'entre eux font appel à un addictologue ou à un centre de soins en addictologie, soit par manque de temps soit par désintéressement.

1. La communication par téléphone :

La plupart des médecins généralistes estiment qu'il n'y a pas de difficulté pour joindre les centres spécialisés en addictologie, mais la communication directe par téléphone reste rare.

Le cas du Dr M1 : « *il m'arrive d'appeler le centre de soins en cas d'urgence ou quand le patient m'annonce d'emblée qu'il souhaite être suivi dans une structure spécialisé* » ;

Le Dr M3 : « *le numéro de téléphone des centres d'addicto est affiché dans la salle d'attente, pourquoi je perdrai mon temps à appeler à leur place* » ;

Le Dr M6 : « *c'est rare mais quand j'appelle c'est toujours l'infirmière, on a jamais l'addictologue au bout du fil* » ;

Le Dr M10 : « *je téléphone pour prendre un rendez-vous de prise en charge quand je vois que le patient est motivé* » ;

Le Dr M5 : « *il m'arrive d'appeler pour connaitre quel traitement mettre en route pour un sevrage éthylique* » ;

Le Dr M8 : « *j'appelle surtout quand il s'agit de traitement substitutif aux opiacés car ce n'est pas du tout mon domaine de compétence* ».

Par contre, tous les médecins généralistes interrogés sont d'accord sur le fait qu'ils ne reçoivent qu'exceptionnellement voir jamais des appels téléphoniques des centres d'addictologie.

Dr M7 : « *ils appellent quand ils ont besoin de connaitre les antécédents ou le traitement du patient* » ;

Dr M3 : « *c'est extrêmement rare qu'ils appellent* » ;

Dr M5 : « *non, jamais* ».

2. La communication écrite :

Est jugée aussi quasiment inexistante mais des deux côtés. Tous les médecins généralistes interrogés avouent qu'ils ne rédigent jamais de courrier ou

qu'exceptionnellement, et qu'ils ne reçoivent jamais de retour écrit de la part des centres d'addictologie.

Si les généralistes rédigent un courrier pour adresser leur patient, il s'agit d'un courrier standard, peu personnalisé, comportant le minimum d'informations cliniques, sans préciser leurs attentes. Ce courrier est volontairement impersonnel pour laisser au patient raconter son histoire.

Le Dr M5 : *« je ne rédige jamais de courrier, je leur donne seulement les coordonnées du centre le plus proche » ;*

Le Dr M2 : *« je ne rédige jamais de courrier, car je ne reçois jamais de retour ».*

Qu'ils font appel ou non à l'addictologue, le cas des deux médecins M4 et M13 est intéressant puisqu'ils reçoivent tous les deux des courriers de manière systématique :

Dr M4 : *« nous avons la chance d'avoir un service d'addictologie pas très loin, je reçois régulièrement les résumés des consultations et les traitements mis en route » ;*

Dr M13 : *« je ne rédige jamais de courrier, il m'arrive de passer vite fait un coup de fil, mais je reçois toujours un courrier de l'addictologue ».*

Certains médecins interrogés exercent dans une maison de santé avec passage de l'équipe d'addictologie tous les quinze jours pour assurer des consultations sur place. Malgré cet avantage, certains médecins traitants n'éprouvent pas complète satisfaction, car ils ne trouvent pas de mots dans le dossier informatique du patient, ni un courrier écrit en fin de consultations. C'est le cas du Dr M2 : *« c'est frustrant, j'aimerais quand même savoir ce qu'ils ont conclu, quel traitement? Quelle prise en charge ? ».*

Les deux autres médecins de la maison de santé restent indifférents :

Dr M5 : *« l'équipe de liaison ne laisse pas de mot dans le dossier car, à mon avis, le patient ne veut pas que son médecin traitant soit au courant, il y a des choses qu'il peut*

raconter à l'équipe d'addicto... mais pas à son médecin traitant. Ils ont peut-être un secret médical qu'ils veulent pas partager avec d'autre médecin [rires] » ;

Pour le Dr M3 : « il faut pas croire qu'on est tout le temps en contact quand on exerce dans une maison de santé, les journées sont souvent chargées, chaque médecin est cloisonné dans son cabinet et on a parfois même pas le temps de voir le personnel avec qui on travail ».

Cette absence de communication écrite des addictologues est révélatrice d'un manque de coordination et s'avère problématique pour les autres médecins interrogés.

DR M6 : « le patient addict est compliqué, il est capable de mentir pour obtenir ce qu'il veut et si on a pas une traçabilité de ce qui a été prescrit par l'addictologue on ne peut pas aller plus loin » ;

DR M9 : « je renouvelle la méthadone en se basant sur l'ordonnance que le patient me ramène, et quand il y a pas l'ordonnance c'est vers le pharmacien que je me retourne car je n'ai jamais de courrier de l'addictologue » ;

Le Dr M7 semble également déçu : « On ne sait pas vraiment où en est le patient, comment il évolue, enfin à part ce qu'il nous dit mais des fois dans les cas difficiles on aimerait bien confronter nos avis ».

Au total : Communication insatisfaisante liée en grande partie à un défaut de coordination.

D. Des pistes d'amélioration :

Quelques pistes maigres ont été avancées au cours des entretiens pour améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les structures de soins en addictologie :

Le Dr M5 par exemple propose, mais sans conviction, d'améliorer la formation des médecins généralistes et les rencontres avec les addictologues : *« les formations sont toujours utiles, de plus ça nous permet de rencontrer nos confrères addictologues ».*

Les Dr M2, M4, M8 compte à eux ne sont pas vraiment d'accord :

Le Dr M2 : « *une formation peut aider le médecin traitant à prendre en charge son patient mais je ne vois pas en quoi ça pourrait améliorer la communication avec les centres d'addicto...* » ;

Le Dr M4 : « *la formation est chronophage...* » ;

Le Dr M8 : « *une formation est intéressante si on veut intégrer un centre de soin... au cabinet c'est inutile* ».

Les docteur M15, M7, M11 parlent de rendre visible les activités des centres de soins avec un travail en réseau :

Le Dr M15 : « *je ne connais pas les centres* » ;

Le Dr M7 : « *je ne sais pas ce qu'ils font* » ;

Le Dr M11 : « *il faut les rendre visibles aux médecin traitant et pourquoi pas travailler en réseau* ».

Selon les docteurs M1, M3, une bonne collaboration dépend de la volonté des différents acteurs de santé dans le domaine. Comme pour toutes les autres pathologies, la maladie addictive doit être suivie par un échange régulier de courriers entre généralistes et addictologues :

Le Dr M1 : « *il faut que chacun fasse des effort de son côté, il faut organiser des rencontres avec les confrères addictologues* » ;

Le Dr M3 : « *comme toutes les autres pathologies, on doit avoir un échange régulier de courrier, on pourrait penser à des courrier type ou par mail* ».

DISCUSSION

I. Les forces de l'étude :

A. Le choix de la méthode :

Le but de l'enquête était d'analyser la perception des généralistes sur leur collaboration avec les centres d'addictologie dans la prise en charge des patients souffrant de troubles addictifs. Cette méthode qualitative par des entretiens semi-dirigés, en favorisant l'expression libre des médecins, a permis d'approfondir ce sujet, de recueillir une variété de points de vue et un matériau d'analyse intéressant. Notre étude a permis d'obtenir des profils diversifiés en terme d'âge, de sexe, de durée d'installation, de zone et mode d'exercice des médecins interrogés. elle a permis à ces derniers de s'exprimer librement sur leur exercice ce qui nous a permis de connaître leurs fonctionnements, leurs motivations, leurs difficultés et leur vécu.

Ils se sont ainsi exprimés en toute sincérité sur leurs difficultés dans la prise en charge des patients addicts, se questionnant sur leurs pratiques, leurs relations avec leurs patients ; mais également sur leurs attentes et leur vision de cette collaboration avec les centres d'addictologie. Cette méthode s'est montrée adaptée pour tenter d'appréhender les représentations des médecins sur leurs pratiques concernant la prise en charge des patients addicts et leur relation avec les centres de soins en addictologie.

Une étude quantitative ne nous aurait pas donné un accès direct à l'expérience, au vécu et aux ressentis des médecins concernés.

Les données obtenues à partir d'un questionnaire directif, quelle que soit l'exhaustivité que nous aurions cherché à atteindre, auraient été orientées par notre perception propre, non forcément adaptée à l'exercice des médecins.

Le matériau recueilli aurait manqué de détails et de diversité et, sorti de son contexte et en l'absence du reste du discours, risquait d'être d'interprétation difficile.

B. Le nombre de médecins interrogés :

Contrairement aux études quantitatives, une étude qualitative n'a pas pour but d'être représentative. C'est une étude destinée à recueillir des éléments qualitatifs, qui sont le plus souvent non directement chiffrables par les individus interrogés ou étudiés. Elle est le plus souvent réalisée par des entretiens collectifs ou individuels ou par des observations en situation menés auprès d'échantillons réduits. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements par le recueil d'avis et d'opinions sur un sujet donné, le but étant d'arriver à saturation de ces données.

Dans notre enquête, nous avons interrogé des médecins aux caractéristiques variées tant au niveau des pratiques, que du mode et du lieu d'exercice.

Nous avons estimé avoir obtenu un matériau d'analyse suffisamment riche après ces quinze entretiens, d'autant plus que certaines opinions se répétaient.

II. Les faiblesses de notre étude :

D'une manière générale, « La principale limite des approches qualitatives tient à la généralisation à une société entière des observations portant sur un nombre limité d'individus. Toute généralisation de type statistique est, bien sûr, impossible, les échantillons étant trop restreints et n'étant pas représentatifs » (72).

Un second biais de la méthode qualitative est celui induit par la subjectivité de l'interviewer au moment de la réalisation des entretiens. De par sa documentation, ses connaissances, sa personnalité et sa sensibilité, celui-ci a des opinions, des sentiments et des présuppositions sur le sujet abordé.

Adopter une attitude non directive est très complexe. Se centrer sur l'interviewé exige une attention soutenue et la maîtrise de ses propres réactions. Il n'est pas aisé de ne rien laisser paraître de ses propres associations d'idée et, d'une manière générale, de ses propres pensées et sentiments (72).

Par ailleurs, les données recueillies au cours d'un entretien correspondent à un moment donné, à l'état d'esprit du répondant au temps de l'entrevue.

Nous avons appliqué le principe de saturation théorique quand, après les trois derniers entretiens, plus aucune donnée nouvelle n'apparaissait.

Pour des raisons de temps et de difficultés de recrutement, nous n'avons pas pu réaliser un nombre plus important d'entretiens.

A. Absence du point de vue des addictologues :

Nous avons choisi d'étudier le ressenti des médecins généralistes. Le fait de ne pas avoir interrogé les addictologues sur leur perception de cette collaboration est une limite pour l'enquête et son analyse. En effet, leur point de vue aurait permis de mieux cerner les difficultés de communication ressenties par les médecins généralistes.

Il nous a semblé intéressant de s'attacher à la perception du médecin généraliste, à la fois sur ses relations interprofessionnelles avec les centres d'addictologie mais également sur sa relation avec le patient addict, sur les modalités et les difficultés de communication.

Cette approche permet de comprendre la place qu'attribue le médecin généraliste aux centres d'addictologie et comment se redéfinissent les rôles de chacun.

B. La question de la subjectivité :

La subjectivité transparait à la fois dans la conduite de l'entretien mais aussi dans l'analyse. La technique de l'entretien semi-dirigé permet de laisser libre cours à la parole et au fil de réflexion des interviewés, en approfondissant certains points de vue par la technique de la reformulation ou de la relance neutre, tout en les réorientant par des questions ouvertes sur les grands thèmes de l'entretien. Ainsi, il nous est apparu que cette proximité avec les médecins interrogés a favorisé une expression plus libérée, plus vraie, et plus proche de leurs représentations, sans la crainte de se sentir jugés.

Cet exercice s'est avéré cependant complexe à maîtriser parce qu'on pourrait mettre en doute la neutralité de l'interviewer qui est lui-même un médecin généraliste.

Il nous a semblé préférable de favoriser l'expression libre, c'est pourquoi certains médecins se sont plus focalisés sur un thème que d'autres.

L'analyse thématique des discours est également empreinte de subjectivité, car nous analysons non pas des données brutes mais des opinions et des comportements.

III. Résultats :

A. Déficit de communication entre médecins généralistes et addictologues :

Notre étude évalue pour la première fois le ressenti des médecins généralistes Picards vis-à-vis de leurs échanges avec les différents centres d'addictologie en Picardie. L'objectif étant une inspection des points de vue et des modes de fonctionnement des médecins traitant, définir les obstacles afin de proposer des solutions pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de troubles addictifs.

Par comparaison aux études précédentes, notre travail confirme le rôle majeur des médecins généralistes dans cette prise en charge, et tous les médecins interrogés considèrent unanimement que la prévention, la prise en charge et le suivi des addictions font partie de leurs missions (49). Cependant, notre travail souligne les difficultés perçues sur le terrain concernant l'organisation, la coordination des soins et la collaboration avec les centres d'addictologie.

La prise en charge des patients souffrant de troubles addictifs est complexe, le recours et l'orientation vers les centres d'addictologie n'est pas toujours une simple tâche pour le médecin généraliste. L'orientation vers les centres d'addictologie est marquée par une forte participation affective, d'une part, du côté du patient dont la réticence, la méfiance et la peur de la stigmatisation sont des réactions de défense face à ses troubles, mais aussi au projet de soins proposé, et d'autre part du côté du médecin généraliste qui éprouve parfois un sentiment d'échec ou d'impuissance face à un patient difficile à prendre en charge.

L'ensemble des données recueillies exprime un déficit relationnelle entre les médecins généralistes et les différents centres d'addictologie. La majorité des médecins traitant estime leur coopération comme mal organisée et que le suivi médical conjoint des patients n'était pas satisfaisant.

Parmi les freins à la communication exprimés le long des entretiens, il en ressort en premier lieu la mauvaise connaissance des structures d'addictologie, la complexité du patient, mais aussi le manque d'intérêt pour la discipline et le manque de temps soulevé par plusieurs médecins. Il apparaît aussi un rôle assez flou dans la prise en charge avec communication défailante de manière bilatérale selon le ressenti des médecins généralistes interrogés. En effet, la plupart des médecins interrogés étaient gêné par l'accessibilité et les délais de transmission d'informations médicales estimé trop long avec un manque d'organisation entre professionnels de santé.

Devant le constat d'une coopération estimée comme quasi inexistante pour les médecins généralistes et un réel défaut de communication, les médecins s'accordaient à dire qu'il était indispensable d'établir un lien professionnel étroit afin d'améliorer la prise en charge de ces patients. Parmi les médecins interrogés, la majorité s'accordait sur l'organisation de rencontre avec les addictologues pour échanger autour des dossiers de certains patients compliqués. Certains médecins soulignaient l'importance des consultations d'addictologie organisées au sein de certaines maisons de santé pluridisciplinaires. Enfin, peu de médecins interrogés semblait intéressé par une formation complémentaire en addictologie.

B. Des moyens mal adaptés :

La rédaction d'un courrier médicale à destination du centre d'addictologie est rarement établi par le médecin généraliste. C'est plutôt la communication par téléphone qui est privilégiée surtout quand il s'agit d'une urgence ou une prise en charge rapide. Certains médecin proposent la mise à disposition de courrier type d'adressage (en ligne ou formaté dans les logiciels médicaux).

Pour la majorité des médecins interrogés, le contact téléphonique est considéré comme utile. Cependant, tous ne sont pas complètement satisfait car le problème réside dans la difficulté d'accès en temps réel à un avis spécialisé, et surtout d'avoir un correspondant référent à qui s'adresser pour une demande d'information concernant des patients vus pendant les consultations de médecine générale.

Les autres moyens de communication comme les fax et les courriels sont largement moins voire jamais utilisés. En fait, l'informatique ne semble pas séduire les médecins d'un certain âge mais pour les plus jeunes médecins interrogés, elle serait une très bonne perspective à une communication plus systématique. En effet, l'utilisation d'un réseau informatique sécurisé permet de réduire les délais de réponse et tend à augmenter les communications entre professionnels, avec probablement une utilisation simplifiée de l'accès à l'information.

C. Ambivalence des médecins généralistes :

De manière intéressante, les données recueillis dans notre études s'orientent vers une contradiction entre l'opinion fortement exprimée que la prise en charge de patients addicts était

du ressort de la médecine générale, et le peu d'intérêt porté par la majorité des médecins à ce type de suivi.

La notion de rôle majeur du médecin généraliste était largement exprimée au cours de notre enquête. Cependant, on note un sentiment de réticence au suivi de ses patients, nourrie par les préjugés, le désintérêt pour la discipline, le manque de temps.

Tout au long de nos entretiens, cette contradiction semblait rejoindre celle qui caractérisait le ressenti des médecins généralistes envers ces patients, alternant entre le rôle de soignant du patient souffrant de troubles addictifs, et la crainte de perte de maîtrise de sa capacité d'agir et de décider au sein d'une relation complexe avec le patient addict.

Au cours des entrevues, cette ambivalence de perception et de ressenti se faisait l'écho de l'ambivalence du patient lui-même dans sa présentation: d'une part sujet fragile, au vécu perçu comme particulièrement difficile et semé d'embûches, titillant la fibre humaniste du médecin, d'autre part sujet décrit comme fréquemment manipulateur, marginal, se jouant du cadre légal comme de toute tentative de structuration de son environnement, éveillant chez le médecin la méfiance et la volonté d'auto-préservation devant le risque de débordement et de déstabilisation du soignant dans sa compétence médicale.

D. Méconnaissance des centres d'addictologie :

La majorité des médecins interrogés ne connaissent pas les différentes structures d'addictologie. Ce résultat renforce le fait qu'il faut améliorer la transparence des centres d'addictologie auprès des médecins généralistes.

Ensuite, les délais de prise en charge des structures ne sont pas toujours favorables selon les médecins généralistes, ce qui montre que pour renforcer l'adressage des patients vers ces structures, il faut améliorer la gestion et l'organisation de ces centres d'addictologie afin que ces délais puissent être réduits.

IV. Perspectives :

La prise en charge des troubles addictifs n'est pas une tâche facile, le médecin généraliste seul ne peut assurer un bon suivi. Comme pour toutes les autres maladies, cette prise en charge serait défailante s'il n'y a pas une vraie collaboration entre les différents professionnels de santé. Nous pouvons proposer quelques pistes, mais sans prétendre avancer des solutions idéales ou totalement innovantes :

- Améliorer la formation du médecin généraliste sur les différents traitements de sevrage et de substitution existant ainsi que leurs indications.
- Développer l'enseignement en addictologie (DESC, DU, DIU). Aucun des médecins interrogés n'appartenait à un réseau d'addictologie ou suivi une formation dans le domaine. Certains médecins ont parlé de « formation sur le tas ». Il nous semble que dans ce contexte, il est difficile de se former par sa propre et seule expérience, car ses patients sont minoritaires au sein de la pratique habituelle de médecine générale. A la faculté de médecine d'Amiens, une seule journée de cours sur les drogues et les conduites dopantes est proposée aux étudiants de deuxième cycle et au cours du troisième cycle, les internes de médecine générale ont au total 3 heures de cours sur alcool, tabac et toxicomanie.
- Le développement professionnel continu (DPC) est un dispositif de formation réglementé qui existe depuis 2009, dans lequel chaque professionnel de santé doit suivre un programme et remplir une obligation annuelle d'acquisition ou d'approfondissement de ses compétences, mais les formations en addictologie restent peu nombreuses. La problématique addictive est très largement répandue dans la région, une intégration plus systématique de formations dans le domaine pourrait améliorer la prise en charge des patients addicts.
- Favoriser les échanges entre médecins généralistes et addictologues par des formations conjointes ou par la création de groupes de travail multidisciplinaires, ou d'entraide entre professionnels fonctionnant en proximité.
- Améliorer la communication directe :
 - Par des échanges téléphoniques en améliorant l'accessibilité : créneau défini où l'addictologue peut être joint par téléphone ;
 - Par des formulaires manuscrits standardisés de recueil d'informations ;

- Par l'utilisation de nouveaux outils de communication comme les courriers électroniques sécurisés.
- Mise en place d'une « vraie » coordination avec un retour minimum d'informations avec des consignes claires de suivi.
- Promouvoir les centres d'addictologie en présentant aux généralistes ses différentes structures ;
- Améliorer l'accessibilité et la lisibilité des soins ambulatoires : plaquette d'information regroupant les numéros des centres de soins en addictologie ;
- Aider les médecins généralistes en cas de recours urgent (créer des unités d'accueils d'urgence ou des permanences téléphoniques d'urgence)
- Enfin, Selon les dernières recommandations 2004 de l'HAS, les réseaux de santé représentent le cadre idéal d'une prise en charge globale multidisciplinaire. La promotion des réseaux de santé, dans le cadre de la prise en charge des TSO en particulier et de la prise en charge de l'addiction en général, doit être la plus large possible. Une couverture de tout le territoire serait souhaitable pour favoriser une égalité d'accès aux TSO. Dans ce cadre, la diffusion du dossier médical partagé facilitera la prise en charge ». (73)

V. Complément d'étude :

Des études complémentaires seraient nécessaires pour compléter notre travail :

- Il conviendrait d'interroger les professionnels des structures d'addictologie de manière plus approfondie et rigoureuse sur leurs pratiques et leurs points de vue ;
- L'opinion et le vécu des patients addicts seraient également très intéressants à prendre en compte ;
- Une enquête quantitative sur une population large de médecins permettrait de cibler plus finement les pratiques, besoins, attentes en fonction des critères géographiques notamment, de sexe, d'ancienneté d'installation.

Conclusion :

La prise en charge des patients souffrant de « troubles liés à l'usage de substances psychoactives » est complexe et nécessite une intervention pluridisciplinaire. Le médecin traitant a une position centrale, dans la mesure où il est susceptible de coordonner l'ensemble des soins des sphères somatique, sociale et psychiatrique.

L'objectif principal de notre travail était de déterminer la perception des médecins généralistes Picards concernant leurs échanges avec les centres de soins en addictologie, d'essayer de mettre en évidence les difficultés rencontrées afin de proposer des pistes pour améliorer la communication entre les différents acteurs de la prise en charge des addictions.

Notre enquête menée auprès de 15 médecins généralistes répartis sur les 3 départements de Picardie révèle un problème de communication et d'échange d'informations médicales entre ces derniers et leurs confrères addictologues. Ces problèmes sont en grande partie liés à la complexité du patient, une mauvaise coordination entre les différents acteurs de santé, mais également à un certain désintérêt pour la discipline.

Notre étude note une ambivalence dans les propos des médecins interrogés. En effet, la majorité est unanime sur le fait que le médecin traitant est au centre de cette prise en charge, mais avoue en même temps ne pas faire beaucoup d'effort quand il s'agit d'adresser un patient vers un centre spécialisé.

Les pistes pour améliorer les échanges d'informations médicales entre généralistes et addictologues doivent passer par un travail sur la qualité du lien entre les différents acteurs de la prise en charge des troubles addictifs, la mise en place d'un partenariat avec des moyens de communication modernes, la favorisation des rencontres entre les professionnels de santé et l'amélioration de la formation des médecins. Des études qualitatives complémentaires auprès des professionnels des centres de soins et du patient seraient nécessaires pour affiner notre étude. Enfin, une enquête quantitative sur une population large de médecins permettrait de cibler plus finement les pratiques, besoins, attentes en fonction des critères géographiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 9 nov 2013;382(9904):1575-86.
2. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. *Tendances*. 2015;99(8).
3. Berquin A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue médicale suisse*. 2010;6(258):1511–1513.
4. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. *Baromètre santé médecins généralistes*. 2009;177–201.
5. Maestracci N, Ehrenberg A, Lagrange H. Drogue et toxicomanie: quelle politique? *Esprit*. 2001;49–68.
6. Reynaud M, Bailly D, Vénisse J-L. Médecine et addictions: peut-on intervenir de façon précoce et efficace? 2005.
7. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 - Recherche Google [Internet]. [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_2008-2011-fre.pdf
8. 112-6-addictionsexecrer.pdf.pdf [Internet]. [cité 4 août 2018]. Disponible sur: http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/112-6-addictionsexecrer.pdf.pdf
9. Julie-Emilie Adès et al 8. François Beck. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2015.
10. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2005;29(11):2001–2007.
11. Got C. La mort évitable: tabac, alcool et accidents de la route en France. *Population et Sociétés*. 2003;393:1–4.
12. Paille F, Reynaud M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;7:24–25.
13. Catherine Pequait 12. Grégory Pfau. Tendances récentes et nouvelles drogues. Synthèse des résultats TREND. 2014.

14. Lahaie E, Michel Gandilhon 13. Agnès Cadet-Taïrou. Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011). Tendances OFDT. février 2012;78.
15. Code de la santé publique - Article L6321-1. Code de la santé publique.
16. Direction Générale de la Santé. Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
17. Palle C, Rattanatray M. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2010: situation en 2010 et évolutions sur la période 2005-2010. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 2013.
18. 17. Agnès Cadet-Taïrou. Les résultats de l'enquête ENa-CAARUD 2012. In: Actes de la journée CAARUD 10 ans. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2015.
19. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
20. Direction Générale de la Santé. Circulaire N°DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
21. Direction Générale de la Santé. Circulaire DHOS/O 2-DGS/SD 6 B n° 2000-460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives.
22. septembre 2013. MILDT. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013 -2017.
23. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Inserm; 2014.
24. Michel Raynaud 34. Jean-Philippe Anris, Léon Burton MC, Yannick Le Blévec ML. L'avenir de l'addictologie : le patient, son entourage et les Groupes d'Entraide. 4:335-50.
25. L'association Alcooliques Anonymes. <http://www.alcooliques-anonymes.filqui-sont-les-aa/1-association-aa>.
26. Poncet F, Feral A. Le patient alcoolisé: un «client» si présent et si oublié des urgences. *Courr Addict.* 2002;4:137-41.
27. Binks S, Hoskins R, Salmon D, Bengner J. Prevalence and healthcare burden of illegal drug use among emergency department patients. *Emergency medicine journal.* 2005;22(12):872-873.
28. Frédérique Duval. La consultation au SAU peut-elle être un moment privilégié de détection et d'information sur le problème de dépendance aux benzodiazépines ? Thèse d'exercice de médecine; 2011.
29. Wolter L, Della Santa V. Prise en charge du patient en intoxication éthylique aiguë. *Médecine d'urgence.* 2013;394(27):1461-1464.

30. Denis B, Dedobbeleer M, Benabderrazik A, Bizimungu D-G, Sciera V. Les usagers de drogues suivis en médecine générale: recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus. *Santé*. 2009;(47).
31. Azuar J, Questel F, Hispard E, Scott J, Vorspan F, Bellivier F. Hospital Stay and Engagement in Outpatient Follow-Up After Alcohol Emergency Detox: A 1-Year Comparison Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2016;40(2):418–421.
32. Carpentier. Accueillir et prendre soin d'un usager de drogues en médecine de ville: pourquoi a-t-il fallu qu'il frappe à ma porte. *MILD*; 1997.
33. adsp n° 24 - Réseaux de santé et filières de soins [Internet]. [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=46>
34. Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations. *Inserm*; 2010.
35. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG, Organization WH. AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. 2001;
36. de Santé HA. Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. *Saint Denis la Plaine*. 2014;5–6.
37. Spilka S, Janssen E, Legleye S. Détection des usages problématiques de cannabis: le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). *Saint-Denis, OFDT*. 2013;
38. Axe Prévention-Dépistage. In: *Plan Cancer 2009-2013*. Plan Cancer 2009-2013; 2007.
39. Jeanmart C. Médecins généralistes et usagers de drogues: analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France) [PhD Thesis]. *Lille 1*; 2007.
40. Emmanuel Pichon. Le quartier, la médecine générale, le toxicomane. *Pratiques*. Juillet 2012;58:76-7.
41. 51. Marion Thierry-Mieg. Apprendre à soigner. *Pratiques*. juillet 2012;58:72.
42. Haxaire C, Genest P, Bail P. Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique. In: *Singuliers généralistes*. Presses de l'EHESP; 2010. p. 133–146.
43. Bloy G. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In: *Singuliers généralistes*. Presses de l'EHESP; 2010. p. 21–40.
44. Sarradon-Eck A. «Qui mieux que nous?» Les ambivalences du «généraliste-pivot» du système de soins. In: *Singuliers généralistes*. Presses de l'EHESP; 2010. p. 253–270.
45. Clarisse Boisseau. Un voyage au long cours. juillet 2012;58:62-3.
46. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Compte-rendu de la séance du 20 mars 2014 de la Commission des Stupéfiants et Psychotropes de l'ANSM - Recherche Google [Internet]. [cité 4 août 2018]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/125636cafe5929ba7f654eb148fc5c07.pdf

47. Alain Morel 59. Fédération Addiction. Vers la mise en place de la primo-prescription de Méthadone en ville [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.federationaddictionlevers-primoprescription-methadone-en-ville/>
48. Clara Lepez. Prévalence des troubles liés à l'usage du cannabis en médecine générale. Thèse d'exercice de médecine; 2015.
49. Fournier C, Buttet P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. *Baromètre santé Médecins généralistes*. 2009;45–83.
50. Clémence Bouillerot. Articulation entre le médecin généraliste et le dispositif spécialisé dans la prise en charge du patient présentant un usage problématique d'alcool.
51. Aulagnier M, Videau Y, Combes J-B, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P, et al. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention: les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Pratiques et organisation des soins*. 2007;38(4):259–268.
52. Anne Fillol Ghazi. Médecins généralistes et consommateurs excessifs d'alcool: étude des perceptions des médecins généralistes au moyen d'un questionnaire postal. 2005.
53. Marion Groppi. Evaluation du ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des problèmes d'alcool. 2010.
54. 65. Johanna Hagege-Arditti. Evaluation du ressenti des patients alcoolodépendant vis à vis du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de leur maladie alcoolique. 2014.
55. Ella Iacob. Evaluation de la satisfaction des patients alcooliques lors de la prise en charge par leur médecin généraliste. 2014.
56. Peyre Comparat M. Le Médecin généraliste face aux addictions: étude qualitative et quantitative en région PACA. 2013.
57. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*. 2006;24(2):75–103.
58. Laure Levi. Enquête sur la prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes de la Côte Basque en 2009.
59. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes: l'abord de la sexualité. In: *Singuliers généralistes*. Presses de l'EHESP; 2010. p. 147–168.
60. 71. Elodie Foo Chan Chin. Représentations et pratiques des médecins généralistes d'un département, les Deux-Sèvres, vis-à-vis des addictions.
61. 72. Charlotte Alam Solty. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et la pratique de l'entretien motivationne. 2013.
62. Représentations des Médicaments de Substitution aux Opiacés par les patients et leurs médecins généralistes : De la drogue à l'alliance thérapeutique. Approche qualitative en médecine de ville. 2010.

63. Yann Vanlerberghe JM. Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire. Enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie. 2012.
64. 75. Patricia Dias Moura Da Costa Gomes. Prise en charge globale des patients toxicomanes au cabinet en ville : Obstacles et solutions. 2012.
65. Gelly J, Le Bel J, Aubin-Auger I, Mercier A, Youssef E, Mentre F, et al. Profile of French general practitioners providing opportunistic primary preventive care—an observational cross-sectional multicentre study. *Family practice*. 2014;31(4):445–452.
66. Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *American journal of public health*. 2003;93(4):635–641.
67. Charles Trojman. Evaluation de la prise en charge complexe du patient toxicomane en cabinet de ville par le médecin généraliste. 2011.
68. Yvon J. Soins en réseau de patients dépendants aux opiacés sur le département du Vaucluse: étude qualitative [PhD Thesis]. 2013.
69. Evaluation de la consultation d'addictologie de l'Hôpital de Montaignu par les généralistes du secteur. 2014;
70. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *crs*. 1994;(23):147-81.
71. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. 4. paperback printing. New Brunswick: Aldine; 2009. 271 p.
72. CREDOC. Essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives à partir d'un exemple : le passage à l'Euro vécu par les consommateurs [Internet]. [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=C176>
73. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. *La Presse Médicale*. oct 2004;33(18):41-7.

Annexes

Annexe 1 : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en région Picardie

02 - Aisne

9 CSAPA dans le département de l'Aisne

- [C.S.A.P.A. AURORE BUCY-LE-LONG](#) Tél : 03 23 72 22 80, Fax : 03 23 72 22 88
- [C.S.A.P.A. CHA CHÂTEAU-THIERRY](#) Tél : 03 23 83 40 55
- [CSAPA CH CHAUNY](#) Tél : 03 22 38 53 90, Fax : 03 23 39 24 33
- [C.S.A.P.A. CHA HIRSON](#) Tél : 03 23 58 00 69, Fax : 03 23 58 52 65
- [C.S.A.P.A. CHA LAON](#) Tél : 03 23 79 42 43, Fax : 03 23 79 56 15
- [CSAPA CHA SISSONNE](#) Tél : 03 23 05 06 88, Fax : 03 23 05 06 83
- [C.S.A.P.A. CENTRE HORIZON DE L' AISNE](#) Tél : 03 23 93 01 12, Fax : 03 23 93 01 12

Agglomération de Saint Quentin

- [C.S.A.P.A. CHA SAINT-QUENTIN](#) Tél : 03 23 67 19 87, Fax : 03 23 05 92 87
- [C.S.A.P.A. CH SAINT-QUENTIN](#) Tél : 03 23 05 03 33, Fax : 03 23 62 46 72

60 - Oise

11 CSAPA dans le département de l'Oise

- [CSAPA ANPAA 60 CRÉPY](#) Tél : 03 44 39 51 87, Fax : 03 44 39 51 87
- [CSAPA ANPAA 60 MERU](#) Tél : 03 44 52 38 58, Fax : 03 44 52 38 58
- [CSAPA ANPAA 60 NOYON](#) Tél : 03 44 44 10 20, Fax : 03 44 44 10 20

Agglomération Creilloise

- [C.S.A.P.A. SATO CREIL](#) Tél : 03 44 66 40 70, Fax : 03 44 66 40 76
- [CSAPA ANPAA 60 CREIL](#) Tél : 03 44 61 10 11, Fax : 03 44 24 63 18

Agglomération de la Région de Compiègne

- [CSAPA ANPAA 60 COMPIÈGNE CARPEAUX](#) Tél : 03 44 86 00 20, Fax : 03 44 86 00 20
- [CSAPA ANPAA 60 COMPIÈGNE ADNOT](#) Tél : 03 44 23 62 96, Fax : 03 44 23 62 96
- [C.S.A.P.A. SATO COMPIEGNE SOUS-PREFECTURE](#) Tél : 03 44 40 08 77, Fax : 03 44 90 09 34

Agglomération du Beauvaisis

- [C.S.A.P.A. SATO BEAUVAIS](#) Tél : 03 44 48 34 40, Fax : 03 44 45 46 57
- [CSAPA ANPAA 60 BEAUVAIS](#) Tél : 03 44 45 81 13, Fax : 03 44 45 04 12
- [C.S.A.P.A. SATO SAINT-MARTIN-LE-NEUD](#) Tél : 03 44 02 88 60, Fax : 03 44 02 88 62

80 - Somme

3 CSAPA dans le département de la Somme

Agglomération Amiens Métropole

- [CSAPA ANPAA80 AMIENS](#) Tél : 03 22 22 55 00, Fax : 03 22 22 57 29
- [CSAPA LE MAIL AMIENS DELPECH](#) Tél : 03 60 12 26 28, Fax : 03 60 12 26 31

Annexe 2 : Script d'entretien

Bonjour,

Je suis médecin remplaçant en médecine générale et je prépare actuellement ma thèse, sous la direction du docteur DENANCY Edouard, sur :

«Echanges d'informations médicales entre centres d'addictologie et médecins généralistes : ressenti des médecins généralistes Picards». *Le but est d'évaluer la communication entre les différents acteurs de la santé, souligner les difficultés et les attentes des professionnels pour améliorer la prise en charge des patients. Dans ce cadre, je réalise des entretiens individuels avec les professionnels de soins. Les données issues de cet entretien sont anonymes, je souhaite recueillir votre expérience et vos opinions.*

Merci pour votre aide et votre participation.

1. Présentez-vous

Relance : âge, sexe, lieu d'exercice, nombre d'années d'exercice, nombre de consultations par jour, appartenance à un réseau d'addictologie, formation spécifique en addictologie.

2. Pourriez-vous me parler de la place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients addicts ?

Relances : avis concernant la prise en charge actuelle, connaissance des structures, moyens de communication avec les centres d'addictologie

3. Que pensez-vous des échanges d'informations médicales entre les différents acteurs de santé dans cette prise en charge ? (= OBJECTIF PRINCIPAL)

*Relances : envoi/réception de courrier, échanges téléphoniques.
Points positifs et points négatifs concernant les échanges.*

4. Quelles sont les difficultés rencontrées concernant la communication entre les centres d'addictologie et vous-même ? (= 1^{er} OBJECTIF SECONDAIRE)
5. Comment pourrait-on améliorer la communication entre les centres d'addictologie et les médecins généralistes ? (= 2^{ème} OBJECTIF SECONDAIRE)

Merci pour votre participation. Je ne manquerai pas de vous tenir au courant des résultats de cette étude si vous le souhaitez.

Très cordialement

Nacer-Eddine SERRIARI

Echanges d'informations médicales entre centres d'addictologie et médecins généralistes : ressenti des médecins généralistes Picards.

Contexte : La prise en charge des patients souffrant de « troubles liés à l'usage de substances psychoactives » est complexe et nécessite une intervention pluridisciplinaire. Le médecin traitant a une position centrale, dans la mesure où il est susceptible de coordonner l'ensemble des soins des sphères somatique, sociale et psychiatrique. **Objectif** : Déterminer la perception des médecins généralistes Picards concernant leurs échanges avec les centres de soins en addictologie, d'essayer de mettre en évidence les difficultés rencontrées afin de proposer des pistes pour améliorer la communication entre les différents acteurs de la prise en charge des addictions. **Méthode** : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés individuels réalisés auprès de 15 médecins généralistes Picards. **Résultats** : Notre étude montre un problème de communication entre généralistes et addictologues, lié en grande partie à la complexité du patient, une mauvaise coordination entre les différents acteurs de santé, mais également à un certain désintérêt pour la discipline. **Conclusion** : Ce travail témoigne à la fois d'un défaut de coordination entre les médecins généralistes et les centres d'addictologie, mais également de l'ambivalence des médecins traitants exprimée le long des entretiens à propos de leur rôle et leurs échanges avec les addictologues.

Mots clés : médecine générale, addictologie, communication, relation interprofessionnelle.

Correspondence between addiction centers and general practitioners: the feeling of general practitioners installed in Picardie.

Context: The management of patients suffering from “disorders related to the use of psychoactive substances” is complex and requires a multidisciplinary intervention. General practitioner has a central position, as far as he is susceptible to coordinate all the care of the somatic, social and psychiatric spheres. **Objective**: evaluate the perception and expectations of general practitioners in Picardie on their exchanges with addiction centers, try to highlight the difficulties encountered in order to propose ways to improve communication between the different actors in the management of addictions. **Methods**: Qualitative survey of 15 general practitioners based in Picardie in the form of semi directed anonymous interviews. **Results**: Our study shows a problem of communication between general practitioners and addictologists based in Picardie, largely related to the complexity of the patient, poor coordination between the different health actors, but also to a certain lack of interest in the discipline. **Conclusion**: This work reflects both a lack of coordination between general practitioners and addictology centers, but also the ambivalence of treating physicians expressed along the interviews about their role and their exchange with addictologists.

Keywords: General Practice; Addiction; Communication; Interprofessional Relations