



HAL
open science

Dépistage des troubles de l'usage des substances psychoactives par les médecins généralistes

Harmony Bouchez

► **To cite this version:**

Harmony Bouchez. Dépistage des troubles de l'usage des substances psychoactives par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02279567

HAL Id: dumas-02279567

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02279567>

Submitted on 5 Sep 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.



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2019

N° 2019 - 35

DÉPISTAGE DES TROUBLES DE L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 24 Avril 2019

Par

Harmony BOUCHEZ

PRÉSIDENT DU JURY **Monsieur le Professeur Alain DERVAUX**

MEMBRES DU JURY **Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE**

Monsieur le Professeur Antoine GALMICHE

Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Monsieur le Docteur Didier FREMAUX

DIRECTEUR DE THÈSE **Madame le Docteur Nadia MESSAOUDI**

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils et vos corrections apportées à ce travail. Merci également de m'avoir accordé l'inscription au DESC d'addictologie.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et soyez assuré de ma profonde considération.

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'Oncopôle

Votre participation au jury de thèse est pour moi un très grand honneur.

Veillez croire en ma profonde et sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Antoine GALMICHE

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Centre de Biologie Humaine - Biologie spécialisée

Chef de Service du laboratoire de Biochimie du CHU d'Amiens Picardie.

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury, après avoir dirigé mon mémoire de Master 1.

Cela a compté dans mon parcours, tant professionnellement qu'humainement.

Recevez ici tous mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Charles SABBAGH

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Chirurgie Digestive

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, c'est un très grand honneur.

Veillez croire en ma profonde et sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Didier FREMAUX

Praticien Hospitalier Addictologue

Centre Hospitalier Philippe Pinel / CSAPA Le Mail d'Amiens

Vous me faites l'honneur de juger aujourd'hui mon travail. J'en suis très touchée.

Je vous remercie sincèrement de m'avoir permis de partager ces six mois de consultations à vos côtés. Merci pour votre richesse d'enseignements, le partage de votre expérience et votre bienveillance.

Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Nadia MESSAOUDI

Praticien Hospitalier

Centre Hospitalier Philippe Pinel

Centre d'addictologie SÉSAME - ELSA

À ma directrice de thèse, chère Nadia,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse et je te remercie de m'avoir accompagnée dans ce travail. Tu as su m'aiguiller à chaque étape avec une gentillesse et une patience incomparables. C'était un bonheur de travailler à tes côtés. Merci pour ta rigueur, ta maîtrise et ta disponibilité sans égale malgré ta charge de travail. Je ne l'oublierai jamais.

À mon mari Damien, mon pilier, sans qui les études de médecine auraient été beaucoup plus difficiles. Je te remercie de m'accompagner depuis maintenant plus de 10 ans. Tu m'as toujours soutenue dans l'ensemble de mes projets, aussi bien professionnels que personnels. Merci de prendre tant soin de moi. Je suis consciente de l'immense chance que j'ai de partager ta vie. Je t'aime tellement.

À mes parents, je vous remercie pour l'amour que vous m'avez porté et l'éducation que vous m'avez donnée. Merci de m'avoir toujours soutenue dans mes choix et notamment l'arrêt des études d'infirmière pour la PI, sans quoi je ne serais pas là où je suis. Vous m'avez fait confiance et avez toujours été disponibles malgré le peu de temps que vous aviez. Je vous aime tant. Je vous dédie ce travail avec une immense pensée à Papa, notre étoile, qui doit être très heureux de me savoir si épanouie.

À ma sœur adorée, avec qui j'ai eu la chance de partager la première année de médecine. Je n'en serais pas là sans toi. Tu es un exemple de courage et d'intelligence. Tu m'as coachée pendant toutes ces années, je t'en serai toujours reconnaissante. Merci **à mon beau-frère**, Maxime et **à mes deux nièces chéries**, Judith et Reine. Excusez-moi de ne pas avoir été très présente ces derniers mois, je vais me rattraper. Je vous aime.

À ma belle-maman, je vous remercie du fond du cœur de m'avoir tant soutenue durant toutes ces années d'études, avec notamment les bons petits plats pendant les révisions de l'ECN. Merci pour vos retours d'expérience et vos conseils précieux pour l'élaboration et la correction de ce travail. Je vous aime fort.

À mon beau-papa, merci pour votre présence et votre soutien. Je vous remercie également pour la relecture de ce travail et tous vos bons conseils organisationnels.

À mes belles-sœurs et beaux-frères, à ma jolie petite nièce Lola, merci pour les bonnes rigolades en famille et votre soutien. Merci Agathe pour ton aide en anglais.

À toute ma famille et particulièrement à Mamie, à tonton Gérard et Gaëtane, à ma Marraine, à tata Evelyne et Marie-Agnès, à Christine et Jean-Luc, à Angèle, Mimie, Pierre et Laura, je vous remercie pour votre présence et votre soutien dans les étapes importantes de ma vie.

Mimie, merci pour la relecture de ce travail et toutes les gentilles attentions. Enormes bisous.

À mes amis si fidèles depuis toutes ces années,

Manue, Latif, Lulu et Alice, Juju et Antoine, Roxy et Alex, Ophélie et Nico, Soso, Nadou, Anaïs et Maxime, Simon et Amandine,

j'ai tellement de chance de vous avoir, merci pour votre amitié si précieuse. Vous faites partie de ma famille. Je vous aime fort.

Carolane et Julien, Marie-Po et Guillaume, Alex et Sylvain, *merci les amis pour tous les bons moments partagés ensemble.*

À tous mes co-internes et notamment Ma Juju adorée, Anne-Claire, Marinette, Amina, Mathilde, Sophie, Clairette, Alex, Bernard, Valentine et Marc, *merci pour la bonne entente, si importante dans nos études.*

À Monsieur VELLA, *merci de m'avoir formée à l'IFSI de Fitz James et de m'avoir toujours soutenue dans mon parcours professionnel, je ne l'oublierai jamais.*

Au Docteur Patricia JEANSON, à Monsieur Thierry REY, *merci d'avoir accepté mon arrivée en stage au sein de votre structure, dans le cadre du DESC d'addictologie. Vous m'avez donné la chance de découvrir l'ensemble des services. J'ai énormément appris auprès des équipes et cela a confirmé mon envie de travailler au contact de ces patients. Merci pour votre confiance.*

Au Docteur Michèle DINOMAIS, *chère Michèle, merci pour le travail en binôme, riche d'enseignements et d'amitié. Je te remercie pour ta confiance et ta bienveillance. Je prendrai soin de tes patients.*

Au Docteur Sylvain NAPPEZ, *merci pour tes conseils et ton soutien. Je suis heureuse de pouvoir travailler avec toi.*

Au Docteur Wolfgang PERSYN, *merci pour ton accueil au SÉSAME, ton encadrement et ton écoute.*

Au Docteur Agnès JEANSON, *merci pour votre gentillesse lors de mon premier semestre au SÉSAME.*

À l'ensemble de l'équipe du SÉSAME et

À l'ensemble de l'équipe du MAIL, *merci à toutes et à tous pour votre accueil si chaleureux et votre partage de connaissances. C'est un plaisir de travailler avec vous.*

Au Docteur Arnaud DUBOIS, *je te remercie pour ton encadrement et ta sympathie au cours des stages de médecine générale. Merci également à ton épouse Nathalie pour sa gentillesse et pour tous les bons petits plats les lundis midi !*

Au Professeur Jean-Daniel LALAU, au Professeur Rachel DESAILLOUD, au Docteur Salha FENDRI, au Docteur Agnès VAIDIE, au Docteur Marie SARAVAL-GROSS et au Docteur Hélène VREL, *un grand merci pour votre gentillesse, je n'oublierai jamais mon premier semestre d'internat auprès de vous.*

Au Docteur Agnès DUCASTELLE, au Docteur Christophe DEVOS,

À tous les médecins et à tous les membres des équipes soignantes que j'ai rencontrés pendant mes études,

Je vous remercie pour votre accueil et votre sympathie.

À l'ensemble des médecins ayant répondu à mon travail, *je vous suis reconnaissante d'avoir pris le temps de participer à cette étude et de m'avoir ainsi permis de présenter ce travail aujourd'hui.*

Au Professeur Philippe CASTÉRA, *Coordinateur du réseau addictions Gironde-Aquitaine (AGIR 33 – Aquitaine), merci pour votre formation au RPIB Alcool et nos échanges fructueux.*

À l'équipe du Bureau d'Aide à la Recherche, *merci pour votre aide dans la constitution de la bibliographie.*

Enfin, à ma Titine, *merci d'avoir passé autant de temps à mes pieds, en me regardant travailler, alors que tu aurais préféré partir en balades. Tu m'as été d'un grand réconfort !*

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	11
I. INTRODUCTION	13
A. Contexte.....	13
B. Définitions	14
1. Usage de substance(s) psychoactive(s)	14
2. Trouble de l'usage de substance(s) psychoactive(s) (SPA)	15
3. Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB).....	15
C. Structures de soins en addictologie et réseaux de santé	17
1. Pôle médico-social	17
2. Pôle hospitalier.....	18
D. Objectifs de l'étude	19
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES	20
A. Recueil de données	20
1. Type d'étude.....	20
2. Population étudiée	20
3. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)	20
4. Le questionnaire	21
B. Outils	22
III. RÉSULTATS	23
A. Constitution de l'échantillon	23
B. Taux de participation	24
C. Description.....	24
1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude	24
2. Caractéristiques de la population d'étude selon l'exercice	25
3. Distribution de la population en fonction de la répartition géographique.....	27
D. Médecine générale et addictologie	28
1. Formations en addictologie	28
2. Travail avec les réseaux de soins en addictologie.....	28
3. Formation en addictologie en fonction des caractéristiques sociodémographiques et de l'exercice	30
4. Dépistage des troubles de l'usage des SPA.....	32

5. Dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA chez un nouveau patient en fonction de la formation des médecins généralistes.....	33
6. Dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA chez un nouveau patient en fonction des caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes	33
7. Outils de dépistage des troubles de l'usage des SPA.....	35
8. Freins au dépistage des troubles de l'usage des SPA.....	36
9. Utilisation du RPIB	37
10. Utilisation du questionnaire ASSIST	38
11. Structures d'addictologie sollicitées par les médecins généralistes	39
12. Attentes en matière de formations en addictologie, d'informations et de travail avec les réseaux de soins en addictologie.....	44
IV. DISCUSSION.....	46
A. Résultats principaux	46
1. Insuffisance de formation en addictologie	46
2. Tendance à l'amélioration du dépistage des troubles de l'usage des SPA mais efforts à poursuivre.....	48
3. Dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA chez un nouveau patient et prise en charge.....	48
4. Déterminants associés au dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA ...	52
5. Des questionnaires peu utilisés par les médecins généralistes.....	53
6. Freins au dépistage des troubles de l'usage des SPA.....	54
7. RPIB peu utilisé	55
8. Travail avec les structures d'addictologie mais liens avec les réseaux à améliorer.....	56
9. Attentes des médecins généralistes	57
B. Forces et limites de l'étude	58
1. Forces	58
2. Limites.....	58
V. CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES.....	73
Annexe 1 : Définition CIM-10 de l'usage nocif et dépendance de substance(s) psychoactive(s).....	73
Annexe 2 : Définition DSM-V du trouble de l'usage de substance(s)	74
Annexe 3 : Questionnaire FACE (Formule pour Apprécier la Consommation d'alcool par Entretien).....	74

Annexe 4 : Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)	75
Annexe 5 : Questionnaire concernant la consommation de tabac	75
Annexe 6 : Questionnaire ASSIST	75
Annexe 7 : Lettre de présentation associée au questionnaire	81

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Passage d'une classification en catégories (DSM-IV, CIM-10) à une classification par degré de gravité (DSM-V).....	15
Figure 2 : Schéma récapitulatif du déroulement du RPIB.....	16
Figure 3 : Diagramme de flux.....	23
Figure 4 : SPA dépistées par les médecins généralistes chez un nouveau patient.....	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.....	24
Tableau 2 : Distribution de la population d'étude selon les caractéristiques de l'exercice....	26
Tableau 3 : Distribution de la population d'étude en fonction de la répartition géographique des médecins généralistes.....	27
Tableau 4 : Travail avec les réseaux de soins en addictologie en fonction de la formation en addictologie et de la formation par les réseaux.....	28
Tableau 5 : Travail avec les réseaux de soins en addictologie en fonction du type d'exercice.....	29
Tableau 6 : Répartition des médecins généralistes formés en addictologie en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leurs exercices.....	30
Tableau 7 : Formation en addictologie en fonction des caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes et de leurs exercices.....	31
Tableau 8 : Dépistage des troubles de l'usage des SPA par les médecins généralistes.....	32
Tableau 9 : Dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA par les médecins généralistes en fonction de leur formation en addictologie.....	33
Tableau 10 : Dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA en fonction des caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes et de leurs exercices.....	34

Tableau 11 : Outils de dépistage des troubles de l'usage des SPA utilisés par les médecins généralistes.....	35
Tableau 12 : Freins au dépistage des troubles de l'usage des SPA.....	36
Tableau 13 : Utilisation du RPIB par les médecins généralistes.....	37
Tableau 14 : Formation au RPIB en fonction du sexe et de l'âge des médecins généralistes.....	38
Tableau 15 : Utilisation du questionnaire ASSIST par les médecins généralistes	38
Tableau 16 : Structures d'addictologie sollicitées par les médecins généralistes	39
Tableau 17 : Structures d'orientation devant un trouble de l'usage de SPA.....	40
Tableau 18 : Prise en charge personnelle des troubles de l'usage de l'alcool par les médecins généralistes en fonction de la formation en addictologie.....	41
Tableau 19 : Prise en charge personnelle des troubles de l'usage du tabac par les médecins généralistes en fonction de la formation en addictologie.....	42
Tableau 20 : Prise en charge personnelle des troubles de l'usage du cannabis par les médecins généralistes en fonction de la formation en addictologie.....	42
Tableau 21 : Prise en charge personnelle des troubles de l'usage aux opiacés par les médecins généralistes en fonction de la formation en addictologie.....	43
Tableau 22 : Dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA par les médecins généralistes en fonction du travail avec les microstructures et les infirmiers ASALEE.....	43
Tableau 23 : Attentes des médecins généralistes en matière de formations et d'informations des réseaux de soins en addictologie.....	44
Tableau 24 : Information des médecins généralistes des actions menées par les structures d'addictologie en fonction du type d'exercice.....	45

ABRÉVIATIONS

AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel
ANPAA : Agence Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
BAR : Bureau d'Aide à la Recherche
BSMG : Baromètre Santé Médecins Généralistes
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CEIP : Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CIM : Classification Internationale des Maladies
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNRMS : Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures
CS : Consultation
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
CUNEA : Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie
DEQUASUD : DEMarche QUALité et Accompagnement des Soins aux Usagers de Drogues
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DMD : Démographie Médicale Départementale
DMG : Département de Médecine Générale
DPC : Développement Professionnel Continu
DSM : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders
DU : Diplôme Universitaire
ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense
FMC : Formation Médicale Continue
FST : Formation Spécialisée Transversale
GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé
IC : Intervalle de Confiance
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
INCa : Institut National du Cancer
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MEP : Médecin à Exercice Particulier
MG : Médecin Généraliste
MOOC : Massive Open Online Course
MSU : Maître de Stage Universitaire
NS : Non Significatif
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR : Odds Ratio
PEC : Prise En Charge
PTA : Plateformes Territoriales d'Appui
REES : Réseau d'Evaluation en Economie de la Santé
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RPIB : Repérage Précoce-Intervention Brève
SBI : Screening and Brief Intervention
SPA : Substance(s) Psycho-Active(s)
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
TU : Trouble de l'Usage
UFR : Unité de Formation et de Recherche
UMA : Unité Mobile d'Addictologie
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I. INTRODUCTION

A. Contexte

En France, les conduites addictives demeurent un problème majeur de santé publique, en raison des dommages sanitaires et sociaux qu'elles induisent et de leur coût pour les finances publiques (1). Selon le rapport 2016 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'usage de substances psychoactives (SPA) est responsable de plus de 400 000 décès par an dans le monde (2). L'alcool et le tabac sont les SPA les plus consommées en France (3).

Le tabac reste la première cause de mortalité évitable dans notre pays. 73 000 décès lui sont attribuables, soit plus de 200 décès par jour (4,5). Concernant l'alcool, on compte 41 000 décès par an, tous âges confondus, directement liés dont 16 000 par cancers et 9 900 par maladies cardiovasculaires (6,7). Quant au cannabis, selon le rapport européen sur les drogues de 2018, la France est l'un des pays ayant la plus forte prévalence de consommation de cannabis chez les jeunes adultes de 15 à 34 ans (8). Il est de loin la substance illicite la plus consommée en France, 10 fois plus que la cocaïne ou l'ecstasy et 55 fois plus que l'héroïne pour les consommations annuelles (3,9). Les chiffres ne cessent d'augmenter depuis 30 ans quel que soit le mode d'usage, et ce de manière significative pour l'expérimentation (au moins un usage au cours de la vie) et l'usage régulier (10 usages ou plus durant le dernier mois) (3).

Concernant les jeunes, les initiations aux SPA se déroulent principalement à l'adolescence, période de maturation cérébrale, entraînant une vulnérabilité particulière à la neurotoxicité de ces substances avec des conséquences sur le développement psychique, intellectuel et relationnel (10–12). C'est une préoccupation de premier plan en santé publique (1,10,13). Selon l'enquête ESCAPAD de 2017 (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense) menée chez les jeunes de 17 ans, les niveaux d'usage d'alcool et de cannabis dans les Hauts-de-France sont inférieurs aux niveaux nationaux. Ce n'est pas le cas pour l'usage intensif de tabac (plus de 10 cigarettes par jour), supérieur au niveau national (6,7% contre 5,2%) (14).

Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), le médecin généraliste (MG) est en contact annuellement avec 75% de la population générale (15), il a ainsi une place privilégiée pour le dépistage des troubles de l'usage (TU) des SPA. En consultation de médecine générale, les patients peuvent présenter des problématiques addictives, allant de l'usage à risque à la dépendance aux SPA (16,17). Cependant, si la dépendance est repérée et prise en charge, les TU des SPA, en dehors de la dépendance, sont

plus difficilement dépistés malgré les risques sanitaires associés (18). Plusieurs freins au dépistage et à la prise en charge des TU des SPA sont retrouvés dans la littérature médicale. Le manque de temps, une connaissance partielle de l'addictologie et des réseaux de soins spécialisés dans cette discipline en lien avec une insuffisance de formation initiale sont rapportés (19–21).

De nombreux travaux ont identifié l'efficacité du Repérage Précoce et des Interventions Brèves (RPIB) en prévention secondaire pour réduire les niveaux de consommation des SPA (22–28) et en termes de rapport coût-efficacité (29,30). Sa diffusion apparaît dans les objectifs du Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (1), car le RPIB est rarement appliqué en pratique en médecine générale (22) ou à un stade trop avancé de dépendance et/ou de complications (24).

A cet effet, la société française d'alcoologie (SFA) a organisé, dans le cadre de ses journées de formations annuelles en mars 2019 à Amiens, une formation spécifique dédiée au RPIB qui s'adressait aux professionnels de soins primaires médicaux et paramédicaux à laquelle j'ai participé. Cependant, cette formation était centrée uniquement sur le RPIB Alcool.

En France, des travaux de thèses ont été réalisés sur le dépistage des TU, abordés par substance (31–35), ou étudiés du point de vue des patients et/ou ciblant une population (36). De plus, le dernier Baromètre Santé Médecins Généralistes (BSMG) abordant notamment le dépistage des addictions, datant de 2009, il nous semblait intéressant d'évaluer les pratiques des MG dans le dépistage des TU des SPA (19).

B. Définitions

1. Usage de substance(s) psychoactive(s)

Selon l'OMS, une SPA est définie par une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect (37).

L'usage de substance(s) est dit simple lorsqu'il s'agit d'une consommation ponctuelle ou régulière qui n'induit pas de dommage au niveau somatique, psychoaffectif et/ou social (38).

Les seules complications de l'usage simple de substance(s) sont d'ordre pénal ou social (39).

L'usage à risque se définit par la consommation de substance(s) pouvant potentiellement provoquer des complications au niveau somatique, psychoaffectif et/ou social, sans que ces complications ne soient encore apparues comme dans le cas du TU de substance(s) (38).

2. Trouble de l'usage de substance(s) psychoactive(s)

La quatrième édition du Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM-IV) (40) et la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) (41) définissaient séparément l'abus/usage nocif et la dépendance à une SPA (Annexe 1). Le DSM-V, paru en 2013 (17), a fusionné quant à lui les notions d'abus et de dépendance au sein d'une entité commune appelée « troubles de l'usage de substance(s) », avec une approche dimensionnelle : trouble léger, modéré ou sévère (16) (Figure 1, Annexe 2). Par rapport à l'édition antérieure, le critère « problèmes judiciaires récurrents » a été supprimé et, à l'inverse, le critère de « craving » défini par le besoin impérieux et irrésistible de consommer une substance, y a été ajouté.

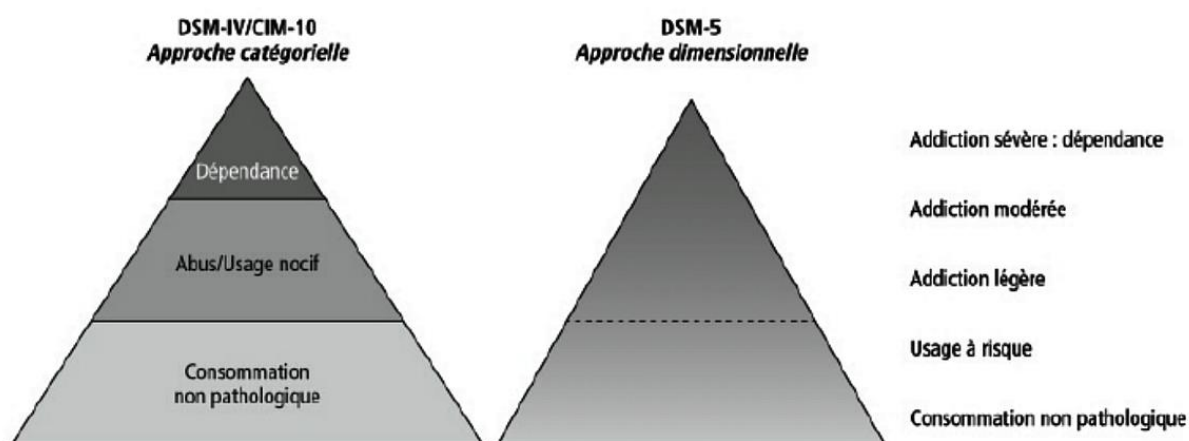


Figure 1 : Passage d'une classification en catégories (DSM-IV, CIM-10) à une classification par degré de gravité (DSM-V) (16)

3. Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB)

Le RPIB, développé par l'OMS, consiste à identifier des consommations à risque de SPA afin d'aider les patients à diminuer leurs consommations et les dommages induits par ces conduites. Initialement, les autorités sanitaires françaises ont souhaité mettre en place en 2006 une stratégie de diffusion à grande échelle du RPIB, auprès des MG, en matière d'alcool. Cette stratégie a émergé suite à un état des lieux des initiatives de promotion du RPIB engagées dans cinq régions pilotes (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne et Ile de France) (18,42).

En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un outil d'aide au RPIB étendu au cannabis et au tabac (43), constatant que non seulement ces trois SPA sont les plus consommées en France (3), mais aussi que les MG ont des difficultés de repérage des

consommations des SPA (44). Le but de cet outil simple était d'aider les professionnels de premier recours dans leur pratique courante à évaluer précocement les niveaux de consommation et leurs risques ; de proposer une intervention brève en cas d'identification de risque de dommages afin d'engager le patient dans une dynamique de diminution ou d'arrêt des consommations et d'assurer un accompagnement durable (44).

Selon les recommandations de l'OMS, reprises par la HAS, **le repérage précoce** de consommation de SPA s'applique à tous les patients, au moins une fois par an et devant des situations à risque (44,45). Il concerne la consommation déclarée de substance(s). Il repose sur un questionnaire spécifique à chaque substance : Formule pour Apprécier la Consommation d'alcool par Entretien (FACE) (Annexe 3), Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (Annexe 4), et questionnaire de consommation de tabac (Annexe 5).

L'OMS a également conçu un questionnaire unique, « ASSIST », multiproduits (9 SPA), composé de 8 questions et portant sur les consommations des 3 derniers mois (46). Il permet d'objectiver et de quantifier la consommation des SPA et ses répercussions (47) (Annexe 6).

En cas de risque identifié, **une intervention brève** doit être proposée. Les étapes de cette intervention sont résumées par la HAS sous forme d'une check-list (44) (Figure 2).

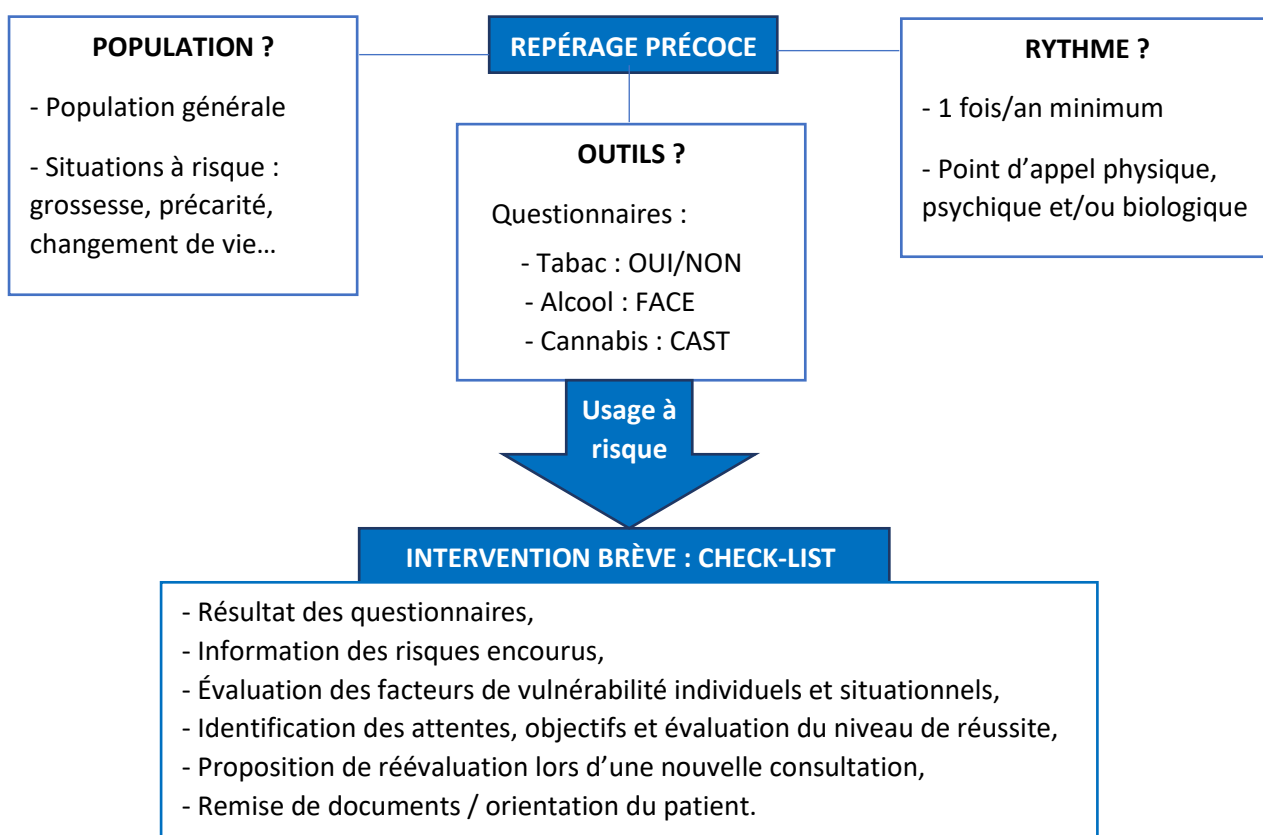


Figure 2 : Schéma récapitulatif du déroulement du RPIB

C. Structures de soins en addictologie et réseaux de santé

Les structures de soins en addictologie s'articulent en deux pôles, médico-social et hospitalier.

1. Pôle médico-social

1.1. Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Les CSAPA, anciens Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et Centres de Cure Ambulatoire en Alcoolologie (CCAA), ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (48). Ils se caractérisent par leur proximité, leur pluridisciplinarité et un accompagnement dans la durée du patient et de son entourage.

Les quatre missions obligatoires de tout CSAPA, définies par le décret du 14 mai 2007, sont l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale ainsi que l'orientation des personnes souffrant d'addiction et de leur entourage dans le but de favoriser une prise en charge précoce (49). Les CSAPA proposent une offre de soins ambulatoires ou avec hébergement (individuel ou collectif) (50) et certains disposent d'une Consultation Jeunes Consommateurs (CJC), anonyme et gratuite, proposant un accompagnement aux jeunes usagers jusqu'à l'âge de 25 ans et à leurs familles (51). Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 a positionné la CJC comme structure pivot de la mise en œuvre de l'intervention précoce (52).

La région ex-Picardie compte 42 CSAPA (antennes comprises) dont 11 dans l'Aisne, 13 dans l'Oise et 18 dans la Somme (53).

1.2. Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

Les CAARUD assurent de façon anonyme et gratuite l'accueil des usagers de drogues actifs, non engagés dans une démarche de soin, ou exposés à des risques majeurs infectieux (hépatites, VIH, abcès...) du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés. Ils mettent à disposition le matériel de prévention de la transmission interhumaine d'agents infectieux et des risques septiques (préservatifs, kits d'injection, boîtes de récupération du matériel usagé...). Ils assurent l'accès aux soins de première nécessité, l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun et l'incitation au dépistage des infections (54).

La région ex-Picardie compte 6 CAARUD, dont 3 dans l'Aisne, 1 dans l'Oise et 2 dans la Somme (55).

2. Pôle hospitalier

Il s'organise en trois niveaux en France (mais non validés à l'heure actuelle par l'ARS de la région ex-Picardie), permettant de répondre aux besoins des patients en fonction de la sévérité de leurs troubles (56).

Le niveau I ou niveau de proximité concerne tous les centres hospitaliers (CH) possédant une structure d'urgences. Il comporte des consultations hospitalières d'addictologie, en partenariat avec un service d'hospitalisation réalisant des sevrages simples. Ces consultations sont souvent situées dans le système de soins généraux et disposent d'une équipe formée à l'addictologie, ainsi que des Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), intervenant auprès des patients hospitalisés et en soutien des équipes soignantes.

Le niveau II ou niveau de recours est spécifiquement addictologique, réservé aux sevrages complexes (polyconsommations, troubles psychiatriques associés). Il intègre les soins de suite et de réadaptation qui proposent un projet thérapeutique médico-psycho-social.

Le niveau III ou centre référence régional en addictologie assure en plus des prestations de niveau II, la coordination de l'enseignement, de la formation, de la recherche et des réseaux de santé. Le Plan de prise en charge et de prévention des addictions a fixé pour objectif un centre de niveau III par CHU.

Ces différentes structures s'articulent en réseaux de santé, définis par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, 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 procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations* » (57,58).

Selon la circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, les réseaux de santé en addictologie sont inscrits dans une dynamique d'organisation territoriale et de partenariat pluriprofessionnel afin d'assurer une prise en charge globale et adaptée du patient. Ils participent notamment aux actions de formation type RPIB auprès des MG et d'autres professionnels de santé (56).

L'un des objectifs du dernier Plan national de mobilisation contre les addictions est de promouvoir, sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS), le travail en réseau des professionnels et notamment le déploiement de nouvelles microstructures sur le territoire (1). Expérimentées au début des années 2000 en Alsace, les microstructures se définissent par une équipe pluriprofessionnelle, constituée d'un psychologue, d'un travailleur social et d'un médecin généraliste, intervenant au sein même du cabinet médical. Les professionnels de la microstructure travaillent également en partenariat avec l'hôpital et le secteur médicosocial (59). Mi-2017, on comptait une cinquantaine de microstructures en France dont dix dans la Somme (portées par l'association Le Mail) et deux dans l'Oise (portée par l'ANPAA 60) (59).

D. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer la pratique des médecins généralistes en matière de dépistage des troubles de l'usage des SPA.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser les connaissances et l'utilisation des structures de soins en addictologie ainsi que les attentes des MG en matière de formations et d'informations.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Recueil de données

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive et transversale. Le recueil de données s'est fait via un questionnaire anonyme (Annexe 7).

2. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient :

- Exercer dans le territoire correspondant à la région ex-Picardie (Aisne, Oise et Somme).
- Être installé.
- Apparaître sur les Pages Jaunes® électroniques (SoLocal Group) (devant le refus de transmission d'un échantillon représentatif par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Hauts-de-France, en juin 2018).

Au total, 1 845 MG apparaissaient dans les Pages Jaunes® sur les 2 170 MG recensés dans l'atlas de la démographie médicale 2018 (60). Après suppression de la redondance de certains praticiens, la population comportait 1 591 MG.

Les MG à mode d'exercice particulier exclusif (MEP = allergologue, angiologue, acupuncteur, homéopathe...) étaient exclus de la population étudiée.

3. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Le recueil des données s'inscrit dans le cadre éthique, déontologique et réglementaire selon la loi Informatique et Libertés de 1978 modifiée et le règlement européen général sur la protection des données à caractère personnel entré en vigueur en mai 2018 (61). Au vu de la méthode, notre étude n'a pas nécessité de demande d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes ni de déclaration CNIL spécifique.

4. Le questionnaire

Le questionnaire était anonyme, associé à une lettre de présentation (Annexe 7).

4.1. Format

Deux formats de questionnaire étaient disponibles : un format électronique créé via le logiciel gratuit *Google Forms*® et un format papier, via le logiciel *Microsoft Word*® version 2016 (Microsoft Corporation, Redmond, WA), envoyé par voie postale ou par fax (numéro de fax mentionné à la fin du questionnaire pour l'envoi retour).

4.2. Contenu

Le questionnaire (Annexe 7) était composé de 24 questions fermées (en dehors de la dix-neuvième), à choix unique ou multiple, afin de faciliter le remplissage par les médecins et de permettre une meilleure exploitation des données. Pour certaines questions, la possibilité « autre(s) » était proposée dans l'hypothèse où les participants ne trouvaient pas leur réponse dans le listing indiqué.

Sur la version électronique, les réponses étaient obligatoires : il était impossible de poursuivre le questionnaire si une réponse n'était pas renseignée.

Ces questions étaient réparties en trois parties.

La première partie concernait les renseignements administratifs des MG interrogés :

- Sexe.
- Age.
- Année d'installation.
- Modes d'exercice (libéral exclusif ou mixte, seul ou en groupe). Lorsque l'exercice était mixte, le praticien était appelé à préciser son activité.
- Lieu d'exercice.
- Type d'exercice (urbain, semi-rural ou rural).
- Existence d'une formation en addictologie (DU, DESC, capacité) en précisant le type.
- Travail avec un réseau de soins en addictologie.

La seconde partie identifiait la pratique des MG en matière de dépistage des TU de SPA en intégrant les recommandations de la HAS.

La troisième partie visait à évaluer les connaissances des MG en addictologie, leur travail avec les structures de soins et leurs attentes en matière de formations et d'informations en addictologie.

Le temps de lecture et de réponse du questionnaire ne dépassait pas 4 minutes.

4.3. Test du questionnaire

Le questionnaire a été préalablement testé auprès de 4 MG libéraux (3 dans la Somme et 1 dans l'Oise), 2 addictologues de ville et 2 psychiatres en addictologie hospitalière de la Somme, afin d'en évaluer la cohérence, la clarté des questions et d'attester de son intérêt.

4.4. Diffusion

Les MG ont été contactés par téléphone. Lors de l'échange téléphonique, une présentation orale du travail était faite en précisant son thème, le mode de diffusion du questionnaire et le temps de réponse. Après recueil du consentement, le MG choisissait le mode d'envoi (mail, voie postale ou fax). Un message personnalisé accompagnait le questionnaire. Les Maîtres de Stage Universitaires (MSU) de l'Université Picardie Jules Verne d'Amiens au nombre de 181 (78 dans la Somme, 61 dans l'Oise et 42 dans l'Aisne), ont reçu le lien *Google Forms*® du questionnaire par mail via le secrétariat du Département de Médecine Générale (DMG).

Les appels téléphoniques se sont déroulés sur une période de 4 mois. Une relance a été réalisée auprès de tous les MG ayant reçu un questionnaire par mail, à quinze jours du premier envoi, y compris aux MSU via le secrétariat du DMG de l'UPJV d'Amiens.

4.5. Communication des résultats de l'étude aux participants

Une adresse mail a été créée afin d'adresser aux MG le souhaitant les résultats de ce travail tout en préservant leur anonymat.

B. Outils

Les réponses ont été saisies manuellement sur le logiciel Microsoft Excel® version 2016 (Microsoft Corporation, Redmond, WA) et les données ont été analysées à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences version 21.0 (SPSS® Inc., Chicago, IL, USA). Les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon. Les variables continues ont été rapportées avec des moyennes et des écarts types. Les variables qualitatives ont été rapportées avec des fréquences.

Le test du Khi-deux a été utilisé pour la comparaison des prévalences. Pour les variables qualitatives dont les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, nous avons utilisé le test exact de Fisher. Le test t de Student a été utilisé pour comparer les moyennes.

Le risque de survenue d'un événement était évalué par le calcul des odds ratios (OR) avec intervalle de confiance (IC) à 95%. Pour tous les tests, le seuil de significativité était $p < 0,05$.

III. RÉSULTATS

A. Constitution de l'échantillon

La constitution de notre échantillon est résumée par notre diagramme de flux (Figure 3).

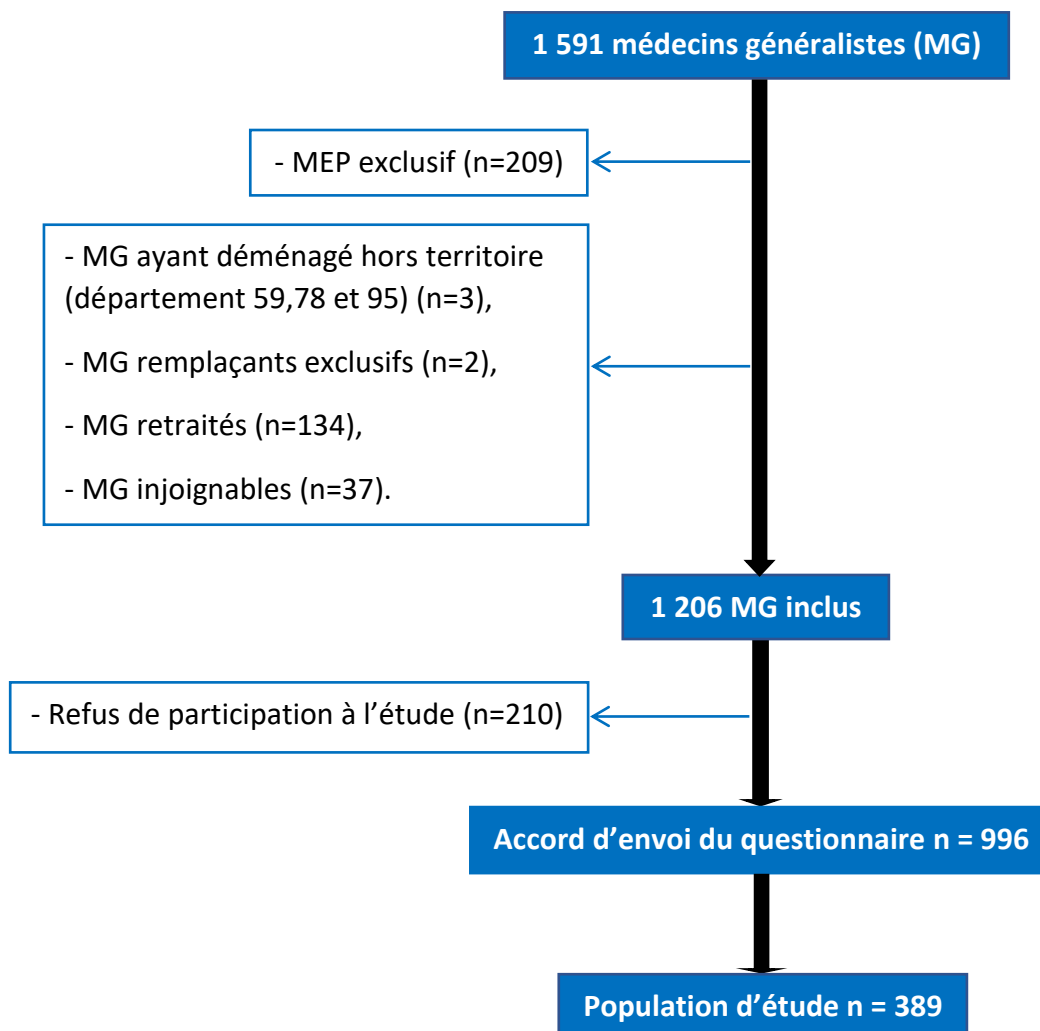


Figure 3 : Diagramme de flux

MG : médecins généralistes ; MEP : mode d'exercice particulier.

B. Taux de participation

Selon le dernier atlas démographique du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2018, 2 170 MG exerçaient en région ex-Picardie dont 504 dans l'Aisne, 813 dans l'Oise et 853 dans la Somme (60).

1 206 MG répondaient aux critères d'inclusion de notre étude, soit 55,6% de la démographie médicale des généralistes de la région ex-Picardie. Parmi eux, 210 ont refusé de participer (principalement par manque de temps ou par désintérêt pour le sujet pour 19 d'entre eux), soit un taux de refus de participation de 17,4%.

996 MG ont accepté l'envoi du questionnaire (548 par mail, 282 par voie postale et 166 par fax) soit un taux d'acceptation de 82,6%.

248 d'entre eux exerçaient dans le département de l'Aisne (soit 49,2% de la démographie médicale départementale (DMD)), 364 dans le département de l'Oise (soit 44,8% de la DMD) et 384 dans le département de la Somme (soit 45% de la DMD).

Au total, 389 réponses ont été enregistrées correspondant à un taux de réponse global de 39,1% dont 61,7% par mail, 28% par voie postale et 10,3% par fax. Le taux de réponses aux mails, aux courriers et aux fax était respectivement de 43,8%, 38,7% et 24,1%.

C. Description

1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

La population était minoritairement féminine (37,3%) (Tableau 1). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la proportion de femmes de notre population et la proportion nationale (38%) (60) ($\chi^2=0,02$; $p=NS$).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

		(n=389)	(%)
Sexe	Homme	244	62,7
	Femme	145	37,3
Age (ans)	[27-39]	99	25,5
	[40-59]	165	42,4
	60 ans et plus	125	32,1

La classe d'âge [40-59] ans était majoritaire (42,4%) (Tableau 1).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la proportion des MG âgés de moins de 40 ans de notre population, et celle nationale (60), respectivement de 25,5% vs 21% (Khi2=0,69 ; p=NS). Il en était de même avec la proportion des MG âgés de 60 ans et plus, respectivement de 32,1% vs 24% (60) (Khi2=1,58 ; p=NS).

La moyenne d'âge était de $51 \pm 11,9$ ans. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre l'âge moyen des MG de notre étude et l'âge moyen des MG en activité régulière au niveau national (50,6 ans) (60) (t-test=0,67 ; p=NS).

L'âge moyen des femmes était de $45,6 \pm 10,5$ ans. L'âge moyen des hommes était de $54,3 \pm 11,5$ ans.

2. Caractéristiques de la population d'étude selon l'exercice

- Modes d'exercice : il était majoritairement libéral exclusif (92,5%) et en groupe (55,3%) (Tableau 2). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la proportion de MG de notre étude exerçant une activité mixte et celle nationale (60), respectivement de 7,5% vs 7% (Khi2=0,07 ; p=NS). Il en était de même avec le mode d'exercice en groupe, respectivement de 55,3% vs 54,3% à l'échelle nationale (60) (Khi2=0,02 ; p=NS).

- Type d'exercice : il était majoritairement semi-rural (37,6%) et minoritairement rural (26,7%) (Tableau 2).

- Lieu d'exercice : les MG installés dans la Somme étaient majoritaires (43,2%), ceux installés dans l'Aisne étaient minoritaires (25,7%) (Tableau 2).

- Nombre d'années d'installation : la majorité des MG était installée depuis plus de 25 ans (40,4%) (Tableau 2).

Tableau 2 : Distribution de la population d'étude selon les caractéristiques de l'exercice

		(n=389)	(%)
Modes d'exercice	Libéral exclusif	360	92,5
	Mixte	29	7,5
	Seul	174	44,7
	En groupe	215	55,3
Type d'exercice	Urbain	139	35,7
	Semi-rural	146	37,6
	Rural	104	26,7
Lieu d'exercice	Aisne	100	25,7
	Oise	121	31,1
	Somme	168	43,2
Nombre d'années d'installation	[0-10]	138	35,5
	[11-25]	94	24,1
	Plus de 25 ans	157	40,4

3. Distribution de la population en fonction de la répartition géographique

Tableau 3 : Distribution de la population d'étude en fonction de la répartition géographique des médecins généralistes

		Aisne		Oise		Somme	
		(n=100)	(%)	(n=121)	(%)	(n=168)	(%)
Sexe	Homme	70	70	74	61,2	100	59,5
	Femme	30	30	47	38,8	68	40,5
Age (ans)	[27-39]	21	21	26	21,5	52	31
	[40-59]	31	31	53	43,8	81	48,2
	60 ans et plus	48	48	42	34,7	35	20,8
Modes d'exercice	Libéral exclusif	95	95	113	93,4	152	90,5
	Mixte	5	5	8	6,6	16	9,5
	Seul	52	52	68	56,2	54	32,1
	En groupe	48	48	53	43,8	114	67,9
Type d'exercice	Urbain	37	37	37	30,6	65	38,7
	Semi-rural	31	31	59	48,7	56	33,3
	Rural	32	32	25	20,7	47	28

- Sexe : il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la proportion de femmes de notre population dans chaque département et les statistiques départementales de 2018 (60) ; [Aisne : 33,6% (Khi2=0,36 ; p=NS), Oise : 43,5 % (Khi2=0,51 ; p=NS), Somme : 44,8% (Khi2=0,32 ; p=NS)].

- Age moyen : l'âge moyen des MG installés dans l'Aisne était de 54,1 ± 11,8 ans. Celui des MG installés dans l'Oise était de 52,5 ± 12 ans. Et celui des MG installés dans la Somme était de 48,1 ± 11,3 ans. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre l'âge des MG de notre population et l'âge des MG au niveau départemental (60) ; [Aisne : 52,5 ans (t-test=0,01 ; p=NS), Oise : 52 ans (t-test=0,31 ; p=NS), Somme : 48,1 (t-test=0,02 ; p=NS)].

- Exercice mixte : 29 MG avaient un exercice mixte : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) (n=10) ; Centre Hospitalier (CH) (n=8) ; Protection Maternelle et Infantile (PMI) (n=4) ; activité universitaire (n=3) ; Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) (n=2) ; médecin sapeur-pompier et coordonnateur d'Hospitalisation à Domicile (HAD) (n=1) et médecin dans une équipe sportive (n=1).

D. Médecine générale et addictologie

1. Formations en addictologie

Seuls 19 des MG de la population d'étude (4,9%) déclaraient être formés en addictologie : 12 avaient obtenu un Diplôme Universitaire (DU) d'addictologie dont 1 par correspondance et 7 n'avaient pas précisé le type de formation.

Seuls 26,5% des MG de la population d'étude (n=103) avaient reçu une formation par les réseaux d'addictologie depuis leur installation.

2. Travail avec les réseaux de soins en addictologie

La majorité des MG de la population d'étude (n=356, 91,5%) travaillait avec un réseau de soins en addictologie.

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre le fait de travailler avec les réseaux de soins en addictologie et d'avoir reçu une formation en addictologie (Khi2=0,26 ; p=NS). On retrouvait une relation statistiquement significative entre le travail avec les réseaux d'addictologie et la formation des MG par ces réseaux (Khi2=6,67 ; p=0,01) (Tableau 4).

Tableau 4 : Travail avec les réseaux de soin en addictologie en fonction de la formation en addictologie et de la formation par les réseaux

	Travail avec les réseaux d'addictologie (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Formation en addictologie	5,1	0,26	NS	1,7	[0,22 – 13,18]
Formation par les réseaux d'addictologie	24,7	6,67	0,01	1,8	[1,2 – 2,8]

NS : non significatif.

Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre le travail avec un réseau de soins en addictologie et le type d'exercice (Khi2=1,34 ; p=NS) (Tableau 5).

Tableau 5 : Travail avec les réseaux de soins en addictologie en fonction du type d'exercice

	Travail avec les réseaux d'addictologie (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Type d'exercice					
Urbain	90,6	1,34	NS	1,7	[0,68 – 4,26]
Semi-rural	90,4				
Rural	94,2				

NS : non significatif.

3. Formation en addictologie en fonction des caractéristiques sociodémographiques et de l'exercice (Tableau 6)

Tableau 6 : Répartition des médecins généralistes formés en addictologie en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leurs exercices

		(n=19)	(%)
Sexe	Homme	9	47,4
	Femme	10	52,6
Age (ans)	[27-39]	0	0
	[40-59]	12	63,2
	60 ans et plus	7	36,8
Nombres d'années d'installation	[0-10]	2	10,5
	[11-25]	5	26,3
	Plus de 25 ans	12	63,2
Modes d'exercice	Libéral exclusif	15	78,9
	Mixte	4	21,1
	Seul	10	52,6
	En groupe	9	47,4
Type d'exercice	Urbain	12	63,1
	Semi-rural	6	31,6
	Rural	1	5,3
Lieu d'exercice	Aisne	5	26,3
	Oise	9	47,4
	Somme	5	26,3

- Age : on retrouvait une relation statistiquement significative entre la formation en addictologie et l'âge des MG. Les MG de la classe d'âge [40-59] ans étaient les plus formés ($p=0,01$) (Tableau 7).

- Nombre d'années d'installation : on retrouvait une relation statistiquement significative entre la formation en addictologie et le nombre d'années d'installation. Les MG installés depuis plus de 25 ans étaient les plus formés ($\text{Khi}^2=4,31$; $p=0,03$) (Tableau 7).

- Modes d'exercice : on retrouvait une relation statistiquement significative entre la formation en addictologie et les modes d'exercice libéral exclusif et mixte. Les MG ayant un exercice mixte étaient plus formés en addictologie ($p=0,04$) (Tableau 7).

- Type d'exercice : on retrouvait une relation statistiquement significative entre la formation en addictologie et le type d'exercice. Les MG installés en milieu urbain étaient plus formés en addictologie ($\text{Khi}^2=6,54$; $p=0,01$) (Tableau 7).

Tableau 7 : Formation en addictologie en fonction des caractéristiques sociodémographiques des MG et de leurs exercices

		Formation en addictologie %	Khi 2	p	OR	[IC 95%]				
Sexe	Homme	3,7	2,01	NS	1,93	[0,76 – 4,87]				
	Femme	6,9								
Age (ans)	[27-39]	0	-----	0,01	-----	-----				
	[40-59]	7,3								
	60 ans et plus	5,6								
Nombre d'années d'installation	[0-10]	1,4	4,31	0,03	2,66	[1,02 – 6,91]				
	[11-25]	5,3								
	Plus de 25 ans	7,6								
Modes d'exercice	Libéral exclusif	4,2	-----	0,04	-----	-----				
	Mixte	13,8								
	Seul	4,2					0,50	NS	0,71	[0,28 – 1,80]
	En groupe	5,7								
Type d'exercice	Urbain	8,6	6,54	0,01	3,28	[1,26 – 8,53]				
	Semi-rural	4,1								
	Rural	1								
Lieu d'exercice	Aisne	5	2,46	NS	2,07	[0,82 – 5,24]				
	Oise	7,4								
	Somme	3								

NS : Non Significatif

4. Dépistage des troubles de l'usage des SPA

Le nombre de patients dépistés mensuellement pour un TU des SPA par les MG était majoritairement entre 0 à 10 patients (Tableau 8).

La majorité des MG (65,3%) réalisait un dépistage systématique chez un nouveau patient (Tableau 8).

Les trois SPA majoritairement dépistées de façon systématique lors de la consultation d'un nouveau patient étaient le tabac (98,4%), l'alcool (83,9%) et les médicaments (58,3%) (Tableau 8, Figure 4). Considérant les 389 réponses, 64,3% des MG dépistaient le tabac, 54,8% l'alcool, 38% les médicaments, 26% le cannabis et 6,4% les autres SPA.

Tableau 8 : Dépistage des troubles de l'usage des SPA par les médecins généralistes

		(n=389)	(%)
Nombre de patients dépistés par mois	[0-10]	310	79,7
	[11-20]	52	13,4
	> 20	27	6,9
Dépistage systématique chez un nouveau patient	-----	254	65,3
SPA dépistée lors de la première consultation	Tabac	250	98,4
	Alcool	213	83,9
	Cannabis	101	39,8
	Médicaments	148	58,3
	Autres SPA	25	9,8

SPA : substances psychoactives.

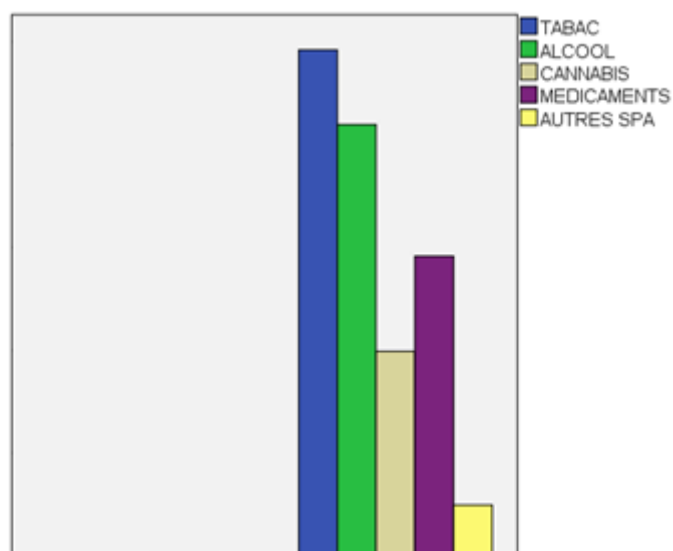


Figure 4 : SPA détectées par les médecins généralistes chez un nouveau patient

SPA : substances psychoactives

5. Dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA chez un nouveau patient en fonction de la formation des MG

Il n'y avait pas de relation significative entre le fait de dépister systématiquement les TU de SPA chez un nouveau patient et le fait d'avoir reçu une formation en addictologie (Tableau 9).

Tableau 9 : Dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA par les médecins généralistes en fonction de leur formation en addictologie

	Dépistage systématique %	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Formation en addictologie	5,1	0,86	NS	1,16	[0,43 – 3,12]

NS : non significatif.

6. Dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA chez un nouveau patient en fonction des caractéristiques sociodémographiques des MG

- Sexe : on retrouvait une relation statistiquement significative entre le dépistage systématique des TU des SPA chez un nouveau patient et le sexe des MG. Les femmes (74,5%) dépistaient plus systématiquement les TU de SPA lors de la consultation d'un nouveau patient (Khi2=8,61 ; $p < 10^{-3}$) (Tableau 10).

- Age : on retrouvait une relation statistiquement significative entre le dépistage systématique des TU des SPA chez un nouveau patient et l'âge des MG. La classe [40-59] ans (37,4%) dépistait plus systématiquement les TU de SPA lors de la consultation d'un nouveau patient (Khi2=15,99 ; $p < 10^{-4}$) (Tableau 10).

- Nombre d'années d'installation : on retrouvait une relation statistiquement significative entre le dépistage systématique des TU des SPA chez un nouveau patient et le nombre d'années d'installation. Les médecins installés depuis [0-10] ans (44,1%) dépistaient plus systématiquement les TU de SPA lors de la consultation d'un nouveau patient (Khi2=23,75 ; $p < 10^{-5}$) (Tableau 10).

Tableau 10 : Dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA en fonction des caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes et de leurs exercices

		Dépistage systématique %	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Sexe	Homme	59,8	8,61	$< 10^{-3}$	1,95	[1,24 – 3,08]
	Femme	74,5				
Age (ans)	[27-39]	31,9	15,99	$< 10^{-4}$	3,03	[1,73 – 5,33]
	[40-59]	37,4				
	60 ans et plus	30,7				
Nombre d'année(s) d'installation	[0-10]	44,1	23,75	$< 10^{-5}$	3,3	[2,01 – 5,42]
	[11-25]	20,1				
	Plus de 25 ans	35,8				
Modes d'exercice	Libéral exclusif	90,9	2,71	NS	0,46	[0,18 – 1,17]
	Mixte	9,1				
	Seul	41,7	2,66	NS	1,41	[0,93 – 2,15]
	En groupe	58,3				
Type d'exercice	Urbain	37,4	0,88	NS	1,23	[0,79 – 1,92]
	Semi-rural	35,8				
	Rural	26,8				
Lieu d'exercice	Aisne	25,2	0,13	NS	0,92	[0,60 – 1,40]
	Oise	32,3				
	Somme	42,5				

NS : non significatif.

7. Outils de dépistage des troubles de l'usage des SPA

La majorité des MG (95,1%) réalisait un entretien informel pour dépister les TU des SPA (Tableau 11).

L'utilisation des questionnaires pour le dépistage des TU des SPA était minoritaire (22,4%). Parmi eux, 4 MG (4,6%) utilisaient des questionnaires inclus dans leur logiciel informatique (Tableau 11).

Le questionnaire le plus utilisé par les MG était le Test de Fagerström (89,7%), suivi du questionnaire FACE (13,8%) (Tableau 11).

Dix-huit MG utilisaient uniquement les questionnaires et un MG réalisait un bilan biologique (sanguin et urinaire) (Tableau 11).

Tableau 11 : Outils de dépistage des troubles de l'usage des SPA utilisés par les médecins généralistes

		(n=389)	(%)
Entretiens informels	-----	370	95,1
Questionnaires	-----	87	22,4
Type de questionnaire	Test de Fagerström	78	89,7
	AUDIT	3	3,4
	AUDIT - Court	2	2,3
	FACE	12	13,8
	DETA	4	4,6
	CAST	6	6,9
	CRAFFT	1	1,1
	Autres questionnaires	4	4,6
Autres outils	-----	1	0,3

8. Freins au dépistage des troubles de l'usage des SPA

Les principaux freins au dépistage des TU des SPA étaient :

- Le caractère chronophage (54%).
- Le manque d'informations des réseaux d'addictologie (32,9%).
- Les obstacles liés aux représentations des addictions (27%) (Tableau 12).

Dix-sept MG (4,4%) ont cité des freins supplémentaires (Tableau 12) :

- « Sujet délicat à aborder / risque de faire fuir le patient » (n=8).
- « Les consultations de plus en plus multi-motifs laissant peu de temps pour la prévention et le dépistage » (n=3).
- « Le manque de réseau de proximité » (n=4).
- « La multiplicité des questionnaires existants » (n=2).

Seuls 17% des MG n'ont relevé aucun frein (Tableau 12).

Tableau 12 : Freins au dépistage des troubles de l'usage des SPA

	(n=389)	(%)
Consultation chronophage	210	54
Manque de connaissances médicales	82	21,1
Manque d'informations des réseaux d'addictologie	128	32,9
Manque d'intérêt pour l'addictologie	64	16,5
Obstacles liés aux représentations des addictions	105	27
Aucun frein	66	17
Autres	17	4,4

SPA : substances psychoactives.

9. Utilisation du RPIB

La majorité des MG de notre population d'étude n'utilisait pas le RPIB (88,9%). Pour 47,1% d'entre eux, le RPIB était inconnu. Le frein principal à l'utilisation du RPIB était son caractère chronophage (30,1%) (Tableau 13).

Six praticiens relevaient d'autres freins (Tableau 13) :

- « Le caractère intrusif du dépistage et la nécessité d'une demande initiale du patient » (n=1).
- « L'absence de politique de lutte contre les addictions avec des recommandations HAS parfois non lisibles » (n=2).
- « La crainte de perdre le sentiment d'empathie » (n=1).
- « L'absence de formation en addictologie du fait de manque de temps » (n=1).
- « Le fait de ne pas y penser » (n=1).

La majorité des MG (95,1%) n'avait pas reçu de formation au RPIB (Tableau 13).

La majorité des MG de l'échantillon (68,9%) déclarait être intéressée par une formation concernant le RPIB (Tableau 13).

Tableau 13 : Utilisation du RPIB par les médecins généralistes

		(n=389)	(%)
Utilisation RPIB	-----	43	11,1
Freins à l'utilisation du RPIB	RPIB inconnu	163	47,1
	Formation indispensable	25	7,2
	Chronophage	104	30,1
	Absence d'utilité	15	4,3
	Pas d'adhésion aux questionnaires	82	23,7
	Autres	6	1,7
Formation RPIB	-----	19	4,9
Intérêt d'une formation RPIB	-----	255	68,9

RPIB : repérage précoce – intervention brève.

On retrouvait une relation statistiquement significative entre la formation au RPIB et le sexe féminin (Khi2=8,28 ; $p < 10^{-2}$) mais pas avec l'âge des MG (Khi2=5,92 ; $p = \text{NS}$) (Tableau 14).

Tableau 14 : Formation au RPIB en fonction du sexe et de l'âge des médecins généralistes

		Formation RPIB	Khi2	p	OR	[IC 95%]
		%				
Sexe	Homme	31,6	8,28	$< 10^{-2}$	3,90	[1,45 – 10,51]
	Femme	68,4				
Age (ans)	[27-39]	47,4	5,92	NS	2,8	[1,1 – 7,1]
	[40-59]	21				
	60 ans et plus	31,6				

RPIB : repérage précoce – intervention brève ; NS : non significatif.

10. Utilisation du questionnaire ASSIST

La majorité des MG de notre population d'étude (97,7%) n'utilisait pas le questionnaire ASSIST et parmi eux, la plupart ne le connaissait pas (64,2%) (Tableau 15).

Les deux freins principaux retrouvés à l'utilisation du questionnaire ASSIST étaient le manque d'informations (18,9%) et son caractère chronophage (16,6%) (Tableau 15).

Trois MG relevaient des freins supplémentaires (Tableau 15) :

- « Le risque de préjudice à la relation empathique ».
- « Son inutilité ».
- « Le manque de temps pour se former ».

Tableau 15 : Utilisation du questionnaire ASSIST par les médecins généralistes

		(n=389)	(%)
ASSIST	-----	9	2,3
Freins à l'utilisation du questionnaire ASSIST	ASSIST inconnu	244	64,2
	Manque d'informations	72	18,9
	Chronophage	63	16,6
	Non généralisable	10	2,6
	Pas d'adhésion aux questionnaires	62	16,3
	Autres	3	0,8

11. Structures d'addictologie sollicitées par les médecins généralistes

Les trois structures d'addictologie majoritairement sollicitées par les MG étaient les CSAPA (47,6%), les services de médecine pour un sevrage (46%) et les centres d'hospitalisation (Cures, post-cures, hébergement mère-nourrisson) (46%) (Tableau 16).

Huit MG ne travaillaient avec aucune structure (Tableau 16).

Tableau 16 : Structures d'addictologie sollicitées par les médecins généralistes

	(n=389)	(%)
CSAPA	185	47,6
Équipes de liaison (ELSA, UMA)	101	26
Centres d'hospitalisation (Cures, post-cures, hébergement mère-nourrisson)	179	46
Sevrage dans un service de Médecine	179	46
Sevrage dans un hôpital psychiatrique	97	24,9
Hôpital de jour d'addictologie	104	26,7
Aucune structure	8	2,1

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie ; UMA : unité mobile d'alcoologie.

Les structures d'orientation devant un TU des SPA ont été classées par substance, figurant dans le tableau 17.

Tableau 17 : Structures d'orientation devant un trouble de l'usage de SPA

		Alcool (%)	Tabac (%)	Cannabis (%)	Opiacés (%)
PEC personnelle	-----	4,6	38,8	7,7	3,1
Microstructure	-----	0,5	0,8	0,3	0,3
PEC ambulatoire	CSAPA	22,1	12,6	42,9	49,9
	Cs hospitalières	-----	15,4	-----	-----
	Addictologues libéraux	3,6	10,3	4,9	3,1
	Pneumologues	-----	3,6	-----	-----
	Gastroentérologues	0,8	-----	-----	-----
	Cs de la Douleur	-----	-----	-----	0,3
	Psychologues libéraux	0,5	1	1	0,3
	Hypnothérapeutes	-----	3,1	-----	-----
	IDE ASALEE	-----	1,3	-----	-----
	CMP	0,8	1,3	1,3	-----
	Centres de prévention	0,3	2,6	0,5	0,3
Équipes de liaison	ELSA	6,9	2,6	6,9	6,4
	UMA	2,3	-----	-----	-----
Hôpital de jour	-----	2,3	1,3	1,5	-----
PEC hospitalière	SÉSAME	12,1	-----	1,8	1,5
	Autres centres de cure	3,9	0,3	0,3	0,3
	CH généraux	34,7	-----	18,8	21,3
	CHS psychiatriques	0,8	-----	3,3	3,6
	Cliniques privées	2,8	0,3	0,5	0,3
Site internet	-----	0,3	-----	-----	-----
Numéro vert	-----	-----	2,8	-----	-----
Non concerné	-----	-----	-----	5,7	6,2
Aucune orientation	-----	0,8	1,5	2,6	0,8

PEC : prise en charge ; CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; Cs : consultation ; IDE : infirmiers diplômés d'état ; ASALEE : action de santé libérale en équipe ; CMP : centre médico-psychologique ; ELSA : équipe de liaison et soins en addictologie ; UMA : unité mobile d'alcoologie ; CH : centre hospitalier ; CHS : centre hospitalier spécialisé.

11.1. Structures d'addictologie sollicitées devant un TU de l'alcool

Devant un TU de l'alcool, les MG travaillaient majoritairement avec les structures hospitalières et principalement les CH généraux (34,7%) (Tableau 17).

Parmi les structures ambulatoires, les CSAPA étaient les plus sollicités (22,1%) (Tableau 17).

Deux MG travaillaient avec un dispositif de microstructures (Tableau 17).

Dix-huit des praticiens assuraient personnellement la prise en charge des patients présentant un TU de l'alcool (Tableau 17).

Trois MG ne précisaient aucune orientation (Tableau 17).

On retrouvait une relation statistiquement significative entre la prise en charge personnelle des TU de l'alcool et la formation en addictologie ($\text{Khi}^2=12,21$; $p < 10^{-2}$) (Tableau 18).

Tableau 18 : Prise en charge personnelle des TU de l'alcool par les médecins généralistes en fonction de la formation en addictologie

	Prise en charge personnelle (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Formation en addictologie	21,1	12,21	$< 10^{-2}$	6,78	[1,99 – 23,09]

11.2. Structures d'addictologie sollicitées devant un TU de tabac

Devant un TU de tabac, la prise en charge personnelle par les MG était majoritaire (38,8%) (Tableau 17).

Lorsque le patient était orienté vers une structure, il s'agissait le plus souvent d'une prise en charge ambulatoire et les MG travaillaient principalement avec des centres de consultations au sein des CH (15,4%) (Tableau 17).

Cinq MG travaillaient avec des infirmiers diplômés d'état (IDE) du dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) et trois avec des microstructures (Tableau 17). Six MG ne précisaient aucune orientation (Tableau 17).

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la prise en charge personnelle du TU de tabac et la formation en addictologie (Khi2=0,61 ; p=NS) (Tableau 19).

Tableau 19 : Prise en charge personnelle des TU du tabac par les médecins généralistes en fonction de la formation en addictologie

	Prise en charge personnelle (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Formation en addictologie	47,4	0,61	NS	1,44	[0,57 – 3,64]

NS : non significatif.

11.3. Structures d'addictologie sollicitées devant un TU du cannabis

Devant un TU du cannabis, la prise en charge était majoritairement ambulatoire (Tableau 17). Les MG travaillaient principalement avec les CSAPA (42,9%) (Tableau 17).

Lorsque l'orientation était hospitalière, les MG adressaient les patients le plus souvent dans les CH généraux (18,8%) (Tableau 17).

Un MG travaillait avec une microstructure (Tableau 17). Vingt-deux MG se disaient non concernés par la problématique liée à l'usage de cannabis et dix MG ne précisait pas d'orientation (Tableau 17).

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la prise en charge personnelle du TU du cannabis et la formation en addictologie (Khi2=1,83 ; p=NS) (Tableau 20).

Tableau 20 : Prise en charge personnelle des TU du cannabis par les médecins généralistes en fonction de la formation en addictologie

	Prise en charge personnelle (%)	Khi 2	p	OR	[IC 95%]
Formation en addictologie	15,8	1,83	NS	2,38	[0,65 – 8,68]

NS : non significatif.

11.4. Structures d'addictologie sollicitées devant un TU aux opiacés

Devant un TU aux opiacés, la prise en charge était majoritairement ambulatoire (Tableau 17). Les MG travaillaient principalement avec les CSAPA (49,9%) (Tableau 17). Lorsque l'orientation était hospitalière, les MG adressaient les patients majoritairement dans les CH généraux (21,3%) (Tableau 17). Un MG travaillait avec une microstructure, 24 MG se disaient non concernés par la problématique liée à l'usage d'opiacés et 3 MG ne précisaient pas d'orientation (Tableau 17).

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la prise en charge personnelle du TU aux opiacés et la formation en addictologie ($\text{Khi}^2=3,7$; $p=\text{NS}$) (Tableau 21).

Tableau 21 : Prise en charge personnelle des TU aux opiacés par les médecins généralistes en fonction de la formation en addictologie

	Prise en charge personnelle (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Formation en addictologie	10,5	3,7	NS	4,23	[0,86 – 20,85]

NS : non significatif.

11.5. Microstructures, IDE ASALEE et dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre le fait de travailler avec les microstructures ($\text{Khi}^2=0,41$; $p=\text{NS}$), le dispositif d'IDE ASALEE ($\text{Khi}^2=2,69$; $p=\text{NS}$) et le dépistage systématique des TU des SPA chez un nouveau patient (Tableau 22).

Tableau 22 : Dépistage systématique des troubles de l'usage des SPA par les médecins généralistes en fonction du travail avec les microstructures et les IDE ASALEE

	Dépistage systématique (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Microstructures	50	0,41	NS	0,52	[0,07 – 3,78]
IDE ASALEE	100	2,69	NS	0,64	[0,60 – 0,69]

NS : non significatif ; IDE : infirmiers diplômés d'état.

12. Attentes en matière de formations en addictologie, d'informations et de travail avec les réseaux de soins en addictologie

La majorité des MG de notre population d'étude affirmait que la formation en addictologie en médecine générale était insuffisante (n=331, 85,1%) et ne se sentait pas correctement informée des actions menées par les structures d'addictologie (n=348, 89,5%) (Tableau 23).

Les deux outils d'informations majoritairement attendus par les MG, étaient un annuaire regroupant l'ensemble des réseaux d'addictologie (76,1%) et une fiche pratique des SPA (60,7%) (Tableau 23).

Vingt MG souhaitaient d'autres outils :

- « Une lettre-retour des consultations spécialisées » (n=10).
- « Un numéro unique pour des conseils rapides » (n=5).
- « Une plateforme territoriale d'appui » (n=2).
- « Une formation en ligne de type MOOC » (=Massive Open Online Course ou cours en ligne ouvert à tous) (n=1).
- « Une application Android® actualisée des différents réseaux addictologiques locaux » (n=2).

Tableau 23 : Attentes des médecins généralistes en matière de formations et d'informations des réseaux de soins en addictologie

		(n=389)	(%)
Information correcte des actions menées par les structures d'addictologie	-----	41	10,5
Formation en addictologie suffisante en médecine générale	-----	58	14,9
Outils d'informations en addictologie nécessaires dans la pratique courante	Annuaire	296	76,1
	Fiches pratiques sur les SPA	236	60,7
	FMC	186	47,8
	Autre(s)	20	5,1
	Aucun	15	3,9

SPA : substances psychoactives ; FMC : formation médicale continue.

Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre une information correcte des actions menées par les structures d'addictologie et le type d'exercice (urbain, semi-rural et rural) ($\text{Khi}^2=0,15$; $p=\text{NS}$) (Tableau 24).

Tableau 24 : Information des médecins généralistes des actions menées par les structures d'addictologie en fonction du type d'exercice

		Information par les structures d'addictologie (%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Type d'exercice	Urbain	36,6	0,15	NS	1,04	[0,53 – 2,04]
	Semi-rural	36,6				
	Rural	26,8				

NS : non significatif.

IV. DISCUSSION

A. Résultats principaux

1. Insuffisance de formation en addictologie

Nos résultats ont montré que seulement 4,9% des MG avaient une formation complémentaire en addictologie et qu'un peu plus d'un quart avaient participé à une formation médicale organisée par les réseaux d'addictologie. Pourtant la majorité d'entre eux (85,1%) trouvait que la formation initiale en addictologie était insuffisante. Cette insuffisance de formation relevée n'est pas une spécificité de notre travail puisqu'elle est retrouvée dans une revue de la littérature effectuée dans le cadre d'un travail de thèse en 2017 par Couturier (62).

Le manque d'intérêt pour l'addictologie ne semblait pas, dans notre étude, être la cause du manque de formation. Premièrement, par les taux d'acceptation de participation et de réponse élevés des MG à notre étude et, deuxièmement, par l'intérêt porté à une formation au RPIB (68,9%) et à une formation médicale continue en addictologie (FMC) (47,8%), identifiée comme outil nécessaire dans la pratique courante.

De plus, une étude française menée par Djengué et al. en 2015 (21), auprès d'internes en dernière année de médecine générale a évalué par questionnaires électroniques les connaissances et les pratiques en addictologie et la formation reçue dans ce domaine. Il apparaissait qu'avec une moyenne nationale de 6 heures consacrées à l'addictologie pendant l'internat, 77,5% des internes inclus dans l'étude n'avaient pas obtenu la moyenne au test d'évaluation. Les résultats étaient améliorés lorsque les facultés accordaient plus de poids à l'addictologie et que les internes avaient reçu une formation complémentaire (6,9% des internes de l'étude).

L'UFR de Bordeaux forme depuis 2003 tous les internes de médecine générale au RPIB (63). A Amiens, les internes de médecine générale ont depuis 2007 une formation succincte au dépistage des conduites addictives. Mais ce n'est que depuis 2017 qu'est mise en place une formation au RPIB (alcool-tabac) ce qui pourrait expliquer la méconnaissance du RPIB ; en particulier chez les jeunes MG de notre étude.

Il apparaît nécessaire de standardiser la formation en addictologie au cours du DES de médecine générale en l'améliorant quantitativement et qualitativement. En effet, il semble exister un décalage entre le rôle attendu des MG dans la prévention et notamment le dépistage des addictions (1,64) et la formation initiale reçue.

C'est pourquoi l'un des objectifs du dernier Plan national de mobilisation contre les addictions prévoit de développer un socle commun de formations et la création d'un service sanitaire pour les étudiants en santé (1,65). Ce dernier a été introduit depuis la rentrée 2018. Il s'agit d'un module de 6 semaines, inclus dans les maquettes de formation de 47 000 étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, masso-kinésithérapie et soins infirmiers, avec pour objectifs l'acquisition de compétences à mener des actions de prévention sur des thèmes prioritaires de santé publique et notamment sur les comportements d'addiction.

La promotion des formations complémentaires comme le Diplôme Universitaire (DU) et la Formation Spécialisée Transversale (FST) pendant l'internat de médecine générale pourrait être également une piste pour l'amélioration des compétences et des prises en charge des patients. De même, une plus grande diffusion de FMC particulièrement sous forme interactive (groupes de travail, de discussion, jeux de rôle...) organisée par les réseaux de soins addictologiques serait pertinente (66).

Selon Beck et al. l'abord des addictions au moins une fois avec chaque patient était plus fréquent lorsque les MG avaient bénéficié d'un grand nombre de jours de FMC (67).

Il serait intéressant de favoriser des formations d'addictologie dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) obligatoire quel que soit le mode d'exercice (68) afin de remédier à l'insuffisance de formation initiale.

Dans notre étude, il apparaissait également que les MG exerçant en milieu urbain étaient plus formés à l'addictologie, pouvant indiquer un accès moins aisé aux formations complémentaires en addictologie pour les MG semi-ruraux et ruraux. Dans une enquête française menée entre 2007 et 2009 auprès de 1 901 MG libéraux de cinq régions françaises et publiée en 2011, l'exercice urbain a été retrouvé comme facteur de propension à la réalisation de FMC (69). Dans ce sens, il apparaît intéressant de mettre en avant le développement de formations par correspondance (e-learning) afin de les rendre plus accessibles. Citons par exemple, la possibilité depuis 2016 de réaliser un DU d'addictologie en e-learning, porté par l'Université Paris-Sud, à l'initiative du Dr Laurent Karila, du Pr Michel Reynaud et du Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie (CUNEA) (70).

Il existe également des tutoriels d'autoformation comme « Addictutos » du réseau d'addictologie AGIR 33-Aquitaine, destinés aux professionnels de santé non spécialisés, afin qu'ils puissent disposer des bases indispensables à l'accompagnement de leurs patients (71). Ces sites d'autoformation devraient être diffusés lors de la formation initiale dédiée à l'addictologie. La promotion de ces formations en e-learning auprès des professionnels de santé apparaît également dans le dernier Plan national de mobilisation contre les addictions (1).

Parmi les MG de notre étude formés en addictologie, ceux de la classe d'âge [40-59] ans et ceux installés depuis plus de 25 ans étaient les plus formés. Les jeunes médecins installés sont une cible à privilégier pour la formation.

2. Tendance à l'amélioration du dépistage des TU des SPA mais efforts à poursuivre

Dans un article publié en 2011 par Beck et al. au sujet du développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France, à partir des données du dernier BSMG, il est rappelé que le seul fait de poser la question de la consommation de SPA en consultation produit des effets préventifs (67).

La systématisation du dépistage des SPA en médecine générale est recommandée par la HAS depuis 2007. Son objectif est la prise en compte des polyconsommations de manière identique à tout autre facteur de risque pouvant entraîner des dommages (72).

Le nombre de patients dépistés mensuellement pour un TU des SPA par les MG était majoritairement entre 0 à 10 patients. Sachant que le nombre moyen de consultations quotidiennes d'un MG est de 22 patients par jour (73) et que les prévalences respectives du tabagisme et de l'usage à risque d'alcool sont de 29% et 8% des adultes de 18 à 75 ans (74), il existe un contraste saisissant entre ces chiffres et le nombre de patients dépistés mensuellement par les MG de notre étude.

Deux tiers des MG réalisaient un dépistage systématique d'au moins un TU de SPA chez tout nouveau patient. Le tabac, l'alcool et les médicaments étaient les substances les plus dépistées.

3. Dépistage systématique des TU des SPA chez un nouveau patient et prise en charge

- Tabac :

Alors même que l'on connaît en France une baisse significative de la prévalence du tabagisme quotidien entre 2016 et 2017 (29,4% vs 26,9%) (75), elle reste cependant plus élevée que dans les pays voisins. L'Allemagne compte environ un quart de fumeurs, tout comme la Belgique, les Pays-Bas et l'Espagne ; la Grande-Bretagne et l'Italie en comptent environ un cinquième. Les États-Unis et l'Australie ont quant à eux un niveau de tabagisme nettement inférieur aux pays d'Europe occidentale, avec environ 15% de fumeurs parmi les adultes en 2014-2015 (76).

La région des Hauts-de-France se distingue par des consommations de tabac supérieures à la moyenne nationale. En 2014, 31% des 15-75 ans de la région étaient fumeurs quotidiens, contre 27,9% sur l'ensemble de la France métropolitaine (77).

Dans les recommandations de 2015 sur le dépistage du tabagisme, la HAS recommandait que toutes les personnes soient questionnées sur leur consommation de tabac de façon systématique (78).

Dans notre étude, parmi les MG réalisant un dépistage systématique d'au moins un TU de SPA, 98,4% dépistaient le tabac. En considérant notre échantillon total, 64,3% des MG dépistaient systématiquement le TU de tabac devant un nouveau patient, ce qui est proche des données du dernier BSMG datant pourtant de 2009 (63,2%) (19).

Ainsi, malgré une baisse nationale de la prévalence du tabagisme en lien avec l'intensification des politiques de lutte anti-tabac depuis plusieurs années (4,79,80), dont la promotion d'évènements comme le mois « sans tabac » lancé depuis octobre 2016 (81) ou encore le remboursement des traitements de substitutions nicotiques (initialement plafonné à 150 euros par an, plafond ayant disparu depuis le 1^{er} janvier 2019) (82), la systématisation du dépistage du tabagisme doit encore être améliorée et notamment renforcée dans notre région.

Concernant la prise en charge du tabagisme, la majorité des MG assurait une prise en charge personnelle (38,8%), ce qui indique une bonne connaissance des dispositifs thérapeutiques, sans relation avec la formation en addictologie. Selon un travail de thèse mené en 2018 par Fasel (83) auprès de 2 506 médecins généralistes français et évaluant l'état des connaissances ainsi que la prise en charge des patients tabagiques, 73,6% d'entre eux déclaraient connaître les recommandations concernant le dépistage et l'aide au sevrage tabagique. 42,7% d'entre eux proposaient l'acupuncture, l'hypnose ou l'homéopathie. Dans notre étude, seuls 3,1% des MG indiquaient faire appel à un hypnothérapeute ce qui est bien inférieur, tout en sachant que l'hypnose n'est pas recommandée par la HAS dans la prise en charge du tabagisme (84).

- Alcool :

Selon l'OMS, la France était l'un des premiers pays au monde consommateur d'alcool avec, sur l'année 2016, plus de 12,5 litres d'alcool pur consommés par personne âgée de quinze ans et plus ; pour une moyenne mondiale de 6,4 litres (85). De tous les pays d'Europe, la France connaît la plus forte surmortalité masculine liée à l'alcool, de 30% supérieure à la moyenne européenne, ce qui témoigne de l'importance des enjeux de santé publique liés à l'usage d'alcool en France (19).

Selon le dernier BSMG, le dépistage du TU de l'alcool au moins une fois chez les patients, était moins systématique que celui du tabac, s'élevant à 23% (19,67). Environ 70% des MG déclaraient ne l'aborder que pour certains patients jugés « à risque » et 40% qu'il s'agissait d'un sujet difficile à aborder (19). Selon une autre étude menée par Castéra et al. en 2007, évaluant la faisabilité du RPIB auprès de MG du Médoc, 41% de mésusage d'alcool étaient méconnus du praticien (86).

Dans notre étude, parmi les MG qui dépistaient systématiquement au moins un TU de SPA devant un nouveau patient, 83,9% des MG dépistaient l'alcool.

Dans notre échantillon total, un peu plus d'un MG sur deux dépistaient un trouble de l'usage de l'alcool de façon systématique chez un nouveau patient. Ces chiffres sont encourageants par rapport à ceux de 2009 (19) mais encore insuffisants. Prenons l'exemple du dépistage du TU de l'alcool, aux Etats-Unis, il est réalisé chez 76,5% des patients en soins primaires (87).

Selon le baromètre santé de 2014 (88), les consommations quotidiennes d'alcool des 15-75 ans ont tendance à diminuer en France et la région des Hauts-de-France s'inscrit dans cette tendance globale (77). En effet, sur le plan national comme régional, 10% des 15-75 ans étaient concernés par un tel usage, contre 15% en 2005 (89). Cette tendance à la baisse pourrait être expliquée notamment par l'augmentation du dépistage du TU de l'alcool en France comme dans notre région.

En 2017, un groupe d'experts mandatés par Santé publique France et l'Institut National du Cancer (INCa) a émis un avis présentant un nouveau repère de consommation d'alcool visant à en limiter les risques pour la santé : 10 verres par semaine, 2 verres par jour et pas tous les jours. En considérant ce nouveau repère de consommation, 23,6% des personnes de 18-75 ans le dépassaient en 2017 (90,91).

En médecine de ville, alors que la majorité des patients trouve légitime que le MG aborde la question de l'alcool en consultation (92), il paraît primordial de systématiser le repérage de cette problématique.

- Médicaments :

Dans notre étude, les médicaments arrivaient en troisième position des SPA dépistées systématiquement lors de la consultation d'un nouveau patient (58,3%). Dans notre échantillon total, 38% des MG dépistaient systématiquement le TU de médicaments psychotropes et à effets psychotropes, ce qui paraît insuffisant compte tenu du fait que notre pays en est l'un des plus gros consommateurs en Europe (93,94).

Selon les données du baromètre santé 2010, parmi les 15-75 ans, alors que la prévalence de l'usage au cours de la vie de médicaments psychotropes était stable entre 2005 (35,2%) et 2010 (34,9%), la prévalence de l'usage dans l'année apparaissait en hausse, passant de 14,5% à 17,6% (95). De plus, on estime qu'un patient sur deux suivi en soins généraux pour trouble psychiatrique pourrait être dépendant aux benzodiazépines (96).

Enfin, selon l'enquête DRAMES de 2016 menée par le Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance/addictovigilance (CEIP) qui recueillent les cas de décès liés à l'usage abusif de SPA, 58 décès directement liés à la consommation d'opioïdes licites ont été enregistrés en France (hors traitement de substitution aux opiacés). Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2015 (n=32) (97).

L'ensemble de ces chiffres appelle à une vigilance dans le repérage du mésusage de médicaments psychotropes et à effets psychotropes, et ce d'autant plus au regard de l'épidémie d'overdoses aux Etats-Unis (70 000 décès en 2017). Cette dernière apparaît comme un « fléau né sur ordonnance », comme l'indique le journaliste Robin M. dans le magazine Le Monde Diplomatique de février-mars 2019, dédié aux drogues (98). Il serait intéressant à l'avenir de faire apparaître cette notion dans le baromètre santé médecins généralistes.

- Cannabis :

Selon les données du dernier BSMG, le dépistage de l'usage du cannabis au moins une fois chez les patients s'élevait seulement à 7,8% (19). Il était particulièrement lié à la propension du médecin à aborder la question du cannabis de sa propre initiative, sans attendre une éventuelle demande du patient. De plus, 12,7% des MG déclaraient ne pas se sentir concernés par les problèmes liés à la consommation de cannabis (19).

Dans notre étude, parmi les MG dépistant systématiquement au moins un TU de SPA, 39,8% dépistaient le cannabis. En considérant notre échantillon total, 26% des MG dépistaient un TU du cannabis de façon systématique chez un nouveau patient. Ces chiffres étaient supérieurs à ceux retrouvés dans d'autres enquêtes.

En effet, Gillot-Ripert a mené en 2009 une étude dans le cadre de sa thèse auprès de 239 MG de la Marne. Il retrouvait que seuls 10% des MG interrogés effectuaient un dépistage systématique de l'usage de cannabis chez leurs jeunes patients âgés de 15 à 25 ans, évoquant principalement un manque de formation (99). Dans un autre travail de thèse portant sur le dépistage de la consommation de cannabis chez les 15 à 25 ans, mené par Millet en 2015, auprès de MG ayant participé à une soirée de formation en région Picardie, seuls 6% des MG

réalisaient un dépistage systématique (35). Pour 77% d'entre eux, l'usage de cannabis était recherché dans un contexte particulier et/ou devant des symptômes pouvant être en rapport avec une consommation. Ainsi, il serait important de systématiser le dépistage, possiblement réalisable à l'aide du RPIB pour le cannabis, dont l'intérêt a été retrouvé dans la littérature médicale (19,67,100,101).

- Autres substances psychoactives :

Dans notre pays, en vingt ans, la part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre (de 1,2% en 1995 à 2,6% en 2005, 3,8% en 2010 et 5,6% en 2014). La proportion d'usagers d'ecstasy a augmenté de manière significative entre 2010 et 2014 (de 0,3% à 0,9%). La consommation des autres drogues illicites reste marginale au sein des 18-64 ans avec notamment l'usage de l'héroïne qui s'élevait à 0,2% en 2014, stable par rapport à 2010 (88).

Dans notre étude, le dépistage des autres SPA illicites (hors cannabis) arrivait en dernière position de l'ensemble des SPA (9,8% parmi les MG réalisant un dépistage systématique devant un nouveau patient et 6,4% en population générale d'étude). Ceci pourrait s'expliquer du fait d'une prévalence plus faible de ces substances. Cependant, au regard des chiffres de l'enquête ESCAPAD de 2017 (14), 6,8% des adolescents métropolitains déclaraient avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie une substance illicite autre que le cannabis.

4. Déterminants associés au dépistage systématique des TU des SPA

4.1 Le sexe féminin

Dans notre étude, les femmes MG dépistaient plus systématiquement les TU des SPA chez un nouveau patient. Elles étaient également plus formées au RPIB. On pourrait penser que cette formation est à l'origine du meilleur taux de dépistage chez les femmes de notre population. Ceci est en cohérence avec les résultats d'un certain nombre de travaux (19,67,102,103). Il apparaît que les femmes MG sont plus impliquées dans le domaine de la prévention et dans la relation avec les patients. Elles font plus volontiers de l'éducation thérapeutique et sont plus souvent à l'origine d'un travail en réseau. Leurs consultations sont également plus longues (104–106) et ainsi plus favorables à l'abord de problèmes psychosociaux (107).

4.2 La classe d'âge [40-59] ans et l'installation récente

Dans notre étude, il existait une relation statistiquement significative entre la pratique d'un dépistage systématique des TU des SPA et la classe d'âge du médecin ([40-59] ans) mais aussi avec la récence de l'installation ([0-10] ans). Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins s'installent à un âge plus avancé. L'âge moyen d'installation en France était de 32 ans en 2018 (60).

Selon le dernier BSMG, il était retrouvé que les MG de plus de 50 ans pratiquaient plus souvent le repérage systématique des consommations de cannabis (19). Selon une étude qualitative de Ketterer et al. menée en 2014 auprès de MG belges, l'expérience de ces derniers était un facteur déterminant du dépistage des addictions (108).

Il serait intéressant d'évaluer l'impact de la durée d'installation dans le dépistage des TU des SPA et, plus largement, dans le domaine de la prévention par les MG.

Notons que l'exercice de groupe, identifié comme facteur de propension au dépistage de TU des SPA dans le dernier BSMG (19), n'apparaissait pas significatif dans notre étude.

5. Des questionnaires peu utilisés par les médecins généralistes

L'expérience anglo-saxonne en matière d'addictologie montre que les tests courts peuvent être de bons outils pour le dépistage et que les questions directes sont souvent plus efficaces que les questionnements plus complexes (109,110).

Dans notre étude, le dépistage des TU des SPA était majoritairement réalisé par entretien informel (95,1%) alors même que moins d'un quart des MG déclarait ne pas adhérer au système de questionnaires.

Selon le dernier BSMG, 60% des MG déclaraient utiliser au cours de leurs consultations des questionnaires pré-établis d'aide au repérage des facteurs de risque ou au dépistage d'une pathologie ; dont plus d'un tiers occasionnellement (19). L'utilisation fréquente de ces questionnaires était en hausse entre 2003 et 2009, passant de 5,3% à 14,1%. Plus d'un tiers des MG (34,0%) déclaraient utiliser en consultation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation de tabac (19).

Dans notre étude, la prévalence d'utilisation de questionnaires standardisés pour le dépistage des TU des SPA était inférieure (22,4%) avec une grande variabilité en fonction du questionnaire. Le test de Fagerström, permettant d'évaluer la dépendance au tabac (111,112), était le questionnaire le plus utilisé (89,7%), alors même que sa qualité psychométrique est décrite comme mauvaise par le CUNEA. Ce dernier précise d'ailleurs que les

recommandations américaines ne font pas référence à ce test et qu'il n'y a pas d'algorithme de décision fondé sur ce questionnaire qui soit validé pour le traitement de la dépendance (113).

Concernant le questionnaire ASSIST multiproduits conçu par l'OMS (46), une minorité des MG l'utilisait. Une majorité ne le connaissait pas et, lorsqu'il était connu, l'un des principaux freins relevés à son utilisation, était son caractère chronophage. L'OMS décrit ce questionnaire comme bref avec une durée de 4 à 15 minutes alors que la durée moyenne de consultation de médecine générale en France est de 17 minutes (73). Ce frein retrouvé dans notre étude apparaît donc légitime. Cependant, la formation pourrait faciliter la maîtrise du questionnaire ASSIST optimisant ainsi son utilisation en consultation. La promotion et l'apprentissage de ce questionnaire dans la formation initiale en addictologie seraient pertinents car il est un outil global de dépistage (114).

Il est intéressant de s'interroger également sur les causes de telles différences d'utilisation entre les questionnaires. La large utilisation du test de Fagerström par les MG pour le dépistage par questionnaire peut s'expliquer à sa grande diffusion, du fait de la transdisciplinarité de la problématique du tabagisme au cours des études de médecine. En effet, le tabagisme est abordé dans quasiment l'ensemble des spécialités étudiées (cardiologie, pneumologie, ORL, urologie, oncologie, gynécologie-obstétrique). De plus, l'impact des politiques contre le tabagisme entraîne une plus grande systématisation du dépistage de cette SPA.

Par ailleurs, Beck et al. (67) expliquaient que le test de Fagerström était probablement plus utilisé par les MG car, à la différence des autres questionnaires, il fournissait un diagnostic clinique du patient fumeur et déterminait ainsi la stratégie thérapeutique à adopter. Cependant, c'est également le cas pour le questionnaire ASSIST qui permet de stadifier l'intervention (aucune, intervention brève ou traitement plus intensif) en fonction du score retrouvé. Malgré tout, ce dernier reste peu utilisé.

6. Freins au dépistage des TU des SPA

Dans notre étude, le caractère chronophage des consultations, le manque d'information sur les réseaux et les obstacles liés aux représentations des pathologies addictives étaient les principaux freins recensés par les MG, de façon similaire à de nombreux travaux (32,66).

Depuis 2016, l'intervention brève pour l'alcool et le tabac apparaissent dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) (115). Ce dispositif s'est avéré efficace notamment en Angleterre (116,117). L'évaluation de l'impact de cette ROSP dans le dépistage semblerait intéressante à l'avenir.

Les freins liés aux représentations des pathologies addictives retrouvés chez un peu plus d'un quart de notre population d'étude ne sont pas spécifiques. Ils sont notamment retrouvés dans un travail de thèse qualitatif mené par Guyot en 2018, interrogeant des MG d'Auvergne-Rhône-Alpes sur leurs représentations des patients alcoolodépendants (32).

L'un des objectifs du dernier Plan national de mobilisation contre les addictions est de changer le regard sur les consommations en adoptant un discours public, clair, objectif et partagé sur les risques et les dommages liés aux consommations. Il prévoit de mobiliser tous les départements ministériels et de promouvoir ce discours au niveau européen en le relayant auprès de l'ensemble des professionnels de santé (1).

Il serait intéressant d'évaluer à l'avenir l'impact de ces mesures sur les représentations des pathologies addictives.

7. RPIB peu utilisé

Le dernier Plan national de mobilisation contre les addictions rappelait que le RPIB n'était pas déployé à ce jour à la hauteur des enjeux (1). Alors que le ministère chargé de la santé et la HAS le promeuvent (44), seuls 11% des MG de notre étude l'utilisaient, ce qui peut interroger sur la lisibilité des recommandations HAS. C'est d'ailleurs ce qu'ont rapporté deux MG de notre étude. De plus, un peu moins de la moitié des MG (47,1%) ne connaissait pas le RPIB ; ils étaient 65% dans une étude pilote d'évaluation du RPIB en Lorraine en 2017 (118).

Le frein principal de la non-utilisation du RPIB dans notre population d'étude était son caractère chronophage (30,1%), ce qui est retrouvé dans la littérature médicale (22,24,119) et peut sûrement être expliqué pour les mêmes raisons que celles évoquées pour le dépistage systématique.

Pour pallier ce frein, on pourrait utiliser des outils d'auto-évaluation des consommations de SPA, distribués en amont des consultations, comme indiqué dans les objectifs du dernier Plan national de mobilisation contre les addictions (1). De plus, même s'il apparaît dans le dernier BSMG que 95,7% des MG déclaraient que la prévention devait être prioritairement faite par eux-mêmes (19), le développement de dispositifs comme les IDE ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) (120) pourrait permettre de décharger le MG de l'intervention brève (121). Néanmoins, ce dispositif n'avait été cité que par une minorité des MG de notre étude pour la prise en charge du tabac.

Une minorité des MG de notre étude était formée au RPIB (4,9%). Selon une étude américaine de Marshall et al., menée en 2012 auprès d'internes en médecine générale ayant reçu une formation au RPIB, cette dernière améliorait significativement les pratiques de repérage des TU de SPA chez leurs patients (122). Dans notre population, les femmes étaient plus formées au RPIB et dépistaient plus les TU des SPA chez un nouveau patient.

Il apparaît pertinent de systématiser la formation à l'utilisation de cet outil, tant auprès des internes de MG que des MG installés voire d'autres professionnels de santé. C'est notamment le cas en Gironde où le réseau AGIR 33 - Aquitaine organise des formations au RPIB auprès d'auxiliaires de vie dans le cadre d'un RPIB sénior (123).

8. Travail avec les structures d'addictologie mais liens avec les réseaux à améliorer

Selon une étude menée par Conti dans le cadre de son mémoire de DU d'addictologie en 2016 auprès d'internes de MG d'Amiens, seuls 12,5% d'entre eux déclaraient avoir eu des informations sur les structures de soins d'addictologies existantes (124).

Concernant notre étude, la majorité des MG (91,5%) travaillait avec un réseau de soins en addictologie, ce qui pourrait suggérer une meilleure connaissance des structures spécialisées. Prenons l'exemple des CSAPA, ils étaient sollicités quand cela était nécessaire par 49,9% des MG devant un TU aux opiacés.

Même si la plupart des MG travaillait avec ces structures, une majorité d'entre eux ne se sentait pas correctement informée des actions menées par celles-ci (89,5%). Lorsque les MG avaient reçu une formation par les réseaux d'addictologie, ils travaillaient plus avec ceux-ci. Ce résultat n'était pas spécifique à notre étude puisqu'un travail de thèse, mené par Sabatier en 2015 auprès de MG du Languedoc-Roussillon et étudiant l'impact d'une formation au RPIB par l'ANPAA 34 sur leurs perceptions et attitudes en matière de TU des SPA, montrait que le nombre de patients adressés vers les CSAPA avait doublé après la formation (125).

Dans notre étude, le type d'exercice (urbain, semi-rural et rural) n'influait pas sur le travail avec les structures d'addictologie. Ceci est très encourageant car cela semblerait signifier que l'accès aux structures addictologiques est possible dans notre région ex-Picardie, quel que soit le type d'exercice. Il a été également retrouvé qu'une minorité de MG orientait leurs patients vers des microstructures.

Une première évaluation en 2004 avait montré que le suivi en microstructures donnait de meilleurs résultats que ceux obtenus avec une offre de soins conventionnels en termes de consommation de drogues illicites, de relations sociales, d'état psychiatrique et de capacité du

patient à trouver un emploi (126). Selon l'étude DEQUASUD (DEmarche QUALité et Accompagnement des Soins aux Usagers de Drogues), menée par le Réseau d'Evaluation en Economie de la Santé (REES) en 2008, évaluant le rapport coût-utilité du dispositif de microstructures en Alsace, la prise en charge psycho-socio-sanitaire proposée par les microstructures alsaciennes était supérieure à celle des cabinets conventionnels (127).

Une recherche action sur les conditions de transférabilité des expériences du Grand Est à d'autres régions est en cours et le référentiel qui sera produit dans ce cadre devrait permettre de faciliter la création de microstructures dans d'autres territoires, en fonction des besoins identifiés par les ARS (1).

Les données du dernier BSMG indiquent que le repérage systématique, comme l'utilisation d'outils standardisés, sont très liés à l'appartenance du médecin à un réseau d'addictologie. Or, selon ces mêmes données, seuls 5% des MG participent à un réseau d'addictologie (19). Le développement des microstructures sur le territoire pourrait favoriser la participation des MG aux réseaux addictologiques et renforcer le repérage systématique. Il serait intéressant dans l'avenir de connaître l'impact du dépistage des TU des SPA avec le développement généralisé de ce dispositif. Il paraîtrait alors pertinent de l'évaluer au cours d'un prochain baromètre santé médecins généralistes.

9. Attentes des médecins généralistes

Comme retrouvé dans un travail de thèse mené en 2015 par El Fahsi où 63% des MG participants souhaitaient un annuaire des différentes structures d'addictologie (20), les trois quarts des MG de notre étude souhaitaient avoir cet outil. Il existe déjà des annuaires des structures addictologiques disponibles en ligne, mais ceux-ci sont incomplets et non actualisés (128–130). La multiplicité des sites existants apparaît possiblement en cause dans l'illisibilité de ces derniers. Il serait intéressant de donner une référence d'annuaire, mis à jour régulièrement, auprès des MG de la région ex-Picardie.

Une fiche pratique sur les SPA et une FMC d'addictologie étaient également attendues par une majorité des MG, mettant en évidence leur intérêt pour la question des addictions et leur souhait de compléter leur formation. Ces dispositifs sont à développer.

Enfin, le développement de plateformes territoriales d'appui (PTA), créées en 2016 par la loi de modernisation du système de santé, paraît être intéressant comme dispositif de soutien aux médecins généralistes face à des parcours de santé complexes. La PTA a pour mission d'informer et d'orienter les professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire et d'aider notamment à l'organisation des parcours de soins (131).

B. Forces et limites de l'étude

1. Forces

Notre taux de réponses de 39,1% était important, en comparaison à ceux d'autres études épidémiologiques descriptives portant sur la population des MG de la région ex-Picardie, allant de 16% à 29% (132,133). Ceci était peut-être lié au mode de recrutement utilisé, aux multiples modalités d'envoi du questionnaire proposées aux médecins et à sa rapidité de remplissage.

A la différence d'autres travaux de thèse, notre étude portait sur le dépistage des TU de l'ensemble des SPA par les médecins généralistes. Nos résultats apportaient des données actualisées en matière de dépistage des SPA en soins premiers dans la région ex-Picardie.

2. Limites

2.1 Critères d'inclusion

Notre étude s'intéressait aux MG installés dans un secteur géographique restreint (région ex-Picardie), nécessaire pour évaluer le travail en réseau de proximité en addictologie. Cependant notre échantillon était comparable aux statistiques nationales en matière de genre, d'âge et de modes d'exercice.

2.2 Biais

- De recrutement : tous les MG installés dans la région ex-Picardie (60) n'étaient pas inscrits sur les Pages Jaunes® électroniques (n>300). Ce biais n'a donc pas pu être évité. La présence d'un secrétariat téléphonique était parfois un obstacle au contact direct des MG ce qui limitait l'accord préalable à l'envoi du questionnaire. Une relance a été faite pour les questionnaires électroniques mais pas pour les formats papier et fax ce qui a pu impacter le taux de réponse.

- De réponse et d'évaluation : les réponses étaient déclaratives, propre à une étude épidémiologique descriptive quantitative ce qui a pu sur- ou sous-estimer les taux de dépistage.

- De volontariat : pour tout questionnaire, les participants devaient effectuer une démarche volontaire et la proportion de réponses dépendait de l'intérêt et de la sensibilité que le praticien apportait à cette étude. De plus, le caractère obligatoire des réponses sur le format électronique a pu décourager des MG et ainsi diminuer le taux de réponse. Cependant, la durée du questionnaire était brève.

- De désirabilité sociale : devant les questionnements sur la pratique du dépistage systématique ou encore du RPIB, indiqué comme recommandé par la HAS, certains MG ont pu orienter leurs réponses pour être en accord avec les recommandations.

2.3 Limites liées au questionnaire

La question 1 demandait de préciser le nombre de patients dépistés par mois dans le cadre d'un TU de SPA. Il n'y avait pas possibilité de répondre « aucun patient » puisque le choix de réponse incluait 0. Nos résultats retrouvaient que la plupart des MG de notre population dépistait entre [0-10] patients par mois. Un affinage de nos classes de réponses en isolant la possibilité de la réponse « 0 » aurait pu être intéressant.

V. CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les pratiques de dépistage des TU des SPA par les MG de la région ex-Picardie. Ce dépistage semblait en progression, ce qui était encourageant mais paraissait néanmoins encore insuffisant.

Des améliorations restent possibles :

- en systématisant le dépistage des TU des SPA chez tout nouveau patient, et en pratiquant un repérage annuel comme le recommande la SFA (134) ;
- en réalisant ce repérage auprès des adolescents lors des consultations dédiées aux [11-13 ans] et [15-16 ans] qui viennent, depuis mars 2019, d'être ajoutées au calendrier du suivi médical par l'Assurance Maladie (135) ;
- en uniformisant la formation initiale des internes de médecine générale et en développant les formations interactives auprès des MG pour qu'ils maîtrisent mieux l'outil RPIB et/ou le questionnaire ASSIST afin d'optimiser leurs utilisations en consultation ;
- en développant, comme le stipule le dernier Plan national de mobilisation contre les addictions (1), l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente, d'outils numériques à distance et d'offres d'accompagnement collectif comme Alcochoix + (136) afin d'optimiser les temps de consultations.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les connaissances et l'utilisation des structures de soins en addictologie par les MG. Notre étude a montré que, si la majorité des MG travaillait avec des structures hospitalières et des CSAPA, leurs actions restaient insuffisamment connues. Néanmoins, le développement dans notre région de microstructures centrées sur le MG devrait permettre d'améliorer les connaissances des réseaux et de renforcer les liens entre le MG et ces derniers, tout en offrant un accès simplifié au patient.

De plus, la filière addictologique du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Somme Littoral Sud, créée en 2016 avec pour objectif la promotion d'une offre de soins de qualité, devrait améliorer la lisibilité des réseaux auprès des patients mais aussi des professionnels de santé (137).

Enfin, afin d'améliorer les connaissances de ces réseaux, le passage en stage des internes de médecine générale dans des structures d'addictologie hospitalière ou médico-sociales pourrait être proposé à l'UFR d'Amiens. Cela a, par exemple, été mis en place à l'UFR de Bordeaux en rendant obligatoire un stage de quelques jours au sein d'un CSAPA.

Ces pistes d'amélioration mériteraient d'être analysées lors de prochains travaux qui pourraient porter sur :

- l'évaluation du retentissement de la formation initiale au RPIB des internes de médecine générale voire l'analyse de l'impact des FMC sur le dépistage des TU des SPA ;
- l'évaluation de l'apport des microstructures en matière de dépistage des TU des SPA et de communication avec les réseaux de soins en addictologie.

BIBLIOGRAPHIE

Éditée par Zotero® Standalone (version 5.0.65)

1. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [Internet]. 2019 janv [cité 10 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildec/a/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Problème mondial de la drogue sous l'angle de la santé publique - Rapport du secrétariat [Internet]. 2016 janv [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_11-fr.pdf
3. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Synthèse thématique : vue d'ensemble / toutes drogues [Internet]. 2018 [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/>
4. Ministère des solidarités et de la santé. Plan cancer 2014-2019. Objectif 10 - Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 - Rapport annuel [Internet]. 2017 [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_pnr_2017.pdf
5. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Synthèse thématique : tabac et cigarette électronique [Internet]. 2018 [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/#pres>
6. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019 févr;(5-6):97-108.
7. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Synthèse thématique : alcool [Internet]. 2018 [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
8. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues [Internet]. 2018 juin [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001FRN_PDF.pdf
9. Beck F, Spilka S, Nguyen-Thanh V, Gautier A, Le Nézet O, Richard J. Cannabis : usages actuels en population adulte. Tendances. 2017 juin;(119):1-4.
10. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Expertise collective [Internet]. 2014 [cité 21 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/index.php/information-en-sante/expertises-collectives/conduites-addictives-chez-adolescents>
11. Pfefferbaum A, Kwon D, Brumback T, Thompson WK, Cummins K, Tapert SF, et al. Altered Brain Developmental Trajectories in Adolescents After Initiating Drinking. Am J Psychiatry. 2018 01;175(4):370-80.
12. Melchior M, Bolze C, Fombonne E, Surkan PJ, Pryor L, Jauffret-Roustide M. Early cannabis initiation and educational attainment: is the association causal? Data from the French TEMPO study. Int J Epidemiol. 2017 01;46(5):1641-50.

13. World Health Organization. Public health dimension of the world drug problem including in the context of the Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem, to be held in 2016 Report by the Secretariat [Internet]. 2016 janv [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_11-en.pdf?ua=1
14. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, OFDT. Les drogues à 17 ans : analyse régionale Enquête ESCAPAD 2017 [Internet]. sept 2018 [cité 21 déc 2018]; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssy9.pdf>
15. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), Bureau des expertises collectives. Alcool: dommages sociaux, abus et dépendance : [synthèse et recommandations]. Paris: Inserm; 2003.
16. Reynaud M, Karila L, Aubin H, Benyamina A. Traité d'Addictologie 2e édition. In Lavoisier MSP; 2016. 944 p.
17. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
18. Diaz Gomez C, Milhet M. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. [Internet]. 2005 avr [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2005/strategies-de-promotion-du-reperage-precoce-et-de-lintervention-breve-en-matiere-d-alcool-aupres-des-medecins-generalistes/>
19. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011. 266 p.
20. El Fahsi D. Connaissance du dispositif de soins d'addictologie auprès des médecins généralistes dans le versant Nord-Est de Lille [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Lille]: Faculté Henri Warembourg; 2015.
21. Djengué A, Pham A-D, Kowalski V, Burri C. L'alcoologie et les futurs médecins généralistes français. Psychotropes. 2017 avr 20;Vol. 23(1):89-109.
22. Rehm J, Anderson P, Manthey J, Shield KD, Struzzo P, Wojnar M, et al. Alcohol Use Disorders in Primary Health Care: What Do We Know and Where Do We Go? Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. 2016 juill;51(4):422-7.
23. Babor TF, Del Boca F, Bray JW. Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice. Addict Abingdon Engl. 2017;112(Suppl)2:110-7.
24. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. Alcohol Alcohol Oxf Oxfs. 2014 févr;49(1):66-78.
25. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. J Gen Intern Med. 1997 mai;12(5):274-83.
26. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. Addict Abingdon Engl. 2002 mars;97(3):279-92.

27. Babor T-F, Grant M. Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II: a randomised clinical trial of brief interventions in the primary health care setting. World Health Organization; 1992.
28. Michaud P, Gache P, Batel P, Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. Rev Prat - Médecine Générale. 2003 mars;17(604):281-9.
29. Angus C, Latimer N, Preston L, Li J, Purshouse R. What are the Implications for Policy Makers? A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Screening and Brief Interventions for Alcohol Misuse in Primary Care. Front Psychiatry. 2014;5:114.
30. Angus C, Thomas C, Anderson P, Meier PS, Brennan A. Estimating the cost-effectiveness of brief interventions for heavy drinking in primary health care across Europe. Eur J Public Health. 2017 01;27(2):345-51.
31. Carrus-Deneef L. Prévention et dépistage du risque alcool chez l'adolescent. Enquête menée auprès des médecins généralistes haut normands [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Rouen]: UFR de Médecine de Rouen; 2016.
32. Guyot P. La représentation des patients alcoolodépendants chez les médecins généralistes. [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Lyon-Est]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2018.
33. Spithoff S, Kahan M. Prise en charge en soins primaires des troubles liés à l'usage d'alcool et de la consommation à risque Partie 1 : dépistage et évaluation. Can Fam Physician. 2015 juin;61(6):259-65.
34. Collard J. Enquête sur le ressenti et les attentes des médecins généralistes du Conseil Local de Santé Mentale Franco Basaglia (CLSM) dans la prise en charge des patients en souffrance avec l'alcool. [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Dijon]: UFR des Sciences de Santé de Dijon; 2017.
35. Millet E. Evaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage de la consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans. [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Amiens]: Université Picardie Jules Verne; 2015.
36. Roche S. Freins et attentes des adolescents sur le repérage et la prise en charge de leurs consommations de substances psychoactives par leur médecin généraliste [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018.
37. Organisation Mondiale de la Santé. Substances psychoactives [Internet]. [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/
38. Fédération Addiction, Santé publique France, OFDT, Respadd, Ippsa, Certa, et al. Les niveaux d'usage de substances psychoactives [Internet]. intervenir-addictions.fr - Le portail des acteurs de santé. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/les-niveaux-dusage-substances-psychoactives/>
39. Reynaud M, Parquet P, Lagrue G. Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives: rapport au directeur général de la santé. Paris: Jacob; 2000. 273 p.

40. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-4 (4th ed.). Washington, DC: Author.
41. Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies, 10e éd. Masson. Paris; 1993.
42. Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire DGS/SD6B n° 2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie [Internet]. 2006 oct. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-11/a0110034.htm>
43. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève - alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. 2014 déc [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf
44. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Rapport d'élaboration [Internet]. 2014 nov [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf
45. Gallois P, Vallée J, Le Noc Y. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. Médecine. 1 sept 2006;2(7):302-6.
46. Organisation Mondiale de la Santé. Questionnaire ASSIST V3.0, français [Internet]. 2007 [cité 8 août 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf
47. World Health Organization. The alcohol, smoking and substance involent screening test (ASSIST) : guidelines for use in primary care [Internet]. 2003 sept [cité 8 août 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf
48. Journal officiel de la République française. LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [Internet]. 2002 janv [cité 8 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>
49. Journal officiel de la République française. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/5/14/SANP0721630D/jo>
50. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 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 [Internet]. 2008 févr [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf
51. Obradovic I, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». Tendances. mai 2015;(101):8p.
52. Mission Interministérielle de Lutte contre les drogues et les conduites addictives. Prévenir et accompagner : les consultations jeunes consommateurs [Internet]. 2015 déc [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/dossier-cjc_vdef.pdf
53. Agence Régionale de Santé Picardie. Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie - Liste des centres en Picardie. 2015.

54. Fédération Addiction. Les textes relatifs aux CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) [Internet]. 2012 [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/les-textes-relatifs-aux-caarud-centres-daccueil-et-daccompagnement-a-la-reduction-des-risques-pour-usagers-de-drogues/>
55. Agence Régionale de Santé Picardie. Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues - Liste des centres en Picardie. 2015.
56. Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire n°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie [Internet]. 2007 mai [cité 8 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-06/a0060139.htm>
57. Journal officiel de la République française. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. mars, 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/2002-303/jo/article_84
58. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), Service Évaluation économique. Réseaux de santé: guide d'évaluation. Paris; 2004.
59. Mordohay F. Evaluation-Action des microstructures et du processus de création de microstructures à Pierrefitte-sur-Seine. 2018 mai. 60 p.
60. Ordre national des médecins, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2018 janv [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
61. Journal officiel de l'Union européenne. Rectificatif au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données). [Internet]. mai, 2018. Disponible sur: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679R\(02\)&qid=1528814703534&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679R(02)&qid=1528814703534&from=en)
62. Couturier A. Profil des Médecins Généralistes qui s'investissent dans la prise en charge des addictions : Revue de la littérature [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Poitiers]: UFR de Poitiers; 2017.
63. Collège santé de l'université de Bordeaux. Programme DES médecine générale [Internet]. DES médecine générale; [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Medecine/DES-de-Medecine-generale/Enseignements>
64. Journal officiel de la République française. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. août, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>
65. Agence Régionale de Santé. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. 2018 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
66. Marcerou D. Le repérage du cannabis en consultation de médecine générale chez les 15-25 ans. Evaluation de l'impact sur la pratique médicale à un an d'une formation. Etude qualitative menée sur des médecins généralistes présents à une formation [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Amiens]: Université Picardie Jules Verne; 2016.

67. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. oct 2011;59(5):285-94.
68. Haute Autorité de Santé. Méthode et modalités de développement professionnel continu. Mise à jour en janvier 2015 [Internet]. [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.hassante.fr/>
69. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Aubry C, Colin C, Bonnet C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. Rev Fr Aff Soc. 2011;(2-3):29-47.
70. Université Paris sud. D.U. addictologie générale en e-learning [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: http://www.medecine.u-psud.fr/fr/formations/formation_continue/diplomes_universite/addictologie-generale-en-e-learning.html
71. Agir 33-AQUITAINE. Addictutos [Internet]. 2004 [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.addictutos.com/page/tutoriels>
72. Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins - Recommandations de la commission d'audition [Internet]. 2007 mai [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_615021/fr/abus-dependances-et-polyconsommations-strategies-de-soins
73. Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. Le quotidien du médecin [Internet]. avr 2017 [cité 10 févr 2019]; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/02/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes_847151
74. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues, Chiffres clés - 7e édition. juin 2017;8 p.
75. Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard J-B, Arwidson P, NguyenThanh V, et al. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(14-15):265-73.
76. Pasquereau A, Gautier A, Guignard R, Richard J-B, NguyenThanh V ; le groupe Baromètre santé 2016. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(12):214-22.
77. Le Nézet O, Díaz-Gómez C, Cadet-Tairou A, Gandilhon M, Lermenier-Jeannet A, Palle P, et al. Addictions dans les Hauts-de-France Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale [Internet]. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2018 juill [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxoly7.pdf>
78. Haute Autorité de Santé. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé [Internet]. 2015 janv [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf
79. Ministère des solidarités et de la santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 [Internet]. 2018 [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

80. Ministère des affaires sociales, et de la santé. Objectif 10 du Plan Cancer 2014-2019 : Le Programme national de réduction du tabagisme [Internet]. [cité 21 nov 2018] p. 87-92. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
81. Guignard R, Richard J-B, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O, et al. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(14-15):298-303.
82. Sécurité sociale - L'Assurance maladie. Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiques ? mars 2019 [cité 14 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiques>
83. Fasel S. Le médecin généraliste et l'arrêt du tabac : enquête auprès de 2 506 médecins généralistes français sur leur expérience tabagique personnelle et leur pratique professionnelle [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Strasbourg]: Université de Strasbourg; 2018.
84. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. 2014 oct [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
85. World Health Organization. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [Internet]. 2016 [cité 23 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/gho/alcohol/en/>
86. Castéra P, Maurat F, Fleury B, Demeaux J-L. Peut-on repérer « en routine » les mésusages d'alcool ? Médecine. 1 sept 2007;3(7):330-4.
87. Sahker E, Arndt S. Alcohol use screening and intervention by American primary care providers. Int J Drug Policy. mars 2017;41:29-33.
88. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S ; Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 - baromètre santé 2014. Tendances. 2015;(99):8 p.
89. Beck F, Legleye S, Le Nézet O, Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données Inpes/OFDT [Internet]. 2005 [cité 2 mars 2019]. (Études santé territoires). Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Atlas_alcool_carto.pdf
90. Andler R, Richard J, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(10-11):180-7.
91. Naassila M. Alcool : un impact sur la santé, même à faibles doses. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(10-11):176-7.
92. Michaud P, Fouilland P, Gremy I, Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. Rev Prat Med Gen. 21 avr 2003;17(611):605-8.
93. Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 en population générale. L'Encéphale. avr 2005;31(2):195-206.

94. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Les produits et les addictions de A à Z [Internet]. 2018 [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/>
95. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Jourdain-Menninger D. Usages de drogues et pratiques addictives en France analyse du Baromètre santé 2010. Paris: Direction de l'information légale et administrative : La documentation française; 2014.
96. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Paris; 2012 p. 586 p. (Expertise collective).
97. Centre d'évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance – Addictovigilance. Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances Principaux résultats - Enquête DRAMES. 2016.
98. Robin M. Drogues, changer la donne. Epidémie d'overdoses aux Etats-Unis. Le Monde Diplomatique. mars 2019;(163):7-11.
99. Gillot-Ripert C. Evaluation de la prise en charge des jeunes consommateurs de cannabis en médecine générale à travers une enquête menée auprès des médecins généralistes de la Marne. [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Reims]: Université de Reims; 2009.
100. Bernard C, Melihan-Cheinin P, Postel-Vinay N, Lert F, Basset B. Cannabis: l'approche doit être scientifique. La Revue du praticien. 2005;55(1):14-6.
101. Bernard C, Melihan-Cheinin P, Postel-Vinay N, Lert F, Basset B. Agir contre la hausse de consommation de cannabis. La Revue du praticien. 2005;55(1):5-6.
102. Flocke S, Gilchrist V. Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services. Med Care. mai 2005;43(5):486-92.
103. Phillips SP. The Feminization of Medicine and Population Health. JAMA. 25 févr 2009;301(8):863.
104. Jakoubovitch S, Bournot M, Cercier E, Tuffreau F ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes Résultats [Internet]. mars 2012 [cité 16 févr 2019];(797). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
105. Breuil-Genier P, Goffette C ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La durée des séances des médecins généralistes. Etudes Résultats [Internet]. avr 2006 [cité 18 févr 2019];(481). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
106. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologies pratiques. 2007;(14):19-30.
107. Kandel O, Ripault A, Jourdain M, Bouche G. La durée de consultation intervient-elle dans la prescription de psychotropes? Étude transversale en médecine générale sur 2 896 actes. La Revue du praticien. 30 juin 2008;58(Supplément):19-24.

108. Ketterer F, Symons L, Lambrechts M, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Fam Pract.* juin 2014;14(15):119.
109. Rost K, Burnam M-A, Smith G-R. Development of screeners for depressive disorders and substance disorder history. *Medical Care.* mars 1993;31(3):189-200.
110. Svanum S, McGrew J. Prospective screening of substance dependence: The advantages of directness. *Addict Behav.* mars 1995;20(2):205-13.
111. Test de Fagerström [Internet]. test-addicto.fr; [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <http://test-addicto.fr/tests/tabac/fagerstrom.html>
112. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* sept 1991;86(9):1119-27.
113. Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie. Addiction au tabac [Internet]. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.cunea.fr/cours/ndeg-73-addiction-au-tabac>
114. Righetti V, Favrod-Coune T. Questionnaires de dépistage et d'évaluation des consommations de substances psychoactives. *Rev Médicale Suisse.* 2010;(6):1821-5.
115. Sécurité sociale - L'Assurance maladie. Rosp médecin traitant de l'adulte [Internet]. 2019 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
116. Bernstein D. Le paiement à la performance des médecins généralistes anglais a-t-il atteint ses objectifs ? Un premier bilan. *Actual Doss En Santé Publique* [Internet]. déc 2008 [cité 26 mars 2019];(65). Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/65/ad654952.pdf>
117. Taggar JS, Coleman T, Lewis S, Szatkowski L. The impact of the Quality and Outcomes Framework (QOF) on the recording of smoking targets in primary care medical records: cross-sectional analyses from The Health Improvement Network (THIN) database. *BMC Public Health.* 10 juill 2012;12:329.
118. Garel M. Evaluation d'une étude pilote en Lorraine sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) auprès de médecins généralistes en matière d'alcool, tabac et cannabis [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2017.
119. Michaud P, Abesdris J. Diffusion de la pratique de l'intervention brève : méthodes de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premier recours. *Med Hyg.* 2003;(61):1817-22.
120. Action de santé libérale en équipe. Présentation du protocole Asalée. [Internet]. 2015 [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: <https://fmpmps.fr/app/webroot/js/kcfinder/upload/fichiers/ASALEE%20Pr%C3%A9sentation%20%20octobre%202015.pdf>
121. Journal officiel de la République française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 51 [Internet]. juill, 2009 [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

122. Marshall VJ, McLaurin-Jones TL, Kalu N, Kwagyan J, Scott DM, Cain G, et al. Screening, brief intervention, and referral to treatment: public health training for primary care. *Am J Public Health*. août 2012;102(8):e30-36.
123. Coordination Régionale RPIB d'Aquitaine. RPIB Coordination Aquitaine - Support des formations [Internet]. 2010 [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.coordination-rpib.com/page/support-des-formations>
124. Conti T. Etat des lieux des connaissances des internes de médecine générale sur les structures de soins en alcoologie. [Mémoire de DU Addictologie]. [Amiens]: Université Picardie Jules Verne; 2016.
125. Sabatier L. Formation de Médecins Généralistes au Repérage Précoce et Intervention Brève en Languedoc-Roussillon. Impacts sur leur perceptions et attitudes [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Montpellier]: Université Montpellier-Nîmes; 2015.
126. Hédelin G. Les microstructures médicales : évolutions à 24 mois des scores du questionnaire ASI. Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique de l'université Louis Pasteur de Strasbourg; 2004 févr p. 66 p.
127. Riou Franca L, Velpry L, Benamouzig D, Launois R ; Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues - DEQUASUD. Eval Polit Publiques. juill 2008;263 p.
128. Addict AIDE - le village des addictions. Annuaire [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/annuaire/>
129. Société Française d'Alcoologie. Annuaire des structures de soins en alcoologie [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=annuaire>
130. Alcool Assistance. Annuaire des centres de soins en alcoologie de France [Internet]. 2016 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.alcoolassistance.net/files/Telechargements-utiles/annuaire-alcoologie-2016.pdf>
131. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Projets de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) [Internet]. 2018 [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/projets-de-plateformes-territoriales-dappui-pta>
132. Lacompte L. Prise en charge post-opératoire des prothèses totales de hanche par les médecins généralistes en Picardie : étude descriptive auprès des médecins généralistes picards [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. Université de Picardie Jules Verne; 2016.
133. Hoffman-Glemane A. La prescription de la contraception orale chez les femmes fumeuses de plus de 35 ans par les médecins généralistes picards [Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine]. [Amiens]: Université Picardie Jules Verne; 2016.
134. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie Addictologie*. 2015;37(1):5-84.
135. Sécurité sociale - L'Assurance maladie. Suivi médical de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. 2019 [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/suivi-medical-de-lenfant-et-de-ladolescent>
136. Alcochoix +. Consommation contrôlée d'alcool [Internet]. [cité 8 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.alcochoix.ch/index.php>

137. Journal officiel de la République française. Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire [Internet]. avr, 2016 [cité 8 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032465957&categorieLien=id>

ANNEXES

Annexe 1 : Définition CIM-10 de l'usage nocif et dépendance de substance(s) psychoactive(s) (41)

- Définition de l'usage nocif de la CIM-10

L'utilisation nocive pour la santé (CIM-10) correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé.

Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques.

Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

- Critères de dépendance de la CIM-10

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Annexe 2 : Définition DSM-V du trouble de l'usage de substance(s) (17)

Le diagnostic de trouble de l'usage de substance(s) repose sur 11 critères cliniques :

- Le besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance, appelé craving
- La perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance
- Un temps excessif consacré à la recherche de substance
- L'existence d'une tolérance au produit addictif
- La présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation
- L'incapacité de remplir des obligations importantes
- L'usage même lorsqu'il y a un risque physique
- L'usage de substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux
- Le désir ou efforts persistants et infructueux pour diminuer les doses
- La réduction des activités au profit de la consommation
- Et la poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques et/ou psychologiques.

TU de substance(s) :

[2-3] : faible,

[4-5] : modéré,

[≥ 6] : sévère.

Annexe 3 : Questionnaire FACE (Formule pour Apprécier la Consommation d'alcool par Entretien)

(Issu de l'outil d'aide au RPIB, HAS 2014)

Questionnaire FACE (Formule pour apprécier la consommation d'alcool par entretien)

1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**

2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**

3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)

Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**

Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : **intervention brève**

Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**

Annexe 4 : Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

(Issu de l'outil d'aide au RPIB, HAS 2014)

Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)
<ol style="list-style-type: none">1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ? <p style="text-align: center;"><i>Une réponse positive : information minimale sur les risques</i> <i>Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.</i> <i>Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.</i></p>

Annexe 5 : Questionnaire concernant la consommation de tabac

(Issu de l'outil d'aide au RPIB, HAS 2014)

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »	
SI OUI	SI NON
<p>Conseil d'arrêt « Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »</p> <p>Proposer un accompagnement « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? » « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »</p>	<p>« Avez-vous déjà fumé ? » Si non, le patient n'a jamais fumé. Si oui : - « pendant combien de temps ? » - « depuis quand avez-vous arrêté ? »</p>

Annexe 6 : Questionnaire ASSIST

(OMS - ASSIST V3.0, français)

INTRODUCTION (A lire au patient. Peut être adapté au contexte local)

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce bref entretien portant sur l'alcool, le tabac et d'autres drogues.

De nombreuses drogues, certains médicaments inclus, peuvent affecter votre santé. Pour bien vous soigner, il est important pour votre soignant d'avoir des informations précises sur vos consommations.

Les questions qui suivent portent sur vos consommations d'alcool, de tabac et d'autres drogues au cours de votre vie et des 3 derniers mois, indépendamment de la voie de consommation (fumé, avalé, sniffé, inhalé, injecté, pris sous forme de pilule, etc.) [montrer CARTE REPONSE - ASSIST].

Certaines des substances listées peuvent être prescrites par un médecin (comme par ex. des médicaments contre la douleur, des calmants, des somnifères, des coupe-faim, des stimulants). Pour cet entretien, nous ne prenons pas en compte les médicaments pris sur ordonnance médicale. Cependant, si vous avez pris ces médicaments pour des raisons autres que celles de la prescription ou que vous les avez pris plus fréquemment ou à plus haute dose que prescrit, je vous prie de me le faire savoir.

Soyez assuré que toutes les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle, y compris celles concernant les drogues illicites ou interdites.

Note : Avant de poser les questions suivantes, donnez la CARTE REPONSE ASSIST au patient.

Question 1

(S'il s'agit d'une passation lors d'un suivi, veuillez comparer les réponses du patient avec celles données lors de l'évaluation initiale. Toute différence devrait être investiguée.)

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous <u>déjà</u> consommées au cours de votre vie ?	NON	OUI
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)	0	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3
j. Autres – spécifiez:	0	3

Si toutes les réponses sont négatives → demandez : « même lorsque vous étiez à l'école » ?

Si « non » à tous les items → arrêtez l'entretien

Si « oui » à l'un ou plusieurs de ces items → posez la Question 2 concernant ces substances.

Question 2

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	2	3	4	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	2	3	4	6
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	2	3	4	6
j. Autres – spécifiez:	0	2	3	4	6

Si « jamais » à tous les items de la Question 2 → passez à la Question 6.

Si une ou plusieurs substances de la Question 2 ont été utilisées au cours des 3 derniers mois, continuez avec les Questions 3, 4 et 5 pour chaque substance consommée.

Question 3

<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , combien de fois avez-vous eu un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3	4	5	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3	4	5	6
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	3	4	5	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3	4	5	6
j. Autres – spécifiez:	0	3	4	5	6

Question 4

<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , combien de fois votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) a-t-elle entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, légaux ou financiers?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	4	5	6	7
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	4	5	6	7
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	4	5	6	7
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	4	5	6	7
j. Autres – spécifiez:	0	4	5	6	7

Question 5

<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , combien de fois n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	5	6	7	8
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	5	6	7	8
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	5	6	7	8
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	5	6	7	8
j. Autres – spécifiez:	0	5	6	7	8

Posez les Questions 6 et 7 concernant toutes les substances déjà consommées au cours de la vie (à savoir toutes celles avec réponse positive à la question 1)

Question 6

Est-ce qu'un ami, un proche ou quelqu'un d'autre s'est <u>déjà</u> dit préoccupé par votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 7

Avez-vous <u>déjà</u> essayé, sans succès, de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 8

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
Avez-vous <u>déjà</u> pris de la drogue en injection ? (USAGE NON MEDICAL SEULEMENT)	0	2	1

NOTE IMPORTANTE

Demandez aux patients qui se sont injecté des drogues durant les 3 derniers mois quelle a été la fréquence d'injection durant cette période, afin d'évaluer le niveau de risque et de déterminer les priorités d'intervention.

FREQUENCE D'INJECTION

Une fois par semaine ou moins
OU
moins de 3 jours de suite



RECOMMANDATIONS

Intervention brève incluant la carte « risques associés avec l'injection »

Plus d'une fois par semaine
OU
3 jours ou plus de suite



Évaluation approfondie et traitement plus intensif*

Comment calculer un score pour une substance spécifique ?

Pour chaque substance (désignée de a. à j.) additionnez les scores obtenus pour les Questions 2 à 7. N'incluez pas le résultat de la Question 1 ou de la Question 8 dans ce score.

Par exemple, un score pour le cannabis serait calculé ainsi : Q2c+Q3c+Q4c+Q5c+Q6c+Q7c

Notez que la question 5 sur le tabac n'est pas codée et est calculée ainsi : Q2a+Q3a+Q4a+Q6a+Q7a.

L'INTERVENTION RECOMMANDEE SE BASE SUR LE SCORE « SUBSTANCE SPECIFIQUE ».

	Score « substance spécifique » relevé	Pas d'intervention	Intervention brève	Traitement plus intensif*
a. Tabac		0 - 3	4 - 26	≥ 27
b. Alcool		0 - 10	11 - 26	≥ 27
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	≥ 27
d. Cocaïne		0 - 3	4 - 26	≥ 27
e. Amphétamine		0 - 3	4 - 26	≥ 27
f. Solvants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
g. Calmants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
h. Hallucinogènes		0 - 3	4 - 26	≥ 27
i. Opiacés		0 - 3	4 - 26	≥ 27
j. Autres drogues		0 - 3	4 - 26	≥ 27

NOTE : *L'évaluation approfondie et le traitement plus intensif peuvent être prodigués, selon le contexte local, par des professionnels de la santé de premier recours ou par un service spécialisé dans les addictions.

B. OMS - ASSIST V3.0 CARTE RÉPONSE POUR LES PATIENTS

Carte réponse – substances

a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)
c. Cannabis (marijuana, joints, herbe, hash, etc.)
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)
j. Autres – spécifiez:

Carte réponse (ASSIST - questions 2-5)

Jamais: pas de consommation au cours des 3 derniers mois.

Une ou deux fois: une ou deux fois au cours des 3 derniers mois.

Mensuellement: une à trois fois en un mois.

Hebdomadairement : une à quatre fois par semaine.

Chaque jour ou presque chaque jour: cinq à sept jours par semaine.

Carte réponse (ASSIST - questions 6-8)

Non, jamais.

Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.

Oui, durant les derniers 3 mois.

Annexe 7 : Lettre de présentation associée au questionnaire

Chères Consœurs, chers Confrères,

Dans le cadre de mon travail de thèse venant conclure mon DES de médecine générale à l'UPJV d'Amiens, je réalise une étude quantitative observationnelle auprès des médecins généralistes au sujet du Dépistage des troubles de l'usage des substances psychoactives (alcool et autres substances).

Ce travail est dirigé par le Dr MESSAOUDI, praticien hospitalier au SÉSAME d'Amiens.

Je suis consciente du grand nombre de sollicitations mais je me permets de vous prendre quelques minutes afin de m'aider à rendre un travail ayant une puissance suffisante pour permettre d'en utiliser les données et je l'espère, pouvoir faire avancer nos attentes dans le domaine de l'Addictologie.

Vous trouverez ainsi ci-dessous le questionnaire anonymisé dont le temps de réponse total est de **3 minutes**.

Je vous remercie d'avance pour votre aide très précieuse.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude et dans le but de conserver l'anonymisation des réponses, merci de m'envoyer un mail à l'adresse suivante : thesehb@gmail.com

Veuillez recevoir, chères consœurs, chers confrères, mes sincères salutations,

Bien confraternellement,

Harmony BOUCHEZ, Internat de médecine générale – Amiens

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS : (cochez la réponse choisie)

Sexe :

- Masculin
- Féminin

Age : ans

Année d'installation :

Modes d'exercice :

- Libéral exclusif
- Mixte : précisez
- Seul
- En groupe

Lieu d'exercice :

- Aisne
- Oise
- Somme

Type d'exercice :

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

Formation(s) en addictologie (DU, DESC, capacité) :

- Non
- Oui : la ou lesquelles ?

Travaillez-vous avec un réseau de soin en addictologie ?

- Non
- Oui

QUESTIONS :

1) Combien de patients par mois dépistez-vous dans le cadre d'un trouble de l'usage de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, autres) ?

- Entre 0 et 10
- 10 à 20
- > 20

2) Dépistez-vous systématiquement les troubles de l'usage de substance(s) lors de la consultation d'un nouveau patient ?

- Oui
- Non

3) Si OUI : Quelle est ou Quelles sont les substances abordées lors de ce premier contact ? (Plusieurs réponses possibles)

- Tabac
- Alcool
- Cannabis
- Médicaments (Benzodiazépines, Opiacés, Psychostimulants...)
- Autres substances psychoactives (cocaïne, héroïne...)

4) Quel(s) outil(s) de repérage, utilisez-vous ?

- Entretien informel**
- Questionnaires :**
 - Test de Fargerström
 - AUDIT
 - AUDIT-Court

- FACE
- DETA
- CAST
- CRAFFT
- Autre(s) questionnaire(s) :

Autre(s) outil(s) :

5) La HAS recommande l'utilisation d'un outil d'aide au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève (RPIB) concernant l'alcool, le cannabis et le tabac chez l'adulte, utilisez-vous cet outil dans votre pratique courante ?

- Oui
- Non

6) Si NON : Pourquoi ?

- RPIB inconnu
- Pré-requis de formation indispensable
- Chronophage
- Pas d'utilité (pas d'efficacité sur la morbi-mortalité générale)
- Pas d'adhésion au système de questionnaire
- Autre(s) :

7) L'OMS propose un questionnaire unique « ASSIST » de dépistage multiproduit (9 substances psychoactives) en 8 questions, l'utilisez-vous en pratique courante ?

- Oui
- Non

8) Si NON : Pourquoi ?

- Questionnaire ASSIST inconnu
- Manque d'informations
- Chronophage
- Pas généralisable (champ trop large des substances)
- Pas d'adhésion au système de questionnaire
- Autre(s) :

9) Quels sont selon vous les freins au repérage des troubles de l'usage de substance au cabinet de Médecine Générale ? (Plusieurs réponses possibles)

- Consultation Chronophage
- Manque de connaissance médicale
- Manque d'information sur le réseau addictologique

- Manque d'intérêt pour cette discipline
- Obstacles liés aux représentations des pathologies addictives
- Aucun
- Autre(s) :

10) Parmi les structures de prise en charge addictologique de Picardie, quelles sont celles avec lesquelles vous travaillez ?

- CSAPA*
- Equipes de liaison (ELSA*, UMA* CHU)
- Centres d'hospitalisation (Cure, Post-cure, hébergement mère-nourrisson)
- Sevrage dans un service de médecine (centre hospitalier)
- Sevrage dans un hôpital psychiatrique
- Hôpital de Jour d'addictologie (HDJ)
- Aucune

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

ELSA* : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie,

UMA* : Unité Mobile d'Alcoologie

11) Lorsqu'il est nécessaire d'adresser un patient vers un réseau de soin addictologique, vers quelle structure l'orientez-vous ?

- Devant un trouble de l'usage d'alcool :
- Devant un trouble de l'usage de tabac :
- Devant un trouble de l'usage de cannabis :
- Devant un trouble de l'usage des opiacés :

12) Estimez-vous être correctement informé des actions menées par ces différentes structures ?

- Oui
- Non

13) Pensez-vous que la formation en Addictologie en Médecine Générale est suffisante pour une prise en charge optimale des patients ?

- Oui
- Non

14) Depuis que vous êtes installé, avez-vous suivi une ou des formations par les réseaux d'addictologie ?

- Oui
- Non

15) Seriez-vous intéressé par une formation au RPIB ?

- Oui
- Non
- Déjà réalisée

16) Quel(s) outil(s) d'informations du réseau d'addictologie de Picardie, jugez-vous nécessaire dans votre pratique courante ?

- Annuaire détaillant les différentes structures et leurs orientations
- Fiche pratique sur chaque substance avec les signes de sevrage et les thérapeutiques disponibles
- Une FMC
- Autre(s), précisez :

DÉPISTAGE DES TROUBLES DE L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Introduction : Le médecin généraliste (MG) a une place privilégiée pour dépister les troubles de l'usage (TU) des substances psychoactives (SPA), problème majeur de santé publique en France. Alors que la dépendance est repérée et prise en charge, les TU des SPA, hors dépendance, sont moins dépistés. Le repérage précoce-intervention brève (RPIB) est une technique efficace, développée par l'Organisation Mondiale de la Santé. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la pratique des MG en matière de dépistage des TU des SPA.

Matériel et méthodes : Etude quantitative auprès des MG installés dans la région ex-Picardie, hors mode d'exercice particulier exclusif et recrutés via les Pages Jaunes® électroniques.

Résultats : 1 206 MG répondaient aux critères d'inclusion et 996 ont accepté l'envoi d'un questionnaire. Le taux de réponse était de 39% (n=389). 65% des MG ont déclaré pratiquer un dépistage systématique d'au moins une SPA chez tout nouveau patient. Les 3 principales substances repérées étaient le tabac (98%), l'alcool (84%) et les médicaments (58%). Les femmes dépistaient plus systématiquement les TU de SPA chez un nouveau patient et étaient plus formées au RPIB. Le RPIB était utilisé par 11% des MG et 47% ne le connaissaient pas. Un entretien informel était réalisé dans 95% des cas.

Conclusion : La systématisation du dépistage des TU des SPA devrait être renforcée en médecine générale. La généralisation de la formation au RPIB pourrait améliorer le dépistage.

Mots clés : médecins généralistes, dépistage, troubles de l'usage, substances psychoactives, addiction, RPIB.

SCREENING OF THE PSYCHOACTIVE'S SUBSTANCES USE DISORDERS BY GENERAL PRACTITIONERS

Introduction: The general practitioner (GP) has a prominent role in identifying substance use disorders (SUDs), a major public health problem in France. While substance dependence is identified and taken care of, the substance abuse without dependence, are more difficult to screen. Screening and Brief Intervention (SBI) is an effective technique validated by World Health Organization. The main objective of this study was to assess the GPs practice regarding screening for SUDs.

Methods: Quantitative study of GPs installed in the ex-Picardy area, excluding exclusive special exercise mode and recruited by the electronic Pages Jaunes®.

Results: 1,206 GPs met the inclusion criteria, including 996 of them who accepted to receive an anonymous questionnaire. The response rate was 39% (n=389). 65% of the GPs carried out a systematic assessment of at least one substance on any new patient. The three main substances reported were tobacco (98%), alcohol (84%) and drugs (58%). Women more systematically screened SUDs in a new patient and were better trained in SBI. SBI was used by 11% of GPs ; 47% of GPs were not aware of SBI. An informal interview was conducted in 95% of the cases.

Conclusion: Systematization of SUDs screening needs to be strengthened in primary care. The generalization of SBI training may improve screening.

Keywords: general practitioners, screening, substance use disorders, psychoactive drugs, addictive behaviour, SBI.