



HAL
open science

Leviers et obstacles à la coordination du parcours de santé addictologique par les médecins généralistes du Marmandais : recherche qualitative par focus group et entretiens individuels semi-dirigés

Romain Layrac

► To cite this version:

Romain Layrac. Leviers et obstacles à la coordination du parcours de santé addictologique par les médecins généralistes du Marmandais : recherche qualitative par focus group et entretiens individuels semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02531417

HAL Id: dumas-02531417

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02531417>

Submitted on 3 Apr 2020

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

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

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

Année 2020

Thèse d'exercice n° 13

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 21 Janvier 2020

Par Romain LAYRAC

Né le 12/03/1991 à TONNEINS (Lot-Et-Garonne)

**Leviers et obstacles à la coordination du parcours de santé
addictologique par les médecins généralistes du Marmandais :**
Recherche qualitative par focus group et entretiens individuels semi-dirigés

Directeurs de thèse :

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Madame le Docteur Audrey GUIARD-BASILE

Jury

Madame le Professeur Méлина FATSEAS

Présidente

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Juge

Monsieur le Docteur David CHEVILLOT

Juge

Monsieur le Docteur Yves-Marie VINCENT

Rapporteur

Remerciements :

Merci au Professeur Mélina FATSEAS, de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous prie de croire en ma gratitude et mon profond respect.

Merci au Docteur David CHEVILLOT, d'avoir accepté de juger mon travail de thèse en faisant partie de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et tout mon respect.

Merci au Docteur Yves MONTARIOL, d'avoir accepté de juger mon travail de thèse en faisant partie de ce jury. Permettez-moi de vous témoigner mon profond respect.

Merci au Docteur Yves-Marie VINCENT, pour avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à ce projet. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Merci au Professeur Philippe CASTERA, pour avoir co-dirigé ce travail, votre soutien tout au long de ce projet. Merci d'avoir guidé ma réflexion, et de m'avoir montré comment toujours affiner mon travail. Vos conseils m'ont été précieux.

Merci au Docteur Audrey GUIARD-BASILE, d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, pour ta disponibilité et tes conseils, et pour l'amitié dont tu fais preuve chaque jour. J'ai hâte de travailler à tes côtés.

Merci aux médecins généralistes, pour leur participation à cette étude.

Merci aux Docteurs Olivier JACQUIEZ, Johanns AMANT et Noëlle FALZON, pour avoir accompagné mes premiers pas en addictologie. J'espère que notre collaboration continuera longtemps sur cette lancée.

Merci à David, Nathalie, Margaux, Manu et toute l'équipe du Centre Pierre Fouquet, ce travail existe également grâce à vous.

Merci à Jessica, Laurence et Sandrine, mes futures collègues de l'équipe ELSA de Marmande, pour votre travail de relecture, vos conseils et votre amitié.

Merci au Docteur Gaëlle SEIGNOLLES, pour ton amitié et pour l'idée originale de ce projet de thèse, qui a bien évolué depuis tout ce temps.

Merci à Mathieu, Nicolas, Greg, et tous les amis. On est arrivés tous ensemble au bout de ces études médicales, et vous avez rendu ce voyage beaucoup plus agréable.

Merci à ma grand-mère, d'avoir été là depuis le début, de m'avoir toujours soutenu quoi qu'il en coûte. Ce travail est là pour toi.

Merci à ma sœur, pour m'avoir supporté, encouragé, pour être toujours là quand j'ai besoin. A ce que l'avenir nous réserve.

Merci à mes parents, pour votre soutien indéfectible, tout ce que vous avez pu m'apporter et pour avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Ce travail n'aurait pas lieu d'être sans vous.

Merci à Elodie, pour avoir supporté les nuits de travail, ta patience et ton amour quotidien. Pour ce que nous allons construire ensemble

Sommaire

<i>Abréviations :</i>	4
<i>Introduction</i>	5
<i>Contexte</i>	6
1- Définition	6
2- État des lieux des addictions en France :	7
3- Médecine générale et addictions :	9
4- Le bassin Marmandais et ses spécificités.....	13
5- Question de recherche	16
6- Hypothèse	16
7- Objectifs.....	16
<i>Matériel et méthode</i>	17
1- Type d'étude.....	17
2- Le choix de la méthode qualitative.....	17
3- La population de l'étude	18
4- Mode de recueil des données	18
5- Mesures éthiques et réglementaires	20
6- L'analyse des données	21
<i>Résultats</i>	22
1- Population de l'étude.....	22
2- Analyse des entretiens	23
<i>Discussion</i>	37
1- Forces et limites de l'étude :	37
2- Analyse des résultats des différents entretiens :	38
3- Les principaux obstacles à la prise en charge :	42
4- L'utilisation des leviers mis à disposition :	46
5- Propositions suggérées lors des entretiens :	48
<i>Conclusion</i>	51
<i>Bibliographie</i>	52
<i>Annexe</i>	56
Annexe 1 : Courrier d'invitation au Focus group	56
Annexe 2 : Auto-questionnaire préalable au Focus Group	57
Annexe 3 : Guide d'entretien pour Focus Group.....	59
Annexe 4 : Guide d'entretien individuel semi-dirigé	61
Annexe 5 : Consentement adressé aux médecins.....	63
<i>Résumé</i>	66
<i>Abstract</i>	67

Abréviations :

ARS : Agence Régionale de Santé
API : Alcoolisation Ponctuelle Importante
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal
CIM : Classification Internationale des Maladies
CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPP : Comité de Protection des Personnes
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSP : Déléguée Santé Prévention
DU : Diplôme Universitaire
ECN : Épreuves Classantes Nationales
ELSA : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
FI : Formation Initiale
GEAP : Groupe d'Échange et d'Analyses de Pratique
HAS : Haute Autorité de Santé
HDJ : Hôpital de Jour
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPA : Infirmier(e) en Pratique Avancée
OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie
PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève
SPA : Substance Psychoactive
TSN : Traitement de Substitution Nicotinique
TSO : Traitement de Substitution Opiacé
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Introduction

L'**addiction** à une substance est un mode d'utilisation inadapté, conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative (d'après le DSM 5)¹. Les deux substances les plus consommées en France sont l'alcool et le tabac. L'alcool représente 3,4 millions de consommateurs à risque (8% de la population des 18-75 ans) en 2016, selon l'Observatoire français des drogues et toxicomanies². Le tabac, quant à lui, est consommé quotidiennement par 12,2 millions de consommateurs (26,9% de la population des 18-75 ans) selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire de mai 2018². On note par ailleurs une augmentation du nombre de consommateurs depuis 2010, quelle que soit la substance, et cela malgré les politiques de santé publique mises en place (via deux plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les conduites addictives en 2007-2011 et 2013-2017). Toutefois un fléchissement des consommations chez les mineurs depuis 2004, selon le rapport ESCAPAD 2017³ (enquête chez les jeunes de nationalité française de 17ans), ainsi que pour le tabagisme de l'adulte (la prévalence du tabagisme quotidien a diminué de 2,5 %, soit 1,6 millions de fumeurs en moins en deux ans, parmi les 18-75 ans entre 2016 et 2017)⁴ commence à être observé.

Au-delà de la prestation de soins à visée curative ou palliative, l'activité professionnelle **des médecins généralistes**, définie par la WONCA (organisation mondiale des médecins généralistes), comprend notamment la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'éducation de la santé et l'intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies⁵. Leur mission inclut donc la responsabilité de repérer et de prendre en charge les patients dont la consommation de substances addictives est à risque ou nocive.

AGIR 33 Aquitaine, grâce à un financement de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, a mis en place des délégués santé prévention⁶ assurant des visites aux médecins, pour les aider à connaître les recours possibles pour leurs patients souffrant de troubles addictifs. Un annuaire en ligne est également disponible (addictolic.com)⁷, listant tous les lieux de consultations de premier accueil accessibles en ambulatoire. Des thèses de médecine ont permis d'évaluer l'efficacité de ces outils en médecine générale^{6,8,9,10}.

Le bassin Marmandais propose un parcours de soins coordonnés en addictologie. On retrouve plusieurs centres de consultation (antenne de l'ANPAA, consultation jeunes consommateurs, consultation spécialisée en tabacologie à la maternité), le service de médecine polyvalente du Centre hospitalier de Marmande pour la prise en charge du sevrage (courts séjours d'une semaine).

Contexte

1- Définition

Avant de réaliser un état des lieux des troubles de l'usage, nous allons nous pencher sur les enjeux que représentent les addictions, et pour comprendre le vécu et le ressenti des patients souffrant de ces troubles, il convient d'en reprendre les principales définitions :

L'usage :

Lorsque nous parlons d'usage, en addictologie, nous parlons de la consommation donnant lieu à une gratification. Cette consommation peut être celle d'une substance psychoactive, comme celles citées dans notre travail, mais aussi celle d'un comportement (le sport, le sexe ou le travail par exemple). Lorsque ces consommations entraînent des effets renforçant, ou provoquent du plaisir, on va parler de trouble de l'usage ou d'addiction¹¹.

L'addiction :

Définie de manière différente, comme un trouble de l'usage par le DSM-V¹, et comme le syndrome de dépendance CIM 10¹², elle correspond à un seul et même problème : la perte du contrôle de l'usage des substances ou comportements précédemment décrits¹³. Pour catégoriser ce trouble l'usage, on retrouve un symptôme le définissant : le craving¹³. Il faut noter qu'une rechute signe tout aussi bien l'addiction.

Le craving :

Maître-symptôme de l'addiction, qu'elle soit avec ou sans substance, il définit une envie irrésistible pour le patient du comportement gratifiant, allant à l'encontre de la volonté de ne pas consommer présentée par le patient. Ce sentiment va dépendre de chaque patient, et reste subjectif. Il va être influencé par les facteurs environnementaux subis par le patient^{13,14}. Ce craving étant un signe de rechute, très souvent à court terme^{14,15}, il est devenu au fil des ans la cible de choix de la prise en charge addictologique, c'est donc en traitant le craving que nous prévenons la rechute.

2- État des lieux des addictions en France :

Cet état des lieux est réalisé chaque année par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), et au dernier recueil réalisé en 2016², nous retrouvons un nombre de consommateurs (calculé sur la population des 11-75ans, soit 50,7 millions de personnes) estimé à :

- 38 millions pour le tabac,
- 47 millions pour l'alcool,
- 17 millions pour le cannabis,
- 6,6 millions pour les médicaments psychotropes,
- 2,2 millions pour la cocaïne,
- 1,7 millions pour la MDMA/Ecstasy,
- 600 000 pour l'héroïne.

Pour l'alcool, on enregistre 10% de consommateurs quotidiens au sein des 18-75 ans, avec au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API) chez 17% d'entre eux chaque mois. Les chiffres pour les adolescents de 17 ans montrent 12% de consommateurs quotidiens avec une API par mois déclarée pour 49%².

Au-delà du retentissement somatique chez les patients (cirrhose, neuropathie alcoolique, encéphalopathie, syndrome de Korsakoff, traumatisme lors de chutes, etc...), nous voyons en premier lieu des conséquences sociales à ces consommations : conduite en état d'ivresse avec retrait de permis, isolement, licenciement, violence conjugale. On attribue à l'alcool 49 000 décès au cours de l'année 2017. On parle ainsi de troubles liés à l'usage.

Pour le tabac, on enregistre une consommation quotidienne de tabac chez 29% de la population des 18-75 ans (33% des hommes et 26% des femmes), avec une consommation quotidienne de e-cigarette chez 3% de la population. Chez les jeunes (population des 17 ans) on retrouve une consommation quotidienne dans 32% des cas (33% chez les garçons et 32% chez les filles)².

On attribue au tabac 73 000 décès par an, 56 000 chez les hommes et 17 000 chez les femmes (46 000 décès de cancers dont 60% sont des cancers pulmonaires).

Pour le cannabis, on enregistre une consommation de cannabis dans l'année pour 11% des 18-64 ans, pour 3% de consommation quotidienne. Pour les jeunes, la consommation régulière concerne 9% des 17 ans, avec au moins une expérience pour 47% d'entre eux².

On attribue une vingtaine de décès dans l'année à la toxicité cardio-vasculaire du cannabis, mais le sur-risque principal se situe dans la conduite sous influence du cannabis, qui multiplie par 1,8 le

risque d'être responsable d'un accident mortel (15 fois plus de risques si l'on associe cannabis et alcool).

Pour les médicaments psychotropes, on enregistre une prescription de benzodiazépines chez 13% des 18-75 ans, (10% concernant des anxiolytiques et 6% un hypnotique), une proportion qui passe à 16% des jeunes de 17 ans².

Mais la consommation de benzodiazépines est plus préoccupante, car en progression, chez les poly-consommateurs (40% des usagers de centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) déclarent en consommer dans le mois, pourcentage à rapporter aux spécificités de cette population, plus porteuse de troubles psychiatriques et donc nécessitant une prescription de ces produits, favorisant le détournement) de par leur facilité d'accès sur ordonnance et leur coût réduit par rapport à d'autres psychotropes.

Pour la cocaïne, on enregistre une consommation pour 5,6% des 18-75 ans, et 3,2% des jeunes de 17ans. La consommation actuelle concerne quant à elle 1,1% de la population².

Pour le MDMA/Ecstasy, on enregistre une consommation pour 4,3% des 18-75 ans, et 3,8% des jeunes de 17ans. La consommation quotidienne concerne quant à elle 0,9% de la population².

Pour l'héroïne et autres opiacés, on enregistre une consommation pour 1,5% des 18-75 ans, et 1% des jeunes de 17ans. La consommation quotidienne concerne quant à elle 0,2% de la population².

On retrouve 180 000 patients recevant un traitement de substitution aux opiacés (TSO).

Les consommations induites par ces troubles addictifs entraînent des conséquences sociales, médicales et psychologiques sur lesquelles nous nous devons d'intervenir. Prenons l'exemple de l'alcool, la mortalité liée aux consommations, toute causes confondues, voit un recul (estimé à 7 000 décès selon les dernières données de l'OFDT¹⁶) dans le même temps où les consultations addictologiques ont connu une progression de 17% dans les CSAPA (centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie). La prise en charge de ces patients entraîne une amélioration sur la mortalité liée aux produits, mais aussi sur la morbidité : l'information distribuée dans les centres de soins spécialisés, la mise en place de stéribox ont permis de réduire de manière significative les contaminations par le HIV et le VHC dans les populations de toxicomanes injecteurs¹⁶. Sur un plan social, le coût social des différentes substances psychoactives (SPA) a été évalué en 2010¹⁷ à 120 milliards d'euros par an pour le tabac, et 118 milliards pour l'alcool. Ce coût social rassemble l'ensemble des dépenses liées aux consommations (que ce soit les dépenses liées aux soins des complications, ou la perte de

qualité de vie, voir la perte de productivité pour le pays). Intervenir avant l'apparition des complications est donc une nécessité de santé publique, principalement sur le plan humain avec une amélioration des conditions de vie des patients mais aussi sur le plan budgétaire, avec une diminution du coût social de ces différents produits.

3- Médecine générale et addictions :

3.1-Place du médecin généraliste dans la prise en charge des addictions :

Nous avons vu la légitimité des médecins généralistes dans le champ de l'addictologie selon la WONCA. La maladie addictive est une maladie chronique, pouvant être prévenue et dont le repérage précoce peut amener à des prises en charge évitant les comorbidités médico-psycho-sociales pour le patient. Les médecins généralistes peuvent et doivent agir à tous les niveaux du parcours de santé du patient présentant une ou plusieurs addictions :

- Par le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) permettant un repérage des addictions et l'entrée du patient dans les soins le plus tôt possible, attitude désormais attendue dans les recommandations^{18,19,20}.
- Dans l'accompagnement du patient avec les traitements du craving : prescription de traitements de substitution aux opiacés, de substitution nicotinique et tous les accompagnements liés aux réductions contrôlées et aux arrêts de substances et comportements.
- L'orientation vers un service hospitalier des patients ne relevant pas de l'ambulatoire : décompensations aiguës des addictions et de leurs conséquences, sevrages complexes indiqués dans le parcours du patient.... ..
- L'orientation vers des consultations spécialisées : pour les co-addictions, le relais après une décompensation aiguë et un sevrage, vers un groupe de parole ou un hôpital de jour (HDJ), voir vers un centre de cure de niveau deux (sevrage hospitalier avec ateliers pour l'adaptation à la vie post sevrage).
- Le suivi du patient suite aux soins initiés, pour prévenir les décompensations aiguës de la maladie addictive (rechutes notamment), et garder le patient au sein du parcours de soins.

Le système de soins addictologique n'a pas la capacité d'assurer la prise en charge de tous les patients relevant de soins²¹. Il est ainsi important que les médecins généralistes assurent l'accompagnement des patients pour leurs addictions, tout au long de leur vie, avant, pendant et après les phases éventuelles de soins spécialisés.

Grâce aux travaux de Santé Publique France²², nous avons une idée de l'épidémiologie des addictions en médecine générale, via un baromètre santé des médecins généralistes :

- 110 000 consommateurs d'opiacés sont vus en moyenne par mois ;
- Suivi assuré plutôt par des médecins hommes ;
- Un médecin sur cinq déclare suivre ces patients ;
- Deux tiers des médecins généralistes disent évoquer la consommation de tabac avec chaque patient au moins une fois ;
- Pour l'alcool et le cannabis, 70% des praticiens déclarent n'aborder le sujet que chez les patients jugés « à risque » ;
- Le repérage est quant à lui plutôt réalisé par les médecins femmes ;
- 35% des médecins utilisent les outils d'aide au repérage de la consommation de tabac (nette progression depuis le début des années 2000) ;
- 94,5% des médecins déclarent prendre en charge le sevrage tabagique, et 76,7% le sevrage alcoolique.

Au vu de ces différents éléments²² (forte prévalence des addictions dans la société, place centrale du médecin généraliste dans le parcours du patient), nous constatons que les médecins généralistes occupent une place de choix pour la prise en charge addictologique des patients. Cependant, nous remarquons également, et d'autant plus que ces enquêtes souffrent d'un biais de désirabilité sociale important, que beaucoup reste à faire.

3.2- Obstacles à l'accompagnement addictologique en ambulatoire

Plusieurs travaux de thèse nous permettent d'explorer le ressenti des médecins généralistes face à la pathologie addictive :

Tout comme les données du baromètre santé de l'INPES, la thèse de L. LEVI en 2009²³ démontre que les médecins généralistes déclarent des difficultés dans leur prise en charge de l'alcool et du tabac, et se retrouvent en demande de formation adaptée. Ce même constat est retrouvé dans la thèse de P. ALVAREZ¹⁰ qui montre que les jeunes médecins généralistes, qui pourtant sont plus proches de leur formation initiale, se retrouvent en grande difficulté par rapport à leurs confrères plus âgés.

De plus, les médecins généralistes avaient une représentation péjorative de l'addictologie, comme le montre la thèse de F. MAURAT en 2006²⁴, avec une réticence au dépistage, du fait d'un sentiment d'inefficacité des prises en charge, de difficultés d'orientation, et d'une absence de communication avec les structures spécialisées. Ces représentations ont peut-être évolué en 13 ans toutefois.

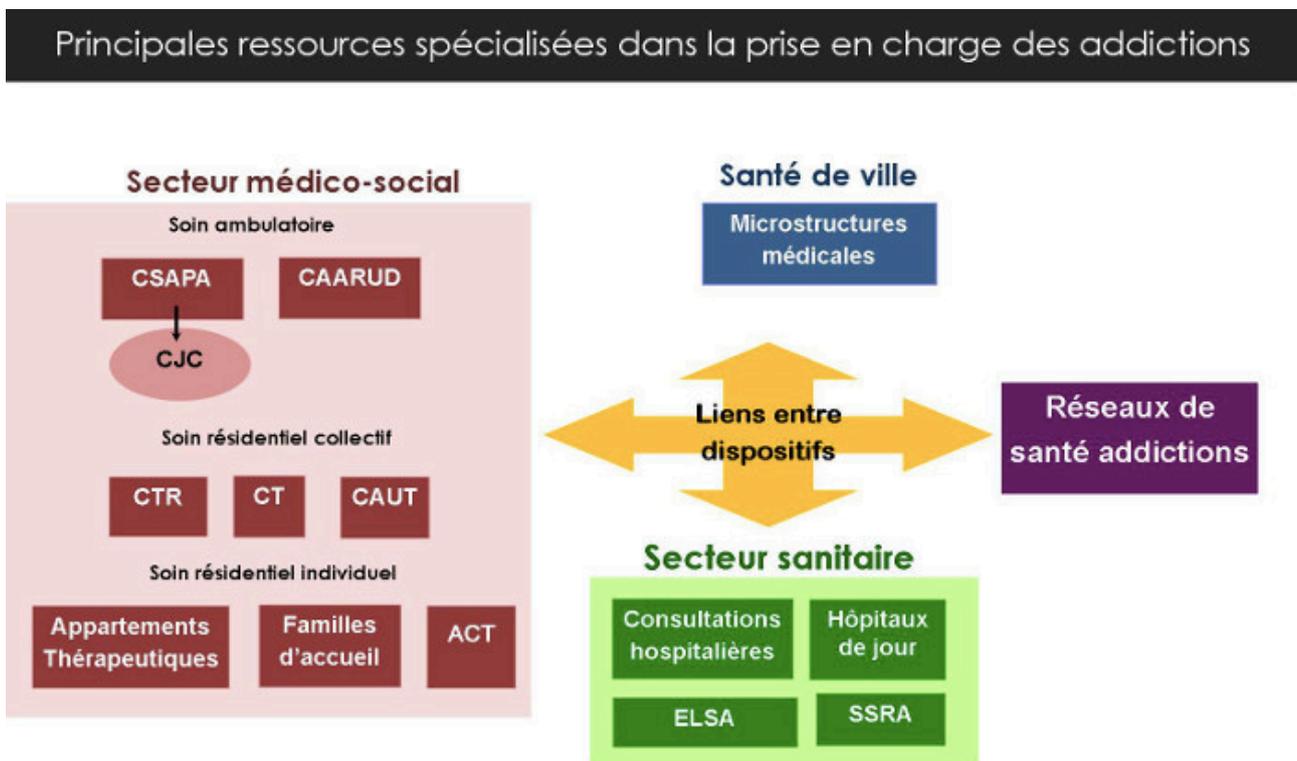
L'obstacle le plus important en soins primaires reste l'absence de demande du patient. En effet, en médecine générale, le patient n'arrive pas avec une demande clairement formulée pour être aidé sur son problème d'addiction, comme on peut le voir dans les soins secondaires. Cette absence de

demande oblige les médecins généralistes à devoir interroger les consommations et à repérer un trouble d'usage, alors que la personne n'est pas venue pour cela⁵. Cet aspect, tout à fait fondamental, marque une différence majeure entre les soins primaires et spécialisés. On ne peut nier trop facilement le risque de se percevoir intrusif en tant que médecin, ou de percevoir le questionnement comme intrusif pour le patient. Le RPIB, par l'apprentissage de postures empathiques, est particulièrement adapté dans ce cas mais reste encore une pratique insuffisamment développée pour démontrer un impact en santé publique²⁵.

Toutes ces causes (absence de demande des patients, manque de temps, manque de formation, réticence au dépistage, manque de motivation) contribuent à expliquer la faible participation des médecins généralistes à la prise en charge addictologique²⁵.

Un autre obstacle est constitué par les difficultés d'orientation des patients⁵. En effet, le réseau de soins addictologiques peut apparaître comme un véritable labyrinthe pour les praticiens insuffisamment informés, comme le montre la thèse de D. ELFAHSI²⁶ où la moitié des médecins généralistes d'un secteur déclarent ne pas connaître du tout le réseau de soins addictologiques les concernant.

La figure 1, « synthétique », illustre le bienfondé de ces représentations :



ACT : appartement de coordination thérapeutique

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CAUT : centre d'accueil d'urgence et de transition

CJC : consultations jeunes consommateurs

CT : communautés thérapeutiques

CTR : centre thérapeutique résidentiel

ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie

SSRA : soins de suite et de réadaptation en addictologie

Figure 1 : Organisation du dispositif spécialisé de prise en charge des addictions

(Source : Solidarités Usagers Psy, (<https://www.solidarites-usagerspsy.fr>) Schéma non exhaustif. Les partenariats varient en fonction des territoires et des acteurs en présence)

Ce schéma²⁷ résume bien le maillage complexe existant en addictologie, avec une place centrale du médecin généraliste et/ou addictologue (il assure le lien entre les dispositifs). Mais la maîtrise de l'orientation en addictologie nécessite un apprentissage particulier, et sa connaissance complète ne relève pas du médecin généraliste²⁷, qui doit par contre connaître les lieux de consultation de premier recours.

Ce sentiment de complexité et de méconnaissance de l'offre addictologique va fréquemment être un obstacle à l'orientation des patients^{6,9}. C'est aussi pour cela que l'on retrouve une forte différence entre la population des patients justifiant de soins en addictologie (estimée par la SFA à 4% de la population française totale, soit 1 500 000 patients présentant une dépendance à l'alcool)²⁸ et celle réellement prise en charge (en 2010, seulement 146 000 patients ont consulté en CSAPA pour des problématiques liées à l'alcool)²⁹. On retrouve donc une proportion d'environ seulement 10% de patients bénéficiant d'une prise en charge qui leur est nécessaire.

3.3. Leviers à l'accompagnement addictologique en ambulatoire.

C'est dans cette optique qu'AGIR33 Aquitaine a développé un annuaire en ligne des ressources, territoire par territoire. www.addictoclic.com est né le 01/01/2015 suite à une étude menée auprès de médecins généralistes⁷ qui trouvaient les informations disponibles auparavant comme « difficiles à retrouver, souvent obsolètes et incomplètes ».

Pour favoriser la connaissance de ses outils et formations, AGIR 33 a mis en place, dès 2005, une Déléguée Santé Prévention⁶(DSP), visitant les médecins ou les pharmaciens pour évaluer leurs besoins et leur niveau d'implication dans le parcours de soins addictologiques. Il s'agit également de leur proposer des solutions adaptées à leur demande.

Son impact sur les médecins visités a été évalué dans la région. Cette visite permet une meilleure connaissance des ressources en addictologie, mais également une participation plus importante aux formations proposées dans le domaine⁸.

La visite de cette déléguée diminue de façon significative les difficultés à orienter les patients en addictologie et augmente l'utilisation déclarée d'un annuaire en ligne. Elle influence moins les difficultés ressenties concernant le repérage et la prise en charge des addictions, mais à court terme (4 à 11 mois)⁸.

Le rôle en addictologie du médecin généraliste, bien que primordial, est problématique à intégrer pour des praticiens sous tension démographique et aux missions démultipliées. Ils ont de plus le sentiment qu'ils n'ont pas les compétences face à des recommandations spécialisées souvent contre-productives par la complexité affichée. Ils répondent en priorité aux demandes des patients, et ceux-ci formalisent rarement une demande en addictologie. Pour leur faciliter la tâche, les associations prenant en charge ces patients implantent des microstructures au sein des maisons médicales avec des permanences³⁰. Une autre solution émergente est la possibilité pour les infirmières ASALEE, aujourd'hui bien identifiées, d'intervenir sur les addictions. Le recours principal demeure toutefois les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), où les médecins généralistes peuvent adresser les patients.

4- Le bassin Marmandais et ses spécificités

Le bassin Marmandais, l'un des trois bassins de santé du Lot-et-Garonne avec Agen et Villeneuve-sur-Lot, lieu concernant notre étude, est un bassin de population de 83 698 personnes selon l'INSEE³¹ situé dans le Lot-et Garonne au sein de la région Nouvelle Aquitaine, pour une densité de 47 habitants/km². On note une population plutôt jeune (20,5% de la population à moins de 18ans), avec le taux de mortalité prématurée (avant 65ans) le plus élevé des 3 bassins de santé.

On compte 35 médecins généralistes sur l'ensemble du secteur (chiffres du Conseil Départemental de l'Ordre), soit un médecin pour 1680 habitants ce qui reste largement inférieur à la moyenne nationale (1 médecin généraliste pour 797 habitants). Et ces chiffres ne prennent pas en compte les médecins partant à la retraite.

La figure 2 montre la carte de répartition des lieux de consultation en addictologie. Les CSAPA sont gérés par deux associations, qui historiquement avaient deux populations différentes :

- L'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) s'occupait principalement d'Alcoologie ;
- La Sauvegarde, s'occupait du cannabis et des opiacés, ayant une vocation de centre méthadone pour faciliter la délivrance auprès des patients, et la mise en place de consultations jeunes consommateurs (consultations centrées sur les problématiques addictives des jeunes patients).

Ces différences n'existent plus aujourd'hui, les deux associations voient la même patientèle, avec une sectorisation du département (chacune des associations ne s'occupe plus que d'un bassin de santé périphérique, Marmande pour l'ANPAA et Villeneuve-sur-Lot pour la Sauvegarde). Il en ressort une concentration des moyens, avec seulement un CSAPA pour chaque bassin de santé périphérique et sa population.

Le secteur d'Agen dispose quant à lui de deux CSAPA gérés par chacune des associations, et d'un CAARUD, centre à disposition des usagers à risques ne s'engageant pas encore dans une démarche de soin, promouvant la gestion des risques (distributions de stéribox, dépistages des IST, etc).

Sur le plan hospitalier, nous disposons d'un centre hospitalier par bassin de santé (Marmande, Villeneuve et Agen) où peuvent être pris en charge les décompensations aiguës des addictions et de leurs conséquences, dont les sevrages indiqués dans ces contextes. Ces sites disposent d'équipes ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie) pour le repérage des patients présentant des problématiques addictives, permettant de les orienter dans la filière de soins addictologiques adaptée à leurs besoins. L'équipe ELSA de l'hôpital de Marmande est à l'heure actuelle en cours de création. Un service de niveau 2 existe, il s'agit du centre Pierre Fouquet permettant les sevrages complexes et la prise en charge de la pathologie addictologique dans sa globalité, via des cures durant entre un et quatre mois.



Point jaune : Centre hospitalier avec service de consultation

Rectangle rouge : CSAPA ANPAA (Association nationale de prévention en Alcoologie et Addictologie)

Rectangle Bleu : CSAPA Sauvegarde avec consultation jeune consommateurs

Rectangle Vert : CAARUD

Figure 2 : Schéma médico-social d'addictologie

(Source : Projet territorial de santé du Lot-et-Garonne³², 2011-2012)

Le bassin de santé Marmandais dispose donc d'une population avec des demandes addictologiques, d'une filière de soins certes réduite mais existante et d'une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne nationale. L'objectif de ce travail de thèse va maintenant être de comprendre comment les médecins généralistes, malgré leur charge de travail, arrivent à gérer les spécificités des demandes addictologiques, et comment ils arrivent à s'approprier les moyens et ressources que nous mettons à leur disposition, ou dans le cas contraire, quels sont les freins à leur utilisation.

5- Question de recherche

Quelle perception les médecins généralistes du Marmandais ont-ils des ressources en addictologie de leur territoire et comment se les approprient-ils pour orienter les patients nécessitant des soins addictologiques ?

6- Hypothèse

Les médecins généralistes connaissent peu tous les moyens et ressources susceptibles de les aider en matière d'addictologie. Quand ils les connaissent, ils ne les utilisent pas pour des raisons qu'ils pourront formuler au cours de l'entretien. Ils proposent alors des pistes de réflexion pour améliorer le parcours de soins addictologique.

7- Objectifs

L'objectif principal de ce travail est d'explorer, au travers des propos des professionnels, les représentations, les perceptions et les stratégies mises en œuvre déclarées des médecins généralistes du bassin Marmandais concernant les ressources et moyens en addictologie disponibles dans leur secteur.

L'objectif secondaire est d'identifier les obstacles et leviers impactant l'utilisation de ces ressources.

Matériel et méthode

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée en focus group, avec des entretiens individuels semi-dirigés pour les praticiens n'ayant pas pu participer au focus group.

Cette méthodologie mixte a été décidée dès la mise en place de l'étude, dans l'objectif de recruter le plus de médecins possibles. En effet, le focus group ne convenant pas à tous les praticiens, nous avons cherché à obtenir le plus de données en proposant également des entretiens individuels pour les médecins en faisant la demande. Notre étude ciblant une population déjà faible (pour rappel, 35 médecins sur le secteur d'intérêt), se limiter à un ou deux focus groups n'aurait pas permis de recruter un nombre de médecins suffisant pour obtenir la saturation des données, ce qui a été possible grâce aux entretiens individuels.

2- Le choix de la méthode qualitative

Méthode de recherche utilisée dans les sciences sociales et humaines depuis 1920 et dans le marketing depuis 1950, la méthode qualitative a depuis les années 90 été adoptée par les chercheurs en santé. Le but de l'analyse qualitative est de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes. Elle permet donc d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles^{33,34}.

Le choix de cette méthodologie n'est pas anodin. En effet, les études quantitatives sur le dépistage et la prise en charge des addictions par les médecins en soins primaires sont fréquentes. Par comparaison, la recherche qualitative consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative³⁵, et ne cherche pas à mesurer ou quantifier.

Nous avons utilisé une méthodologie mixte pour notre travail, liant des entretiens en focus group et en individuel, et une analyse par des personnes différentes aurait pu affecter les résultats. Pour limiter ce biais et s'assurer que nos résultats soient comparables, nous avons préféré effectuer un simple codage.

L'objectif de notre travail est de faire émerger des axes de réflexion sur les limites et les obstacles au parcours de soins addictologiques dans un territoire géographique précis (l'aire de santé du Marmandais) et de trouver des leviers, grâce aux données recueillies auprès des principaux acteurs de santé. La méthode la plus adaptée pour ce genre d'objectif est l'étude qualitative.

3- La population de l'étude

La cible de notre étude était constituée de l'ensemble des médecins généralistes en activité du bassin de santé de Marmande, selon les données fournies par le Conseil départemental de l'ordre des médecins et de la délégation départementale 47 de l'Agence Régionale de santé.

4- Mode de recueil des données

Les médecins généralistes ont été conviés par courrier postal au focus group (contenant une invitation expliquant le projet de thèse et une demande de consentement écrit (annexe 1), deux relances téléphoniques ont par la suite été effectuées.

Deux groupes de médecins ont été prévus.

Lors de l'invitation au focus group, il a également été remis aux médecins un auto-questionnaire (annexe 2), permettant de cibler la population présente à l'évènement.

Le guide d'entretien a été construit à partir des axes de recherche établis et des hypothèses initiales ayant émergées à l'issue de la recherche bibliographique.

Avant de passer aux entretiens codés, nous avons pu expérimenter le questionnaire sur trois médecins généralistes du département (maîtres de stages du doctorant), ce qui a permis d'affiner les questions et de nous préparer au focus group, qui s'est déroulé en premier.

Le guide d'entretien (annexe 3) se compose de trois parties :

- **La perception par le praticien de sa prise en charge en addictologie.** Ceci nous renseignant sur sa pratique en addictologie, afin de faire émerger ses difficultés selon le type de produit.

Nous avons divisé cet état des lieux des pratiques en addictologie en 4 substances : le tabac, l'alcool, le cannabis et les opiacés.

Ce choix nous a permis de travailler sur les deux substances les plus consommées au sein de la population² (alcool et tabac).

Le choix du cannabis nous a permis d'explorer la problématique des jeunes consommateurs, et la façon qu'avaient les médecins généralistes d'aborder cette consommation, peu exprimée.

Le choix des opiacés nous a permis d'aborder la prescription et la gestion des traitements de substitution.

Pour chaque substance, nous avons abordé la question de la prévalence au sein de la patientèle de chaque médecin. Il leur était par la suite demandé quelles difficultés ils rencontraient avec la problématique addictive et les patients dépendants, pour aborder les motifs de consultations, les demandes d'aide (ou leur absence), les différentes méthodes d'initiation de la conversation.

Le fait de rechercher ces problématiques substance par substance, nous a permis de différencier les prises en charge et les discours selon les populations.

Nous avons conclu cette partie par deux questions générales, sur l'orientation des patients en demande de soin et sur le manque de temps. L'orientation permettait un aperçu des réseaux utilisés. Cette question devait nous permettre d'évaluer les difficultés spécifiques à l'orientation, à savoir où adresser, mais aussi quand et comment le faire. Le manque de temps est la problématique la plus fréquemment exprimée dans les études nationales²², et nous avons décidé d'y accorder une question dédiée, pour comprendre comment est géré ce temps pour l'addictologie.

- **L'évaluation des connaissances sur les différentes ressources existantes en addictologie et leur utilisation par le praticien.** Cette partie devait nous permettre de faire émerger les axes de recherche au sujet des limites à la coordination des soins.

Pour aborder ce sujet, nous l'avons divisé en deux grandes questions :

Une question sur la formation, initiale puis au cours de la vie professionnelle, en prenant soin de différencier les deux. La population des médecins généralistes du secteur ayant une grande amplitude dans l'âge, les formations initiales ont été radicalement différentes. Nous espérions alors avoir un aperçu de l'évolution de la formation initiale via ces entretiens.

Nous avons interrogé les médecins sur les formations reçues depuis la fin de leurs études, que ce soit via un DU ou par des formations isolées, qu'elles soient dans le cadre du développement professionnel continu ou via des laboratoires. Cette question nous a permis de dresser le profil de formation des différents médecins du secteur en matière d'addictologie.

La deuxième question concernait les lieux de consultations en addictologie. Nous avons cherché à savoir si les médecins connaissaient ces lieux, et quelles étaient leurs relations avec les soignants y exerçant. Nous avons également abordé la question des outils mis à la disposition des généralistes, et leur application dans la pratique quotidienne. Nous avons alors parlé de la visite de la DSP, rappelant sa fonction au besoin, mais également du site addictoclic.com. Le but de cette partie était de rappeler aux médecins les ayant oubliés l'existence de ces outils, tout en explorant leur utilisation par notre population d'étude.

- **Les besoins des praticiens en matière d'addictologie :** le but était de générer des pistes de réflexions, afin d'améliorer le réseau local d'addictologie. Cette partie du guide d'entretien était plus générale et nous avons préféré ne pas proposer d'idées pour voir ce qui allait émerger

spontanément. Ces propositions nous permettront de réfléchir à des adaptations concrètes à apporter au réseau addictologique local.

La durée potentielle des focus groups a été estimée à 1h.

Dans notre projet, l'idée était de faire participer tous les médecins généralistes du Marmandais volontaires. La question de la saturation des données ne se posait pas ainsi en objectif mais en un constat éventuel, une fois tous les médecins interrogés.

Pour les médecins ne pouvant pas assister aux focus groups proposés, des entretiens individuels semi-dirigés ont été prévus par le protocole, afin de recueillir un nombre de témoignages suffisant.

Ces entretiens se basent sur un guide d'entretien (annexe 4) construit sur les mêmes bases que celui des focus groups, de façon à pouvoir recouper les résultats.

Cette triangulation des méthodes est aujourd'hui admise, voire valorisée, dans le cadre des recherches mixtes.

Le consentement des médecins généralistes était recueilli de manière systématique (annexe 4). Ils ont été enregistrés grâce à un dictaphone, pour rester fidèle à la teneur des propos échangés, tout ce qui ressortait de la communication non verbale étant retranscrit par écrit. Ce travail de retranscription a permis d'anonymiser les entretiens.

5- Mesures éthiques et réglementaires

L'étude n'impliquant pas des recherches sur la personne humaine, la soumission au CPP n'était pas nécessaire au sens du décret n° 2017-884 du 9 mai 2017.

Un dépôt à la CNIL, dans le cadre d'une méthodologie MR-004 a été réalisé avec le soutien du département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Cette autorisation est obligatoire car les données suivantes ont été communiquées par le conseil de l'Ordre des Médecins du Lot-et-Garonne : Noms et numéros de téléphone des médecins généralistes. Les médecins participants à l'étude ont par la suite transmis au doctorant des données sur leur âge, leur sexe, leur lieu d'exercice et leur niveau de formation en addictologie. Le consentement écrit des participants a été obtenu par l'intermédiaire d'un formulaire remis en début d'entretien (annexe 5). Les données ont été conservées le temps de la réalisation de l'étude.

Une procédure d'anonymat des questionnaires a été mise en place consistant à attribuer un numéro de façon aléatoire à chacun des médecins interrogés. Ce numéro était choisi au moment de l'entretien. Ceci permettait de conserver les données appartenant à chaque médecin. Le doctorant était le seul à

pouvoir faire le lien entre les médecins et les questionnaires. L'ensemble des autres exigences requises par la CNIL a été respectée.

6- L'analyse des données

En premier lieu, nous avons enregistré sur dictaphone l'intégralité des entretiens, ce qui nous a permis de faire une pré-analyse lors de la retranscription intégrale des verbatims sur l'outil informatique (via le logiciel Word). Cette première étape donnant une vision globale des problématiques rencontrées. Cette transcription a été faite manuellement, sans reformulation et sans correction, préférant transcrire mot à mot les entretiens réalisés.

Par la suite, nous avons utilisé le logiciel QSR Nvivo 12 (programme d'analyse qualitative des données) pour permettre le travail de codification et de réduction des données.

Nous avons choisi pour méthode d'analyse la théorisation ancrée : pour se faire, nous avons d'abord réalisé un codage des verbatims, permettant de synthétiser l'ensemble des entretiens sous la forme de nœuds, ou points d'intérêts (résumé d'une idée exprimée par la personne interrogée). Nous avons réalisé un simple codage pour cette étude.

Cette partie réalisée, nous avons par la suite procédé à une catégorisation de ces nœuds, leur attribuant un ou plusieurs thèmes en lien avec nos hypothèses initiales, et l'analyse de la littérature. Ceci a permis de relier nos résultats aux différentes questions de recherche.

Par la suite, nous avons mis en relation les différents nœuds au sein de ces thèmes, les imbriquant dans des sous-thèmes permettant d'explorer en profondeur les mécanismes composant nos hypothèses initiales. C'est l'étape que l'on nomme l'intégration.

Une fois toutes les données intégrées au sein des divers thèmes et sous-thèmes, nous avons pu réaliser l'analyse transversale, à savoir émettre des théories à partir des diverses hypothèses établies lors des entretiens, interprétations que nous retrouverons dans la partie discussion de ce travail.

Résultats

1- Population de l'étude

L'étude s'est déroulée du 01 Avril au 30 Septembre 2019. Après avoir contacté et relancé les médecins généralistes, nous avons d'abord réalisé le focus group dans une salle de réunion de l'hôpital de Marmande, en présence de 10 médecins. Nous étions 3 médecins à encadrer ce focus group, le Docteur Audrey GUIARD (directrice de thèse) en qualité d'observatrice ainsi qu'une co-interne, Mme Judith LAHAYE, le doctorant occupant le rôle du modérateur.

Sur les 35 médecins généralistes que compte le secteur au moment de l'étude, 20 ont accepté un entretien.

Nous avons donc pu réaliser un focus group de 10 personnes, qui a été complété par 10 entretiens individuels semi-dirigés.

Les 15 médecins qui n'ont pas participé à l'étude ont été relancé par téléphone deux fois, et n'ont pas souhaité participer soit par manque de temps (concerne 8 de ces médecins), soit par désintérêt pour la problématique (concerne 3 de ces médecins). Quatre d'entre eux n'ont jamais pu être joints, même si leur secrétariat a été contacté.

Tableau I - Caractéristiques des médecins interrogés :

N° d'anonymous	Sexe	Age	Mode d'entretien	Durée d'entretien	Lieu d'exercice	Formation en addictologie	N° Citation
1	Masculin	57	Individuel	21min 10	Semi-urbain	DU Alcool	E1
2	Masculin	58	Groupal	45min 17	Semi-urbain	FI	G1
3	Féminin	30	Individuel	22min 30	Semi-urbain	Stage	E2
4	Masculin	40	Individuel	18min 37	Urbain	DPC	E3
5	Féminin	35	Groupal	45min 17	Urbain	DU Alcool	G2
6	Masculin	41	Individuel	23min 40	Urbain	FI	E4
7	Masculin	59	Groupal	45min 17	Semi-urbain	DU Alcool	G3
8	Masculin	40	Individuel	24min 28	Urbain	DPC	E5
9	Féminin	36	Individuel	19min	Rural	Stage	E6
10	Masculin	45	Groupal	45min 17	Semi-urbain	DPC	G4
11	Masculin	49	Individuel	14min	Semi-urbain	FI	E7
12	Masculin	48	Individuel	13min 55	Rural	FI	E8
13	Masculin	63	Groupal	45min 17	Semi-urbain	DU Addicto	G5
14	Masculin	56	Individuel	17min 50	Rural	DPC	E9
15	Masculin	30	Groupal	45min 17	Urbain	Stage, DPC	G6
16	Féminin	44	Groupal	45min 17	Semi-urbain	FI	G7
17	Masculin	43	Groupal	45min 17	Rural	FI	G8
18	Masculin	49	Individuel	21min 50	Urbain	FI	E10
19	Féminin	34	Groupal	45min 17	Urbain	FI	G9
20	Masculin	41	Groupal	45min 17	Semi-urbain	DPC	G10

DPC : Développement Professionnel Continu
DU Addicto : Diplôme Universitaire en Addictologie
DU Alcool : diplôme Universitaire en Alcoologie
FI : Formation Initiale
Urbain : Exercice dans une ville de plus de 10000 Habitants
Semi-urbain : Exercice dans une ville entre 1000 et 10000 Habitants
Rural : Exercice dans une ville de moins de 1000 Habitants

Le focus group a été réalisé en premier lieu, le 16 avril 2019. Les entretiens individuels se sont déroulés par la suite du 14 juin au 30 septembre 2019.

Au niveau de l'interprétation, nous avons obtenu la saturation des données, à savoir que nous ne voyions plus émerger de nouveaux nœuds dans nos analyses, au 7^e entretien individuel, après les focus groups. L'analyse des entretiens restant a donc permis de renforcer certains éléments de réponse, mais n'a pas apporté de nouveaux champs d'analyse et de réflexion.

On peut noter des différences dues à la forme de l'entretien, notamment sur la difficulté plus importante à prendre la parole devant un groupe qu'en individuel, certains médecins osant moins intervenir au sein du groupe. Ces différences ne sont toutefois pas perceptibles dans l'analyse des réponses qui ont été apportées, notamment grâce à la nature très proche des grilles (d'entretien et de focus group). Les résultats obtenus sont superposables, ce qui a permis une analyse commune de ces résultats.

Néanmoins, pour respecter cette distinction dans nos résultats, nous avons attribué à chaque médecin un numéro de citation, précédé par une lettre indiquant s'il s'agit d'un entretien individuel (E) ou d'un participant au focus group (G).

2- Analyse des entretiens

Les résultats de cette étude ont été divisés en plusieurs chapitres, sur le modèle expliqué dans la partie matériel et méthode. On retrouvera le schéma suivant pour chaque partie : d'abord un rappel de la thématique abordée, avec entre parenthèses le nombre de médecins l'ayant évoquée. Elle sera agrémentée d'une ou plusieurs citations évocatrices.

2.1. Données générales sur la problématique addictologique

2.1.1. Perception de la prévalence des addictions en soins primaires

Pour commencer, il est à noter que ces informations ne peuvent être qu'indicatives, car il s'agit de propos déclaratifs, en réponse à la question « Selon vous, quel pourcentage de votre patientèle souffre de conduites addictives ? », posée aux 20 médecins pour chacune des 4 substances d'intérêt. Elles n'ont pour but que de montrer le ressenti des médecins participant à l'étude, pour mettre en lumière des tendances et des représentations.

Tabac :

Constitue un problème fréquent pour une part importante des médecins interrogés (17)

E5 « *Du tabac oui. C'est presque le plus fréquent. Je dirais environ 5-6 patients dans la semaine* »

E1 « *Je pense que l'on doit rejoindre les moyennes nationales environ 30 %, on retrouve aussi de plus en plus d'ados qui fument tôt.* »

Par contre, de rares médecins interrogés (3) estiment qu'il s'agit d'un problème peu rencontré en consultation

E3 « *J'en vois en gros 5 par mois qui veulent bien essayer de se sevrer* »

Alcool :

10 médecins déclarent rencontrer souvent le problème en consultation :

G1 « *Alors là on a des gros problèmes d'alcooliques* »

E1 « *partie non négligeable de la patientèle qui présente des troubles de l'usage* »

En revanche, 6 médecins constatent un problème peu marqué dans leur patientèle

E3 « *En général, je vois environ un par mois qui vient vraiment pour un sevrage.* »

G2 « *J'en rencontre, la demande est beaucoup, beaucoup, beaucoup moins fréquente* »

On note que pour l'alcool, 5 médecins déclarent que la proportion de leur patientèle présentant des conduites addictives est sous-estimée.

E3 « *autant on ne se gêne pas à dire qu'on fume un paquet de cigarettes autant on ne va pas dire qu'on boit une bouteille de vin à chaque repas* »

E6 « *Je pense aussi que les gens sous estiment leur consommation d'alcool ou en tous cas pour eux ce n'est pas un problème alors qu'ils ont une consommation qui est déjà excessive* »

Cannabis :

On retrouve une prévalence estimée faible pour 11 médecins interrogés

E1 « *ça représente une part négligeable des patients, on doit être sur un 4-5 patients par mois* »

E2 « *je n'ai pas encore eu affaire à des patients avec des problèmes de sevrage au cannabis* »

4 médecins expriment ne pas avoir de difficulté

E3 « *Le cannabis, les opiacés je ne suis pas certain que ce soit le plus demandé ici dans notre milieu rural* »

G7 « *Le cannabis seul on n'en voit pas.* »

La spécificité de cette substance, déclarée par 5 médecins, est le sentiment d'être confronté à une population de consommateur plus jeunes

E1 « *des jeunes trentenaires ou même des ados* »

E2 « *ça touche les ados qui sont très souvent accompagnés* »

On note aussi un certain tabou autour du cannabis, évoqué par 9 médecins, expliqué selon eux par la nature rurale de l'aire de santé.

E3 « *C'est tabou ici. On est en milieu rural alors le cannabis il ne faut pas trop en parler parce que dans le village ça va se savoir* »

E5 « *Vous ne verrez jamais un jeune arriver en consultation ici et dire « je viens parce que je fume du cannabis ». Ici ils considèrent ça comme naturel, ils le cultivent.* »

E8 « *Il y a des gens qui sont consommateurs, mais la spécificité c'est qu'ils sont aussi cultivateurs.* »

Opiacés :

Ici les représentations s'inversent : on retrouve une demande faible exprimée par 7 médecins

E1 « *les opiacés je n'en ai pas eu, on ne les voit pas en médecine générale* »

G3 « *Je n'en ai pas, mais mes collègues beaucoup plus. Ça dépend des patientèles aussi et des profils des médecins* »

Néanmoins, 1 médecin évoque une population plus importante

E2 « *je suis assez surprise car il y en a quand même pas mal, peut être car on est Centre de santé donc ça fait un accès plus facile au soin et nous avons une population plus addict* »

Il est intéressant de noter que pour les médecins interrogés, les problématiques d'opiacés ne concernent que les patients consommant de l'héroïne ou sous TSO, ils occultent totalement les patients sous traitements antalgiques de pallier 2 ou 3 (aucun médecin interrogé n'en parle spontanément).

2.1.2. Motif de consultation

Idée principale	Exemple de citation
Problématique aigue associée (15) -complication somatique (10) -problème comportemental (2) -Problème judiciaire (3)	G10 « <i>ils venaient quand ils commençaient à avoir des bronchites chroniques et ils se faisaient la peur de leur vie</i> » E7 « <i>Parfois on va être appelé au domicile pour un patient qui est tombé, c'est un éthylique chronique</i> » G5 « <i>On reçoit des gens soit en ivresse aigue avec ou sans complication de l'agressivité, violence vis-à-vis d'un tiers, de la famille avec parfois des crises délirantes</i> » E5 « <i>plutôt pour des problèmes d'agression, de suspension de permis</i> »
Demande familiale (5)	E10 « <i>la famille vient nous voir pour parler du problème d'alcool d'un patient</i> » G3 « <i>Il y a aussi des familles qui appellent, l'entourage qui nous dit attention il y a une consommation excessive d'alcool</i> »
Sevrage (3)	G2 « <i>La demande est beaucoup, beaucoup, beaucoup moins fréquente. La demande n'est pas formulée directement</i> » E8 « <i>Jamais de façon spontanée, on ne va pas voir un patient arriver en disant consultation tabac ou alcool, c'est caché.</i> »
Situation d'urgence (7)	E7 « <i>c'est au moment des complications qu'il faut tout faire d'un coup, donc c'est les urgences.</i> »

2.1.3. Abord de la question

Tabac

Idée principale	Exemple de citation
Facilité à aborder la problématique (7)	E2 « <i>Je pose régulièrement la question et si ce sont des nouveaux patients j'aborde facilement le sujet</i> »
Utilisation du conseil minimal à l'arrêt (11)	G3 « <i>beaucoup de personnes évoquent l'envie d'arrêter mais ils n'y arrivent pas tout seul, en général je trouve que le conseil minimal à l'arrêt est efficace en soins primaires</i> » G4 « <i>Le conseil minimal à l'arrêt c'est un outil vraiment utile, rapide</i> »
Pas d'initiation de la conversation (1)	G1 « <i>Je n'initie pas la conversation, sinon ça ne marche pas. Je les laisse venir, puis leur propose de l'aide.</i> »

Alcool

Idée principale	Exemple de citation
Difficulté à aborder la problématique (17)	E5 « <i>Ce sera toujours difficile. Vous buvez du vin, oui trois verres par repas. Spontanément, le patient masquera sa consommation réelle</i> » E1 « <i>Je trouve beaucoup plus difficile d'initier la conversation, les patients coupent vite court en disant qu'ils boivent « comme tout le monde</i> » E6 « <i>Je pense déjà d'une part parce qu'on ne pose pas assez la question autant sur les nouveaux patients je vais très facilement poser la question sur le tabac mais plus difficilement sur l'alcool</i> »
Consommation admise (5)	G7 « <i>c'est l'exception française aussi, picoler c'est devenu normal, y'a qu'à voir chez les jeunes. Du coup les patients, ils nous demandent toujours s'ils vont pouvoir redevenir « comme les autres</i> »
Utilisation biologie (5)	E2 « <i>je vais les amener à pratiquer une prise de sang qui va amener à une prise de conscience</i> » G3 « <i>Je prévois un bilan sanguin pour les confronter en consultation, ils ne nient pas devant des gamma-GT augmentées avec le VGM</i> »

Cannabis

Idée principale	Exemple de citation
Initiation de la conversation (4)	<p>E3 « <i>Je leur en parle mais ils répondent oui je fume une fois de temps en temps quand on fait la fête le week-end mais j'ai bien compris que ce n'est pas que de temps en temps</i> »</p> <p>E1 « <i>évoquer le problème et de les sensibiliser au fait que ce serait bien d'arrêter</i> »</p>
Attente des complications (5)	<p>E1 « <i>Certains viennent en parler parce que leur consommation commence à leur poser des problèmes</i> »</p> <p>G2 « <i>Chez les jeunes j'en ai certains pour qui cela posait des soucis à l'évidence et certains qui m'ont demandé pour s'en débarrasser</i> »</p>
Incitation (1)	G4 « <i>Je les incite à fumer plutôt qu'autre chose. Je ne suis pas dans la censure de ça</i> »

Opiacés

Idée principale	Exemple de citation
Pas d'initiation de la conversation (2)	E8 « <i>Finalement ce n'est pas au prescripteur de proposer du SUBUTEX souvent c'est à l'utilisateur de le demander et le rôle du prescripteur c'est de mettre en garde justement</i> »

2.1.4. Orientation

Idée principale	Exemple de citation
<p>Tabac</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge en ambulatoire (11) - consultations spécialisées rares (4) - population à risque (3) -Orientation en médecine alternative (2) 	<p>E3 « <i>je n'ai besoin de personne puisque le traitement et l'aide au remboursement facilite les choses</i> »</p> <p>E4 « <i>Très peu. En fait il y en a quelques-uns que j'ai orienté mais à leur demande</i> »</p> <p>G3 « <i>J'ai appris récemment qu'une sage-femme faisait des consultations à l'hôpital, et c'est la période où on a vraiment besoin d'un référent adapté, pour le tabac en tout cas</i> »</p> <p>G2 « <i>parfois d'autres solutions enfin ils essaient l'hypnose, l'acupuncture ou autre</i> »</p>
<p>Alcool</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientation en consultation addictologique (11) - Orientation vers un psychiatre (2) 	<p>G4 « <i>Je préfère essayer de « refiler le bébé</i> »</p> <p>E2 « <i>J'aurais plus tendance à me faire aider. J'ai déjà hospitalisé des patients dans le service de Marmande pour une prise en charge</i> »</p> <p>G1 « <i>En général je les envoie chez le psychiatre local</i> »</p>
<p>Cannabis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientation en addictologie (4) 	<p>E5 « <i>Je les adresse systématiquement en addictologie, je trouve ça trop lourd pour l'ambulatoire</i> »</p>
<p>Opiacé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientation en addictologie (1) 	<p>G2 « <i>Je préfère adresser les patients dès qu'on dépasse les problèmes de tabac</i> »</p>

2.1.5. Prise en charge

Idée principale	Exemple de citation
<p>Tabac</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sevrage en ambulatoire (10) - Difficulté avec cigarette électronique (1) 	<p>G4 « <i>C'est une prise en charge que je gère. Je gère mieux cela d'ailleurs que les autres addictions</i> »</p> <p>E5 « <i>j'éprouve des difficultés avec la cigarette électronique, pour qui je n'ai rien contre mais il me semble que l'on ne déconditionne pas du geste et cela me gêne</i> »</p>

<p>- Utilisation des TSN (10)</p> <p>- Pas d'utilisation du Champix (1)</p>	<p>G3 « <i>Je peux proposer effectivement et si je vois que ce n'est pas le moment car ils me le disent je ne le fais pas. Parfois, ils me demandent l'ordonnance et commencent quand ils le sentent</i> »</p> <p>G1 « <i>Toutes les thérapeutiques qui ont été plus ou moins à la mode je n'aime pas trop comme le CHAMPIX</i> »</p>
<p>Alcool</p> <p>- Sevrage en ambulatoire (3)</p> <p>- Utilisation des addictolytiques (1)</p> <p>- Refus de prise en charge (1)</p>	<p>E1 « <i>J'en ai suivi quelques-uns avec cure de sevrage. J'ai également fait quelques sevrages ambulatoires</i> »</p> <p>E6 « <i>J'ai essayé chez eux le SELINCRO ça ne marche pas très bien. Ils veulent y arriver tout seul</i> »</p> <p>E4 « <i>Ceux-là je les ai tous orienté vers l'addictologue libéral de Marmande. Ils y sont allés ou pas. Ils y sont plus allés puis revenus et après je le laisse se débrouiller, c'est plus mon problème</i> »</p>
<p>Cannabis</p> <p>-Pas de sevrage (6)</p> <p>-Substitution par Benzodiazépine (1)</p>	<p>E5 « <i>On se retrouve rarement à faire des sevrages</i> »</p> <p>E6 « <i>Je leur mets une substitution par benzo déjà au moins et comme ils viennent renouveler leurs benzo et bien je garde le lien</i> »</p>
<p>Opiacé</p> <p>-renouvellement TSO (5)</p> <p>-Ordonnance délégation (2)</p>	<p>E4 « <i>Ils viennent chercher leur produit tous les mois, autant initier c'est trop compliqué, autant renouveler je le fais volontiers, j'ai moins de pression</i> »</p> <p>G8 « <i>Je préfère que l'addictologue me délègue la prescription de méthadone, avec les pharmaciens c'est plus facile de proposer une délivrance surveillée</i> »</p>

2.2. Obstacles à la prise en charge addictologique

2.2.1. Manque de temps

Idée principale	Exemple de citation
Manque de temps en consultation (20)	<p>E6 « <i>Il y a déjà un manque de temps à la base pour le dépistage parce que c'est vrai que les patients quand ils viennent pour autre chose on ne prend pas forcément le temps de leur parler de ça</i> »</p> <p>E3 « <i>Ça prend du temps, ce n'est pas l'angine, ce n'est pas l'otite donc effectivement quelqu'un qui prend de la place sur un planning, on peut pas se contenter de 15 min si on veut faire les choses bien. Mais c'est 15 min qui manqueront en fin de journée</i> »</p>
Lourdeur de la prise en charge (6)	<p>G3 « <i>C'est chronophage. Il faut les suivre, les revoir fréquemment. Pour initier un sevrage, il faut avoir du temps à consacrer à ce patient exclusivement, et si ce n'est pas possible ça ne marche pas</i> »</p>

2.2.2. Manque de formation

Idée principale	Exemple de citation
Formation initiale insuffisante (10)	<p>G4 « <i>Ma formation initiale là-dessus elle a quelques décennies et à l'époque on n'avait pas grand-chose. Non on n'avait pas une formation grandiose sur l'addictologie</i> »</p> <p>G3 « <i>Non pas vraiment. Je pense qu'en formation on avait une après-midi environ sur le cursus, en 10 ans, ça ne fait pas large</i> »</p>
Manque de formation continue (5)	<p>G3 « <i>Je trouve qu'il y a peu de formations dédiées par la suite</i> »</p> <p>E5 « <i>On ne trouve pas beaucoup de formation dans ce sens</i> »</p>
Manque de temps pour la formation (1)	<p>E9 « <i>On est tous d'accord pour évoquer des formations, mais c'est le temps qui nous fait défaut</i> »</p>
Différence de traitement entre les substances (1)	<p>G5 « <i>Je trouve qu'on est bien formé sur le tabac et sur l'alcool, mais la formation est beaucoup plus légère sur les autres produits</i> »</p>

2.2.3. Mise en difficulté par le patient

Idée principale	Exemple de citation
Déni de la problématique (1)	E5 « <i>dans 90 % des cas c'est qu'ils n'admettent pas le problème et s'ils n'admettent pas le problème je ne peux pas les soigner</i> »
Agressivité (4)	E1 « <i>Il y a souvent des problèmes d'agressivité en consultation avec cette patientèle</i> » E2 « <i>Cependant pour la motivation les gens sont un peu sur la défensive</i> »
A priori sur le patient dépendant (4)	E10 « <i>ce sont des patients qui ont tendance à ne pas y revenir</i> » G1 « <i>Je leur laisse les junkies</i> » E4 « <i>C'est 50 % du boulot d'un médecin carcéral, tous les toxicos finissent là-bas de toute façon</i> »
Frustration (8)	G2 « <i>ce n'est pas que ça ne m'intéresse pas mais c'est quelque chose qui est difficile et pour ma part je cherche à être efficace et je trouve que ce n'est pas le cas</i> » E1 « <i>D'une manière générale, on est confronté aux mêmes réponses, c'est frustrant</i> »

2.2.4. Méconnaissance des lieux de consultations

4 médecins ont déclaré spontanément ne pas connaître les lieux de consultations locaux en addictologie. Il est toutefois à noter que sur ces 4 médecins, 2 sont de nouveaux installés sur le secteur.

G1 « *Le CSAPA, qu'est-ce que c'est ?* »

E6 « *On manque effectivement d'informations et ça c'est un gros souci pour moi pour l'alcool on n'est pas très bien informé des structures qui existent* »

2.2.5. Manque de place en aval

Idée principale	Exemple de citation
Confusion dans le parcours addictologique (6)	G2 « <i>c'est un labyrinthe l'addictologie, alors quand on n'est pas de la partie... »</i>
Délais de consultation longs (4)	E1 « <i>avant qu'ils n'obtiennent un rendez-vous ils ne sont plus motivés »</i> E8 « <i>Avec des délais de 3 mois, vous ne pouvez rien faire, c'est compliqué pour eux mais nous on ne peut pas se reposer sur eux non plus »</i>
Immédiateté (8)	G1 « <i>la demande est toujours dans l'urgence voire même la veille car sinon ils n'iront pas »</i> E7 « <i>C'est-à-dire moi je fais quoi ? Parce que là vous avez rendez-vous dans une ou deux semaines je ne sais pas mais je fais quoi en attendant »</i>
Peu de structures existantes (7)	E2 « <i>Certaines ressources ne sont disponibles que sur Agen »</i>
Pas de parcours coordonné local (2)	E9 « <i>Ces gars-là sont dans la nature on n'arrive pas à leur donner un parcours de soins »</i>

2.2.6. Problème de communication avec les spécialistes

Idée principale	Exemple de citation
Sentiment d'abandon par les spécialistes (1)	G10 « <i>C'est à nous de les récupérer, mais souvent le CSAPA ne nous a pas donné trop d'infos »</i>
Exclusion de la prise en charge (4)	G4 « <i>J'avais rencontré toute l'équipe et puis derrière ça plus rien, silence radio, je n'ai pas de retour. J'y ai envoyé du monde pourtant mais je n'ai jamais eu le moindre retour. Pas de coup de fil, pas de contact, rien. »</i>
Pas de demande exprimée (2)	G2 « <i>Je ne suis pas demandeur de courrier »</i> G8 « <i>En même temps, on leur en demande pas non plus de retour, faut être honnête »</i>

2.2.7. Autres freins à la prise en charge

Idée principale	Exemple de citation
Sentiment de peu d'efficacité (2)	E3 « <i>Est-ce que ça marche ou pas, je n'ai pas de succès retentissant</i> »
Problématique de la complexité et des coaddictions (6)	E8 « <i>la problématique de l'alcool qui va les amener à faire la connaissance d'autres consommations</i> »

2.3 Utilisation des leviers mis à disposition

Idée principale	Exemple de citation
Visite de la déléguée santé prévention (20) -Ne l'ont pas reçu (7) -l'ont reçu mais n'ont pas mis en application (10) -mise en application des informations fournies (3)	G4 « <i>Non pas du tout. AGIR 33 j'ai entendu parler mais je n'ai jamais croisé personne, ça pourrait être intéressant</i> » E9 « <i>je l'ai reçu il y a deux ans, mais je ne me souviens plus trop de ce dont on avait parlé</i> » E5 « <i>Oui effectivement. Elle m'avait parlé d'addictoclic, j'ai connu le centre Pierre Fouquet grâce à elle</i> »
Addictoclic (20) -méconnaissance de l'outil (5) -connaissance mais pas d'utilisation (10) -utilisation de l'outil (5)	G1 « <i>Non et je suis peu branché informatique</i> » E6 « <i>Effectivement il existe le site mais il faudrait y aller mais c'est vrai que je n'ai pas trop le réflexe et pas toujours le souvenir du nom du site</i> » G8 « <i>Moi je m'en sers pas mal, parce que parfois c'est des patients qui viennent de secteurs différents du notre</i> »
Mesure de Santé Publique (9) -Majoration du prix du tabac (1) -Remboursement des substituts nicotiniques (2) -Utilisation du Subutex en médecine générale (6)	E6 « <i>L'augmentation du prix du paquet à beaucoup joué et de ce fait cela entraîne plus de demandes d'arrêt depuis la dernière augmentation et depuis le remboursement des substituts parce que ça les motive</i> » E5 « <i>Comme maintenant c'est remboursé c'est encore plus facile</i> » E7 « <i>Le Subutex a changé notre façon de prendre en charge les patients</i> »

Utilisation de données internet (3)	G3 « <i>Sur internet y'a un fouillis de données contradictoires, je ne trouve pas ça adapté</i> »
-Utilisation de sites spécialisés (Fédération Addictions, addictutos) (2)	
-Suite au passage d'un visiteur médical (1)	G6 « <i>Y'a le passage de certains labos pour les traitements, ça clarifie les choses</i> »

2.4. Utilisation des ressources à disposition

Idée principale	Exemple de citation
Recours au CSAPA (5)	E3 « <i>J'envoie à Marmande au CSAPA de manière systématique</i> »
Recours à la Sage-femme addictologue (1)	E1 « <i>Il y a une sage-femme qui fait des consultations de tabacologie, J'ai déjà eu l'occasion d'orienter des patientes enceintes parce que j'avais des difficultés pour le sevrage</i> »
Recours à un addictologue libéral (3)	E4 « <i>Je les ai tous orientés vers l'addictologue libéral de Marmande</i> »
Recours au service de médecine de Marmande (2)	E2 « <i>J'ai déjà hospitalisé des patients dans le service de Marmande pour une prise en charge</i> »
Utilisation du centre de niveau 2 d'Agen (4)	E5 « <i>Je me tourne vers le centre de cure d'Agen</i> »

2.5. Propositions des médecins participants à l'étude

Idée principale	Exemple de citation
Formation locale (6)	<p>G3 « <i>Pourquoi pas mettre en place des réunions au format GEAP, on viendrait avec nos problèmes et ça permettrait de voir qu'on n'est pas les seuls dans ce cas</i> »</p> <p>G6 « <i>Des formations de temps en temps sur l'addictologie qui pourraient effectivement être sur un sujet spécifique à la fois</i> »</p>
Médecin coordonnateur local (5)	<p>G3 « <i>Un coordonnateur sur le secteur, quelqu'un qui serait joignable pour répondre à nos questions</i> »</p>
Travail en réseau (7)	<p>E8 « <i>Faire quelque chose de clair, d'identifié parce que ça marche que quand il y a un réseau</i> »</p> <p>G4 « <i>Je ne demande pas mieux que d'avoir une filière sûre locale, fiable et sécurisée</i> »</p>
Souhait de structure relais (4)	<p>G10 « <i>Une structure locale serait intéressante. Il y a d'énormes besoins</i> »</p> <p>G2 « <i>J'aimerais avoir une structure à qui les confier parce que non pas que je veuille les abandonner et je leur dis souvent mais parce que je veux que ce soit fait comme il faut</i> »</p>
Formation d'une équipe mobile (2)	<p>E2 « <i>Le fait d'avoir une équipe qui se déplace, c'est la problématique principale. On doit commencer par ça</i> »</p>
Partage de l'information (4)	<p>E6 « <i>L'information sur le réseau qui existe, d'avoir comme une plaquette avec les différents numéros pour l'hôpital, pour la consultation</i> »</p> <p>G3 « <i>Pouvoir travailler par l'intermédiaire de Globule, pour avoir des réponses plus rapides et échanger plus rapidement</i> »</p>

Discussion

Notre étude montre qu'il existe une grande diversité selon les médecins généralistes qui s'estiment plus ou moins aptes à prendre en charge les différentes addictions, ce qui avait été démontré par P. GALLOIS³⁶, sous réserve d'un savoir être et d'un savoir-faire.

1- Forces et limites de l'étude :

L'approche qualitative, par focus group et entretien individuel semi-dirigé, nous permet d'identifier des valeurs culturelles et les représentations des sondés. C'est ce qui nous a fait préférer cette méthodologie. Nous allons nous baser sur la grille COREQ pour l'analyse des forces et limites.

Ce travail est original de par son approche locale, les études antérieures privilégiant de grandes cohortes³⁷. Les études qualitatives existantes sur le sujet ne portent que sur une substance psychoactive^{38,39}, ou ne ciblent que des médecins spécialistes⁴⁰ ou généralistes possédant des compétences en addictologie⁴¹. Mais nous savons que l'accompagnement des patients pour leurs addictions, du repérage au suivi, repose en grande partie, pour ne pas dire essentiellement, sur le généraliste.

La petite taille de l'échantillon (20 médecins sondés) a permis tout de même d'atteindre la saturation des données. Bien que ce ne soit pas un objectif en qualitatif, cet échantillon représente plus de la moitié des médecins du secteur. Les variables d'intérêt sont représentées avec une population variée au niveau des âges, du sexe, de lieu d'exercice urbain, semi-rural ou rural et réparties dans les deux modalités d'intervention (focus group ou entretien individuel).

L'ensemble des données des entretiens individuels a été collecté par le même investigateur, à savoir le doctorant. On retrouve donc une cohérence dans les entretiens, favorisée par la détermination à l'avance des thèmes abordés. Le guide d'entretien réalisé conjointement avec les deux directeurs de thèse a fait l'objet de nombreuses révisions, basées sur les données de la littérature. L'analyse des entretiens individuels et des focus groups par le même investigateur a permis de vérifier que les différences inhérentes à la méthodologie mixte (réaction liée à l'effet de groupe, plus de facilité à aborder les difficultés ressenties en entretien individuels) n'étaient pas perceptibles dans les résultats obtenus, et donc autoriser une analyse commune. Ces précautions ont permis d'avoir une cohérence entre nos résultats et les données déjà existantes, et donc de limiter les biais méthodologiques.

De par sa nature qualitative, notre étude présente des biais, induits par la nature même de l'étude : premièrement, le risque d'une interprétation erronée ou personnelle des entretiens, majorée par l'absence de double codage (favorisant un biais de jugement), deuxièmement la taille de l'échantillon, qui ne peut être statistiquement représentatif, rendant complexe la généralisation de nos résultats³⁴. Au total, 15 médecins sur les 35 présents dans le secteur n'ont pas souhaité participer à notre étude, pour des raisons qui ont été abordées dans les résultats. Cela représente 40% de la population médicale qui n'a pas pu s'exprimer sur le sujet, entraînant de fait un biais de sélection. Mais ce biais est accepté en qualitatif et est beaucoup moins important ici vu la population d'étude réduite.

Ce biais de sélection peut aussi être lié au recrutement des praticiens, qui s'est fait par courrier et appels téléphoniques. Un recrutement en face-à-face aurait pu le limiter, mais cette solution était peu envisageable du fait des emplois du temps des médecins du secteur et de l'investigateur.

Du fait que nous cherchions à interroger l'exhaustivité des médecins du territoire, nous n'avons pas recruté ceux-ci en variation maximale selon des variables d'intérêt. Si ceci est habituellement considéré comme un biais dans une méthode qualitative, nous pouvons argumenter que la recherche d'exhaustivité a permis d'obtenir une variation maximale dans les faits.

Nous pouvons également comparer notre population de médecins sondés au reste de la population d'intérêt (pour rappel 15 médecins sur les 35 que compte la zone n'ont pu être interrogés) : le profil des médecins n'ayant pas participé est comparable aux médecins inclus, tant sur le plan du sexe (sex-ratio similaires) qu'au niveau du mode d'exercice (qu'il soit urbain, semi-urbain ou rural). La vraie différence dans ce profil type se retrouve au niveau de l'âge, avec une moyenne d'âge bien plus élevée sur les médecins non interrogés. Cette variable, expliquée par une forte proportion de jeunes installés sondés, entraîne un biais de représentation.

2- Analyse des résultats des différents entretiens :

2.1. Représentations des médecins interrogés sur la prévalence des addictions.

Pour rappel, nous montrions dans l'introduction l'ampleur du problème représenté par les substances psychoactives en France². Nous retrouvons chez les médecins généralistes interrogés la prédominance de la problématique du tabac, devant celle de l'alcool, qui sont toutes deux évoquées par l'ensemble des sondés. Le cannabis est signalé dans les populations plus jeunes, mais reste beaucoup moins évoqué, moins recherché de l'avis des médecins. La substitution aux opiacés les implique également, dans la mesure où ils font office de prescripteurs (pour la buprénorphine tout du moins, un seul

médecin nous a parlé de méthadone) mais ils déclarent moins être dans le dépistage concernant les opiacés.

On retrouve dans nos résultats de fortes variations dans les prévalences décrites par les médecins interrogés, sur une même substance psychoactive. On voit alors dans les résultats que certains médecins vont nous parler de la patientèle présentant des conduites addictives (souvent très élevée) et celle en demande d'aide lors des consultations (on retrouve alors des prévalences plus faibles). Cette distinction peut découler d'une interprétation différente de la question posée (« Comment percevez-vous le pourcentage de votre patientèle souffrant de troubles addictologiques »), et intervient logiquement sur nos résultats.

Leurs représentations de la prévalence sont très variables car certains ont conscience d'une prévalence élevée dans la population, ce qui les préoccupe et ils ont cette vigilance. Tandis que d'autres ont une perception d'une prévalence faible car ils se basent sur les demandes d'aide des patients, forcément d'autant plus réduites que l'on affiche une absence d'intérêt.

EROPP⁴²(Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) est une enquête réalisée par l'OFDT depuis 15 ans, nous nous basons ici sur le rapport de 2018.

On note que les français s'estiment assez bien informés sur les substances psychoactives (68% de la population), mais évoquent principalement le cannabis (88%), la cocaïne (68%) et l'héroïne (50%). L'alcool et le tabac ne font pas partie, pour la majorité de la population, des produits à risque. On retrouve la même problématique avec la dangerosité, variant selon la substance consommée (exemple : 10% des français estiment que l'alcool est dangereux dès que l'on essaye, contre 48% pour le cannabis).

Une confusion fréquente est retrouvée dans notre travail entre les troubles liés à l'usage des substances et les troubles de l'usage. Les médecins se focalisent bien davantage sur les conséquences des addictions que sur la maladie addictive elle-même.

On retrouve également la stigmatisation des toxicomanes, avec un refus de prise en charge évoqué par certains médecins, ou la banalisation de certaines substances (cannabis principalement), certains médecins évoquant « un tabou » au sujet du produit.

2.2. Rôle du médecin généraliste en consultation

Les médecins se sentent plus à l'aise pour les consommations de tabac, avec une recherche plus systématique au cours des consultations, et l'utilisation souvent signalée du conseil minimal à l'arrêt. Ils déclarent également une demande plus importante des patients, qu'ils mettent en lien avec la politique actuelle de santé publique (majoration du prix du tabac, remboursement TSN, ...).

Aucune mention n'est par contre faite des tests aidant au dépistage, comme le Test de Fagerström. Ceci peut témoigner soit d'une absence de prise en charge après le repérage, soit d'une insuffisance des connaissances, soit plutôt, d'un test vécu comme non utile à leur pratique. En effet, beaucoup soulignent accompagner certains patients pour leur addiction au tabac. Par contre, nous ne pouvons pas extrapoler sur la qualité de cet accompagnement. Par ailleurs les médecins vivent les accompagnements comme peu efficaces. Ceci dépend de l'objectif visé et des critères d'atteinte de cet objectif. On peut supposer qu'il s'agit d'un arrêt définitif du tabac. Dans cette perspective, vu la fréquence des rechutes, le sentiment d'échec peut être fort. Mais ceci dépend aussi de la qualité de l'accompagnement, les résultats pouvant atteindre 60% d'arrêts à 6 mois, avec les meilleurs suivis. Peu de traitements atteignent cette efficacité en médecine, sur une maladie chronique. Il s'agit donc de changer les représentations en améliorant la qualité des accompagnements et en reformulant les objectifs : à court terme, atteindre l'objectif partagé avec le patient (réduction contrôlée ou arrêt) ; à moyen terme, prévenir la rechute ; à long terme, espacer les rechutes et diminuer leurs durées. A tous les termes, le médecin généraliste a un rôle majeur. Ceci peut être soulevé pour toutes les addictions, notamment celles évoquées plus loin.

Pour l'alcool, le repérage systématique est beaucoup plus rare, et on va voir une utilisation de la biologie, pour apporter un support à l'interrogation, ce qui témoigne encore d'un centrage sur les troubles liés à l'usage. Cela est également en lien avec un motif de consultation, qui est rarement celui du problème d'alcool, mais plutôt lié à une complication de la consommation, qu'elle soit somatique, sociale, relationnelle ou judiciaire. La question de la consommation est souvent amenée par la famille, situation qui met les médecins interrogés mal à l'aise quant à la prise en charge.

Ils déplorent par contre de trop souvent se retrouver confrontés à des situations d'urgences, par manque d'anticipation de leur part ou de celle du patient, les amenant à orienter le patient vers les urgences les plus proches. S'ils considèrent cette orientation comme la plus simple, ils ont conscience de sa non pertinence, sur le plan de l'efficacité et de l'efficience.

A noter également l'absence quasi-totale d'évocation de l'entretien motivationnel dans les discours, qui permettrait de temporiser, de travailler les résistances, de s'appuyer sur les valeurs de la personne en les « épaississant » afin d'augmenter la motivation à changer un comportement divergent de ses valeurs. Les indications des hospitalisations sont encore la cure de sevrage ou les décompensations aiguës de l'addiction et de ses conséquences, sans que des accompagnements adaptés aient pu être mis en place en ambulatoire, de façon plus sereine⁴¹.

Concernant le cannabis, rares sont les médecins initiant une conversation, avec un attentisme de la majorité, souvent jusqu'à l'apparition des conséquences délétères. Le problème évoqué est celui de la ruralité, les patients ayant peur de confier ces consommations problématiques et de se retrouver jugés⁴² (en cohérence avec le rapport de EROPP).

Les opiacés ne font quant à eux pas l'objet de démarches d'initiation de la part des médecins et ils expliquent se contenter de les renouveler. L'initiation est majoritairement du fait du CSAPA sur le secteur, ou lors d'un passage en centre de niveau deux. Une majorité des médecins sondés estiment qu'il n'y a pas de problèmes liés aux opiacés, car ils n'en rencontrent pas en pratique quotidienne. Mais aucune question n'est posée en entretien,

La prise en charge est substance dépendante, liée également aux représentations des médecins interrogés : le fumeur de tabac est unanimement décrit comme simple à prendre en charge, avec une utilisation quasi-systémique des traitements de substitution nicotinique. Les représentations sur la varéclique demeurent cependant toujours négatives, malgré l'étude EAGLES⁴³, le remboursement et la sortie de surveillance renforcée. L'alcool est un problème également pour la prise en charge, avec un vécu d'impuissance de la part des médecins, préférant les orienter (on a les mêmes résultats pour le cannabis et les opiacés). On ne voit pas émerger la possibilité d'une décision partagée d'un choix entre la réduction contrôlée et l'abstinence, particulièrement contributive en médecine générale¹⁹. L'objectif est toujours idéalisé autour d'une abstinence totale et définitive, au mépris de toutes les connaissances actuelles en addictologie. Il est clair que dans cet idéal, la quasi-totalité des accompagnements aboutiront, tôt ou tard, à une situation vécue comme un « échec », avec la représentation que les traitements sont inefficaces.

Les traitements de substitution aux opiacés (buprénorphine ou rarement méthadone), sont quant à eux renouvelés, mais aucun médecin ne déclare en instaurer, plus par habitude que par réelle peur. On note toutefois un discours encourageant de la part des médecins concernant la buprénorphine, dont l'utilisation en médecine générale semble plus évidente que de passer par l'ordonnance de délégation

nécessaire à la méthadone. Les médecins interrogés ne font aucune mention du mésusage possible avec ces traitements, mésusage qui ne semble pas non plus être recherché à l'entretien.

L'information intéressante soulevée par les généralistes interrogés est qu'une fois le problème de dépendance posé, la prise en charge change pour être celle d'une maladie chronique. En ça, on note une évolution dans les consciences des praticiens

3- Les principaux obstacles à la prise en charge :

3.1. Le manque de temps :

Il est décrit par l'ensemble des médecins interrogés, avec quelques nuances. Certains décrivent un manque de temps pour la consultation addictologique, d'où l'intérêt pour le conseil minimal à l'arrêt, peu chronophage, mais peu efficace.

Une partie déclare un manque de temps pour la prise en charge globale, du dépistage au suivi du traitement initié.

L'utilisation de l'entretien motivationnel en médecine générale n'est évoquée que par un des médecins interrogés, possesseur d'un DU en alcoologie et donc sensibilisé. L'apport de cette méthode permettrait pourtant une meilleure gestion du temps médical consacré à l'addictologie^{21,44}. Il s'agit plutôt ici d'être dans les bonnes postures relationnelles, laissant un espace de parole au patient pour évoquer ses difficultés, pour qu'il puisse externaliser son problème, et reconstruire une meilleure image de lui avec l'aide de son médecin. Les médecins s'évoquent comme surchargés, dérangés dans leurs consultations, à courir en permanence. Face à ce médecin, le patient doit sentir qu'il dispose de peu d'espace pour accueillir sa parole et évoquer ses troubles d'usage.

Perspective : face à ce constat, on pourrait s'appuyer sur les IDE « Asalée » pour accompagner les patients repérés par les médecins, au sein des maisons de santé. Il est probable que certains médecins pourraient, en sanctuarisant la consultation avec ces patients (ne pas être dérangé durant la consultation), et en adoptant une attitude sereine et intéressée, montrer au patient que l'on se rend disponible pour lui, ne serait-ce que 10 mn.

3.2. Le manque de formation :

La population des médecins interrogés représentait toutes les tranches d'âge, et il ressortait que, qu'elle que soit l'époque de formation initiale, celle-ci est insuffisante en addictologie.

Il faut reconnaître que l'étude des addictions ne représente qu'une minuscule partie de l'enseignement nécessaire pour les ECN (Item 73 à 77, soit 4 items sur 362 au programme). « *Je trouve qu'on est bien formés sur le tabac et sur l'alcool, mais la formation est beaucoup plus légère sur les autres produits* ». Ce propos d'un des médecins est assez conforme à l'ensemble de nos résultats, de manière générale.

Il faut toutefois souligner que les meilleurs impacts sur les pratiques sont obtenus dans le cadre des formations expérientielles, en situation. La majorité des internes de médecine générale de l'université de Bordeaux passe ainsi, au cours de leurs stages, en CSAPA ou dans les services hospitaliers d'addictologie. Les retours sur ces stages, récents, sont très positifs^{45,46}.

L'offre de formation continue semble restreinte pour les médecins interrogés. Nous savons pourtant que ces formations existent et sont proposées, mais ne correspondent peut-être pas aux attentes des médecins : une étude qualitative s'est penchée sur les attentes des médecins généralistes⁴⁷ sur la consommation d'alcool. Il ressort que ces formations devraient être interactives, pour partager et critiquer les expériences vécues, et donner des repères simples quant à l'intervention brève. On sait que les médecins généralistes se mobilisent très peu pour ces formations.

Au niveau du contenu de ces formations secondaires, il convient de former les médecins généralistes au repérage, principalement ceux sur lesquels ils se sentent en difficulté, notamment sensibiliser au RPIB²¹ ou aux différents tests de dépistage de la dépendance alcoolique (notamment AUDIT-C)⁴⁸. La formation au conseil minimal a porté ses fruits sur le secteur, et les médecins se sentent majoritairement compétents en matière de dépistage et de substitution tabac. Des formations aux outils de dépistage pour les autres substances pourraient alors leur être bénéfique.

La préoccupation principale des médecins, en addictologie, est plus celle des attitudes, des comportements, du savoir-faire, plus que des connaissances³⁶. Certains d'entre eux refusent donc la prise en charge de certaines addictions. Le manque de motivation, la frustration lors d'échecs successifs à atteindre un idéal d'abstinence définitive, les spécificités de chaque patient (immédiateté, co-addiction, agressivité), les a priori des médecins sur les différentes substances vont compliquer la prise en

charge. Ces éléments peuvent également expliquer une certaine réticence au moment d'aborder la problématique addictive. Sans oublier les propres addictions des médecins qui n'ont pas pu être évoquées lors de notre travail.

Il se pose également le problème du déni de la problématique : « *s'ils n'admettent pas le problème je ne peux pas les soigner* ». Faire du repérage chez des patients qui ne sont pas dans une démarche de soin semble paradoxal aux médecins interrogés, contrairement à ce que les études peuvent suggérer^{36,41}. Pourtant ce repérage permet au patient d'identifier le fait que son médecin s'intéresse à ses comportements. De plus, le lien sera ensuite facilité entre le comportement identifié et certains problèmes somatiques, psychologiques ou sociaux.

Perspectives : Renforcer la formation initiale en addictologie serait une première étape, en se basant par exemple sur ce qui se fait déjà sur l'Université de Bordeaux (du E-Learning à disposition de tous les étudiants, une journée de formation dans le cursus de l'internat, des stages en CSAPA....), ou envisager d'évoquer la prise en charge addictologique lorsque l'on étudie une complication médicale d'une consommation (exemple la cirrhose, la BPCO) pour que les liens se fassent plus facilement dans l'esprit des étudiants. Quant à la formation continue, nos résultats indiquent qu'il faut se concentrer sur les méthodes de repérages (RPIB en tête), en proposant des choses concrètes et applicables au quotidien.

3.3. Difficulté d'orientation :

On note un obstacle fréquemment soulevé par les médecins, qui est celui du manque de places disponibles en aval, se plaignant surtout de délais de consultation longs (ce que le médecin exerçant au CSAPA local confirme, avec des délais pour un premier rendez-vous avec lui atteignant les 3 mois), ou du nombre de structures existantes limité (pour rappel, le secteur dispose d'un CSAPA, d'une sage-femme addictologue exerçant à l'hôpital, d'un addictologue libéral et de 2 psychiatres libéraux).

Le rôle du médecin généraliste est central dans la prise en charge de la maladie addictive, en premier recours et dans le suivi. L'orientation en consultation spécialisée ou en centre dédié n'est d'ailleurs recommandée qu'en cas d'échec de la prise en charge initiale, selon la HAS⁴⁹.

Il paraît important, en lien avec le chapitre précédent, de mieux former les médecins généralistes au repérage et à la prise en charge en premier recours plutôt que d'orienter le patient, saturant ainsi les ressources disponibles. D'un autre côté, les patients s'adressent souvent directement aux structures spécialisées, pour diverses raisons. Sans doute certains n'ont pas envie de montrer à leur médecin une mauvaise image d'eux-mêmes, celle de leurs conduites addictives souvent stigmatisées. Parfois, ils ont également senti que ceci ne l'intéressait pas ou le mettait en difficulté. Enfin, certains pensent que leur médecin n'est pas compétent en ce domaine.

Une fois les patients pris en charge par les structures spécialisées, les médecins déclarent un manque d'information sur leur devenir, même si certains confessent ne pas le vouloir spécialement. Effectivement, les soins secondaires dans d'autres domaines font généralement un retour par courrier aux médecins généralistes. En addictologie, il semble que ceci soit moins souvent le cas, du fait que les patients ont tendance à cloisonner, mais aussi du fait qu'une prise en charge pluridisciplinaire rend un courrier de synthèse plus complexe⁵⁰. Convier systématiquement les médecins généralistes aux réunions de synthèse concernant leur patient pourrait limiter cet obstacle, mais est utopique, car ils ne seraient pas rémunérés et sont déjà débordés. On peut citer l'exemple des réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie, aboutissant à des comptes rendus adressés à tous les professionnels désignés par le patient.

Perspectives : des solutions sont possibles aux difficultés d'orientation. Favoriser la prise en soins par le médecin traitant en proposant des formations accessibles autour d'outils de médiation simples, faciles à mettre en œuvre dans une activité normale de médecine générale (www.addictutos.com). Informer sur les ressources d'aval, pour orienter les patients difficiles à accompagner ou en décompensation aiguë de leurs addictions (www.addictoclic.com). Favoriser les parcours alternés entre les soins secondaires et primaires, reproduisant ce qui est habituellement fait dans les autres maladies chroniques⁴⁸. Favoriser des activités mixtes pour les médecins généralistes du territoire avec des vacations en soins secondaires, pendant quelques années, pour acquérir les compétences en addictologie.

4- L'utilisation des leviers mis à disposition :

Ces différents leviers, qui ont été présentés dans l'introduction, sont nettement moins abordés par les médecins interrogés que les obstacles à la prise en charge, malgré des questions spécifiques à ce sujet lors des entretiens.

4.1. Visite de la Déléguée Santé prévention (DSP) :

Mise en place par le réseau AGIR33 Aquitaine grâce à un financement ARS Nouvelle-Aquitaine, la visite de la DSP se fait auprès des médecins du secteur. Son rôle est d'assurer une information relative au réseau addictologique existant, et le rappel de l'existence des leviers précédemment mis en place (addictoclic, addictutos, distribution de plaquettes sur les bonnes pratiques), pour créer un réseau de médecins généralistes sensibilisés et formés au dépistage. Des études^{6,8} ont démontré son intérêt sur une meilleure connaissance des ressources et sur une orientation facilitée.

Au niveau théorique, on y voit un réel intérêt. Mais en pratique, cet outil n'est pas utilisé par les médecins généralistes, une grande majorité des médecins sondés ayant déclaré ne pas l'avoir rencontré, ou alors ne pas se souvenir de ce qui avait été évoqué. Ceci est sans doute lié à la fréquence trop espacée des visites (tous les deux ans environ), et sur le développement des secrétariats téléphoniques et prises de rendez-vous en ligne, qui bloquent l'accès aux médecins.

Perspectives : L'important serait de disposer d'un plus grand nombre de DSP afin de permettre une visite tous les 6 mois ou au plus tous les ans. L'orientation des cas complexes par la plateforme territoriale d'appui (PTA) pourrait aussi venir en appui. Enfin, un accès facilité aux addictologues du territoire pourrait permettre d'éviter des consultations, en disposant de conseils pour une poursuite de l'accompagnement en ambulatoire.

4.2. Utilisation de ressources informatiques :

Le projet addictoclic.com, mené par AGIR 33 Aquitaine suite à la thèse de N. GOURLAT⁷, consiste en un annuaire des lieux de consultations en addictologie, secteur par secteur, sur l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine. Il a été créé dans le but de rompre l'isolement des médecins généralistes, leur proposant des lieux d'orientation adaptés à chaque problématique.

Le problème est ici différent. Les informations ont été retenues par les médecins, une grande majorité des sondés connaissant ce site, mais son utilisation n'est pas aussi répandue. Ils évoquent un manque de temps, ou un oubli en consultation. Au final, on retient surtout que les médecins ont en grande partie leur réseau propre, développé au fil du temps et des expériences, et qu'ils préfèrent y recourir de façon systématique. Chaque médecin s'est donc forgé son réseau de professionnels, et on note une grande diversité (entre les praticiens adressant au CSAPA, à l'addictologue libéral voire au centre de niveau 2 d'Agen). Une piste à explorer pour l'avenir serait d'essayer de remettre du sens dans les pratiques, en proposant un réseau adapté à chaque situation, mais clairement identifié (ce qui ne semble pas encore être le cas selon les médecins interrogés). Une autre problématique est l'instabilité de l'existant, les consultants salariés changeant souvent et les structures modifiant leurs organisations. Le site www.addictoclic.com est souvent donné aux patients ou découvert en autonomie par ceux-ci. Ils s'orientent en fonction de la proximité et de la disponibilité des structures.

Perspectives : un seul site en Nouvelle-Aquitaine regroupant tous les outils utiles à l'accompagnement des personnes pour leurs addictions, et une bonne médiatisation de celui-ci, permettrait sans doute de gagner en lisibilité. Le fait de garder le nom d'Addictoclic aujourd'hui connu serait un plus. Cette refonte du site est actuellement en cours, mais doit être associée à du marketing social intensif auprès des professionnels.

4.3. Impact des mesures de Santé Publique :

En premier lieu la majoration du prix du tabac, qui selon eux a augmenté le nombre de demandes de sevrage tabagique, apportant une motivation supplémentaire aux patients dans l'ambivalence, comme l'ont démontré de nombreuses études^{51,52}.

Dernière mesure mise en place (pour mémoire au mois de janvier 2019), le remboursement systématique des traitements de substitution nicotinique dans le droit commun, favorisant la prise en charge de tous les patients. Ces données sont saluées par plusieurs médecins, pouvant désormais proposer la substitution à toutes les franges de la population, et renforçant dans les esprits la notion qu'il s'agit bien de traitements. A noter que le remboursement de la varénicline a eu moins d'impact, les médecins demeurants réticents sur sa prescription, du fait de son image détériorée par la revue Prescrire, notamment⁵³.

A la lumière de ces éléments, il paraît encore regrettable que certains traitements, pourtant nécessaires dans le sevrage alcoolique (vitamine B1), ne bénéficient pas de la même mesure, le prix pouvant

impacter la motivation du patient à réaliser ce sevrage, déjà beaucoup plus difficile à mettre en place selon les praticiens interrogés. Ce non remboursement donne aussi au médicament, pourtant essentiel dans la prévention des complications de sevrage éthylique, un rôle mineur dans la tête des patients, qui vont avoir tendance à ne pas le prendre si l'explication donnée par le praticien n'est pas claire. Toutefois le remboursement des autres traitements, comme le nalméfène, le baclofène, l'acamprosate ou la naltrexone, n'empêche pas le sous-traitement des patients dépendants de l'alcool, seulement environ 10% d'entre eux étant correctement accompagnés²⁹.

Perspectives : les remboursements des traitements et les grandes campagnes de marketing social ont démontré leur impact en santé publique. On peut citer le #MoisSansTabac, et bientôt Janvier 0°, sur le modèle de Dry January en Angleterre ou de la Tournée minérale en Belgique. Il est important que les médecins généralistes soient motivés et soutenus dans leurs actions. Il semble que les lobbies soient malheureusement suffisamment puissants pour empêcher les actions en ce qui concerne l'alcool.

5- Propositions suggérées lors des entretiens :

5.1. Demande de formation :

La formation initiale est pointée du doigt par les médecins interrogés, jugée comme trop restreinte concernant l'addictologie et principalement centrée sur l'alcool et le tabac. Notre panel de médecins regroupait toutes les catégories d'âges, et donc les différentes formations qui ont pu être dispensées sur les 40 dernières années. Des études américaines confirment cet état de fait depuis longtemps (dès 1997⁵⁴, on pointe la nécessité d'intégrer les notions de physiopathologie du comportement addictif dès le premier cycle des études).

A l'université de Bordeaux, on note la mise en place d'un E-Learning dédié à l'addictologie proposé à tous les étudiants, également mis en place pour tous les internes de médecine générale, pour favoriser la formation en addictologie, allant dans le sens de ce que nous évoquions plus haut. Pour aider les étudiants avec les prises en charge quotidienne, des stages courts dans les CSAPA sont proposés de manière systématiques, et la formation initiale des internes comporte une journée de formation en addictologie. Malheureusement, très peu d'internes vont regarder le e-learning malgré sa promotion dans les séances d'enseignement. Il paraît donc majeur de donner l'envie de se former dans le champ des addictions, en évitant de donner l'impression de complexité des prises en charge. Les traitements

sont simples à prescrire et les suivis n'ont rien de très spécifique, pour la très large majorité des patients, surtout si on n'attend pas l'installation des troubles liés à l'usage.

Néanmoins, les médecins sondés n'ont pas émis d'idées sur la façon dont nous pourrions améliorer la formation initiale.

Concernant la formation secondaire, les propositions ont émergé tant au niveau de la forme que du fond :

Les médecins interrogés souhaiteraient des formations sur le modèle des groupes d'échange et d'analyse des pratiques (GEAP), mais dédiées à l'addictologie. Ce modèle de formation consiste en des réunions de pairs, portant sur l'analyse de cas cliniques rencontrés en pratique, pour actualiser ses connaissances et s'appuyer sur une approche collective entre pairs. Ce concept permet une amélioration des pratiques professionnelles⁵⁵.

Ces groupes, pouvant intégrer un professionnel en addictologie du secteur, permettraient aux praticiens d'échanger sur le sujet des addictions, de partager les situations les mettant en difficulté, voire d'améliorer leurs orientations au sein du parcours de soin addictologique. Y convier les internes exerçant sur le secteur, tant au niveau hospitalier qu'en stage praticien pourrait apporter une expérience supplémentaire, et préparer la relève aux défis les attendant.

5.2. Parcours de soins coordonné :

On retrouve ici deux idées principales évoquées lors des entretiens :

Premièrement, le partage de l'information entre acteurs d'un même parcours de soins. Ce partage de l'information apparaît comme une réponse aux obstacles quant à la prise en charge addictologique soulevés dans la partie précédente. Ces échanges peuvent se faire par le biais d'une plaquette d'information, qu'on pourrait imaginer distribuée de façon systématique aux médecins du secteur. Un support contenant un organigramme local de la prise en charge, faisant apparaître les contacts des différents intervenants du secteur, groupé par problématique (exemple : consultation spécifique, problème social associé, etc.).

L'autre alternative pour assurer un partage de l'information, serait l'utilisation globale de PAACOGlobule⁵⁶, système de communication basé sur un dossier médical unique informatisé, permettant une prise en charge pluridisciplinaire sans réunion formelle, pouvant être chronophage pour les médecins généralistes.

Deuxièmement, la mise en place d'une coordination sur le secteur, avec un rôle pivot pour centraliser et traiter les demandes. Cette proposition fait sens avec le sentiment ressenti par les praticiens, celui d'être perdus dans le parcours des soins addictologiques. Il conviendrait donc de charger une structure de cette mission, comme la plateforme territoriale d'appui, qui orienterait les patients en fonction des demandes, vu que le secteur dispose de plusieurs ressources en addictologie. La PTA exerce déjà ce rôle au niveau psychiatrique sur le secteur. Il convient alors de les mettre en lien avec les structures locales, mais aussi départementales et régionales selon la complexité du cas.

De cette demande découle la volonté de travailler en réseau, de pouvoir construire un parcours de soins unique et coordonné. Mais cette proposition ne peut faire sens seule, et doit s'accompagner d'une meilleure formation des médecins de soins primaires, avec un repérage renforcé.

5.3. Demande d'équipe mobile :

Cette demande émane de médecins ayant expérimenté le dispositif mis en place en Dordogne, avec une équipe départementale d'addictologie mobile, se rendant au domicile des patients en demande de soins addictologiques. Une telle proposition permettrait effectivement une meilleure prise en charge des patients, qui ne sont pas tous capables de faire les 20 minutes de route nécessaires pour se rendre aux différents lieux de consultations.

Un groupe de réflexion, mené par la direction départementale de l'ARS, étudie le projet d'une équipe mobile départementale, où l'on pourrait avoir l'intervention des différents acteurs du secteur (pour rappel, 2 associations gèrent les CSAPA Lot-et-Garonnais, mais aussi les différents centres hospitaliers) au plus près des populations rurales. Sans forcément se rendre au domicile, nous avons vu que 60% de la population du département est urbaine : déployer des postes avancés dans les petites villes du secteur pourrait attirer une nouvelle patientèle en demande de soins. Mais encore une fois, ces propositions ne peuvent se concevoir sans renforcer l'offre de soins addictologique existante. Bien sûr ceci risque être problématique sur le plan des financements. Une des solutions serait le développement de ces missions dans le cadre des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Conclusion

Le but de notre étude était d'identifier, sur l'aire de santé de Marmande dans le Lot-et-Garonne, l'utilisation des leviers mis à disposition (ARS, AGIR33) et d'avoir un retour sur les principaux freins au parcours de soins addictologiques.

On ressent en effet dans leurs réponses un sentiment d'échec qui leur est renvoyé par les patients, des résultats qui tardent à se faire sentir. Certains de nos confrères sont mis en difficulté par les patients, décrits comme peu observant ou déconnectés de la gravité de leur état.

Le manque de temps évoqué par l'ensemble des médecins est à prendre en compte dans un secteur en sous-effectif médical et donc n'est pas spécifique de la problématique addictologique, mais semble plus marqué dans ce domaine.

Le manque de formation en addictologie est quant à lui un frein couramment retrouvé dans les entretiens. Ils se sentent dépassés par l'évolution des prises en charge addictologiques. La méconnaissance du réseau de soins addictologiques limite les praticiens dans leurs possibilités d'orientation.

Au niveau des leviers, on note un passage récent de la déléguée santé prévention sur le secteur, au cours des deux dernières années, souvent oublié par les médecins. Les entretiens réalisés au cabinet ont donc été l'occasion de refaire le point sur le parcours de soins, les supports numériques d'aide ou parler de la mise en place de l'équipe ELSA de Marmande et des consultations hospitalières d'addictologie.

Cette étude, certes locale et de faible ampleur, ouvre des pistes de réflexion sur l'état du parcours de soins addictologiques en dehors des zones urbaines, pour adapter le parcours de soins addictologiques.

Il semble intéressant de pouvoir réaliser ce genre d'études ponctuelles sur des secteurs en difficulté pour sortir du schéma de parcours de soins addictologiques formaté et complexe proposé, parcours certes adapté aux grands pôles urbains avec des ressources associatives et médicales/paramédicales suffisantes, mais inadapté au monde semi-urbain ou rural faisant face à une évolution radicale du mode d'exercice médical.

Bibliographie

- 1/ Hasin DS., O'Brien CP., Auriacombe M., Borges G., Bucholz K., Bud-Ney A., et Al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*. Mai 2013 ; 170 (8) : 834
- 2/ Observatoire français des drogues et toxicomanies. Drogue, chiffres clés, 7e édition. Juin 2017.
- 3/ Observatoire français des drogues et toxicomanies. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Tendances ; février 2018.
- 4/ Andler A, Guignard G, et Al. Le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(14-15) :265-73.
- 5/ Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.) Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris, 2008 ; 141
- 6/ Desaulty-Cluzan L. Le délégué santé prévention : mise en place et étude de faisabilité en médecine générale à Bordeaux. Thèse de doctorat en Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2007.
- 7/ Gourlat N. Développement du site www.addictoelic.com : recherche-action en médecine générale pour faciliter l'accès aux ressources en addictologie sur les territoires d'Aquitaine. Thèse de doctorat en Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2014.
- 8/ Augere F. Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addictions » auprès des médecins généralistes Girondins : étude comparative entre territoire visité et un territoire non visité. Thèse de doctorat en Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2010.
- 9/ Demeaux JL, Desaulty-Cluzan L., Meurant C. Délégué Santé Prévention : Pour que le généraliste ne soit plus seul devant l'addiction. Alcool, Tabac, Cannabis : étude de faisabilité en Gironde. *Médecine*. Octobre 2007 ; 3(8) ; 378-81.
- 10/ Alvarez P. Impact de la Visite des Jeunes Généralistes Installés Libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie : Etude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de doctorat en Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2018.
- 11/ Fatseas M., Dubernet J., Auriacombe M. Addicto : Le Polycop de Bordeaux. Enseignement d'addictologie. Bordeaux. Novembre 2014.
- 12/ World Health Organization. CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic / coordination générale de la traduction française: C. B. Pull. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 1994.
- 13/ Auriacombe M, Fatseas M, Daulouède JP, Tignol J. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. *Ann Med Psychol* 2018 ; 176 : 746-9.

- 14/ Fatseas M., Serre F., Debrabant R., Auriacombe M., Swendsen J. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction : a comparison of substance- and person-specific cues. *Addiction*. Juin 2015 ; 110(6) : 1035-42.
- 15/ Serre F., Fatseas M., Swendsen J., Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life : a systematic review. *Durg Alcohol Depend*. 2015 ; 148 : 1-20.
- 16/ Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Usages de drogues, conséquences et offres. *Drogues et addictions : données essentielles*. 2019.
- 17/Kopp P. Le coût social des drogues en France. Note 2015-04. Saint-Denis. 2015
- 18/ HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours (en ligne). Octobre 2014. 111. [En ligne] : http://sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours. (Page consultée en mai 2019).
- 19/ SFA. Mésusage de l'alcool dépistage diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et addictologie*. Février 2015; (37) :5-84.
- 20/ HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Novembre 2014. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte. (Page consultée en mai 2019).
- 21/ Castera P. Médecine générale et soins spécialisés : Comment améliorer les partenariats ? Les acteurs de terrain aux côtés du patient : Résumés des communications. *Alcoologie et addictologie*. Juin 2015 ; 37 (2) ; 175-188.
- 22/ Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé. 2011.
- 23/ Levi L. Enquête sur la prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes de la côte basque en 2009. Thèse de doctorat en Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2010.
- 24/ Maurat F. Repérage précoce et intervention brève des mésusages d'alcool. Étude de faisabilité auprès de 97 médecins généralistes girondins sur une année. Thèse de doctorat en Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2006.
- 25/ Castera P., Kinouani S. Joseph JP. Repérage précoce et intervention brève, succès et limites. *Alcoologie et addictologie*. Mars 2015 ; 37 (1) ; 85-92.
- 26/ El Fahsi D. Connaissance du dispositif de soins d'addictologie auprès des médecins généralistes dans le versant Nord-Est de Lille. Thèse de doctorat en Médecine, Lille : Université de Lille Henri Warembourg ; 2015.
- 27/ Solidarité Usager Psy. Organisation du dispositif spécialisé de prise en charge des addictions. [En ligne] <https://www.solidarites-usagerspsy.fr> (Page consultée en octobre 2019).
- 28/ ANPAA, SFA. Données épidémiologiques sur la consommation d'alcool. 2009

- 29/ Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA : situation entre 2014 et évolution depuis 2007. OFDT, Tendances 110. Juin 2016.
- 30/ Melenotte GH, Di Ninol F, Doffoel M et al. Dispositif des microstructures médicales. Traité d'addictologie. 2ème édition. Paris : Lavoisier Médecine Sciences. 2016. p.423.
- 31/ INSEE. Chiffres clés concernant l'arrondissement de Marmande. 2015.
- 32/ ARS Nouvelle-Aquitaine délégation 47. Schéma médico-social d'addictologie. Projet territorial de santé du Lot et Garonne. Janvier 2012
- 33/ Aubin-Auger I. et Al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ; 84 : 142-5.
- 34/ Makamura J et Al. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Recherches qualitatives-Vol. 26(1), 2006 : 110-138
- 35/ Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques psychologiques 2004 ; 10 : 79-86
- 36/ Gallois P. Alcool, tabac, cannabis : Comment en parler pour repérer les usages à risque ? La revue du praticien de médecine générale 2005 ; tome 19, n°704/705 : 1009-1010
- 37/ Guiard A. Alcoville 75+ : consommations d'alcool chez les personnes âgées de 75 ans et plus, consultant en médecine générale en Aquitaine. Étude observationnelle transversale de prévalence. Thèse de doctorat en Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2014
- 38/ Evangelista C., Mangeant S. Prévention, dépistage et prise en charge des consommations d'alcool chez les adolescents : facteurs facilitants et freinants, représentations. Thèse de doctorat en Médecine, Lyon : Université de Lyon Est ; 2011
- 39/ Guinet M. Le médecin généraliste dans sa démarche de prise en charge des patients sous traitements de substitutions aux opiacés. Thèse de doctorat en Médecine, Rennes : Université Rennes 1 ; 2011
- 40/ Reynaud-Maurupt C., Amiel C. et Al. Étude qualitative des freins au repérage précoce des conduites addictives chez la femme enceinte. Juillet 2011. Réseau sécurité naissance PACA Est Haute Corse Monaco
- 41/ Symons L. et Al. L'implication des médecins généralistes dans la détection et la gestion des mésusages d'alcool, de drogues illicites, d'hypnotiques, de tranquillisants dans la population adulte belge. Revue Exercer Juin 2013, vol 24, n°110 (suppl 3) : 76-77
- 42/ Spilka S., Le nezet O., Janssen E. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. OFDT Tendances, Avril 2019
- 43/ Anthenelli RM1, Benowitz NL2, West R3, St Aubin L, Al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES) : a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet. 2016 Jun 18 ;387(10037) : 2507-20
- 44/ Lecailler D., Michaud P. Entretien motivationnel : comment parler d'alcool ? Revue du praticien Médecine Générale 2006 ; Tome 20 : 744-745

- 45/ Andriamahefa T. Place et abord de la problématique tabac dans l'autoformation des internes de médecine générale : analyse de 192 portfolios validés en septembre 2015. Thèse de doctorat en Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017.
- 46/ Geonget E. Difficultés rencontrées par les internes de médecine générale face aux patients ayant un mésusage de l'alcool : analyse des 187 portfolios présentés à l'université de Bordeaux en 2014. Thèse de doctorat en Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017.
- 47/ Reynaud M., Schwan R. Diagnostic des addictions. *Revue du praticien* 2003 ; 53 : 1304-1314
- 48/ Castera P., Paille F. Mésusage d'alcool : définitions. *La revue du praticien Médecine Générale* 2014 ; 926 ; vol.28 : 589-590
- 49/ HAS. Arrêt de la consommation de tabac ; du dépistage au maintien de l'abstinence en premier recours. *Recommandations de bonne pratique*. Octobre 2014
- 50/ Roche A., Hotham E. et Al. The general practitioner's role in AOD (Alcohol and other drugs) issues : overcoming individual, professional and systemic barriers. *Drug and Alcohol Review* 2002, n°21 : 223-230
- 51/ Knafo L. Proposition systématique d'une tentative d'arrêt de tabac chez tout fumeur, en médecine générale: essai clinique pragmatique randomisé en grappes: à propos de 255 patients. Thèse de doctorat en Médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2015
- 52/ Grignon M., Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature. *Question d'économie de la santé*. Décembre 2012, n°182
- 53/Prescrire. Varénicline, agressions physiques et idées d'homicide. *Revue Prescrire* 2011 ; 31 (336) : 755-756.
- 54/ Klamen D., Miller N. Integration in education for addiction medicine. *Journal of psychoactive drugs*. July-Septembre 1997 ; vol.29 (3) :263-268
- 55/ Castelain E., Bouche P. Groupes d'échange de pratiques : optimisation de la prise en charge de médecine générale. *La revue du praticien Médecine Générale* 2003 ; 628 : 1370-1374
- 56/ ESEA. Chiffres de déploiement du service Paaco-Globule. Mars 2019.

Annexe

Annexe 1 : Courrier d'invitation au Focus group

Chère consœur, cher confrère

Je suis Romain LAYRAC, actuellement interne de médecine générale à l'université de Bordeaux, et je prendrai mon poste comme addictologue à l'hôpital de Marmande au 2 novembre 2019.

Je vous invite cordialement à une soirée d'échange au sujet de l'addictologie dans le marmandais, en présence du Dr CHAUVINEAU et du DR GUIARD-BASILE.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice dirigée conjointement par les Pr CASTERA et Dr GUIARD-BASILE, je souhaite discuter avec vous des obstacles et des limites que vous rencontrez dans votre pratique quotidienne de la médecine.

Ces échanges, d'une durée d'une heure environ, seront suivis d'un buffet salé et sucré.

Mme SOBEL, attachée scientifique des laboratoires Bouchara-recordati, vous proposera une présentation sur les modalités de prescription de la méthadone en ambulatoire.

Nous profiterons de cette soirée pour aborder ensemble ce que nous désirons pour le marmandais au niveau addictologique.

La soirée aura lieu le 16 avril 2019 à 20h, au CHIC Marmande-Tonneins, salle Alain Petrovitch.

Merci de confirmer votre présence avant le 7 avril 2019 par mail à l'adresse XXXX.

Vous trouverez ci-joint une fiche de consentement résumant le travail de thèse, ainsi qu'un questionnaire à remplir au préalable, ces deux documents étant à ramener le soir de l'entretien.

Annexe 2 : Auto-questionnaire préalable au Focus Group

Auto-questionnaire sur les ressources disponible en soins premiers :

Vous allez participer à un focus groupe centré sur les obstacles et les leviers dont vous disposez en médecine générale, au sein de l'aire de santé du Marmandais. Pour faciliter les échanges lors de cette soirée, merci de remplir ce questionnaire sur les ressources que vous connaissez et utilisez.

Ce questionnaire, anonyme, nous permettra de connaître le profil de chacun des participants au groupe. Merci de votre participation.

Quel est votre sexe ?

Masculin

Féminin

Quel est votre âge ?

Depuis combien de temps êtes-vous installé dans le Marmandais ?

Quel est votre type d'exercice ?

Exercice urbain

Exercice semi-rural

Exercice rural

Avez-vous suivi des formations pour la prise en charge des addictions?

Oui

Non

Si oui, pouvez vous les lister :

-
-
-

Connaissez-vous Madame Catherine MEURANT qui présente l'annuaire en ligne www.addictoclic.com ou les tutoriels en ligne www.addictutos.com ou le Mois sans tabac, par exemple ?

Oui

Non

Refusez-vous la visite médicale de santé publique qu'elle réalise ?

Oui

Non

Votre secrétariat est-il un secrétariat téléphonique ?

- Oui Non

Si vous ne recevez pas la visite médicale de santé publique, pouvez vous nous expliquer pourquoi ?

Connaissez vous les lieux de consultations en addictologie sur le secteur ? (cochez ceux que vous connaissez)

- CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)
 Consultation sage femme de tabacologie de la maternité du CHIC
 Consultation d'alcoologie au centre médico-psychologique du Trec

Concernant les différentes structures que nous avons évoquées, à quelle distances se situent-elle de votre lieu d'exercice ?

- Moins de 10 Km 10 à 20 km
 20 à 30 km Plus de 30 km

Quels sources d'information utilisez vous lors de vos prises en charge ?

Documentation papier :

- Oui Non

Pouvez-vous nous détailler la(les)quelle(s) ?

Documentation internet :

- Oui Non

Pouvez-vous nous détailler la(les)quelle(s) ?

Annexe 3 : Guide d'entretien pour Focus Group

Questionnaire thèse :

Bonjour, je viens vous voir ce jour dans le cadre de ma thèse portant sur les leviers et obstacles rencontrés par les médecins généralistes du bassin marmandais en addictologie.

Ce sujet de thèse a pour but de comprendre ce qui limite la coordination du parcours de soins dans le secteur, en nous concentrant sur 4 substances : l'alcool, le tabac, le cannabis et les opiacés. Ce travail permettra par la suite d'adapter ce parcours de soins aux problématiques du terrain.

Nous allons faire appel à votre expertise, via des échanges de réflexions et de propositions. Il est important de savoir qu'il n'y aura pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous souhaitons connaître votre avis, votre expérience.

Pour permettre ces échanges et leur exploitation sur un plan scientifique, j'ai besoin d'avoir votre accord :

Est-ce que vous acceptez que j'enregistre ?

Nous allons également prendre note des informations mais pas nominativement. En tant qu'animateur, je suis garant du cadre, à savoir le respect du temps de parole de chacun et de l'assurance du non-jugement. Si jamais on s'écarte du sujet de la rencontre, je me permettrai de vous couper et de recentrer le débat.

1/Nous allons commencer par un tour de table : Comment percevez-vous la prise en charge

Addictologique sur votre territoire ?

- Quel est votre perception du pourcentage de votre patientèle souffrant de conduites addictives ?
- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez avec les consommateurs ou la prise en charge de l'addiction à l'alcool ?
- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez avec les consommateurs ou la prise en charge de l'addiction au tabac ?

- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez avec les consommateurs de cannabis ou la prise en charge de l'addiction au THC ?
- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez avec les consommateurs ou la prise en charge de l'addiction aux opiacés ?
- Vos patients ont-ils des demandes concernant leurs conduites addictives ?
- Comment faites-vous lorsque ces patients n'expriment pas de demande concernant leurs conduites addictives ?
- Comment orientez-vous les patients demandant de l'aide à propos de leur addiction (relancer sur chaque substance ? Quels types de patients ?
- Trouvez-vous que vous manquez de temps pour gérer ces problématiques addictologiques ?

(Important pour cette question de prendre des exemples et de demander l'avis de chaque participant).

2/ Que pensez-vous des différentes ressources mises en œuvre pour vous aider dans la pratique de l'addictologie en soins primaires ?

- Pensez-vous que nous sommes suffisamment formés à l'addictologie au cours de nos études ?
 - Une déléguée santé prévention, madame MEURANT, se déplace dans vos cabinets pour vous présenter les actions de santé publique comme le Moi(s) sans Tabac ou les sites internet pouvant vous aider dans votre pratique, que pensez-vous de son rôle ?
 - Pour ceux d'entre vous qui ne l'ont pas reçu ?
 - Avez-vous connaissance d'AGIR 33 ? (Idem pour addictoclic et addictutos)
 - Parlons un peu du CSAPA ANPAA de Marmande : connaissez-vous son rôle et son mode de fonctionnement ?
-
- Réalisez-vous des prises en charge en commun avec son équipe ?
 - Quels contacts avez-vous avec la structure ? téléphonique, par courrier ?

3/ Quels sont vos besoins pour améliorer votre pratique de l'addictologie ?

- Nous avons parlé de formation tout à l'heure, sous quelle forme serait-elle plus adaptée selon vous ?
- La mise en place d'une équipe ELSA (équipe de liaison et de soins en addictologie) est en route sur le CHIC de Marmande-Tonneins. Comment aimeriez-vous travailler avec eux ?
- La présence de plusieurs interlocuteurs en addictologie est plutôt une force ou faiblesse à votre sens ?

Sous quelle forme aimeriez-vous voir le parcours de soins addictologique se développer ?

Annexe 4 : Guide d'entretien individuel semi-dirigé

Questionnaire thèse :

Bonjour, je viens vous voir ce jour dans le cadre de ma thèse portant sur les leviers et obstacles rencontrés par les médecins généralistes du bassin marmandais en addictologie.

Ce sujet de thèse a pour but de comprendre ce qui limite la coordination du parcours de soins dans le secteur, en nous concentrant sur 4 substances : l'alcool, le tabac, le cannabis et les opiacés. Ce travail permettra par la suite d'adapter ce parcours de soins aux problématiques du terrain.

Ce questionnaire va comporter des questions ouvertes, et durera entre 10 et 15 minutes. Pour analyser les réponses, la conversation sera enregistrée sur un dictaphone si cela vous convient.

1/Comment percevez-vous la prise en charge addictologique sur votre territoire ?

Tabac :

- Selon vous, quel pourcentage de votre patientèle souffre de conduites addictives ?
- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez avec les consommateurs de tabac ?
- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez avec la prise en charge de l'addiction au tabac ?
- Vous arrive-t-il d'orienter des patients demandant de l'aide à propos de leur tabagisme ? Si oui, comment orientez-vous ?

Alcool :

- Selon vous, quel pourcentage de votre patientèle souffre de conduites addictives ?
- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez avec les consommateurs d'alcool ?
- Vous arrive-t-il d'orienter des patients demandant de l'aide à propos de leur consommation d'alcool ? Si oui, comment orientez-vous ?

Cannabis :

- Selon vous, quel pourcentage de votre patientèle souffre de conduites addictives ?
 - Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez avec les consommateurs de cannabis ?
- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez avec la prise en charge de l'addiction à l'alcool ?
- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez avec la prise en charge de l'addiction au THC ?
- Vous arrive-t-il d'orienter des patients demandant de l'aide à propos de leur consommation de cannabis ? Si oui, comment orientez-vous ?

Opiacés :

- Selon vous, quel pourcentage de votre patientèle souffre de conduites addictives ?
- Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez avec les consommateurs d'opiacés ?
- Vous arrive-t-il d'orienter des patients demandant de l'aide à propos de leur consommation de produits opiacés ? Si oui, comment orientez-vous ?

2 Que pensez-vous des différentes ressources mise en œuvre pour vous aider dans la pratique de l'addictologie en soins primaire ?

- Avez-vous suivi des formations pour la prise en charge des addictions ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ?
- Vous arrive-t-il de recevoir des délégués qui viennent vous parler des addictions, de l'organisation des soins en addictologie ? Connaissez-vous AGIR 33 ?
- Connaissez-vous les lieux de consultations en addictologie sur le Secteur ? Par quel moyen en avez-vous entendu parler ? Avez-vous des contacts avec les médecins y exerçant ? Si non, pourquoi ?
- Quels sources d'information utilisez-vous lors de vos prise en charge ? documentation papier (prescrire, brochure INPES, annuaires) / Internet (Addictoclic/ Addictutos/ fédération française d'addictologie/Sf d'alcoologie)

3/Quels sont vos besoins pour améliorer votre pratique de l'addictologie ?

Thèse de médecine générale

Identification :

M. LAYRAC Romain

Interne de médecine générale DES 3

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités. Pour y participer, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document, vous en recevrez une copie datée et signée.

Leviers et obstacles à la coordination du parcours de santé addictologique par les médecins généralistes du Marmandais : recherche qualitative par focus groups et entretiens individuels semi-dirigés

Contexte du projet :

L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté, conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative (d'après le DSM 5). Les deux substances les plus consommées en France sont l'alcool avec 3,4 millions de consommateurs à risque, selon l'Observatoire français des drogues et toxicomanies le tabac est quant à lui consommé quotidiennement par 12,2 millions de consommateurs. On note par ailleurs une augmentation du nombre de consommateurs depuis 2010, quelle que soit la substance, et cela malgré les politiques de santé publique mises en place.

Au-delà de la prestation de soins à visée curative ou palliative, l'activité professionnelle des médecins généralistes, définie par la WONCA (organisation mondiale des médecins généralistes), comprend notamment la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'éducation de la santé et

l'intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies. Leur mission inclut donc la responsabilité de repérer et de prendre en charge les patients dont la consommation de substances addictives est à risque ou nocive.

Le bassin Marmandais propose un parcours de soins coordonnés en addictologie. On retrouve plusieurs centres de consultation de premier recours (antenne de l'ANPAA, consultation jeunes consommateurs, consultation tabacologie spécialisée à la maternité), le service de médecine polyvalente du Centre hospitalier de Marmande pour la prise en charge du sevrage (courts séjours d'une semaine).

Toutefois, des études réalisées en France ont démontré que les médecins généralistes ne recourent que peu ou pas aux parcours de soins addictologiques existants. La question est donc de savoir si les médecins généralistes du bassin Marmandais connaissent ces ressources et se les approprient pour orienter les patients en demande de soins addictologiques.

Question de recherche :

Comment les médecins généralistes du bassin Marmandais s'approprient-ils les ressources et moyens mis à leur disposition pour mieux coordonner le parcours de soins de leurs patients présentant des conduites addictives ?

Votre participation à ce projet sera requise pour un focus group (entretien-débat avec plusieurs de vos confrères, d'une durée approximative d'1h-1h30) au cours duquel il vous sera demandé de décrire par le biais de questions ouvertes/libres votre expérience et vos attentes sur le thème de l'addiction. Cet entretien sera enregistré sur bande audio si vous acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. Il restera complètement anonyme. Je ne vous appellerai pas par votre nom tout au long de notre interview. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la limitation des informations vous concernant. Il vous est également possible de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront détruits.

Consentement libre et éclairé

Je,....., déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant :

Fait à....., Le201...

Résumé

Introduction : La pathologie addictive est définie par un dysfonctionnement du cerveau, altéré par la consommation chronique d'une substance psychoactive. Les addictions représentent un problème de santé publique majeur, dont les conséquences sont principalement sanitaires, sociales et médicales.

L'objectif principal de ce travail est d'explorer, au travers de focus groups et d'entretiens semi-dirigés, les représentations et les pratiques déclarées des médecins généralistes du bassin Marmandais concernant les ressources et moyens en addictologie disponibles dans leur secteur. L'objectif secondaire est d'identifier les obstacles et leviers impactant l'utilisation de ces ressources.

Méthodes : Étude qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés, réalisée auprès de 20 médecins généralistes de l'aire de santé de Marmande, dans le Lot-et-Garonne (47).

Résultats : Les médecins généralistes se placent au centre de la prise en charge addictologique des patients, notamment au niveau du dépistage, on note cependant un décalage entre pratique et théorie. En effet, par manque de temps, de formation, on voit des obstacles émerger à cette prise en charge. Les représentations des médecins quant à l'addictologie vont aussi freiner la démarche des patients, pouvant altérer la relation soignant-soigné nécessaire. L'utilisation des leviers proposés est encore balbutiante, mais tend à s'améliorer.

Conclusion : Face aux obstacles mentionnés pour la prise en charge des patients, les médecins ont pu proposer des pistes de réflexion : majoration de la formation, développement d'équipe mobile pour lever l'isolement, renforcement des réseaux de soins existants.

Mots clés : Addiction, Médecine générale, Exploration des pratiques, Étude qualitative.

Abstract

Introduction: Pathological addiction is a brain dysfunction caused by a chronic consumption of psychoactive substance. Addictions are major public health issues, with sanitary, social and medical consequences.

The main objective of this work is to explore, through focus groups and semi-structured interviews, the representations, the reported practices of general practitioners in the Marmande's health area regarding the resources and means of addiction available in their sector. The secondary objective is to identify obstacles and levers affecting the use of these resources.

Method: Qualitative study by focus groups and semi-structured interviews, carried out with 20 general practitioners in the Marmande health area, in Lot-et-Garonne (47).

Results: General practitioners are at the centre of patient addiction management, particularly at the screening level, but there is a gap between practice and theory.

The lack of time and training stand in the way of efficient care. Doctors' representations about addiction will also slow down patient's progress, potentially altering the necessary patient-carer relationship. The proposed levers are only starting to be implemented, but show promises.

Conclusion: Faced with the obstacles mentioned for the care of patients, the general practitioners were able to propose new potential approaches: increased training, development of mobile team to reduce isolation, strengthening existing care networks.

Key words: Addiction, General Medicine, Practice Exploration, Qualitative Study.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.