



HAL
open science

Impact du vécu du médecin généraliste dans sa prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent

Manon Crépin

► **To cite this version:**

Manon Crépin. Impact du vécu du médecin généraliste dans sa prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03179909

HAL Id: dumas-03179909

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03179909v1>

Submitted on 24 Mar 2021

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.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNES
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

Année : 2020

Thèse N° 2020-194

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE SPECIALITE
MEDECINE GENERALE**

**IMPACT DU VECU DU MEDECIN GENERALISTE DANS SA PRISE EN CHARGE
DES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ L'ADOLESCENT.**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 19 NOVEMBRE 2020

Par Manon CREPIN

JURY :

Président de Jury :

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Olivier GODEFROY

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS

Directrice de thèse :

Monsieur le Docteur Richard CASSE

REMERCIEMENTS

À mon président de jury :

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Épidémiologie, économie de la santé et Prévention)

Responsable du service d'Épidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle "Préventions, Risques, Information médicale et Épidémiologie"

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Olivier GODEFROY

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Neurologie)

Directeur du Laboratoire de Neurosciences Fonctionnelles et Pathologies (UR UPJV 4559).

Chef du Service de Neurologie

Pôle "Autonomie"

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

À mon directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Richard CASSE

Médecin généraliste

A **Madame BARBIER**, je vous remercie pour votre gentillesse et votre flexibilité. Vous m'avez permis de mener ce travail jusqu'à son terme.

À mes parents,

Merci maman, pour ta patience, tes encouragements, ton endurance. Je n'oublie pas non plus tes relectures, tes multiples corrections orthographiques et tes avis éclairés sur la mise en page. Cette thèse est en partie ce qu'elle est grâce à tes conseils avisés.

Merci papa d'avoir toujours cru en moi depuis le début de ces études de médecine.

Merci à vous deux de m'avoir transmis le goût du travail et de la réussite. Votre aide et vos conseils m'ont toujours réussi. Soyez assurés de tout mon amour.

À mon conjoint,

Merci de m'avoir soutenu depuis le début de ce cursus de médecine jusqu'à son aboutissement. Tu as toujours été présent, que ce soit dans les moments les plus merveilleux que dans les plus durs. Merci de ta patience durant la rédaction de ce travail. Je t'aime.

À mes amis,

Antoine, Claire, Caroline que j'ai eu le bonheur de rencontrer grâce à la médecine. Vous avez ponctué ces différentes années de joie et de fou-rires. Nous arrivons tous enfin au bout.

À ma belle-famille,

Merci pour votre soutien, votre présence et les différents moments que nous passons au quotidien.

À mon club de course à pied,

Merci de m'avoir permis d'évacuer mon stress tout au long de ce travail.

« *Primum non nocere.* »

Le Serment d'Hippocrate

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

Table des matières

| | | |
|-------|---|----|
| I. | INTRODUCTION..... | 8 |
| II. | Définition de l'addiction et épidémiologie | 11 |
| III. | Physiopathologie de l'addiction..... | 13 |
| | III.a. Système de la récompense..... | 13 |
| | III.b. Neuromédiateurs impliqués..... | 14 |
| | III.c. Part de la génétique et de l'épigénétique..... | 15 |
| IV. | Trajectoire addictive : Intrication et mise en résonance de facteurs de risques individuels, environnementaux et liés aux substances | 17 |
| | IV.a. Facteurs de risque individuels..... | 17 |
| | IV.b. Facteurs de risques socio-environnementaux | 18 |
| | IV.c. Facteurs de risques liés au produit..... | 20 |
| | IV.d. Processus conduisant à l'installation d'une dépendance | 21 |
| V. | Adolescence | 21 |
| | V.a. Définition de l'adolescence | 21 |
| | V.b. Physiopathologie de l'adolescence..... | 22 |
| | V.c. Freins identifiés à la prise en charge des adolescents par le médecin généraliste. | 24 |
| VI. | Positionnements du médecin généraliste face à sa patientèle adolescente..... | 25 |
| | VI.a. Une typologie de positionnement..... | 25 |
| | VI.b. Modalités de prise en charge de l'adolescent | 26 |
| VII. | Les différentes techniques de communication | 28 |
| | VII.a. Approche Centrée sur la personne APC | 28 |
| | VII.b. Entretien motivationnel | 29 |
| | VII.c. État des lieux des formations en communication actuellement dispensées aux étudiants en médecine et aux praticiens thésés | 31 |
| VIII. | Enquête qualitative auprès de médecins généralistes de Picardie visant à identifier les éléments appartenant au vécu du médecin généraliste susceptibles d'influencer sa prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent. | 32 |
| | VIII.a. Objectif de la recherche | 32 |
| | VIII.b. Matériel et méthodes | 34 |
| | VIII.b.1. La méthode de recherches bibliographiques | 34 |
| | VIII.b.2. Le choix de la méthode qualitative..... | 34 |
| | VIII.b.3. Choix du type d'entretien..... | 35 |
| | VIII.b.4. Le type de population | 35 |
| | VIII.b.5. Réalisation du canevas d'entretien..... | 35 |
| | VIII.b.6. Collecte de l'information | 36 |
| | VIII.b.7. L'analyse des données | 36 |

| | |
|--|----|
| VIII.c. Résultats..... | 37 |
| VIII.c.1. Population d'études | 37 |
| VIII.c.2. Données sociodémographiques | 37 |
| IX. Discussion | 49 |
| IX.a. Biais de l'étude | 49 |
| IX.a.1. Biais interne à l'étude qualitative. | 49 |
| IX.a.2. Biais d'interprétation | 49 |
| IX.a.3. Biais d'investigation | 49 |
| IX.b. Données similaires avec la littérature | 50 |
| IX.b.1. Formation en addictologie lors des congrès, EPU, DFC | 50 |
| IX.b.2. Formation en technique de communication lors des congrès, EPU, DFC..... | 50 |
| IX.c. Principaux résultats | 50 |
| IX.c.1. Les principaux facteurs appartenant au vécu du médecin généraliste motivant la prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent. | 50 |
| IX.c.2. Les principaux facteurs appartenant au vécu du médecin généraliste handicapant la prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent. | 52 |
| X. Conclusion..... | 54 |
| XI. Annexe | 55 |
| XII. Bibliographie..... | 58 |

I. INTRODUCTION

Les addictions sont rapidement devenues un problème de santé publique dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux et sociaux. Plusieurs programmes d'actions ont visé à améliorer la prévention dans ce domaine, de nombreuses campagnes d'informations ont cherché à sensibiliser le grand public aux effets néfastes de ces drogues licites ou non.

Pour sa part, le médecin généraliste semble occuper une place privilégiée dans cette démarche de prévention. Même si les adolescents constituent la classe de population qui consulte le moins, on estime que le médecin traitant voit en moyenne un adolescent par jour. Ainsi on estime qu'en moyenne 80% des 15- 25 ans voient au moins une fois leur médecin traitant dans l'année. (1)

Dans cet ordre d'idée j'ai à mon niveau réalisé dans le cadre de l'obtention d'un diplôme universitaire d'addictologie une étude qualitative portant sur l'accueil des campagnes de prévention et l'identification de leurs faiblesses en termes d'efficacité. Pour ce faire j'ai pu, en travaillant en collaboration avec l'association du MAIL d'Amiens, interroger en entretiens semi dirigés une dizaine de jeunes âgés entre 15 et 25 ans. Les questions portaient sur ce qui les avait conduits à initier l'usage de substances, ce qui les avait motivés à continuer. Puis j'ai cherché à savoir quels étaient les messages de prévention primaire qu'ils avaient pu recevoir, par quel biais, ce qu'ils en avaient compris à l'époque, ce qu'ils leur reprochent à l'heure actuelle et surtout comment ils les changeraient afin de les rendre plus convaincants. Il ressort de cette étude que la majorité des jeunes auraient souhaité recevoir les messages de prévention plus tôt dans leur vie, ils auraient souhaité qu'une action de prévention les prenne plus dans leur globalité. (2)

À partir de ce constat j'ai été amenée à me demander si un discours de prévention tenu par le médecin généraliste qui en général suit les adolescents depuis leur enfance n'aurait pas un impact supplémentaire.

De nombreux travaux ont été menés dans ce domaine. Il en ressort que l'implication des médecins généralistes est très inégale selon les drogues concernées.

De façon schématique ils sont 90 % à s'investir dans la tabacologie, 50% dans l'alcoologie et seulement une minorité dans les drogues illicites. (3) Dans le même ordre d'idée, force est de constater qu'en ce qui concerne la prescription de TSO (traitement de substitution opiacée) seul 26% des médecins généralistes prennent en charge 75% des patients. (4) Pourtant environ $\frac{3}{4}$ des prescriptions de TSO sont assurées par les médecins généralistes. (5)

Des études comme celle réalisée par Romain Teoli et al ont cherché à montrer l'impact d'une formation en addictologie sur la prise en charge des patients consommateurs. Ils ont ainsi démontré que le choix des Suisses d'effectuer une formation en addictologie comprenant 52 heures associée à des stages en médecine communautaire permettait aux étudiants de modifier leurs représentations péjoratives des patients addicts et de découvrir que les troubles du comportement de ces patients en consultations étaient rares. (6)

De même A. Couturier a cherché à dresser à l'issue de sa thèse de médecine générale le profil des médecins généralistes s'impliquant dans la prise en charge des addictions. De nouveau on constate que les praticiens impliqués disposaient d'une formation (moyen de dépistage, techniques de communication), s'appuyaient sur une prise en charge pluridisciplinaire, n'avaient pas de représentations péjoratives des patients addicts et avaient des expériences personnelles positives sur la prise en charge des addictions (7)

Ces différentes études ont été menées en population générale mais qu'en est-il du dépistage des conduites addictives chez les adolescents ?

Cela soulève une tout autre question qui est l'approche de l'adolescent en médecine générale. En effet de nombreux adolescents traversent des difficultés psychologiques et on estime la prévalence des troubles mentaux chez les jeunes dans le monde à 13,4%. (8) Nous l'avons vu précédemment 80% des 15-25 ans consultent leur médecin généraliste dans l'année et il a été montré que les adolescents présentant des difficultés psychologiques consultaient plus souvent que les autres. (9) Cependant les motifs de la consultation relèvent quasiment exclusivement du somatique, de l'administratif. Aucune demande d'aide sur le plan psychologique n'est explicitement formulée. (10)

Comme le souligne Philippe Binder, le médecin généraliste peut rapidement être mis mal à l'aise lors d'une consultation avec un jeune adulte. Dans le vécu et les comportements des adolescents, le normal et le pathologique sont difficiles à dissocier. Les troubles internalisés sont discrets, voire négligés (sommeil, anxiété, phobies, dépression, idées suicidaires), les troubles externalisés sont plus apparents et bruyants (accidents, consommations de psychoactifs, anorexie, boulimie, troubles obsessionnels compulsifs, automutilations, suicides) avec des différences selon le sexe. Les facteurs de risque sont nombreux et mieux connus que les facteurs protecteurs. (11)

Ainsi certains expriment leurs réticences à prendre en charge les adolescents, les raisons évoquées sont :

- La difficulté à comprendre le motif de la consultation
 - L'incompréhension du milieu culturel
 - Une méconnaissance de la systémique familiale
 - Des problèmes de communication
 - Le fait de ne pas savoir gérer l'accompagnant
 - Peur de se retrouver face au tiraillement entre secret professionnel vis-à-vis de l'adolescent et droit parental à l'information
 - Prise en charge chronophage non indemnisée
 - Crainte de ne pas dépister des situations à risques et aspect médico-légal qui en découle.
- (12)

Suite aux appréhensions et aux différentes représentations des médecins généralistes Roberts, et al ont développé une typologie de positionnement personnel du médecin généraliste face aux adolescents. (12) (13)

Il évoque les « réparateurs », qui ne s'attachent qu'à répondre aux problèmes biomédicaux en excluant toute problématique psychologique, les « planificateurs » qui intègrent l'environnement, le mode de vie et la dimension fondamentale de la famille mais se surinvestissent s'exposant au burn-out et à la déception de ne pas voir le fruit de leur surinvestissement. Pour finir il décrit les « collaborateurs-accompagnateurs », ces médecins qui, en plus du présent et du futur, intègrent le passé de l'adolescent. (12)

Les études précédemment citées ont montré qu'il existait des « profils » différents de médecin généraliste face à la prise en charge des addictions et une typologie de positionnement différent face à la prise en charge des adolescents. Nous pouvons en venir à nous interroger sur l'influence des facteurs propres au médecin (vécu, formation, représentations) sur sa prise en charge des conduites addictives chez les adolescents en cabinet de ville.

Problématique : De quelle manière les éléments appartenant au vécu du médecin généraliste (vécu, formation, représentation) impactent-ils sa prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent ?

Objectif : Identifier les facteurs appartenant au vécu du médecin généraliste susceptibles de modifier sa prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent.

II. Définition de l'addiction et épidémiologie

L'INSERM décrit les addictions comme des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères. Différentes équipes de recherches continuent à tenter de mieux décrire les mécanismes impliqués dans l'apparition, le maintien et les rechutes des addictions toutefois il est maintenant admis que ces dernières émergent volontiers entre 15 et 25 ans. L'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte correspondent donc à des périodes où le risque d'émergence d'une addiction est plus élevé. De plus nous savons maintenant qu'en ce qui concerne l'alcool et le cannabis, plus la consommation est précoce et plus le risque d'addiction augmente.

Le diagnostic de l'addiction est normé, il repose sur des critères bien définis, fixés par des instances internationales de santé mentale et répertoriés dans un manuel, le *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders* (DSM), dont la cinquième édition date de 2013. Parmi ces critères, on trouve la perte de contrôle de soi, l'individu consomme en quantité plus importante, de façon plus longue que voulue et poursuit sa consommation malgré la prise de conscience des troubles qu'elle engendre, tant sur le plan physique, social, professionnel ou psychique. Par ailleurs la consommation va pouvoir venir interférer sur les activités scolaires, professionnelles, ou encore récréatives. Pour finir l'abus de substances peut conduire à des manifestations physiques tels que le phénomène de tolérance, le sevrage et le craving correspondant à une envie intense de consommer le produit.

Ainsi le seuil pour le diagnostic de trouble d'utilisation d'une substance du DSM-5 est fixé à deux critères ou plus et selon le nombre de critères présents on parlera de trouble léger (2 à 3 critères), modéré (4 à 5 critères) ou sévère (plus de 6 critères). (14)

Il peut y avoir des addictions avec ou sans substances, ainsi le terme addiction peut aussi s'appliquer à des conduites qui présentent des similarités avec les dépendances aux substances : désir compulsif, importance du temps consacré à l'activité et abandon d'autres activités, développement d'une tolérance à l'activité, poursuite du comportement malgré les effets négatifs, syndrome de sevrage, difficultés à contrôler le comportement. Elles peuvent concerner

les jeux de toutes sortes, le sport, internet, la nourriture, le sexe, les achats...

A l'heure actuelle, en France, même si on note une diminution de la consommation d'alcool dans la population générale, son expérimentation et sa consommation ne cessent de croître chez les jeunes.

On voit apparaître de nouveaux comportements d'alcoolisation tel que le binge drinking, aussi appelé alcoolisation ponctuelle importante (API). Ce comportement est caractérisé par une ingestion d'une quantité importante d'alcool, dans un laps de temps court, dont l'objectif est d'atteindre rapidement un état d'ébriété. Particulièrement présent chez l'adolescent et le jeune adulte, ce mode de consommation est plus précisément défini par l'institut international sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme (15) comme une consommation en moins de deux heures d'une quantité importante d'alcool, c'est à dire d'au moins six verres ou 60mg d'alcool pur pour les femmes et sept verres soit 70g d'alcool pur pour les hommes (avec une alcoolémie atteinte supérieure ou égale à 0,8g/l). (16)

D'après l'enquête ESCAPAD de 2017 menée par l'OFDT (Observatoire Français des drogues et des toxicomanies) auprès de 46 054 jeunes de 17 ans dans le cadre de la journée de défense et de citoyenneté, la moitié des jeunes de 17 ans avaient eu un comportement d'alcoolisation ponctuelle importante dans le mois précédent le questionnaire. (17)

Concernant le cannabis, l'OFDT nous apprend qu'en 2017 le cannabis reste la première substance illicite consommée par les adolescents. Ainsi l'âge moyen de l'expérimentation de cannabis chez les jeunes Français de 17 ans est de 15,3 ans et on estime qu'environ 4 adolescents sur 10 ont déjà consommé du cannabis. (18)

Afin d'appréhender l'usage problématique et le risque de dépendance vis-à-vis du cannabis, l'OFDT a développé un outil de repérage : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Or en 2017, au regard du CAST, un usager dans l'année de cannabis de 17 ans sur quatre présentait un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis. (19)

III. Physiopathologie de l'addiction

III.a. Système de la récompense

Le système de récompense est la base neurobiologique de l'apprentissage. Ainsi il s'avère être indispensable à la survie, car il fournit la motivation nécessaire à la réalisation d'actions ou de comportements adaptés, permettant de préserver l'individu et l'espèce (satisfaction de besoins vitaux tels que recherche de nourriture, reproduction, évitement des dangers ...).

Schématiquement ce système de récompense peut être renforcé par trois composantes distinctes ; la composante affective, correspondant au plaisir provoqué par les « récompenses », la composante motivationnelle, correspondant à la motivation à obtenir la « récompense » et la composante « cognitive », correspondant aux apprentissages, aux conditionnements.

Une sensation agréable donne envie de reproduire la situation qui a donné lieu à cette sensation = renforcement positif. « Loi de l'effet » de Thorndike. Cela peut conduire à la dépendance à des substances (psychotropes...) et à des situations (jeux d'argent, jeux vidéo ...).

D'un point de vue neurobiologique, les mécanismes de la dépendance sont déterminés par le système dopaminergique qui modifie le fonctionnement d'un ensemble neuronal particulier appelé le « circuit de la récompense ». (20) Le circuit de la récompense implique différentes structures cérébrales que sont l'aire tegmentale ventrale, le noyau accumbens, l'amygdale, le pallidum ventral, l'hypothalamus latéral, le septum, et le cortex préfrontal.

Ce système de la récompense est associé à un faisceau dopaminergique important, appelé mésolimbique. Il prend son origine dans l'aire tegmentale ventrale et projette vers des structures limbiques notamment le noyau accumbens. L'aire tegmentale, elle, reçoit depuis d'autres régions du cerveau des informations concernant le niveau de satisfaction des besoins de l'organisme. Elle transmet ensuite cette information au noyau accumbens, qui, aidé des régions corticales (cortex préfrontal), permettra de sélectionner le comportement adéquat afin de satisfaire aux besoins initiaux.

Lors d'une prise de drogue ce système dopaminergique va être perturbé, les drogues vont par différents mécanismes augmenter la concentration en dopamine dans les synapses. À la longue il va se produire un phénomène de désensibilisation et une sensation de manque va survenir

chez l'individu. En effet la présence prolongée de dopamine dans l'espace synaptique va entraîner une diminution du nombre de récepteurs sur la membrane post-synaptique. Les synapses, et donc la voie nerveuse deviennent donc moins sensibles. Ainsi pour obtenir une satisfaction « normale » l'individu doit prendre la drogue dans une quantité ou sur une durée plus importante.

Nous pouvons illustrer ces faits avec la prise d'alcool : l'alcool va influencer par différents mécanismes sur le circuit de la récompense. Il va en activant les neurones inhibiteurs (GABAs) et en inhibant les neurones excitateurs (glutamatergiques) ralentir de façon générale le système nerveux central. De par cette action il va empêcher le fonctionnement idéal de l'hippocampe entraînant une amnésie de l'épisode. Par ailleurs il va inhiber les neurones inhibiteurs des neurones dopaminergiques, ceci va perturber le système de la récompense en augmentant la concentration en dopamine dans les espaces synaptiques. Cette augmentation en dopamine sera responsable d'une sensation de plaisir. (21)

III.b. Neuromédiateurs impliqués

Comme nous l'avons développé précédemment tous les psychotropes induisant un comportement addictif, tels que l'alcool, la nicotine, les opiacés, les cannabinoïdes et les psychostimulants, augmentent l'activité des neurones dopaminergiques mésolimbiques et les niveaux extracellulaires de dopamine dans le noyau accumbens ce qui est relié à leurs effets renforçant. De par la plasticité cérébrale ces administrations répétées de drogues vont conduire à des altérations importantes dans les circuits de la récompense, ce qui conduit au développement de l'addiction.

Cependant, de nouvelles recherches ont montré que des systèmes neurochimiques autre que le système dopaminergique sont impliqués dans les modifications adaptatives qui mènent à l'addiction.

L'un des principaux est le système opioïde endogène. (22)

Pour rappel, le système opioïde possède trois types de récepteurs qui sont les récepteurs mu, delta et Kappa. Les récepteurs opioïdes mu sont directement impliqués dans les propriétés renforçantes des opiacées de l'alcool de la nicotine, des cannabinoïdes, et peut-être aussi des psychostimulants. Ces récepteurs mu sont également responsables de la composante physique de la dépendance induite par les opiacées et jouent un rôle important dans la dépendance physique suscitée par les cannabinoïdes et la nicotine. Les récepteurs opioïdes delta semblent

jouer un rôle complémentaire à celui des récepteurs mu et participent à la modulation des effets renforçant des opiacés de l'alcool, de la nicotine et des psychostimulants.

A l'inverse les récepteurs kappa couplés aux dynorphines jouent un rôle opposé à celui des autres composantes du système opioïde. En effet, l'activité des récepteurs kappa et de la dynorphine est augmentée par l'administration des différentes drogues afin de diminuer les conséquences de l'augmentation de l'activité dopaminergique mésolimbique, y compris les effets renforçant. (22)

Tous les systèmes neuromédiateurs ne sont pas encore parfaitement connus, une étude menée par Lucas Salomon, Christophe Lantéri et Tassin J, Pol a ainsi montré qu'il existait une défaillance de couplage entre les récepteurs sérotoninergiques et noradrénergiques chez les personnes prenant de façon répétée de la cocaïne, de l'alcool ou de la morphine. La disparition du lien de régulation entre les neurones noradrénergiques et sérotoninergiques pourrait être responsable du malaise que ressentent les toxicomanes en état de sevrage et être par là même l'une des origines de la pharmacodépendance.

Les deux ensembles neuronaux que sont les neurones noradrénergiques et les neurones sérotoninergiques réagiraient de façon non contrôlée aux stimuli environnementaux ce qui entraînerait une sensation de malaise. Pour cette raison seule la drogue permettrait de rendre supportable au toxicomane la disparition du couplage entre les deux ensembles neuronaux. (20)

III.c. Part de la génétique et de l'épigénétique

De nombreuses études ont cherché à caractériser et à définir la part « d'héritabilité » des addictions. On constate effectivement que la dépendance à la cocaïne ou aux stimulants a une héritabilité estimée à 70%, les dépendances à l'alcool ou au tabac ont une héritabilité estimée à 60% et l'héritabilité des hallucinogènes est estimée à 40% . (23)

Cependant, malgré une héritabilité aussi élevée, qui dépasse le rôle de l'environnement individuel ainsi que celui du milieu familial partagé, il semblerait que les facteurs génétiques en cause n'influencent la vulnérabilité aux addictions que de manière très indirecte. Il n'existe pas à l'heure actuelle des gènes « pour » les addictions. (24)

Les addictions seraient une « maladie multifactorielle ».

Certains phénotypes ont été identifiés comme « protecteurs », à ce titre on peut citer le polymorphisme génétique au niveau du gène de l'aldéhyde déshydrogénase ALDH2. L'aldéhyde déshydrogénase est une enzyme nécessaire au catabolisme de l'alcool, certaines populations notamment asiatiques présentent un déficit au niveau de cette enzyme. Ce déficit

est causé par un polymorphisme du gène et est responsable d'une mauvaise tolérance à l'alcool. L'ingestion d'alcool ne causant que des sensations désagréables (flush, nausée ...) elle prévient de l'addiction.

De nombreux gènes sont étudiés, parmi eux on peut citer le gène DRD2 qui code l'un des récepteurs de la dopamine. Ce récepteur est localisé sur le neurone pré-synaptique et joue un rôle dans la régulation de la synthèse et de la sécrétion de la dopamine dans la fente synaptique. Il s'agit d'un gène très polymorphe dont certains allèles (TaqIA) semblent être associés à l'usage d'héroïne, à la dépendance à la cocaïne, à la poly consommation, ainsi qu'à un âge précoce d'abus multiples. (24)

Les addictions résultent donc de l'interaction dynamique entre influence génétique et influence environnementale.

Chacune de nos cellules contient 46 chromosomes hérités de nos parents sur lesquels on compte environ 25 000 gènes cependant tous nos gènes ne s'expriment pas du fait de l'épigénétique.

Les modifications épigénétiques ont lieu tout au long de notre vie, elles sont induites par l'environnement au sens large : la cellule reçoit en permanence toutes sortes de signaux l'informant sur son environnement, de manière à ce qu'elle se spécialise au cours du développement, ou ajuste son activité à la situation. Ces signaux, y compris ceux liés à nos comportements (alimentation, tabagisme, stress...), peuvent conduire à des modifications dans l'expression de nos gènes, sans affecter leur séquence. (25)

Concernant les addictions, une étude longitudinale portant sur l'ensemble du génome a été menée afin de déterminer si les profils de méthylation de l'ADN au début de la vie étaient associés de manière prospective à la consommation de substances psychoactives à l'adolescence. Cette étude a montré qu'il existait chez les nouveau-nés une variation épigénétique d'un réseau génétique étroitement interconnecté associé à une consommation plus importante de substances psychoactives à l'adolescence et à une consommation plus précoce. Cette variation épigénétique était majoritairement retrouvée chez les nourrissons ayant été exposés au tabagisme lors de la grossesse. (26)

IV. Trajectoire addictive : Intrication et mise en résonance de facteurs de risques individuels, environnementaux et liés aux substances

Comme le formule Claude Olievenstein l'addiction désigne l'interaction entre un produit, un individu et un environnement. A ces trois niveaux il peut y avoir des situations favorisantes, une sommation de facteurs facilitant la mise en place d'une addiction. De nombreux travaux menés sur l'aménagement de la dépendance, notamment ceux de P Jeammet et M Corcos, avancent que les adolescents qui deviennent pathologiquement dépendants sont ceux qui utilisent de façon dominante et contraignante la réalité externe, c'est-à-dire le monde perceptivo-moteur pour se défendre et contre investir une réalité interne sur laquelle ils ne peuvent s'appuyer. (27)

Il faut donc considérer les adolescents avec leurs facteurs de vulnérabilité propres, le produit avec sa capacité à modifier le monde perceptivo-moteur sans négliger les caractéristiques de la réalité externe c'est-à-dire l'environnement dont l'adolescent cherche à s'échapper. Après avoir identifié les différentes variables en présence nous exposerons les différents modèles de compréhension proposés dans l'initiation et le maintien de la conduite addictive. (2)

IV.a. Facteurs de risque individuels

- **Génétique et biologique**

Sur le plan génétique, même si de nombreuses études ont montré un taux d'alcoolisme plus élevé de façon transgénérationnelle (28) il n'existe pas de « gène de l'alcoolisme » mais certainement une sensibilité génétique d'origine multigénique. Il a par contre été démontré qu'en fonction des allèles, l'activité enzymatique de l'alcool déshydrogénase et de l'acétaldéhyde déshydrogénase n'était pas la même, favorisant dans certains cas un métabolisme rapide de l'alcool. Cette métabolisation rapide de l'alcool signifie une meilleure tolérance à l'alcool et facilite donc la dépendance. De même pour le cannabis aucun gène de protection ou de vulnérabilité n'a pu être isolé toutefois certaines conformations génétiques semblent être plus impliquées ; un variant de l'intron 2 du CB1, le SNP rs806380 et deux zones du génome, 3q21 et 9q34 sont associés à la dépendance au cannabis. (29)

- **Psychologique**

À ce niveau on relève chez les personnes sujettes à la dépendance des traits de personnalité particuliers relevant de personnalités borderline, dépendantes ou évitantes : faible estime de soi, timidité, autodépréciation, réactions émotionnelles excessives, difficultés à avoir des relations stables et à résoudre les problèmes interpersonnels, mais aussi des traits de personnalité attachés à la personnalité antisociale : impulsivité, agressivité, intolérance à la frustration... On retrouve également des tempéraments assez caractéristiques avec des individus impulsifs, en recherche de sensations fortes, de nouveautés, ayant un faible évitement du danger. Bien évidemment il faudra rechercher des événements de vie traumatisants qui peuvent pousser l'individu à recourir à l'usage de substance. De plus il est possible que les hormones de stress générées par des événements traumatisants créent une fragilisation neuronale vis-à-vis des substances psychoactives.

- **Psychiatrique**

Certes l'anxiété, la dépression, les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques sont très souvent retrouvés chez les patients dépendants et il est assez difficile d'élucider si ces troubles préexistent ou sont secondaires à la prise de substances. Toutefois les troubles anxieux et dépressifs peuvent favoriser le recours à la prise d'alcool, de cannabis... qui les aggravent.

IV.b. Facteurs de risques socio-environnementaux

- **Famille**

Le fonctionnement intrafamilial et le style d'éducation parentale de type négligeant, rejetant, permissif jouent un rôle important dans l'installation d'une conduite addictive. La tolérance familiale vis-à-vis de l'usage de produits et de la transgression des règles familiales est également un facteur de risque de déclenchement des consommations de substances chez l'enfant et chez l'adolescent. De plus, il existe des liens étroits entre une histoire familiale de dépendance à l'alcool ou à d'autres produits psychoactifs et un âge de début précoce des consommations nocives. (28) Les événements de vie familiaux sont également à prendre en compte ainsi on voit se développer des approches familiales systémiques. Cette approche se base sur le principe d'une interdépendance de ceux qui constituent le système familial. Elle

explique par exemple que lorsque les parents ont connu un événement particulier comme une séparation inachevée avec leurs propres parents il peut survenir un phénomène de parentification de l'adolescent, un « court-circuit générationnel ». Face à cette situation l'adolescent va avoir recours à des stratégies pathologiques, comme l'usage de substances et ramènera de ce fait une homéostasie familiale en se positionnant dans une situation de détresse nécessitant l'aide des parents. (30)

- **Amis**

Comme le démontrent les différentes enquêtes annuelles ESCAPAD le rôle des pairs est indiscutable dans l'initiation d'une consommation de substances. La dimension de transgression des règles prend ici toute sa valeur et le choix du groupe de pairs, où certaines substances sont disponibles, peut jouer un rôle renforçateur. La pression du groupe, la prédisposition de certains sujets à l'usage de drogues, la délinquance, la marginalisation, la représentation du produit par le jeune sont d'importants éléments à prendre en compte. Il est aussi important de prendre en compte la tendance actuelle qu'est le Binge drinking, phénomène venu des États-Unis qui consiste à ingérer une grande quantité d'alcool dans un court laps de temps. Dans de nombreux groupes de jeunes l'alcool est devenu indissociable et indispensable au contexte festif. (16)

- **Culture**

Depuis l'antiquité la France est un pays viticole, on constate que les premiers ceps de vignes cultivés remonteraient à 6000 ans avant notre ère. Par ailleurs la France est le premier pays producteur de vin, l'alcool fait partie intégrante de la culture. Il est présent à chaque événement de la vie d'un individu : baptême, communion, mariage, enterrement. Il s'agit effectivement d'un produit banalisé associé à la convivialité et à la festivité, toutes les occasions sont bonnes pour célébrer et en consommer, il fait partie de la culture alimentaire et festive. (31) Ainsi l'âge moyen de la première consommation se situe entre 12 et 14 ans à l'occasion de repas de famille et il s'agit le plus souvent de champagne. On note cependant une avancée sur la représentation qu'ont les gens des conséquences de l'alcool grâce aux campagnes de prévention, aux lois comme celle interdisant la vente d'alcool aux mineurs où celle interdisant de conduire avec une alcoolémie supérieure à 0,5g/l. Toutefois là où l'individu alcoolodépendant est perçu de façon très péjorative comme un être faible, sans volonté, autodestructeur, le buveur occasionnel, festif, social est souvent valorisé.

- **Social**

Toutes les études tendent à affirmer que les addictions se pérennisent dans les classes sociales les moins aisées. Toutefois en ce qui concerne l'expérimentation, on constate que c'est dans les milieux les plus favorisés qu'ont lieu les consommations les plus précoces. (32)

IV.c. Facteurs de risques liés au produit

- **Le risque de dépendance**

Le risque de dépendance varie en fonction des substances psychoactives. Nous savons par exemple que les trois substances ayant le plus fort pouvoir addictif sont le tabac, l'héroïne et la cocaïne. Pour une faible consommation de ces produits, il est retrouvé une dépendance moyenne ou forte chez 50 à 60% des usagers, alors que pour l'alcool, le cannabis et les amphétamines, le syndrome de dépendance ne concerne que 10% des usagers. (33)

- **Le risque de complications somatiques, psychologiques et sociales.**

De manière générale, tous les produits psychoactifs entraînent des complications somatiques, psychologiques, sociales à court et à long terme. Il existe certaines spécificités. En effet on peut considérer que le tabac entraîne surtout des complications somatiques à long terme et peut être révélateur de troubles psychologiques lors de l'arrêt de sa consommation (trouble dépressif, tentative de suicide, troubles anxieux...). Au contraire, certains produits comme l'alcool, la cocaïne, le cannabis peuvent être à l'origine de dommages psychiatriques, somatiques et sociaux beaucoup plus rapidement. (33)

- **Le statut social du produit**

Celui-ci dépend généralement du caractère licite ou non du produit. Un produit comme le crack ou l'héroïne peut entraîner une marginalisation, une désocialisation, une délinquance et des complications liées aux difficultés à se procurer le produit. Au contraire, l'alcool et le tabac sont acceptés socialement ce qui facilite et encourage leur consommation. En ce qui concerne des

substances telles que la cocaïne, ces substances peuvent être acceptées dans certaines classes sociales. (34)

IV.d. Processus conduisant à l'installation d'une dépendance

Afin d'explicitier l'installation d'une dépendance, Wise et Koob ont mené différents travaux et expérimentations. Il en ressort l'importance relative de deux formes de renforcement : le renforcement positif lié à l'euphorie induite par la drogue et le renforcement négatif en lien avec l'atténuation de la douleur. Wise s'est principalement concentré sur les mécanismes de renforcement positif qui sont importants pour établir des habitudes de recherche de drogue et les rétablir rapidement après des périodes d'abstinence. Selon lui le cerveau d'une personne dépendante se distingue principalement par le développement de traces de mémoire pour l'expérience drogue. Au contraire Koob a axé ses recherches sur le renforcement négatif. Il considère que le renforcement négatif est le moteur principal. Selon lui c'est la recherche de la suppression d'un stimulus aversif qui pousse l'individu à devenir dépendant.

Tous deux s'accordent cependant à conceptualiser la dépendance sous la forme d'un cycle en trois étapes :

- Frénésie / Intoxication
- Sevrage / expériences négatives, préoccupation
- Anticipation.

Ils expliquent que ces différentes phases s'aggravent avec le temps et impliquent des éléments de compulsion, d'impulsivité ainsi qu'un renforcement à la fois positif et négatif. (35)

V. Adolescence

V.a. Définition de l'adolescence

L'adolescence est une période de la vie particulière, une période d'instabilité, de transition. Elle qualifie, comme l'étymologie latine du mot l'indique « adolescere », le fait de grandir. L'adolescent va à la fois chercher à renier son enfance, ses anciennes figures d'attachement qu'étaient ses parents et chercher à se construire un statut d'adulte au sein d'une société. C'est un moment de crise identitaire, de vulnérabilité où de nombreux facteurs extérieurs pourront impacter de façon non négligeable son devenir. Afin d'essayer d'appréhender au mieux les

modifications caractéristiques relatives à cet âge, différents modèles de compréhension ont été proposés. On retient notamment le modèle physiologique, sociologique, psychanalytique puis le modèle cognitif et éducatif. (36)

D'un point de vue purement physiologique l'adolescence correspond à la puberté soit au développement des caractères sexuels primaires et secondaires sous la dépendance de l'axe hypothalamo- hypophysogonadique. Les sociologues complexifient cette vision en définissant l'adolescence comme étant une période d'insertion d'un individu dans la vie adulte au sein d'une société qui évolue. Plusieurs variables sont donc à prendre en compte, les variables qui se rapportent à une génération d'adolescents, celles attribuables à la société, ses normes, sa culture, ses valeurs et traditions. L'adolescence est une période d'identification, au sein d'un groupe d'individus plus ou moins du même âge au sein duquel le sujet va rechercher protection, identification, exaltation ...

L'adolescence peut aussi s'appréhender d'un point de vue psychanalytique, il s'agit du modèle Freudien bien connu, plus ou moins controversé. Selon ce modèle, l'adolescent en proie à ses pulsions doit rejeter ses parents dont la présence réactive un conflit Œdipien. Cela remet en cause ses bases identificatoires et il doit donc rechercher l'image de soi dans les racines culturelles et le groupe social qui l'entoure.

Pour finir selon le modèle cognitif et éducatif décrit par Piaget et Inhelder, l'adolescence correspond à l'âge d'acquisition d'une nouvelle forme d'intelligence qui est l'intelligence opératoire grâce à laquelle l'individu va être capable d'abstraction, d'un meilleur jugement et d'envisager avec plus d'aisance des solutions aux problèmes quotidiens. (36)

V.b. Physiopathologie de l'adolescence

Toutes les approches expliquant les transformations se produisant durant l'adolescence s'accordent à décrire l'adolescence comme une période charnière où l'individu est vulnérable à de multiples facteurs bio-psycho-sociaux. Durant cette période que l'on situe habituellement entre douze et dix-huit ans, la vulnérabilité de l'adolescent peut s'expliquer en partie par la maturation d'un cerveau « inachevé » soumis aux influences familiales puis sociales.

Pour mémoire, le cerveau se construit lors d'un processus de maturation lent, fonctionnel et anatomique qui se développe entre le 4ème mois de grossesse et l'âge de 25 ans. De façon schématique et fonctionnelle on peut considérer que le cerveau suit un processus d'emboîtement successif de trois cerveaux où le plus récent amplifie le précédent et tente de le réguler. Le « premier cerveau », mature dès la naissance est le cerveau « reptilien » (tronc cérébral et

cervelet), il s'agit de l'instance permettant de répondre aux besoins primaires : manger, dormir, se reproduire, agresser, fuir. Le « deuxième cerveau » se développe en interaction avec l'environnement vers l'âge de 7 ans, appelé le « cerveau mammifère » (essentiellement constitué par le système limbique et une partie des aires associatives) il est dominé par le conditionnement, l'émotion et motivé par le désir. Il va permettre à l'individu de s'adapter à son environnement et va déterminer la peur, la colère et le plaisir.

Pour finir, le dernier cerveau, appelé cerveau « sapiens » cognitif (aire préfrontale et sus-orbitaire) émerge vers sept ans et mature jusqu'à vingt-cinq ans, son rôle sera de traiter de façon logique par des choix conscients les informations filtrées par le cerveau « mammifère ». Il permettra à l'individu d'attribuer une « saillance » aux informations afin de planifier, pratiquer des choix. (11)

Cette maturation cérébrale s'explique par un remaniement neurologique. Entre 6 et 12 ans se développe une surproduction de synapses créant une multitude de connexions permettant à l'enfant d'être « ouvert », il associe. À l'adolescence, les neurones inactifs disparaissent progressivement tandis que les neurones actifs sont renforcés par une myélinisation permettant l'accélération de l'influx. Le cerveau de l'adolescent se spécialise sous l'influence de facteurs génétiques, mais aussi épigénétiques ; l'expression de certains gènes pourra être modulée de façon plus ou moins durable sous l'influence de l'environnement.

Durant cette période, le circuit de la récompense, impliqué dans les addictions joue un rôle majeur car il régule par ses connexions les trois cerveaux : l'aire tegmentale ventrale du cerveau « reptilien », le noyau accumbens du cerveau « mammifère » et les noyaux sus-orbitaires du cerveau « sapiens ».

Ces modifications neurologiques n'expliquent pas à elles seules les différentes modifications opérant à l'adolescence. On constate que les neurotransmetteurs jouent également un rôle important.

Ainsi la dopamine, neurotransmetteur contrôlant le mouvement, la réponse émotionnelle, la sensation de plaisir et de douleur est sécrétée de façon extrêmement variable avec des pics élevés de sécrétion.

Cette caractéristique peut expliquer les « sautes d'humeur », la recherche de plaisirs, de sensations et la difficulté des adolescents à contrôler leurs émotions.

La sérotonine baisse aussi, entraînant troubles de l'humeur, anxiété, excitation et impulsivité. Par ailleurs la sécrétion de mélatonine durant l'adolescence est telle qu'elle favorise un coucher et un lever tardif. Pour finir, on remarque que le GABA (acide gamma aminobutyrique) qui a

exercé pendant l'enfance une action inhibitrice diminuée au profit du glutamate exciteur présent à la fois dans le système limbique et l'aire préfrontale ce qui explique des comportements plus rapides et impulsifs. (11)

V.c. Freins identifiés à la prise en charge des adolescents par le médecin généraliste.

Le médecin généraliste peut rapidement être mis mal à l'aise face à un adolescent en consultation. Dans le vécu et les comportements des adolescents, le normal et le pathologique sont difficiles à dissocier. Les troubles internalisés sont discrets, voire négligés (sommeil, anxiété, phobies, dépression, idées suicidaires), les troubles externalisés sont plus apparents et bruyants (accidents, consommations de psychoactifs, anorexie, boulimie, troubles obsessionnels compulsifs, automutilations, suicides) avec des différences selon le sexe. Les facteurs de risque sont nombreux et mieux connus que les facteurs de protection.

De ces faits découlent plusieurs réticences des médecins généralistes à prendre en charge des adolescents. Parmi elles on retrouve :

- La difficulté à identifier le motif de la consultation
- La difficulté à se situer entre le secret professionnel, la confidentialité et le droit parental à l'information
- Les incompréhensions liées à un écart culturel important
- Les difficultés à pratiquer un examen somatique chez des sujets pudiques rendant le médecin généraliste mal à l'aise
- Le manque de temps et d'indemnisation spécifique
- Le manque de formation spécifique en psychologie et en « médecine de famille »
- La crainte d'une erreur médico-légale du fait de ne pas savoir dissocier une crise normale d'une dépression ou d'un début de maladie mentale
- Les difficultés de communication ... (12)

VI. Positionnements du médecin généraliste face à sa patientèle adolescente

VI.a. Une typologie de positionnement

Suite à l'analyse des réactions des différents médecins traitants face aux adolescents présentant des difficultés psychologiques, il a été montré que l'implication des omnipraticiens dans ce domaine est très inégale. Elle est influencée par leur façon de voir les jeunes, leur perception de leurs besoins en matière de santé, et le cadre des connaissances de l'omnipraticien. Roberts et Al. ont ainsi créé un modèle conceptuel de positionnement du médecin généraliste face aux adolescents en proie à des difficultés psychologiques, ils distinguent :

- Les médecins « réparateurs »
- Les médecins « planificateurs »
- Les médecins « collaborateurs-accompagnateurs ».

Les réparateurs ne s'attachent qu'à répondre aux problèmes biomédicaux des adolescents. Ils considèrent qu'en général les problèmes de santé de cette classe d'âge sont simple sur le plan somatique (acné ; pilule contraceptive...), sur le plan psychologique ils expriment généralement leurs angoisses et préfèrent ne pas s'immiscer dans les différentes problématiques.

Roberts et Al décrivent ensuite les planificateurs qui intègrent l'environnement, le mode de vie et la dimension fondamentale de la famille mais se surinvestissent s'exposant au burn-out et à la déception de ne pas voir le fruit de leur surinvestissement. Ces derniers ont pris conscience des défis de l'adolescence et cette sensibilité a favorisé la compassion et la compréhension du fait que les jeunes avaient souvent besoin de temps pour être écoutés. Ils perçoivent comme essentielle l'influence de la famille qu'elle soit positive ou négative et tentent de l'intégrer à leur prise en charge de l'adolescent.

Pour finir, ils situent les collaborateurs-accompagnateurs : ces médecins généralistes voient dans la consultation une occasion de construire un récit significatif de l'histoire du patient. Ils utilisent une relation de confiance et de respect mutuel afin de responsabiliser l'adolescent dans son environnement. Ils font preuve de flexibilité et d'auto-réflexion ce qui leur permet de mieux gérer « l'inattendu » ou les « chocs culturels ». (13)

VI.b. Modalités de prise en charge de l'adolescent

Le rôle du médecin généraliste est crucial auprès des adolescents. En effet ces derniers présentent souvent des perturbations psychosociales, 25 à 33 % des adolescents présentent des états dépressifs et des conduites à risques. La précocité de prise en charge réduit la durée de ces épisodes et leur morbi mortalité, c'est pourquoi Philippe Binder souligne dans ses travaux l'importance d'un dépistage de ces troubles par le médecin généraliste. Il propose aux médecins généralistes différentes ressources à déployer durant les consultations avec l'adolescent.

Ces ressources doivent aider à remplir trois objectifs qui sont :

- Établir une relation de soin favorisant l'expression et l'autonomie, particulièrement sur les questions de normalité, d'identité, de sexualité, d'orientation professionnelle
- Identifier le mal-être en repérant les vulnérabilités puis en distinguant l'expression d'un caractère, l'épisode dépressif, les troubles adaptatifs et les symptômes psychiatriques
- Favoriser les conditions d'une croissance en favorisant les facteurs de protection et en accompagnant par du sens et du lien vers une ouverture à plus de choix possibles

La consultation sera le théâtre d'une rencontre de représentations préalables, celles appartenant au médecin et celles appartenant à l'adolescent. P.Binder développe que les représentations des soucis de santé de l'adolescent sont souvent décalées par rapport à celles du médecin généraliste. Les adolescents sous entendent par « soucis de santé » leur peau, leur poids et leur « look ». Les plaintes les plus récurrentes concernent les troubles du sommeil, l'irritabilité, la nervosité, les dorsalgies, les céphalées et les douleurs abdominales.

Une fois les représentations de l'adolescent prises en compte le médecin doit établir une relation de confiance. Cette dernière nécessite de poser un cadre à la consultation, les adolescents sont souvent freinés par la méconnaissance de leurs droits, particulièrement celle touchant au secret professionnel, car le médecin généraliste est mis du côté des parents. De même, le médecin généraliste peut se trouver en difficulté entre secret professionnel et devoir d'informer.

Ces questions relèvent en France de textes et d'habitudes. La « majorité médicale » n'est pas définie, et ce terme ne signifie juridiquement rien. Les textes qui régissent le secret relatif aux

mineurs sont issus du Code civil (CC) et du code de la santé publique (CSP) qui a été modifié par la loi du 4 mars 2002.

Ils établissent un équilibre entre deux nécessités :

- Le mineur a droit au respect de sa vie privée (CC, art. 9) et au secret professionnel (CSP, art. L1110-4, art. L. 1111-6 et art. R4127-4) ;
- Mais il est soumis à l'autorité de ses parents ou de leurs représentants (CC, art. 371-1 et 2 et CSP, art. L. 1111-2), chacun des parents étant réputé agir avec le consentement de l'autre (CC, art. 372-2). Le médecin se doit donc de les informer (CSP, R4127-42).

Afin de nous aider au discernement, P.Binder propose les repères suivants :

« Tant que les informations ne sont pas nécessaires à des prises de décision parentales, que sa santé n'est pas en danger à court terme et que ses parents donnent leur accord aux consultations de façon implicite ou explicite, le secret médical est garanti au mineur. Lorsqu'une décision médicale est à prendre, ou une information à donner, en raison d'une nécessité de traitement ou d'intervention pour sauvegarder sa santé et que le mineur s'oppose à en informer ses parents, le médecin doit d'abord s'efforcer d'éclairer le mineur sur cette nécessité (CSP, art. L. 1111-6). Si le mineur maintient son opposition après avoir été dûment informé, le médecin lui demande de désigner un adulte de son choix pour l'accompagner dans ce soin. Le médecin doit en outre obtenir le consentement du mineur pour le soin en question (CSP, art. L. 1111-5 et CSP, art. R4127-42). Il doit en faire mention dans son dossier médical (CSP, art. R1111-6). »

Une fois cette problématique balayée il faudra un certain temps afin « d'appriivoiser » l'adolescent.

L'adolescent perçoit généralement le médecin généraliste qui l'a suivi depuis l'enfance comme lié au monde qu'il cherche à quitter. Le médecin doit s'adapter et faire évoluer sa relation avec l'adolescent et ne plus le considérer comme un enfant.

Afin de faire évoluer cette relation P.Binder propose différentes étapes :

1. Écouter la mère qui parle de son enfant et entendre l'avis de l'enfant ;
2. Solliciter l'expression du jeune et entendre l'avis du parent ;
3. Fractionner la consultation en demandant au tiers d'aller en salle d'attente ;
4. Recevoir l'adolescent seul en consultation sans accompagnement

Plusieurs « astuces » ont été avancées afin de parvenir à cette évolution :

- Cadre d'accueil adéquat : accessibilité du cabinet, consultation sans rendez-vous, faible temps d'attente ...
- Poser des questions ouvertes à la fin de l'examen clinique du type « à part ça ... ? » tout en laissant un temps de silence afin de laisser le temps à l'adolescent de s'exprimer
- Faire sortir le tiers avec délicatesse en avertissant des trois temps successifs nécessaires à la consultation « Nous allons voir/avons vu la situation ensemble. Ensuite, j'ai l'habitude/il me paraît nécessaire de m'entretenir avec votre enfant, seul. Donc, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vous demanderai de nous laisser seuls un moment, puis nous nous reverrons tous les trois ensemble après. »
- Utiliser le BITS qui est un questionnaire portant sur 4 points que sont : Brimades, Insomnie, Tabagie, Stress afin de dépister des troubles psychosociaux. (12)

VII. Les différentes techniques de communication

VII.a. Approche Centrée sur la personne APC

Le concept d'approche centrée sur le patient (ACP) définit une méthode systémique clinique reconnue internationalement qui s'est développée à partir des travaux de Balint et Rogers. Cette démarche clinique et pragmatique intègre à la fois les perspectives du médecin et celles du patient. Ce modèle d'entrevue et de rencontre est applicable par tous les médecins mais surtout bien adapté en soins primaires.

On considère que ce modèle comporte six dimensions qui peuvent être considérées comme des tâches pour le médecin.

Ces dernières sont :

- Explorer l'expérience de la maladie vécue par le patient « en tant que personne » et sa perspective. On considère que la perspective du patient doit être appréhendée à travers son vécu, ses représentations, ses attentes et ce qui est important pour lui et a du sens.
- Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, sa dimension historique et son contexte. Cette dimension souligne que les compétences biomédicales sont insuffisantes pour prendre en charge le patient de façon optimale, cela renvoie à la notion de « diagnostic approfondi » de Balint.

- S'entendre avec le patient, avoir une compréhension commune sur le problème, les solutions et le partage des décisions
- Développer la relation et l'alliance thérapeutique. Le modèle de l'approche centrée sur la personne développe que pour cette capacité le médecin doit apprendre et adopter des attitudes thérapeutiques contributives, comme l'attitude empathique, le respect, l'écoute active. Par ailleurs le médecin doit être conscient de la dimension affective de la relation et savoir reconnaître la relation transférentielle. Le modèle de l'approche centrée sur le patient renvoie à une rencontre entre deux personnes qui s'influencent mutuellement.
- Favoriser la promotion de la santé. Cette dimension passe par la prévention qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire grâce au dépistage.
- Faire preuve de réalisme et tenir compte de ses limites.

Il est intéressant de noter que dans l'optique d'acquérir ces connaissances, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) a développé un modèle pédagogique d'apprentissage dit de la « marguerite des compétences ». (37)

Cette marguerite des compétences décrit les 6 compétences nécessaires au médecin généraliste pour accomplir les tâches de la fonction soignante. Ces compétences sont mises en œuvre dans des situations de soins primaires qui ont été regroupées en 11 familles de situations prototypiques et exemplaires. On remarque au passage que la 4ème famille de situations prototypiques s'intitule : « Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent. », ce qui soulève bien la spécificité et la difficulté de prendre en charge des adolescents en consultation.

Le modèle de la marguerite des compétences est donc un modèle pédagogique visant à donner du sens et de la cohérence à l'apprentissage des compétences nécessaires à tout médecin généraliste. Il présente de nombreuses similarités avec le modèle APC qui lui est un concept reconnu internationalement.

Pour ces raisons, plusieurs auteurs comme C.Perdrix proposent de créer des passerelles entre ces deux modèles afin de fournir un champ de recherche important pour la discipline universitaire « médecine générale ». (38)

VII.b. Entretien motivationnel

La relation médecin-malade a évolué à travers les années ce qui a conduit les médecins à devoir communiquer autrement. Parmi ces moyens de communication on trouve l'entretien

motivationnel. Le but de cet entretien sera d'amener le patient à effectuer un changement positif dans ses habitudes, attitudes... Pour ce faire il faudra lutter contre l'ambivalence qui est l'hésitation dans le choix entre deux ou plusieurs options.

Selon W. MILLER, c'est une méthode de conseil centrée sur la personne et dirigée vers un objectif pour résoudre l'ambivalence et promouvoir un changement positif en élaborant et renforçant la motivation personnelle au changement. (39)

Pour ce qui est de son inspiration, elle remonte peut-être au 17^{ème} siècle, quand Blaise PASCAL formulait dans Les Pensées :

« On se persuade mieux pour l'ordinaire par les raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui sont venues par l'esprit des autres ».

C'est aussi toute la raison d'être de la maïeutique de Socrate. Socrate définissait par la maïeutique « l'accouchement des esprits » selon lui par le biais de questionnements, l'esprit du questionné parvient à trouver en lui-même les vérités. (40)

L'entretien motivationnel se définit généralement comme étant « un mode de conversation basé sur la collaboration pour renforcer la motivation propre et l'engagement vers le changement » et « un style de communication collaboratif orienté vers un but et qui porte une attention particulière au langage de changement, pour renforcer la motivation et l'engagement par l'exploration et l'évocation des arguments personnels en faveur du changement ».

L'Entretien motivationnel est basé sur trois grandes approches fondamentales :

- La collaboration entre les deux intervenants : il n'y a pas un, mais deux experts ; « si le médecin est expert de la maladie, le patient est expert de lui-même ».
- L'évocation : car c'est le patient lui-même qui détient les ressources et les motivations intrinsèques « il ne s'agit plus de dire au patient ce qu'il doit faire ». Les solutions doivent venir du patient
- L'autonomie : le patient est libre de faire ou de ne pas faire, c'est à lui de décider. Nous devons respecter cette autonomie.

Afin de susciter un changement de comportement, cette méthode s'appuie sur des principes tels que l'empathie, le développement de la divergence, la prise en compte de la résistance, et le

travail sur le sentiment d'efficacité personnelle.

Pour conduire son entretien, le praticien adopte les outils suivants : l'utilisation de questions ouvertes qui favorisent l'élaboration ; la valorisation, qui renforce l'estime de soi et augmente la confiance dans le changement. La pratique d'une écoute réflexive qui favorise l'élaboration et permet de diriger l'entretien, et le résumé des propos énoncés. L'objectif de l'intervenant est de faire élaborer un maximum de « discours changement » au cours des entretiens.

La thèse de médecine générale réalisée par Dr Alam Solty a à ce sujet montré que les médecins généralistes formés depuis plusieurs années à l'entretien motivationnel utilisaient cette technique de communication au quotidien lors de leur consultation. En général cela leur permettait d'obtenir une meilleure relation de confiance avec le patient et engendrait un impact positif sur leur vie professionnelle. (41)

VII.c. État des lieux des formations en communication actuellement dispensées aux étudiants en médecine et aux praticiens thésés

Comme nous l'avons vu auparavant, la communication médecin-patient est une des compétences principales du médecin généraliste. Elle est placée au centre de la « marguerite des compétences » élaborée par le CNGE de médecine générale en vue de l'obtention du DES de médecine générale. Cependant comme le montre la thèse de médecine générale, réalisée par Larapidie Cecilia, il persiste de nombreuses attentes de la part des internes de médecine générale vis-à-vis d'une formation à la communication dans la relation médecin-patient. Il ressort de son étude qu'une formation utilisant l'analyse de consultations filmées et la simulation de consultation, encadrée par des enseignants formés, serait intéressante. (42) La supervision directe du maître de stage est indispensable et l'interne doit pouvoir réfléchir sur les difficultés relationnelles rencontrées grâce aux groupes Balint ou aux RSCA.

Sortis du cursus des études médicales, les docteurs en médecine disposent de la possibilité de combler certaines lacunes en techniques de communication. Comme le rapporte Alam Solty, plusieurs médecins ont pu se former en entretien motivationnel via des journées de formations, des congrès ... (41)

VIII. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes de Picardie visant à identifier les éléments appartenant au vécu du médecin généraliste susceptibles d'influencer sa prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent.

VIII.a. Objectif de la recherche

Les addictions constituent un problème de santé publique dont les impacts sont multiples. Pour tenter de répondre à ce problème plusieurs programmes d'actions ont cherché à améliorer la prévention.

Afin de tenter d'évaluer l'accueil de ses campagnes de prévention par les adolescents, j'ai au préalable réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'une dizaine de jeunes âgés de 15 à 25 ans suivis par l'association du Mail d'Amiens. Les questions portaient sur ce qui les avait conduits à initier l'usage de substances, ce qui les avait motivés à continuer. Puis j'ai cherché à savoir quels étaient les messages de prévention primaire qu'ils avaient pu recevoir, par quel biais, ce qu'ils en avaient compris à l'époque, ce qu'ils leur reprochent à l'heure actuelle et surtout comment ils les changeraient afin de les rendre plus convaincants. Il ressort de cette étude que la majorité des jeunes auraient souhaité recevoir les messages de prévention plus tôt dans leur vie, ils auraient souhaité qu'une action de prévention les prenne plus dans leur globalité. (2)

Pour cette raison, le médecin généraliste semble occuper une place privilégiée dans cette démarche de prévention. Même si les adolescents constituent la classe de population qui consulte le moins, on estime que le médecin traitant voit en moyenne un adolescent par jour. Ainsi on estime qu'en moyenne 80% des 15- 25 ans voient au moins une fois leur médecin traitant dans l'année. (1)

À partir de ce constat j'ai été amenée à me demander si un discours de prévention tenu par le médecin généraliste qui en général suit les adolescents depuis leur enfance n'aurait pas un impact supplémentaire.

De nombreux travaux ont été menés dans ce domaine. Il en ressort que l'implication des médecins généralistes est très inégale selon les drogues concernées. Romain Teoli et Al ont démontré que la présence d'une formation en addictologie associée à des stages en médecine communautaire permettait aux étudiants de modifier leurs représentations péjoratives des patients addicts et de découvrir que les troubles du comportement de ces patients en

consultations étaient rares. (6)

De même A. Couturier a cherché à dresser à l'issue de sa thèse de médecine générale le profil des médecins généralistes s'impliquant dans la prise en charge des addictions. De nouveau on constate que les praticiens impliqués disposaient d'une formation (moyen de dépistage, techniques de communication), s'appuyaient sur une prise en charge pluridisciplinaire, n'avaient pas de représentations péjoratives des patients addicts et avaient des expériences personnelles positives sur la prise en charge des addictions. (7)

Ces différentes études ont été menées en population générale mais ne s'intéressent pas à la prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent. Or il s'agit d'une classe d'âge particulière puisqu'on estime la prévalence des troubles mentaux à 13,4%. (8)

Pour cette raison comme le souligne Philippe Binder, le médecin généraliste peut rapidement être mis mal à l'aise lors d'une consultation avec un jeune adulte et plusieurs réticences ont déjà été énumérées (la difficulté à comprendre le motif de la consultation, l'incompréhension du milieu culturel, une méconnaissance de la systémique familiale, des problèmes de communication, le fait de ne pas savoir gérer l'accompagnant, prise en charge chronophage non indemnisée ... etc.).

Suite aux appréhensions et aux différentes représentations des médecins généralistes Roberts, et al ont développé une typologie de positionnement personnel du médecin généraliste face aux adolescents. (13)

Il évoque les « réparateurs », qui ne s'attachent qu'à répondre aux problèmes biomédicaux en excluant toute problématique psychologique, les « planificateurs » qui intègrent l'environnement, le mode de vie et la dimension fondamentale de la famille mais se surinvestissent s'exposant au burn-out et à la déception de ne pas voir le fruit de leur surinvestissement. Pour finir il décrit les « collaborateurs-accompagnateurs », ces médecins qui, en plus du présent et du futur, intègrent le passé de l'adolescent. (11)

Les études précédemment citées ont montré qu'il existait des « profils » différents de médecin généraliste face à la prise en charge des addictions et une typologie de positionnement différent face à la prise en charge des adolescents. Nous pouvons en venir à nous interroger sur l'influence des facteurs propres au médecin (vécu, formation, représentations) sur sa prise en charge des conduites addictives chez les adolescents en cabinet de ville.

L'objectif de cette étude qualitative sera d'identifier les facteurs appartenant au vécu du médecin

généraliste susceptibles de modifier son attitude de dépistage des conduites addictives chez l'adolescent.

Ce travail exploratoire cherchera à repérer les facteurs handicapants et ceux facilitant la prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent auprès des médecins généralistes de Picardie afin d'optimiser la prévention primaire et secondaire au cabinet de ville.

VIII.b. Matériel et méthodes

VIII.b.1. La méthode de recherches bibliographiques

Plusieurs sources sont à l'origine des recherches bibliographiques. Certains articles sont tirés de la revue médicale « exercer », d'autres proviennent de thèses de médecine générale tirées du catalogue SUDOC (système universitaire de documentation). De nombreux ouvrages portant sur l'adolescence et l'addiction, conseillés par une addictologue du MAIL sont également cités. Pour finir les moteurs de recherches Pubmed et Google Scholar ont permis d'analyser de nombreux articles portant sur la thématique « addiction », « neurobiologie », « adolescence » et « dépistage en médecine générale ».

VIII.b.2. Le choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative va permettre de délaisser délibérément l'aspect quantitatif pour gagner en profondeur dans l'analyse des facteurs propres aux médecins généralistes susceptibles d'impacter leur prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent. On note que les études quantitatives portant sur le dépistage des addictions sont déjà très nombreuses.

Cette méthode qualitative, qui initialement était utilisée dans les sciences humaines et sociales et dans le marketing est de plus en plus utilisée par les chercheurs en santé.

Le choix de cette étude sera d'explorer les émotions, les expériences personnelles, les représentations ainsi que les comportements des médecins généralistes vis-à-vis des addictions chez l'adolescent. La visée de l'étude qualitative est de comprendre, donner sens à des phénomènes sociaux et humains complexes à l'opposé de la recherche quantitative qui cherche à mesurer et à quantifier une donnée au sein d'un vaste échantillon.

La méthode qualitative utilise le recueil de données verbales dans le but d'une démarche interprétative. On estime que le recueil des données s'arrête lorsque l'on arrive à la saturation d'idées c'est-à-dire que la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments.

L'objectif de cette thèse est donc exploratoire : identifier des expériences, des émotions propres au médecin généraliste capable d'influer sur sa prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent. La méthode adaptée pour ce type d'objectif est bien la recherche qualitative.

VIII.b.3. Choix du type d'entretien

Le choix de l'entretien semi-dirigé individuel a été pris pour cette étude et semble le plus adapté. Il permet de s'affranchir du biais d'influence du *focus group* car il est toujours délicat pour les médecins généralistes d'évoquer leur passé, remettre en question leur pratique quotidienne, admettre certaines représentations.

Ce type d'entretien a permis de passer outre certaines réticences des médecins généralistes à échanger sur le sujet tout en abordant les différentes thématiques via un guide d'entretien. Des questions de relance et d'autres visant à recadrer le sujet ont pu être utilisées.

VIII.b.4. Le type de population

Cette étude a été réalisée auprès de médecins généralistes de Picardie dans les trois départements : la Somme, l'Aisne et l'Oise. Le recrutement des praticiens a tenté de respecter les caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, lieux d'exercice).

Le recrutement s'est effectué de façon aléatoire, un mail a été envoyé à différents médecins de Picardie via une centrale de secrétariat en ligne. Quatorze médecins d'âge, de sexe et de départements différents ont ainsi été sélectionnés afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible de la Picardie.

VIII.b.5. Réalisation du canevas d'entretien

Les données de la littérature portant sur la prise en charge des adolescents, la prise en charge des conduites addictives et les résultats de plusieurs thèses de médecine générale (42) (41) (43)

(44) (7) ont été utilisés afin d'obtenir une liste d'items pertinents. À partir de ces données un questionnaire servant de guide a été élaboré pour les entretiens. Ce questionnaire cherchait à aborder trois items distincts : le vécu du médecin généraliste à travers sa proximité avec les adolescents et ses expériences personnelles dans le monde de l'addiction ; ses représentations de l'adolescent et de l'addiction puis enfin ses formations dans le domaine de la communication et de l'addiction. Ces différentes questions n'avaient pas pour but d'être exhaustives mais permettaient au médecin généraliste de pouvoir s'exprimer sur des sujets personnels et parfois délicats tout en s'assurant d'aborder les points importants avec eux.

VIII.b.6. Collecte de l'information

Je me présentais systématiquement au début de chaque entretien, en recueillant oralement l'accord des différents médecins généralistes sur le fait que l'entretien serait enregistré mais resterait anonyme. Les entretiens étaient enregistrés en intégralité, et retranscrits en verbatim. L'inclusion de nouveaux médecins a été arrêtée lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsque deux nouveaux entretiens n'amenaient aucune donnée supplémentaire.

VIII.b.7. L'analyse des données

La première étape a consisté à saisir informatiquement toutes les données recueillies (transcription intégrale et préanalyse des verbatims) à l'aide du logiciel Open Office. Le but était d'obtenir une vue d'ensemble des informations contextuelles et des données à analyser.

La transcription a été faite de manière manuelle par « mot à mot » afin de ne pas reformuler les propos des médecins généralistes ni modifier certaines erreurs de langage.

Quelques apartés, notes ont été mis afin de signaler les silences, les émotions (soupir, rire...) des interviewés.

Le travail de codification et de réduction des données a été réalisé via un programme d'analyse qualitative de données : le logiciel N'Vivo.

Pour finir le travail a consisté à regrouper et interpréter les données afin de répondre à l'objectif de recherche en identifiant les facteurs facilitants et ceux handicapant la prise en charge des

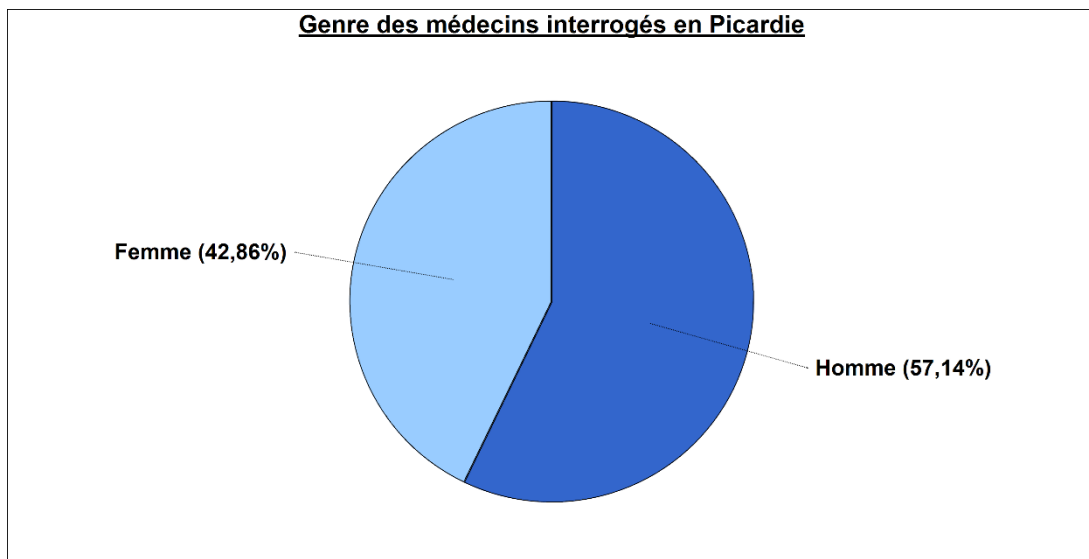
conduites addictives par le médecin généraliste chez sa patientèle adolescente.

VIII.c. Résultats

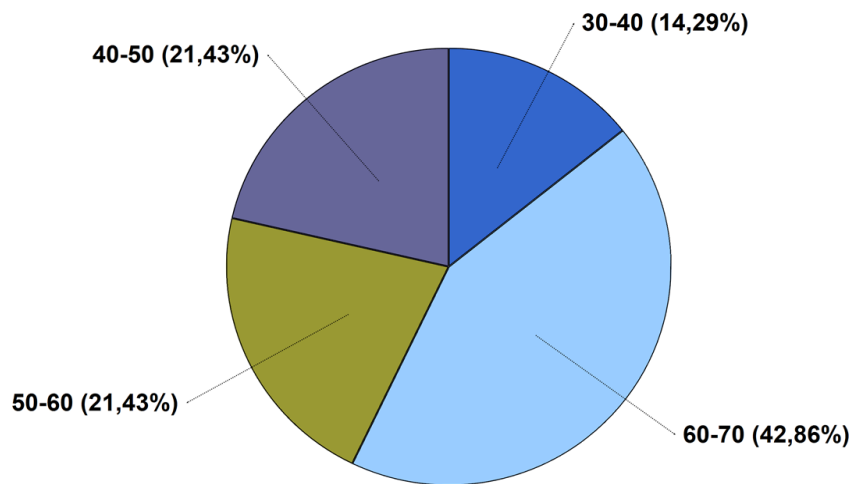
VIII.c.1. Population d'études

Quarante-trois mails ont été envoyés via les plateformes de secrétariat en ligne, dix-neuf médecins ont accepté de me rencontrer afin de réaliser l'entretien. Sur ces dix-neuf médecins, cinq ayant initialement répondu positivement n'ont plus été joignables par la suite. L'ensemble des entretiens a duré 218,9 minutes soit à peu près 3 heures et quart. La durée moyenne d'un entretien était de 15 minutes et demie avec des extrêmes allant de 8 minutes 50 secondes à 36 minutes 15 secondes.

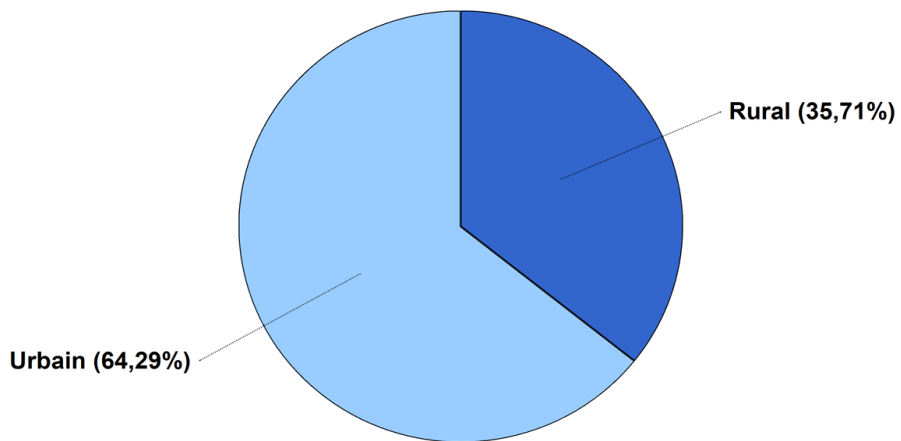
VIII.c.2. Données sociodémographiques



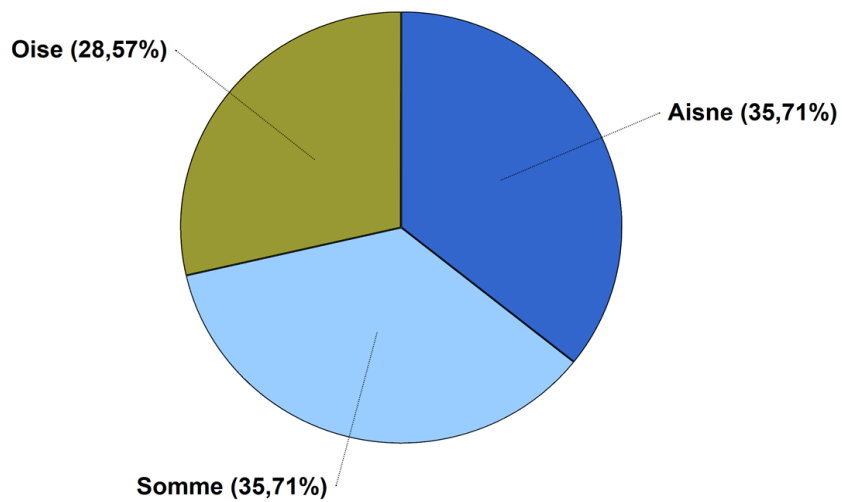
Moyenne des tranches d'âge des médecins interrogés en Picardie



Milieus d'exercice des médecins interrogés en Picardie



Département des médecins généralistes de Picardie interrogés



VIII.c.3. Analyse des résultats

- **Facteurs propres au vécu du médecin généraliste facilitant la prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent.**

→ Incapacité à prendre en charge des adultes atteints d'une addiction majorant la vigilance dans le dépistage des conduites addictives chez l'adolescent.

On constate en effet que plus de 85 % des médecins interrogés déplorent ne pas parvenir à soigner à leur convenance les adultes sujets à une addiction et à ce titre cherchent par tous les moyens à la dépister le plus précocement possible.

Médecin 1 : « *Le fait de voir que pour ces adultes on a des situations qui n'évoluent pas et se pérennisent. On voit bien, ils vont au centre ils y vont une fois deux fois ... Donc oui je pense que je peux dire que cela me sensibilise à être plus vigilant chez l'adolescent car effectivement une fois qu'ils tombent dedans ils ne s'en sortent plus.* »

Médecin 7 : « *Donc, oui forcément cela me force à être beaucoup plus vigilant sur les conduites addictives chez l'adolescent parce que j'ai conscience qu'une fois installée, moi, en tout cas je ne pourrais plus rien y faire.* »

Médecin 8 : « *Forcément comme je vous l'ai dit j'ai pris conscience du caractère irrévocable de l'addiction une fois installée donc j'essaye d'être plus attentive à l'adolescence.* »

Médecin 9 : « *je pense que mon premier leitmotiv à essayer de dépister les conduites addictives chez l'adolescent réside dans mon incompetence à gérer, soigner les adultes addicts, que ce soit l'alcool, l'héroïne, le cannabis, les benzodiazépines Je n'ai pas la patience et de toute manière je n'ai jamais eu aucun résultat positif...* »

Médecin 13 : « *J'ai dans ma patientèle trois quatre patients que je suis pour un traitement substitutif et je ne vais pas vous mentir je subis mes consultations. Cela va faire des années qu'ils sont au même dosage et je ne compte pas le nombre de fois où j'ai dû appeler la pharmacie afin de régulariser certaines situations. D'une certaine façon j'ai l'impression qu'ils se moquent*

de moi autant qu'ils se mentent à eux-mêmes ... Bref vis-à-vis des adultes je me sens dépassé et je préfère nettement les orienter vers des structures compétentes. Donc oui vis-à-vis des adolescents je cherche à être la plus efficace possible afin qu'ils ne tombent pas dans ces travers-là... »

→Prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent facilitée via la participation à des EPU, formations, DPC.

Tout comme les études de Romain Teoli et Al ont pu le démontrer cette étude conforte le fait que les formations qu'elles soient en technique de communication ou en lien avec l'addictologie aident les médecins généralistes à prendre en charge les conduites addictives chez l'adolescent. On retrouve effectivement cette notion chez 78 % des médecins interrogés.

Médecin 2 : *« Euh oui, j'ai participé à plusieurs congrès et plusieurs EPU des choses comme cela. Il parlait en général d'addiction de façon générale mais il parlait aussi du dépistage. J'ai appris la manière de poser les questions, d'aborder le sujet. Cela m'a aidé en communication. »*

Médecin 3 : *« Donc oui je pense que forcément les formations que j'ai pu pratiquer ont modifié ma pratique car lorsque l'on est moins sur la défensive et qu'on est un peu plus sûr de soi en entretien on n'a ni la même attitude ni les mêmes propositions, la même façon de parler ni la même empathie par rapport au patient. C'est sûr qu'un patient que j'aurais considéré comme une espèce de délinquant, même si je n'aime pas le terme. Si initialement je le considère comme un vrai patient automatiquement je n'ai pas la même attitude. »*

Médecin 5 : *« Oui évidemment les formations que j'ai pu pratiquer ont modifié ma pratique mais pas de façon drastique. » [...] « J'ai mis en application une notion entendue lors d'une DPC que j'ai pu mettre en place avec mon ordinateur c'est plus ou moins de faire une consultation type qui aborde plein de sujets comme cela mais sous forme de liste. Et je trouve que cela est intéressant pour justement pouvoir aborder naturellement tous les sujets même les sujets qu'on aurait été gêné d'aborder avec l'ado. Comme c'est dans une liste et bin voilà on déroule et on peut dire : « est-ce que tu fumes ? » « Est-ce que tu bois ? » « Est-ce que tu utilises des drogues ? »*

Je trouve que ce côté systématique est plus facile parce que du coup on n'a pas l'impression de le faire à la tête du client. »

Médecin 9 : « *Alors oui, mon premier congrès à ce sujet était en 2012 à Paris. Initialement je ne voulais pas m'y rendre je ne vais pas vous le cacher mais un collègue m'a un peu forcé la main et je n'ai pas regretté. Sur place ils ont abordé l'addiction sur le plan de la neurobiologie ce qui m'a réellement intéressé, à l'époque je pensais que les personnes addicts souffraient d'un manque de volonté tout simplement, je ne voyais pas cela comme une maladie à part entière.* »

Médecin 10 : « *Forcément, ces formations m'ont aidé ... J'ai notamment retenu une technique citée par une addictologue, cela consiste à poser de façon systématique une batterie de questions à l'adolescent concernant à la fois ses activités sportives, ses loisirs, ses consommations, son sommeil ...* »

→Techniques de communication apprises via la proximité avec des adolescents dans la sphère privée

L'étude nous montre que 64 % des médecins ayant répondu aux entretiens estiment que la présence d'adolescents dans leur entourage proche les a aidés à communiquer avec cette classe d'âge. Ils évoquent des facilités à adopter les « codes linguistiques », trouver des centres d'intérêt.

Médecin 4 : « *Je pense que forcément cela influence, on a nos propres enfants on a les copains des enfants donc oui je pense que forcément cela déteint sur la façon de les aborder c'est évident. On essaye d'adopter les codes. Ce qui est important aussi c'est de connaître les codes linguistiques qui ne sont pas forcément les miens, et c'est évident que j'ai pu en apprendre grâce aux adolescents que je côtoie. Moi je suis un vieux médecin donc parfois les jeunes vont avoir une approche qui n'est pas forcément la mienne et cela je peux le déchiffrer un peu grâce à mes propres enfants, leurs copains* »

Médecin 5 : « *Donc oui le fait d'avoir côtoyé des adolescents m'a aidé dans ma pratique, je connaissais à peu près les centres d'intérêt qu'ils pouvaient avoir. Grâce à cela on peut créer des points d'accroches dans la discussion.* »

Médecin 7 : « *Alors, oui des adolescents j'en côtoie un certain nombre. Mon frère est beaucoup plus jeune que moi et puis je suis issu d'une famille nombreuse. Après cela a-t-il influencé ma pratique ? ... Oui, certainement, grâce à eux je cerne un petit peu plus les centres d'intérêt que*

peuvent avoir les jeunes. Cela m'aide lorsque je m'adresse à eux. Par ailleurs sans connaître tous les jargons qu'ils peuvent employer j'ai quelques notions de « parler jeune » (rires) et je pense que cela me facilite le contact lors des consultations. »

Médecin 13 : *« J'ai un neveu et une nièce qui vont sur leurs 18 ans et pour qui la crise d'adolescence a été humm marquée ! « Rires » Donc, oui le fait de les côtoyer m'a appris à faire preuve de plus de subtilité, à communiquer avec eux et surtout à choisir les bons moments pour aborder des sujets délicats. »*

→ Évolution des représentations autour de l'addiction : l'addiction est une pathologie à part entière.

La moitié des praticiens déclarent avoir pris conscience de la réalité de l'addiction à travers leur pratique accordant ainsi plus de temps et d'investissement à ce sujet.

Médecin1 : *« ma représentation de l'addiction a énormément évolué puisqu' avant l'addiction n'existait pas. « Rires » Avant le gamin il se prenait trois baffes et puis on avait réglé cela à la maison et on n'allait pas voir le médecin. Et maintenant même si je ne suis pas forcément à l'aise avec la problématique je la reconnais et essaye de la prendre en charge. Donc maintenant oui quelqu'un qui vient pour un autre problème que j'ai la grippe j'ai un rhume je vais l'aborder quand même. »*

Médecin 2 : *« Je pense que je prends l'addiction plus au sérieux. Avant je pensais que c'était un manque de volonté ou de quelque chose maintenant je considère aussi que c'est une sorte de maladie qu'il faut dépister, qu'il faut suivre, qu'il existe des médicaments, des protocoles de prise en charge. Je reconnais qu'il y a des choses à faire. Avant je pensais que c'était plutôt une faiblesse psychologique au moral maintenant je ne le regarde pas de cette façon-là. »*

→ Évolution des représentations autour de l'addiction : l'addiction sans substance existe.

À travers leur vécu 50% des médecins interrogés sont plus vigilants concernant les addictions chez les jeunes et cherchent à dépister les addictions sans substances qu'ils considèrent maintenant comme problématiques.

Médecin 3 : « *Ma représentation initiale des addictions c'était donc : tabac, alcool et drogues. Après quand je vois le développement extrême de pratiques personnelles comme les trails, les Ironman. Oui je peux me dire qu'il peut y avoir une addiction et je considère qu'il peut aussi y avoir des addictions sans substances. »*

Médecin 7 : « *Comme je l'ai explicité toute à l'heure j'ai élargi ma vision des addictions, à l'époque derrière le mot addiction je plaçais l'alcool, le tabac, le crack, l'héroïne tout cela ... Maintenant je pense aussi aux jeux, à internet, aux sports ... »*

Médecin 13 : « *Maintenant je considère aussi les personnes accroc aux jeux, aux sports comme étant des malades à soigner même si je ne suis pas forcément la plus efficace dans ce domaine. »*

→ Prise de conscience de l'importance de la prise en charge des addictions via le développement d'infrastructures dédiées.

La moitié des praticiens déclarent avoir été sensibilisés à la prise en charge des addictions via la multiplication de structures d'offres de soins en matière de conduites addictives.

Médecin 4 : « *Après, si mon point de vue a été modifié car j'ai vu l'installation d'une ferme qui accueille des prisonniers en fin de peine donc il y a beaucoup de gens sous méthadone et autre. Ça m'a un peu ouvert les yeux parce que dans ma campagne, les addictions me semblaient naïvement ne pas être un problème, à part le tabac. »*

→ Remise en question personnelle vis-à-vis des addictions.

Six médecins sur les quatorze interrogés (42%) rapportent s'être interrogés eux-mêmes sur la présence de conduites addictives dans leur quotidien, il en ressort une meilleure compréhension des mécanismes menant à l'addiction facilitant l'empathie de ces médecins vis-à-vis des patients en proie à de tels comportements.

Médecin 1 : « *J'ai besoin de dix heures de sports par semaine, donc effectivement le fait d'être aux portes d'un comportement qui pourrait être considéré comme anormal oui j'ai un petit peu plus compris ceux qui souffraient d'addiction. Grâce à cela j'essaye de faire preuve de plus de patience. Peut-être que si je n'avais pas été aussi sportif je me dirais bah pourquoi il fait ça ... Là où je comprends maintenant mieux comment on peut être dépendant même aux cigarettes ou*

autre ... C'est pour cela que je n'ai pas un comportement culpabilisant. »

Médecin 2 : « j'ai un vécu à ce niveau-là que je ne souhaite pas aborder. Donc oui selon mon expérience propre je vais prendre en charge avec à mon ressenti. Cela m'a amené à me dire que la prise en charge des conduites addictives nécessite plus de temps, mais qu'il faut aussi trouver le moment adéquat. En effet pour moi le fait de répéter à plusieurs reprises à un adolescent des sermons le conduira à en avoir marre. Donc il faut trouver le bon moment, il ne faut pas être trop invasif. »

Médecin 5 : « La mienne ce n'est pas le sport, ce sont les BDs, la lecture « rires ». Je dirais que du coup j'ai pu constater que cela s'installe de façon sournoise, que l'on n'en est pas forcément conscient dans un premier temps et puis que même lorsque l'on en a pris conscience ce n'est pas simple de s'en débarrasser et puis que quand on a ce type de problème, c'est un problème que l'on va devoir gérer sur une très longue durée. Même une fois débarrassé du problème on reste fragile face à cela. J'ai compris que cela pouvait toucher tout le monde et qu'il y avait des solutions. Après je n'ai jamais eu d'à priori par rapport aux patients atteints d'une addiction mais c'est vrai que cela renforce mon attitude à ne pas stéréotyper les patients addicts. »

Médecin 10 : « Oui, j'étais malheureusement une grosse fumeuse et j'ai dû arrêter lors de ma première grossesse. J'ai pu ressentir le manque, le craving ... C'est une vraie saloperie ! De cette expérience je pense que je comprends un peu mieux les personnes souffrant d'une addiction et j'essaye de féliciter chacun des efforts vers l'abstinence. »

Médecin 12 : « Le tabac ! Mais à l'époque c'était beaucoup plus accessible et promotionné, j'ai fumé de mes 17 à 32 ans et l'arrêt n'a pas été une partie de plaisir. Je partais faire des kilomètres de vélo à la fin de ma journée de travail pour évacuer ! Et c'est vrai maintenant que j'évoque cette période je me rends compte que cela m'a permis de comprendre à quel point il peut être dur de se débarrasser d'une addiction. Pour ma part j'avais déjà réalisé deux tentatives avant de parvenir au sevrage complet et c'est pour cette raison que j'essaye de ne pas culpabiliser les patients qui reprennent leur consommation. Voilà ! »

→ Médecin de campagne.

Sur les cinq médecins généralistes exerçant en milieu rural trois d'entre eux ont estimé leur contact avec leur patientèle adolescente facilité grâce à leur connaissance de l'adolescent depuis sa plus jeune enfance mais aussi grâce à leur connaissance de la majorité de leur entourage.

Médecin 1 : *« Bon et il s'agit d'une situation de la campagne, on suit certaines personnes depuis un demi-siècle. Des gens sont même nés là (désigne la table d'examen). Je soigne l'arrière-grand-mère, la mère et l'enfant donc je suis très impliqué vis-à-vis des adolescents. Je me retrouve dans l'un des profils cités auparavant en tout cas. J'agis fonction de son entourage car je connais l'entourage de l'enfant par cœur. En plus ici nous sommes dans un petit village, donc je pense que cela m'aide. »*

Médecin 4 : *« L'avantage, ici dans notre campagne c'est que l'on connaît les enfants depuis leur plus tendre enfance donc je pense que l'on a un savoir sur ce qu'ils sont, leur façon de se comporter et donc on va utiliser cela pour s'adresser à eux. »*

Médecin 9 : *« Mais le fait d'être installé ici depuis presque 30 ans dans la campagne tout le monde se connaît et j'aime à croire que l'adolescent voit en moi une figure de stabilité à laquelle il peut se confier. »*

→ Expérience professionnelle dans le monde de l'addiction.

Trois des médecins décrètent avoir tiré profit d'expériences professionnelles dans le secteur de l'addiction.

Médecin 2 : *« Après j'ai travaillé à l'hôpital où j'ai travaillé avec l'équipe ELSA qui s'occupe d'addictologie aux substances. Ça influencé un peu à comprendre les gens, à voir de l'autre côté. »*

Médecin 10 : *« Pour ma part j'ai eu la chance de pouvoir réaliser un stage en psychiatrie/addictologie, ce que j'ai pu y apprendre n'était pas au programme mais le psychiatre qui m'encadrait était très pédagogue. »*

- **Facteurs propres au vécu du médecin généraliste handicapant la prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent.**

→ Formation insuffisante durant les études de médecine.

Treize des quatorze médecins interviewés soit plus de 90 % déplorait ne pas avoir reçu de formation suffisante pour faire face à la prise en charge des conduites addictives surtout chez l'adolescent.

Médecin 2 : *« J'avais quelques formations pendant les études de médecine mais vraiment la base. Et non ... en y réfléchissant on peut dire que je n'ai reçu aucun enseignement en addictologie et il n'y avait pas de « chapitre » sur l'adolescence. »*

Médecin 4 : *« Ma formation pour faire face à cette situation... bin elle est nulle ... ».*

Médecin 5 : *« Euh je dirais que je n'en ai reçu aucune. Que ce soit dans les connaissances en addictions, en fait on nous parle un peu du tabac, de l'alcool et de la drogue mais par rapport aux adultes. Et puis pour revenir à la communication, eh bien que ce soit par rapport aux ados, aux adultes, aux enfants ou par rapport aux vieux on n'a aucune formation. »*

Médecin 7 : *« Je l'estime vraiment très faible, pourtant mes années d'études ne sont pas si éloignées que cela mais ... Non je n'ai pas souvenir d'avoir eu d'heure dédiée à la prise en charge des conduites addictives et encore moins chez l'adolescent. »*

Médecin 11 : *« Bwa C'était le néant. Allez si peut-être on a évoqué les critères du DSM, parlé un peu de l'alcool, du tabac, tout cela mais alors il n'y avait aucun aparté sur la prise en charge des adolescents ! »*

→ Manque d'opportunité de rencontrer des adolescents en consultation :

Un médecin sur deux interrogés déplorait ne pas avoir une patientèle adolescente suffisante pour pouvoir se forger une expérience.

Médecin 4 : *« Voir des adolescents je n'ai pas la pratique, ils ne viennent pas je ne sais pas pourquoi. Peut – être ils n'ont pas l'habitude. Donc ça introduit d'emblée un biais. »*

Médecin 5 : « *Simplement c'est une population qu'on est amené à rencontrer moins souvent. Euh... en tout cas par ici je n'ai pas l'impression qu'on ait beaucoup d'adolescent du coup moins on en voit moins on est entraîné je pense* »

Médecin 8 : « *J'ai été assez stupéfaite de vos statistiques car concrètement je vois moins d'un adolescent par jour. Je n'ai pas vraiment l'occasion d'être exposée aux situations que vous avez citées tout à l'heure. Alors, oui je ne suis pas toujours à l'aise* »

→Représentations péjoratives : projet de soin impossible du fait du mensonge permanent entourant la consultation avec les sujets atteints d'une addiction :

On constate que 50% des médecins jugent les personnes addicts comme indignes de confiance ce qui rend l'alliance thérapeutique impossible.

Médecin 3 : « *Puis bon j'ai toujours en arrière-pensée que ce sont des gens qui mentent et ça je n'arrive pas à m'extraire de cela. Enfin ce n'est même pas qu'ils ME mentent mais c'est qu'ils se mentent à eux même. Et cela c'est dramatique car à partir du moment où ils SE mentent à eux même je pense qu'il ne peut pas y avoir d'alliance thérapeutique ni de projet de soin.*

Médecin 14 : « *l'addiction est une pathologie qui est plus forte que la volonté et l'honnêteté. J'ai besoin pour mes patients d'avoir une relation de confiance et je ne peux pas l'avoir avec les personnes addicts.* »

→Age du médecin généraliste :

Environ 42% des médecins perçoivent leurs différences d'âge avec la patientèle adolescente comme étant un frein majeur dans la communication en consultation.

Médecin 5 : « *En fait je dirais que j'étais peut-être plus à l'aise quand j'ai commencé que maintenant. Parce que malheureusement je vieillis. Déjà que lorsqu'on a 30 ans par rapport à un adolescent de 15 ans on est un vieux alors quand on prend 40, 50 ans il y a une distance qui se fait encore plus dans leur regard.* »

Médecin 6 : « *Mais à mon époque, et quand même j'ai eu mon diplôme en 1982 et je pense que*

vous n'étiez pas encore née. « Rire ». Voilà, je pense que c'est ça mon problème. »

→ Médecin de famille :

Médecin 1 : « En plus comme je les explicitais tout à l'heure je suis en général le médecin de toute la famille et les adolescents ne me voit pas comme un confident. » [...] « Mais encore une fois j'aborde peut-être trop les addictions comme un père et les adolescents doivent me voir trop proche. »

Médecin 12 : « Je me considère comme le médecin de famille et la plupart des adolescents je les ai connus enfant, je connais la majorité de leur entourage... Bref je ne sais pas si cela joue mais ils ne se rendent jamais ou alors très peu en consultation de manière spontanée ! [...] « il est beaucoup plus difficile de créer un cadre intime, la plupart doivent avoir la conviction que les faits qu'ils me rapportent seront transmis à leur parents... »

→ Individu souffrant d'une addiction dans l'entourage proche du médecin :

Médecin 4 : « un truc me vient en tête c'est un ami qui picole et euhhhh en fait euhhhh ça m'énerve. Donc ... euhh ... c'est compliqué vos questions. Après quelle influence cela a eu sur ma pratique ? Je dirais que cela me met un petit peu en colère. En colère vis à vis de ce que sont les gens et ce qu'ils pourraient être sans leur addiction mais tout en sachant que je reste logique. »

Médecin 6 : « J'ai eu un neveu qui a été incarcéré suite à ses conduites ... je dirais que suite à cela, mon agacement n'a fait que grandir. Donc maintenant je n'ai plus de patience avec eux, je leur dis juste « Sache que si tu te fais attraper c'est la prison ». Mais vous savez ils pensent que cela n'arrive qu'aux autres (souffle d'agacement). »

IX. Discussion

IX.a. Biais de l'étude

IX.a.1. Biais interne à l'étude qualitative.

Cette étude porte sur un échantillon qui bien que diversifié en termes d'âge, de sexe et de milieu d'exercice ne concerne que quatorze généralistes répartis sur la Picardie. Les données sont donc difficilement extrapolables à l'ensemble des praticiens généralistes des Hauts de France.

Par ailleurs il existe un biais de recrutement car seuls les médecins possédant une certaine plateforme de secrétariat et ayant accepté de me rencontrer ont pu être interviewés. Afin de réaliser les entretiens quarante-trois mails résumant le sujet de ma thèse ont été envoyés et seuls dix-neuf d'entre eux étaient partants pour réaliser les entretiens. Plusieurs motifs peuvent être évoqués pour expliquer l'absence de réponse des vingt-quatre médecins restants : l'absence de temps, le caractère non rémunéré, des réticences à évoquer leur vécu mais aussi un simple désintérêt pour la prise en charge des addictions chez les adolescents.

IX.a.2. Biais d'interprétation

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité afin de pouvoir les analyser via le logiciel N'Vivo cependant il n'y a pas pu avoir de triangulation des données ce qui aurait renforcé la validité interne de l'étude.

D'autre part il existe un biais sur l'âge moyen des médecins généralistes qui ont été classés par tranche d'âge, l'âge moyen de ces derniers était de 52,5 ans avec des extrêmes allant de 32 à 66 ans.

IX.a.3. Biais d'investigation

Le recueil des données a cherché à être réalisé de la façon la plus objective possible, les questions du script restaient neutres et les éventuelles relances ne cherchaient pas à orienter le discours du médecin généraliste. Toutefois il peut exister des réticences de la part des médecins généralistes à se confier sur leur vécu, se remettre en question vis-à-vis de l'addiction mais aussi et surtout vis-à-vis de leur pratique quotidienne.

IX.b. Données similaires avec la littérature

IX.b.1. Formation en addictologie lors des congrès, EPU, DFC

Plusieurs généralistes mettaient en avant les bénéfices qu'ils avaient pu tirer des interventions concernant l'addictologie lors des congrès, EPU ... Les bénéfices mis en avant étaient : une meilleure compréhension de la pathologie, des techniques pour prendre en charge les patients atteints, une vision plus vaste de l'addiction au-delà des stéréotypes habituels, la mise en place de questionnaire type permettant un dépistage plus simple et rapide auprès de la patientèle.

Par ailleurs l'immense majorité d'entre eux déplorait l'absence de formation en addictologie durant leur cursus universitaire en vue de l'obtention de leur doctorat.

Ces données vont dans le sens des résultats de l'étude de Romain Teoli et Al avançant que la présence d'une formation en addictologie durant les années d'études permettait aux étudiants de modifier leurs représentations péjoratives des patients addicts et de découvrir que les troubles du comportement de ces patients en consultations étaient rares. (6)

IX.b.2. Formation en technique de communication lors des congrès, EPU, DFC

Plusieurs médecins rapportaient avoir appris au détour de formations quelques techniques pour « briser la glace » et tenter de mettre en place une alliance thérapeutique avec les adolescents qu'ils soient en proie ou non à une addiction. Ces dires complètent le travail de thèse mené par A.Couturier qui constatait que le profil des médecins s'impliquant dans la prise en charge des addictions possédait plusieurs formations dont une formation en technique de communication.

IX.c. Principaux résultats

IX.c.1. Les principaux facteurs appartenant au vécu du médecin généraliste motivant la prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent.

Afin d'analyser et classer les différents éléments propices à une prise en charge optimale de l'adolescent sur le plan des addictions nous distinguerons les facteurs appartenant aux antécédents du praticien, ceux appartenant à ses formations puis ceux relatifs à ses représentations.

→ Facteurs appartenant aux antécédents du médecin généraliste

- **Proximité avec des adolescents dans la sphère privée**

Les praticiens côtoyant dans leur sphère privée des adolescents se disent plus à l'aise en consultation grâce à la connaissance de leur « code linguistique » mais aussi via une meilleure appréhension de leurs réactions.

- **Remise en question personnelle vis-à-vis des addictions**

La remise en question personnelle du médecin par rapport à ses conduites et à leur caractère pathologique ou non selon la définition de l'addiction semble majorer l'empathie des praticiens à l'égard de telles conduites dans leur patientèle.

- **Médecins de campagne**

Les généralistes exerçant depuis plusieurs années en milieu rural vivent leur situation de « médecin de campagne » comme étant un facteur facilitant la prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent.

- **Incapacité à prendre en charge les addictions installées chez l'adulte**

Dans un autre ordre d'idée, les médecins ayant eu au sein de leurs patients des adultes addicts auprès desquels leur prise en charge s'est avérée être inutile expriment être beaucoup plus vigilants à l'apparition de conduites addictives chez l'adolescent.

→ Facteurs appartenant aux formations du médecin généraliste

- **Participation à des formations**

La participation à des congrès, EPU, DFC portant sur la prise en charge des adolescents et / ou des addictions est plusieurs fois citée par les généralistes comme étant d'une grande aide pour la prise en charge des addictions chez l'adolescent.

- **Expérience professionnelle dans le monde de l'addiction**

Certains médecins rapportent aussi avoir été aidés par leur expérience professionnelle au contact d'addictologues au sein d'une structure hospitalière

→ Facteurs appartenant aux représentations du médecin généraliste

- **L'addiction est une pathologie, elle peut aussi survenir sans substances**

Les représentations que le médecin généraliste a des addictions jouent un rôle prépondérant dans sa prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent. Les généralistes impliqués dans ce domaine rapportent avoir pris conscience du caractère pathologique de l'addiction. Ils reconnaissent que l'addiction est un vaste domaine et qu'il existe des addictions sans substances. À la source de ces modifications de perception on retrouve la découverte par le médecin généraliste de formation continue et d'infrastructures dédiées aux addictions.

IX.c.2. Les principaux facteurs appartenant au vécu du médecin généraliste handicapant la prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent.

→ Facteurs appartenant aux antécédents du médecin généraliste

- **Âge du médecin généraliste**

Plusieurs praticiens interrogés mettent en avant leur âge avancé comme une barrière à la communication avec l'adolescent.

- **Manque d'opportunité de rencontrer des adolescents**

Ils déplorent aussi un manque de pratique auprès des adolescents du fait d'une patientèle exclusivement adultes ou enfants mais ne comprenant que très peu de jeunes adultes.

- **Médecin de famille**

Les médecins exerçant depuis plusieurs années et comptant dans leur patientèle plusieurs générations d'une même famille avancent que le fait d'être le « médecin de famille » handicape la libre expression de l'adolescent sur des sujets tabous.

- **Individu souffrant d'une addiction dans l'entourage proche du généraliste**

Pour finir les généralistes ayant dans leur entourage proche un individu atteint d'une addiction se disent désabusés par cette situation et expriment ne pas avoir la patience ni l'envie de prendre en charge les addictions au sens large.

→ Facteurs appartenant aux formations du médecin généraliste

- **Manque de formation durant les études de médecine**

À l'exception d'un praticien, tous les généralistes rencontrés déplorent leur manque de formation durant leurs années d'études pour faire face aux conduites addictives de l'adolescent.

→ Facteurs appartenant aux représentations du médecin généraliste

- **Projet de soin impossible du fait du mensonge permanent des patients addicts**

Malgré la présence de formations plusieurs généralistes évoquent des réticences à prendre en charge les conduites addictives. Ils évoquent un projet de soin impossible auprès des individus addicts du fait des mensonges permanents de ces derniers rendant tout projet de soin impossible.

X. Conclusion

La prise en charge optimale des conduites addictives chez l'adolescent nécessite que le médecin généraliste présente des aptitudes dans deux domaines qui sont : la communication et l'addictologie.

L'étude menée auprès des médecins généralistes de Picardie présentée ci-dessus posait la question de l'impact du vécu du médecin généraliste sur sa prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent. Le vécu du médecin généraliste a été analysé en distinguant les éléments appartenant à ses antécédents, ses formations et ses représentations.

L'un des principaux freins est une formation insuffisante en addictologie durant le cursus du médecin généraliste. Cette spécialité reste assez floue aux yeux de la majorité d'entre eux et conduit à des représentations péjoratives. Pour plusieurs médecins l'alliance thérapeutique est inenvisageable avec les patients atteints d'addiction. Les généralistes leur reprochent des paroles mensongères, ou manquant de sincérité, de vérité, de franchise et se disent désabusés en raison du temps passé en consultation en vain.

Les autres éléments handicapant la prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent sont majoritairement en lien avec des problèmes de communication, de compréhension du jeune adulte. Les médecins âgés expriment être mal à l'aise face aux adolescents du fait d'un fossé générationnel. Ces difficultés d'interaction sont d'autant plus présentes lorsque la patientèle du médecin est âgée. En effet le manque d'opportunité de s'adresser à des adolescents ne permet pas au médecin de développer de nouvelles aptitudes en communication avec cette classe d'âge. Par ailleurs l'élaboration d'une relation de confiance avec l'adolescent peut être mise à mal lorsque le médecin estime avoir un rôle de « médecin de famille ». Il se place alors dans une situation où il estime plutôt normal que l'adolescent ne lui fasse pas de confidences.

On note que cette notion se retrouve dans l'article de P. Binder explicitant que l'adolescent perçoit généralement le médecin généraliste qui l'a suivi depuis l'enfance comme lié au monde qu'il cherche à quitter, complexifiant la relation médecin-patient. (12)

Le généraliste peut aussi, pour des raisons personnelles, chercher à éviter la prise en charge des conduites addictives car cela lui évoque des événements déplaisants notamment lorsqu'un proche a souffert ou souffre d'une addiction.

XI. Annexe

Script de l'entretien semi-dirigé :

Bonjour, je vous remercie dès à présent pour les quelques minutes que vous voudrez bien me consacrer.

Je viens d'achever mon internat de médecine générale et dans le cadre de l'obtention du doctorat de médecine générale, je réalise une thèse, sous la direction du Docteur Casse. Cette thèse porte sur les éléments appartenant au vécu du médecin généraliste (antécédents, représentations et formations) susceptibles d'impacter sa pratique de dépistage des conduites addictives chez l'adolescent.

En effet, il est maintenant bien reconnu que les addictions constituent un problème de santé publique dont les impacts sont multiples. Afin de pallier ce problème, nous semblons, en tant que médecin généraliste tenir une place privilégiée dans les actions de prévention car les statistiques indiquent que nous voyons en moyenne un adolescent par jour.

Dans cet ordre d'idée j'ai à mon niveau réalisé, dans le cadre de l'obtention d'un diplôme universitaire d'addictologie, une étude qualitative portant sur l'accueil des campagnes de prévention et l'identification de leurs faiblesses en termes d'efficacité. Pour ce faire j'ai pu, en travaillant en collaboration avec l'association du MAIL d'Amiens, interroger en entretiens semi dirigés une dizaine de jeunes âgés de 15 à 25 ans. Il ressort de cette étude que la majorité des jeunes auraient souhaité recevoir les messages de prévention plus tôt dans leur vie, ils auraient souhaité qu'une action de prévention les prenne plus dans leur globalité.

À partir de ce constat j'ai été amenée à me demander si un discours de prévention tenu par le médecin généraliste, qui en général suit les adolescents depuis leur enfance, n'aurait pas un impact supplémentaire.

De nombreux travaux ont été menés au sujet de la prise en charge des addictions en médecine de ville. Il en ressort que l'implication des médecins généralistes est très inégale. Ces différentes études ont été menées en population générale mais elles ne concernent pas les pratiques du dépistage des conduites addictives chez les adolescents.

Nous savons que nombre d'adolescents traversent des difficultés psychologiques, on estime d'ailleurs à 13,4% la prévalence des troubles mentaux au sein de cette population. Ainsi comme le souligne Philippe Binder dans ses travaux, le médecin généraliste peut rapidement être mis mal à l'aise lors d'une consultation avec un jeune adulte.

Suite aux appréhensions et aux différentes représentations des médecins généralistes Roberts, et al a développé une typologie de positionnement personnel du médecin généraliste face aux adolescents.

Il évoque les « réparateurs », qui ne s'attachent qu'à répondre aux problèmes biomédicaux en excluant toute problématique psychologique, les « planificateurs » qui intègrent l'environnement, le mode de vie et la dimension fondamentale de la famille mais se surinvestissent s'exposant au burn-out et à la déception de ne pas voir le fruit de leur surinvestissement. Pour finir il décrit les « collaborateurs-accompagnateurs », ces médecins qui, en plus du présent et du futur, intègrent le passé de l'adolescent.

Le but de cette étude ne sera pas de chercher à vous identifier à l'une de ces trois typologies mais d'identifier les éléments appartenant à votre vécu susceptible d'impacter votre prise en charge des conduites addictives chez les adolescents.

Cet entretien est bien évidemment anonyme et débouchera sur une étude quantitative descriptive.

- Quelle affinité entretenez-vous avec la tranche d'âge adolescente en consultation ?
- Estimez-vous qu'il soit de votre ressort de dépister et prendre en charge les addictions chez les adolescents ?
- Dans le cas où vous côtoyez des adolescents dans votre sphère privée, dans quelle mesure cela a-t-il un impact sur votre prise en charge des adolescents au cabinet ?
- Comment évaluez-vous la formation que vous avez reçue durant vos années de médecine pour faire face au dépistage des conduites addictives chez l'adolescent ?
- Si vous avez bénéficié de formation en addictologie ou en technique de communication, quelles sont-elles ? Et comment cela a-t-il modifié votre approche de l'addiction chez les adolescents ?
- Dans le cas où vous avez dû vous-même faire face à une addiction, en quoi cela a-t-il

modifié votre approche des conduites addictives ?

- Dans l'hypothèse où l'un ou plusieurs de vos proches soient ou aient été atteints d'une addiction, dans quelle mesure cela a-t-il modifié votre approche des conduites addictives ?
- Quelle influence votre expérience avec votre patientèle adulte atteinte d'une addiction a-t-elle sur votre prise en charge de l'addiction chez l'adolescent ?
- Comment votre représentation de l'addiction, qu'elle soit avec ou sans substance (travail, sport, jeux ...) a-t-elle évolué au cours de votre pratique ?
- Quels sont les éléments qui ont déterminé cette évolution ?

XII. Bibliographie

1. Beck Francois. baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé.
2. CREPIN Manon. Mémoire addictologie 2016/2017 - Vers une efficacité accrue des campagnes de prévention primaire contre l'alcool et le cannabis [Internet]. Disponible sur: <https://www.u-picardie.fr/mahara-medecine-interne/view/view.php?id=22770>
3. INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Baromètre santé médecins généralistes. In 2009. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecinsgeneralistes-2009/pdf/prise-en-charge-addictions.pdf>
4. Feroni I, Paraponaris A, Aubisson S, Bouhnik AD, Masut A, Ronfle E, Coudert C et al. Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes. Rev Epidémiol santé publique. nov 2004;
5. OFDT, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Les traitements de substitution aux opiacés, données récentes. In 2014. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxabua.pdf>
6. Romain Teoli, Dagmar M. Haller, Pierre Ingrand, Philippe Binder. Comparaison des représentations et comportements des médecins généralistes du Canton de Genève et du Poitou-Charentes. Santé Publique 2016/2 (Vol 28), p 187-195 [Internet]. Disponible sur: file:///C:/Users/manon/Downloads/SPUB_162_0187.pdf
7. Couturier A. Thèse de médecine générale : Profil des médecins généralistes qui s'investissent dans la prise en charge des addictions : revue de littérature [Internet]. Poitiers; 2017. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/fbe450e7-6b12-4d6f-9afa-107dcbab1714>
8. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, et al. Annual research review: a metaanalysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. In 2015.
9. Meynard A, Broers B, Lefebvre D, Narring F, Haller DM. Reasons for encounter in young people consulting a family doctor in the French speaking part of Switzerland: a cross-sectional study. 2015;BMC Fam Pract.

10. Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. *Br J Gen Pract.* 2009;
11. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, M Haller D, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale . Première partie. *exercer* 2018. 2018;141:page 122 à 132.
12. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, M Haller D, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. *exercer* 2018. 2018;(142):Pages 169 à 181.
13. Roberts J, Crosland A, Fulton J. GPs' responses to adolescents presenting with psychological difficulties: a conceptual model of fixers, future planners, and collaborators. *Br J Gen Pract* 2014; 2014;
14. Dossier réalisé en collaboration avec Bertrand Nalpas, Directeur de recherche à l'Inserm et chargé de mission Addiction – Décembre 2014. *Addictions. Du plaisir à la dépendance.*
15. NIAAA Newsletter WINTER 2004 Number. Disponible sur: https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/newsletters/Newsletter_Number3.pdf
16. Battaglia N, Gierski F. L'addiction chez les adolescents. In: De Boeck. 2014. p. Chapitre 2, page 22.
17. Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Eric Janssen, Alex Brissot, Antoine Phillippon, Jalpa Shah, Sandra Chyderiotis. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *févr 2018;3.*
18. OFDT. Drogues, chiffres clés. JUIN 2017.
19. Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Eric Janssen, Alex Brissot, Antoine Phillippon, Jalpa Shah, Sandra Chyderiotis. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *févr 2018;5.*
20. TASSIN JP. Neurobiologie de l'addiction: Proposition d'un nouveau concept. *John Libbey Eurotext.* 2007;83:pages 91 à 97.

21. SALOMON L. Cerveau, drogues et dépendances, [Internet]. 2010. Disponible sur: http://edu.ge.ch/decandolle/sites/localhost.decandolle/files/diaporama_action_des_drogues_2014-15.pdf

22. Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues. Published online 2010 janv 21 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444724/>

23. Goldman D, Oroszi G, Ducci F. The genetics of addictions: uncovering the genes. In *Nat Rev Genet* 6. 2005;521-35.

24. Philip Gorwood, Yann Le Strat et Nicolas Ramoz. Le concept des addictions sous l'angle de la génétique. 2008;14:29-39. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2008-3-page-29.htm?contenu=article>

25. Dossier réalisé en collaboration avec Déborah Bourc'his, unité Inserm 934/CNRS UMR 3215/Université Pierre et Marie Curie, Institut Curie, Paris. Epigénétique Sous titre Un génome, plein de possibilité! [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/epigenetique>

26. C A M Cecil,^{1,*} E Walton,^{1,2} R G Smith,³ E Viding,⁴ E J McCrory,⁴ C L Relton,⁵ M Suderman,⁵ J-B Pingault,⁴ W McArdle,⁵ T R Gaunt,⁵ J Mill,³ and E D Barker¹. DNA methylation and substance-use risk: a prospective, genome-wide study spanning gestation to adolescence. Published online 2016 Dec 6 doi: 101038/tp2016247 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5315565/>

27. Jeammet P, Corcos M. Evolution des problématiques à l'adolescence : L'émergence de la dépendance et ses aménagements. In: Broché.

28. Noriega Gayol Gloria. La co-dépendance : un scénario transgénérationnel. Actualités en analyse transactionnelle [Internet]. 133. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2010-1-page-24.htm>

29. JOYEUX M. Addictologie - 2 ème édition. In ELSEVIER MASSON; 2013. p. 181-2.

30. Cassen Myriam. Dynamiques familiales et conduites addictives : l'exemple des toxicomanies. Le journal des psychologues n°254 [Internet]. 2008;57-60. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-1-page-57.htm>
31. Philippe Arvers, Jean-Pascal Assailly, Philippe Batel, Marie Choquet, Thierry Danel, et al. Alcool: dommages sociaux, abus et dépendance [Internet]. 2003. Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570676/document>
32. Agnès Cadet-Taïrou, Anne-Claire Brisacier, Sous la direction de François Beck. Jeunes et Addictions - Addiction et usages problématiques : facteurs de risque, facteurs de protection. 2016 déc p. 84-5. (OFDT).
33. Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives. La documentation française; 2002.
34. Laurent Karila, Pr Michel REYNAUD Département de Psychiatrie et d'Addictologie. Facteurs de risque et de vulnérabilité. In 2014. Disponible sur: <http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2014/04/dossier-conduites-a-risque.pdf>
35. Wise R, Koob G. The development and maintenance of drug addiction. *Neuropsychopharmacology* 2014 Jan;39(2):254-62 doi: 101038/npp2013261 Epub 2013 Oct 11.
36. Daniel Marcelli, Alain Braconnier. Chapitre 1 : Les modèles de compréhension de l'adolescence. In: *Adolescence et Psychopathologie*. 8 ème édition.
37. Alain Moreau, Julie Gilles de la Londe, Emilie Ferrat, Sophie Vallot, Vincent Renard, Isabelle Aubien-Auger. L'approche centrée sur le patient. *avr 2019;30(152):167-74*.
38. C.Perdrix , C.Pigache , C.Dupraz , T.Farge , C.Maynié-François , I.Supper , Y.Zerbib , A.Moreau. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer. 125:Pages 132-137.
39. William R. Miller, Stephen Rollnick. L'entretien motivationnel Aider la personne à engager le changement. 2013. (Collection Développement personnel et accompagnement).
40. La maïeutique selon Socrate [Internet]. Disponible sur: <https://la-philosophie.com/maieutique-socrate-definition>

41. Charlotte ALAM SOLTY. Interet personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel. 2013.
42. Larapidie, Cécilia. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient. Université Toulouse III; 2018.
43. BENKIRAN L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne). Nice-Sophia-Antipolis; 2014.
44. Christelle Billet Philippe Binder. Thèse de médecine générale : Efficacité de l'intervention brève chez les adolescents et les jeunes adultes sur l'utilisation de substances psychoactives : une revue systématique de littérature [Internet]. Poitiers; 2017. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/a3b1928a-36bd-4626-bd65-cd902e75c2c8>

IMPACT DU VECU DU MEDECIN GENERALISTE DANS SA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ L'ADOLESCENT.

Introduction : La prise en charge des conduites addictives chez les adolescents est un enjeu majeur de santé publique. Le médecin généraliste par sa proximité avec cette tranche d'âge joue un rôle prépondérant. Toutefois on constate que l'implication des généralistes est disparate. L'objectif de cette étude est d'explorer les éléments appartenant au vécu des médecins généralistes des Haut de France susceptibles d'impacter leur prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent.

Matériel et méthode : L'analyse a porté sur l'entretien semi-dirigé de 14 médecins répartis entre la Somme, l'Aisne et l'Oise entre mars 2019 et septembre 2019.

Résultat : Cette étude montre qu'il existe chez les médecins généralistes des facteurs facilitant et d'autres handicapant la prise en charge des conduites addictives. Ces facteurs tiennent des antécédents, des représentations et des formations du praticien . Les facteurs handicapant les médecins généralistes dans leur démarche de prise en charge reposent majoritairement sur des lacunes en techniques de communication, outils nécessaires pour s'adresser aux adolescents et sur des représentations péjoratives autour de l'addiction. D'autres éléments tels que l'âge du médecin ou des expériences personnelles négatives dans le domaine de l'addictologie peuvent venir ce surajouter.

Discussion : La prise en charge des conduites addictives chez l'adolescent soulève deux domaines dans lesquels les généralistes peuvent être mal à l'aise : la communication avec l'adolescent et l'addictologie. Cette étude vient souligner qu'une formation approfondie en techniques de communication et en addictologie permettraient aux médecins de s'affranchir de réticences face aux jeunes et aux addictions.

Mots clefs : addictologie, adolescent, communication, prévention, formation

IMPACT OF GENERALIST PHYSICIANS' BACKGROUND ON THE MANAGEMENT OF ADDICTIVE CONDUCTS IN ADOLESCENTS.

Objective: The management of addictive behavior in adolescents is a major public health issue. The general practitioner, by his proximity to this age group, plays a preponderant role. However, we see that the involvement of general practitioners is disparate. The objective of this study is to explore the elements belonging to the experience of general practitioners in Haut de France likely to impact their management of addictive behavior in adolescents.

Material and method: The analysis focused on the semi-structured interview of 14 doctors distributed between the Somme, Aisne and Oise between March 2019 and September 2019.

Result: This study shows that in general practitioners there are factors facilitating and others hindering the management of addictive behavior. These factors derive from the practitioner's background, representations and training. The factors hampering general practitioners in their approach are mainly based on lack of communication techniques, tools necessary to address adolescents, and on pejorative representations around addiction. Other factors such as the age of the doctor or negative personal experiences in the field of addictology can be added to this.

Conclusion: The management of addictive behavior in adolescents raises two areas in which general practitioners may be uncomfortable: communication with the adolescent and addictology. This study underscores that in-depth training in communication techniques and addictology would allow doctors to overcome their reluctance in treating young people and addictions.

Keywords: addictology, adolescence, communication, prevention, training