



HAL
open science

Entre connaissances et représentations : les freins de la prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques en médecine générale

Lou Amiotte-Suchet

► To cite this version:

Lou Amiotte-Suchet. Entre connaissances et représentations : les freins de la prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04563741

HAL Id: dumas-04563741

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04563741>

Submitted on 30 Apr 2024

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

**ENTRE CONNAISSANCES ET REPRÉSENTATIONS : LES FREINS DE
LA PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DE L'USAGE DES
MORPHINIQUES EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 25/04/2024

Par Mme Lou AMIOTTE-SUCHET

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Maurice DEMATTEIS

Membres :

Mme le Dr Lucie PENNEL (directrice de thèse)

Mme le Dr Coline NICOLOTTO

Mme le Dr Pauline GIRARD

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Maurice Dematteis**, merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

Merci d'avoir encadré ce travail et de m'avoir accompagnée de sa conception à sa réalisation finale. Merci pour votre accueil dans votre service qui a développé mon goût pour l'addictologie.

Au **Docteur Lucie Pennel**, merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci pour vos conseils et votre relecture pertinente. Merci pour votre enseignement de qualité lors de mon passage au CSAPA, qui retentit toujours lors de mes consultations, même en dehors de l'addictologie.

Au **Docteur Coline Nicolotto**, merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci de m'avoir donné la curiosité de l'addictologie lors de ce séminaire essentiel.

Au **Docteur et Maître de Conférence des Universités Pauline Girard**, merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci pour votre investissement au sein du DMG, indispensable à notre formation.

A tous mes professeurs et maîtres de stage, à tous les professionnels croisés au cours de mon parcours qui m'ont encadrée, formée et aidée à devenir la médecin que je suis.

A mes amis :

La Mifa, bien sûr, mes amis du passé, du présent et du futur.

Camille et Marie, mes alliées de la vie, mes marraines préférées. Camille, mon exemple de persévérance et de douceur, je suis si fière d'être ton amie. Marie, solaire, généreuse, complémentaire, je me sens automatiquement à ma place à tes côtés. Alexis, les années lycée sont loin mais on est toujours là. A nos duos sur Balavoine et Mauvaise fois nocturne. Aneta, détentrice du prix éponyme, et diplomate à ses heures perdues. Andrea, grâce à qui je pourrai toujours être à la page des changements de la langue française. A ton sourire en coin, un verre de St Véran à la main. Antoine, roi de la bonne humeur et du bon plan, avec qui il est toujours bon de discuter. Aurélie, la sportive, toujours avide de nouveaux défis et de hauteur. Béa, force tranquille toujours bienveillante. Merci pour ta présence constante et cette amitié si douce. Boubou, ma commère des débuts, maintenant propriétaire et responsable. Trop fière de toi :) Cédric, drôle et généreux, sans qui les vacances ne seraient pas aussi réussies. Clément, papa ours un peu geek. Greg, parrain génial de ma Rose, sur qui je sais que je pourrai toujours compter. Léa, qui m'a toujours montré que tout était possible si on le voulait, de la présidence

du Ted à la réalisation d'une thèse. Loïc, pour ton aide dans son acceptation des tomates, des oignons et des chats. Je suis ravie de venir habiter près de chez vous ! Mathias, mon Mathou parisien, à qui cette ville va si bien. Mon 1^{er} coup de cœur au Ted, je suis si heureuse de te voir heureux. Nico, qui nous supporte vaillamment lors de nos virées à Paris. A ton rire communicatif et ton intérêt pour les autres. Pierre, qui nous supporte vaillamment lors de nos virées en Bretagne. A ton calme dans toute situation et aux heures passées à nous attendre. Thomas, ami fidèle, toujours partant pour organiser les moments ensemble et réunir les gens qu'il aime (et pour utiliser la fritteuse !). Tiff, pleine d'énergie, de projets et d'amour, je suis honorée de porter la moitié du prénom de ta fille. Virginie, attentionnée et organisée, merci pour ta présence et tes conseils dentaires ! Gaston, Victoria, Mathieu, Marie-Lou, Louisa, Suzanne. Je suis si heureuse de vous voir grandir en même temps que mon amitié pour vos parents. Nina, dont je suis fière d'être la marraine et que j'ai hâte de couvrir de bisous.

Théo et Laura et leur petit Nathan. A nos semaines de vacances tous ensemble et à nos moments partagés.

Aux copains qui ont ensoleillé mon internat :

Fiona, binôme d'IPA et de soirée bo-bun. Simon, Lucie, Mélissa, Cassandra, pour ces mois de galère aux urgences de Grenoble et ces verres en terrasse.

Toto, Margaux, Julie, Simon, Damien, Sophie, pour ces weekends ensemble qui perdurent au-delà des années et qui sont toujours aussi chouettes. Coco et Bb, pour votre accueil dès le tout début. J'ai hâte de revenir vous embêter et de nos futures soirées ensemble. Ayoub, Ellyn, Greg, Manon, Alex et Oriane, pour ces soirées sur Annecy ou Argonay sponsorisées par Valtor !

A mes amies de longue date :

Clémentine, Mathilde et Perrine, qui ont rendu mes années lycée beaucoup plus belles.

Clémentine, pour ces découvertes littéraires communes et ces fou-rires mémorables. Mathilde, pour ces souvenirs à Noiron, cette année de PACES en binôme, et bien sûr, le miscanthus.

Claire et sa petite famille, que j'espère voir très bientôt. J'ai toujours un souvenir ému de nos lundi midi dans cet appartement de la rue Gagnereaux.

A ma famille :

A mes parents, pour votre présence constante depuis le premier jour. Vous m'avez donné le goût du travail bien fait, de la tolérance et de l'amour pour les autres.

Papa, pour ton modèle de calme, ce goût pour la nature et pour la simplicité des choses.

Maman, pour ton amour inconditionnel et toutes ces années où tu as pensé à nous plus qu'à toi.

A mon frère et ma sœur, de qui je ne pourrais être plus fière. Vous voir devenir des personnes si objectivement exceptionnelles est un cadeau immense.

Fannie, ma sœur, ma meilleure amie, qui m'a donné envie d'offrir à ma fille une relation comme la notre

Chou, mon « petit » frère, un si grand merci pour tout ce que tu as fait pour cette thèse. Je suis fière de l'homme que tu es, drôle, attentionné, engagé, et toujours là quand il faut.

A ma Mamie, Andrée, pour ta présence et tes attentions toujours utiles, et à mon Daddy, qui me manque. J'espère vous rendre fiers.

A mon Papy Michel et ma Mamie Zabeth, pour tous ces bons moments en famille à Chatillon.

A Luce, pour ces étés au paradis et ces petites attentions toujours présentes, et à Gil qui nous manque beaucoup.

A Hervé, mon parrain, merci pour ta présence aujourd'hui et dans la vie.

A ma « belle » famille, qui me font me sentir chez eux comme chez moi.

Véronique et Hervé, pour votre accueil chaleureux et bienveillant,

Julie et Louisa, pour tous ces bons moments passés ensemble, à Lyon comme à Annecy,

Madeleine, pour cet amour sincère qui rayonne autour de vous.

Rose a de la chance d'être si bien entourée, et nous aussi.

A Hugo, évidemment. A ta douceur, ta présence réconfortante, ta générosité, tes engagements et tes projets. Ce travail n'aurait (vraiment) pas vu le jour sans ta présence, ta persévérance et ton amour.

A nos futures aventures, à notre famille, à nous. A toute une vie à tes côtés.

A Rose, mon soleil, qui me rappelle tous les jours de sa petite hauteur combien la vie peut être simple et belle lorsqu'on est entouré des gens qu'on aime. C'est désormais la seule chose qui compte : t'aimer toute ma vie et te rendre fière.

A ce petit bébé qui s'installe tranquillement et qui t'offrira le plus beau des cadeaux : devenir grande sœur.

RÉSUMÉ

Introduction : Les médecins généralistes ont une place centrale dans le repérage et la prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques (opiacés et opioïdes), notamment au travers des douleurs aiguës et chroniques et l'usage croissant des analgésiques morphiniques, dont ils sont les principaux prescripteurs. Or, on observe ces dernières années une baisse d'investissement et d'intérêt des généralistes vis-à-vis de cette problématique alors que les générations plus anciennes ont été très investies dans celle des morphiniques illicites comme l'héroïne. Ce désintérêt pourrait s'expliquer par un manque de connaissance et des représentations erronées vis-à-vis de cette problématique, notamment en raison d'une formation initiale insuffisante.

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle transversale descriptive et analytique à travers un questionnaire auto-administré envoyé aux internes de médecine générale de France. En utilisant l'application LimeSurvey et à travers deux situations cliniques typiques impliquant un morphinique licite et illicite, ce questionnaire a évalué les connaissances, les perceptions et les représentations des internes selon leur niveau de formation en addictologie.

Résultats : Parmi les 120 répondants, les internes ayant bénéficié lors de leur externat ou internat d'une formation complémentaire en addictologie ont obtenu de meilleurs scores que les internes n'en ayant pas bénéficié mais uniquement pour l'un des deux cas cliniques. Bien que significative, cette différence était cependant modeste pour être déterminantes sur le plan clinique. Pourtant, les internes "formés" se jugeaient plus aptes en termes de connaissances et de compétences à prendre en charge une addiction aux morphiniques. Cette aptitude était cependant jugée inférieure à celle d'un diabète de type 2. Leurs représentations des patients dépendants des morphiniques étaient plus souvent associées aux notions de pathologie chronique et d'empathie, nécessaires à une bonne compréhension et prise en charge de cette pathologie. Ces différences de représentations entre les deux groupes d'internes étaient encore plus marquées dans le cas clinique avec le morphinique illicite, les internes "formés" ayant eux-mêmes une représentation plus négative dans cette situation.

Discussion : Malgré ses limites liées notamment aux faibles taux de réponse, ce travail montre l'importance des représentations qui apparaissent comme l'un des freins majeurs dans la prise en charge d'un trouble de l'usage des morphiniques. Il montre qu'une formation complémentaire en addictologie apparaît déterminante pour faire évoluer ces représentations et le sentiment de légitimité des internes plus que leurs connaissances et compétences.

ABSTRACT

Background: General practitioners play a central role in identifying and managing opioid use disorder, particularly in the context of acute and chronic pain and the increasing use of opioid analgesics, for which they are the main prescribers. However these last years, there has been a decline in investment and interest among general practitioners in this field, whereas older generations were highly involved in heroin use disorder. This lack of interest could be explained by insufficient knowledge and misperceptions of these highly prevalent clinical situations, notably due to inadequate initial training.

Methods: We conducted a descriptive and analytical cross-sectional observational study through a self-administered questionnaire sent to general medicine interns in France. Using the LimeSurvey application and through two typical clinical situations involving a licit or an illicit opioid, the questionnaire assessed the knowledge, perceptions and representations of interns according to their level of training in addiction medicine.

Results: Among the 120 respondents, the interns who received additional training in addiction medicine during their externship or internship obtained better scores than the interns who did not, but only for one of the two clinical cases. Although significant, this difference was nevertheless modest to be clinically relevant. However, the "trained" interns judged themselves more capable in terms of knowledge and skills to manage opioid addiction, although this ability was considered lower than that of type-2 diabetes. Their perceptions of patients with opioid-use disorder were more often associated with notions of chronic disease and empathy, which are necessary for a good understanding and management of these clinical situations. The differences in perceptions and representations between the two groups of interns were even more pronounced in the clinical case involving an illicit opioid; the "trained" interns themselves had a more negative representation of this situation.

Discussion: Despite its limitations in particular due low response rates, this study highlights the importance of representations, which appear to be one of the main barriers in managing opioid addiction. It shows that additional training in addiction medicine is crucial for changing perceptions, representations and the sense of legitimacy among interns more than their knowledge and skills.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	7
RÉSUMÉ.....	10
TABLE DES MATIÈRES	12
LISTE DES FIGURES.....	14
LISTE DES TABLEAUX.....	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	14
INTRODUCTION.....	15
MÉTHODOLOGIE.....	18
1. Schéma de l'étude et conformité.....	18
2. Structuration du questionnaire	18
3. Population cible et critères d'inclusion	20
4. Diffusion du questionnaire	20
5. Objectifs et critères de jugement.....	20
6. Analyse statistique.....	22
RÉSULTATS	23
1. Caractéristiques de la population	23
2. Formation des internes	25
3. Autoévaluation des connaissances et compétences.....	26
4. Connaissances des internes	27
a. Analyse du score en fonction du groupe de formation (formé / non formés)	27
b. Analyse du score en fonction de la quantité de formation et de son type	27
5. Détail des réponses pour certaines propositions (tableau 4 en annexe)	28
6. Représentations des internes (tableau 5 en annexe).....	29
a. Pour tous les internes.....	29
b. Formés / Non formés.....	31

DISCUSSION	32
1. Résultats principaux	32
2. Interprétation des résultats.....	32
3. Comparaison des résultats aux données bibliographiques	35
4. Limites de l'étude.....	37
5. Perspectives.....	37
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES	44
SERMENT D'HIPPOCRATE	57

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Flow-chart des participants.....	23
Figure 2 : Ville d'origine d'externat.....	24
Figure 3 : Ville d'origine d'internat	24
Figure 4 : Flow-chart des groupes de participants	25
Figure 5 : 10 premiers mots sélectionnés pour les cas cliniques 1 et 2.....	29
Figure 7 : Nuage de mots pour le cas clinique 1	30
Figure 8 : Nuage de mots pour le cas clinique 2	30
Figure 9 : Écarts de mots entre le groupe formé et le groupe non formé, cas 1.....	31
Figure 10 : Écarts de mots entre le groupe formé et le groupe non formé, cas 2.....	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des internes	23
Tableau 2 : Détail des types de formation parmi le groupe formé.....	25
Tableau 3 : Autoévaluation des internes	26
Tableau 4 : Scores aux cas cliniques	27

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fifth Edition

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

STOPNEP : Study Of Prevalence of Neuropathic Pain

SFEDT : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

ECN : Epreuves classantes Nationales

QCM : Question à Choix Multiple

HAS : Haute Autorité de Santé

QRU : Question à Réponse Unique

FST : Formation Spécialisée Transversale

INTRODUCTION

Le « trouble de l'usage » d'une substance, défini par le DSM-5 (1), est responsable de nombreuses conséquences médicales, sociales et sanitaires. Le trouble de l'usage des substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) est responsable de plus de 100 000 décès évitables par an en France (2).

Le trouble de l'usage des morphiniques (opiacés et opioïdes), licites ou illicites, bien que responsable en France d'un nombre bien moins important de décès que certaines substances psychoactives comme le tabac et l'alcool par exemple, entraîne en plus de nombreuses complications, une diminution importante de la qualité de vie de ses usagers. Ainsi, les morphiniques sont la principale cause de décès par surdose en France et dans le monde. Le tramadol par exemple, est la molécule antalgique morphinique qui tue le plus en France (3–5).

Les médecins généralistes, principaux acteurs de premier recours, ont une place centrale dans le repérage et la prise en charge de ce trouble de l'usage (6), d'autant plus que les CSAPA, spécialisés dans les prises en charge des addictions en ambulatoire, ont vu leur fréquentation augmenter de 17% depuis 2010 (3) avec une augmentation croissante des demandes vis-à-vis des morphiniques (opioïdes analgésiques et de substitution) prescrits (3). En 2009, la moitié des médecins généralistes déclarait avoir vu au moins 1 patient dépendant aux opioïdes par mois (7).

La prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques en médecine générale a montré une baisse de la survenue de problèmes psychologiques au cours du suivi, et une diminution des consommations associées notamment des benzodiazépines (en comparaison à un groupe de patients suivis en clinique spécialisée) (8).

La problématique opioïde est indissociable de la médecine générale via la problématique de la douleur.

L'enquête STOPNEP réalisée en 2004 a estimé la prévalence de la douleur chronique en population générale (c'est-à-dire une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois) à environ 30% (9). Les dernières recommandations sur la douleur chronique éditées par la HAS, la SFEDT et le Collège de Médecine Générale en 2023 estiment la prévalence de la douleur chronique dans les pays développés entre 15 et 35% (10). Ces motifs douloureux donnent souvent lieu à une prescription d'analgésiques morphiniques.

Les analgésiques morphiniques faibles, et notamment le tramadol ou la codéine, sont de plus en plus prescrits par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients avec une composante douloureuse (11). Cette augmentation de prescription entraîne une augmentation de la morbi-mortalité liée à leur consommation (le tramadol est la molécule antalgique qui tue le plus en 2021, suivi par la morphine, la codéine et l'oxycodone), une augmentation du mésusage de ces médicaments et donc une augmentation du trouble de l'usage des analgésiques morphiniques (4,5).

Paradoxalement, ces dernières années, une baisse d'investissement des médecins généralistes a été observée dans la prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques, au travers notamment d'une baisse d'initiation de la prescription de buprénorphine.

La proportion de patients traités par buprénorphine a baissé ; en 2009, 75% des patients traités par un médicament de substitution aux opiacés l'étaient par la buprénorphine. En 2015, cette proportion est passée à 64%. L'incidence des patients traités par buprénorphine a diminué de moitié entre 2009 et 2015 (12). En parallèle, la proportion de patients traités par méthadone a augmenté (13).

D'après la base de données de l'Assurance Maladie, 10,3% des médecins généralistes initiaient des prescriptions de buprénorphine en 2009, contre 5,7% en 2015 (14).

Cette baisse d'investissement des médecins généralistes dans la prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques est possiblement liée à l'évolution de la société et de ses actualités médicales. En effet, beaucoup de ces médecins impliqués au cours des années 90, lors des « années SIDA », étaient pionniers du « French model », précurseur de la stratégie de réduction des risques, autorisant les médecins généralistes à initier les traitements par buprénorphine.

Ces médecins partent maintenant à la retraite, et ne sont pas remplacés, ou remplacés par des médecins plus jeunes, moins intéressés et moins impliqués dans la prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques.

La formation des étudiants en médecine en addictologie est très différente selon les villes et les enseignements spécifiques. Il existe lors du deuxième cycle des études médicales des items prévus dans la préparation aux ECN, qui permettent d'apporter des bases rudimentaires. L'addictologie comprend six chapitres explorant les différents types d'addictions, avec ou sans

produit (15). Un chapitre est de plus consacré aux thérapeutiques antalgiques, avec comme objectif de dépister le mésusage en cas de prescription d'antalgiques de palier 2 ou 3 (16).

Le manque de connaissances en découlant, en plus d'entraîner des potentielles difficultés dans la prise en charge et dans l'initiation de traitements de substitution, pourrait également entraîner des représentations négatives des patients pris en charge pour ce type de trouble, renforçant leur stigmatisation.

Cette stigmatisation entraîne chez les personnes dépendantes plus de dépression et d'anxiété, une diminution de l'estime de soi, et elle contribue à réduire l'efficacité des traitements en générant des émotions négatives et en altérant le sentiment d'efficacité personnelle (17,18).

Elle génère chez les patients, qui s'appliquent à eux-mêmes les stéréotypes engendrés par ces représentations, une auto-stigmatisation qui les empêche de prétendre aux mêmes opportunités de vie (travail, logement, objectifs personnels) que des personnes non dépendantes (19).

Une étude réalisée chez les internes en médecine générale et leurs maîtres de stage universitaires dans 8 facultés en France a montré des représentations plus négatives des patients consommateurs d'opioïdes, comparativement aux patients qui consommaient de l'alcool ou du tabac (20).

Les patients consommant des opioïdes étaient significativement plus considérés comme « menteurs » ou « manipulateurs » que ceux ayant un trouble de l'usage d'alcool.

On peut imaginer que le désintérêt des médecins généralistes concernant la prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques serait lié à un manque de connaissances et à des représentations négatives.

L'objectif principal de notre travail était de déterminer si les connaissances des internes en médecine générale différaient selon leur formation en addictologie.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer si le nombre d'heures de formation avait un impact sur les résultats, de déterminer si le type de formation (pratique ou théorique) avait un impact sur les résultats, et d'analyser les représentations des internes envers les patients ayant un trouble de l'usage des morphiniques.

MÉTHODOLOGIE

1. Schéma de l'étude et conformité

Une étude observationnelle transversale descriptive et analytique a été réalisée. Un questionnaire auto administré a évalué la formation, les connaissances et les représentations des internes en médecine générale, en France sur l'année 2023-2024. Le questionnaire était accessible après avoir confirmé avoir pris connaissance de la notice d'information détaillant les objectifs de cette recherche, les modalités de traitement des données et les droits des participants et après avoir coché une case confirmant la non-opposition à la participation à cette étude. Une déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été réalisée auprès de la CNIL le 11 janvier 2024.

2. Structuration du questionnaire

Notre questionnaire comprenait 23 questions et était construit en 4 parties dont les titres étaient visibles par les participants. Les participants ne pouvaient pas revenir en arrière au cours du questionnaire et il était obligatoire de répondre à chaque question pour passer à la suivante. La durée de passation était d'environ 10 minutes. La participation au questionnaire était anonyme. La réalisation du questionnaire s'est faite sur le logiciel sécurisé Lime Survey.

La première partie, intitulée « Caractéristiques des participants », était composée des questions A1 à A5. Elle cherchait à établir les caractéristiques des internes : sexe, âge, semestre de formation, ville d'externat et d'internat. Elle a été réalisée en récoltant un minimum d'informations sur les participants, afin de préserver leur anonymat.

La deuxième partie, intitulée « Formation », était composée des questions B1 à B11. Elle cherchait à évaluer la formation des internes en addictologie, en partant du principe que tous les internes avaient comme formation de base les chapitres étudiés en deuxième cycle, pour le programme des ECN. Les internes devaient indiquer s'ils avaient bénéficié d'autres formations théoriques ou pratiques pendant leur externat et leur internat, et sous quelle forme.

La troisième partie, intitulée « Autoévaluation des connaissances et compétences en addictologie », était composée des questions C1 et C2.

Sur une échelle de 0 à 10, les internes devaient évaluer leurs connaissances théoriques et leurs connaissances cliniques sur les addictions aux morphiniques, sur les addictions en général, et sur le diabète de type 2. Le diabète de type 2 a été choisi pour comparaison en raison de la fréquence de consultation pour cette pathologie en médecine générale. Il fait partie des dix premiers diagnostics retrouvés lors des consultations de médecine générale (21), et bénéficie d'un large choix de formations théoriques et pratiques pendant le troisième cycle.

La quatrième partie, intitulée « Cas cliniques », était composée des questions D1 à D6 et E1 à E6. Elle était composée de deux cas cliniques, chacun composé de 6 questions. Le premier cas clinique portait sur une femme consommant du tramadol. Le second cas clinique concernait un homme consommant de l'héroïne. Le choix des molécules utilisées pour chaque situation clinique a été réalisé afin de pouvoir analyser dans un deuxième temps les représentations des internes (morphinique illicite *versus* médicament analgésique morphinique).

Les cinq premières questions de chaque cas clinique visaient à évaluer les connaissances des internes en médecine générale sur la situation clinique donnée. Elles se présentaient sous la forme de QCM, avec cinq propositions par question. Ces questions avaient pour but d'être assez simples, afin de voir si les connaissances de base étaient bien intégrées, et afin d'éviter de mettre les internes en échec et de limiter les abandons en cours de questionnaire.

La sixième question cherchait à évaluer les représentations des internes concernant les patients de chaque situation clinique. Elle était composée de mots que les internes pouvaient cocher librement en fonction de ce que leur inspirait la situation. Les mots étaient les mêmes pour les deux situations.

Les cas cliniques ont été réalisés sur la base des recommandations éditées par la HAS, et sur la base des cours du Collège Universitaire National des Enseignants d'Addictologie (22,23).

Les mots choisis pour les représentations de la question 6 l'ont été grâce aux termes retrouvés dans une étude qualitative cherchant à évaluer les représentations des internes en médecine générale face aux patients toxicomanes (20), et grâce aux termes inspirés par des personnes extérieures au milieu médical (trois personnes de la famille, deux amis, catégorie socio professionnelle « cadre et professions intellectuelles supérieures »), chez qui les énoncés des situations cliniques ont été exposés. Des personnes extérieures au milieu médical ont été choisies dans un objectif de se rapprocher des représentations sociétales.

3. Population cible et critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient : être interne en médecine générale, réaliser son internat en France et être en cours de formation de troisième cycle, c'est-à-dire du premier au sixième semestre de formation. Les critères de non-inclusion étaient le remplissage incomplet du questionnaire et le fait de ne pas être interne en médecine générale.

La population cible, c'est-à-dire les internes en médecine générale en France, a été évaluée à 9699, en se basant sur le nombre de postes en médecine générale pourvus aux rentrées de 2021, 2022 et 2023.

4. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé aux internes du 04 décembre 2023 au 13 février 2024. Il fut diffusé en premier lieu via leurs groupes Facebook de promotion, via le mail de leurs associations étudiantes et via leurs mails de scolarité. Au total, 28 associations ont été contactées correspondant aux 28 villes pouvant être choisies à l'internat et 10 scolarités, notamment lorsque les associations ne répondaient pas. Les associations étudiantes transmettaient parfois directement le questionnaire à leurs internes ou donnaient un autre moyen de les contacter. Quatre relances ont été effectuées, les deux premières relances à une semaine d'intervalle chacune, puis les deux suivantes à quinze jours d'intervalle.

5. Objectifs et critères de jugement

L'objectif principal de ce travail était l'évaluation des connaissances des internes en médecine générale sur le trouble de l'usage des morphiniques, en fonction de leur appartenance à un groupe formé ou non formé. Pour cela, les scores obtenus aux cas cliniques des internes formés et non formés ont été comparés.

Le critère de jugement principal était une augmentation du score obtenu si l'interne faisait partie du groupe formé.

Les internes appartenant au groupe formé étaient définis comme ayant bénéficié d'au moins une formation complémentaire en addictologie, théorique ou pratique, pendant leur externat ou leur internat. Une formation théorique complémentaire pouvait correspondre à un séminaire ou à des cours de quelques heures. Une formation pratique complémentaire pouvait correspondre à un stage d'immersion de quelques jours dans une structure d'addictologie.

Les internes appartenant au groupe non formé étaient définis comme n'ayant bénéficié d'aucune formation complémentaire, mais seulement de la formation commune à tous les étudiants en médecine lors du deuxième cycle des études médicales.

Concernant le score obtenu aux cas cliniques, chaque proposition à laquelle l'interne avait répondu correctement (vrai si la proposition était vraie, faux si la proposition était fausse) valait un point. Il était calculé grâce aux 5 premières questions de chaque cas clinique. Toutes les questions étaient sous forme de QCM, sauf la question 1 du cas clinique 2 qui était une QRU. Le score global était donc une note sur 46, avec un score maximal de 25 au cas clinique 1 et de 21 au cas clinique 2.

Les objectifs secondaires de ce travail étaient :

1. L'évaluation des connaissances des internes au sein du groupe formé, en fonction de la quantité d'heures de formation.

Le critère de jugement secondaire était l'augmentation du score obtenu proportionnelle au nombre d'heures de formation suivies.

Le nombre d'heures de formation a été calculé sur la base des réponses des internes dans l'onglet « Formation » du questionnaire.

Si les internes avaient suivi une formation théorique complémentaire, ils avaient indiqué un nombre d'heures de formation.

Si les internes avaient suivi une formation pratique complémentaire, ils avaient indiqué un nombre de jours, de semaines ou de mois de formation. Pour les calculs, une journée a été considérée équivalente à 6 heures de formation, une semaine à 5 jours de formation, un mois à 4 semaines de formation.

2. L'évaluation des connaissances des internes en fonction de leur formation pratique ou théorique.

Le critère de jugement secondaire était une augmentation du score obtenu si l'interne avait suivi une formation pratique.

Nous avons pour cela réalisé des sous-groupes au sein du groupe formé.

L'interne était considéré comme faisant partie du groupe « Formation pratique » s'il avait bénéficié d'une formation pratique, accompagnée ou non d'une formation théorique.

L'interne était considéré comme faisant partie du groupe « Formation théorique » s'il avait seulement bénéficié d'une formation théorique.

3. L'évaluation des représentations des internes sur les patients présentés dans les situations cliniques

Les critères de jugement secondaires étaient l'existence d'une différence de représentations des internes en fonction de leur appartenance au groupe formé ou non formé, et l'existence d'une différence de représentations des internes en fonction de la situation clinique présentée (tramadol ou héroïne).

L'analyse a été réalisée en calculant le pourcentage d'internes ayant coché chaque mot proposé dans la question 6 de chaque cas clinique.

La différence entre le pourcentage d'un mot coché par les internes formés et par les internes non formés a ensuite permis d'établir un écart de pourcentage pour chaque mot.

6. Analyse statistique

Les réponses ont été extraites via les formulaires LimeSurvey dans un fichier Excel. L'analyse des données a été réalisée sur le logiciel R version 4.3.3.

La distribution des scores aux cas cliniques suivant la loi normale, les variables quantitatives ont été comparées par un test t de Student. L'association entre la formation, le nombre d'heures de formation et le score aux cas cliniques a été évaluée par une régression linéaire univariée.

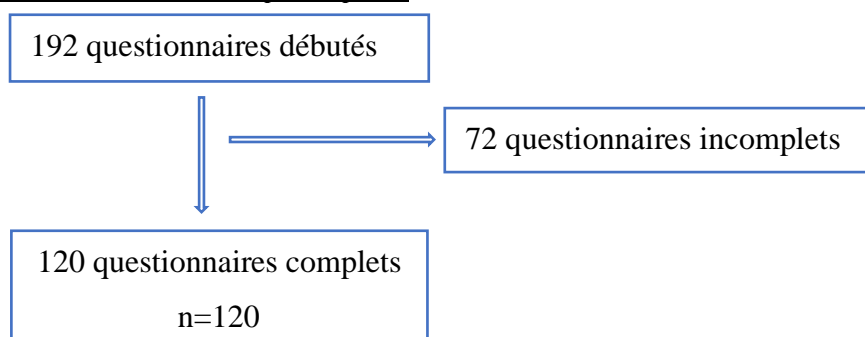
Les données ont été exprimées en moyennes et écarts types. Le seuil de significativité des résultats a été fixé à 5% ($p < 0,05$).

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

Sur les 9699 internes ciblés, 192 questionnaires ont été débutés, 72 n'ont pas été finalisés. En tout, 120 questionnaires, complets, ont été analysés.

Figure 1 : Flow-chart des participants



Concernant les 72 questionnaires incomplets :

- 32% avaient abandonné après la partie « Caractéristiques des internes » (sexe, âge, semestre d'internat, villes d'externat et d'internat),
- 56% après la partie « Formation »,
- **64% après la partie « Autoévaluation » donc avant de répondre aux cas cliniques,**
- 93% à la fin du cas clinique 1.

Tableau 1-Caractéristiques des internes

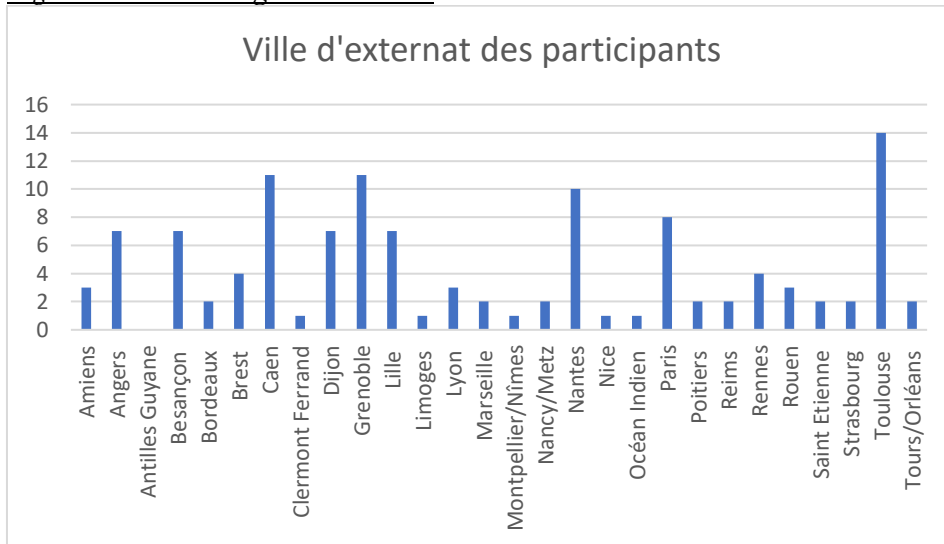
		Total n=120	Groupe formé n=39	Groupe non formé n=81	p-value
Sexe, n(%)	Femme	91(76%)	30 (77%)	61 (75%)	
	Homme	29 (24%)	9 (23%)	20 (25%)	
Age, moyenne (écart-type)		26 (4,5)	25,8 (5,2)	26,2 (4,1)	0,712
Nombre de semestres d'internat validés, moyenne (écart-type)		2,82 (2)	3,3 (2,3)	2,6 (1,9)	0,127

Les internes interrogés étaient à 91% des femmes. Ils avaient en moyenne 26 ans et avaient validé en moyenne 2,82 semestres d'internat.

Il n'existait pas de différence significative concernant l'âge ou le nombre de semestres d'internat validés entre les groupes formés et non formés.

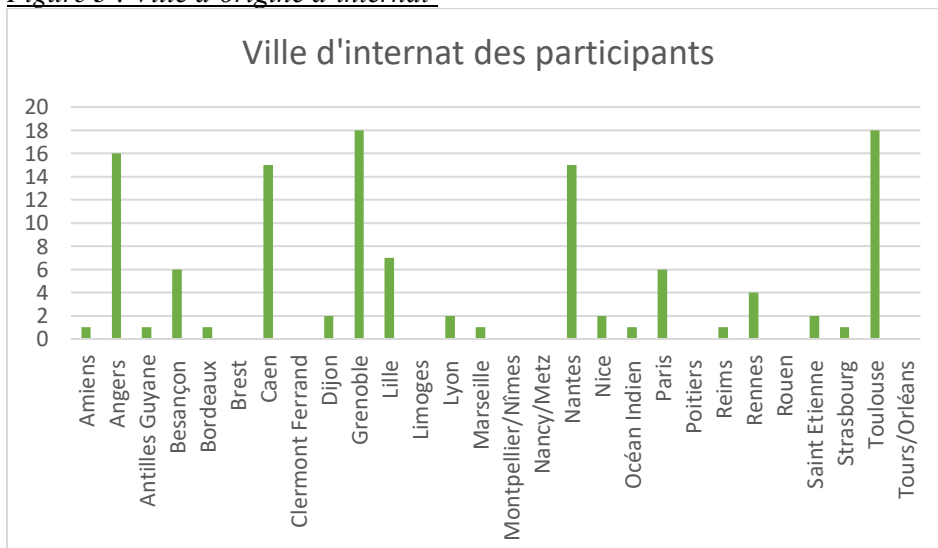
Sur 192 internes participants, 20 ont demandé les réponses aux situations cliniques.

Figure 2 : Ville d'origine d'externat



Les villes d'externat des participants les plus représentées étaient Toulouse en première position, puis Grenoble, Caen, Nantes et Paris.

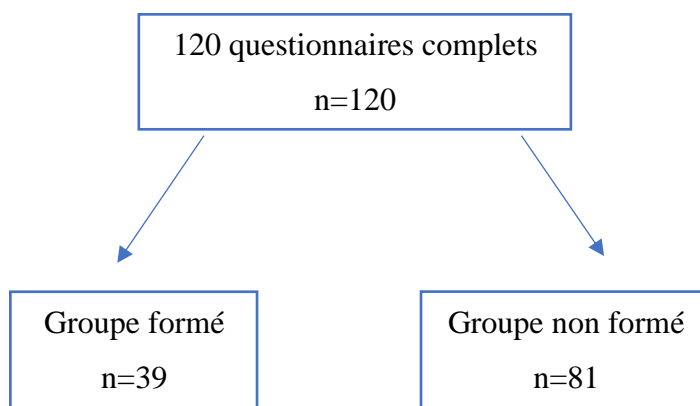
Figure 3 : Ville d'origine d'internat



Les villes d'internat des participants les plus représentées étaient Toulouse et Grenoble en première position, suivies d'Angers, Caen et Nantes. Il n'y a pas eu de réponses de la part des internes de Brest, Clermont Ferrand, Limoges, Montpellier/Nîmes, Nancy/Metz, Poitiers, Rouen et Tours/Orléans.

2. Formation des internes

Figure 4 : Flow-chart des groupes de participants



39 internes ont été intégrés au groupe formé, 81 internes ont été intégrés au groupe non formé.

Tableau 2 : Détail des types de formation parmi le groupe formé

		Externat		Internat	
		Nombre d'internes n(%)	Durée de formation, moyenne (écart-type)	Nombre d'internes n(%)	Durée de formation, moyenne (écart-type)
Formation théorique	Module/UE optionnelle	5 (45)	15,4 heures (8)		
	Séminaire/Conférence	6 (55)	3,5 heures (2,3)		
	Enseignement facultaire (séminaire, conférence)			19 (83)	9 heures (7,2)
	FST d'Addictologie			1 (4)	
	Cours lors d'un stage			3 (13)	
Formation pratique	Stage complet d'externat	7 (64)	7,7 semaines (3,7)		
	Stage d'immersion	4 (36)	6,3 jours (3,3)		
	Stage complet d'internat			5 (42)	4,8 mois (1,6)
	Stage d'immersion			7 (58)	10 jours (13,6)

3. Autoévaluation des connaissances et compétences

Tableau 3 : Autoévaluation des internes

Note sur une échelle de 0 à 10		Total n=120	Groupe formé n=39	Groupe non formé n=81	p-value
Connaissances théoriques, moyenne (écart-type)	Addiction aux morphiniques	4,4 (1,6)	5,1 (1,5)	4,1 (1,5)	0,002
	Addictions en général	5,1 (1,6)	5,7 (1,2)	4,8 (1,6)	0,001
	Diabète de type 2	7,3 (1,2)	7,5 (1,1)	7,2 (1,2)	0,132
Compétences cliniques, moyenne (écart-type)	Addiction aux morphiniques	4,1 (1,6)	4,6 (1,8)	3,9 (1,5)	0,027
	Addictions en général	4,7 (1,6)	5,4 (1,7)	4,4 (1,5)	0,004
	Diabète de type 2	7,2 (1,2)	7,5 (1)	7,1 (1,3)	0,08

Le groupe formé s'est donné une note significativement plus élevée que le groupe non formé concernant ses connaissances théoriques sur les addictions en général et sur l'addiction aux morphiniques.

Le groupe formé s'est donné une note significativement plus élevée que le groupe non formé concernant ses compétences cliniques sur les addictions en général et sur l'addiction aux morphiniques.

Le groupe formé se sentait donc plus apte à prendre en charge les addictions que le groupe non formé.

On remarque également que les internes se sentaient plus aptes concernant le diabète de type 2 que concernant les addictions en général (7,28 contre 5,13, $p < 0,001$ et 7,23 contre 4,73, $p < 0,001$).

Ils se sentaient moins compétents concernant l'addiction aux morphiniques que concernant les addictions en général (4,40 contre 5,13, $p < 0,001$ et 4,10 contre 4,73, $p = 0,003$).

4. Connaissances des internes

Les connaissances des internes ont été évaluées grâce à leur moyenne obtenue aux cas cliniques.

a. Analyse du score en fonction du groupe de formation (formé / non formés)

Tableau 4 : Scores aux cas cliniques

		Total n=120	Groupe formé n=39	Groupe non formé n=81	p-value
Moyenne (écart-type)	Score global /46	34,8 (3,5)	35,8 (4,2)	34,4 (3,1)	0,066
	Score au cas clinique 1 /25	19,2 (2,4)	19,5 (2,6)	19,1 (2,3)	0,356
	Score au cas clinique 2 /21	15,6 (2,1)	16,2 (2,3)	15,3 (2)	0,029

Concernant le score total aux deux cas cliniques, les internes formés avaient une tendance non significative pour un score légèrement supérieur à celui des internes non formés. Le score n'était pas significativement différent entre les deux groupes pour le cas clinique 1 alors qu'il l'était pour le cas clinique 2, les internes formés ayant obtenu un score plus élevé avec près d'un point de différence.

Dans l'analyse de régression linéaire (*voir tableaux 1, 2 et 3 en annexe*), il existait une relation linéaire entre le score global et la formation ($p=0,05$) ; appartenir au groupe formé induisait une augmentation de 1,36 du score global obtenu.

Il n'y avait pas de relation entre le score au cas clinique 1 et la formation ($p=0,364$). Il existait une relation linéaire entre le score au cas clinique 2 et la formation ($p=0,026$) ; appartenir au groupe formé induisait une augmentation de 0,93 du score au cas clinique 2.

b. Analyse du score en fonction de la quantité de formation et de son type

Il n'existait pas de relation entre le nombre d'heures de formation pratique et théorique et le score global ($p=0,149$), le score au cas clinique 1 ($p=0,333$) ou le score au cas clinique 2 ($p=0,125$).

Le nombre d'heures de formation, pratique et théorique, n'était pas associé à de meilleurs scores aux cas cliniques.

Les résultats des internes ayant bénéficié d'une formation pratique n'étaient pas significativement différents des internes non formés (moyenne globale de 35,2 contre 34,4,

$p=0,433$), tout comme les résultats des internes ayant bénéficié d'une formation uniquement théorique *versus* non formés (moyenne globale de 36,4 contre 34,4, $p=0,062$). On observe tout de même une tendance à de meilleurs résultats pour la formation théorique.

Il n'existait pas de relation entre le nombre de semestres d'internat validés ou le genre et le score global.

5. Détail des réponses pour certaines propositions (tableau 4 en annexe)

Le taux de bonnes réponses a été calculé pour chaque proposition. Les propositions ayant un taux de bonnes réponses $<50\%$, c'est-à-dire les propositions les plus discriminantes, ont été analysées.

Concernant la question 2 du cas clinique 1 : « Quel(s) est(sont) le ou les éléments qui vous orientent vers un syndrome de sevrage aux morphiniques ? », seuls 40% des internes ont coché « Réapparition des douleurs chroniques initialement soulagées » et 28,3% ont coché « Rhinorrhée » alors que ces propositions étaient exactes. Les internes formés n'ont pas significativement mieux répondu que les internes non formés à ces 2 propositions.

La question 4 du cas clinique 1 traitait de la dose maximale à atteindre pour un traitement de substitution aux opioïdes : 50% des internes ont coché « La dose maximale à atteindre est celle qui supprime les signes de sevrage morphinique. » alors que cette proposition était fautive, et seuls 45,8% ont coché « La dose maximale à atteindre est celle qui réduit ou supprime l'usage problématique et le craving pour le tramadol. » alors que cette proposition était vraie. Les internes formés n'ont pas significativement plus coché cette dernière.

La question 1 du cas clinique 2 étant une question à réponse unique. Elle demandait quel était le produit qui tuait le plus en population générale parmi l'héroïne, la morphine, la cocaïne, le tramadol et la codéine.

Seuls 12,5% des internes ont trouvé la bonne réponse : le tramadol. Les internes formés ont significativement mieux répondu (23,1%) que les non formés (7,4%).

Pour la question 5 du cas clinique 2, seuls 38,3% des internes ont coché la proposition « Vous pouvez augmenter la méthadone par paliers si le patient reprend les consommations d'héroïne. », qui était une réponse juste. Les internes formés n'ont pas significativement mieux répondu que les non formés.

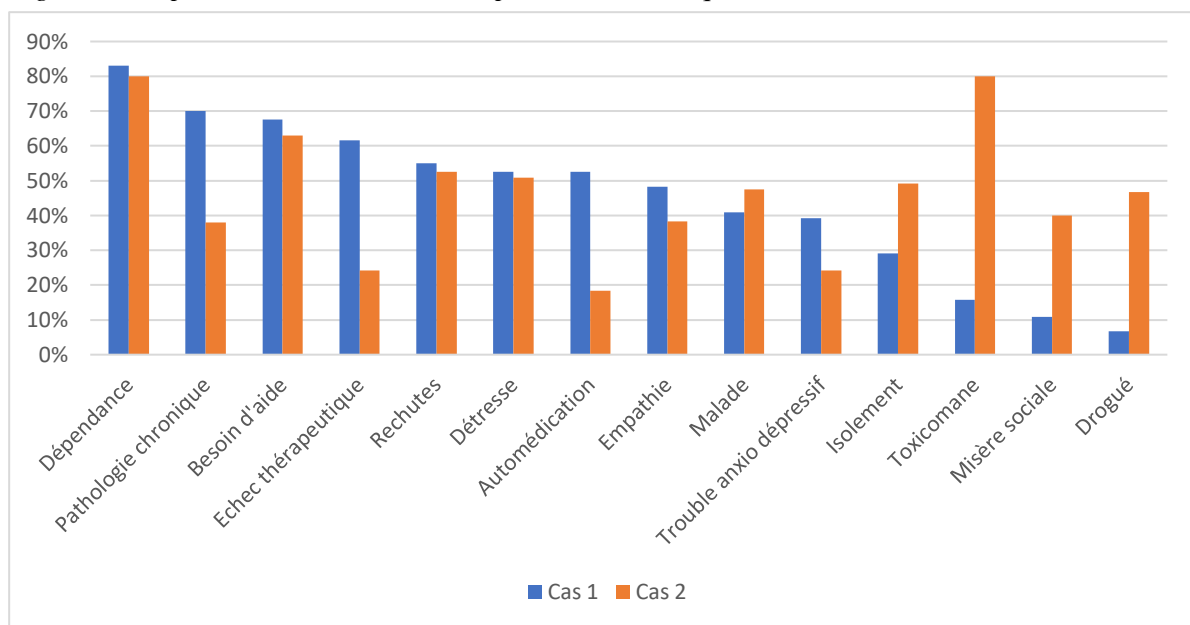
6. Représentations des internes (tableau 5 en annexe)

Pour chaque mot, la différence de réponse calculée entre les formés et les non formés représente l'écart de pourcentage d'internes formés et non formés ayant sélectionné ce mot.

Par exemple, pour le cas clinique 1, les internes formés ont été 79,5% à avoir coché le mot « Pathologie chronique » contre 43,8% pour les non formés. Cela donne un écart de 35,7 points de pourcentage.

a. Pour tous les internes

Figure 5 : 10 premiers mots sélectionnés pour les cas cliniques 1 et 2



Le mot « Drogué » apparaît en 21^{ème} position pour le cas clinique 1 (6,7%) et en 8^{ème} position pour le cas clinique 2 (46,7%).

Le mot « Toxicomane » apparaît en 17^{ème} position (15,8%) pour le cas clinique 1 et en 2^{ème} position pour le cas clinique 2 (80%).

Le mot « Pathologie chronique » apparaît en 2^{ème} position pour le cas clinique 1 (70%) et en 12^{ème} position pour le cas clinique 2 (38,3%).

Le mot « Trouble anxio-dépressif » apparaît en 10^{ème} position pour le cas clinique 1 et en 19^{ème} position pour le cas clinique 2 (24,2%).

Figure 7 : Nuage de mots pour le cas clinique 1



Figure 8 : Nuage de mots pour le cas clinique 2



b. Formés / Non formés

Figure 9 : Écarts de mots entre le groupe formé et le groupe non formé, cas 1

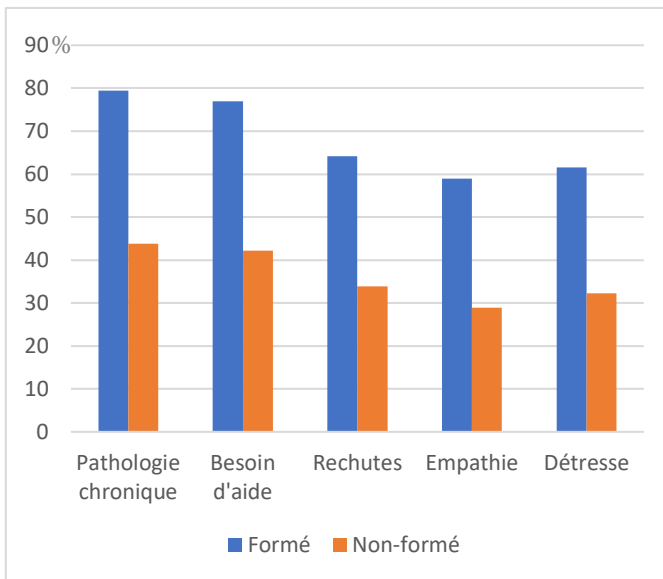
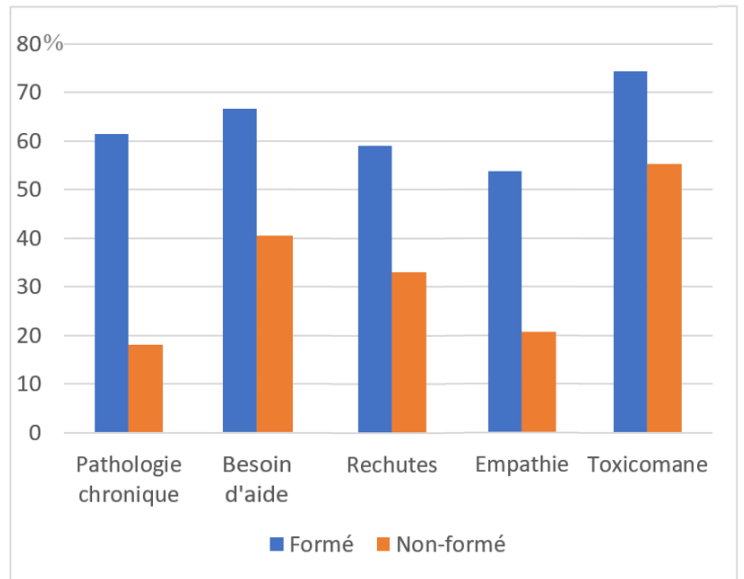


Figure 10 : Écarts de mots entre le groupe formé et le groupe non formé, cas 2



Les écarts les plus grands entre le groupe formé et le groupe non formé pour le cas clinique 1 se retrouvent sur les mots « Pathologie chronique », « Besoin d'aide », « Rechutes », « Empathie » et « Détresse ».

Les écarts les plus grands entre le groupe formé et le groupe non formé pour le cas clinique 2 se retrouvent sur les mots « Pathologie chronique », « Empathie », « Besoin d'aide », « Rechutes » et « Toxicomane ».

Les écarts entre formés et non formés pour les mots « Pathologie chronique » et « Empathie » sont encore plus grands dans le cas clinique 2 que dans le cas clinique 1.

On remarque une récurrence des écarts les plus grands entre les formés et les non formés sur les 2 cas cliniques pour les mots « Pathologie chronique », « Besoin d'aide », « Empathie » et « Rechute ».

DISCUSSION

1. Résultats principaux

Dans notre étude qui a porté sur 120 répondants, les internes formés se sentaient plus compétents théoriquement et cliniquement que les internes non formés concernant les addictions en général et l'addiction aux morphiniques. Leur aptitude à prendre en charge des addictions en général était jugée supérieure à celle des morphiniques, mais cependant inférieure à celle d'un diabète de type 2. Dans les cas cliniques, les internes formés n'ont obtenu des scores significativement plus élevés qu'au cas clinique avec le morphinique illicite. Appartenir au groupe formé induisait une augmentation de 1,36 du score global et de 0,93 du score au cas clinique 2. Il n'existait pas de relation entre le nombre d'heures de formation théorique et pratique et les scores obtenus aux cas cliniques. Concernant les représentations des internes, elles étaient plus négatives chez les non formés que chez les formés. Ces représentations étaient encore plus négatives dans le cas clinique avec le morphinique illicite, même dans le groupe «formé». Les internes formés avaient une représentation des patients souffrant d'un trouble de l'usage des morphiniques plus souvent associées aux notions de pathologie chronique et d'empathie.

2. Interprétation des résultats

Nous avons observé une grande diversité dans la formation complémentaire en addictologie proposée par les différentes facultés. Cette diversité reflète un probable manque de formation (un tiers seulement des internes interrogés a bénéficié d'une formation complémentaire en addictologie) ainsi qu'un manque d'uniformité.

Nous avons trouvé une différence significative des scores des deux groupes uniquement pour le cas clinique avec l'héroïne. Bien que significative, cette différence était cependant modeste pour être cliniquement pertinente. Globalement pour les deux cas cliniques, les questions étaient assez simples, peu ont été discriminantes, et elles n'ont pas participé à l'évaluation de paramètres comme la relation avec le patient, la communication lors d'une consultation, l'évaluation globale du patient, etc.

Ces résultats sont en fait plutôt rassurants : concernant les connaissances de base sur le trouble de l'usage des morphiniques, les internes, formés ou non, ont obtenu des résultats globalement satisfaisants, avec une moyenne globale de 15/20. On peut penser que cette différence retrouvée

entre formés et non formés serait plutôt liée à un manque d'intérêt et de considération vis-à-vis de la problématique qu'à une vraie différence de connaissances.

On remarque que lorsqu'on s'intéresse plus particulièrement à certaines questions, qui ont été moins bien réussies par les étudiants, certaines connaissances plus précises ne sont pas acquises, autant chez les formés que chez les non formés. Ainsi, des connaissances sur les symptômes de sevrage des morphiniques, la dose maximale à atteindre pour un traitement de substitution ou la possibilité d'augmenter ces traitements par les médecins généralistes n'ont pas été acquises, quel que soit le groupe. Par conséquent, si les scores sont globalement satisfaisants, on détecte sur certaines réponses une probable insuffisance de formation.

L'autoévaluation des connaissances théoriques et des compétences cliniques des internes met en évidence des discordances entre l'évaluation des connaissances en addictologie et le sentiment d'aptitude à prendre en charge ces patients. En effet, les internes « formés » se sentaient significativement plus aptes que les internes non formés à prendre en charge les addictions en général et les addictions aux morphiniques. Cette différence largement significative ne s'est pas retrouvée lors de la comparaison des moyennes aux cas cliniques. La formation, quel que soit le type ou sa durée, au-delà de donner des connaissances, donnerait donc une certaine légitimité à prendre en charge les patients souffrant d'un trouble de l'usage des morphiniques. Cette notion est finalement très importante, car au-delà des connaissances très spécifiques, c'est le sentiment de compétence apportant une impression de légitimité dont les médecins généralistes semblent manquer pour se sentir capables de s'investir dans la problématique des opioïdes.

L'intérêt de la formation serait surtout de les aider à oser prendre en charge, dépister et prescrire des traitements de substitution, les centres spécialisés pouvant être présents en relais ou en support pour transmettre des avis lors de situations complexes ou d'interrogations particulières. Cette notion est intéressante dans la stratégie de réduction des risques visant à réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux.

Il est également intéressant de remarquer que les internes, formés ou non formés, se sentaient largement plus à l'aise dans la prise en charge du diabète de type 2 que dans la prise en charge des addictions.

En effet, comme indiqué dans l'introduction, la prévalence de la douleur chronique en population générale est estimée à 30%. Cette douleur chronique constitue un risque de

mésusage et de trouble de l'usage des morphiniques via la prescription d'analgésiques morphiniques.

La prévalence du diabète de type 2 en population générale a été estimée en 2020 à 5,3% de personnes traitées et 1,2% de personnes non traitées. (24) Les internes sont donc mieux formés et se sentent plus à l'aise sur une pathologie probablement moins connotée socialement comme le diabète de type 2, alors que la problématique opioïde via les consultations pour douleur chronique est très présente. Le lien entre douleur chronique et trouble de l'usage des morphiniques via les analgésiques n'est probablement pas assez fait par les médecins généralistes et son importance sous-estimée.

Concernant les représentations des internes, la différence de moyenne entre les groupes formés et non formés n'était pas significative pour le cas clinique 1 (morphinique licite, tramadol) mais significative pour le cas clinique 2 morphinique illicite, héroïne). Les modalités de prise en charge d'un trouble de l'usage des morphiniques licites ou illicites sont cependant les mêmes. Il ne devrait donc pas y avoir de différence entre les deux cas cliniques. Cette différence s'explique probablement par la différence de représentations entre morphinique licite et illicite, ce dernier étant nettement plus stigmatisé. Cette différence de représentations est présente chez tous les internes, mais plus encore chez les internes « non formés ». Il existe en effet tout un vocabulaire comme pathologie chronique, besoin d'aide, empathie, rechute, présent chez les internes « formés » et beaucoup moins chez les internes « non formés », avec des écarts encore plus grands pour le morphinique illicite.

La formation apporte donc cette notion indispensable de pathologie chronique pour parler du trouble de l'usage des morphiniques. Cette compréhension transforme radicalement la perception de ce type de trouble, lui conférant une légitimité qui se rapproche de celle des autres maladies comme le diabète de type 2 ou l'hypertension artérielle.

De manière globale, en dehors des groupes formés et non formés, les internes ont des représentations plus négatives lorsqu'un morphinique illicite est évoqué. Pour l'héroïne, des mots comme « toxicomane » et « drogué » sont tout de suite évoqués, alors que le mot « drogué » apparaît très peu pour le tramadol. Le lexique social (« misère sociale », « isolement ») et comportemental (« imprévisible », « insécurité ») se retrouve beaucoup plus pour l'héroïne. A l'inverse, les notions de trouble anxio-dépressif et pathologie chronique apparaissent beaucoup plus pour le tramadol. Les internes présentent davantage un

raisonnement clinique avec un vocabulaire faisant référence à des facteurs étiologiques psychopathologiques pour évoquer le comportement addictif dans le cas du morphinique licite.

Les représentations, plus que les connaissances, peuvent donc massivement contribuer au désintérêt des internes en médecine générale pour le trouble de l'usage des morphiniques. La formation pourrait permettre, au-delà de l'apport d'une aisance et d'un sentiment de savoir-faire, une amélioration des représentations qui pourrait contribuer à l'amélioration de la prise en charge globale des patients présentant un trouble de l'usage des morphiniques.

3. Comparaison des résultats aux données bibliographiques

Concernant l'influence de la formation en addictologie sur les compétences des internes en médecine générale, une étude avant-après exposition a été réalisée en 2020 à Caen afin d'évaluer les connaissances d'un groupe d'internes avant et après une formation facultaire brève (comportant 2 heures de formation présentielle et 2 documents à lire à la maison). Les internes avaient des connaissances significativement meilleures après la formation dispensée (25). Cette étude était essentiellement centrée sur le trouble de l'usage de l'alcool. Elle est en faveur d'une formation plutôt brève, qui suffit à améliorer les pratiques des internes.

Une étude sur neuf départements de médecine générale a été menée en 2019 afin d'analyser si le mode de formation durant le troisième cycle ou les représentations des internes avaient une influence sur leurs capacités en addictologie. L'étude a été menée sur l'addictologie en général, et a rassemblé 284 répondants. Le taux des étudiants ayant des connaissances ou des raisonnements satisfaisants était significativement lié à l'existence d'une formation spécifique en troisième cycle et à son obligation. Les étudiants ayant donné des réponses insuffisantes avaient trois représentations significativement différentes des autres : ils considéraient les patients avec addiction plus responsables que victimes, ils visaient l'abstinence plutôt que la réduction des risques et voyaient la substitution opiacée plus comme une drogue qu'un médicament (26). Dans cette étude portant sur les addictions en général, les résultats étaient en faveur d'une influence positive de la formation lors du troisième cycle. Ils étaient également en faveur de représentations plus négatives chez les internes sans formation spécifique.

A Limoges en 2023, une étude a été menée afin de déterminer les difficultés des internes en médecine générale face à la prise en charge d'un patient addict aux opiacés (27). Elle a inclus

43 participants et a évalué via un questionnaire quantitatif les difficultés que pouvaient rencontrer les internes. Ces derniers se sentaient en difficulté du point de vue des connaissances, de la clinique ou du relationnel concernant les patients présentant un trouble de l'usage des opiacés. Ces difficultés n'étaient pas statistiquement liées à la présence d'une formation spécifique en addictologie.

Dans cette étude, la formation spécifique en addictologie ne changeait pas significativement les difficultés rencontrées par les internes. Elle a été réalisée sur un très petit nombre de participants, et évaluait la formation de manière peu détaillée.

La force de notre travail est d'avoir réalisé une étude au niveau national, permettant une meilleure représentativité des résultats, bien que certaines villes n'aient pas répondu. De plus, elle a évalué la formation des internes de manière approfondie, permettant des analyses de corrélation selon le type et le nombre d'heures de formation.

Concernant les représentations des internes en médecine générale sur les patients dépendants aux opiacés, une étude qualitative a été menée en 2020 à Angers (28). Les représentations ressortant lors des entretiens avec les internes en médecine générale étaient les mots « isolement », « toxicomane », « drogué », « menteur », « manipulateur » et « impatient » notamment. La notion de peur était également retrouvée. On retrouve en comparaison avec notre étude des représentations comme « toxicomane » ou « drogué ». La peur n'était pas présente dans notre étude, tout comme les mots connotés très négativement comme « menteur » ou « manipulateur ». Dans notre étude, ces mots étant cependant suggérés, les internes n'ont peut-être pas osé les sélectionner, réalisant une « auto-censure ». Les mots cochés correspondent donc à des représentations qu'ils ne voient pas comme négatives. Le fait de ne pas considérer une addiction comme une pathologie chronique est une limite pourtant importante à une prise en charge optimale. C'est sur ces représentations qu'il paraît important de jouer car elles sont probablement bien ancrées et majeures dans les freins de prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques.

La plupart des études retrouvées sur les représentations des internes étaient qualitatives. La force de notre étude a été d'analyser ces représentations sur le plan quantitatif, permettant ainsi une comparaison avec la formation en addictologie de ces internes.

4. Limites de l'étude

La principale limite de ce travail est son faible taux de participation compte tenu de la population cible. Nous y voyons plusieurs raisons : ce faible taux peut représenter tout d'abord le désintérêt des internes en médecine générale vis-à-vis de la problématique du trouble de l'usage des morphiniques, reflet de la baisse d'intérêt des médecins généraliste évoquée en introduction.

Ensuite, il s'agit possiblement des limites du système de diffusion ; certaines villes ont été impossibles à atteindre, car les interlocuteurs contactés ont refusé de transmettre le questionnaire sous prétexte de ne pas surcharger les étudiants (Clermont Ferrand, Poitiers), ou simplement par absence de réponse.

Nous avons noté un taux important d'abandon en cours de questionnaire. Plus de la moitié des participants avaient abandonné avant même de commencer les situations cliniques ; il ne s'agissait donc pas d'une difficulté trop importante de celles-ci. Le questionnaire prenait au maximum 10 minutes à remplir ; peut-être était-il trop long, ou peut-être que les questions sur la formation étaient-elles trop détaillées. Ce faible taux de participation a pu contribuer à la non-significativité de certains résultats.

Ce travail présente un biais de recrutement ; le nombre de réponse par ville n'était pas homogène. Les internes les plus intéressés par l'addictologie ont probablement plus répondu au questionnaire, d'autant plus que les réponses aux situations cliniques étaient données une fois le questionnaire validé. Par ailleurs, nous avons constaté que les villes ayant le plus répondu (Toulouse, Caen notamment), étaient des villes où l'enseignement en addictologie est bien développé et porté par un département d'addictologie actif dans la formation des étudiants.

L'absence de réponse de la part de certaines villes peut traduire soit une volonté de ne pas diffuser le questionnaire, soit une formation en addictologie peu développée.

5. Perspectives

Cette étude participe à la mise en lumière des difficultés de prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques licites et illicites par les médecins généralistes. Il serait intéressant de réaliser une étude d'une plus grande ampleur, avec un recrutement plus homogène au niveau des villes. Il pourrait être également intéressant de réaliser un état des lieux des différentes formations théoriques et pratiques accessibles aux internes en médecine générale lors de leur troisième cycle, dans toutes les facultés de France.

A Grenoble, un séminaire « Addictologie » est accessible pour les internes de médecine générale à partir de leur deuxième année d'internat. Il s'organise en 14 heures de formation réparties sur deux journées. Les retours concernant ce séminaire sont très bons, et l'investissement des internes de médecine générale de Grenoble en addictologie s'améliore, notamment au travers de demandes croissantes de participation à ce séminaire et d'inscriptions à la FST d'Addictologie. Grâce à ce séminaire, les internes disent acquérir une vision intégrative de la prise en charge addictologique, envisageant cette spécialité comme transversale, adaptée à la médecine générale, et capitale dans la gestion de la relation au patient.

Afin d'améliorer les pratiques et notamment la prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques en médecine générale, il semble donc indispensable d'améliorer les représentations des internes et leur légitimité face à ce type de trouble, grâce à une formation spécifique complémentaire en addictologie durant le troisième cycle des études médicales. La formation proposée devrait être théorique, idéalement uniformisée sur toutes les facultés et obligatoire, basée sur des objectifs définis simples et comportant des notions de base d'addictologie, associant la problématique opioïde à la problématique douleur notamment chronique et dont le principal objectif serait l'amélioration des représentations, notamment la reconnaissance du trouble de l'usage comme une pathologie neuropsychiatrique chronique.

CONCLUSION

Ce travail montre l'importance des représentations qui apparaissent comme l'un des freins majeurs dans la prise en charge d'un trouble de l'usage des morphiniques. Il montre qu'une formation complémentaire en addictologie apparaît déterminante pour faire évoluer ces représentations et le sentiment de légitimité des internes, plus que leurs connaissances et compétences.

Face à la prévalence élevée de la douleur chronique et à l'usage croissant des analgésiques morphiniques, il est indispensable que les médecins généralistes soient en capacité de repérer et de prendre en charge un mésusage ou un trouble de l'usage des morphiniques, et de recourir aux dispositifs d'addictologie, déjà saturés, uniquement pour les situations complexes. Cette étude montre qu'une formation complémentaire permettant avant tout de changer le regard et la posture vis-à-vis des conduites addictives est de nature à faire évoluer l'engagement des généralistes dans cette problématique. Au travers des informations qualitatives et quantitatives qui ont été collectées sur les formations complémentaires, ce travail propose des pistes de formation à intégrer dans le troisième cycle des études de médecine générale.

THÈSE SOUTENUE PAR : Lou AMIOTTE-SUCHET

TITRE :

ENTRE CONNAISSANCES ET REPRÉSENTATIONS : LES FREINS DE LA PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DE L'USAGE DES MORPHINIQUES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

CONCLUSION :

Les médecins généralistes ont une place centrale dans le repérage et la prise en charge du trouble de l'usage des morphiniques (opiacés et opioïdes), notamment au travers des douleurs aiguës et chroniques et l'usage croissant des analgésiques morphiniques dont ils sont les principaux prescripteurs. Or, on observe ces dernières années une baisse d'investissement et d'intérêt des généralistes vis-à-vis de cette problématique alors que les générations plus anciennes ont été très investies dans celle des morphiniques illicites (héroïne). Ce désintérêt pourrait s'expliquer par un manque de connaissance et des représentations erronées vis-à-vis de cette problématique, notamment en raison d'une formation initiale insuffisante. Afin d'explorer cette hypothèse, nous avons conduit à l'échelon national une étude observationnelle transversale descriptive et analytique auprès des internes de médecine générale afin d'évaluer leurs connaissances et représentations en fonction de leurs niveaux de formation en addictologie via un questionnaire sur LimeSurvey décrivant notamment deux situations cliniques typiques impliquant un morphinique licite et illicite.

Parmi les 120 répondants, les internes ayant bénéficié lors de l'externat et/ou de l'internat d'une formation complémentaire en addictologie avaient de meilleurs résultats que les internes n'en ayant pas bénéficié. Bien que statistiquement significatives, les différences étaient cependant modestes pour être déterminantes sur le plan clinique. Pourtant, les internes "formés" se jugeaient plus aptes en termes de connaissances et de compétences à prendre en charge une addiction aux morphiniques, cette aptitude était cependant jugée inférieure à celle d'un diabète de type 2. Leurs représentations des patients souffrant d'un trouble de l'usage des morphiniques étaient plus souvent associées aux notions de pathologie chronique et d'empathie, nécessaires à une bonne compréhension et prise en charge de cette pathologie. Ces différences de représentations entre les deux groupes d'internes étaient encore plus marquées pour le patient ayant un trouble de l'usage d'un morphinique illicite, les internes "formés" avaient eux-mêmes une représentation plus négative de cette situation. Malgré ses limites liées notamment aux faibles taux de réponse, ce travail montre l'importance des représentations qui apparaissent comme l'un des freins majeurs dans la prise en charge d'une addiction aux morphiniques. Il montre qu'une formation complémentaire en addictologie apparaît déterminante pour faire évoluer ces représentations et le sentiment de légitimité des internes plus que leurs connaissances et compétences.

Face à la prévalence élevée de la douleur chronique (motif fréquent de consultation en soins premiers) et l'usage croissant des analgésiques morphiniques, il est indispensable que les médecins généralistes soient en capacité de repérer et de prendre en charge un mésusage ou un trouble de l'usage des morphiniques, et de recourir aux dispositifs d'addictologie, déjà saturés, uniquement pour les situations complexes. L'étude montre qu'une formation complémentaire permettant avant tout de changer le regard et la posture vis-à-vis des conduites addictives est de nature à faire évoluer l'engagement des généralistes dans cette problématique. Au travers des informations qualitatives et quantitatives qui ont été collectées sur les formations complémentaires, ce travail propose des pistes de formation à intégrer dans le troisième cycle des études de médecine générale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 8/04/24

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation
du Président de l'UGA

Pr Olivier PALOMBI

LE PRÉSIDENT DU JURY



Pr Maurice DEMATTEIS

BIBLIOGRAPHIE

1. ANPAA. Classifications des conduites addictives [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf>
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 21 oct 2021]. Addictions. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
3. OFDT. Drogues et addictions, données essentielles. 2019.
4. CEIP-A. DTA 2021. Grenoble; 2021.
5. ANSM. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. 2019 févr.
6. Friedmann PD, Zhang Z, Hendrickson J, Stein MD, Gerstein DR. Effect of Primary Medical Care on Addiction and Medical Severity in Substance Abuse Treatment Programs. *J Gen Intern Med.* janv 2003;18(1):1-8.
7. OFDT. Drogues et addictions, chiffres clés 2022. 2022.
8. Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J. Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: Outcomes at 2-year follow-up. *J Subst Abuse Treat.* juin 2003;24(4):313-21.
9. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain.* juin 2008;136(3):380-7.
10. HAS, SFETD, Collège de la Médecine Générale. Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique. 2023.
11. Raineri F, Arnould P, Malouli A, Hebbrecht G, Duhot D. Analyse de la prescription des antalgiques de palier II en médecine générale. *Observatoire de la médecine générale – 2007 à 2009. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement.* 1 avr 2011;12:72-81.
12. Dupouy J. Actualités dans la prise en charge du trouble de l'usage des opiacés en médecine générale. *Le courrier des addictions.* sept 2018;
13. OFDT. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». 2020 sept.

14. Dupouy J, Maumus-Robert S, Mansiaux Y, Pariente A, Lapeyre-Mestre M. Primary Care of Opioid use Disorder: The End of «the French Model»? *Eur Addict Res.* 2020;26(6):346-54.
15. Cours ECN | CUNEA [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.cunea.fr/cours-ecn>
16. Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.lecofer.org/item-objectifs-0-10-0.php>
17. Birtel MD, Wood L, Kempa NJ. Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Res.* juin 2017;252:1-8.
18. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil.* 2019;10:1-12.
19. Corrigan PW, Larson JE, Rüsçh N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry.* juin 2009;8(2):75-81.
20. Rouillon-Montauriol M. Représentations et prise en charge des patients présentant un trouble de l’usage de tabac, d’alcool ou d’opiacés par les internes de médecine générale et les maîtres de stage universitaires. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019.
21. Jammet I. Etude sur une typologie des consultations en médecine générale. Poitiers; 2004.
22. HAS. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l’usage et des surdoses [Internet]. 2022 [cité 23 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/reco_opioides.pdf
23. CUNEA. Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse. In: *Référentiel de psychiatrie et addictologie.* 3ème. 2021.
24. Prévalence et incidence du diabète [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/prevalence-et-incidence-du-diabete>
25. Leclerc A. Évolution des compétences addictologiques des internes de médecine générale après formation basée sur les principes de l’enseignement explicite: étude avant-après exposition. Caen; 2020.

26. Binder P, Brabant Y, Baque M, Ingrand P, Castéra P, Patrizio PD, et al. Influence des choix pédagogiques et des représentations sur les connaissances et raisonnements en addictologie chez les étudiants en fin de DES de médecine générale. *Exercer*. 2019;
27. Maruca C. Difficultés des internes en médecine générale de Limoges en fin de cursus face à la prise en charge d'un patient addict aux opiacés. Limoges; 2023.
28. Salvan E. Représentations de la prise en charge des usagers dépendants aux opiacés en médecine générale : point de vue des internes de médecine générale en fin de cursus. [Angers]; 2020.

ANNEXES

Tableaux complémentaires

Analyses de régression du score global, du score au cas clinique 1 et au cas clinique 2, en fonction du nombre de semestre d'internats validés, du genre masculin et de l'appartenance au groupe formé.

Tableau 1 : Régression linéaire du score global

Score global	Coefficients	p-value
Nombre de semestres d'internat validés	0,07	0,669
Genre (masculin)	0,38	0,614
Groupe formé	1,36	0,05

Tableau 2 : Régression linéaire du score au cas clinique 1

Score au cas clinique 1	Coefficients	p-value
Nombre de semestres d'internat validés	0,04	0,693
Genre (masculin)	0,42	0,416
Groupe formé	0,43	0,364

Tableau 3 : Régression linéaire du score au cas clinique 2

Score au cas clinique 2	Coefficients	p-value
Nombre de semestres d'internat validés	0,25	0,797
Genre (masculin)	-0,04	0,928
Groupe formé	0,93	0,026

Tableau 4 : Pourcentage des bonnes réponses selon les propositions

En % de bonnes réponses			Total	Groupe formé	Groupe non formé	p-value
Cas clinique 1	Question 2 Quel(s) est(sont) le ou les éléments qui vous orientent vers un syndrome de sevrage aux morphiniques ?	a- Réapparition des douleurs chroniques initialement soulagées	40	48,7	35,8	0,1881
		e- Rhinorrhée	28,3	30,8	27,2	0,6892
	Question 4 Vous décidez d'introduire un traitement de substitution par buprénorphine (Subutex® ou générique). Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?	b- La dose maximale à atteindre est celle qui supprime les signes de sevrage morphinique.	50	56,4	46,9	0,3351
		c- La dose maximale à atteindre est celle qui réduit ou supprime l'usage problématique et le craving pour le tramadol.	45,8	48,7	44,4	0,665
Cas clinique 2	Question 1 Parmi les produits suivants, indiquez celui qui tue le plus en population générale	d- Le tramadol	12,5	23,1	7,4	0,0398
	Question 5 Après quelques mois de suivi en CSAPA, votre patient est rapidement stabilisé sous méthadone sirop 60 mg/jour. Le médecin addictologue vous l'adresse pour prendre le relais de la prise en charge. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?	b- Vous pouvez augmenter la méthadone par paliers si le patient reprend les consommations d'héroïne.	38,3	46,2	34,6	0,2453

Tableau 5 : Représentations des internes pour le cas clinique 1

Mots cochés par les internes au cas clinique 1	Tous (%)	Formés (%)	Non formés (%)	Différence
Dépendance	82,5	82,1	55,4	26,7
Pathologie chronique	70	79,5	43,8	35,7
Besoin d'aide	67,5	76,9	42,2	34,8
Echec thérapeutique	61,7	53,9	43,8	10
Rechutes	55	64,1	33,9	30,2
Détresse	52,5	61,5	32,2	29,3
Automédication	52,5	51,3	35,5	15,7
Empathie	48,3	59	28,9	30,1
Malade	40,8	43,6	26,5	17,1
Trouble anxio dépressif	39,2	28,2	29,8	-1,6
Insécurité	34,2	35,9	22,3	13,6
Victime	30	28,2	20,7	7,5
Isolement	29,2	28,2	19,8	8,4
Trouble psychiatrique	21,7	15,4	16,5	-1,1
Méfiance	20	18	14,1	3,9
Imprévisible	17,5	20,5	10,7	9,8
Toxicomane	15,8	12,8	11,6	1,3
Pitié	11,7	7,7	9,1	-1,4
Misère sociale	10,8	5,1	9,1	-4
Manipulateur	10	12,8	5,8	7,0
Drogué	6,7	0	6,6	-6,6
Marginal	5,8	5,1	4,1	1
Peur	5,8	5,1	4,1	1
Menteur	4,2	5,1	2,5	2,7
Perdu d'avance	3,3	0	3,3	-3,3
Sans domicile fixe	1,7	2,6	0,8	1,7
Asocial	0,8	0	0,8	-0,8
Violent	0,8	0	0,8	-0,8
Délinquant	0	0	0	0
Psychopathe	0	0	0	0
Aucun	0	0	0	0

Tableau 6 : Représentations des internes pour le cas clinique 2

Mots cochés par les internes au cas clinique 2	Tous (%)	Formés (%)	Non formés (%)	Différence
Dépendance	80,8	71,8	57	14,8
Toxicomane	80	74,4	55,4	19
Besoin d'aide	62,5	66,7	40,5	26,2
Rechutes	52,5	59	33,1	25,9
Détresse	50,8	46,2	35,5	10,6
Isolement	49,2	46,2	33,9	12,3
Malade	47,5	48,7	31,4	17,3
Drogué	46,7	41	33,1	8
Misère sociale	40	38,5	27,3	11,2
Empathie	38,3	53,9	20,7	33,2
Insécurité	38,3	30,8	28,1	2,7
Pathologie chronique	38,3	61,5	18,2	43,4
Imprévisible	35,8	38,5	23,1	15,3
Marginal	34,2	35,9	22,3	13,6
Trouble psychiatrique	31,7	25,6	23,1	2,5
Méfiance	30	33,3	19	14,3
Victime	26,7	20,5	19,8	0,7
Echec thérapeutique	24,2	23,1	16,5	6,6
Trouble anxio dépressif	24,2	25,6	15,7	9,9
Automédication	18,3	12,8	14,1	-1,2
Pitié	15	12,8	10,7	2,1
Manipulateur	12,5	15,4	7,4	8
Sans domicile fixe	10,8	10,3	7,4	2,8
Peur	9,2	7,7	6,6	1,1
Délinquant	8,3	10,3	5	5,3
Perdu d'avance	7,5	5,1	5,8	-0,7
Asocial	6,7	0	6,6	-6,6
Menteur	5	7,7	2,5	5,2
Violent	5	5,1	3,3	1,8
Aucun	0,8	0	0,8	-0,8
Psychopathe	0,8	2,6	0	2,6

Questionnaire

Bonjour,

Via ce questionnaire auquel je vous propose de participer, je réalise mon travail de thèse s'intitulant : Evaluation des connaissances des internes en médecine générale en France sur le trouble de l'usage aux morphiniques, en fonction de leur formation.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les connaissances des internes en médecine générale concernant les addictions aux morphiniques, et de rapporter ces connaissances à leur formation initiale en addictologie.

Travail de thèse mené par Lou Amiotte-Suchet, dirigé par le Pr Maurice Dematteis

Ce questionnaire se compose de deux parties :

- Une première partie de recueil d'information, dont les seules informations personnelles demandées seront votre âge, votre semestre d'internat en cours, la ville dans laquelle vous avez réalisé votre externat et votre internat, ainsi que votre éventuelle formation complémentaire en addictologie.
- Une deuxième partie composée de deux mini cas cliniques visant à évaluer vos connaissances sur les addictions aux morphiniques.

Les données recueillies grâce à ce questionnaire seront pseudonymisées à l'aide d'un numéro d'ordre indépendant de vos réponses. Elles seront traitées seulement par la responsable de l'étude et utilisées uniquement pour répondre aux objectifs de recherche.

Elles seront conservées jusqu'à 1 an après la soutenance de ce travail de thèse puis supprimées.

Législation :

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement
- vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées
- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli

Néanmoins, conformément aux articles 17.3.c et 17.3.d du RGPD, ce droit ne s'applique pas dans la mesure où le traitement des données est nécessaire à des fins statistiques et pouvant rendre impossible ou compromettre gravement la réalisation des objectifs du dit traitement. Le cas échéant, pour ne pas mettre en péril les résultats de l'étude, nous conserverons donc vos données.

- vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Pour exercer ces droits, veuillez contacter la responsable de l'étude à lou.amiotte-suchet@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez par contact mail à lou.amiotte-suchet@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Le délégué à la protection des données (le DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

En cochant la case ci-dessous, vous confirmez avoir pris connaissance de cette notice d'information relative au traitement des données et à l'exercice de vos droits. Vous confirmez votre non-opposition à participer à cette étude ainsi qu'au traitement de vos réponses.

Partie A: Partie 1.1 : Caractéristiques des participants

A1. Vous êtes de sexe :

Féminin	<input type="checkbox"/>
Masculin	<input type="checkbox"/>
Non genré	<input type="checkbox"/>

A2. Votre âge :

En années (indiquez uniquement le nombre)

A3. Nombre de semestres d'internat validés :

Un chiffre unique (exemple : 2 si vous êtes dans votre 3ème semestre)

A4. Ville de l'université de rattachement de l'externat :

Amiens	<input type="checkbox"/>
Angers	<input type="checkbox"/>
Antilles Guyane (Martinique, Guadeloupe, Guyane)	<input type="checkbox"/>
Besançon	<input type="checkbox"/>
Bordeaux	<input type="checkbox"/>
Brest	<input type="checkbox"/>
Caen	<input type="checkbox"/>
Clermont Ferrand	<input type="checkbox"/>
Dijon	<input type="checkbox"/>
Grenoble	<input type="checkbox"/>
Lille	<input type="checkbox"/>
Limoges	<input type="checkbox"/>
Lyon	<input type="checkbox"/>
Marseille	<input type="checkbox"/>
Montpellier / Nîmes	<input type="checkbox"/>
Nancy / Metz	<input type="checkbox"/>
Nantes	<input type="checkbox"/>
Nice	<input type="checkbox"/>
Océan Indien (La Réunion, Mayotte)	<input type="checkbox"/>
Paris	<input type="checkbox"/>
Poitiers	<input type="checkbox"/>
Reims	<input type="checkbox"/>
Rennes	<input type="checkbox"/>
Rouen	<input type="checkbox"/>
Saint Etienne	<input type="checkbox"/>
Strasbourg	<input type="checkbox"/>
Toulouse	<input type="checkbox"/>
Tours / Orléans	<input type="checkbox"/>

A5. Ville de l'université de rattachement de l'internat :

Amiens	<input type="checkbox"/>
Angers	<input type="checkbox"/>
Antilles Guyane (Martinique, Guadeloupe, Guyane)	<input type="checkbox"/>
Besançon	<input type="checkbox"/>
Bordeaux	<input type="checkbox"/>
Brest	<input type="checkbox"/>
Caen	<input type="checkbox"/>
Clermont Ferrand	<input type="checkbox"/>
Dijon	<input type="checkbox"/>
Grenoble	<input type="checkbox"/>
Lille	<input type="checkbox"/>
Limoges	<input type="checkbox"/>
Lyon	<input type="checkbox"/>
Marseille	<input type="checkbox"/>
Montpellier / Nîmes	<input type="checkbox"/>
Nancy / Metz	<input type="checkbox"/>
Nantes	<input type="checkbox"/>
Nice	<input type="checkbox"/>
Océan Indien (La Réunion, Mayotte)	<input type="checkbox"/>
Paris	<input type="checkbox"/>
Poitiers	<input type="checkbox"/>
Reims	<input type="checkbox"/>
Rennes	<input type="checkbox"/>
Rouen	<input type="checkbox"/>
Saint Etienne	<input type="checkbox"/>
Strasbourg	<input type="checkbox"/>
Toulouse	<input type="checkbox"/>
Tours / Orléans	<input type="checkbox"/>

Partie B: Partie 1.2 : Formation

En plus des items du programme des ECN abordés lors de votre externat, quelle a été votre formation théorique et pratique en addictologie ?

B1. Avez-vous suivi une formation théorique complémentaire en addictologie pendant votre externat ?

Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

B2. Sous quelle(s) forme(s) ?

Module ou UE optionnel(le)	<input type="checkbox"/>
Séminaire / Conférence	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Autre

B3. Indiquez le total des heures de ces formations :

En nombre d'heures (indiquez uniquement le nombre)

B4. Avez-vous suivi une formation théorique complémentaire pendant votre internat ?

Oui
Non

B5. Sous quelle(s) forme(s) ?

Enseignement facultaire dans le cadre de votre DES (séminaire, conférence, autre)

Diplôme Universitaire (DU) d'addictologie

Formation Spécialisée Transversale (FST) d'addictologie

Autre

Autre

B6. Indiquez le nombre d'heures d'enseignement dont vous avez bénéficié pendant votre internat :

En heures (indiquez uniquement le nombre)

B7. Précisez le type de formation dont vous avez bénéficié pendant votre internat :

B8. Avez-vous réalisé un stage pratique en dispositif d'addictologie pendant votre externat ?

Stage dans un dispositif d'addictologie extra-hospitalier ou hospitalier : CSAPA associatif, CSAPA hospitalier, CAARUD, consultations d'addictologie en cabinet de médecine générale ou en microstructure avec un maître de stage spécialisé en addictologie, consultations jeunes consommateurs, équipe mobile d'addictologie, unité d'hospitalisation complète, hôpital de jour d'addictologie, équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), consultations hospitalières, CEIP-addictovigilance, unité de tabacologie, antenne dopage-conduites dopantes, unité de soins de suite et de réadaptation (SSR-A), etc.

Oui
Non

B9. Sous quelle forme ?

Indiquez seulement un chiffre dans la partie prévue à cet effet

Stage complet d'externat (indiquez la durée en nombre de semaines)

Commentaire

Stage d'immersion de quelques jours / semaines (indiquez la durée en nombre de jours)

Commentaire

B10. Avez-vous réalisé un stage pratique en dispositif d'addictologie pendant votre internat ?

Stage dans un dispositif d'addictologie extra-hospitalier ou hospitalier : CSAPA associatif, CSAPA hospitalier, CAARUD, consultations d'addictologie en cabinet de médecine générale ou en microstructure avec un maître de stage spécialisé en addictologie, consultations jeunes consommateurs, équipe mobile d'addictologie, unité d'hospitalisation complète, hôpital de jour d'addictologie, équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), consultations hospitalières, CEIP-addictovigilance, unité de tabacologie, antenne dopage-conduites dopantes, unité de soins de suite et de réadaptation (SSR-A), etc.

Oui
Non

B11. Sous quelle forme ?

Indiquez seulement un chiffre dans la partie prévue à cet effet

Semestre dans un dispositif d'addictologie (indiquez la durée en nombre de mois)

Commentaire

Stage d'immersion de quelques jours / semaines (indiquez la durée en nombre de jours)

Commentaire

Partie C: Partie 1.3 : Autoévaluation des connaissances et compétences en addictologie

C1. Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous vos connaissances théoriques sur :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
les addictions aux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les addictions en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le diabète de type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous vos compétences cliniques sur :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
les addictions aux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les addictions en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le diabète de type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie D: Partie 2.1 : Cas clinique 1

Vous êtes médecin généraliste en cabinet libéral. Vous recevez en consultation une femme de 50 ans qui a bénéficié un an et demi auparavant d'une chirurgie pour hernie discale. Avant l'opération, elle souffrait de lombalgies chroniques pour lesquelles elle prenait du tramadol. Alors que les douleurs ont disparu depuis plus d'un an, la patiente poursuit les prises de tramadol LP jusqu'à 1000 mg/jour au lieu des 100 mg prescrits matin et soir. Elle a essayé plusieurs fois de diminuer ses prises par paliers comme vous le lui aviez demandé lors de vos précédentes consultations, mais sans y parvenir.

D1. Quels sont les critères du DSM-5 qui s'appliquent au trouble de l'usage du tramadol (addiction au tramadol) ?

- L'existence de signes de sevrage à l'arrêt ou à la diminution du tramadol
- La poursuite des consommations malgré les conséquences négatives
- Le craving pour le tramadol
- Efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'usage du tramadol
- La dépendance physique au tramadol n'existe pas

D2. Quel(s) est(sont) le ou les éléments qui vous orientent vers un syndrome de sevrage aux morphiniques ?

- Réapparition des douleurs chroniques initialement soulagées
- Myosis
- Anxiété et insomnie
- Myalgies diffuses
- Rhinorrhée

D3. Vous constatez la présence de signes de sevrage incluant une insomnie et reprenez les autres critères cliniques confirmant l'addiction au tramadol. Au vu de l'échec des sevrages progressifs précédents, quelle(s) est (sont) la ou les prise(s) en charge possible(s) dans votre cabinet de médecine générale, conformément aux recommandations ?

- Vous substituez le tramadol par de la morphine orale (LP et interdoses).
- Vous substituez le tramadol par de la buprénorphine (Subutex®, Suboxone®, Orobupré® ou génériques).
- Vous substituez le tramadol par de la méthadone.
- Vous passez à du tramadol 50 mg toutes les 2h pour faciliter les paliers de décroissance.
- Vous augmentez le tramadol pour supprimer les signes de sevrage et ajoutez une molécule hypnotique pour la nuit.

D4. Vous décidez d'introduire un traitement de substitution par buprénorphine (Subutex® ou générique). Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

- La buprénorphine doit être titrée de manière personnalisée.
- La dose maximale à atteindre est celle qui supprime les signes de sevrage morphinique.
- La dose maximale à atteindre est celle qui réduit ou supprime l'usage problématique et le craving pour le tramadol.
- La buprénorphine doit être rapidement réduite (dans les 3 mois) une fois que l'usage de tramadol est arrêté.
- Un traitement de substitution aux opiacés (buprénorphine ou méthadone) est un traitement à vie.

D5. Après l'introduction progressive de buprénorphine à dose efficace, votre patiente a arrêté sa consommation de tramadol et n'en éprouve plus le besoin. Elle est stabilisée à 16 mg/jour de buprénorphine. Elle vient vous voir pour un épisode de colique néphrétique. Elle présente un fond douloureux (EVA 5/10), avec parfois des pics hyperalgiques (EVA 9/10). A propos de la prise en charge de la douleur de cette patiente en médecine générale, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

Un traitement de substitution aux opiacés (comme la buprénorphine) ne permet pas d'utiliser d'autres médicaments opioïdes en cas de douleur aiguë sévère.
 La patiente n'a pas besoin d'antalgique malgré sa douleur intense, car elle est déjà traitée par un morphinique : la buprénorphine.
 On ne peut pas lui prescrire d'antalgique morphinique car elle souffre d'une addiction aux morphiniques.
 En cas de douleur modérée à sévère, la buprénorphine peut être augmentée pour bénéficier de ses propriétés antalgiques.
 La buprénorphine peut être fractionnée en 3 ou 4 prises quotidiennes pour bénéficier de ses propriétés analgésiques.

D6. Au premier abord, que suscite chez vous ce type de patient présenté dans ce cas clinique ?

- | | |
|--|-------------------------|
| | Insécurité |
| | Toxicomane |
| | Victime |
| | Drogué |
| | Pathologie chronique |
| | Echec thérapeutique |
| | Pitié |
| | Misère sociale |
| | Asocial |
| | Imprévisible |
| | Méfiance |
| | Marginal |
| | Dépendance |
| | Malade |
| | Trouble psychiatrique |
| | Rechutes |
| | Empathie |
| | Isolement |
| | Manipulateur |
| | Violent |
| | Peur |
| | Délinquant |
| | Détresse |
| | Automédication |
| | Trouble anxio dépressif |
| | Perdu d'avance |
| | Besoin d'aide |
| | Sans domicile fixe |
| | Psychopathe |
| | Menteur |

Pour moi, aucun de ces mots ne correspond à ce type de patient

Autre (mots libres)

Partie E: Partie 2.2 : Cas clinique 2

Vous êtes médecin généraliste en cabinet libéral et vous recevez en consultation un homme de 25 ans. Il vous dit consommer de l'héroïne, environ 1 gramme par voie intraveineuse, tous les jours depuis environ 2 ans.

E1. Parmi les produits suivants, indiquez celui qui tue le plus en population générale :

- L'héroïne
- La morphine
- La cocaïne
- Le tramadol
- La codéine

E2. Parmi les critères suivants, quels sont ceux d'un trouble de l'usage d'héroïne (addiction à l'héroïne) selon la définition du DSM-5 ?

- Un usage d'héroïne 3 à 4 fois par mois sans conséquence
- Un craving pour l'héroïne
- La poursuite de l'usage d'héroïne malgré des abcès importants au point d'injection
- La poursuite de l'usage d'héroïne au détriment de sa vie professionnelle et personnelle
- Le mode de consommation de l'héroïne par voie intraveineuse

E3. Vous constatez des symptômes de sevrage morphinique, vous proposez au patient un traitement de substitution aux opiacés. Parmi les propositions suivantes, quel(s) traitement(s) ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour la substitution opiacée êtes-vous autorisé(e) à lui prescrire en cabinet de médecine générale ?

- Méthadone
- Morphine orale
- Buprénorphine (Subutex®, Suboxone®, Orobuopré® ou génériques)
- Codéine
- Aucun

E4. Vous proposez au patient d'initier un traitement par buprénorphine. Quelques mois plus tard, devant la poursuite des consommations malgré votre prise en charge, vous adressez ce patient à un centre ambulatoire d'addictologie (CSAPA). Le médecin addictologue décide d'introduire un traitement par méthadone. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- La balance bénéfice-risque de la méthadone est moins bonne que celle de la buprénorphine, avec un risque supérieur d'overdose.
- L'initiation de la méthadone peut se faire par un médecin généraliste en cabinet.
- La posologie efficace de méthadone peut être titrée aussi rapidement qu'avec la buprénorphine.
- La méthadone n'est pas disponible en officine libérale.
- La méthadone est réservée à l'addiction à l'héroïne uniquement.

E5. Après quelques mois de suivi en CSAPA, votre patient est rapidement stabilisé sous méthadone sirop 60 mg/jour. Le médecin addictologue vous l'adresse pour prendre le relais de la prise en charge. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- Si le patient est stable dans ses conduites addictives, en tant que médecin généraliste vous pouvez de vous-même remplacer la méthadone sirop par la méthadone gélule.

Vous pouvez augmenter la méthadone par paliers si le patient reprend les consommations d'héroïne.

L'adaptation de la méthadone pour les opioïdes problématiques peut aider le patient à réduire ses autres consommations (alcool, benzodiazépine, etc).

En cas de rupture de suivi, le syndrome de sevrage en méthadone est tout aussi dangereux que le syndrome de sevrage en alcool, entraînant le même risque léthal.

Si le patient consulte pour une rage de dent avec une douleur résistante au paracétamol, aux AINS et aux soins locaux, vous pouvez prudemment augmenter et fractionner la méthadone en 3-4 prises pour bénéficier de ses propriétés analgésiques.

E6. Au premier abord, que suscite chez vous ce type de patient présenté dans ce cas clinique ?

Insécurité	
Toxicomane	
Victime	
Drogué	
Pathologie chronique	
Echec thérapeutique	
Pitié	
Misère sociale	
Asocial	
Imprévisible	
Méfiance	
Marginal	
Dépendance	
Malade	
Trouble psychiatrique	
Rechutes	
Empathie	
Isolement	
Manipulateur	
Violent	
Peur	
Délinquant	
Détresse	
Automédication	
Trouble anxio dépressif	
Perdu d'avance	
Besoin d'aide	
Sans domicile fixe	
Psychopathe	
Menteur	
Autre (mots libres)	

Pour moi, aucun de ces mots ne correspond à ce type de patient

Autre (mots libres)

--

SERMENT D'HIPPOCRATE

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”