

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Marie ROUILLON-MONTAURIOL**

Le 26 mars 2019

### **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**

Directrice de thèse : Docteur Julie DUPOUY

#### JURY :

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Président**

**Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Jean-Paul BOYES**

**Assesseur**

**Madame le Docteur Julie DUPOUY**

**Assesseur**

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2017

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FRESINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Geriatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMEG Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addit.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERVAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
<b>P.U. Médecine générale</b>		<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHE Pierre	Médecine Générale
		<b>P.A Médecine générale</b>	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURJA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Montque	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABEGGE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALNIER Michel	Cardiologie
M. GALNIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elic (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuëlle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNED Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUGGARI Faouze	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

**P.U. Médecine générale**

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.  
Pr WOISARD Virginie

**M.C.U. - P.H.**

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile
M. APOIL Poi Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marlon	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancerologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jili	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marlon	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marlon	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan  
Dr LATROUS Lella

## **Remerciements aux membres du jury**

*À notre président de jury,*

Je tiens à remercier **Monsieur le professeur Pierre MESTHE**

Professeur des Universités de médecine générale,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous remercions de juger ce travail. Que cette thèse soit pour moi l'occasion de vous exprimer mon profond respect.

*À notre jury,*

Je tiens à remercier **Monsieur le professeur Nicolas FRANCHITTO**

Professeur des Universités d'addictologie.

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Nous vous en remercions. Cette thèse est l'aboutissement des enseignements que vous nous avez dispensés à travers le Diplôme Universitaire d'Addictologie que vous dirigez. Recevez, je vous prie, ce témoignage de ma reconnaissance.

Je tiens à remercier **Monsieur le docteur Jean-Paul BOYES**

Médecin Coordonnateur du Réseau Addiction Midi-Pyrénées (RAMIP) et Enseignant à l'université Paul Sabatier.

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail et de nous accompagner tout au long de nos projets d'addictologie en Couserans, toujours avec enthousiasme. Recevez, je vous prie, mes sincères remerciements pour votre investissement et votre disponibilité. Soyez assuré de ma considération.

*À ma directrice de thèse,*

Je tiens à remercier tout particulièrement **Madame le docteur Julie DUPOUY**

Chef de Clinique des Universités, département de médecine générale.

Tu as su me guider tout au long de ce travail, en me soutenant quand j'en ai eu besoin. Ton aide m'a été précieuse. Tu as également éveillé en moi cette envie de pratiquer l'addictologie en médecine libérale et m'a aidé à trouver ma voie. Mille mercis.

## **Remerciements à mes proches**

*À mes maîtres de stage Ariègeois : Dominique, Marion, Marie V., Marie S., Jean-Luc, Maryse, c'est vous qui avez fait de moi le médecin que je suis en train de devenir !*

*À toute l'équipe de la MSP de Seix, grâce à qui aller travailler est un plaisir chaque jour renouvelé*

*À ma famille et notamment aux médecins qui m'ont précédé et qui ne sont évidemment pas étrangers à ma vocation*

*À mes sœurs, à mes amis... et à Nico bien sûr... Merci d'être là pour moi !*

## Table des matières

- Abréviations.....	1
- Introduction.....	2
- Méthodes.....	4
o <i>Profil de l'étude</i>	
o <i>Questionnaire</i>	
o <i>Population</i>	
o <i>Critères de jugements</i>	
o <i>Analyse statistique</i>	
o <i>Financements</i>	
- Résultats .....	7
o <i>Caractéristiques de la population</i>	
o <i>Représentations</i>	
o <i>Comportement</i>	
o <i>Facilité à aborder le sujet</i>	
o <i>Rôle du médecin</i>	
o <i>Aptitude du médecin</i>	
o <i>Expérience</i>	
o <i>Modalités de prise en charge</i>	
o <i>Corrélation entre représentations et expérience</i>	
o <i>Corrélation entre représentations et prise en charge</i>	
- Discussion .....	17
o <i>Résultats principaux</i>	
o <i>Forces et limites de l'étude</i>	
o <i>Comparaison des résultats aux données bibliographiques</i>	
o <i>Interprétation des résultats</i>	
- Conclusion.....	21
- Références bibliographiques.....	22

## **Abréviations**

- **ARIA** : Association du Réseau des Intervenants en Addictologie du Poitou-Charentes
- **CSIU** : Comité Scientifique Inter-Universitaire
- **DES** : Diplôme d'Etudes Spécialisé
- **DSM 5**: Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5<sup>ème</sup> édition
- **FIAM** : Formation Initiale à l'Addictologie en Médecine Générale
- **IMG** : Interne de Médecine Générale
- **INPES** : Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé
- **MG** : Médecin Généraliste
- **MSU** : Maître de Stage Universitaire
- **OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- **TSO** : Traitement de Substitution aux Opiacés

## **Introduction**

Le « trouble lié à l'usage de substances » défini par le DSM 5 (1) constitue une seule entité pathologique, indépendamment du produit consommé. Ses mécanismes neurobiologiques et psychologiques sont communs. Ils reposent sur la stimulation du système de récompense et la sécrétion de dopamine, neurotransmetteur mésolimbique impliqué dans les processus motivationnels. La mise en mémoire du plaisir provoqué par les psychoactifs les rendent capables de provoquer la répétition des conduites de consommation et in fine des conduites addictives.(2,3) Cette homogénéité physiologique et nosologique a conduit à l'émergence de l'addictologie comme une spécialité regroupant la prise en charge des troubles liés à l'usage des substances et comportements à risque d'addiction.

Les médecins généralistes, acteurs de santé de premier recours ont une place centrale dans le repérage et la prise en charge de ces troubles (4,5). Pourtant en fonction de la substance consommée ils ne s'impliquent pas de la même manière dans la prévention (6), le diagnostic (7) et la prise en charge de ces troubles (8,9).

L'analyse des représentations sociales associées aux différents produits et à leurs utilisateurs pourrait expliquer les variations observées dans leurs repérages et leurs prises en charge. « Tabagisme », « alcoolisme » et « toxicomanie » n'ont pas les mêmes connotations et implications sociales, économiques et judiciaires (8,10). Elles n'ont pas non plus la même image auprès de l'opinion publique : la perception de leurs effets, leur dangerosité et la méfiance envers leurs utilisateurs varient selon le produit. Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en 2013 : 91 % des personnes pensaient que les personnes consommant beaucoup d'alcool pouvaient être « un danger pour leur entourage », contre 87 % pour les consommateurs d'héroïne et seulement 67 % pour les utilisateurs de cannabis. Parmi les répondants, 24% considéraient que les usagers d'alcool en grande quantité avaient une maladie contre 19 % pour les consommateurs d'héroïne et 11 % seulement pour les fumeurs de cannabis. (11)

Les perceptions des médecins généralistes (MG) sur les substances psychoactives et leurs usagers découlent certainement de celles de l'opinion publique. A notre connaissance, aucune étude n'a comparé les représentations des MG en fonction des substances

psychoactives. Leurs pratiques cliniques pourraient être influencées par leurs représentations et inversement.

L'objectif de notre travail était de déterminer si les représentations des internes de médecine générale (IMG) en fin de cursus et celles de maîtres de stage universitaires (MSU) envers les patients ayant un trouble lié à l'usage d'une substance différaient selon le produit. L'objectif secondaire était de déterminer si les variations de représentations des généralistes étaient associées à leurs pratiques professionnelles relatives à la prise en charge des troubles liés à l'usage de ces substances. Nous avons ciblé notre travail sur les trois substances psychoactives entraînant le plus de consultations dans les cabinets de médecine générale : tabac, alcool et opiacés.(8)

## **Méthode**

### ***Schéma de l'étude***

Une étude observationnelle transversale analytique multicentrique a été réalisée. Un questionnaire auto administré a évalué la formation, les représentations et l'expérience des internes en fin de cursus de médecine générale et des maîtres de stage universitaires dans le domaine des addictions, en France en 2017. L'étude a été faite dans le cadre du projet FIAM (Formation Initiale à l'Addictologie en Médecine générale) du département de médecine générale de Poitiers. Ce projet vise à harmoniser et améliorer la formation des internes de médecine générale à la prise en charge des troubles liés à l'usage de substances psychoactives.

### ***Questionnaire***

Nous avons analysé les réponses à un questionnaire élaboré par Marie Bacqué, interne à Poitiers pour sa thèse de médecine (12) et validé en mode ronde Delphi par la consultation d'un Comité Scientifique Inter-Universitaire (CSIU) et d'autres experts de médecine générale. Ce CSIU a construit, expérimenté et validé le questionnaire ainsi que le protocole : il associait 8 médecins généralistes enseignants universitaires issus de 6 facultés différentes et ayant une expertise en addictologie.

Le questionnaire comprenait 5 parties : données démographiques ; données concernant l'expérience et la formation ; connaissances à travers différents cas cliniques ; situation personnelle et représentations.

L'étude des représentations des médecins a été faite en leur demandant de se positionner entre deux représentations extrêmes sur une échelle graduée de 0 à 100.

Les questions concernaient l'évaluation de la responsabilité du patient dans son trouble lié à l'usage des différentes substances : « le patient est victime de son environnement » (0) à « il est responsable de ses choix » (100), celle de son comportement : « le patient est victime de sa maladie » (0) à « il est manipulateur ou menteur » (100) et l'évaluation de la pratique du médecin face à ses patients via trois questions : « il m'est facile d'aborder sa consommation avec un patient qui ne m'en parle pas spontanément », « c'est mon rôle » et « je me sens apte à sa prise en charge » avec des axes étalonnés de « tout à fait » (0) à « pas du tout » (100).

### ***Population***

Ce questionnaire a été adressé à une population de maîtres de stage universitaires via des membres du département universitaire de médecine générale de leur faculté de rattachement et à une population d'internes en médecine générale en fin de cursus universitaire via les services de scolarité. Les étudiants comptabilisés pour notre étude étaient ceux inscrits en 3ème année d'internat pour l'année scolaire 2016/2017, mais aussi ceux n'ayant pas encore validé leur Diplôme d'Etudes Spécialisé (DES) de médecine générale, et donc encore sur la liste des étudiants de leur faculté d'origine.

Le questionnaire a été adressé à 8 facultés, soit 2134 internes et 2616 MSU.

L'envoi s'est fait via courrier électronique à deux reprises (envoi principal puis relance).

Les réponses ont été reçues entre le 12 juin et le 15 septembre 2017.

### ***Critères de jugement***

Le critère de jugement principal de ce travail était la comparaison des perceptions, par les médecins ou futurs médecins, du niveau de responsabilité du patient dans son trouble lié à l'usage de tabac, d'alcool ou d'opiacés.

Les critères de jugement secondaires étaient l'existence d'une association entre ces représentations et l'expérience d'une part et les représentations et le mode de prise en charge du trouble lié à ces différentes substances d'autre part.

### ***Analyse statistique***

Les réponses ont été extraites via les formulaires Internet dans un fichier Excel. L'analyse des données a été réalisée sur le logiciel SAS version 9.4. Seuls les questionnaires complets ont été analysés. Les variables quantitatives sont présentées en moyenne, écart-type. Les distributions des scores de représentation ont été comparées par un test t de Student apparié paramétrique ou par un test des rangs de Wilcoxon apparié non paramétrique. L'association entre variables liées aux représentations et variables liées au mode de prise en charge a été évaluée par une régression linéaire univariée. Les variables qualitatives ont été présentées en effectifs et pourcentages. Elles ont été comparées par un test du Chi2 ou un test de Fisher si les effectifs attendus étaient inférieurs à 5.

Le seuil de significativité des résultats a été fixé à 5 % ( $p < 0,05$ ).

### ***Financements***

L'étude a été financée par l'association du réseau des intervenants en addictologie du Poitou-Charentes (ARIA). La participation à l'étude était entièrement volontaire. Aucune compensation financière n'a été versée. Les données recueillies étaient anonymes et sont restées confidentielles.

Du fait de l'objectif d'évaluation des modalités d'exercice des professionnels de cette recherche, au sens de la loi française dite « Jardé » (13), l'avis d'un comité de protection des personnes n'a pas été nécessaire pour ce travail.

## Résultats

### *Caractéristiques de la population*

Parmi les 2616 médecins ayant reçu le questionnaire, 326 ont répondu (12%) ; 81 questionnaires incomplets et 7 répondants non-MSU ont été exclus ; 238 questionnaires étaient interprétables.

Parmi les 2134 internes ayant reçu le questionnaire, 421 ont répondu (20 %) ; 94 questionnaires incomplets ont été exclus de l'analyse ; 327 questionnaires étaient interprétables.

Les médecins MSU avaient en moyenne 50 ans, avec 58 % d'hommes. Les IMG avaient en moyenne 28 ans, avec 33 % d'hommes (tableau 1).

Tableau 1 – caractéristiques démographiques des 238 MSU et des 327 IMG

	MSU, n = 238	IMG, n = 327
	n (%)	n (%)
<b>Genre</b>		
Femmes	101 (42)	219 (67)
Hommes	137 (58)	108 (33)
<b>Age (années)</b>		
Moyenne [écart-type]	50 [9.9]	28 [3.5]
(min-max)	(29-69)	(25-63)
<b>Faculté de rattachement</b>		
Bordeaux	52	95
Clermont-Ferrand	21	9
Lille	29	44
Limoges	13	20
Nancy	24	28
Poitiers	37	37
Rennes	0	31

Strasbourg	0	1
Toulouse	62	62

### Représentations

Les MSU estimaient que les patients étaient plutôt responsables de leurs choix quel que soit le produit psychoactif consommé (*figure 1*). Cette responsabilité était plus importante pour le tabac ( $59 \pm 23$  en moyenne) que pour l'alcool ( $54 \pm 23$ ) et les opiacés ( $54 \pm 24$ ).

La différence était significative entre tabac et alcool ( $p < 0,0001$ ), et entre tabac et opiacés ( $p = 0,0002$ ) mais non significative entre alcool et opiacés ( $p = 0,9722$ ).

Pour les internes, les patients étaient estimés plutôt responsables de leurs choix (*figure 2*), pour le tabac ( $60 \pm 23$ ), comme pour l'alcool ( $53 \pm 22$ ) et pour les opiacés ( $53 \pm 25$ ). La différence était significative entre tabac et alcool ( $p < 0,0001$ ), et entre tabac et opiacés ( $p < 0,0001$ ) mais non significative entre alcool et opiacés ( $p = 0,8557$ ).

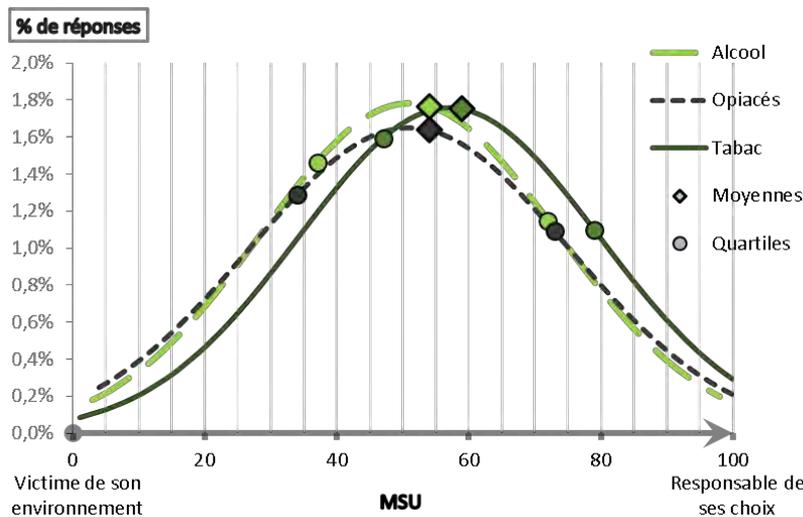


Figure 1 – Responsabilité des patients dans leur trouble de l'usage selon les substances vue par les MSU

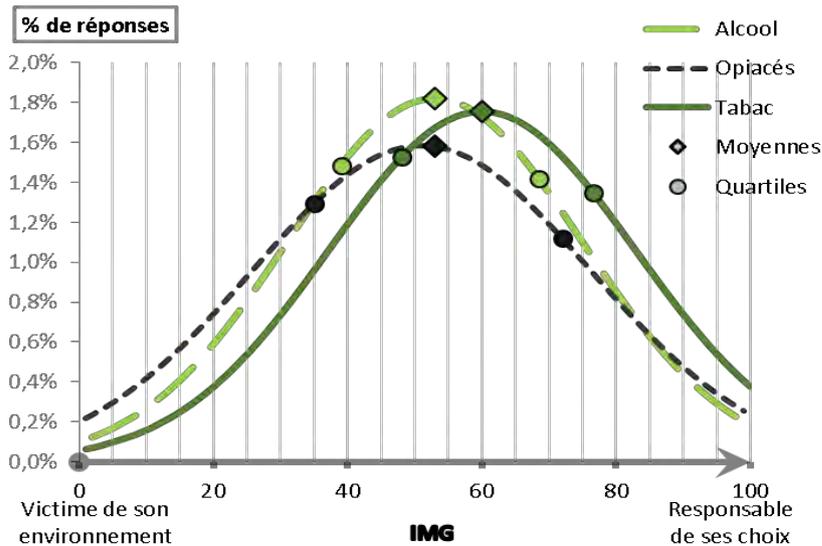


Figure 2 – Responsabilité des patients dans leur trouble de l'usage selon les substances vue par les IMG

### Comportement

Les patients ayant un trouble de l'usage aux opiacés étaient significativement plus considérés comme « menteurs ou manipulateurs » que ceux ayant un trouble de l'usage d'alcool, autant pour les MSU (*figure 3*) :  $32 \pm 25$  pour les opiacés vs  $22 \pm 20$  pour l'alcool,  $p < 0,0001$ , que pour les IMG (*figure 4*) :  $29 \pm 24$  pour les opiacés vs  $21 \pm 17$  pour l'alcool,  $p < 0,0001$ . La question n'avait pas été posée pour le tabac.

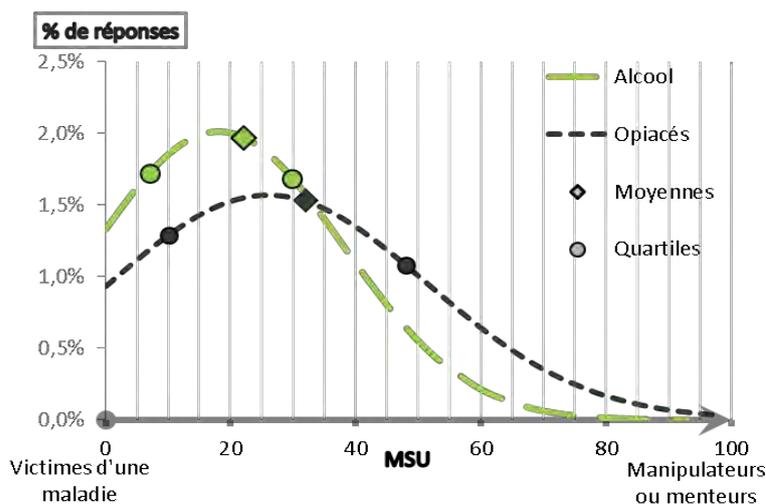


Figure 3 – Comportement des patients ayant un trouble de l'usage selon les substances vu par les MSU

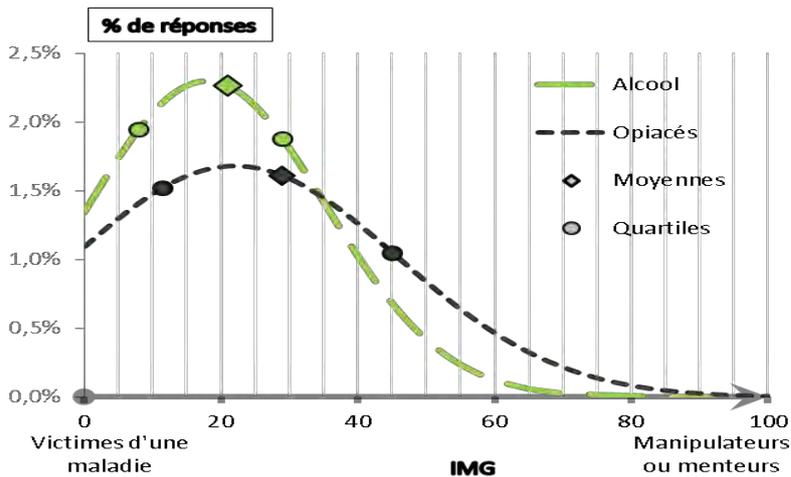


Figure 4 – Comportement des patients ayant un trouble de l’usage selon les substances vu par les IMG

### Facilité à aborder le sujet

Les MSU avaient une plus grande facilité à aborder avec leurs patients la question du tabac ( $11 \pm 15$  en moyenne) que de l’alcool ( $31 \pm 23$ ) et surtout des opiacés ( $39 \pm 29$ ) (figure 5). La différence était significative entre tabac et alcool ( $p < 0,0001$ ), entre tabac et opiacés ( $p < 0,0001$ ) et entre alcool et opiacés ( $p < 0,0001$ ).

Les mêmes résultats étaient obtenus pour les IMG (figure 6) avec des différences significatives entre les produits comparés deux à deux ( $p < 0,0001$ ) :  $15 \pm 17$  pour le tabac,  $38 \pm 23$  pour l’alcool et  $48 \pm 25$  pour les opiacés.

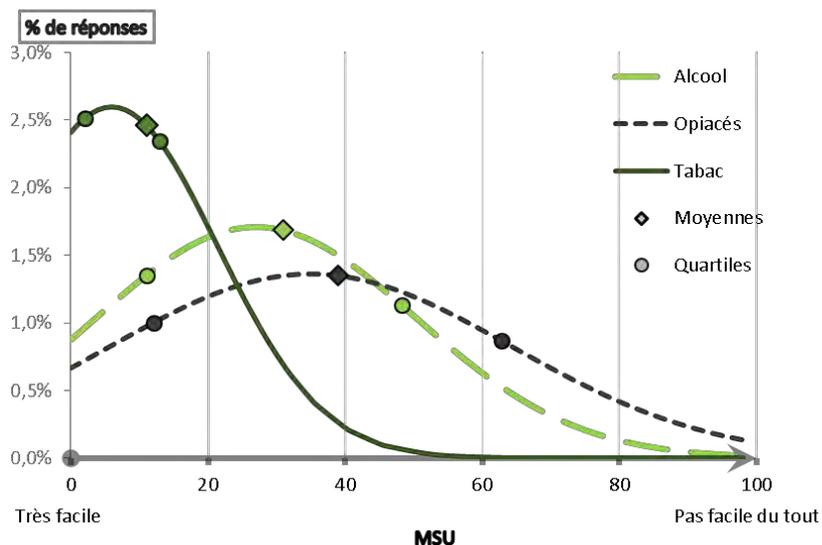


Figure 5 – Facilité ressentie par les MSU à aborder le sujet des consommations selon la substance

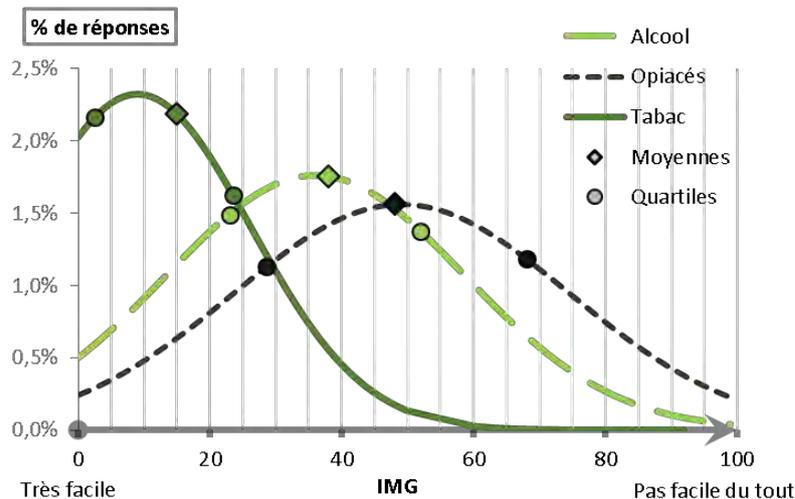


Figure 6 – Facilité ressentie par les IMG à aborder le sujet des consommations selon la substance

### ***Rôle du médecin***

Les MSU estimaient que « c'est leur rôle » de parler de ces produits, de manière plus prononcée pour le tabac ( $8 \pm 10$  en moyenne) que pour l'alcool ( $13 \pm 16$ ) et que pour les opiacés ( $21 \pm 24$ ) (figure 7). Les résultats étaient significativement différents entre tabac et alcool ( $p < 0,0001$ ), entre tabac et opiacés ( $p < 0,0001$ ) et entre alcool et opiacés ( $p < 0,0001$ ).

Les IMG également estimaient de leur rôle de parler des produits, avec des résultats significativement différents  $p < 0,0001$  pour le tabac ( $10 \pm 12$ ), l'alcool ( $14 \pm 15$ ) et les opiacés ( $19 \pm 21$ ) (figure 8).

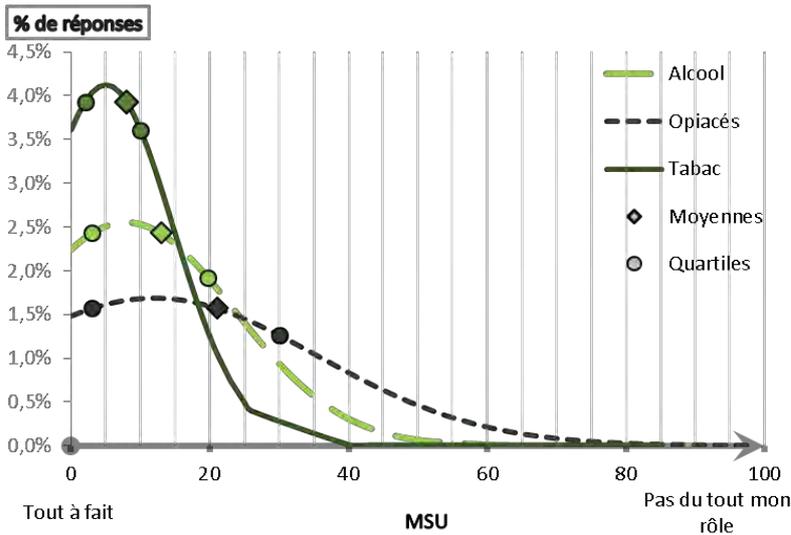


Figure 7 – Représentation des MSU sur leur rôle dans l’abord des consommations selon la substance

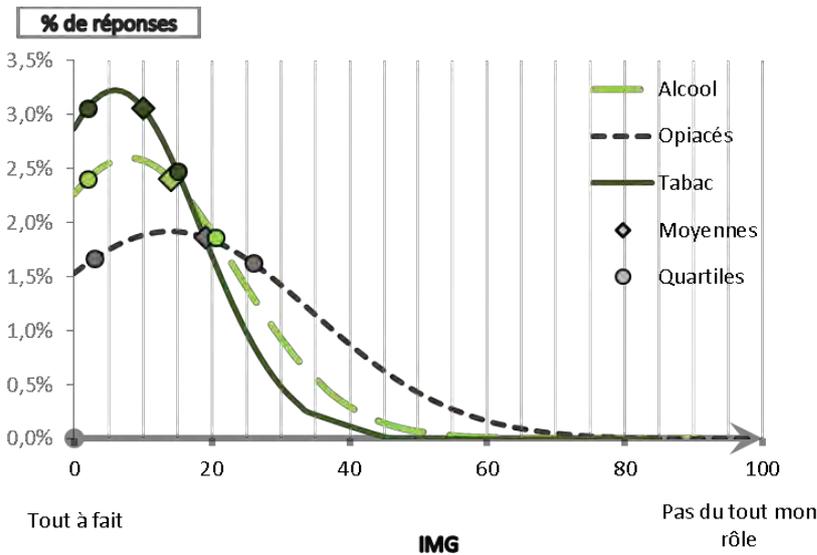


Figure 8 – Représentation des IMG sur leur rôle dans l’abord des consommations selon la substance

### *Aptitude du médecin*

L’aptitude ressentie des médecins à la prise en charge des patients ayant une addiction variait en fonction des substances psychoactives concernées. En moyenne les MSU se sentaient aptes pour le tabac  $23 \pm 19$ , plutôt apte pour l’alcool  $40 \pm 24$  et peu aptes pour les opiacés  $58 \pm 30$  (figure 9). Les différences entre alcool et tabac, alcool et opiacés et tabac et opiacés étaient toutes significatives avec  $p < 0,0001$ .

Les IMG se sentaient globalement encore moins aptes avec des réponses en moyenne à  $35 \pm 22$  pour le tabac,  $54 \pm 22$  pour l'alcool et  $67 \pm 23$  pour les opiacés (figure 10). Les différences entre toutes les substances deux à deux étaient également significatives ( $p < 0,0001$ ).

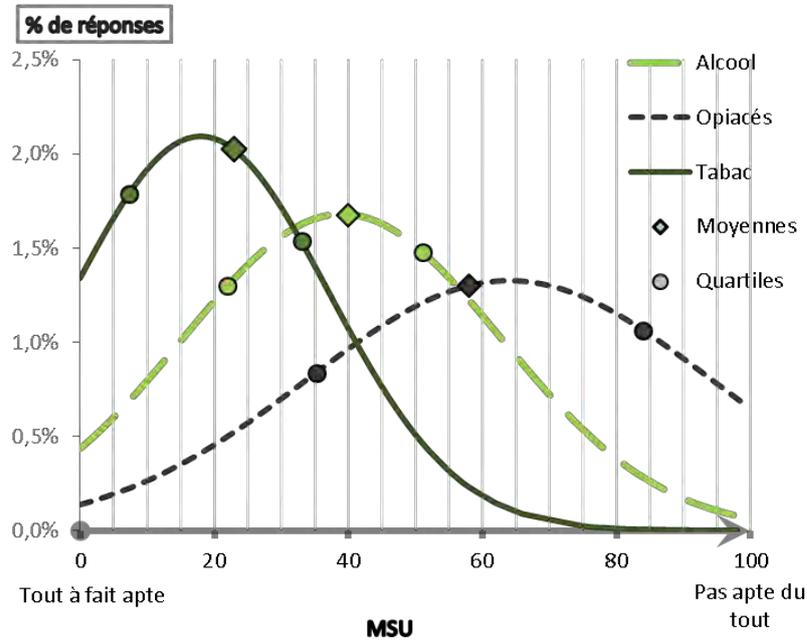


Figure 9 - Aptitude des MSU à prendre en charge les patients ayant un trouble de l'usage selon la substance.

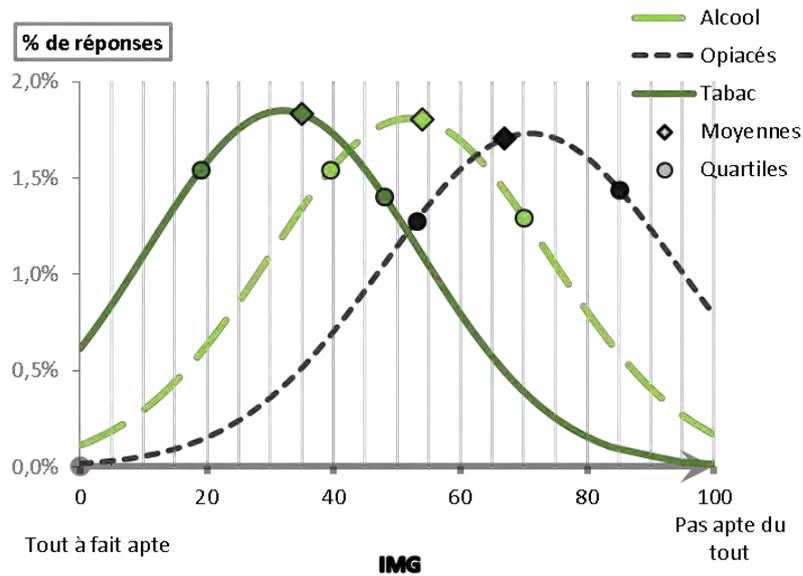


Figure 10 - Aptitude des IMG à prendre en charge les patients ayant un trouble de l'usage selon la substance.

### **Expérience**

Parmi les MSU, 99% (n=236) déclaraient avoir déjà pris en charge plusieurs sevrages tabagiques, 98% (n= 233) plusieurs sevrages éthyliques et 84% (n=200) plusieurs sevrages en opiacés. Seuls 1% (n=2) n'avaient jamais pris en charge de sevrage en tabac et en alcool et 8% (n=20) en opiacés. Les différences entre tabac et alcool ( $p=1,0000$ ), entre tabac et opiacés ( $p=1,0000$ ) et entre alcool et opiacés ( $p=0,2577$ ) n'étaient pas significatives.

Parmi les IMG, 67 % (n=218) déclaraient avoir déjà pris en charge plusieurs sevrages tabagiques, 54 % (n= 175) plusieurs sevrages éthyliques et 70% (n=229) plusieurs sevrages en opiacés. Parmi eux, 18 % (n=58) n'avaient jamais pris en charge de sevrage en tabac, 25 % (n= 83) de sevrage en alcool et 20 % (n=66) en opiacés. Les différences entre tabac et alcool ( $p<0,0001$ ) et entre tabac et opiacés ( $p= 0,0058$ ) étaient significatives mais la différence entre alcool et opiacés ( $p=0,0651$ ) ne l'était pas.

Tableau 2 - Expérience des sevrages selon les substances par les médecins généralistes

En % (n =)	MSU (n= 238)			IMG (n= 327)		
	Tabac	Alcool	Opiacés	Tabac	Alcool	Opiacés
Plusieurs expériences de prise en charge	99 (236)	98 (233)	84 (200)	67 (218)	54 (175)	70 (229)
Une seule expérience de prise en charge	0(0)	1(3)	8 (18)	16 (51)	21 (69)	10 (32)
Jamais de prise en charge	1 (2)	1(2)	8 (20)	18 (58)	25 (83)	20 (66)

### **Modalités de prise en charge**

Les modalités de prise en charge des sevrages de ces produits différaient selon la substance (*tableau 3*) : le sevrage tabagique était majoritairement pris en charge par les MSU seuls (78% (n=186)) tandis que les sevrages en alcool étaient majoritairement effectués en lien entre le médecin généraliste et une autre structure (80% (n=189)), de même que les sevrages en opiacés (59% (n=140)). Parmi les MSU, 26% (n=62) déclaraient ne pas prendre en charge les sevrages en opiacés, contre seulement 3% des sevrages en alcool et 2% (n=4) pour le tabac.

Les différences de prise en charge entre tabac et alcool ( $p < 0,0001$ ), entre tabac et opiacés ( $p = 0,0043$ ) et entre alcool et opiacés ( $p < 0,0001$ ) étaient toutes significatives.

Le sevrage tabagique était pris en charge par les IMG seuls à 74% (n=242) tandis que les sevrages en alcool et en opiacés étaient majoritairement effectués en lien entre l'interne et une autre structure : 74% (n=243) pour l'alcool et 66% (n= 216) pour les opiacés.

Parmi les IMG 26% (n= 86) déclaraient ne pas prendre en charge les sevrages en opiacés, contre seulement 15 % (n=48) pour l'alcool et 8 % (n=27) pour le tabac.

Les différences de prise en charge entre tabac et alcool ( $p < 0,0001$ ), entre tabac et opiacés ( $p = 0,0001$ ) et entre alcool et opiacés ( $p < 0,0001$ ) étaient toutes significatives.

Tableau 3 - modalités de prise en charge des sevrages selon les substances par les médecins généralistes

En % (n =)	MSU (n= 238)			IMG (n= 327)		
	<b>Tabac</b>	<b>Alcool</b>	<b>Opiacés</b>	<b>Tabac</b>	<b>Alcool</b>	<b>Opiacés</b>
Prise en charge seul	78 (186)	17 (41)	15 (36)	74 (242)	11 (36)	8 (25)
Prise en charge avec une structure	20 (48)	80 (189)	59 (140)	18 (58)	74 (243)	66 (216)
Pas de prise en charge	2 (4)	3 (8)	26 (62)	8 (27)	15 (48)	26 (86)

#### ***Association entre représentations et expérience***

Pour les MSU, le fait d'avoir de l'expérience dans l'accompagnement des sevrages n'était pas associé significativement aux représentations liées au tabac ( $p = 0,5704$ ) ni liées aux opiacés ( $p = 0,1058$ ), mais était associé aux représentations liées à l'alcool ( $p = 0,0045$ ). Les médecins ayant plusieurs expériences de sevrage en alcool considéraient davantage les patients comme « victimes de leur environnement » que les médecins n'ayant pas d'expérience.

Pour les IMG, aucune corrélation significative n'a pu être démontrée entre expérience de sevrage et représentations pour les 3 substances étudiées. ( $p = 0,7261$  pour le tabac ;  $p = 0,1288$  pour l'alcool et  $p = 0,3109$  pour les opiacés.)

### ***Association entre représentations et prise en charge***

Chez les MSU, aucune association significative n'a pu être établie entre les modalités de prise en charge (« seul », « en lien avec une structure » ou « pas de prise en charge ») et les représentations sur le niveau de responsabilité du patient dans son trouble de l'usage, quelle que soit la substance psychoactive concernée : tabac ( $p=0,7947$ ), alcool ( $p=0,7425$ ) et opiacés ( $p=0,8346$ ).

Les représentations des IMG sur les patients ayant un trouble de l'usage d'alcool n'étaient pas non plus associées à leur prise en charge ( $p=0,1407$ ).

En revanche, une association significative était retrouvée pour le tabac ( $p=0,0325$ ) et les opiacés ( $p=0,0216$ ) : les IMG qui ne prenaient pas en charge les patients ayant un trouble de l'usage du tabac et des opiacés les considéraient davantage comme « responsables de leurs choix » que ceux qui les prenaient en charge, que ce soit seuls ou en lien avec des structures.

## **Discussion**

### ***Résultats principaux***

Nous avons montré que MSU et IMG en fin de cursus considéraient que les troubles liés à l'usage du tabac, de l'alcool et des opiacés étaient la conséquence quasiment à part égale du choix des patients et de l'impact de l'environnement dont ils étaient victimes. Les patients tabagiques étaient cependant considérés comme davantage responsables que les patients présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool ou des opiacés.

Le fait pour les MSU de s'impliquer ou non dans la prise en charge de ces patients n'était pas corrélé aux représentations qu'ils en avaient. Les IMG prenant en charge les sevrages considéraient davantage les patients ayant un trouble de l'usage du tabac et des opiacés comme « victimes de leur environnement » que les autres.

MSU comme IMG considéraient qu'aborder le sujet de l'addiction au tabac, à l'alcool et aux opiacés était de leur rôle, mais s'ils trouvaient le sujet plutôt facile pour le tabac, il l'était nettement moins pour l'alcool et les opiacés. Ils déclaraient se sentir en moyenne plutôt aptes à la prise en charge du sevrage tabagique, mais moins pour le sevrage éthylique et peu aptes à l'accompagnement du sevrage en opiacés.

Les modes de prise en charge de ces patients étaient également différents selon le produit consommé. Les sevrages tabagiques étaient majoritairement pris en charge par les MSU et IMG seuls, quand les sevrages en alcool et en opiacés étaient préférentiellement pris en charge par les médecins en lien avec une autre structure.

### ***Forces et limites de l'étude***

Il s'agit de la première étude depuis plus de 10 ans qui a été réalisée à l'échelle nationale par l'intermédiaire de 8 facultés de médecine réparties sur tout le territoire français qui analyse les pratiques et représentation des médecins généralistes. Elle a consisté à interroger aussi bien de jeunes médecins à la fin de leur cursus de formation (IMG) que des médecins plus expérimentés (MSU). Le grand nombre de réponses (565 au total) et la précision de celles-ci, obtenues grâce à la technique des échelles visuelles analogiques étalonnées de 1 à 100 pour l'exploration des représentations, a permis d'avoir une idée fine

des opinions des médecins généralistes sur les patients présentant des troubles liés à l'usage de différentes substances.

Cependant, l'étude comporte certaines limites notamment un probable biais d'échantillonnage dû au faible taux de réponses malgré une relance. Seuls 20% des IMG et 12% des MSU sollicités ont répondu et seuls 15% des questionnaires des IMG et 9% des questionnaires des MSU ont pu être analysés. Ces taux de réponses sont dans la moyenne de ceux observés lors des études menées par questionnaires en ligne (14). Les médecins ayant répondu sont possiblement plus intéressés par l'addictologie que la population des généralistes dans son ensemble.

Les médecins interrogés étaient tous en lien étroit avec une faculté par leurs statuts (internes et maîtres de stages). Leur rapport à l'enseignement et à la formation notamment concernant l'addictologie est donc potentiellement différent de la population nationale des médecins généralistes. Les MSU ne sont pas représentatifs de la population des médecins généralistes. Ils sont plus qualifiés (15) et ont de meilleurs résultats concernant certains actes de prévention (vaccination et dépistages des cancers) (16) et de prise en charge (maladies cardiovasculaires, asthme et diabète) (17) Aucune comparaison sur la prise en charge des patients présentant des troubles de l'usage entre médecins universitaires et non universitaires n'a encore été réalisée.

Il existait un biais de recueil puisque les réponses sont basées sur un questionnaire déclaratif. Cela a permis d'obtenir des données chiffrées facilement analysables mais les réponses ne prenaient pas en compte les pratiques réelles.

Les résultats d'une recherche d'association entre expériences et représentations associées au tabac et à l'alcool chez les MSU reposent sur un très faible pourcentage de répondants sans expérience ou avec une seule expérience d'accompagnement de sevrage. Ils sont donc peu représentatifs.

Les questions portant sur les représentations étaient consignées en fin de questionnaire après une partie clinique assez longue. Certaines réponses pourraient donc avoir été expédiées par les médecins qui ne s'attendaient pas à devoir y consacrer autant de temps.

L'étude s'est ici limitée à étudier les représentations des médecins vis-à-vis des patients consommateurs d'une des trois substances à haute valeur symbolique que sont le tabac, l'alcool et les opiacés. Elle n'a pas pris en compte les notions d'addiction concomitante à plusieurs substances. Il serait intéressant d'explorer les représentations associées à d'autres produits également en cause dans les troubles liés à l'usage de substances : cannabis, cocaïne, ecstasy, d'autant que l'expérimentation et la consommation régulière de ces produits semblent en hausse constante depuis 25 ans. (18)

### ***Comparaison des résultats aux données bibliographiques***

Les perceptions relatives aux comportements des patients évaluées par les différentes études varient selon la formulation des questions posées. Les médecins estiment que les patients ayant un trouble lié à l'usage d'alcool sont à la fois victimes d'une maladie et à la fois menteurs (19). Ces préjugés se retrouvent également pour les patients ayant un trouble lié à l'usage d'opiacés (8,20,21).

La facilité ressentie par les médecins généralistes à aborder les sujets des consommations varie selon les études : de 96 à 99% pour le tabac, de 70 à 88% pour l'alcool et de 46% à 67% pour les opiacés.(10,22) Les médecins considéraient comme dans notre étude qu'il est de « leur rôle » de parler de tabac (résultats retrouvés entre 82% et 96%) (23,24), d'alcool (entre 78% et 93%) (25) et d'opiacés (entre 55 et 57 %) avec les patients (22)

Dans toutes les études, ils se considéraient plutôt aptes à prendre en charge les patients ayant un trouble lié à l'usage de tabac ( 69%) (26), mais leur aptitude à prendre en charge les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool varie (44 à 60%)(25) (27) et peu s'estiment aptes à prendre en charge les patients ayant un trouble de l'usage aux opiacés (35 à 44%) (28).

Les résultats du baromètre santé de l'INPES réalisé en 2009 (8) concordent avec ceux de cette étude quant aux modalités de prise en charge des patients présentant un trouble lié à l'usage de substances. Les médecins généralistes y déclaraient également prendre en charge les patients ayant un trouble de l'usage du tabac majoritairement seuls (78%), ceux ayant un trouble lié à l'usage d'alcool majoritairement en lien avec une autre structure (60%) mais beaucoup plus d'entre eux déclaraient ne pas prendre en charge les patients présentant un trouble lié à l'usage d'opiacés (61% vs 26% seulement dans notre étude).

### *Interprétation des résultats*

La facilité avec laquelle les médecins abordent la question des substances est liée à leur pratique du repérage précoce des consommations et à la fréquence de leurs prises en charge addictologiques. Ces différences d'aptitudes de prise en charge ne semblent cependant que faiblement ressenties par les patients. (29,30)

Une étude recueillant l'opinion de 1608 patients sur la confiance qu'ils portaient à leur médecin traitant sur les sujets des drogues a établi que 90% d'entre eux jugeaient leur médecin bien informé sur le tabac, 88% sur l'alcool et 74% sur les autres drogues. (29) Quatre-vingt-dix pourcent estimaient que leur médecin serait dans son rôle s'il abordait les questions liées au tabac, 88% pour l'alcool et 85% pour les drogues illicites.

Une des explications à ces différences d'implication dans les prises en charge peut être que les recommandations d'experts sont spécifiques à chaque substance. La place qui y est accordée au médecin généraliste est variable. Des représentations différentes semblent soutenir ces recommandations.

La prise en charge du trouble de l'usage aux opiacés repose avant tout sur les traitements pharmacologiques : les traitements de Substitutions aux Opiacés (TSO) en association avec des psychothérapies individuelles. L'objectif thérapeutique est le sevrage complet des opiacés illicites. Le travail en réseau y a une place centrale pour une prise en charge médico-psycho-sociale que le médecin généraliste peut difficilement mettre en œuvre seul. (31–34) Une politique de réduction des risques qui vise à réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux, coexiste. Elle permet de maintenir un lien thérapeutique avec les usagers non sevrés en opiacés illicites.

La prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool (35) n'implique pas nécessairement l'abstinence. Selon le choix du patient elle peut avoir pour objectif une réduction des consommations. Elle est basée avant tout sur la notion de libre-choix du patient et sur la motivation au changement. Les approches de groupe y sont beaucoup plus développées et la dimension pharmacologique moindre. Un modèle de « soins gradués » a été élaboré pour répondre aux différents besoins en intervention thérapeutique. Les interventions dites « modérées » accordent une place centrale aux médecins généralistes, mais la prise en charge de troubles sévères repose sur des intervenants spécialisés et une éventuelle hospitalisation. (31)

La prise en charge du trouble lié à l'usage de tabac, comme celle des opiacés, vise l'abstinence complète et repose sur des psychothérapies individuelles et une substitution pharmacologique. Les objectifs de diminution des consommations ne sont cités que comme intermédiaires avant sevrage complet. L'accompagnement du sevrage est possible par de nombreux professionnels de santé. Les médecins généralistes sont particulièrement concernés. (36)

En plus de ces recommandations, le sevrage s'accompagne de risques différents. Le risque de délirium tremens et de décès associé au sevrage éthylique a certainement pour conséquence un recours accru aux structures spécialisées. Néanmoins, la majorité des sevrages peut se dérouler en ambulatoire (37) d'autant que la prise en charge est souvent centrée sur la réduction progressive des consommation et non sur le sevrage brutal.

Le sevrage aux opiacés entraîne également un grand inconfort et une symptomatologie nécessitant parfois un traitement médical même s'il n'entraîne pas de risque de décès. Le sevrage tabagique entraîne quant à lui des symptômes plus modestes.

Du fait de ces recommandations différentes et des manifestations du sevrage, les médecins généralistes se sentent probablement moins aptes à aborder le sujet des addictions à l'alcool et aux opiacés et s'abstiennent de le faire.

Ces différences pourraient également être liées à une formation en addictologie variant selon les substances. Renforcer la formation est donc important.

Néanmoins devant l'enjeu de santé publique que représentent les usages réguliers de tabac et d'alcool dans la plupart des pays développés - le tabac et l'alcool étant les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> causes de mortalité évitables (33) - il semble indispensable que les médecins généralistes prennent davantage part à ces prises en charge et ce sans délai.(34)

Dans notre étude les IMG qui ne reconnaissaient pas les patients comme victimes d'une maladie déclaraient moins s'impliquer dans la prise en charge des sevrages que les autres. Travailler sur les représentations des soignants, à travers notamment celles de la population générale pourrait être un axe de travail plus efficient (38).

## Conclusion

Les personnes consommant du tabac, de l'alcool ou des opiacés ne sont pas vues de la même manière par leur médecin généraliste.

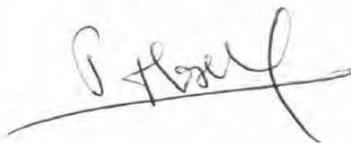
Sans effet de génération identifiable, internes comme médecins généralistes plus expérimentés ont une tendance à une représentation plus négative des patients consommateurs d'opiacés et dans une moindre mesure des patients présentant un trouble de l'usage d'alcool. Ces représentations rejoignent celles de l'opinion publique.

La prise en charge de ces patients par les médecins s'en ressent. La majorité des médecins n'expriment aucune difficulté à parler du tabac et à accompagner un sevrage tabagique. En revanche, peu d'entre eux se sentent aptes à accompagner les patients demandeurs d'un sevrage en alcool ou en opiacés et préfèrent agir en lien avec des structures spécialisées, ou les réorienter.

Pour autant, beaucoup déclarent que c'est leur rôle de prendre en charge les patients ayant un trouble de l'usage du tabac, de l'alcool ou des opiacés.

Cet écart entre conscience de leur rôle et réalité de leur implication peut avoir de multiples raisons parmi lesquelles un manque de capacité à accompagner le sevrage, ou de volonté à le faire. Augmenter la formation des généralistes en addictologie peut donc constituer une piste de réflexion, mais il semble également indispensable de travailler sur les représentations de l'addiction chez les professionnels de santé et en population générale afin de faire reconnaître le trouble de l'usage comme une maladie chronique.

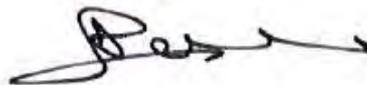
Toulouse le 4/03/2019



Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

Toulouse, le 5 mars 2019

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D.CARRIE



## Annexe : Questionnaire

Partie 1 - Mon contexte de travail
<p>Q1 Je suis : un homme / une femme</p> <p>Q2 Mon age est :</p> <p>Q3 J'ai fait mon 3<sup>e</sup> cycle à la faculté de : (réponse parmi un menu déroulant)</p> <p>Q4 Je suis: en 6<sup>e</sup> semestre / j'ai terminé mon DES &lt; 6 mois / j'ai terminé mon DES il y a 6 a 12 mois / &gt; 12 mois</p>
Partie 2 - Ma formation et mon expérience
<p>Q5 J'ai reçu un enseignement spécifique sur tout ou partie des addictions en 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> cycle : oui / non</p> <p>Q6 J'ai reçu un enseignement spécifique sur tout ou partie des addictions en 3<sup>e</sup> cycle : oui / non</p> <p>Q7 J'ai reçu un enseignement addiction dans un autre cadre y compris non universitaire : oui / non</p> <p>Q8 J'ai déjà mené un « entretien motivationnel » : Jamais / 1 fois / plusieurs fois</p> <p>Q9 J'ai déjà pratiqué le « conseil minimal » : Jamais / 1 fois / plusieurs fois</p> <p>Q10 J'ai été exposé(e) professionnellement à une situation de demande pour un tiers non présent atteint d'une addiction : Jamais/ 1 fois/ plusieurs fois</p> <p>Q11 J'ai déjà été exposé(e) professionnellement à une situation de déni par un patient atteint d'une addiction : Jamais/ 1 fois/ plusieurs fois</p> <p>Q12 J'ai déjà pris en charge un sevrage de consommation de tabac : Jamais/ 1 fois/ plusieurs fois</p> <p>Q13 J'ai déjà été sollicité pour un sevrage d'alcool : Jamais/ 1 fois/ plusieurs fois</p> <p>Q14 J'ai déjà été amené à prescrire des traitements de substitution opiacé : Jamais/ 1 fois/ plusieurs fois.</p> <p>Q15 J'ai déjà mobilisé et accompagné un patient non demandeur vers la réduction ou l'arrêt de sa consommation de tabac : Jamais/1 fois/ plusieurs fois</p> <p>Q16 J'ai déjà mobilisé et accompagné un patient non demandeur vers la réduction ou l'arrêt de sa consommation d'alcool ou de drogues illicites : Jamais/1 fois/ plusieurs fois</p> <p>Q17 Les fumeurs dépendant du tabac, en général. Je ne les prends pas en charge / je les prends en charge ... a) seul / ... b) surtout en lien avec une structure</p> <p>Q18 Les dépendants de l'alcool, en général. Je ne les prends pas en charge / je les prends en charge ... a) seul / ... b) surtout en lien avec une structure</p> <p>Q19 Les dépendants des opiacés, en général. Je ne les prends pas en charge / je les prends en charge ... a) seul / ... b) surtout en lien avec une structure</p> <p>Q20 Les consommateurs de cannabis, en général. Je ne les prends pas en charge / je les prends en charge ... a) seul / ... b) surtout en lien avec une structure</p>
Partie 3 - Mes choix cliniques
<p>Dans ce questionnaire clinique, chaque question a une ou des réponses exactes.</p> <p>Monsieur PAUL 31 ans consulte pour une toux dans un contexte ORL épidémique. Je le vois rarement. Je profite de l'occasion pour faire le point sur ses comportements liés à la santé. Sa toux m'amène à parler du tabac. Il me dit fumer tous les jours du tabac, et du cannabis occasionnellement. Il évoque aussi à demi-mot une consommation d'alcool régulière.</p> <p>Q21 Pour évaluer rapidement une consommation problématique de tabac, de cannabis ou d'alcool, les questions pertinentes <u>communes</u> à ces 3 addictions concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a-La consommation du matin</li><li>b- la consommation du soir</li><li>c- la fréquence des prises</li><li>d-les remarques de l'entourage</li><li>e-les troubles de la mémoire</li><li>f- les troubles du sommeil.</li></ul> <p>Il dit qu'il souhaiterait cesser de fumer . J'ai appris l'intérêt du « conseil minimal »...</p> <p>Q22 Le « conseil minimal » :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a-est un type spécifique de réponse à un patient demandant un sevrage tabagique au cours d'une consultation</li><li>b-Ce sont deux questions à poser à tous les consultants</li><li>c- Il doit durer moins de 3 minutes</li><li>d-il a montré une efficacité sur le sevrage ultérieur du tabac</li><li>e-je ne sais pas</li></ul> <p>...ainsi que l'intérêt de pratiquer une « intervention brève»...</p> <p>Q23 Celle-ci est une démarche d'entretien qui, dans le cadre d'une addiction,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a-structure une intervention ne devant pas dépasser 5 minutes</li><li>b- se réalise en 3 étapes : analyser, convaincre, prescrire</li><li>c- nécessite d'évaluer et informer, responsabiliser, proposer, ouvrir à des choix, être empathique, et valoriser</li><li>d-je ne sais pas.</li></ul> <p>Il accepte la proposition des patches nicotiques et de revenir consulter pour évaluer la situation.</p> <p>Le patient suivant est XAVIER un de mes habitués. Il vient pour son suivi et le renouvellement de son ordonnance de méthadone sirop 100mg. Cela ne va pas fort, il a des signes de manque d'opiacé :</p> <p>Q24 ceux-ci sont caractérisés par :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a- des crampes musculaires</li><li>b- des céphalées</li><li>c- un érythème</li><li>d- un myosis</li><li>e- une mydriase</li></ul>

<p><b>Q25</b> C'est pourquoi :</p> <p>a- je lui prescris 5 mg de méthadone de plus par jour /  b- Je préfère associer du Xanax pour ne pas augmenter la dose /  c- je dois d'abord demander l'avis au centre CSAPA qui a fait l'ordonnance initiale pour augmenter./  d- ne sachant pas, je l'adresse aux urgences</p>
<p>Nous sommes une semaine après, Mr PAUL revient après 7 jours d'essai de patchs nicotiques, c'est manifestement insuffisant à son sevrage.</p> <p><b>Q26</b> Après réflexion, je choisis de lui proposer:</p> <p>a- ajouter de la Varénciline aux patchs  b- ne pas prescrire la Varénciline car elle est contre indiquée avec l'usage des patchs  c- changer de marque de patch  d- augmenter la posologie des patchs ou ajouter des gommes à mâcher  e- ajouter de l'Acamprosate aux patchs</p>
<p>Les consultations à propos de sa consommation de tabac l'ont mis en confiance. Il s'ouvre à moi de son souci avec l'alcool et me présente des analyses faites avec un autre MG sur la demande de son épouse.</p> <p><b>Q27</b> comme preuve(s) de son addiction à l'alcool je relève :</p> <p>a- ses GGT sont à 3 fois la normale,  b- il a des ivresses répétées,  c- il ne contrôle plus les quantités consommées,  d- il a des insomnies quotidiennes,  e- il a besoin de boire le matin pour être en forme</p>
<p>Cela me rappelle l'intérêt d'utiliser dans son cas le cycle de Prochaska.</p> <p><b>Q28</b> le cycle de Prochaska</p> <p>a- est un processus métabolique hépatique de 6 étapes lié à la dégradation de l'alcool dans le foie et situant un seuil de toxicité  b- est la description des différents stades de motivation que traversent les patients ayant une addiction  c- est un programme thérapeutique formalisé constitué de 6 étapes  d- je ne sais pas ce que c'est</p>
<p>Un de ses amis lui a parlé du Baclofène 10 mg et me demande de lui en prescrire.</p> <p><b>Q29</b> je choisis :</p> <p>a- je n'ai pas le droit d'en prescrire car il est réservé aux addictologues,  b- ce médicament n'a pas l'AMM dans la dépendance à l'alcool, mais il a une RTU me permettant de prescrire.  c- Je peux en prescrire mais sans dépasser 4 cp par jour.  d- Je peux en prescrire en commençant par 1,5 cp puis en augmentant de 0,5cp tous les 3 jours et jusqu'à 20cp ou plus si nécessaire./  e- ne sachant pas, je l'oriente vers un centre spécialisé</p>
<p>Je prends le temps d'approfondir sa demande et ses possibilités de changement. Il reconnaît que sa consommation d'alcool est excessive, et devrait être diminuée mais il hésite entre avantages et inconvénients.</p> <p><b>Q30</b> Utilisant la technique de l'entretien motivationnel pour l'aider dans sa démarche , je dis plutôt :</p> <p>a- « qu'en pensez-vous, que souhaitez-vous ? »  b- « vous êtes hésitant, c'est normal, vous savez cependant qu'il vaut mieux faire ainsi »  c- « suite à votre décision, nous nous accordons sur ces premiers changements. »  d- « suite à ce que j'ai compris je vous prescris cette méthode pour changer de comportement »  e- je préfère ne pas répondre car ne connais pas la technique de l'entretien motivationnel</p>
<p>Finalement je lui prescris du Nalméfène.</p> <p>A la consultation suivante, il me dit que l'effet de 1cp de Nalméfène le matin est insuffisant, son désir de boire et ses consommations n'ont pas changé</p> <p><b>Q31</b> Dans le cadre d'une décision partagée je lui propose le choix entre les solutions suivantes :</p> <p>a- j'augmente sans dépasser 3cp par jour  b- je passe à une autre classe thérapeutique  c- ne sachant pas, je l'adresse à un centre spécialisé  d- j'associe un suivi psychothérapeutique  e- j'arrête le Nalméfène car il est incompatible avec l'usage d'alcool</p>
<p>J'envisage aussi la possibilité d'organiser un sevrage d'alcool en structure. Le nom de la structure locale spécialisée la plus adaptée me semble être :</p> <p><b>Q32</b> Je choisis :</p> <p>a- CMP  b- CSAPA  c- MILDT  d- CMPP  e- je ne sais pas</p>
<p>Ce patient me dit avoir apprécié ma démarche de prise en charge. Il a conseillé à un de ses amis, MARIO de venir consulter pour son addiction.</p> <p>MARIO a effectivement pris RDV . Il prend régulièrement 4mg de buprenorphine générique le matin depuis 3 mois, il vient de déménager dans le quartier et viendra consulter régulièrement. Il se plaint de crampes et de sueurs le soir.</p> <p><b>Q33</b> Je choisis :</p> <p>a- J'augmente la posologie en maintenant la forme générique,  b- je baisse la posologie, en maintenant la forme générique,  c- j'associe une benzodiazépine,  d- je maintiens la posologie mais en lui préférant la forme princeps : SUBUTEX®  e- je demande un avis spécialisé au centre spécialisé</p>

#### Partie 4 - Mon contexte personnel

- Q34 Il m'est arrivé d'avoir des difficultés à gérer mes émotions en exercice professionnel :  
Jamais / Rarement / Souvent
- Q35 J'ai déjà consommé du tabac quotidiennement :  
Oui / Non / Je ne souhaite pas répondre
- Q36 J'ai déjà consommé du cannabis occasionnellement :  
Oui / Non / Je ne souhaite pas répondre
- Q37 J'ai déjà vécu au moins 3 ivresses avec l'alcool :  
Oui / Non / Je ne souhaite pas répondre
- Q38 Je suis concerné(e) par l'addiction d'un proche, ou je l'ai été :  
Oui / Non / Je ne souhaite pas répondre
- Q39 Je suis engagé(e) dans une association/ un mouvement humanitaire ou social/ une pratique religieuse :  
Oui / Non / Je ne souhaite pas répondre

#### Partie 5 - Mes représentations

Chaque question possède 2 propositions extrêmes. Cliquez sur la barre et placez le curseur pour graduer votre réponse vers la proposition qui vous convient le mieux.

- Q40 Dans le renouvellement de la substitution opiacée :  
C'est le patient qui sait mieux que moi ce qui lui faut <...> C'est à moi de décider
- Q41 La buprénorphine est plutôt :  
Une sorte de drogue légale <...> Un médicament comme un autre
- Q42 Dans les addictions quel est le niveau responsabilité du patient ? j'estime que :  
-pour le tabac : Il est victime de son environnement <...> Responsable de ses choix
- Q43 pour l'alcool : Il est victime de son environnement <...> Responsable de ses choix
- Q44 pour les opiacés, Il est victime de son environnement <...> Responsable de ses choix
- Q45 Pour expliquer les comportements, j'estime que le plus souvent, les patients dépendants...:  
-de l'alcool Sont victimes d'une maladie <...> Sont plutôt menteurs ou manipulateurs
- Q46 -des opiacés : Sont victimes d'une maladie <...> Sont plutôt menteurs ou manipulateurs
- Q47 Même si les patients ne m'en parlent pas spontanément, il m'est facile d'aborder avec eux leur consommation de tabac :  
Très facile <...> Pas facile du tout
- Q48 C'est mon rôle :  
Tout à fait <...> Pas du tout
- Q49 Je me sens apte à ces prises en charge :  
Tout à fait apte <...> Pas du tout apte
- Q50 Même si les patients ne m'en parlent pas spontanément, il m'est facile d'aborder avec eux leur consommation d'alcool :  
Très facile <...> Pas facile du tout
- Q51 C'est mon rôle :  
Tout à fait <...> Pas du tout
- Q52 Je me sens apte à ces prises en charge :  
Tout à fait apte <...> Pas du tout apte
- Q53 Même si les patients ne m'en parlent pas spontanément, il m'est facile d'aborder avec eux leur consommation d'opiacés :  
Très facile <...> Pas facile du tout
- Q54 C'est mon rôle :  
Tout à fait <...> Pas du tout
- Q55 Je me sens apte à ces prises en charge :  
Tout à fait apte <...> Pas du tout apte
- Q56 Pour intervenir d'une manière générale, en matière d'addiction il faut :  
Attendre la motivation du patient <...> Motiver le patient activement
- Q57 Dans la prise en charge des malades de l'alcool, le principal objectif est :  
L'arrêt total d'usage <...> La réduction des risques
- Q58 S'investir à aider un patient à cesser une addiction  
Est épuisant et décevant au vu des résultats <...> Est passionnant car cela change des vies

## Références bibliographiques

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
2. Touzeau D. Addictions et médecine. *Presse Médicale*. 14 déc 2012;41(12P1):1201-8.
3. Parquet P-J. Conduites addictives : pour une autre approche de la consommation de substances psychoactives. *Rev Prat*. 15 juin 2003;(12).
4. Ernst D, Miller WR, Rollnick S. Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *Int J Integr Care* [Internet]. 10 oct 2007 [cité 3 janv 2019];7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2092396/>
5. 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.
6. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Prev Med*. avr 2004;38(4):473-8.
7. Moriarty HJ, Stubbe MH, Chen L, Tester RM, Macdonald LM, Dowell AC, et al. Challenges to alcohol and other drug discussions in the general practice consultation. *Fam Pract*. avr 2012;29(2):213-22.
8. INPES - Baromètre santé médecins généralistes 2009.
9. Deehan A, Taylor C, Strang J. The general practitioner, the drug misuser, and the alcohol misuser: major differences in general practitioner activity, therapeutic commitment, and « shared care » proposals. *Br J Gen Pract*. 1997;5.
10. Foo Chin Chan E. Représentations et pratiques des médecins généralistes d'un département, les Deux-Sèvres, vis-à-vis des addictions. Thèse de docteur en médecine; 2013.
11. Perceptions et opinions des Français sur les drogues - Tendances 88 - octobre 2013 - OFDT.
12. Baqué M. Étude du lien entre formation initiale à l'addictologie et savoirs et attitudes des jeunes médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017.
13. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine | Legifrance [Internet]. [cité 27 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/16/AFSP1621392D/jo/texte>
14. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, Fournier JP, Senn N, Haller DM. Rates, Delays, and Completeness of General Practitioners' Responses to a Postal Versus Web-Based Survey: A Randomized Trial. *J Med Internet Res* [Internet]. 22 mars 2017 [cité 28 déc 2018];19(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5382256/>
15. Lippmann S, Frese T, Herrmann K, Scheller K, Sandholzer H. Primary care research - trade-off between representativeness and response rate of GP teachers for undergraduates. *Swiss Med*

- Wkly [Internet]. 19 mars 2012 [cité 28 déc 2018];142(1112). Disponible sur: <https://smw.ch/en/article/doi/smw.2012.13537/>
16. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, Kellou N, Paumier F, Bois C, et al. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. BMC Med Educ [Internet]. 27 avr 2016 [cité 28 déc 2018];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847255/>
  17. Gray RW, Carter YH, Hull SA, Sheldon MG, Ball C. Characteristics of general practices involved in undergraduate medical teaching. Br J Gen Pract. mai 2001;51(466):371-4.
  18. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017 [Internet]. [cité 27 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssyb.pdf>
  19. Miller ER, Ramsey IJ, Tran LT, Tsourtos G, Baratiny G, Manocha R, et al. How Australian general practitioners engage in discussions about alcohol with their patients: a cross-sectional study. BMJ Open [Internet]. 1 déc 2016 [cité 1 janv 2019];6(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5168624/>
  20. Guichard A, Lert F, Brodeur J-M, Richard L. Buprenorphine substitution treatment in France: drug users' views of the doctor-user relationship. Soc Sci Med 1982. juin 2007;64(12):2578-93.
  21. Prise en charge thérapeutique des toxicomanes aux opiacés : éléments déterminant l'orientation de l'activité des médecins généralistes vers la substitution [Internet]. [cité 9 janv 2019]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6889d295-b207-45d1-82d9-f5194cce4dd9>
  22. Teoli R, Haller DM, Ingrand P, Binder P. Comparaison des représentations et comportements des médecins généralistes du Canton de Genève et du Poitou-Charentes. Santé Publique. 8 juin 2016;Vol. 28(2):187-95.
  23. McEwen A. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. Tob Control. 1 mars 2001;10(1):27-32.
  24. Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. Br J Gen Pract. 1996;5.
  25. Rush B, Ellis K, Crowe T, Powell L. How general practitioners view alcohol use : Clearing up the confusion. :10.
  26. Roddy E. A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools. Tob Control. 1 mars 2004;13(1):74-7.
  27. Kaner EFS, Heather N, Mcavoy BR, Lock CA, Gilvarry E. INTERVENTION FOR EXCESSIVE ALCOHOL CONSUMPTION IN PRIMARY HEALTH CARE: ATTITUDES AND PRACTICES OF ENGLISH GENERAL PRACTITIONERS. Alcohol Alcohol. 1 juill 1999;34(4):559-66.
  28. van Teijlingen E, Porter M, Bury J, Sherval J, Preston A, Campion-Smith C, et al. General practitioners' attitudes towards treatment of opiate misusers. BMJ. 6 sept 1997;315(7108):601-601.

29. Alcool, tabac, drogues, les patients font confiance [Internet]. [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: [http://ns226617.ovh.net/MG/2003/611/MG\\_2003\\_611\\_605.pdf](http://ns226617.ovh.net/MG/2003/611/MG_2003_611_605.pdf)
30. Hindler C, King M, Nazareth I, Cohen J, Farmer R, Gerada C. Characteristics of drug misusers and their perceptions of general practitioner care. *Br J Gen Pract.* 1996;4.
31. Allamani A. Views and models about addiction: differences between treatments for alcohol-dependent people and for illicit drug consumers in Italy. *Subst Use Misuse.* 2008;43(12-13):1704-28.
32. Plaine L, Polomeni P, Plaine D-L, Touzeau D. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitution. *L'Information Psychiatr.* 2005;81(5-MAI):463–70.
33. [plan\\_gouvernemental\\_drogues\\_2013-2017\\_df.pdf](#) [Internet]. [cité 14 oct 2017]. Disponible sur: [http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan\\_gouvernemental\\_drogues\\_2013-2017\\_df.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_df.pdf)
34. [plan\\_mildeca\\_2018-2022\\_def\\_190109\\_web.pdf](#) [Internet]. [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: [https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan\\_mildeca\\_2018-2022\\_def\\_190109\\_web.pdf?utm\\_source=sendinblue&utm\\_campaign=Newsletter\\_2&utm\\_medium=email](https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190109_web.pdf?utm_source=sendinblue&utm_campaign=Newsletter_2&utm_medium=email)
35. [RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf](#) [Internet]. [cité 22 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
36. HAS Recommandations arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours - octobre 2014. 2014;60.
37. Alcool et médecine générale - Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. :142.
38. Changer le regard sur les consommations de substances psychoactives : impliquer les professionnels de santé en particulier du premier recours [Internet]. [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/courrier-addictions/changer-regard-sur-consommations-substances-psychoactives-impliquer-professionnels-sante-particulier-premier-recours>

**Auteur :** Marie ROUILLON- MONTAURIOL

**Directrice de thèse :** Madame le docteur Julie DUPOUY

---

## **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**

**Objectif :** Les addictions reposent sur des mécanismes physiopathologiques communs indépendants de la substance. Les représentations associées aux consommateurs varient selon le produit. Le repérage et la prise en charge des troubles de l'usage par les médecins sont donc susceptibles de varier.

L'objectif de l'étude était de déterminer si les représentations des internes de médecine générale (IMG) et des maîtres de stage universitaires (MSU) envers les patients ayant un trouble de l'usage différaient selon la substance et si cela influait sur leurs pratiques.

**Méthode :** Une étude observationnelle transversale multicentrique a été réalisée par le biais d'un auto-questionnaire. IMG et MSU ont été interrogés sur leurs expériences, pratiques et représentations des patients présentant un trouble de l'usage de tabac, d'alcool et d'opiacés.

**Résultats :** Les réponses de 238 MSU et 327 IMG ont été analysées. Les patients consommateurs de tabac étaient considérés comme davantage responsables que les autres. Les opiacés étaient associés à des représentations plus négatives. L'implication des MSU dans le suivi n'était pas corrélée aux représentations, contrairement aux IMG. MSU comme IMG estimaient qu'il était de leur rôle de parler des consommations mais ils ne se sentaient pas aptes à prendre en charge des sevrages en alcool et en opiacés. Pour ces substances, les médecins travaillaient préférentiellement en lien avec une autre structure.

**Conclusion :** Les médecins sont impliqués dans la prise en charge des troubles de l'usage d'alcool et d'opiacés mais ne s'estiment pas à l'aise. Leurs représentations en témoignent et doivent nous interroger sur la formation en addictologie.

## **Illness representations and management of patients with tobacco, alcohol and opioid use disorder by residents in general practice and teaching GPs: a multicentric survey**

**Background:** Substance use disorders (SUDs) are based on common pathophysiological mechanisms independent of the substance. The representations associated with users vary according to the psychoactive substance. The identification and management of SUDs by physicians are therefore likely to vary.

Our aim was to determine whether the representations of Residents in General Practice (RGPs) and Teaching General Practitioners (TGPs) towards patients with substance use disorders differed by substance and whether this affected their practices.

**Methods:** We conducted a multicentric cross-sectional study using a self-administered questionnaire. RGPs and TGPs were asked about their experiences, practices and illness representations of patients with tobacco, alcohol and opioid use disorders.

**Results:** Responses from 238 TGPs and 327 RGPs were analysed. Smoking patients were considered more responsible than others. The use of opioids was associated with more negative representations. The involvement of TGPs in monitoring was not correlated with illness representations, unlike RGPs. Both TGPs and RGPs felt that it was their role to talk about drinking, but they did not feel able to manage alcohol and opiate withdrawal. For these substances, practitioners worked preferentially in touch with another structure.

**Conclusions:** Physicians are involved in the management of alcohol and opioid use disorders but do not feel comfortable. Their representations testify to this and must question us about SUDs training.

**Mots-Clés :** Addiction. Représentations. Médecins généralistes.

**Discipline Administrative :** Médecine générale

Faculté de Médecine de Rangueil – 133, Route de Narbonne – 31062 Toulouse CEDEX 04

---