

Année 2017/2018

N° 34

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

David CIOLFI

Né le 2 août 1989 à Pontoise (95)

**Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs en
soins premiers**

Points de vue d'addictologues

Thèse-article soumise pour publication en avril 2018
dans le cadre de l'étude PAPRICA
(*Problematic use and Addictions in Primary Care*)

Présentée et soutenue publiquement le 19 avril 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Doyen de la Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie – Addictologie, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

**Directeur de thèse : Docteur Maxime PAUTRAT, Médecine Générale, CCA,
Faculté de Médecine – Tours**

Résumé

Réalités du repérage des troubles liés à des substances et troubles addictifs en soins premiers: Points de vue d'addictologues

Introduction. Les troubles liés à une substance et les troubles addictifs induisent une morbidité, une mortalité et des dommages sociaux considérables. Ils sont insuffisamment repérés en soins premiers. Pourtant leur prise en charge médicale diminue la morbidité et améliore la qualité de vie des sujets atteints.

Objectif. Explorer les réalités du repérage des troubles liés à une substance et les troubles addictifs du point de vue des addictologues.

Méthode. Cette étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés a été menée auprès d'un échantillon en variabilité maximale de 9 médecins addictologues entre octobre 2016 et février 2018. L'analyse consensuelle a été faite par théorisation ancrée.

Résultats. Du point de vue des addictologues, l'appréhension des médecins envers les "toxico" et la peur des patients d'être jugés seraient les principales raisons du retard dans le repérage des addictions. Ils pensent aussi que la routine de la médecine générale n'encouragerait pas à repenser la question des addictions au cours du temps. De plus, les patients identifieraient trop leur médecin comme un médecin "de famille" pour lui confier un sujet honteux. Pourtant ils rapportent que ce sont les patients eux-mêmes qui viennent chercher de l'aide à l'occasion d'un déclic dans leur trajectoire addictive. Les addictologues reconnaissent méconnaître les réalités du repérage en soins premiers et proposent différentes pistes pour l'améliorer : une meilleure formation des médecins, prévoir un repérage plus systématique sans aborder les addictions par substance, rechercher une consommation auto-thérapeutique, et une perte de contrôle.

Discussion. La théorie d'une « auto-censure partagée » serait une des raisons du retard au repérage précoce des addictions. Ces réalités seraient à mettre en perspective avec celle des patients concernés, médecins généralistes et de la population générale afin de proposer des améliorations au repérage des usages et comportements addictifs problématiques en soins premiers.

Mots clefs : *Repérage ; addictions ; trouble addictif ; soins premiers ; addictologues ; étude qualitative.*

Abstract

Realities of the screening of substance-related and addictive disorders in primary care Addiction specialists' points of view

Introduction. Substance-related and addictive disorders induce significant morbidity and mortality and social damage. Their screening in primary care is insufficient. Yet, managing them reduces both morbidity and mortality, and improves the quality of life.

Aim. To explore the realities of the screening of substance-related and addictive disorders according to the addiction specialists.

Method: This qualitative study involved semi-structured, face-to-face in depth interviews with 9 addiction specialists between October 2016 and February 2018. Consensual analysis has been made using the grounded theory approach.

Results. According to addiction specialists, GP's apprehension when facing addicts and patient's fear to be judged would be the main reasons for the delay in addictions screening. They also think that the routine in GPs' practice would not encourage GPs to ask repeatedly their patients about addictions over time. In addition, patients would identify their doctor too much as a « family physician» to confide in him about a shameful subject. Yet, they report that the patients themselves come to ask for help when they feel a « click » in their addictive ways. The addiction specialists admit to misunderstanding the screening realities in primary care and they put forward various options to improve it: a better training of GPs, a more systematic screening without addressing addictions by substance, seeking self-therapeutic consumption and a loss of control.

Discussion. The theory of "shared self-censorship" is one of the reasons for the delay in the early identification of addictions. These realities should be put in perspective with those of the concerned patients, GPs and the general population, in order to propose improvements in drug use and addictive behaviour disorders screening in primary care.

Key words : *Screening ; addictions ; addictive behaviour ; primary care ; addiction specialists ; qualitative research.*

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr. André GOUAZE - 1972-1994

Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON

Pr. Catherine BARTHELEMY

Pr. Philippe BOUGNOUX

Pr. Pierre COSNAY

Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr. Noël HUTEN

Pr. Olivier LE FLOCH

Pr. Yvon LEBRANCHU

Pr. Elisabeth LECA

Pr. Gérard LORETTE

Pr. Roland QUENTIN

Pr. Alain ROBIER

Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIQX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie

MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
BOREL Stéphanie Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse Médecine Générale
LEMOINE Maël Philosophie
MONJAUZE Cécile Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à 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 et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Patrice DIOT,

Vous avez accepté de présider ce jury et je vous en remercie. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance quant à votre implication pour un enseignement de qualité.

Au Professeur Nicolas BALLON,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, recevez mes sincères remerciements.

Au Professeur Jean-Pierre LEBEAU,

Vous avez accepté de juger et superviser ce travail, soyez assuré de ma profonde gratitude. Votre rigueur et vos conseils avisés ont été indispensables à la réalisation de ce projet.

Au Docteur Maxime PAUTRAT,

Merci d'avoir dirigé ma thèse. Ta disponibilité sans faille, tes conseils bienvenus, tes multiples relectures, ta motivation et ta sérénité de tous les instants ont été d'une aide précieuse pour réaliser ce travail.

Au Docteur Paul BRUNAUT, à Monsieur Hervé BRETON et au Professeur Pascal NOUVEL,

Vos conseils et relectures attentives ont amélioré la qualité de ce travail. Je vous remercie du temps que vous y avez consacré.

Aux addictologues qui ont participé à cette étude,

Merci pour le temps que vous m'avez consacré.

A Maître Charles RATON,

Merci pour la relecture de la traduction.

A Madame Léa POITEVIN

Secrétaire au service des thèses, efficace et aidante, merci.

A Vincent,

Pour les nombreux moments de travail, toujours dans la bonne humeur, merci.

A mes maîtres de stage et aux médecins qui m'ont formé,

Vous m'avez transmis de nombreuses connaissances et valeurs, merci.

A mes parents, ma sœur Aline et mon frère Edouard,

Votre soutien a été indéfectible pendant 11 ans, même plus, merci.

A ma fiancée Sophie,

Soutien et moteur de tous mes projets, les plus grands sont à venir... merci !

Table des matières

1	Introduction	11
2	Matériel et Méthode	12
2.1	Population	12
2.2	Recueil des données	12
2.3	Analyse	12
2.4	Aspects éthiques	12
3	Résultats	13
3.1	L' « autocensure partagée », frein principal du repérage ?	14
3.2	Le déclic pour se dévoiler?	15
3.3	Les solutions proposées par les addictologues	16
4	Discussion	17
4.1	Des addictologues loin des réalités du repérage en médecine générale... ..	18
4.2	Mais proches de ce qui est retrouvé dans les études	19
4.3	Forces et limites de l'étude	20
4.4	Conclusion : quid du repérage ?	20

1 Introduction

Les troubles liés à une substance et les troubles addictifs induisent une morbidité, une mortalité et des dommages sociaux considérables¹. Dans le monde en 2010, l'alcool était la cause de 5 % des maladies et accidents² et de presque 2 millions de morts³. En France en 2009, l'alcool a été à l'origine de 49 000 décès⁴, soit la deuxième cause de mortalité évitable. Les autres troubles addictifs sont également à l'origine d'une mortalité et d'une morbidité accrue : en France en 2013, le mésusage de substances psychoactives illicites a ainsi causé 350 morts⁵. D'un point de vue médico-économique, le coût social en France a été évalué en 2010 à 120 milliards d'euros/an pour l'alcool et 8,7 milliards d'euros/an pour les drogues illicites⁶.

Cette réalité épidémiologique et les conclusions de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) ont conduit les autorités à mettre en place en 2018 une nouvelle politique de lutte contre les drogues et conduites addictives.

Parmi les 15-24 ans reçus en consultation de médecine générale en 2010, 44 % ont une consommation dite problématique d'alcool et 11 % de cannabis. Dans un cas sur deux, cette consommation problématique n'est pas repérée⁷. La recherche des conduites addictives est loin d'être systématique en médecine générale : seulement 9 % des praticiens posent la question de la consommation d'alcool et 4 % la question des produits illicites^{8,9}. Le taux d'utilisation des questionnaires de repérage en soins premiers est faible. En 2011, moins de 13 % des médecins généralistes en utilisent un pour l'alcool, et 2 % pour le cannabis¹⁰. Les freins au repérage sont nombreux : le manque de temps, le sentiment d'inefficacité, la réticence des patients sont notamment évoqués¹¹⁻¹⁵. Pourtant la prise en charge médicale de ces patients réduit leur morbidité et améliore leur qualité de vie¹⁶⁻¹⁸. Leur repérage préalable est donc important.

La Haute Autorité de santé (HAS) recommandait en 2015 le Repérage précoce et intervention brève (RPIB) pour les 3 principales addictions (tabac, alcool et cannabis) et l'utilisation d'outils de repérage des addictions¹⁹. Cependant, les outils existants sont difficilement utilisables en soins premiers et les freins et les leviers à la mise en place du RPIB ne sont pas connus²⁰.

L'objectif de cette étude qualitative était d'explorer le point de vue des addictologues sur le repérage des troubles addictifs incluant les troubles liés à une substance et les addictions comportementales.

2 Matériel et Méthode

Cette étude qualitative a été menée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés.

2.1 Population

Les entretiens ont été conduits auprès d'addictologues de la Région Centre Val de Loire recrutés selon la technique dite de la boule de neige. L'échantillonnage a été raisonné pour atteindre une variabilité maximale sur les critères de variation retenus. Ces critères étaient : l'âge, le genre, le mode et les particularités d'exercice de chaque médecin.

2.2 Recueil des données

Les entretiens ont été conduits entre Octobre 2016 et Février 2018. Le guide d'entretien initial comportait une question brise-glace sur le dernier patient repéré, suivie d'une question sur l'histoire d'un repérage raté, puis d'un repérage réussi. Il abordait enfin les points à améliorer d'après le participant. De nouvelles questions ont été ajoutées pour explorer les concepts qui apparaissaient lors des premières analyses (Annexe 1). Les entretiens ont été entièrement enregistrés, retranscrits et anonymisés.

2.3 Analyse

Le *verbatim* de chaque entretien a été codé indépendamment par au moins 3 chercheurs, avec le logiciel QSR NVivo®. L'analyse a été faite par théorisation ancrée. Un addictologue, deux spécialistes en médecine narrative et 4 médecins généralistes ont participé à cette analyse afin d'en améliorer la pertinence.

2.4 Aspects éthiques

Chaque participant a signé un consentement éclairé (Annexe 2).

Les enregistrements audio ont été détruits après retranscription et anonymisation.

Cette étude explorant les pratiques et les points de vue de médecins à partir d'entretiens, sans implication de patients et sans intervention, ne nécessitait pas d'autorisation du Comité de protection des personnes.

Le comité Espace de réflexion éthique région Centre a donné un avis favorable à la conduite de cette étude (N°2017-059, le 09/01/18) (Annexe 3).

Cette étude est enregistrée à la Commission nationale informatique et liberté sous le N°2017-093 (Annexe 4).

3 Résultats

9 entretiens ont été conduits. La suffisance des données a été atteinte à partir du septième entretien. Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1 et leurs particularités d'exercice sur la figure 1.

Age	< 45 ans	4
	> 45 ans	5
Mode d'exercice	Universitaire	2
	Hospitalier	3
	Ambulatoire, CSAPA	4
Formation initiale	Médecine générale	4
	Psychiatrie	3
	Pneumologie	1
	Réanimation	1

Sexe	Homme	7
	Femme	2
Activités	Addictologue de liaison	3
	Médecine générale	2
	Psychiatrie	4
	Tabacologie	1
	Urgentiste	2
	Spécialité addictions comportementales	2

Tableau 1. Caractéristiques de la population

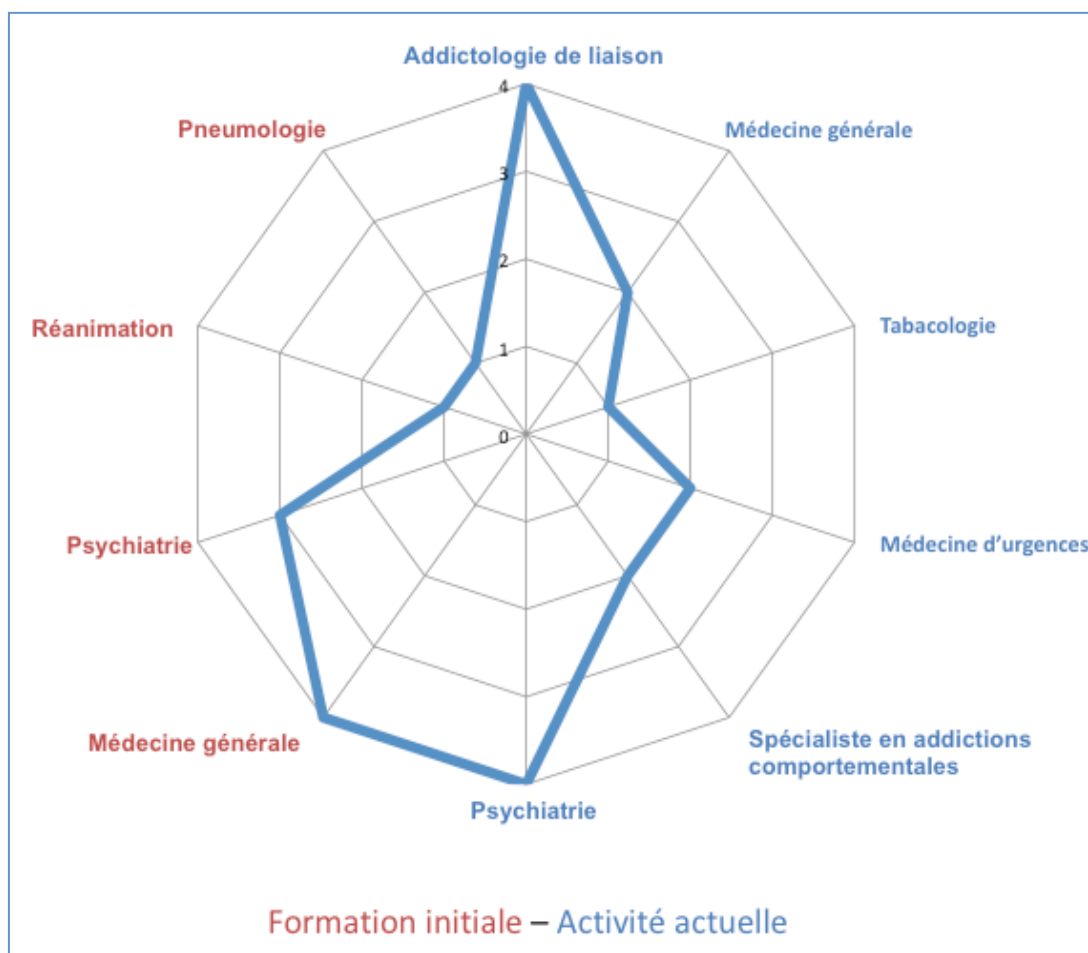


Figure 1. Particularités d'exercice de la population

3.1 L' « autocensure partagée », frein principal du repérage ?

Selon les addictologues, si les patients ne souhaitent pas se dévoiler à leur médecin, c'est qu'ils auraient eu honte de leur addiction. Cette honte aurait reposé sur leurs représentations et sur celles que la société leur impose. Cela était valable pour le jeu : *« Elle était restée longtemps dans l'incapacité à demander de l'aide parce qu'il y avait une grande honte par rapport à ça, et donc elle a fait une tentative de suicide qui l'a amenée aux urgences »*, pour l'alcool : *« Derrière l'alcool, et d'autres drogues, il y a aussi tous les euh... troubles du comportement. Le nombre d'incestes, de violences conjugales, de viols, de violences dans les rues, d'accidents de voiture, etc. etc. [...] il y a vraiment quelque chose de terrible autour de ça. »* ou pour les traitements substitutifs, qui restaient le stigmate de leur addiction : *« Aussi des représentations des patients eux-mêmes. Sur eux-mêmes. "Je veux plus, je voudrais arrêter le Subutex® le plus vite possible" [...] ils sont pressés, parce que le passage à la pharmacie, c'est quand même un moment difficile. Le regard de l'autre. »* ; *« - Qu'est-ce qui a fait qu'elle n'a pas été repérée pendant les 5 années où ça s'est aggravé au fur et à mesure ? A votre avis ? - Ben je pense que il y a le fait que d'une part il y avait beaucoup de honte, par rapport à son addiction... pour elle »*. Cette honte aurait été encore plus marquée avec le médecin de famille, du fait de la proximité : *« Les gens me disent, "c'est parce que il me connaît depuis que je suis tout petit" etc., "j'ai pas envie", les gens ont honte. »* ; *« Très souvent pour les patients alcooliques que je vois euh pour la première fois en consultation, [...] les gens ne souhaitent pas en parler à leur généraliste. Moi c'est d'ailleurs un travail que je fais avec eux quand il y a ce blocage...C'est que ça maintient une forme de honte, de jugement moral sur le comportement qu'il s'auto-attribue en fait... »* ; *« on a encore beaucoup de culpabilité, beaucoup de honte chez certains de nos patients, à évoquer ces problématiques. Notamment quand, on le voit encore en milieu rural ou semi-rural, il y a encore le médecin de famille, le médecin traitant, et donc ils n'ont pas du tout envie d'aller raconter... le fils il ne va pas parler de ça parce que sa mère c'est aussi la patiente du médecin et que... voilà, il se demande quelle va être la porosité ou pas en amont... »*.

Pour certains addictologues interrogés, les médecins généralistes auraient aussi été freinés par leurs représentations, source de peurs et d'autocensure morale : *« Ils ont peur de la réaction, craignent que ça suscite de la honte, de la culpabilité, et que du coup ça ferme le dialogue alors que bien souvent ça l'ouvre. »* ; *« Ca peut être, euh... c'est pas mon problème c'est le sien... ça peut être, enfin les... les addictions, très souvent, quand on pose la question aux populations générales, c'est un choix, c'est*

pas une maladie. » ; « Une forme de peur de quelqu'un qui [...] pourrait devenir menaçant ».

3.2 Le déclic pour se dévoiler ?

Lorsqu'un comportement addictif devenait plus problématique que bénéfique, il pouvait amener le patient à se dévoiler. Mais la fenêtre temporelle ainsi ouverte pour le repérage semblait de courte durée... *« C'est difficile aussi de le... pour le patient d'en parler, parce que ça a une fonction... ça l'aide à... à gérer son stress, à avoir un équilibre psychique et donc il n'a pas forcément tendance à en parler naturellement, par contre c'est quand il y a des soucis, c'est à ce moment-là qu'il va pouvoir en parler un peu, et assez rapidement les choses se figent à nouveau » ; « Bien souvent c'est pas le problème du repérage, c'est plus le moment où la personne en est dans son désir d'aller vers l'arrêt du produit ou pas. »*

Les problèmes induits apparaîtraient d'abord aux yeux de l'entourage. La demande de soin était donc faite par la famille qui poussait le patient à consulter. *« Pour moi en tout cas, c'est quand il y a quelque chose de bruyant pour l'entourage et pas pour le patient, pour la personne » ; « C'est la famille qui vient se plaindre effectivement, en l'occurrence c'est une vraie plainte, il s'occupe plus des enfants, il s'occupe plus de la maison, il me considère plus comme une femme, et il passe l'essentiel de son temps sur des jeux. » ; « Donc il venait parce qu'on lui avait dit qu'il pouvait être aidé. Je ne pense pas qu'il y ait eu quelque motivation que ce soit pour arrêter. »*

Une conséquence grave de l'addiction pouvait cependant être niée par le patient et ne pas provoquer de déclic chez lui. *« Comme il passait beaucoup de temps, beaucoup de sa nuit à jouer, du coup le lendemain il ne se réveillait pas. Il avait eu une sorte d'avertissement, de blâme puis il avait été viré, et du coup il s'était retrouvé avec plein de temps ! (Rires) Pour jouer ! ».*

Ce déclic pour le patient paraissait nécessaire pour faire un repérage réussi mais il arrivait trop tard, puisque la dépendance était déjà installée. Le repérage devant ce tableau « bruyant » pour le patient, sa famille et le médecin était trop tardif. Les addictologues auraient souhaité un repérage plus précoc. *« Il y a un moment où ils disent euh... "je sais que ça me fait du mal mais j'aime ça" et là, après "non ça me fait trop de mal, et je n'arrive pas à le faire tout seul, il faut qu'on m'aide". Et c'est là qu'on peut vraiment repérer facilement les gens. C'est dans cette phase-là. Il faut les repérer avant. » ; « C'est justement ça le problème, c'est qu'en fait, on reste dans une grille de lecture qui est trop bruyante, c'est à dire qu'en fait on va souvent se pencher sur la question s'il y a des signes de dépendance parce que si l'on ne prend*

pas en charge les signes de dépendance, soit il vont être agressifs, soit ils vont finir en réa, soit ça va poser problème.»

Les addictologues imaginaient aussi que la routine de la médecine générale n'encourageait pas à reposer la question des addictions au cours du temps. « Si vous voulez parler de gens dont le repérage a été raté, alors oui, j'ai le souvenir d'une patiente de ma patientèle privée (en médecine générale, NDLR) qui a eu des vrais problèmes avec l'alcool, et moi je m'étais surtout fixé sur sa... sur les problèmes, qui étaient quand même très évocateurs d'une bipolarité. [...] Et en fait ce n'est qu'au bout de, allez je dirais facilement trois ans de suivi que je me suis rendu compte qu'elle avait des stigmates d'alcoolisation qui étaient sévères. Et que ce que je pensais être une consommation occasionnelle de phase euphorique était en réalité une consommation quotidienne et abusive. [...] à l'époque je ne l'avais pas entendue, je m'étais fixé sur une consommation festive alors qu'en fait c'était une consommation quotidienne. [...] elle ne le cachait pas. »

3.3 Les solutions proposées par les addictologues

Les addictologues proposaient d'améliorer la formation aux addictions et à leurs traitements, à l'entretien motivationnel et au RPIB. « Parce qu'il y a quelque chose qui est important avec eux, avec ceux qui prennent des substances, c'est de ne pas être disqualifié.[...] ce qui faut leur montrer c'est qu'on sait ce que c'est.» ; « C'est très important de faire du repérage. En alcool, ça se fait assez facilement, euh, pour les médecins généralistes, de plus en plus je crois. Le repérage précoce et l'intervention brève de Michaud ça commence à se faire. Moi je fais des formations de partout pour leur montrer ce qu'il faut faire, c'est tout simple. »

Ils conseillaient une approche plus empathique, d'aborder le sujet en choisissant bien les mots et les attitudes « non jugeantes », pour s'affranchir des peurs et représentations. « Réussir à faire du conseil minimal, de s'autoriser à le faire, sans avoir peur des réponses que l'on va obtenir. C'est d'avoir les outils pour le faire de façon empathique et sans jugement. Alors il y a des gens pour qui c'est spontané et il y en a d'autres pour qui il faut l'apprendre finalement. » ; « Plutôt que de dire “est-ce que vous êtes polytoxicomane ?” ou “est-ce que vous êtes alcoolique ?” ou “est-ce que vous êtes buveur ?”, je pose simplement la question “qu'est-ce que vous consommez ?” » ; « On aime bien aussi le changement de paradigme, le changement de terme qui fait qu'on est passé de l'alcoolisme et de la toxicomanie à l'addictologie parce que du coup on est sur quelque chose qui un peu plus abordable. Mais c'est vrai que quand on questionne la personne et derrière ce que la

personne entend c'est "ce que vous posez comme question c'est de savoir si je suis alcoolique", euh... on voit bien que c'est compliqué, qu'il y a l'Assommoir qui revient. ».

Les addictologues proposaient de systématiser le repérage des addictions. Cela permettrait de s'affranchir de l'autocensure partagée et de repérer précocement les addictions. *« Si on prend l'addiction au sens large du terme, avec 60 % finalement de la population générale qui en a au moins une, euh... j'aurai tendance à dire... faudrait le dépister systématiquement. » ; « Mettre en place un comportement systématique, chez moi c'est récent (en consultation de médecine générale, NDLR), c'est une histoire de 3 ou 4 ans.[...] c'est ce système qui m'a permis de découvrir des addictions chez des patients que je suivais depuis déjà 20 ans. »*

Pour pouvoir l'intégrer à une consultation de médecine générale, ils proposaient de poser une ou deux questions concernant des mécanismes communs aux différentes addictions. Cela aurait permis d'intégrer aussi bien les addictions avec ou sans substance. Les mécanismes communs à rechercher auraient été la dimension auto thérapeutique, la perte de contrôle et l'impulsivité. *« On se dédouane de cet aspect culpabilisant en sortant de l'approche par produit, en parlant plutôt de ces 3 critères : est-ce que ça fait plaisir ? Est-ce que ça soulage une tension intérieure ? Et est-ce que malgré les conséquences négatives j'arrive à arrêter ou à réduire ma consommation ou le comportement ? » ;*

« Une approche je pense transversale entre les addictions [...] mais [rechercher] plus facilement des choses communes en fait. Une addiction avec la notion d'impulsivité, l'addiction de la régulation des émotions finalement... » ; « Une des questions qu'on pourrait poser [...] "est-ce que vous avez déjà utilisé une substance pour gérer une difficulté dans votre vie ?" et puis "est-ce que vous avez déjà utilisé une substance pour vous soigner ?" ».

4 Discussion

Les addictologues interrogés ont évoqué deux principaux freins au repérage. D'abord l'auto-censure, du patient comme du médecin. Le patient ne veut pas parler de son addiction car il en a honte, les représentations de la société l'empêchent d'en parler librement à son médecin. La proximité avec celui-ci pourrait d'ailleurs être un frein de plus car il serait d'autant plus « jugeant ». Quant au médecin généraliste, il n'aborderait pas non plus le sujet des addictions, à cause notamment de ses propres représentations. Ensuite, les addictologues signalent un repérage retardé, parce que le patient attend pour se dévoiler un déclic qui survient trop tardivement, et parce que

les signes cliniques sont souvent liés à une dépendance déjà installée. De plus, la « routine relationnelle » du médecin l'empêcherait de repérer un changement. Les addictologues proposent donc un repérage systématique, par exemple avec une ou deux questions portant sur la recherche d'une auto thérapeutique, d'une impulsivité et d'une perte de contrôle.

4.1 Des addictologues loin des réalités du repérage en médecine générale...

Les addictologues qui n'avaient pas d'activité de médecine générale nous ont fait part de leur ignorance sur les circonstances dans lesquelles se faisaient les repérages de leurs patients. *« Et avant ça, euh je ne sais pas quel parcours il avait eu, avec son généraliste, je n'ai pas questionné là-dessus. » ; « je pense que les médecins généralistes le voient... enfin, j'imagine. » ; « C'est compliqué parce que c'est le repérage... nous on n'y assiste pas... euh... nous ce qu'on a, c'est le discours du patient ».*

Ils nous ont aussi fait part de la différence entre les médecins généralistes et les addictologues, qui sont selon eux mieux formés et pensent plus aux addictions. Les patients aborderaient aussi plus facilement les addictions avec eux. *« Les patients ont d'autant plus confiance qu'ils s'aperçoivent qu'en face ça ne pose pas de problème. Et moi les patients peuvent me parler de la sexualité sans que je rougis, me parler de la mort sans que ça me gêne, mais parce que j'ai suffisamment travaillé dans ma tête et parce que je suis suffisamment âgé et j'ai de la bouteille dans mon métier aussi. Et je pense que pour les drogues c'est pareil. »*

« - Nous on n'a pas du tout un rapport avec les addicts qu'ils soient d'ailleurs héroïnomanes, ou qu'ils soient sur l'alcool ou sur autre chose, on n'a pas du tout un rapport qui est un rapport de gens qui mentent, qui cachent, etc. Au contraire, on a même l'impression que les gens disent très très...

- Se sentent libres d'en parler ?

- Voilà. Et même d'ailleurs, si on n'est pas nous confrontants, et pas avec un jugement moral, les gens ils en parlent avec un, un... c'est important qu'ils puissent parler du plaisir qu'ils ont dans leur consommation. »

Seuls les addictologues qui avaient une activité de médecine générale associée ont pu nous raconter les détails du parcours de vie et des conditions du repérage de leur patient.

Les addictologues sont conscients de ce manque d'information et lucides sur les *a priori* qui en découlent.

4.2 Mais proches de ce qui est retrouvé dans les études

Les addictologues ont présenté des points de vue proches des réalités décrites dans différentes études. A titre d'exemple, ils recommandaient d'être systématique dans le repérage, et ne pas se fier uniquement à un pressentiment ou à un signe objectif. De fait, 70 % des médecins généralistes n'abordent l'alcool qu'avec certains patients jugés à risque²¹. Les préjugés des médecins généralistes seraient donc selon les addictologues un frein au repérage des addictions. En 2009, 40 % des médecins généralistes déclaraient que poser la question de l'alcool était difficile²¹. En 2012, Mules et al. mettaient aussi en avant que les freins les plus communs parmi les médecins généralistes étaient le tabou et la malhonnêteté des patients²². Les addictologues ont aussi souligné que le repérage actuel était trop tardif, alors qu'il y avait des signes de dépendance qui alertaient la famille et le médecin. C'est aussi ce qui ressortait de cette étude. Les médecins généralistes connaissaient l'importance d'aborder l'alcool mais ne le faisaient que lorsqu'il y avait des effets secondaires importants pour le patient²². Les addictologues proposent un test de repérage court, d'une ou deux questions, ne ciblant pas des substances ou des comportements en particulier mais reposant plutôt sur la recherche de critères transnosographiques ou de mécanismes communs aux addictions comme l'impulsivité ou la perte de contrôle. En 2015, la HAS a proposé une aide au repérage précoce reposant sur une quinzaine de questions ciblant les 3 principales substances : tabac, alcool, et cannabis¹⁹. Le test de repérage des polydépendances ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) proposé par l'OMS contient lui 80 questions²³. Il existe aussi des tests ne ciblant pas les substances comme le CRAFFT *Screening Tool* (*Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble*), et plus récemment des tests plus courts émergent, comme DAST-2 (*Drug Abuse Screening Test*)^{24,25}.

En revanche, aucune étude n'a mis en évidence cette « auto-censure partagée » qui empêche la rencontre entre le patient et son médecin. Aucune étude n'a montré de lien entre la proximité du médecin traitant et la facilité à se dévoiler du patient. Est-il plus facile ou plus difficile de se dévoiler à un médecin traitant que l'on connaît bien ? Enfin, le dévoilement du patient dépendrait aussi d'un déclic. Celui-ci n'est pas mentionné comme un frein à l'utilisation des différents outils de repérage de référence^{26,27}. Faudrait-il tenir compte du déclic pour poser les questions au bon moment ?

4.3 Forces et limites de l'étude

La suffisance des données a été obtenue avec un faible nombre d'entretiens. Il est certes possible qu'un échantillonnage incomplet soit en cause, mais c'est plus probablement la population assez restreinte des addictologues qui travaillent tous en réseau qui explique cette rapide convergence des données. La répartition inégale des sexes est représentative de la population actuelle des addictologues.

Le codage initial, la création de catégories conceptualisantes et la modélisation ont été conduits selon les règles habituelles de la triangulation. Ils ont bénéficié de la participation d'addictologues, d'un enseignant chercheur en sciences de l'éducation spécialisé en récits de vie d'un professeur de philosophie des sciences lors des phases de mise en commun. Cette participation a renforcé la crédibilité et la cohérence des résultats de l'analyse.

4.4 Conclusion : quid du repérage ?

La question de la définition d'un repérage réussi reste ouverte. En effet, les addictologues semblent considérer comme repérage réussi, le diagnostic d'une addiction chez un patient alors qu'elle était cachée ou non connue du médecin. Il serait intéressant de savoir ce qu'en dit le patient. On peut aussi se demander quel est le bénéfice du diagnostic d'une addiction alors que le patient ne souhaite pas – ou pas encore - entrer dans une démarche de soins. Dans ce cas, le diagnostic seul peut-il être considéré comme un repérage réussi ?

Par ailleurs, l'utilisation d'un questionnaire pour repérer une addiction ou en évaluer le risque est-elle compatible avec l'empathie qu'attendent sans doute ces patients ?

Pour toutes ces raisons, ces résultats ne peuvent faire sens que confrontés aux réalités du repérage en soins premiers que vivent les patients et les professionnels concernés.

Références

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington : APA, 2013.
2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec;380(9859):2224–60.
3. Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, Whiteford HA, Vos T. Excess Mortality from Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4)*. Washington : The World Bank; 2016.
4. Deborde T, Brisacier AC. Les décès par surdose - État des lieux en France et comparaisons européennes. Paris : Ofdt, 2016.
5. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Drogues, chiffres clés*. 7^e éd. Paris : Ofdt, 2017.
6. Kopp P. *Le coût social des drogues en France*. Paris : Ofdt, 2015.
7. Haller DM, Meynard A, Lefebvre D, Hasselgård-Rowe J, Broers B, Narring F. Excessive substance use among young people consulting family doctors: a cross-sectional study. *Fam Pract*. 2015 Oct;32(5):500–4.
8. Haute Autorité de santé. *Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins - audition publique*. Saint-Denis : HAS, 2007.
9. Haute Autorité de santé. *Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins - Recommandations de la commission d'audition*. Saint-Denis : HAS, 2007.
10. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2011;59(5):285-94.
11. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003 Apr; 93(4):635–41.
12. Yoast RA, Wilford BB, Hayashi SW. Encouraging physicians to screen for and intervene in substance use disorders: obstacles and strategies for change. *J Addict Dis*. 2008;27(3):77–97.
13. Maurat F. *Repérage précoce et intervention brève des mésusages d'alcool. Etude de faisabilité auprès de 97 médecins généralistes girondins sur une année*. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2006.
14. McPherson TL, Hersch RK. Brief substance use screening instruments for primary care settings: a review. *J Subst Abuse Treat*. 2000 Mar;18(2):193–202.

15. Neuner-Jehle S. [The addiction patient in the family physicians' practice: tools and skills for a successful performance]. *Ther Umsch Rev Ther*. 2014 Oct;71(10):585–91.
16. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2010 Sep;21(5):364–80.
17. Baumeister SE, Gelberg L, Leake BD, Yacenda-Murphy J, Vahidi M, Andersen RM. Effect of a primary care based brief intervention trial among risky drug users on health-related quality of life. *Drug Alcohol Depend*. 2014 Sep 1;142:254–61.
18. Becker SJ, Curry JF, Yang C. Longitudinal association between frequency of substance use and quality of life among adolescents receiving a brief outpatient intervention. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. 2009 Sep;23(3):482–90.
19. Haute Autorité de santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Saint-Denis : HAS, 2015;
20. Pautrat M. Evaluation des outils de repérage des situations de polydépendance en soins primaires : une revue de la littérature. Thèse de médecine : Université de Tours, 2015.
21. Beck F, Guignard R, Richard JB. Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyse du Baromètre santé Inpes. Paris : La Documentation Française, 2014.
22. Mules T, Taylor J, Price R, Walker L, Singh B, Newsam P, et al. Addressing patient alcohol use: a view from general practice. *J Prim Health Care*. 2012 Sep 1;4(3):217–22.
23. Gryczynski J, Kelly SM, Mitchell SG, Kirk A, O'Grady KE, Schwartz RP. Validation and performance of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among adolescent primary care patients. *Addict Abingdon Engl*. 2015 Feb;110(2):240–7.
24. Karila L, Legleye S, Beck F, Falissard B, Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. *Presse Med*. 2007 Apr;36(4, Part 1):582–90.
25. Diagnostic accuracy of a two-item Drug Abuse Screening Test (DAST-2). *Addict Behav*. 2017 Nov 1;74:112–7.
26. Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M, et al. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002 Sep;97(9):1183–94.
27. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Jul;31(7):1208–17.

Annexe 1 : Guide d'entretien initial

Réalités du repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs en soins premiers: points de vue d'addictologues

Je m'appelle David Ciolfi, étudiant en année de thèse de médecine générale à Tours. Mon sujet de thèse s'intéresse aux réalités du repérage des conduites et consommations problématiques et addictions. Elle s'inscrit dans le cadre d'un projet plus vaste, PAPRICA (Problematic use and Addictions in Primary Care), dont le but est de d'identifier les problèmes rencontrés dans le repérage des addictions et consommations problématiques et d'y apporter des solutions.

Il s'agit d'une étude qualitative issue d'entretiens avec des médecins addictologues de la Région Centre.

Cet entretien est enregistré et anonyme. Il sera ensuite retranscrit par écrit pour être analysé selon la méthode par théorisation ancrée.

Question brise-glace:

Vous pouvez me raconter l'histoire du dernier patient que vous avez vu?

Comment est-il arrivé chez vous?

C'est toujours comme ça? Pourquoi?

Repérages ratés:

Est-ce que vous pouvez me raconter l'histoire d'un repérage d'addiction qui a raté ?

Pourquoi ça a raté?

Qu'est-ce qui aurait pu être amélioré dans son repérage?

Repérages réussis:

Et maintenant, pouvez-vous me raconter l'histoire d'un repérage qui s'est bien passé ?

Qu'est ce qui a fait que ça a bien marché?

Qu'est-ce qui a amené le patient à venir voir le médecin la première fois?

Médecine générale:

Que pensez-vous du repérage en médecine générale?

Qu'en attendez-vous?

Quels freins voyez-vous?

Et si vous étiez médecin généraliste, vous feriez quoi ?

D'autres ont abordé :

Sexe	
Age	
Zone d'exercice	
Mode d'exercice	
Spécialité, formation, ...	

Annexe 2 : Formulaire de consentement

LETTRÉ D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Version n° du

Acronyme :

Etude PAPRICA : Problematic use and Addiction in Primary Care

Promoteur de la recherche :

CHRU de Tours - 2, boulevard Tonnellé 37044 Tours Cedex 9

Investigateur coordonnateur :

Dr PAUTRAT Maxime

Médecin Généraliste – Chef de Clinique universitaire de médecine générale

CHRU de Tours - 2, boulevard Tonnellé 37044 Tours Cedex 9

Téléphone : 02 18 08 20 00

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une recherche organisée par le CHRU de Tours et appelée *PAPRICA*

Cette recherche dite non interventionnelle ne comporte aucun risque ni contrainte pour vous. Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement de vos données de santé pourra être mise en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui vous concernent soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

QUEL EST L'OBJECTIF DE CETTE ÉTUDE ?

Explorer la pratique du repérage des consommations et conduites problématiques et des polydépendances en soins primaires pour étudier votre pratiques, les freins éventuels, vos attentes, et voir si des améliorations sont possibles.

QUE SE PASSERA T-IL SI JE PARTICIPE À LA RECHERCHE ?

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, les données vous concernant seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif mentionné plus haut.

Votre participation durera le temps de cet entretien et il n'y aura ni visite ni examen supplémentaire.

EST-CE QUE JE PEUX RENONCER A MA PARTICIPATION ?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement de vos données dans le cadre de cette recherche.

Dans ce cas, vous devrez avertir le coordonnateur de cette recherche ou le médecin qui vous a proposé d'y participer. Ce dernier s'engage alors à communiquer votre opposition au Promoteur.

EST-CE QUE MA PARTICIPATION RESTERA CONFIDENTIELLE ?

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données de santé va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises au Promoteur ou aux personnes agissant pour son compte. Ces données seront donc identifiées par un code et les initiales de votre nom et prénom.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Vous disposez également 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 pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

QUI A APPROUVÉ LA RECHERCHE ?

En application des dispositions de l'article L1121-4 du code de la santé publique, les modalités de cette recherche ont été soumises à un Comité de Protection des Personnes (CPP) qui a notamment pour mission de vérifier les conditions requises pour la protection et le respect de vos droits.

QUI POURRAI-JE CONTACTER SI J'AI DES QUESTIONS ?

Le médecin qui vous a proposé cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires. Si vous le souhaitez, vous pouvez contacter directement le coordonnateur de cette recherche : le Dr PAUTRAT (02 18 08 20 00)

A compléter par l'investigateur (médecin ou personne qualifiée)

Nom, prénom investigateur :

N° de téléphone :

Nom, prénom de la personne qui se prête à la recherche :

Date de délivrance de l'information : ____ / ____ / ____ Opposition exprimée : ☐ Oui ☐ Non

Signature investigateur :

A compléter en 2 exemplaires : le 1^{er} exemplaire est à conserver par l'investigateur, le 2nd par le patient.

FORMULAIRE D'OPPOSITION
A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE POUR LA RECHERCHE
Version n° du

Etude Acronyme :

Etude PAPRICA : Problematic use and Addiction in Primary Care

Promoteur de la recherche :

CHRU de Tours - 2, boulevard Tonnellé 37044 Tours Cedex 9

Investigateur coordonnateur :

Dr PAUTRAT Maxime

Médecin Généraliste – Chef de Clinique universitaire de médecine générale

CHRU de Tours - 2, boulevard Tonnellé 37044 Tours Cedex 9

Téléphone : 02 18 08 20 00

A compléter par la personne qui se prête à la recherche uniquement en cas d'opposition

Coordonnées de la personne se prêtant à la recherche :

Nom :

Prénom :

☐ **Je m'oppose à l'utilisation de mes données de santé dans le cadre de cette recherche.**

☐ **Le cas échéant, je m'oppose à l'utilisation de toutes les données recueillies antérieurement.**

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir le coordonnateur de cette recherche ou le médecin qui vous a proposé d'y participer.

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

Après avoir complété ce document, merci de le remettre au médecin (ou la personne qualifiée selon le type d'étude) qui vous a proposé de participer ou directement au coordonnateur de la recherche.

Annexe 3 : Avis favorable de l'ERERC



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Maxime PAUTRAT
Titre du projet de recherche : Etude PAPRICA : Problematic use and Addiction in Primary
Care
N° du projet : 2017 059

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

☒ **FAVORABLE**
Sous réserve d'une déclaration à la CNIL

☐ **DÉFAVORABLE**

☐ **SURSIS A STATUER**

☐ **DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2017 059

A Tours, le 9 janvier 2018

Dr Béatrice Birmelé
Directrice ERERC

Annexe 4 : Enregistrement à la CNIL

J'ai enregistré votre traitement informatique dans le "fichier des fichiers" du C.H.R.U. sous le n° 2017_093.
Vous êtes en règle vis-à-vis de la CNIL.

Cordialement

Eric **TRIPAULT**
Pôle Finances, Facturation Système d'information
Hôpitaux de Tours
Tél : 02 47 47 84 46
Email : e.tripault@chu-tours.fr



Correspondant Informatique et Libertés : cil@chu-tours.fr

[Intranet](#)

De : Maxime PAUTRAT [mailto:lamibaryton@hotmail.fr]
Envoyé : jeudi 29 juin 2017 21:57
À : FLURY GUILLAUME; Correspondant C.N.I.L
Objet : RE: RNI - M. Pautrat

Bonjour,
suite à notre rencontre d'Avril dernier, et après de longues semaines de retard suite à différents congrès et obligations universitaires, je vous envoie enfin les demandes CPP, CNIL concernant le projet cadre de ma thèse de science.

Vous trouverez en PJ :

- le protocole RNI
- la lettre de consentement et d'opposition adaptés aux médecins et patients
- le formulaire CNIL (je met M.Tripault en copie)
- les guides d'entretien des 4 premières études qualitatives
- mon projet de thèse de science pour rappel, avec le détail des différentes étapes de travail

Merci de me dire si des modifications sont à apporter

Merci de votre aide,

Cordialement

Dr Maxime PAUTRAT - CCU MG

Vu, le directeur de thèse

**Vu, le Doyen
de la faculté de médecine de Tours
Tours, le**

CIOLFI David

31 pages – 1 tableau – 1 figure

Résumé :

Introduction. Les troubles liés à une substance et les troubles addictifs induisent une morbidité, une mortalité et des dommages sociaux considérables. Ils sont insuffisamment repérés en soins premiers. Pourtant leur prise en charge médicale diminue la morbidité et améliore la qualité de vie des sujets atteints.

Objectif. Explorer les réalités du repérage des troubles liés à une substance et les troubles addictifs du point de vue des addictologues.

Méthode. Cette étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés a été menée auprès d'un échantillon en variabilité maximale de 9 médecins addictologues entre octobre 2016 et février 2018. L'analyse consensuelle a été faite par théorisation ancrée.

Résultats. Du point de vue des addictologues, l'appréhension des médecins envers les "toxico" et la peur des patients d'être jugés seraient les principales raisons du retard dans le repérage des addictions. Ils pensent aussi que la routine de la médecine générale n'encouragerait pas à repenser la question des addictions au cours du temps. De plus, les patients identifieraient trop leur médecin comme un médecin "de famille" pour lui confier un sujet honteux. Pourtant ils rapportent que ce sont les patients eux-mêmes qui viennent chercher de l'aide à l'occasion d'un déclic dans leur trajectoire addictive. Les addictologues reconnaissent méconnaître les réalités du repérage en soins premiers et proposent différentes pistes pour l'améliorer : une meilleure formation des médecins, prévoir un repérage plus systématique sans aborder les addictions par substance, rechercher une consommation auto-thérapeutique, et une perte de contrôle.

Discussion. La théorie d'une « auto-censure partagée » serait une des raisons du retard au repérage précoce des addictions. Ces réalités seraient à mettre en perspective avec celle des patients concernés, médecins généralistes et de la population générale afin de proposer des améliorations au repérage des usages et comportements addictifs problématiques en soins premiers.

Mots clés : Repérage ; addictions ; trouble addictif ; soins premiers ; addictologues ; étude qualitative.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Patrice DIOT
<u>Directeur de thèse :</u>	<u>Docteur Maxime PAUTRAT</u>
Membres du Jury :	Professeur Nicolas BALLON
	Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Date de soutenance : Jeudi 19 avril 2018