

Année 2017/2018

N°35

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Vincent RIFFAULT

Né le 30 mars 1988 à Tours (37)

**Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs
dans le discours des patients concernés.**

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

Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le discours des patients concernés.

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

Objectif. Explorer les réalités du repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le discours des patients concernés.

Méthode. Le MINI (*McGill Illness Narrative Interview*), guide d'entretien semi-dirigé de médecine narrative a permis d'explorer différents récits de sujets ayant un trouble lié à une substance ou un trouble addictif. Le recrutement s'est fait pour les principales addictions selon une stratégie d'échantillonnage à variation maximale. Les entretiens ont été transcrits et analysés selon la méthode de théorisation ancrée.

Résultats. Au début de l'addiction les huit participants avaient l'impression d'une amélioration de leur vie. Progressivement la prééminence des problèmes sur les avantages liés à l'addiction menait à l'ambivalence. Cependant la volonté de changement émergeait réellement au contact d'une "ligne rouge" physique ou psychologique. Elle était renforcée par la perspective que ce changement était possible, et réfrénée par la honte. Momentanément les sujets se dévoilaient ou se mettaient en situation de dévoilement pour être aidés. L'absence de jugement, l'empathie et la valorisation de la capacité du sujet à changer favorisaient alors le repérage au sens d'une rencontre suivie de soins et non d'un diagnostic seul.

Discussion. L'attitude du soignant semble un facteur majeur de réussite du repérage, pourtant cette dimension n'est pas mise en avant dans les recommandations actuelles. Prendre en compte les "lignes rouges" et la honte dans une approche transversale des addictions pourrait également aider le patient à se dévoiler. Ces résultats seraient à mettre en perspective avec les réalités des addictologues, des médecins généralistes et de la population générale.

Mots clefs : *Repérage ; addictions ; troubles addictifs ; troubles liés à une substance ; médecine narrative ; étude qualitative ; McGill Illness Narrative Interview ; MINI ; Soins premiers.*

Abstract

Screening of substance-related and addictive disorders according to outpatients narratives.

Introduction: Substance-related and addictive disorders cause significant morbidity and mortality and social damage. They are not enough screened in primary care. Yet managing them reduces morbidity and mortality and improves the quality of life.

Aim: To explore the realities of substance-related and addictive disorders screening according to the outpatients narratives.

Method: The McGill Illness Narrative Interview (MINI), a semi-structured interview guide for narrative medicine, was used to explore several narratives of people with a substance-related and addictive disorders. The interviews were transcribed and analyzed according to the grounded theory method.

Results: At the beginning of the addictive behavior, the eight participants thought that it would be an improvement of their life. Gradually, the preeminence of problems over the benefits of addiction leads to ambivalence. However, the desire for change actually came when there was a contact with a physical or psychological "red line". This desire was enhanced when the person saw a change was possible whilst it was repressed by shame. For a time, the persons disclosed themselves or let it be known that they needed help. The absence of judgment, empathy and the value given to the ability to change help the screening to be a meeting followed by care and not a diagnosis alone.

Discussion: The caregiver's attitude seems to be a major key to success for the screening, yet it is not highlighted in the current recommendations. Taking into account "red lines" and shame in a cross-cutting approach to addictions could also help the patient to disclose oneself. These realities should be put into perspective with those of addiction specialists, general practitioners and the general population.

Key words : *Screening ; addictive behaviour ; Substance-related disorders ; narrative medicine ; McGill Illness Narrative Interview ; MINI ; qualitative research ; primary care*

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

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
ARBELLE 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
HOURIOUX 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
BERHOUEZ 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
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DESOUBEAUX 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

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
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 participants à cette étude, aux Docteurs BONNEMAISON et BERTROU

Merci pour le temps que vous m'avez consacré.

A mon Parrain,

Merci de m'avoir aidé pour la traduction.

A Madame Léa POITEVIN

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

A David,

Pour tes conseils et tous ces bons moments, merci.

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

Merci pour votre implication et votre disponibilité.

A ma famille, à mes amis,

Merci pour votre soutien.

A ma femme,

Merci d'être à mes côtés.

Table des matières

Introduction.....	11
Matériel et Méthode.....	12
Résultats.....	13
Discussion.....	19
Références.....	22
Annexes.....	25

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 accrues : 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 primaires 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 précoce 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 premiers²⁰ et les freins et les leviers à la mise en place du RPIB ne sont pas connus.

L'objectif de cette étude qualitative était d'explorer les freins et les facilitateurs du repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs au travers du discours des personnes concernées.

Matériel et Méthode

Étude des trajectoires de vie

Des entretiens semi-dirigés utilisant le guide de médecine narrative MINI (*McGill Illness Narrative Interview*)^{21,22} ont été conduits par 2 investigateurs entre décembre 2016 et mars 2018.

Participants

Des personnes souffrant d'un trouble lié à une substance ou au jeu d'argent persistant moyen ou grave selon les critères de la cinquième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5)¹ ont été recrutés. Le recrutement s'est fait en région Centre-Val de Loire en milieu urbain et rural auprès de médecins généralistes, addictologues et d'un service d'urgence hospitalier. Il ne devait pas y avoir de relation de soin entre l'investigateur et le participant. Selon une stratégie d'échantillonnage à variation maximale, les principales addictions à différents stades de prise en charge ainsi qu'une grande variabilité en termes de sexe, âge, situation professionnelle, cadre de vie et type de suivi ont été recherchées.

Recueil des données

Le MINI a permis une exploration des récits en mettant en évidence trois types de raisonnements : narratif, prototypique et causal. Des questions plus spécifiques sur le repérage ont été ajoutées. Ces questions ont évolué en fonction des catégories émergentes. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits, anonymisés et codés à l'aide du logiciel Nvivo®.

Analyse

Les chercheurs ont mené une analyse par théorisation ancrée après s'être interrogés sur leurs *a priori*. Un travail de mise à distance des représentations a été réalisé préalablement. La triangulation des données a été assurée par le codage consensuel d'au moins 2 chercheurs. Afin d'améliorer l'analyse 1 addictologue, 2 spécialistes en analyse de récit de vie et 4 médecins généralistes ont participé à ce travail.

Aspects éthiques

Chaque personne interrogée a signé un consentement éclairé (Annexe 1). Les enregistrements audio ont été détruits après leur retranscription.

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 2). Une autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était pas requis étant donné l'absence d'intervention sur les participants et l'anonymisation des données. Cette étude est enregistrée à la Commission nationale informatique et liberté (CNIL) sous le N°2017-093 (Annexe 3).

Résultats

Huit personnes ont été interviewées. La durée moyenne des enregistrements était de 75 minutes. Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le *Tableau 1*. Les stades de prise en charge sont présentés selon le modèle trans-théorique de changement de Prochaska et DiClemente²³ dans une optique de simplification de la compréhension. Dans le cas d'une polyconsommation, la substance considérée était celle désignée comme problématique par le participant.

		Alcool	Cannabis	Héroïne	Ecstasy	Codéine	Benzodiazépine	Jeux d'argent
Femme	Age	55 ans		54 ans	18 ans	26 ans	57 ans	
	Cadre de vie	Citadin		Citadin	Citadin	Rural	Semi-rural	
	Situation professionnelle	Sans activité		Technicienne	Étudiante	Employée	Cadre	
	Stade	Maintenance		Sortie	Action	Action	Action	
	Type de suivi	Médecin traitant		Médecin traitant	Psychiatre	Médecin traitant	Médecin traitant	
	Durée de l'entretien	55 minutes		62 minutes	53 minutes	79 minutes	67 minutes	
	Numérotation	E2		E1	E4	E6	E8	
Homme	Age	42 ans	35 ans					65 ans
	Cadre de vie	Citadin	Rural					Citadin
	Situation professionnelle	Sans activité	Employé					Retraité d'une profession intermédiaire
	Stade	Maintenance	Action					Maintenance
	Type de suivi	Médecin traitant	Centre d'addictologie					Centre d'addictologie
	Durée de l'entretien	85 minutes	99 minutes					97 minutes
	Numérotation	E5	E3					E7

Tableau 1 Caractéristiques des participants E = Entretien

Un plus pour améliorer sa vie

La consommation ou le comportement se renforçaient initialement pour apporter un « plus » dans la vie du sujet. L'addiction n'était pas débutée dans une optique auto-thérapeutique. « *C'était festif d'abord et ensuite euh... oui je me suis dit : "Oh ça t'a fait du bien alors pourquoi pas prendre un verre à la maison, tiens !"* » (E2). Le sujet découvrait de nouveaux horizons qui lui permettaient d'avoir l'impression de quitter une condition qu'il trouvait insatisfaisante. « *J'me mettais devant un Loto-foot®*,

c'était... Alors, y'avait l'côté, j'peux pas vous dire jouissif docteur, mais le côté plaisant... Le côté plaisant de prendre mon p'tit journal puis m'dire : « Bon allez ! J'vais m'gagner quelque chose ! » (E7).

L'impression d'un meilleur équilibre

L'habitude de consommation était renforcée par la recherche d'un effet auto-thérapeutique pour soulager une souffrance. L'addiction se maintenait du fait de l'effet auto-thérapeutique. *« Quand on l'fume la première fois quoi. On est euphorique, on rigole, on oublie tous les problèmes, on oublie l'collège, on oublie l'lycée, on oublie, on oublie les prises de têtes avec les parents, on oublie parfois les familles qui vont pas bien, on oublie, on oublie les problèmes quoi. » (E3).* Le produit ou le comportement répondaient aux besoins du sujet, ce qui renforçait sa prise. Ces besoins concernaient en premier lieu l'intégration sociale. [en parlant de l'alcool] *« Bah en fait vous savez c'est, c'est comme l'époque : " Ouais bah tu fumes une clope ? Ah bah tu fumes pas d'clopes toi ?! Bah t'es un naze ! " Vous voyez, l'truc quoi, l'effet d'mode en fait. » (E5).* Les besoins auxquels répondait l'addiction pouvaient aussi s'inscrire dans le sillage d'un trouble du sommeil ou de l'alimentation. *« En combattant l'anorexie on passe par des crises de boulimie et du coup le fait d'prendre ça, ça coupait l'appétit, ça m'faisait maigrir et en fait c'est un... c'est un cercle vicieux dès que j'crisais bah je savais qu'le soir j'allais sortir en boîte donc du coup j'allais... prendre un cach'ton et donc j'allais perdre c'que j'avais mangé etc. » (E4).*

La honte et la mécanique addictive éloignent des facteurs protecteurs

Progressivement l'addiction modifiait le rapport du sujet à sa vie et son rapport aux autres. *« Bah en général on pouvait avoir 4 boîtes euh... En pharmacie... Donc euh, la boîte, euh, les 4 boîtes elles m'faisaient 2... 2-3 jours... [...] j'ai fait des kilomètres pour [...] pour trouver des pharmacies où j'avais pas été pour qu'ils puissent me donner des boîtes » (E6).* Dans un même temps le sujet se sentait victime d'un rejet car il avait l'impression d'être stigmatisé, c'est-à-dire réduit à son trouble. *« On est vite catalogué hein... moi je sais qu'dans mon quartier ou j'habitais : " Ah les toxicos ! " Dès qu'y avait un truc c'était ça quoi, " les toxicos, machin... " Voilà c'est tout, pff, c'était, c'est du dédain quoi, c'est un peu... ouais euh... une mise... une mise à l'écart quoi » (E1).*

Ce phénomène était moins manifeste en ce qui concerne les usages détournés de médicaments ou les jeux d'argent. La peur d'être discrédité était cependant toujours bien présente. *« J pense qu'elle le sait plus ou moins mais j'ai toujours eu, par rapport à ma fille... [...] En fait j'ai toujours eu peur qu'elle... De reproduire en fait [...] D'induire... Déjà ma fille j'culpabilise parce qu'elle fume... »* (E8).

Pour réduire la tension que générait la honte et pouvoir poursuivre son addiction le sujet remodelait son entourage et son quotidien. Il semblait réduire ainsi sa capacité à mobiliser les ressources qui remettraient en cause l'addiction. *« j'suis resté avec certaines personnes en fait qui fumaient vraiment quotidiennement : matin, soir, midi, et... [...] J me rappelle bien d'une personne bien en particulière avec qui on consommait même beaucoup euh... elle m'disait : " ouais mais tes problèmes ils n'viennent pas que d'ça quoi ! " »* (E3).

L'émergence du caractère problématique

Après une durée variable, la situation apparaissait comme problématique au sujet. *« c'est un p'tit peu comme euh... pfff... quand on est amoureux et puis après qu'ça s'passe mal quoi, (en riant) c'est un peu pareil ! On est heureux, et tout, c'est euphorique au départ et puis p'tit à p'tit on découvre : " Ah ! Il a mauvais caractère ! Ah ! (en riant) Il lève pas la lunette des chiottes ! Ah ! " (en riant) Des choses comme ça quoi ! »* (E1). Cette prise de conscience survenait quand la « lune de miel » initiale n'était plus possible malgré tous les aménagements pour réduire les effets négatifs de l'addiction. Ses bénéfices n'étaient plus suffisamment ressentis en comparaison de son coût. C'était souvent des conséquences affectives dans le rapport à l'autre ou à soi qui faisaient émerger le caractère problématique. *« Et le jour où c'est passé de plaisir à "j me rends compte qu'il y a un problème" c'est, j vous dis, quand y'a eu, quand y'a eu une rupture et que là j me suis rendu compte bah qu'c'était du matin au soir, quand j'mm, j me sentais presque mal si j'allais pas bosser sans avoir fumé avant quoi »* (E3), ou encore *« J me suis r'trouvé dans des états qu'j'aurais préféré, 'fin... Déjà ne jamais avoir été comme ça, le... Me r'trouver en plein Plum' [en plein centre-ville] et ne même pas savoir articuler deux mots, bafouiller, etc. c'est hyper dé', 'fin, c'est hyper dégradant »* (E4). Parfois le sujet souffrait de la perte des possibilités induite par l'addiction. *« j vous dis en 2003 là où j'ai perdu mon permis, là où j me suis mis à dire « Tiens ! Ah merde, ah bah, puisque t'as perdu tout, piccote mon vieux tant qu't'y es... »* (E5). Cette souffrance était en effet souvent un facteur aggravant le trouble plutôt qu'un facteur de changement.

De la perception du problème au dévoilement.

L'émergence du caractère problématique ne provoquait pas forcément une recherche d'aide. La honte en était une des raisons. Ce frein étant majoré quand il était combiné à l'absence d'espoir de changement ou à une situation encore supportable bien que critique. L'addiction pouvait alors être diagnostiquée sans que le sujet modifie sa situation. « *Quand j'ai eu mon problème avec la douane et qu'ils m'ont fait l'obligation d'soin [...] c'qui m'a manqué à c'moment là c'était l'envie moi, individuelle de moi* » (E3). Le repérage au sens d'un diagnostic suivi d'une prise en charge n'était possible que si le sujet le voulait. Tous les participants ont ainsi souligné l'importance du caractère personnel de leur souhait de changement. L'origine de ce souhait était l'impression d'avoir touché une « ligne rouge ». Cette limite pouvait être un état physique insupportable « *J'étais d'venu à boire, deux, ouais deux litres de whisky par jour purs, donc euh...Voilà c'était juste la problématique de santé, d'alcool, j'me suis dit : "J'peux pas rester comme ça, j'vais, j'vais en crever quoi !"* » (E5) ou un événement de vie particulier faisant intervenir un tiers comme une grossesse. « *j'pense que j'ai eu l'déclic euh, c'est réellement un problème et euh, même si c'était déjà un problème avant c', parce qu'on essaye, on essaye pour, pour un bébé* » (E6) ou encore « *Là j'ai eu peur surtout parce que, bah pour le bébé quoi... et puis j'me suis dit ça va pas continuer encore comme ça jusqu'à, jusqu'à la fin d'ma vie quoi ! Il faut quand même que j'réagisse quoi ! (inspiration) J'ai eu un sursaut de lucidité j'crois à c'moment-là.* » (E1). L'idée qu'un changement était possible semblait renforcer l'envie de se dévoiler c'est-à-dire de faire part à l'autre de son addiction et des problèmes qu'elle pose, cela de manière passive ou active. Jusque-là la consommation ou le comportement étaient cachés. L'envie de se dévoiler avait pu être suscitée par la connaissance d'une structure de soin ou d'un traitement. Un dévoilement actif semblait réfréné par la honte. Le sujet exprimait alors une envie d'en parler sans réussir à faire le premier pas. « *Quand on est avec elle, euh, hormis l'attente, dans la, dans la salle d'attente, elle est, elle a l'air douce mais au moment de vouloir, de vouloir lui en parler j'ai, je m'suis retracté, 'fin, j'ai pas osé* » (E6). L'émergence du caractère problématique faisait donc naître une ambivalence. Celle-ci se muait en dynamique de changement à l'occasion d'un contact avec une « ligne rouge ». La perspective d'un changement possible favorisait cette dynamique, la honte pouvait la réfréner. Le sujet se mettait alors en posture de dévoilement pour se laisser repérer. Cette posture était adoptée plus ou moins

longtemps selon la persistance de la perception de la « ligne rouge », la perspective d'un changement possible ou de la honte.

Du dévoilement au repérage partagé

Tout comme l'émergence du caractère problématique ne menait pas nécessairement au dévoilement, le dévoilement ne menait pas mécaniquement au repérage. En effet plusieurs participants avaient consulté pour leur trouble sans que leur soit proposée une prise en charge à laquelle ils adhéraient. « *Ouais mais lui c'était : " Ouah j'vous file de l'Espera® et puis voilà... " [...] Mais bon... C'est pas c'qui fallait quoi, fallait, fallait beaucoup, beaucoup plus de chose et voilà quoi ! Ppff, ouais... »* (E5). La proposition de soin paraissait ainsi parfois insuffisante ou inadaptée. « *il a, il a quand même été assez à l'écoute... Mais il a aucune connaissance en fait du cannabis. Et il le dit ouvertement.* » (E3). C'était aussi le cas dans le récit du sujet atteint d'un trouble lié au jeu d'argent, trouble peu connu à l'époque. D'autres sujets pensaient que leur médecin traitant se doutait de leur trouble et auraient ainsi aimé être « dévoilés ». « *Bah il voyait bien, j'pense qu'il était pas bête (rires) il devait bien s'rendre compte que c'était pas... la grande forme ! Mais il m'a jamais euh... il m'a jamais parlé de rien, j'pense qu'il s'en foutait un peu, franchement (rires) ! »* (E1), ou encore « *Faut quand même questionner un peu plus le patient... Pourquoi autant ? Pourquoi... Aussi régulièrement ? Certes on va, on va inventer : « Oui parce que j'ai mal au dos » Mais faut creuser un peu plus, quand même... »* (E6). Les sujets n'avaient pas su dire pourquoi leur médecin n'abordait pas le sujet. Celui-ci était parfois au centre d'une sorte de « deal médical » car il semblait ne pas envisager l'addiction. « *j'appelle, j'lui dis j'ai mal au dos, elle m'fait l'ordonnance. Et à (ailleurs) pareil. [L'investigateur] Vous allez la voir ? [L'interviewée] Non, j'appelle. [L'investigateur] Ah elle vous envoie ça comment ? [L'interviewée] Bah j'vais chercher forcément mais j'la vois pas. Elle le met, elle le met sur son tableau en liège, elle l'accroche, j'vais l'chercher et j'pars. [L'investigateur] Et à (ailleurs) ? [L'interviewée] Pareil. J'l'appelle et il m'fait... une ordonnance et je pars.* » (E6).

Le repérage avait réussi quand le sujet avait perçu une attitude non-jugeante, compréhensive et s'inscrivant dans relation paritaire. « *L'Docteur X. euh, bon lui il comprend, il m'soigne il me... Il m'a tout expliqué, il m'soigne parce qu'il m'avait tout bien expliqué la première fois »* (E7) ou encore « *j'ai rencontré cette femme médecin, euh, à qui j'ai pu parler qui m'a dit : "Bah écoutez on va essayer de trouver une solution euh, euh, vous avez envie, voilà, vous avez envie qu'ça change alors on*

va essayer de trouver des solutions, on va chercher des choses, des pistes " Euh la psychiatre que j'ai rencontrée [...] pareil, elle m'a beaucoup écoutée » (E8)

Cette approche est d'ailleurs spontanément mise en avant par les participants.

« J pense, c'est plus le côté humain qui manque pour, euh... pour dépister c'genre de choses... (inspiration) [...] on peut voir p't'être si les gens sont pas bien mais on cherche pas trop à savoir pourquoi, quoi... c'est... Et j pense que c'est à c'niveau-là qui faudrait être un p'tit peu plus pointu. [...] Suffit d'aller, ch'ai pas, d'aller vers eux et poser les bonnes questions sans pour ça (inspiration) avoir l'impression de...de porter un jugement, et tout ça, j pense que c'est...c'est... un peu d'tact quoi et d'humanité qui manque » (E1) ou encore « au niveau médical : l'accompagnement, l'écoute ! Beaucoup d'écoute ! J pense c'est, c'est c'qui manque [...] Peut-être que moi j'en ai pas demandé ! Parce que pour moi c'était pas un problème, mais personne ne m'a proposé d'écoute pendant des années. [...] Ici (NDLR : au Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) , c'est tout. » (E3).

Ce participant avait apprécié l'écoute dont on avait fait preuve dans ce centre alors qu'il était en obligation de soins. A cette époque il n'avait pas envie de modifier sa consommation. Plus tard alors qu'il voulait prendre en charge son addiction il se serait rappelé de la qualité de cette écoute et a consulté au même endroit.

Les repérages avaient réussi également du fait d'une rencontre entre l'urgence ressentie par le sujet et la disponibilité du soignant. *« Vous y allez toujours dans l'urgence car vous en avez marre d'être trop mal et puis euh... vous en avez marre de mettre tout votre fric là-d'dans et de faire des conneries pour avoir du fric etc. donc et bin voilà quoi, ils vous disent bon bah on peut vous recevoir que dans tant de temps donc (en riant) on se dit "Ouais bah d'ici à là-bas c'est sûr que j'y retournerai pas quoi !" » (E1).* Les périodes de dévoilement était en effet inconstantes dans le temps. La majorité des sujets avaient d'abord consulté leur médecin traitant qu'ils pensaient *a priori* compétent pour les aider quand bien même il n'avait pas de formation dédiée. *« Dans l'addiction, même si il en connaît pas un rayon, un doc' il ouvre deux-trois bouquins, il r'garde, et tac tac, il s'jette un peu et voilà quoi... » (E5).* La perception d'une formation limitée en addictologie n'était pas présentée comme un frein au dévoilement ou au suivi. *« A un moment elle ne pouvait plus... Bien gérer l'truc et elle m'a dit [...] mais toujours amener une solution si vous voulez, 'fin, elle m'a dit : « Moi j'préfère... [...] J'préfère que vous r'voyez votre psychiatre » Elle a fait un courrier à la psy, [...], et hop c'est r'parti ! » (E7).*

Discussion

Valoriser la démarche de dévoilement lors du repérage

Cette exploration de trajectoires addictives variées suggère qu'une relation d'écoute, paritaire et « non-stigmatisante » est nécessaire pour aider le patient à se dévoiler et réussir ainsi le repérage. Le terme de "dévoilement" rend bien compte de la dimension personnelle de la démarche qui semble nécessaire au succès du repérage. L'addiction réduit l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité, ce qui constitue un frein²⁴. Ainsi, il paraît primordial dès l'abord du comportement addictif de valoriser le sujet en tant qu'individu singulier, non réductible à son trouble et capable de changement.

Pourtant cette dimension de valorisation est peu mise en avant dans la démarche de RPIB promue par l'HAS¹⁹. Elle est quasi absente de l'« Outil d'aide au repérage et à l'intervention brève »* et abordée très succinctement** dans son dossier d'élaboration²³. Elle est néanmoins recommandée par certains relecteurs dans la partie « Avis des parties prenantes » du document***.

La démarche actuelle vise à évaluer, informer puis travailler sur l'ambivalence du caractère problématique. Nos résultats suggèrent qu'une approche « non-stigmatisante » qui invite à se dévoiler et qui valorise le sujet dans ce mouvement personnel et sa capacité à être autre chose qu'un « *addict* » pourrait être plus efficace. L'importance du sentiment d'auto-efficacité dans le changement est établie, ce qui motiva son intégration au *Health Belief Model*⁶. Bien que les mécanismes retrouvés ne nous semblent pas réductibles à ce modèle, leur articulation générale paraît le valider.

La difficulté à pouvoir consulter quand le sujet le décide serait également ressentie comme l'occasion manquée d'un changement. Une plus grande disponibilité dans l'urgence du soignant semblerait ainsi améliorer le repérage.

* Une seule mention page 2 « Échanger avec le consommateur sur sa motivation, sa confiance dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le bon moment »

** « Une écoute réflexive et une attitude empathique qui visent à conforter le patient dans son désir de changement » page 9

***par exemple l'AFPSSU – Association Française de Promotion de la Santé dans l'Environnement Scolaire et Universitaire « L'accroche avec les ados doit être dans l'entretien motivationnel : aider le jeune avec empathie à repérer l'ambivalence qui l'anime, à faire émerger son degré de motivation et à renforcer son sentiment d'efficacité personnelle quand on sent qu'il est prêt à engager une démarche. Pour avoir testé différentes approches avec des ados, je peux vous affirmer que celle-ci est très porteuse et permet beaucoup plus facilement d'entrer en relation avec l'adolescent que quand on l'informe des risques de consommation » (commentaire de diapositive page 36)

Considérer les « lignes rouges »

L'analyse des récits suggère de veiller à ne pas confondre les facteurs d'ambivalence et de changement. En effet, il apparaît dans le discours des participants que ce n'est pas le développement du caractère problématique de l'addiction qui aboutit au dévoilement mais plutôt l'atteinte d'une « ligne rouge ». L'importance d'un tournant (« *Turning point* ») est connue²⁷. L'identification ou l'exploration de ce que pourrait être cette « ligne rouge » semble essentielle lors du repérage. Le soignant pourrait ainsi centrer son entretien motivationnel sur cette limite plutôt que sur des éléments d'ambivalence variables au fil de l'addiction. Cela permettrait d'augmenter l'implication personnelle du sujet plutôt que sa motivation. En effet, la motivation paraît avoir un faible effet prédictif d'un changement durable au cours de suivis en addictologie ou dans le tabagisme^{28,29}. L'intérêt de distinguer facteurs d'ambivalence et de changement fût également pressenti dans une autre étude²⁴.

Tenir compte de la honte

Dans le discours des participants, la honte apparaît à la fois comme un élément d'éloignement des facteurs protecteurs et un frein au dévoilement. Nos résultats soutiennent la théorie de Goffman de l'individu se sentant « discréditable » devant user de « stratégies de contrôle de l'information sociale » pour ne pas être « discrédité »^{24,27}. Il conviendrait ainsi de promouvoir lors du repérage l'estime du sujet et les traits identitaires qui n'ont pas été envahis par l'addiction. Une approche centrée patient et une prise en compte par le soignant de ses propres émotions et représentations en plus de celles du patient semble indispensable^{30,31}. Ceci afin de limiter l'effet de la honte qui est sans doute partagée. Cette démarche pourrait être systématiquement mise en avant dans le repérage des addictions.

L'approche transversale est pertinente

L'approche transversale choisie pour cette étude a permis de mettre en évidence des mécanismes communs entre les différentes addictions. Ces mécanismes ont été retrouvés dans de nombreux travaux selon une démarche qualitative^{24,27,32,33} ou neurobiologique³⁴. Ces études ont décrit ces mécanismes à partir de la consommation de certaines substances. Que les mêmes mécanismes émergent de l'exploration d'un échantillon à grande variabilité renforce l'idée qu'une approche générale de l'addiction est licite.

Forces et limites

Par essence, le type d'exploration mené ici rassemble des données subjectives. Il en va de même pour leur analyse. Il était donc crucial de s'appuyer sur une démarche méthodologique rigoureuse pour laquelle des critères de scientificité ont été établis³⁵.

Dès la question de recherche élaborée et avant tout recueil de données, une micro-analyse a permis l'explicitation des *a priori* des chercheurs, afin de réduire le biais de confirmation³⁶. Le recueil des données reposait sur le guide d'entretien semi-dirigé MINI qui réinterroge par 3 fois le récit selon 3 types de raisonnement, permettant de mieux séparer la subjectivité de l'informant des aspects factuels de son histoire^{21,22}. L'analyse reposait sur la théorisation ancrée³⁷. La triangulation de l'analyse, avec l'intervention de chercheurs d'horizons divers, a été systématique^{35,38}.

Les critères de scientificité habituels d'une recherche par théorisation ancrée ont été respectés à toutes les étapes du travail : crédibilité, originalité, résonance et utilité³⁹.

Des résultats à mettre en perspective

Cette étude qualitative a permis d'explorer les réalités du repérage des addictions dans un échantillon diversifié mais de faible effectif. La littérature comporte de nombreux travaux concernant les mécanismes en jeu dans les trajectoires addictives avant, pendant et après une prise en charge mais les travaux de médecine narrative explorant spécifiquement les dynamiques du repérage manquent. Nos résultats demanderaient pourtant à être confrontés à d'autres études aussi bien auprès de personnes ayant un trouble addictif avec ou sans substance qu'auprès de soignants en soins premiers, addictologues ou de la population générale. Cela permettrait de mettre notamment en perspective le besoin exprimé d'une attitude d'écoute, paritaire et « non-stigmatisante » et les concepts de honte partagée, dévoilement et repérage partagé.

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. Groleau D, Young A, Kirmayer LJ. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. *Transcult Psychiatry.* 2006 Jan 12;43(4):671-91.
22. Thubert C, Cathébras P. Présentation et utilisation d'un guide d'entretien en médecine narrative : le MINI. *exercer* 2016;124:85-93.
23. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992 sept ;47(9):1102-14.
24. McIntosh J, McKeganey N. Identity and Recovery from Dependent Drug Use: the addict's perspective. *Drugs.* 2001 Feb ;8(1):47-59.
25. Haute Autorité de santé. Rapport d'élaboration - Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Saint-Denis : HAS, 2014.
26. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice.* Hoboken : Wiley; 2008.
27. Taïeb O. *Les histoires des toxicomanes: Récits et identités dans les addictions.* Paris : Presses Universitaires de France; 2016.

28. Scott CK, Dennis ML, Foss MA. Utilizing Recovery Management Checkups to shorten the cycle of relapse, treatment reentry, and recovery. *Drug Alcohol Depend.* 2005 Jun; 78(3):325-38.
29. Borland R, Yong H-H, Balmford J, Cooper J, Cummings KM, O'Connor RJ, et al. Motivational factors predict quit attempts but not maintenance of smoking cessation: Findings from the International Tobacco Control Four country project. *Nicotine Tob Res.* 1 oct 2010;12(suppl_1):S4-11.
30. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract.* 1986 Mar;3(1):24-30.
31. Malterud K, Hollnagel H. Avoiding humiliations in the clinical encounter. *Scand J Prim Health Care.* 2007;25(2):69-74.
32. Gueta K, Addad M. Moulding an emancipatory discourse: How mothers recovering from addiction build their own discourse. *Addict Res Theory.* 2013 Feb;21(1):33-42.
33. Hammer R, Dingel M, Ostergren J, Nowakowski K, Koenig B. The Experience of Addiction as Told by the Addicted: Incorporating Biological Understandings into Self-Story. *Cult Med Psychiatry.* 2012 Dec ;36(4):712-34.
34. Piazza PV, Deroche-Gamonet V. A multistep general theory of transition to addiction. *Psychopharmacol .* 2013 Oct ;229(3):387-413.
35. Clark JP: How to peer review a qualitative manuscript. In: *Peer Review in Health Sciences.* 2nd ed. Godlee F, Jefferson T. (Eds). London : BMJ Books, 2003.
36. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer.* Brussels : De Boeck, 2014.
37. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.* London : Routledge, 2017.
38. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-357.
39. Charmaz K. Premises, principles, and practices in qualitative research: Revisiting the foundations. *Qual Health Res.* 2004;14(7):976-93.

Annexe 1 : Formulaire de consentement

LETTRE 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 2 : 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 3 : 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.**Tripaault** 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**

RIFFAULT Vincent

32 pages – 1 tableau

Réalités du repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le discours des patients concernés.

INTRODUCTION : Les troubles liés à une substance et troubles addictifs induisent une morbi-mortalité et des dommages sociaux considérables. Ils sont insuffisamment repérés en soins premiers. Pourtant leur prise en charge diminue la morbi-mortalité et améliore la qualité de vie des sujets atteints.

OBJECTIF : Explorer les réalités du repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le discours des patients concernés.

METHODE : Le MINI (*McGill Illness Narrative Interview*), guide d'entretien semi-dirigé de médecine narrative a permis d'explorer différents récits de sujets ayant un trouble lié à une substance ou un trouble addictif. Le recrutement s'est fait pour les principales addictions selon une stratégie d'échantillonnage à variation maximale. Les entretiens ont été transcrits et analysés selon la méthode de théorisation ancrée.

RESULTATS : Au début de l'addiction les huit participants avaient l'impression d'une amélioration de leur vie. Progressivement la prééminence des problèmes sur les avantages liés à l'addiction menait à l'ambivalence. Cependant la volonté de changement émergeait réellement au contact d'une "ligne rouge" physique ou psychologique. Elle était renforcée par la perspective que ce changement était possible, et réfrénée par la honte. Momentanément les sujets se dévoilaient ou se mettaient en situation de dévoilement pour être aidés. L'absence de jugement, l'empathie et la valorisation de la capacité du sujet à changer favorisaient alors le repérage au sens d'une rencontre suivie de soins et non d'un diagnostic seul.

DISCUSSION : L'attitude du soignant semble un facteur majeur de réussite du repérage, pourtant cette dimension n'est pas mise en avant dans les recommandations actuelles. Prendre en compte les "lignes rouges" et la honte dans une approche transversale des addictions pourrait également aider le patient à se dévoiler. Ces résultats seraient à mettre en perspective avec les réalités des addictologues, des médecins généralistes et de la population générale.

Mots clefs : *Repérage ; addictions ; troubles addictifs ; troubles liés à une substance ; médecine narrative ; étude qualitative ; McGill Illness Narrative Interview ; MINI ; Soins premiers.*

Jury :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT

Directeur de thèse : Docteur Maxime PAUTRAT

Membres du Jury : Professeur Nicolas BALLON
Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Date de soutenance : Jeudi 19 avril 2018