



Contribution à l'amélioration au repérage précoce des addictions et à l'intervention brève. Résultats de deux tours d'un audit médical auprès de médecins généralistes lorrains

Fanny Stumpf

► To cite this version:

Fanny Stumpf. Contribution à l'amélioration au repérage précoce des addictions et à l'intervention brève. Résultats de deux tours d'un audit médical auprès de médecins généralistes lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01732090

HAL Id: hal-01732090

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732090>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Fanny BOHR (ép. STUMPF)

Le 15 novembre 2011

CONTRIBUTION A L'AMÉLIORATION AU REPÉRAGE PRÉCOCE DES ADDICTIONS ET A L'INTERVENTION BRÈVE

Résultats de deux tours d'un audit médical auprès de médecins généralistes
lorrains

Examineurs de la thèse :

M. PAILLE F.	Professeur	Président
M. GUILLEMIN F.	Professeur	Juge
M. DE KORWIN J.-D.	Professeur	Juge
M. MARTINI H.	Docteur en Médecine	Juge
M. BIRGÉ J.	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Asseseurs :	
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIOWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIÈRE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section : (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ
Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN (*à c. 1.12.2011*) - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur de Thérapeutique

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider notre jury.

Vous avez eu la gentillesse d'accepter de valider notre audit.

Vous trouverez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde considération.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Hervé MARTINI

Docteur en Médecine

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse.
Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.
Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Jacques BIRGÉ

Docteur en Médecine

Vous êtes à l'origine de ce travail.

Pour votre enthousiasme et votre constante disponibilité.

Pour vos précieux conseils qui nous ont permis de mener à bien ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A Laurent, Romain et Léonie

Pour votre amour au quotidien

A mes parents

Pour votre soutien inconditionnel depuis toujours

A ma sœur Virginie

Pour ta constante disponibilité et ton affection

A ma famille, à mes amis

A Mme France Camerlengo

Pour votre travail, pour l'aide que vous nous avez apportée

Aux médecins du Groupe Lorrain d'Audit Médical

Pour votre accueil bienveillant et votre soutien

Au Dr El Adssi

Pour votre aide à la réalisation des statistiques

**A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail, en particulier
aux participants de cet audit**

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	21
PARTIE 1 : LE REPERAGE PRECOCE ET L'INTERVENTION BREVE.....	23
A. DEFINITIONS.....	24
1. L'addiction	24
2. Les substances psychoactives.....	25
3. Les différents comportements de consommation	25
4. Les seuils de risque et conduites d'alcoolisation.....	26
5. Le repérage précoce et l'intervention brève en addictologie.....	27
B. EPIDEMIOLOGIE EN FRANCE.....	28
1. Les consommations de substances psychoactives	28
a. Tabac.....	29
b. Alcool	30
c. Cannabis.....	30
2. Les conséquences sanitaires et sociales.....	31
a. Tabac.....	31
b. Alcool	31
c. Cannabis.....	32
3. Les polyconsommations	33
a. Définition	33
b. Epidémiologie.....	33
c. Problématique	35
C. EPIDEMIOLOGIE EN LORRAINE.....	35
1. Tabac	35
2. Alcool	36
3. Cannabis	36
D. LES ADDICTIONS EN MEDECINE GENERALE.....	36
1. Tabac	36
a. Fréquence du tabagisme en médecine générale	36
b. Bénéfices de l'arrêt du tabac.....	37
c. Les outils de repérage et d'évaluation	38
i. Le conseil minimal.....	38
ii. L'analyseur de CO	38
iii. Test de Fagerström.....	39
d. Efficacité du conseil minimal	39
2. Alcool	40
a. Fréquence du mésusage d'alcool en médecine générale.....	40
b. Bénéfices de la diminution de la consommation d'alcool	40

c. Le repérage précoce et l'intervention brève.....	41
i. Le repérage précoce	41
ii. L'intervention brève	43
d. Efficacité du RPIB.....	44
3. Cannabis	45
a. Le cannabis, un problème de plus en plus fréquent en médecine générale	45
b. Bénéfices de l'arrêt du cannabis	45
c. La prise en charge des fumeurs de cannabis	45
PARTIE 2 : OBJECTIF, MATERIEL, METHODES, RESULTATS	48
A. OBJECTIF	49
B. MATERIEL ET METHODES.....	49
1. Présentation du Groupe Lorrain d'Audit Médical	49
2. L'audit médical.....	49
3. Guide méthodologique du GLAM.....	50
C. LE 1^{ER} TOUR DE L'AUDIT RPIB	50
1. Choix du thème.....	50
2. Les modalités du premier tour	50
3. Les critères évalués.....	52
4. Les objectifs du premier tour.....	53
a. Tabac.....	54
b. Alcool	54
c. Cannabis.....	54
D. EXPLOITATION DES RESULTATS	55
E. RESULTATS DU 1^{ER} TOUR.....	55
1. Durée du recueil	55
2. Les médecins participants.....	55
3. Nombre de patients inclus	56
4. Population étudiée	57
a. Age	57
b. Information dans le dossier médical sur la consommation de tabac	57
c. Conformité au statut existant de l'information sur la consommation de tabac.....	58
d. Conseil d'arrêt en cas de tabagisme.....	59
e. Information dans le dossier médical sur la consommation d'alcool.....	59
f. Conformité de l'information sur l'alcool	60
g. Qualification de la consommation d'alcool.....	61
h. Conseil de diminution en cas d'usage à risque ou nocif d'alcool.....	61
i. Information sur la consommation de cannabis dans le dossier médical	62
j. Conformité de l'information sur le cannabis	63
k. Qualification de la consommation de cannabis	63

l. Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis	64
m. Synthèse des critères.....	65
F. EN VUE DU 2ND TOUR DE L'AUDIT RPIB.....	67
1. Envoi des résultats et piste d'amélioration	67
2. Les modalités du 2 nd tour.....	69
G. RESULTATS DU 2ND TOUR	69
1. Durée du recueil	69
2. Les médecins participants.....	69
3. Nombre de patients inclus	71
4. Population étudiée	71
a. Age.....	71
b. Information dans le dossier médical sur la consommation de tabac	71
c. Conseil d'arrêt en cas de tabagisme.....	72
d. Information dans le dossier médical sur la consommation d'alcool.....	73
e. Conseil de diminution en cas d'usage à risque ou nocif d'alcool	73
f. Information dans le dossier médical sur la consommation de cannabis.....	74
g. Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis	75
h. Synthèse des critères.....	75
H. COMPARAISON DU 1^{ER} ET DU 2ND TOUR.....	77
1. Nombre de patients inclus	77
2. Population étudiée	77
a. Age.....	77
b. Information dans le dossier médical sur la consommation de tabac	78
c. Conseil d'arrêt en cas de tabagisme.....	79
d. Information dans le dossier médical sur la consommation d'alcool.....	80
e. Conseil de diminution en cas d'usage à risque ou nocif d'alcool	81
f. Information dans le dossier médical sur la consommation de cannabis.....	82
g. Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis	83
h. Synthèse des critères.....	84
i. Tableau récapitulatif entre les audits	85
I. COMPARAISON DES RESULTATS DU 1^{ER} TOUR SELON LA PARTICIPATION DES MEDECINS AU 2ND TOUR.....	85
DISCUSSION	87
A. LES LIMITES DE L'AUDIT.....	88
1. La participation.....	88
2. Hypothèses de l'échec de l'audit RPIB	89
a. Médecins et audits.....	89
b. Médecins et addictions	91

B. ANALYSE DES RESULTATS	92
1. Age des patients.....	92
2. Information dans le dossier médical sur la consommation de tabac	93
3. Conseil d'arrêt en cas de tabagisme	94
4. Information dans le dossier médical sur la consommation d'alcool	94
5. Conseil de diminution ou d'arrêt en cas de mésusage d'alcool.....	96
6. Information dans le dossier médical sur la consommation de cannabis.....	98
7. Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis	98
8. Perspectives	99
CONCLUSION	102
BIBLIOGRAPHIE.....	103
ANNEXES	111

ABREVIATIONS

AUDIT	:	Alcohol Use Disorders Identification Test
BPCO	:	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CAGE	:	Cut Annoyed Guilty Eye-openers
CAST	:	Cannabis Abuse Screening Test
CDA	:	Consommation Déclarée d'Alcool
CDT	:	Transferrine Désialylée
CIM	:	Classification Internationale des Maladies
CO	:	Monoxyde de carbone
DETA	:	Diminuer Entourage Trop Alcool
DPC	:	Développement Professionnel Continu
DREES	:	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPP	:	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ESCAPAD	:	Enquête sur la Santé et les Comportements lors de l'Appel de Préparation à la Défense
EURECA	:	European Networks on Strategies to Engage General Practitioners in Cancer Prevention
FACE	:	Fast Alcohol Consumption Evaluation
GGT	:	Gamma Glutamyl Transférase
GLAM	:	Groupe Lorrain d'Audit Médical
HAS	:	Haute Autorité de Santé
HBSC	:	Health Behaviour in School-aged Children
HCSP	:	Haut Comité de la Santé Publique
INPES	:	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
LORADDICT	:	Réseau Lorrain d'Addictologie
OFDT	:	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
RPIB	:	Repérage Précoce et Intervention Brève
SFA	:	Société Française d'Alcoologie
SFMG	:	Société Française de Médecine Générale
SPA	:	Substance Psychoactive
UIA	:	Unité Internationale d'Alcool
VGM	:	Volume Globulaire Moyen

INTRODUCTION

Les addictions sont en France un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux. (1)

Aujourd'hui, les conduites addictives, en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool et dans une moindre mesure de substances illicites, interviennent dans 30 % de la mortalité précoce (décès survenant avant 65 ans) et évitable. (1)

Le médecin généraliste, en tant que professionnel de santé de première ligne, est un acteur déterminant dans le dépistage au quotidien et la prise en charge des usages de substances à potentiel addictif.

Des outils simples et efficaces ont été proposés et validés en médecine générale pour engager des actions de prévention dans le domaine des addictions : le repérage systématique et l'intervention brève ou conseil minimum. Pourtant, leur mise en œuvre en pratique courante se heurte encore aux difficultés que rencontre le médecin pour aborder les problèmes de tabac, d'alcool, de cannabis, particulièrement en dehors de toute demande.

Le but de notre étude était d'optimiser le repérage des addictions en médecine générale afin d'intervenir le plus tôt possible dans leur prise en charge.

C'est pourquoi le Groupe Lorrain d'Audit Médical (GLAM) en partenariat avec le Réseau Lorrain d'Addictologie (LORADDICT) a proposé un audit intitulé « Repérage Précoce des addictions et Intervention Brève ».

Cet audit était composé de deux tours :

- le 1^{er} tour qui a permis d'évaluer la pratique des médecins généralistes en Lorraine.
- le 2nd tour qui a apprécié l'amélioration des pratiques des médecins participants.

Ce travail est organisé en trois parties.

Tout d'abord nous présenterons les différents produits addictifs, le repérage précoce et l'intervention brève de manière théorique.

Ensuite nous décrirons l'enquête réalisée et exposerons les résultats.

Enfin nous tenterons d'analyser plus précisément l'audit et les réponses obtenues, nous comparerons nos résultats à ceux d'autres études et nous évoquerons les pistes d'amélioration possibles.

Partie 1

LE REPERAGE PRECOCE ET L'INTERVENTION BREVE

Cette première partie a pour but de nous familiariser avec le repérage précoce et l'intervention brève.

Dans un premier temps, nous évoquons des généralités sur les substances psychoactives et leurs différents modes de consommation.

Puis nous énonçons quelques notions d'épidémiologie concernant le tabac, l'alcool et le cannabis, comment repérer la consommation de ces trois produits, ainsi que le concept de l'intervention brève, encore appelé conseil minimal pour le tabac.

A. DEFINITIONS

1. L'addiction

Parmi les multiples définitions de l'addiction que l'on peut lire dans la littérature, l'une des plus rigoureuses est celle d'A. Goodman en 1990. (2)

Il considère l'addiction comme : « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». (3)

En d'autres termes, l'addiction se caractérise par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation de substance ;
- la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

On peut alors distinguer :

- les addictions aux substances psychoactives (SPA) comme le tabac, l'alcool ou le cannabis ;
- les addictions comportementales comme les troubles des conduites alimentaires.

2. Les substances psychoactives (4)

Le tabac, l'alcool et le cannabis sont des SPA qui agissent sur le système nerveux central. Elles peuvent modifier l'activité mentale, l'état de conscience, l'humeur, les sensations et le comportement d'un individu.

Leur usage expose à des risques et à des dangers pour la santé, et peut entraîner des conséquences dans la vie quotidienne. La consommation de ces substances peut également être à l'origine d'une dépendance.

Elles provoquent aussi des effets somatiques variables selon les propriétés de chacune, leurs effets et leur nocivité.

3. Les différents comportements de consommation

La communauté scientifique internationale individualise trois grands types de comportement dans la consommation de SPA : (3,5)

- **LE NON USAGE** : c'est l'absence de consommation du produit. Il est primaire (pas d'initialisation) ou secondaire (arrêt après une phase de consommation).

Il représente une part plus ou moins importante de la population en fonction du produit : 10% des français ne consomment pas d'alcool, 66% ne consomment pas de tabac et 90% ne consomment pas de produits illicites. (5)

- **L'USAGE SIMPLE** : il est considéré comme un usage social de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques, ni dommages. Il peut être occasionnel, expérimental, récréatif, festif ou régulier.

La consommation du produit est acceptable pour l'individu et la société et reste inférieure aux seuils lorsqu'ils ont été définis comme pour l'alcool.

Il est caractérisé par : l'absence de risque individuel, l'absence de risque situationnel et une quantité modérée.

- **LE MESUSAGE** : il est lui-même divisé en 3 catégories :

- **L'usage à risque** : la consommation n'est pas encore associée à un quelconque dommage, médical, psychologique ou social, mais est susceptible d'en induire à court, moyen ou long terme. L'augmentation du risque est due à la quantité consommée et/ou à une consommation dans des situations à risque, que le risque soit *individuel* (précocité de l'initiation, conduites d'excès, auto traitement, association à d'autres substances...) ou *situationnel* (grossesse, médicaments psychotropes). L'usage à risque peut être ponctuel (risque aigu) ou régulier (risque chronique).

- **L'usage nocif (CIM 10 ou Classification Internationale des Maladies) ou abus (DSM-IV ou Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders):** cet usage n'est pas défini par la quantité consommée, mais désigne la consommation répétée d'une substance malgré l'apparition de dommages sanitaires, professionnels, familiaux ou sociaux, sans qu'elle réponde complètement aux critères de la dépendance.
- **La dépendance :** on peut la définir, comme l'avait énoncé Fouquet à propos de l'alcool, par la perte de la liberté de s'abstenir de consommer le produit. Il n'y a pas de critère impliquant que la consommation soit quotidienne ou habituelle. On distingue schématiquement :
 - *La dépendance physique* définie par la survenue d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal de la consommation sans précaution.
 - *La dépendance psychique* qui est la pulsion à consommer une substance ou à reproduire un comportement pour en retrouver les effets.

Ces différentes catégories de conduites de consommation et les principales voies de passage de l'une à l'autre doivent se concevoir de façon dynamique : une personne peut passer d'une catégorie à une autre (dans les deux sens sauf pour la dépendance).

4. Les seuils de risque et conduites d'alcoolisation

Les seuils de consommation à moindre risque sont régulièrement cités par les pouvoirs publics.

En 1980 un comité d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mettait en évidence que les risques liés à la consommation de boissons alcoolisées augmentent au-delà de certains seuils. (6)

Les valeurs définissant le seuil de dangerosité de consommation d'alcool varient d'une recommandation à l'autre. (7)

S'alignant sur l'OMS, la Société Française d'Alcoologie (SFA) a retenu comme seuil en 2001 : (8)

- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel ;
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).

Le terme de verre désigne le « verre standard » ou unité internationale d'alcool (UIA) qui est la quantité normalisée délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publics. La taille des verres étant inversement proportionnelle à la concentration en alcool de la boisson, on peut considérer, pour donner des repères simples et pratiques, que cette quantité correspond en moyenne à environ 10 grammes d'alcool pur.

L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils constituent de simples repères mais il existe diverses situations où l'alcool doit être évité : (liste non exhaustive)

- pendant l'enfance, la préadolescence ;
- pendant la grossesse et l'allaitement ;
- lorsqu'on conduit un véhicule ou une machine dangereuse ;
- quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance ;
- quand on prend certains médicaments ;
- dans certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale...) ;
- quand on est un ancien malade dépendant à l'alcool.

5. Le repérage précoce et l'intervention brève en addictologie (9)

Le repérage précoce représente le dépistage du comportement à risque. Pour repérer un mésusage de substances psychoactives il faut interroger systématiquement les patients sur leur usage.

Les professionnels de santé devraient interroger régulièrement leurs patients sur leur consommation de tabac, d'alcool et de cannabis.

Cet état des lieux constitue donc le premier temps de la prise en charge. À son terme, il est possible de définir le type de consommation dans lequel le sujet est engagé. C'est un préalable incontournable de l'intervention brève et qui conditionne son indication.

L'intervention brève constitue le second temps de la prise en charge de ces patients et a pour objectif de :

- modifier les comportements de consommation ;
- réduire les problèmes médico-psychosociaux ;
- réduire les risques liés à la consommation.

Il n'existe pas une définition explicite et univoque dans la littérature de « l'intervention brève ». Si on se réfère à la définition de Whitlock on peut définir l'intervention brève comme une intervention à visée comportementale intégrée dans le temps de consultation en soins primaires. (10)

Il existe donc, selon le produit ou le profil de consommation du patient, différentes stratégies d'intervention. Elles vont du simple conseil lors d'usages à risque à des stratégies d'intervention brèves qui sont relativement codifiées et dont l'efficacité a été bien évaluée notamment dans les domaines de l'alcoolisme et des problèmes liés au tabagisme.

B. EPIDEMIOLOGIE EN FRANCE

Ce chapitre a pour but de démontrer l'importance du problème de la consommation de substances à potentiel addictif et la nécessité d'une prise en charge en termes de prévention et de soins.

1. Les consommations de substances psychoactives

Depuis une dizaine d'années, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) mesurent les niveaux de diffusion et d'usage des produits psychoactifs grâce à des enquêtes en population générale. (11)

La plupart des résultats de ce chapitre sont basés sur l'exploitation des données du Baromètre santé de 2005 ou plus récemment de 2010, relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives.

Les dernières données relatives à l'usage de tabac, d'alcool et de cannabis sont résumées dans le tableau 1.

	TABAC	ALCOOL	CANNABIS
Expérimentateurs	35,5M	44,4M	13,4M
Usagers dans l'année	15,8M	41,3M	3,8M
Usagers réguliers	13,4M	8,8M	1,2M
Usagers quotidiens	13,4M	5M	550 000

Tableau 1 : Estimation en millions du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine en 2010 parmi les 11-75 ans. (11)

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie ; cet indicateur permet d'évaluer la diffusion d'un produit dans la population.

Usage au cours de l'année : une consommation au moins au cours de l'année.

Usage régulier : tabagisme quotidien, au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine pour les adultes et au moins 10 dans le mois chez les 17 ans, au moins dix consommations de cannabis dans le mois.

Usage quotidien : une consommation au moins une fois par jour.

a. Tabac

En France en 2010, on estime à 13,4 millions le nombre de consommateurs réguliers, c'est à dire ayant un usage quotidien de tabac. (11)

Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, la consommation de tabac régulière et occasionnelle est en augmentation significative avec 33,6% de fumeurs en France en 2010 contre 31,8% en 2005. La part de fumeurs quotidiens a également augmenté de deux points entre 2005 et 2010, passant de 26,9% à 28,7%. (12)

En 2005, parmi les fumeurs réguliers, c'est le nombre de petits consommateurs (1 à 5 cigarettes par jour), et donc les moins dépendants, qui diminuent le plus. (13)

Par contre, la proportion des fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour est en baisse entre 2005 et 2010, passant de 73% à 69%. (11)

Dans la population adolescente, le tabac occupe aussi une place importante : 28,9% des jeunes de 17 ans fument régulièrement. (14)

b. Alcool

En France, malgré la diminution des ventes d'alcool depuis les années 1960 liée à la baisse de la consommation de vin, le nombre de personnes en difficulté avec l'alcool reste considérable. (15)

Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) évalue à 6 millions le nombre de français exposés par leur consommation d'alcool à des difficultés d'ordre médical, psychologique et social, dont 2 millions de personnes dépendantes de l'alcool. (16)

En 2005, on estime que l'usage régulier d'alcool concerne près d'un quart des adultes de 18 à 75 ans (33,4% des hommes et 12,1% des femmes) ; cet usage augmente considérablement avec l'âge surtout après 44 ans. (14)

Il existe également une hausse des usages à risque en particulier ponctuel ainsi qu'une hausse des épisodes d'ivresses déclarés. Par contre, contrairement au tabac, on observe une baisse de l'usage quotidien de boissons alcoolisées parmi les 18-75 ans : on est passé de 16% en 2005 à 12% en 2010. (11)

La population adolescente est également concernée par les problèmes d'alcool : les ivresses répétées dans l'année (au moins 3 fois) concernent 25,6% des jeunes de 17 ans et 8,9% déclarent un usage régulier d'alcool en 2008. (14)

c. Cannabis

Le cannabis est de loin le produit psycho-actif le plus consommé en France.

En 2010, parmi les adultes âgés de 18 à 64 ans, environ un tiers (33%) déclare en avoir déjà consommé au cours de leur vie. La consommation régulière de cannabis (au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours) concerne environ 1,2 million de personnes, dont 550 000 sont des consommateurs quotidiens. Elle s'avère stable entre 2005 et 2010. (11)

Cette consommation régulière de cannabis, comme son usage en général, concerne surtout les adolescents et les adultes jeunes. Elle devient plus rare après 35 ans. (14)

En 2008 à 17 ans, 7,3% des jeunes sont des fumeurs réguliers de cannabis et 42,2% déclarent l'avoir déjà expérimenté. On note donc une baisse de la consommation de cannabis par rapport à 2005 (10,8% de fumeurs réguliers). Néanmoins, la France se classe parmi les premiers pays européens en ce qui concerne l'usage de cannabis chez les jeunes. (14)

Comme pour les autres drogues illicites, la consommation de cannabis est plus fréquente chez les personnes de sexe masculin. La proportion d'hommes augmente avec la fréquence de l'usage. Ainsi pour l'expérimentation, on compte 2 garçons pour

une fille avant 18 ans, et 4 hommes pour 1 femme après 25 ans pour l'usage régulier. (17)

La consommation de cannabis concerne, globalement, tous les milieux sociaux. Chez les jeunes, l'usage régulier est plus répandu parmi ceux qui ont un cursus scolaire court. A niveau scolaire égal, l'usage régulier est plus fréquent parmi les jeunes des milieux favorisés. (17)

Chez les adultes, ceux qui ont un diplôme de haut niveau expérimentent plus souvent, mais sont moins souvent usagers réguliers. Le chômage est fortement lié à l'usage régulier. (17)

2. Les conséquences sanitaires et sociales

a. Tabac

Le nombre de décès attribuables à la consommation de tabac est égal à 66 000 dont 59 000 décès chez les hommes et 7 400 décès chez les femmes. Ceci représente 21% de la mortalité masculine et 3% de la mortalité féminine. Le tabac est responsable en France de plus d'1 décès sur 9 (1 décès sur 5 chez les hommes et 1 décès sur 35 chez les femmes). (18)

Le tabac est un des premiers facteurs responsables des décès par maladies cardiovasculaires et d'affections respiratoires (bronchites chroniques obstructives). (19)

Il est responsable de 30% de l'ensemble des cancers dont principalement le cancer du poumon, des voies aérodigestives supérieures et de la vessie. En 2006, le nombre de décès par cancer attribuables au tabac est estimé à 36 990 dont 22 645 par cancer du poumon. (14)

b. Alcool

La mortalité imputable à l'alcool se situe entre 40 000 et 50 000 morts par an, soit près de 10% de la mortalité globale. (20)

C'est la 3ème cause de mortalité en France dont une part importante par cancers (10 000 morts par cancer et par an) représentés principalement par le cancer des voies aérodigestives supérieures, mais également par le carcinome hépatocellulaire et dans une moindre mesure par le cancer du sein, du colon et du rectum. Chez les jeunes, l'alcool est la première cause de décès. (3)

Mais la mortalité ne se limite pas aux pathologies liées directement à l'alcool comme les cirrhoses, les complications neurologiques, ou les cancers des voies aérodigestives supérieures.

L'alcool est impliqué dans 10 à 20% des accidents du travail, 20% des accidents domestiques. Il est également à l'origine de 5 à 25% des suicides, 50% des rixes, 20% des délits, et 50 à 60% de la criminalité en général. (20)

Il représente la deuxième cause de retard mental et est responsable de 20% des handicaps. (3)

Il est également la première étiologie de l'hypertension artérielle secondaire.

On estime à 2 270 le nombre annuel de victimes suite à un accident de la route imputable à l'alcool, ce qui représente 37% des accidents mortels de la circulation. (21)

Au total, si l'on réunit le tabac et l'alcool, c'est plus de 100 000 morts qui sont évitables en France par an.

c. Cannabis

Aucun cas de décès par intoxication aiguë au cannabis n'a jusqu'à présent été recensé. (17)

Mais de nombreuses études montrent l'impact de la consommation de cannabis dans plusieurs domaines : les accidents de la route, cancers, pathologies de l'appareil respiratoire et circulatoire et pathologies psychiatriques. (17)

Une consommation aiguë de cannabis provoque des dommages de deux ordres :

- des troubles du comportement : ivresse cannabique, troubles anxieux avec attaques de panique, syndrome de dépersonnalisation et troubles psychotiques aigus avec idées délirantes, hallucinations (surtout visuelles), troubles du comportement à type d'agressivité. (22, 23) Ces troubles psychotiques sont à distinguer des troubles schizophréniques dont le lien avec la consommation de cannabis est encore incertain même si de nombreuses études montrent une association statistique entre la consommation déclarée de cannabis et maladie schizophrénique. (24)
- des accidents de la circulation : les conducteurs sous l'influence du cannabis ont 1,8 fois plus de risques d'être responsables d'un accident mortel. Le nombre annuel de décès suite à un accident de la route imputable au cannabis est estimé à environ 230 tués sur une base de 6 000 accidents mortels. (21)

Une consommation régulière de cannabis provoque des dommages de 3 ordres :

- des dommages somatiques : les conséquences d'une consommation chronique de cannabis fumé se rapprochent des tableaux cliniques observés avec le tabac. Sont retrouvés des pathologies vasculaires et maladies respiratoires chroniques (bronchopathies). (22)

On manque encore de recul en ce qui concerne la responsabilité du $\Delta 9$ -THC dans la survenue d'un cancer, mais de plus en plus d'études font craindre qu'il puisse induire, tout comme le tabac (auquel il est souvent associé), des cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures. En effet, la concentration de goudrons et de composés cancérogènes dans la fumée d'une cigarette de cannabis est plus élevée que celle d'une cigarette de tabac. Chaque joint de cannabis libère de 3 à 6 fois plus de goudrons et de monoxyde de carbone qu'une cigarette de tabac. (25)

- des dommages psychologiques et psychiatriques : altération cognitive, relationnelle, troubles dépressifs et anxieux, syndrome « amotivationnel » caractérisé notamment par une perte d'intérêt généralisé avec déficit de l'activité, asthénie physique et intellectuelle et humeur dépressive. (23)

A noter également un risque de dépendance chez certains consommateurs de cannabis. (24)

- des dommages sociaux : une difficulté d'insertion sociale et scolaire, des problèmes judiciaires possibles en raison du coût et du caractère illégal du produit. (22)

3. Les polyconsommations

a. Définition

La polyconsommation désigne la consommation d'au moins deux substances psychoactives. Cette consommation peut être simultanée lors d'une même occasion (on parle d'usage concomitant) ou successive. (26)

b. Epidémiologie

En 2000, parmi les 18-44 ans de la population française, 19,2 % déclarent avoir pris en une même occasion au moins deux substances psychoactives parmi l'alcool, le tabac et le cannabis. Il s'agit dans 90% des cas de mélanges d'alcool et de cannabis. (27)

En 2005, la polyconsommation répétée, à savoir l'usage répété d'au moins deux des trois produits les plus consommés (boire de l'alcool au moins quatre fois par semaine, fumer quotidiennement du tabac et avoir consommé au moins dix fois du cannabis au cours des 30 derniers jours) concerne 8,3 % de la population adulte de 15 à 64 ans. La forme la plus répandue est l'association alcool-tabac (5,9 %), devant tabac-cannabis (1,6 %) et alcool-tabac-cannabis (0,7 %). L'association alcool-cannabis s'avère quasi inexistante (0,1 %). (28)

La population jeune fait fréquemment usage de plusieurs substances psychoactives. En 2003, la polyconsommation régulière d'alcool, de tabac ou de cannabis concerne environ 20 % des garçons de 17 ans et seulement 9 % des filles. La polyconsommation régulière est l'usage régulier d'au moins deux de ces produits au cours des 30 derniers jours, soit : (29)

- le fait d'avoir déclaré au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours pour l'alcool et le cannabis ;
- le fait de déclarer une consommation quotidienne de cigarettes au cours des 30 derniers jours.

	Filles	Garçons
Alcool - Tabac	3%	6,8%
Tabac - Cannabis	4,4%	7%
Alcool - Tabac - Cannabis	1,4%	4,9%
Alcool - Cannabis	0,1%	0,8%

Tableau 2 : Polyconsommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis chez les filles et les garçons de 17 ans en 2003. (29)

c. Problématique (26)

La polyconsommation impose une prise en charge adaptée car elle est à l'origine de problèmes spécifiques:

- « elle peut majorer des risques sanitaires et sociaux,
- elle est un facteur d'aggravation des conduites de consommation du fait :
 - d'un risque accru d'évolution vers un usage nocif ou une dépendance,
 - d'un renforcement réciproque des conduites de consommation ou du risque d'interaction et de potentialisation entre les substances,
 - de l'influence réciproque des produits et des traitements : risque de transfert de dépendance, augmentation de la consommation d'un produit après arrêt ou substitution d'un autre, risque de rechutes croisées. »

C. EPIDEMIOLOGIE EN LORRAINE

1. Tabac (30)

En 2005, on estime entre 420 000 et 510 000 le nombre de fumeurs quotidiens en Lorraine âgés de 12 à 75 ans.

L'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) menée en Lorraine en 2002 auprès des élèves de 11, 13 et 15 ans permet d'avoir une idée sur la consommation de tabac à ces âges.

La comparaison des données lorraines issues de l'enquête HBSC avec celles de la même enquête à l'échelon national montre que :

- à 13 et à 15 ans, la proportion d'usage quotidien du tabac est plus importante chez les jeunes lorrains que dans les autres régions de France ;
- à 11 ans, on ne note pas de différence significative concernant l'usage quotidien de tabac entre la lorraine et les autres régions de France.

L'enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Comportements lors de l'Appel de Préparation à la Défense) réalisée en 2002-2003 au cours d'une seule journée d'appel de préparation à la défense montre que la consommation de tabac des adolescents lorrains âgés de 17 ans se situe dans la moyenne nationale.

En ce qui concerne les personnes âgées de 18 à 75 ans, en 2005, il n'existe pas de différence significative entre la Lorraine et la France : 25% sont des fumeurs quotidiens en Lorraine contre 26,5% en France.

2. Alcool (31)

De manière générale, la Lorraine présente en 2005 des résultats comparables à ceux relevés en France que ce soit à l'adolescence ou dans la population adulte.

En effet, l'usage régulier d'alcool chez les 15-75 ans est de 19% en Lorraine contre 21,5% en métropole ; à 17 ans il est de 11% en Lorraine contre 12% en métropole.

Il en va de même en ce qui concerne les ivresses au cours de l'année avec des résultats semblables entre la Lorraine et la France (15% chez les 15-75 ans et 49% à 17 ans).

3. Cannabis (32)

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en Lorraine comme en France. Et comme en France, on note une baisse de la consommation de cannabis chez les jeunes lorrains.

L'enquête ESCAPAD de 2008 montre que l'usage régulier de cannabis chez les jeunes de 17 ans est de 5% en Lorraine contre 7,3% pour la France.

En ce qui concerne la population adulte lorraine, l'usage au cours de l'année de cannabis est surtout le fait des 18-44 ans avec 14,6 % des hommes contre 3,4 % des femmes.

D. LES ADDICTIONS EN MEDECINE GENERALE

1. Tabac

a. Fréquence du tabagisme en médecine générale

En médecine générale, on évalue à environ 30% la proportion de patients fumeurs. (33)

Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié lorsqu'un sevrage tabagique est envisagé. En 2003, les médecins de ville ont vu 84 000 patients par semaine souhaitant arrêter de fumer alors qu'ils sont seulement 6 000 à avoir été accueillis dans les consultations spécialisées en tabacologie au cours d'une semaine. (15)

Pourtant, le tabac représente le motif de consultation en médecine générale dans seulement 1,9% des actes. (33)

Il existe un écart important entre les motifs de consultation relativement peu fréquents et une prévalence de fumeurs bien plus élevée. Il est donc nécessaire que le médecin généraliste intervienne dans la prise en charge des patients fumeurs avant une demande explicite de leur part.

b. Bénéfices de l'arrêt du tabac

Il ne fait plus aucun doute que l'arrêt du tabac réduit la mortalité et la morbidité de l'ensemble des maladies liées au tabac, notamment les maladies cardio-vasculaires et le cancer du poumon. (34)

Le sevrage tabagique entraîne de façon constante une diminution des risques de survenue des maladies liées au tabagisme (cancer broncho-pulmonaire, maladies cardio et cérébro-vasculaires et broncho-pneumopathies chroniques obstructives principalement). Il s'accompagne également d'une diminution des risques d'aggravation ou de récurrence de ces pathologies. (35)

L'arrêt de la consommation du tabac est également bénéfique pour l'entourage du fumeur. Il a été prouvé que le tabagisme passif entraîne : (34)

- une augmentation de près de 60% du risque d'infections des voies aériennes chez l'enfant exposé,
- une augmentation du risque estimé de cancers de poumon d'un quart environ,
- une augmentation du risque d'accident ischémique de 30% chez les non fumeurs habitants avec des fumeurs.

L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de trois facteurs : (35)

- la consommation moyenne quotidienne de tabac,
- la durée du tabagisme,
- l'âge de début du tabagisme.

Il a été démontré qu'un triplement de la durée du tabagisme multiplie par 100 le risque de développer un cancer du poumon.

Les résultats de l'étude de Doll et de son équipe montrent bien que les bénéfices en termes de mortalité s'avèrent plus importants quand le sevrage tabagique est précoce. Le gain en espérance de vie atteint 3 ans si l'arrêt du tabagisme a lieu à l'âge de 60 ans, il est de 10 ans lorsqu'un fumeur stoppe sa consommation à l'âge de 30 ans. (36)

Il est donc essentiel de repérer le tabagisme des patients afin d'intervenir le plus tôt possible.

c. Les outils de repérage et d'évaluation

i. Le conseil minimal

Le problème avec le tabagisme n'est pas le repérage, la consommation étant parfaitement admise pour les consommateurs et parfaitement légale. (37)

La prise en charge des patients fumeurs passe par le conseil minimal qui est un intermédiaire entre un test de repérage et une intervention brève.

Il s'agit d'une intervention minimale d'une durée inférieure à trois minutes. (35)

Le conseil minimal s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer. C'est un terme spécifique décrivant une attitude standard comportant précisément deux questions et un geste : (38)

La première question : « Fumez-vous » ?

- **Si oui**, la deuxième question est immédiate : « Envisagez-vous d'arrêter de fumer » ?

- En cas de réponse négative :

1. Le médecin évoque les raisons pour continuer de fumer.
2. Le médecin lui fait savoir qu'il peut l'aider ultérieurement s'il le souhaite.

- En cas de réponse affirmative :

1. Le médecin propose une aide plus approfondie.
2. Le médecin distribue au patient un document validé sur le sevrage comme la brochure de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

- **Si non**, le médecin l'encourage à poursuivre dans cette voie.

ii. L'analyseur de CO

Un autre moyen de prendre en charge les patients fumeurs est l'utilisation d'analyseurs de CO qui mesurent l'oxyde de carbone dans l'air expiré. Cette méthode, peu employée en médecine générale, permet par son approche ludique de sensibiliser le patient à sa consommation de tabac. (39)

C'est un outil peu utilisé par les médecins généralistes en raison probablement de son prix. L'appareil peut en effet sembler onéreux, de l'ordre de 300 euros, auquel s'ajoutent le coût des embouts à usage unique et la bouteille de calibration. (40)

iii. Test de Fagerström (annexe 1)

Une fois l'évaluation de la consommation de tabac réalisée et la motivation au sevrage connue, il est nécessaire d'évaluer la dépendance à la nicotine. Le test de Fagerström est l'outil le plus utilisé pour mesurer l'intensité de cette dépendance. (37)

Il est d'utilisation aisée, comportant 6 questions dans sa version originale, mais avec la possibilité d'utiliser un test simplifié en 2 questions (*short-test*) pour plus de facilité. (39)

Le résultat obtenu est un élément indispensable pour le choix du traitement. (35)

d. Efficacité du conseil minimal

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, tous les patients devraient être interrogés sur leur consommation de tabac. Cette pratique augmente de façon significative les taux d'intervention d'aide au sevrage tabagique. (35)

L'efficacité du conseil minimal dans le cadre du sevrage tabagique a en effet été démontrée dans plusieurs études.

Il existe une méta-analyse traitant du sevrage tabagique et remise à jour régulièrement depuis 1996. (41)

Les résultats attestent que l'intervention minimale (appelée conseil minimal en France), permet d'augmenter le taux de sevrage d'une population à un an, de 1 à 3% en plus du taux de sevrage « naturel ». Cela signifie que les fumeurs qui consultent des médecins appliquant ce conseil minimal arrêtent plus fréquemment de fumer que ceux dont le médecin ne s'inquiète pas régulièrement de leur tabagisme.

Conseiller l'arrêt du tabac et proposer une aide aux fumeurs adultes, aux femmes enceintes et aux adolescents augmente de 2% le taux de sevrage tabagique spontané à long terme. (35)

Même si ces taux peuvent sembler bas c'est mieux que d'attendre une demande spécifique de la part du patient.

De plus, le conseil minimal engagera peut-être un dialogue avec les patients fumeurs encore indécis par rapport à leur consommation de tabac. (34)

Si chaque médecin généraliste pratiquait ce conseil minimal, il y aurait 300 000 fumeurs en moins par an en France. (42)

2. Alcool

a. Fréquence du mésusage d'alcool en médecine générale

D'après une enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalisée en 2000, un risque d'alcoolisation excessive a pu être repéré chez 18,2% des patients consultant en médecine de ville un jour donné, pour quelle que raison que ce soit. Cette même enquête estime que la proportion de patients alcoolo-dépendants vus en médecine de ville en consultation est de 4,4%, elle est de 7% lorsque les patients sont vus en visite à domicile. De plus, en médecine libérale, l'alcoolisation excessive touche deux hommes sur cinq âgés de 35 à 64 ans. (43)

En 2003, les médecins de ville ont vu en une semaine environ 48 000 patients pour un sevrage alcoolique. (15)

Or, le « problème avec l'alcool » est rarement l'objet d'une demande de soins en médecine de ville. En 2003, l'observatoire de médecine générale de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) a relevé que la proportion d'actes en médecine de ville en relation avec un « problème avec l'alcool » était seulement de 1,29%. (44)

En médecine générale, c'est malheureusement principalement à l'occasion d'un problème de comorbidités somatiques, psychiques ou sociales que l'existence d'un mésusage d'alcool est envisagée. (45)

Repérer un mésusage d'alcool, en dehors de toute demande, est donc nécessaire dans l'activité du médecin généraliste.

b. Bénéfices de la diminution de la consommation d'alcool

Une réduction ou un arrêt de la consommation d'alcool est bénéfique pour la santé en cas de mésusage. Une partie des dommages causés par l'alcool est immédiatement réversible et tous les risques immédiats peuvent être complètement éliminés si l'alcool est supprimé.

Les maladies chroniques dépendent souvent de la durée d'exposition sur la vie entière et par conséquent le risque est souvent diminué, mais pas complètement éliminé, par la suppression de l'alcool.

Il existe des données selon lesquelles une réduction de la consommation d'alcool en population générale est associée à une baisse assez rapide du taux de maladies chroniques, comme les cirrhoses du foie entraînant le décès. (46)

La dépression est un autre exemple de pathologie chronique présentant une rémission rapide, parfois presque immédiate. La plupart des études révèle que beaucoup de syndromes dépressifs s'améliorent nettement dans les jours ou semaines qui suivent l'abstinence. (46)

L'étude communautaire de « Malmö », conduite dans les années 1970, a démontré qu'une intervention brève visant à diminuer la consommation d'alcool chez les buveurs excessifs épargnait la moitié des décès qui se produisaient dans le groupe témoin sans intervention, à six ans de suivi. (47)

c. Le repérage précoce et l'intervention brève

Diverses recommandations internationales, reprises en France, ont proposé de repérer, pour pratiquer des interventions brèves, les sujets non alcoolodépendants qui ont un usage à risque ou nocif de l'alcool. Le but est d'amener ces sujets à diminuer leur consommation d'alcool en dessous des limites tolérées par l'OMS, et ce faisant, la morbidité et la mortalité précoce. (7)

Il a été suggéré que les médecins généralistes étaient les mieux placés pour une pratique systématique de cette stratégie de repérage et d'intervention car 80% de la population adulte française rencontre au moins une fois par an un médecin généraliste. (48) Or, comme nous l'avons vu précédemment, près de 20% de cette population est concernée par un problème d'alcool. (43)

i. Le repérage précoce

Le repérage de l'usage à risque ou nocif d'alcool peut être envisagé dans trois situations distinctes : (49)

- soit de manière systématique ;
- soit lorsqu'il existe des signaux d'alerte comme une hypertension artérielle, une dépression, des troubles du sommeil ou en cas de consommation d'un autre produit psychoactif ;
- soit lorsque le patient est demandeur de soins.

L'OMS recommande un repérage systématique du mésusage d'alcool. Il devrait en effet être effectué chez tous les patients, régulièrement par une anamnèse portant sur la quantité et la fréquence moyenne hebdomadaire de la consommation d'alcool : la consommation déclarée d'alcool (CDA). (50)

Ce repérage peut se faire par un entretien clinique et/ou par l'utilisation de questionnaires standardisés en cas de réticence du médecin à aborder le problème alcool avec ses patients.

Parmi les outils pouvant être utilisés pour repérer les consommations d'alcool dangereuses et problématiques, on peut citer :

- le test **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) (*annexe 2*) : (7, 51)

C'est un auto-questionnaire développé par l'OMS pour dépister précocement les sujets ayant un mésusage d'alcool en explorant les 12 derniers mois.

Il comporte dix items qui abordent successivement la consommation d'alcool, puis la dépendance et les conséquences sociales de l'alcoolisation.

Chaque item est coté de 0 à 4 : un score supérieur ou égal à 7 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 6 (chez la femme) est en faveur d'une consommation d'alcool à risque; un score supérieur ou égal à 13 évoque une alcoolodépendance.

Ce questionnaire a été spécifiquement conçu pour une utilisation en médecine générale, mais il est long à remplir et difficile à proposer aux patients en salle d'attente du fait de la complexité de certaines questions qui peuvent nécessiter la présence d'une tierce personne. (39)

L'AUDIT-C est une version courte et explore les 3 premiers items de l'AUDIT concernant la fréquence et la quantité d'alcool consommée; son utilisation est plus aisée en médecine ambulatoire.

- le questionnaire **CAGE** (Cut Annoyed Guilty Eyes-openers) ou **DETA** (Diminuer Entourage Trop Alcool) en français (*annexe 3*) : (7, 51)

C'est un auto-questionnaire comportant 4 items qui oriente vers un usage nocif ou une alcoolodépendance en cas de score supérieur ou égal à deux. Il est court et facile à réaliser.

- le test **FACE** (Fast Alcohol Consumption Evaluation) (*annexe 4*) : (7, 52)

C'est un questionnaire en 5 items permettant un repérage rapide des buveurs excessifs non alcoolodépendants. Il a été élaboré à partir de questions issues des questionnaires cités précédemment et déjà validés pour le diagnostic de consommation à risque et de dépendance. Ce questionnaire est plus adapté aux attentes et aux contraintes régissant la pratique quotidienne des médecins de ville.

Il existe également des marqueurs biochimiques des alcoolisations excessives : la gamma-glutamyl transférase sérique (GGT), les transaminases, la transferrine désialylée (CDT) et le volume globulaire moyen (VGM). Ils n'ont pas d'utilité en repérage de routine chez des personnes asymptomatiques du fait de leur faible sensibilité. Ils sont en revanche utiles pour suivre l'évolution de la consommation d'alcool d'un patient ayant un mésusage. (46, 50)

ii. L'intervention brève

Ce chapitre a pour but de clarifier les modalités de l'intervention brève.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment, la notion d'intervention brève ne peut être définie de manière univoque. Les techniques d'interventions brèves décrites dans les différentes études sont très hétérogènes: entretien motivationnel, thérapie cognitivo-comportementale, brochures d'informations, agendas de consommation...

La durée d'une intervention brève est en général de 5 à 20 minutes : c'est le conseil simple ou l'intervention minimale, encore appelée « very brief intervention » par les anglo-saxons et qui permettrait une réduction significative de 30% de la consommation d'alcool.

Pour certains auteurs, une intervention brève peut durer jusqu'à une heure.

En pratique, la durée la plus fréquemment admise est de 10 à 20 minutes. (53)

L'intervention brève consiste à évaluer la consommation d'alcool et à donner des informations sur les risques d'une consommation excessive. Elle a un objectif de modération et non d'abstinence comme chez l'alcoolodépendant.

L'intervention brève s'appuie sur les modalités de l'entretien motivationnel : le soignant apprécie le degré de motivation du patient à diminuer sa consommation d'alcool.

Cette évaluation fait référence aux stades décrits par Prochaska et DiClemente : stade pré-intentionnel, intentionnel, de préparation, d'action, de maintien et de résolution. Le patient cote sur une échelle de 1 à 10 son désir de diminuer sa consommation d'alcool ce qui permet de savoir à quel stade il se trouve et ainsi d'engager une intervention appropriée.

Le but de l'entretien motivationnel « est d'augmenter les motivations personnelles du patient afin qu'il puisse arriver ou revenir au stade d'action ». (53)

Mais l'entretien motivationnel diffère de l'intervention brève sur un point. Dans l'entretien motivationnel le patient doit parvenir seul à comprendre pourquoi et comment changer son comportement de consommation. Alors que dans l'intervention brève, le soignant donne un conseil de manière explicite : c'est le A de l'acronyme FRAMES développé par le psychologue américain WR Miller et qui résume les étapes d'une intervention brève : (54)

- **Feed-back** : restitution au patient de l'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d'alcool ;
- **Responsability** : la responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient et non au thérapeute ;

- **Advice** : un conseil de modération est clairement donné au patient ;
- **Menu** : un « menu » ou choix d'options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool est donné au patient ;
- **Empathy** : le thérapeute fait preuve d'empathie, il évite la condescendance, les jugements de valeur et valorise les efforts et les acquis du patient.
- **Self-efficacy** : le thérapeute cherche à renforcer chez son patient les ressources personnelles en faveur du changement.

Il existe donc de multiples variantes sur le contenu, la durée ou les modalités de réalisation d'une intervention brève. Pour autant toute intervention brève observe les composantes suivantes : elle s'adresse aux buveurs excessifs d'alcool et vise en priorité une réduction de leur consommation en dessous des seuils préconisés par l'OMS. Une attitude fondée sur l'empathie, l'absence de jugement et la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement est recommandée au praticien. (55)

d. Efficacité du RPIB

Malgré l'hétérogénéité des définitions de l'intervention brève, une méta-analyse a tenté d'analyser les essais cliniques connus de la littérature en 2006. (56)

Les auteurs ont estimé que la durée d'une intervention brève, en cabinet de médecine générale, comprise dans une consultation de routine, est de 5 à 15 minutes. Ils concluent aussi en l'efficacité de l'intervention brève : elle est à l'origine d'une diminution à un an de la consommation hebdomadaire de 38g d'alcool par semaine chez des patients ayant une consommation d'alcool moyenne initiale de 310g. Par ailleurs ils remarquent que les interventions intensives ne sont pas significativement plus efficaces que les interventions brèves.

Une autre revue plus récente et francophone de l'intervention brève a conclu que l'intervention brève est à l'origine d'une réduction de la consommation d'alcool permettant un retour à une consommation modérée entre 10% et 50% selon les études, estimée en général de l'ordre de 30%. L'efficacité a été démontrée sur une durée d'au moins 4 ans. (57)

La quasi-totalité des travaux de recherche met donc en évidence une efficacité de l'intervention brève dans la réduction de la consommation d'alcool à court ou moyen terme (en moyenne 6 à 12 mois pour le court terme et 2 à 5 ans pour le moyen terme) chez les buveurs qui dépassent les niveaux de risque définis par l'OMS. (55,58)

Comme l'a écrit Heather en 2002, l'efficacité de l'intervention brève a été démontrée au-delà des doutes raisonnables. (59)

3. Cannabis

a. Le cannabis, un problème de plus en plus fréquent en médecine générale

En étant le produit illicite le plus largement consommé en France, surtout chez les jeunes, et du fait des dangers réels que présentent sa consommation régulière, le cannabis est devenu un problème de santé publique nécessitant une réponse de prévention et de soins. (3)

b. Bénéfices de l'arrêt du cannabis

Bien évidemment, des bénéfices d'ordre somatique sont attendus à l'arrêt de la consommation de cannabis. Etant donné que la dégradation pulmonaire est, comme pour le tabac, proportionnelle à la quantité de fumée inhalée, l'arrêt de l'intoxication au cannabis entraîne une diminution de risque des maladies pulmonaires comme la BPCO et des cancers pulmonaires. (25)

Mais les bénéfices principaux attendus à l'arrêt du cannabis sont d'ordre social avec une diminution du trafic et de la délinquance. Le cannabis est en effet un produit classé stupéfiant et son usage ou son trafic est réprimé conformément à la loi du 31 décembre 1970. (17)

En 2009, 15 258 interpellations ont été effectuées pour usage-revente et trafic de cannabis et les interpellations pour usage de cannabis représentent 90% des interpellations pour usage de stupéfiants. Toujours en 2009, on recense 124 921 interpellations pour usage de cannabis. (14)

c. La prise en charge des fumeurs de cannabis

Le dépistage précoce d'une consommation de cannabis devrait être systématique en raison de sa fréquence et de ses conséquences sur la santé individuelle et collective. Le médecin généraliste a une place privilégiée pour aborder cette question et intervenir le plus rapidement possible avant qu'une dépendance ne s'installe.

Aborder la question de la consommation de cannabis en médecine générale n'est pas chose fréquente. L'addiction aux drogues illicites est le motif de consultation en médecine générale dans seulement 0,45% des cas. (33)

Alors quand dépister en dehors de toute demande ?

Il faut saisir les occasions de dépister tout en restant en position médicale : (22, 23)

- en cas de symptomatologie pouvant être rapportée à la consommation de cannabis (difficultés scolaires, syndrome amotivationnel...) ;
- en cas de repérage d'une situation favorisant (adolescence, entrée dans le monde du travail, problème d'insertion sociale, scolaire ou professionnelle) ;
- en cas de symptomatologie de psychopathologie (anxiété, insomnie, dépression...) ;
- indispensable en cas de grossesse avant 15 ans surtout, violences agies ou subies, mal-être ;
- ou bien systématiquement lors d'une consultation courante en même temps que la recherche des autres addictions.

L'essentiel des informations nécessaires au repérage et à l'évaluation de la gravité de la consommation est obtenu par le dialogue et l'échange avec la personne, éventuellement complété par des auto-questionnaires. (60)

Ces questionnaires sont faciles et rapides d'emploi. Ils permettent d'aider à poser des questions lorsque le contact avec le patient est fragile et d'aborder les aspects problématiques de la consommation de cannabis.

- le **CAGE-cannabis** (*annexe 5*) : (61)

Il n'a pas le même degré de validité que le CAGE-alcool mais est tout de même utile. Deux réponses positives ou plus à ce test est évocateur d'une consommation nocive de cannabis.

- le **CAST** (Cannabis Abuse Screening Test) (*annexe 6*): (17)

C'est un questionnaire en 6 items qui permet de repérer l'usage nocif de cannabis, qu'il soit d'ordre comportemental (usages à priori non festifs comme les usages matinaux et solitaires), mental (problèmes de mémoire), social (reproches de l'entourage), ou qu'il soit un signe de dépendance (difficulté ou échec dans la volonté de réduire l'usage).

Il permet d'attirer l'attention de la personne sur sa consommation en fonction du nombre de réponse positive en sachant que :

- un score faible (inférieur ou égal à 1) correspond à un usage qui n'apparaît pas pour l'instant problématique ;
- un score élevé (score supérieur ou égal à 3) peut être le signe d'un risque très élevé d'usage nocif.

Contrairement au tabac et à l'alcool, où des concepts spécifiques existent (conseil minimal pour le tabac et intervention brève pour l'alcool), la prise en charge en médecine générale des usagers de cannabis n'est pas « codifiée ».

Mais comme pour les autres addictions, le repérage d'une consommation de cannabis n'est pas une fin en soi ; il précède une prise en charge spécifique et un retour d'information en direction du patient. (17)

L'utilisation des questionnaires validés permet le diagnostic d'usage à risque, d'usage nocif ou de dépendance. Ils donnent un contenu objectif de la consommation et facilitent la confrontation entre les représentations du médecin et du consommateur. Le repérage de ces indicateurs permet au médecin de différencier les situations à risque des autres situations de consommation sans dommage apparent et d'adapter le projet thérapeutique. (22)

L'objectif du médecin est de favoriser le changement de comportement du patient. Il doit établir une relation d'alliance avec le patient en s'appuyant sur l'empathie et l'encouragement : (22, 60)

- en cas d'usage sans dommage apparent, le médecin donne une information et des conseils simples au patient. Il peut s'aider de supports et distribuer au patient une brochure informative validée ;
- en cas de consommation à risque ou d'usage nocif, le médecin propose un accompagnement pour aider le patient à le percevoir, à modifier son comportement de consommation. Le médecin peut également s'appuyer sur l'une des 280 consultations spécialisées, anonymes et gratuites, destinées aux jeunes consommateurs de cannabis ;
- en cas de dépendance, le médecin l'orientera vers une structure spécialisée adaptée (centre médico-psychologique, Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, structures d'addictologie hospitalière).

Partie 2

OBJECTIF

MATERIEL

METHODES

RESULTATS

A. OBJECTIF

Notre but est d'évaluer au moyen d'un audit médical la pratique des médecins généralistes de Lorraine concernant « le repérage des addictions et l'intervention brève ».

B. MATERIEL ET METHODES

1. Présentation du Groupe Lorrain d'Audit Médical (62)

Le GLAM est la structure projet de LORFORMEP (fédération lorraine des associations de formation médicale et d'évaluation des pratiques professionnelles), organisme agréé par la HAS pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Le GLAM s'est créé en 1993 et s'est constitué en association à but non lucratif en mai 2002. Il a pour objet le développement et la promotion de l'évaluation des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire, au moyen de l'audit médical.

Le GLAM est un organisme autofinancé par ses adhérents. Il peut aussi nouer des partenariats et recevoir des subventions de l'administration publique ou de réseaux sur des projets bien précis.

2. L'audit médical

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés au patient. Il s'agit d'une démarche volontaire qui respecte l'anonymat des participants. (63)

L'audit clinique distingue six étapes : (64)

- choix du thème
- choix des critères
- choix de la méthode de mesure
- recueil de données
- analyse des résultats :
- plan d'actions d'amélioration et réévaluation

3. Guide méthodologique du GLAM (Annexe 7)

Le GLAM a élaboré un guide méthodologique afin de faciliter la réalisation d'audits de pratique.

Ce guide a été écrit dans un objectif de rigueur et d'exhaustivité. Il rassemble 31 étapes nécessaires à la réalisation d'un audit.

Un groupe de médecins (groupe de pilotage) choisit un thème de travail et recherche l'existence de références auxquelles il adhère. Il conçoit ensuite le protocole de recueil des données. Ce recueil est ultérieurement réalisé par les médecins appartenant ou non au groupe de préparation. L'analyse de ce premier recueil permet d'apporter une réponse à la question que posait le travail d'évaluation : La pratique est-elle en accord avec le référentiel? Si non, quel est l'écart entre les données recueillies et l'objectif à atteindre? Si le niveau souhaité n'est pas atteint, les membres du groupe tentent d'analyser les raisons de cet écart puis de déterminer le type d'action à mener pour modifier les pratiques. Une nouvelle enquête de pratique est réalisée après un certain délai afin de vérifier la progression des participants.

C. LE 1^{er} TOUR DE L'AUDIT RPIB

1. Choix du thème

En 1999, un audit du GLAM intitulé « Tenue du dossier médical et statut des patients par rapport à l'alcool et au tabac » a déjà testé la difficulté à repérer la consommation de tabac et d'alcool chez des patients vus en médecine générale. Constat était fait que moins de la moitié des dossiers médicaux contenait une information sur la consommation d'alcool et moins des 2/3 en contenait une sur la consommation de tabac.

Devant ces résultats, le GLAM a décidé, 10 ans après, de faire un état des lieux de la tenue des dossiers médicaux concernant le tabac, l'alcool mais également le cannabis. Il ne s'agit plus seulement d'analyser le repérage des addictions mais également l'intervention des médecins auprès de ces patients ayant un usage problématique d'un produit.

2. Les modalités du premier tour

Un premier courrier a été envoyé en juin 2009 aux 2302 médecins généralistes lorrains. D'autres professionnels de santé sont également concernés par le thème choisi, comme les médecins du travail qui ont pour vocation principale la prévention des salariés. Mais pour des raisons d'ordre pratique, ils n'ont pas participé à cet audit.

Ce courrier comportait:

- une lettre d'invitation (annexe 8)

Avec peu de phrases, il faut donner envie au médecin de participer à l'audit. C'est la vitrine de l'audit. Elle explique au médecin « **qui inclure** » et « **comment inclure** ».

Le médecin est audité sur ses performances auprès de patients choisis de façon aléatoire et vus régulièrement en consultation, soit au moins trois consultations au cours des deux dernières années.

Une limite inférieure d'âge est fixée à 15 ans en raison de la précocité du contact des jeunes avec les produits addictifs.

Le recueil de données est rétrospectif ; on ne tient pas compte des informations obtenues le jour de l'inclusion.

- un argumentaire (annexe 9).

Il a pour but de rassembler des références concernant le thème choisi et d'élaborer des normes.

L'argumentaire est un état des lieux des connaissances actuelles concernant le sujet de l'audit, il permet de sensibiliser les médecins au référentiel proposé.

La validation de l'argumentaire scientifique est indispensable si une publication des résultats est envisagée.

- la grille d'audit (annexe 10).

- une plaquette (annexe 11).

Elle concerne le mésusage d'alcool, est destinée aux médecins et a été réalisée par le Réseau Lorrain d'Addictologie (LORADDICT). Cette plaquette résume en quelques lignes le principe du RPIB et l'efficacité de l'intervention brève. Elle rappelle également aux médecins les différents seuils de risque et conduites d'alcoolisation établies par l'OMS.

Avant l'envoi du 1^{er} tour de l'audit, un test de faisabilité a été réalisé. C'est un élément indispensable pour le bon déroulement de l'audit. Des erreurs peuvent être commises par le groupe de pilotage lors de la réalisation de l'audit: questions ambiguës, complexes, fautes de syntaxe, d'orthographe...

Cette mise en situation par un groupe de médecins extérieurs au GLAM permet une meilleure réalisation des audits.

3. Les critères évalués

La grille d'audit du premier tour comportait 12 critères établis sous forme de questions auxquelles cet audit vise à apporter une réponse :

- Le dossier médical permet-il de repérer les patients consommateurs de tabac, d'alcool et de cannabis ?
- Les patients à risque bénéficient-ils de conseils concernant leur mésusage ?

Le type de réponse attendu était précisé par un exemple sur la grille.

- **Quel est l'âge du patient ?**

La réponse attendue est l'âge en années. C'est un critère intéressant qui permet de voir si l'âge intervient ou non dans le repérage des addictions. Il permet également de vérifier le respect du critère d'inclusion.

- **Le dossier médical contient-il une information sur la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis ?**

La réponse attendue est oui (O) ou non (N).

La question est commune aux trois produits, elle concerne la première interrogation à laquelle cet audit tente de répondre à savoir le repérage des addictions.

- **Cette information est-elle conforme au statut existant ?** (question commune aux trois produits)

La réponse attendue est oui (O), non (N) ou sans objet (SO). Le statut du patient est-il régulièrement réévalué ? A cette question, en cas de non information du statut du patient dans le dossier médical, le médecin doit répondre (SO).

- **Le dossier permet-il de qualifier la consommation d'alcool (usage simple, à risque, nocif ou dépendance) ?**

La réponse attendue est oui (O) ou non (N).

La plaquette fournie par LORADDICT, ainsi qu'un tableau de définitions au-dessus de la grille, rappelle au médecin les différents seuils de risque et conduites d'alcoolisation. Cela permet au médecin de classer le profil d'usage du patient, en

sachant que les usagers simples et les patients dépendants ne bénéficient pas d'intervention brève.

- **Le dossier permet-il de qualifier la consommation de cannabis (usage avec ou sans dépendance) ?**

La réponse attendue est oui (O) ou non (N).

- **En cas de tabagisme, le patient se souvient-il d'avoir reçu un conseil d'arrêt ?**

La réponse attendue est oui (O) ou non (N). Y a-t-il eu un conseil minimal de la part du médecin concernant l'arrêt du tabagisme ?

- **En cas d'usage à risque ou nocif d'alcool, le patient se souvient-il d'avoir reçu un conseil de diminution ?**

La réponse attendue est oui (O) ou non (N). Y a-t-il eu une intervention brève de la part du médecin visant la réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs dépassant les seuils de risque ?

- **En cas de consommation de cannabis, le patient se souvient-il d'avoir reçu un conseil d'arrêt ?**

La réponse attendue est oui (O) ou non (N). Y a-t-il eu un conseil d'arrêt de la part du médecin en cas de consommation de cannabis ?

4. Les objectifs du premier tour

Pour chaque question posée, des objectifs ont été fixés lors des réunions du GLAM avant de connaître les résultats du 1^{er} tour.

Pour certains critères, les objectifs retenus correspondent aux résultats obtenus lors du 2nd tour de l'audit réalisé en 1999 intitulé « Tenue du dossier médical et statut des patients par rapport à l'alcool et au tabac ». (*Annexe 12*)

Concernant les nouveaux critères évalués, les objectifs ont été fixés de manière arbitraire mais consensuelle. Ils correspondent à ce que le groupe considère comme une pratique médicale satisfaisante.

a. Tabac

- **Information dans le dossier médical** : l'objectif retenu (en se basant sur l'audit de 1999) est que chaque médecin ait au minimum 62% de ses patients avec une information concernant le statut tabagique dans le dossier médical.
- **Conformité de l'information** : l'objectif retenu (en se basant sur l'audit de 1999), est que chaque médecin ait au minimum 90% de ses patients avec une information conforme dans le dossier médical.
- **Conseil d'arrêt en cas de tabagisme** : l'objectif retenu est que chaque médecin ait 100% de ses patients fumeurs se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt de leur tabagisme.

b. Alcool

- **Information dans le dossier médical** : l'objectif retenu (en se basant sur l'audit de 1999) est que chaque médecin ait au minimum 48% de ses patients avec une information concernant la consommation d'alcool dans le dossier médical.
- **Conformité de l'information** : l'objectif retenu est que chaque médecin ait au minimum 90% de ses patients avec une information conforme dans le dossier médical.
- **Qualification de l'usage** : l'objectif retenu (en se basant sur l'audit de 1999) est que chaque médecin ait au minimum 56% de ses patients avec une qualification de la consommation d'alcool dans le dossier médical.
- **Conseil de diminution en cas de consommation problématique d'alcool** : l'objectif retenu est que chaque médecin ait 100% de ses patients ayant un usage à risque ou nocif se souvenant avoir reçu un conseil de diminution de leur consommation.

c. Cannabis

- **Information dans le dossier médical** : l'objectif retenu est que chaque médecin ait au minimum 30% de ses patients avec une information concernant la consommation de cannabis dans le dossier médical.

- **Conformité de l'information** : l'objectif retenu est que chaque médecin ait au minimum 90% de ses patients avec une information conforme dans le dossier médical.
- **Qualification de l'usage** : l'objectif retenu est que chaque médecin ait au minimum 50% de ses patients avec une qualification de la consommation de cannabis dans le dossier médical.
- **Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis** : l'objectif retenu est que chaque médecin ait 100% de ses patients fumeurs se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt de leur consommation de cannabis.

D. EXPLOITATION DES RESULTATS

Il n'existe pas de méthodologie standardisée d'exploitation des résultats.

L'analyse des données a été réalisée avec l'aide du Docteur EL ADSSI de l'Ecole de Santé Publique avec le logiciel SAS version 9.1. (65)

En analyse univariée, les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et des pourcentages.

La comparaison des pourcentages a été réalisée au moyen du test du Chi² de Pearson, et du test exact de Fischer lorsque les conditions d'application du Chi² n'étaient pas remplies. Le seuil de signification a été fixé 5%.

E. RESULTATS DU 1^{er} TOUR

1. Durée du recueil

Le recueil des informations a duré 8 mois de juin 2009 à février 2010.

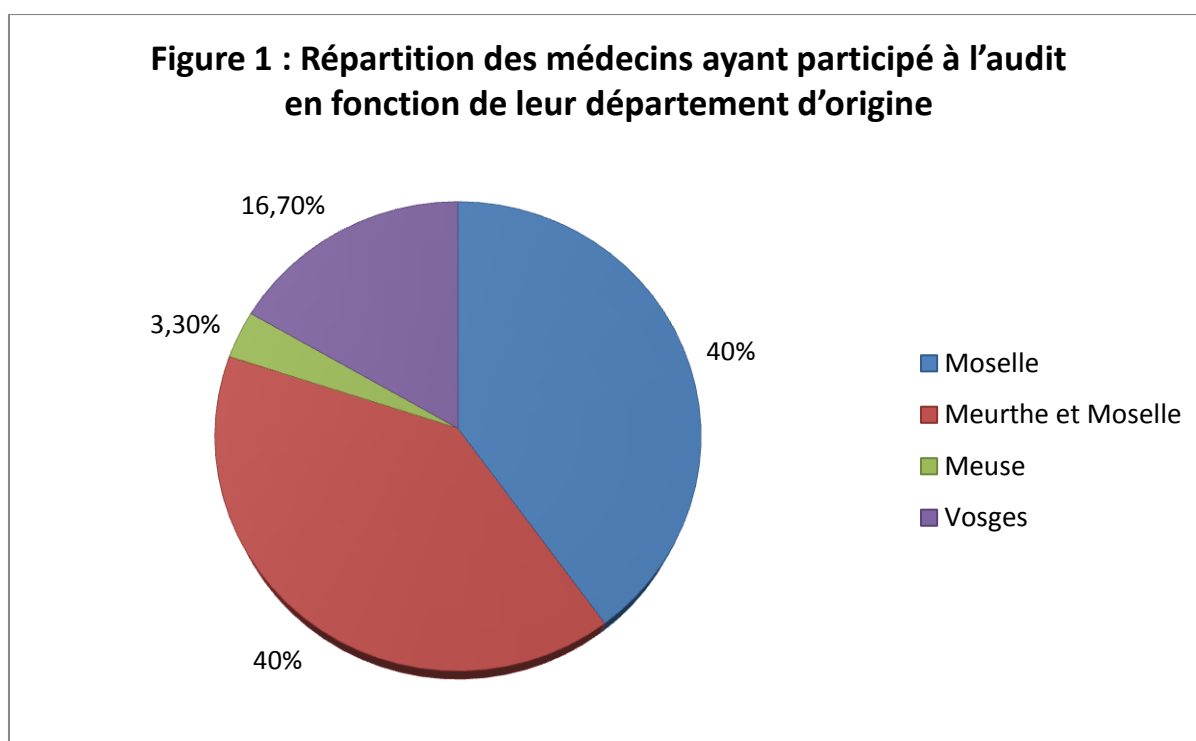
2. Les médecins participants

2302 grilles ont été envoyées aux médecins généralistes lorrains.

En février 2010, nous avons reçu 30 grilles, toutes exploitables, soit un taux de réponse de 1,3%.

	Moselle	Meurthe et Moselle	Meuse	Vosges	Total
Nombre de généralistes sollicités	996	770	177	359	2302
Nombre de généralistes ayant répondu	12	12	1	5	30
Pourcentage de réponse	1,2	1,6	0,6	1,4	1,3

Tableau 3 : Effectif des médecins généralistes sollicités et taux de réponses au 1^{er} tour d'audit répartis selon le département d'exercice



3. Nombre de patients inclus

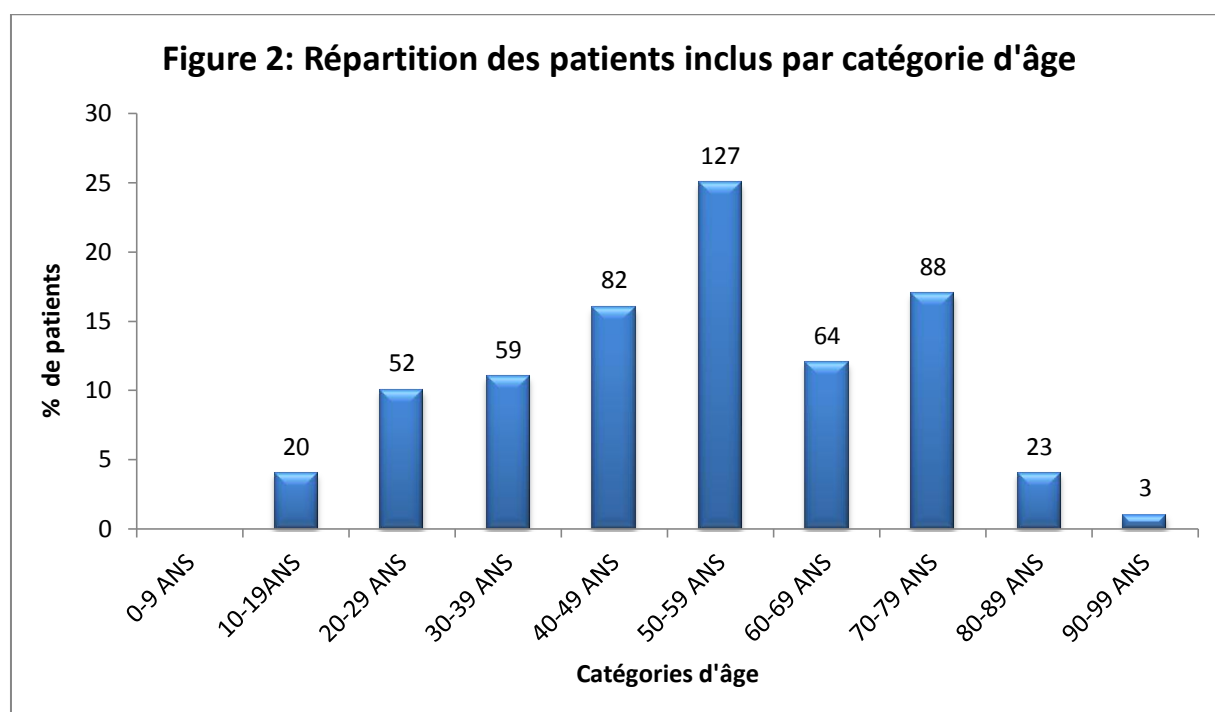
Toutes les grilles reçues sont complètes, chacune incluant 20 patients.
30 grilles sont exploitées, le nombre de patients inclus est de 600.

4. Population étudiée

a. Age

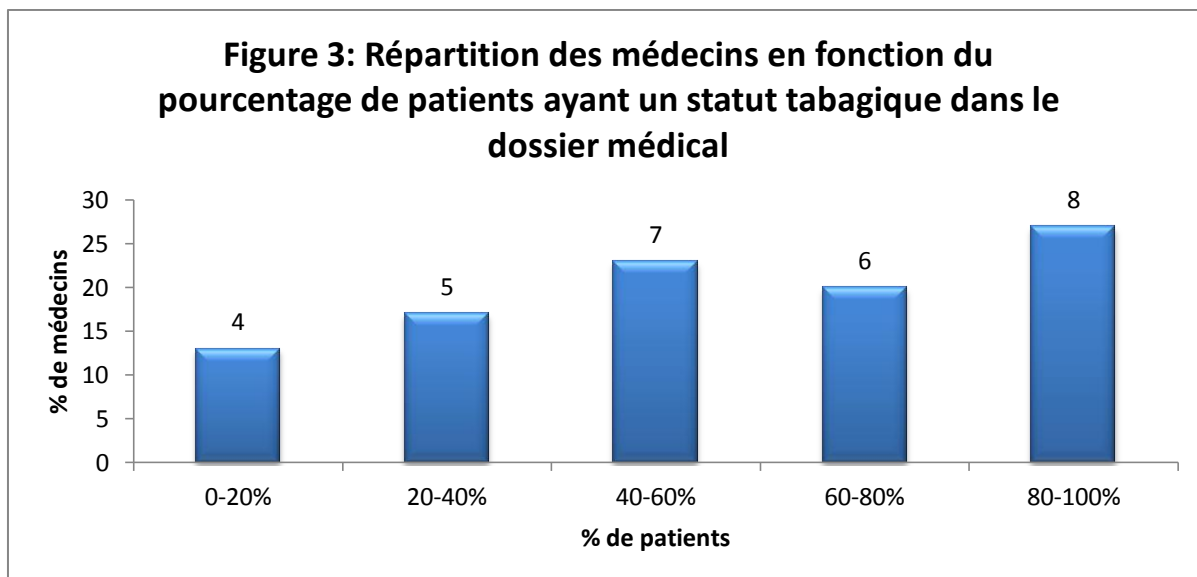
La moyenne d'âge des patients recrutés est de 52 ans avec des extrêmes de 16 à 95 ans.

Le critère âge est manquant chez 82 patients.



b. Information dans le dossier médical sur la consommation de tabac

Au 1^{er} tour, **60% des patients** ont une information concernant leur statut tabagique dans leur dossier médical.

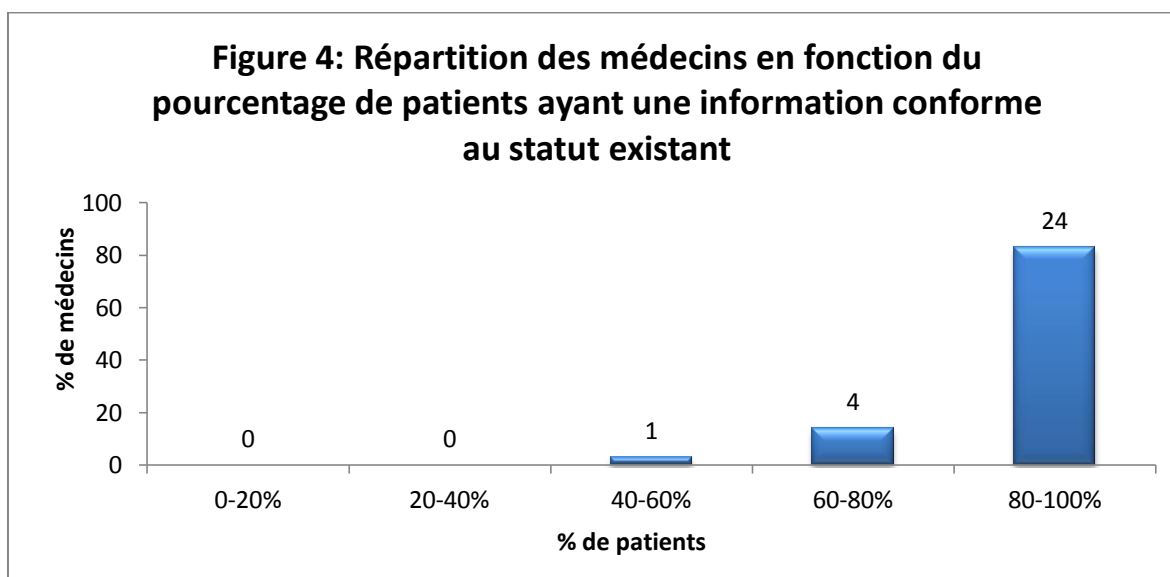


27% des médecins (8 médecins) ont plus de 80% de leurs patients dont le dossier médical mentionne leur statut tabagique.

A l'opposé, 13% des médecins (4 médecins) ont moins de 20% de leurs patients dont le dossier médical contient une information sur la consommation de tabac.

c. Conformité au statut existant de l'information sur la consommation de tabac

Au 1^{er} tour, **94% des patients** ont une information dans le dossier médical conforme au statut existant.



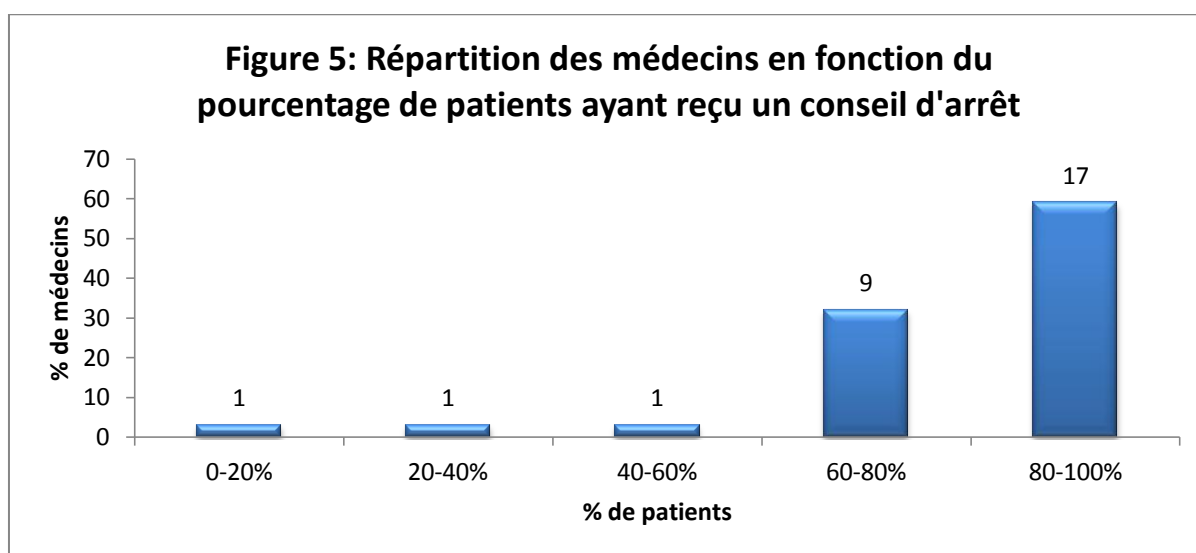
83% des médecins (24 médecins) ont plus de 80% de leurs patients avec une information du statut tabagique conforme au statut existant dans le dossier médical.

A l'opposé, 1 médecin a moins de 60% de ses patients avec une information concernant leur consommation tabagique conforme au statut existant dans le dossier médical.

d. Conseil d'arrêt en cas de tabagisme

Au 1^{er} tour, parmi les 600 patients recrutés, **33%** sont des fumeurs (196 patients).

Parmi ces patients, **83%** se souviennent avoir reçu un conseil d'arrêt de leur tabagisme.

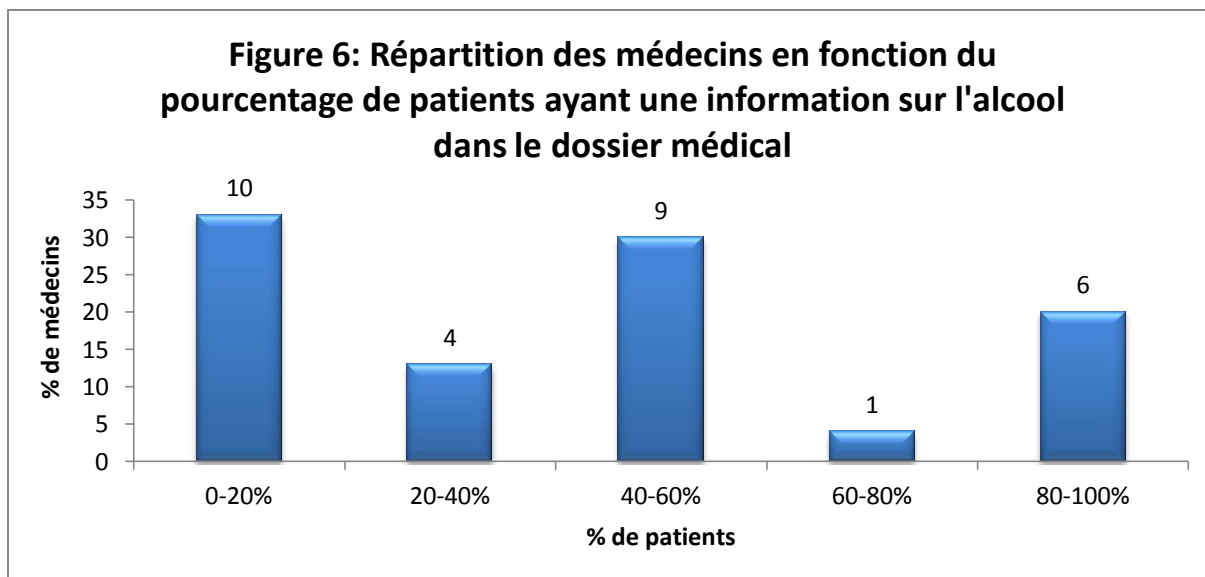


59% des médecins (17 médecins) ont plus de 80% de leurs patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de tabagisme.

A l'opposé, 1 médecin a moins de 20% de ses patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de tabagisme.

e. Information dans le dossier médical sur la consommation d'alcool

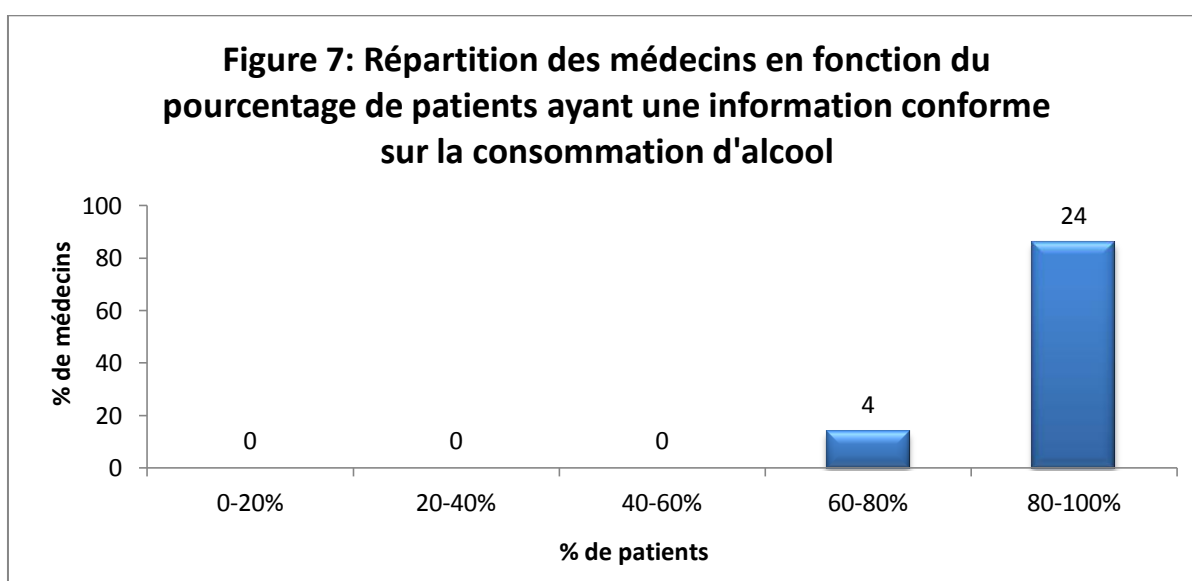
Au 1^{er} tour, **45% des patients** ont une information sur leur consommation d'alcool dans leur dossier médical.



20% des médecins (6 médecins) ont plus de 80% de leurs patients avec une information concernant leur consommation d'alcool dans le dossier médical. A l'opposé, 33% des médecins (10 médecins) ont moins de 20% de leurs patients avec une information dans le dossier médical.

f. Conformité de l'information sur l'alcool

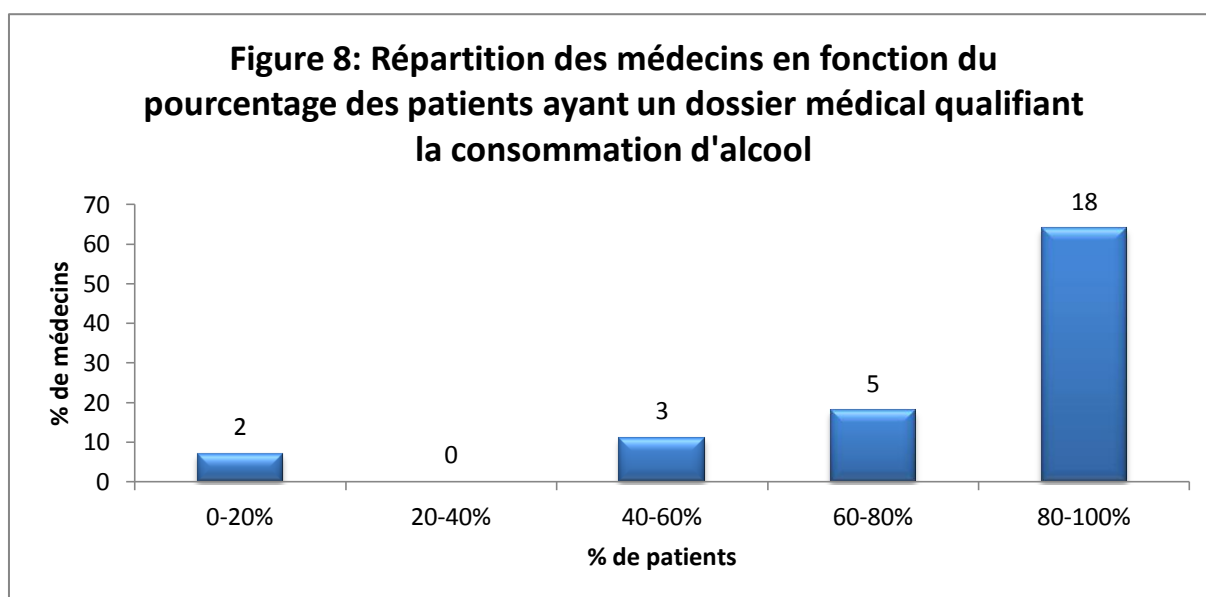
Au 1^{er} tour, **95% des patients** ont une information conforme à leur consommation d'alcool dans leur dossier médical.



86% des médecins (24 médecins) ont plus de 80% de leurs patients avec une information conforme sur la consommation d'alcool dans le dossier médical.

g. Qualification de la consommation d'alcool

Au 1^{er} tour de l'audit, **84% des patients** ont un dossier médical qualifiant leur consommation d'alcool.



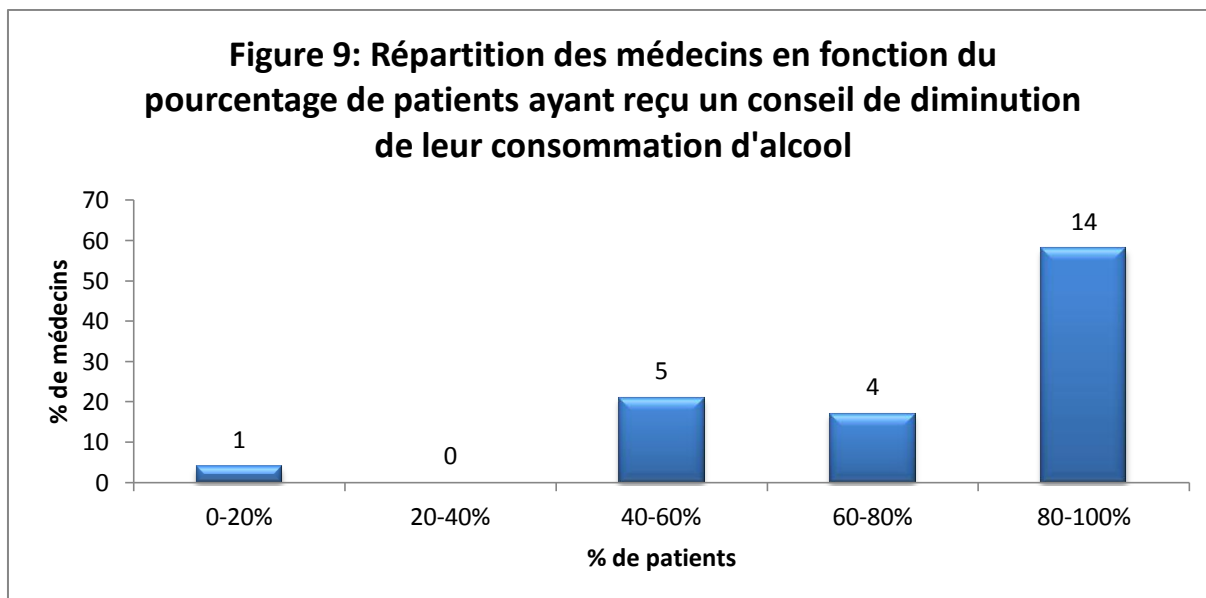
64% des médecins (18 médecins) ont plus de 80% de leurs patients dont le dossier médical qualifie leur consommation d'alcool.

A l'opposé, 2 médecins ont moins de 20% de leurs patients dont le dossier médical qualifie leur consommation d'alcool.

h. Conseil de diminution en cas d'usage à risque ou nocif d'alcool

Au 1^{er} tour, parmi les 600 patients recrutés, **17,5% des patients** ont un usage à risque ou nocif d'alcool (105 patients).

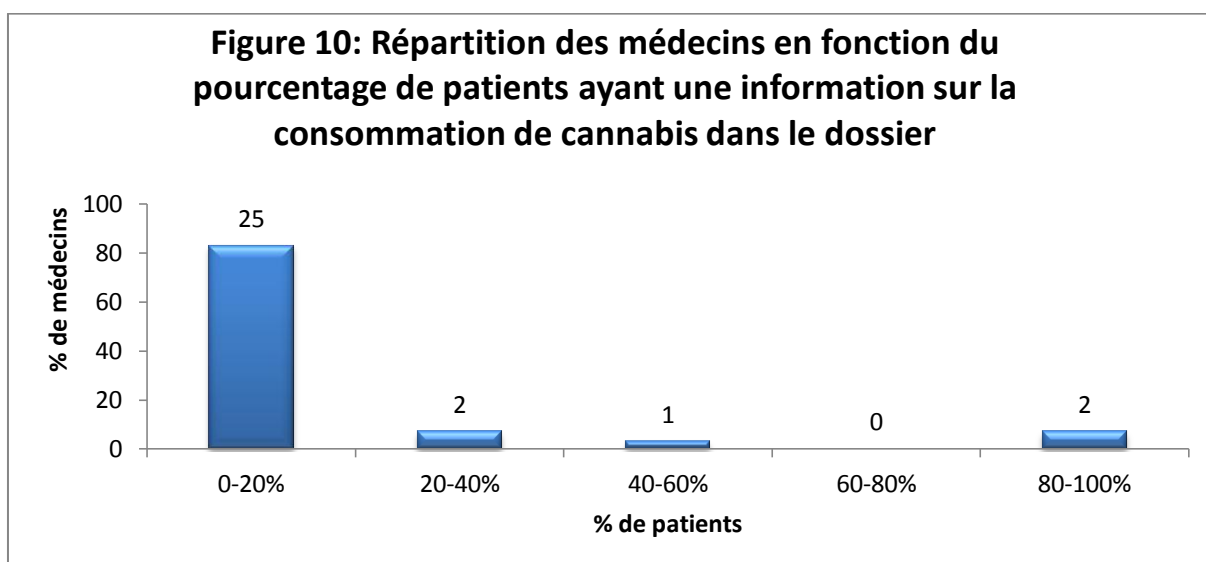
Parmi ces patients, **82%** se souviennent avoir reçu un conseil de diminution de leur consommation d'alcool lors d'un usage à risque ou nocif.



58% des médecins (14 médecins) ont plus de 80% de leurs patients ayant un usage à risque ou nocif, se souvenant avoir reçu un conseil de diminution de leur consommation d'alcool.

i. Information sur la consommation de cannabis dans le dossier médical

Au 1^{er} tour de l'audit, **15% des patients** ont une information sur la consommation de cannabis dans le dossier médical.

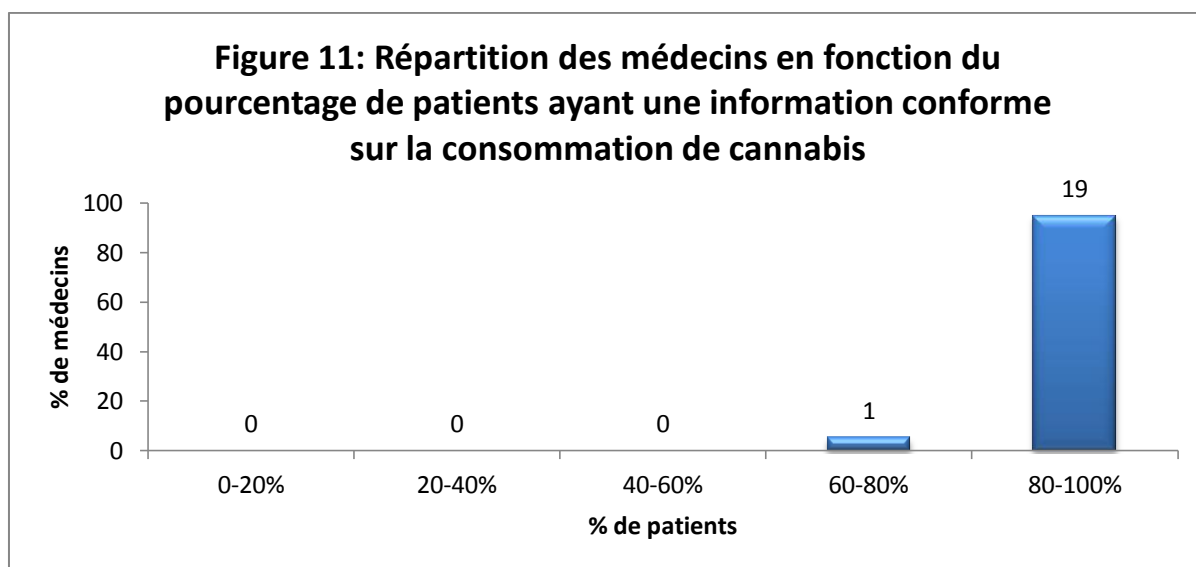


83% des médecins (25 médecins) ont moins de 20% de leurs patients dont le dossier médical contient une information sur la consommation de cannabis.

A l'opposé, 2 médecins ont plus de 80% de leurs patients dont le dossier médical contient une information sur la consommation de cannabis.

j. Conformité de l'information sur le cannabis

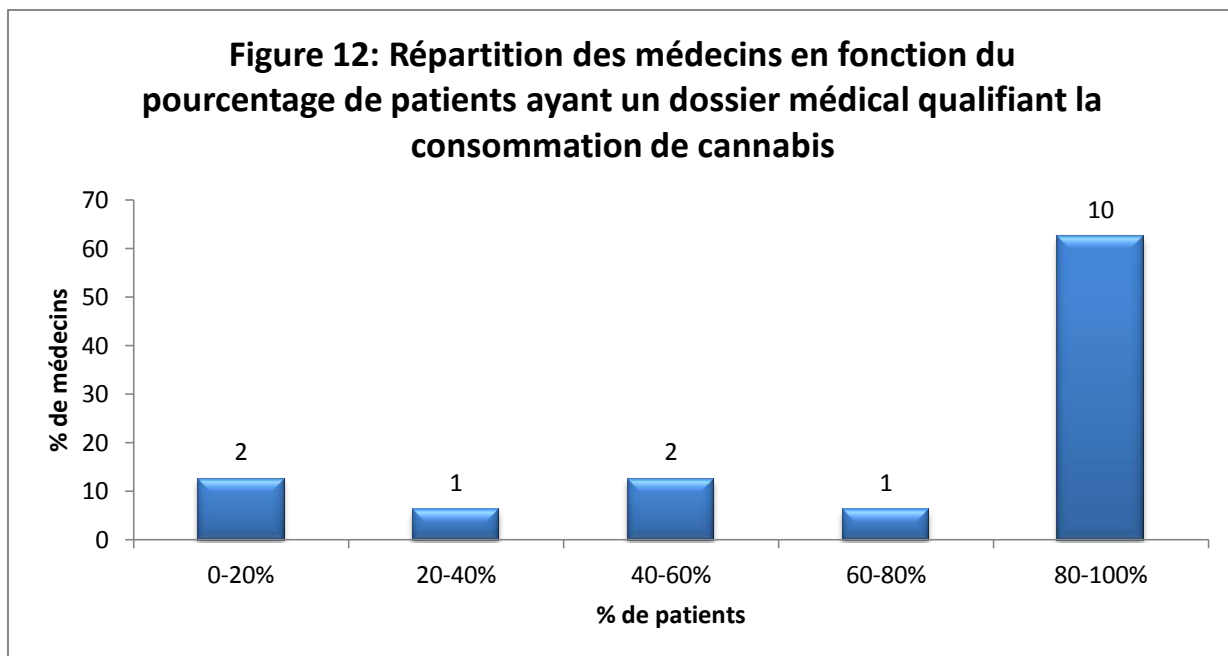
Au 1^{er} tour, **96% des patients** ont une information conforme à leur consommation de cannabis dans leur dossier médical



95% des médecins (19 médecins) ont plus de 80% de leurs patients avec une information conforme sur la consommation de cannabis dans le dossier médical.

k. Qualification de la consommation de cannabis

Au 1^{er} tour de l'audit, **82% des patients** ont un dossier médical qualifiant leur consommation de cannabis.



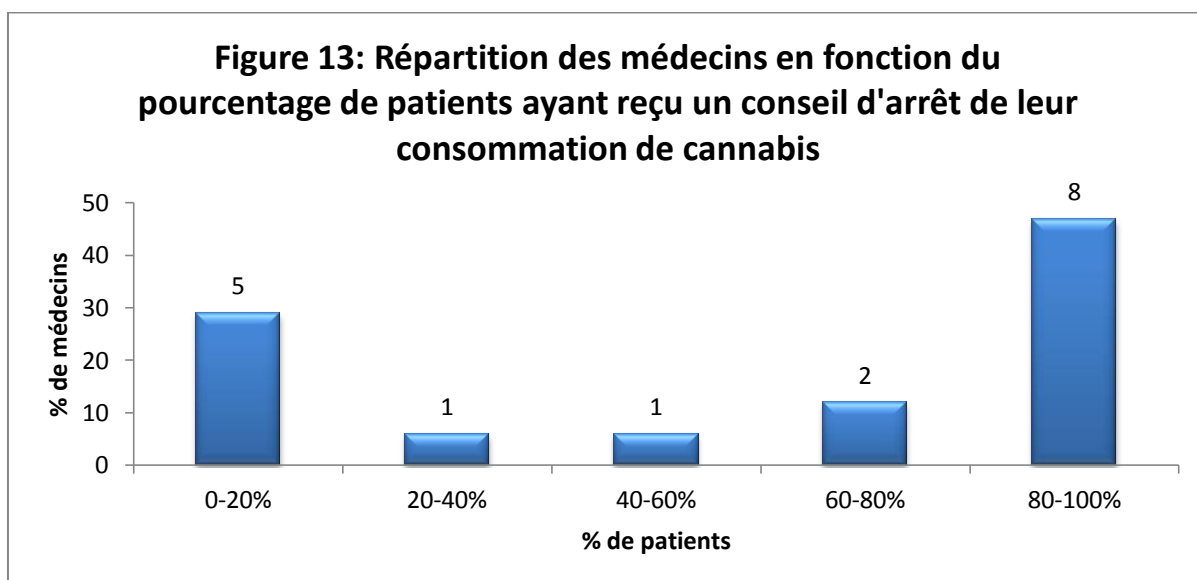
63% des médecins (10 médecins) ont plus de 80% de leurs patients dont le dossier médical qualifie leur consommation de cannabis.

A l'opposé, 2 médecins ont moins de 20% de leurs patients dont le dossier médical qualifie leur consommation de cannabis.

I. Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis

Au 1^{er} tour, parmi les 600 patients recrutés, 7% consomment du cannabis.

Parmi ces patients, **67,5%** se souviennent avoir reçu un conseil d'arrêt de leur consommation de cannabis.



47% des médecins (8 médecins) ont plus de 80% de leurs patients ayant une consommation de cannabis se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt.

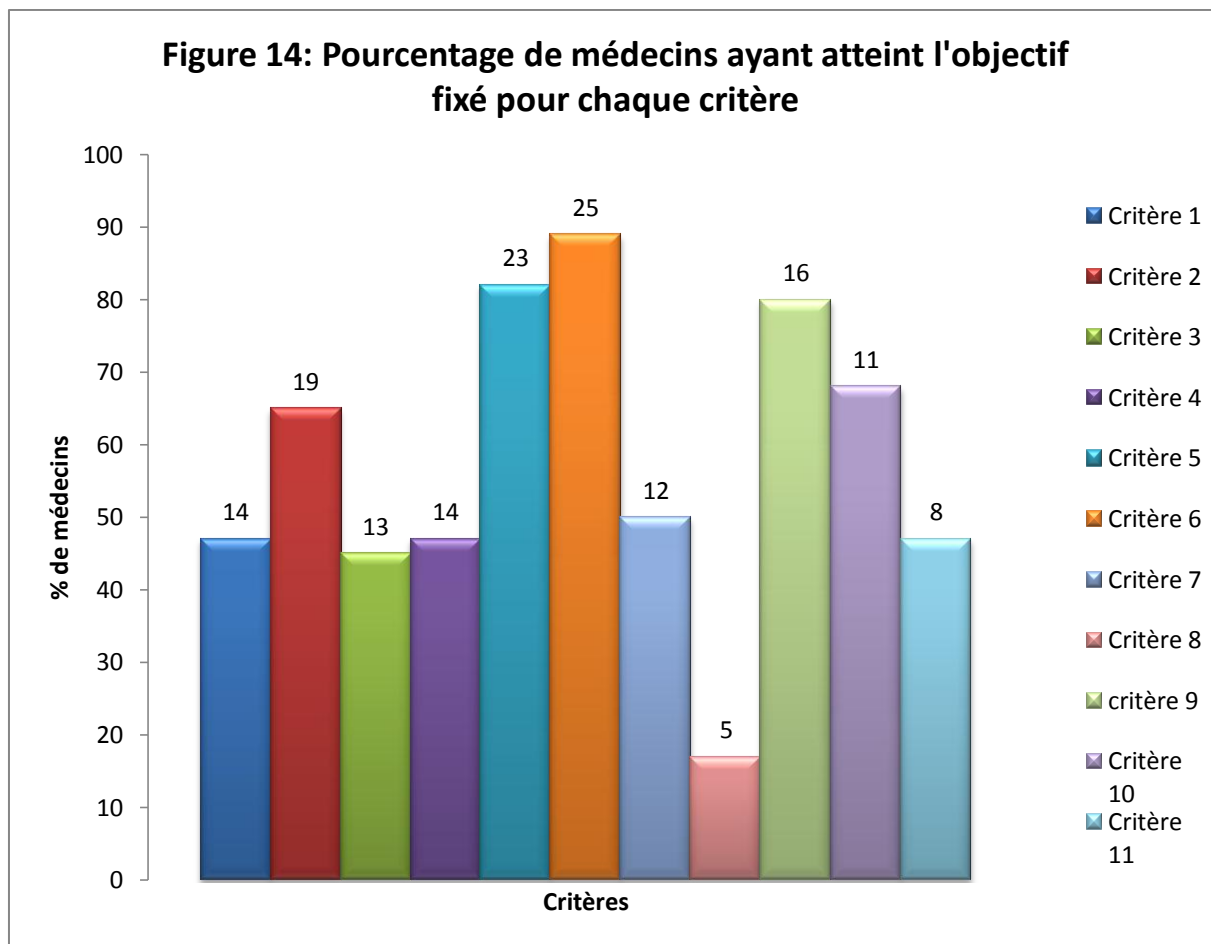
A l'opposé, 5 médecins ont moins de 20% de leurs patients ayant une consommation de cannabis se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt.

m. Synthèse des critères

Au 1^{er} tour de l'audit, **8,2% des patients** répondent à l'ensemble des critères de qualité de prise en charge tels que nous les avons déterminés :

- ils ont une information dans leur dossier médical concernant leur consommation de tabac, alcool et cannabis, cette information est conforme au statut existant ;
- ils se souviennent avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de consommation de tabac et/ou de cannabis ;
- ils se souviennent avoir reçu un conseil de diminution de leur consommation en cas d'usage à risque ou nocif d'alcool ;

Le graphique ci-dessous représente la proportion de médecins ayant atteint l'objectif pour chaque critère.



- Critère 1: Information dans le dossier médical sur la consommation de tabac : 47% des médecins (14 médecins) ont atteint l'objectif visé de 62%.
- Critère 2: Conformité de l'information sur le tabac dans le dossier médical : 65% des médecins (19 médecins) ont atteint l'objectif visé de 90%.
- Critère 3: Conseil d'arrêt en cas de tabagisme: 45% des médecins (13 médecins) ont atteint l'objectif visé de 100%.
- Critère 4: Information dans le dossier médical sur la consommation d'alcool : 47% des médecins (14 médecins) ont atteint l'objectif visé de 48%.
- Critère 5: Conformité de l'information sur l'alcool dans le dossier médical : 82% des médecins (23 médecins) ont atteint l'objectif visé de 90%.
- Critère 6: Qualification de la consommation d'alcool dans le dossier médical : 89% des médecins (25 médecins) ont atteint l'objectif visé de 57%.
- Critère 7: Conseil de diminution de la consommation d'alcool en cas d'usage à risque ou nocif : 50% des médecins (12 médecins) ont atteint l'objectif visé de 100%.

- Critère 8: Information dans le dossier médical sur la consommation de cannabis : 17% des médecins (5 médecins) ont atteint l'objectif visé de 30%.
- Critère 9: Conformité de l'information sur le cannabis dans le dossier médical : 80% des médecins (16 médecins) ont atteint l'objectif visé de 90%.
- Critère 10: Qualification de la consommation de cannabis : 68% des médecins (11 médecins) ont atteint l'objectif visé de 50%.
- Critère 11: Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis : 47% des médecins (8 médecins) ont atteint l'objectif visé de 100%.

F. EN VUE DU 2nd TOUR DE L'AUDIT RPIB

1. Envoi des résultats et piste d'amélioration

En février 2010, nous avons envoyé aux 30 médecins participants les résultats du 1^{er} tour.

Ces résultats se présentent sous forme d'un tableau comparant les résultats personnels de chaque médecin aux résultats moyens de l'ensemble du groupe. Une dernière colonne fait apparaître les valeurs extrêmes obtenues pour chaque critère.

Nous avons fait part aux participants d'une piste d'amélioration de leur pratique élaborée lors de séances de réunion du GLAM.

Il s'agit de constituer dans le dossier médical une rubrique dédiée « addictions », à actualiser régulièrement et dont l'ouverture serait automatique à chaque accès au dossier médical du patient qui vient en consultation. C'est un des meilleurs moyens pour que le repérage des addictions devienne systématique en dehors de toute demande de la part du patient.

	<u>Score moyen du groupe</u>	<u>Votre score</u>	<u>Valeurs extrêmes</u>
	TABAC		
% de dossiers qui contiennent une information sur la consommation de tabac du patient	60%		0-100%
% de dossiers où l'information est conforme	94%		50-100%
% de conseil d'arrêt en cas de tabagisme	83%		0-100%
	ALCOOL		
% de dossiers qui contiennent une information sur la consommation d'alcool du patient	45%		0-100%
% de dossiers où l'information est conforme	95%		0-100%
% de dossiers qui qualifient la consommation d'alcool	84%		0-100%
% de conseil de diminution en cas d'usage à risque ou nocif	82%		0-100%
	CANNABIS		
% de dossiers qui contiennent une information sur la consommation de cannabis du patient	15%		0-100%
% de dossiers où l'information est conforme	96%		75-100%
% de dossiers qui qualifient la consommation de cannabis	82%		0-100%
% de conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis	67,50%		0-100%

Tableau 4 : Résultats envoyés aux médecins à l'issue du 1^{er} tour

2. Les modalités du 2nd tour

En février 2010, une lettre d'invitation pour le 2nd tour de l'audit RPIB a été envoyée aux 30 médecins ayant participé au 1^{er} tour. (*Annexe 13*)

Cette lettre a été envoyée en même temps que les résultats du 1^{er} tour et était accompagnée de la grille du 2nd tour de l'audit. (*Annexe 14*) La grille pour le 2nd tour a été simplifiée. Seules les informations concernant le RPIB apparaissent :

- **le repérage précoce** : le dossier médical du patient contient-il une information sur la consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis ?
- **l'intervention brève** : en cas de consommation du produit, le patient se souvient-il d'avoir reçu un conseil d'arrêt (tabac ou cannabis) ou de diminution (alcool en cas d'usage à risque ou nocif) ?

G. RESULTATS DU 2nd TOUR

1. Durée du recueil

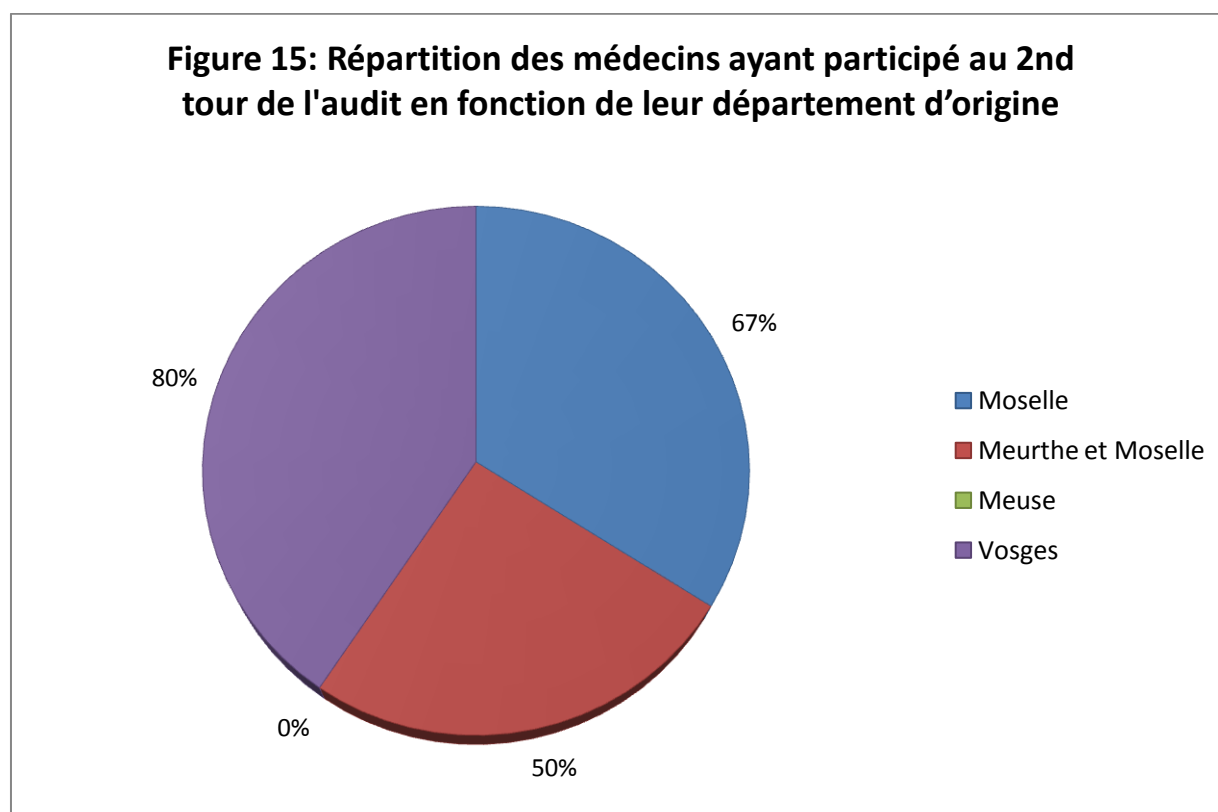
Le recueil des informations a duré 7 mois de février 2010 à septembre 2010.

2. Les médecins participants

Pour le 2nd tour, nous avons reçu 18 grilles, toutes exploitables, soit un taux de réponse de 60%.

	Moselle	Meurthe et Moselle	Meuse	Vosges	Total
Nombre de généralistes sollicités	12	12	1	5	30
Nombre de généralistes ayant répondu	8	6	0	4	30
Pourcentage de réponse	67	50	0	80	60

Tableau 5 : Effectif des médecins généralistes sollicités et taux de réponses au 2nd tour d'audit selon le département d'exercice



3. Nombre de patients inclus

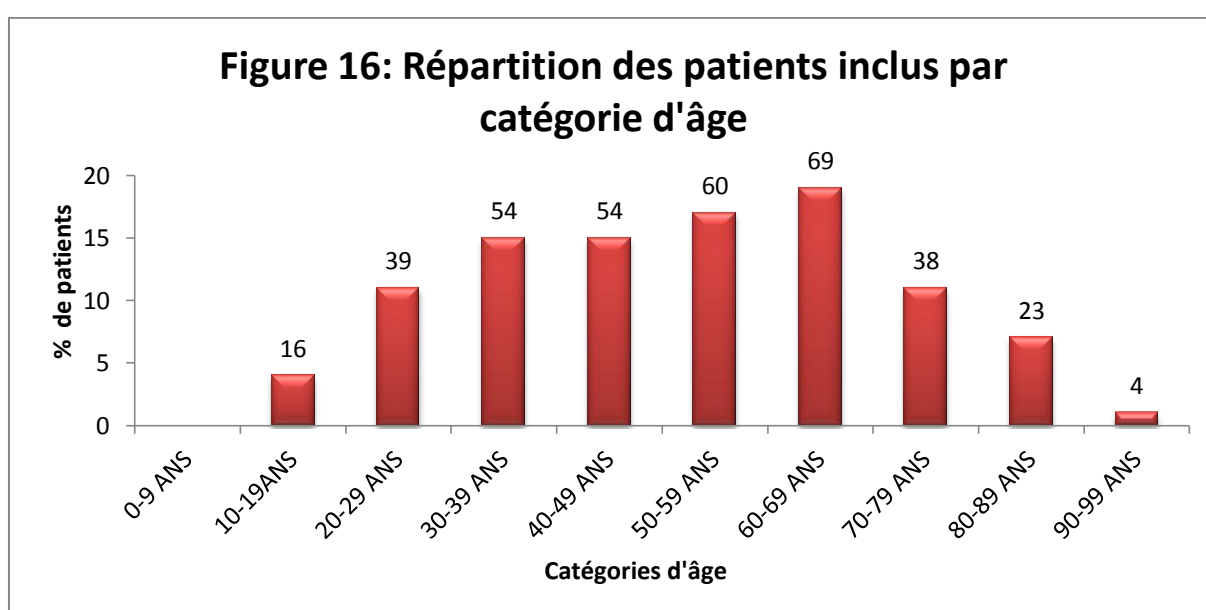
Toutes les grilles reçues étaient complètes, chacune incluant 20 patients.
18 grilles sont exploitées, le nombre de patients inclus est de 360.

4. Population étudiée

a. Age

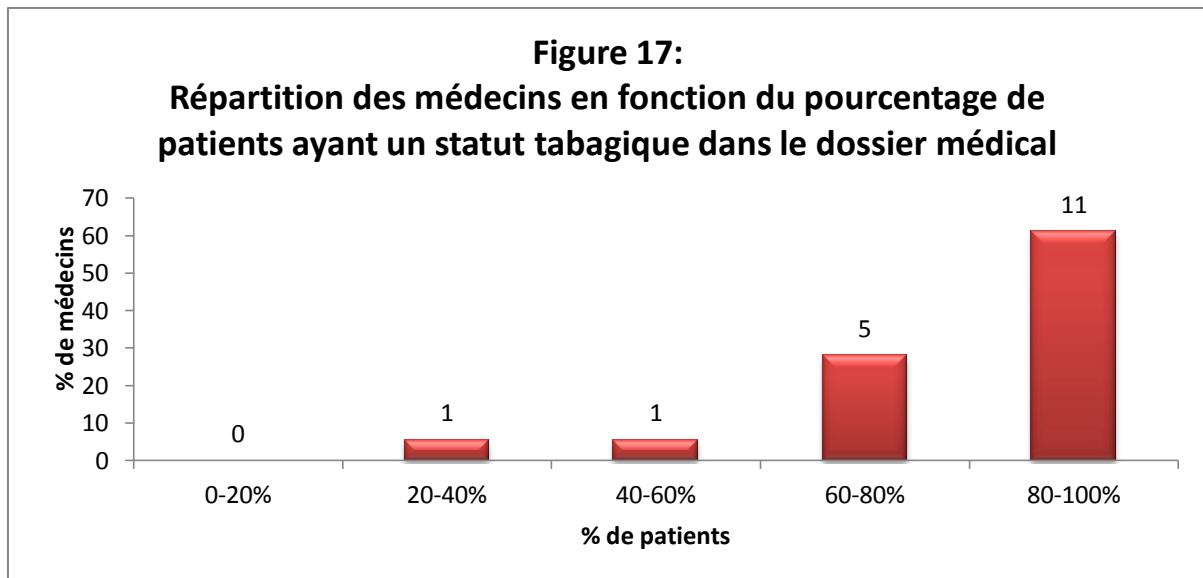
La moyenne d'âge des patients inclus pour le 2nd tour est de 51 ans, avec des extrêmes allant de 15 à 91 ans.

Le critère âge est manquant chez 3 patients.



b. Information dans le dossier médical sur la consommation de tabac

Au 2nd tour, **83% des patients** ont une information concernant leur statut tabagique dans leur dossier médical.

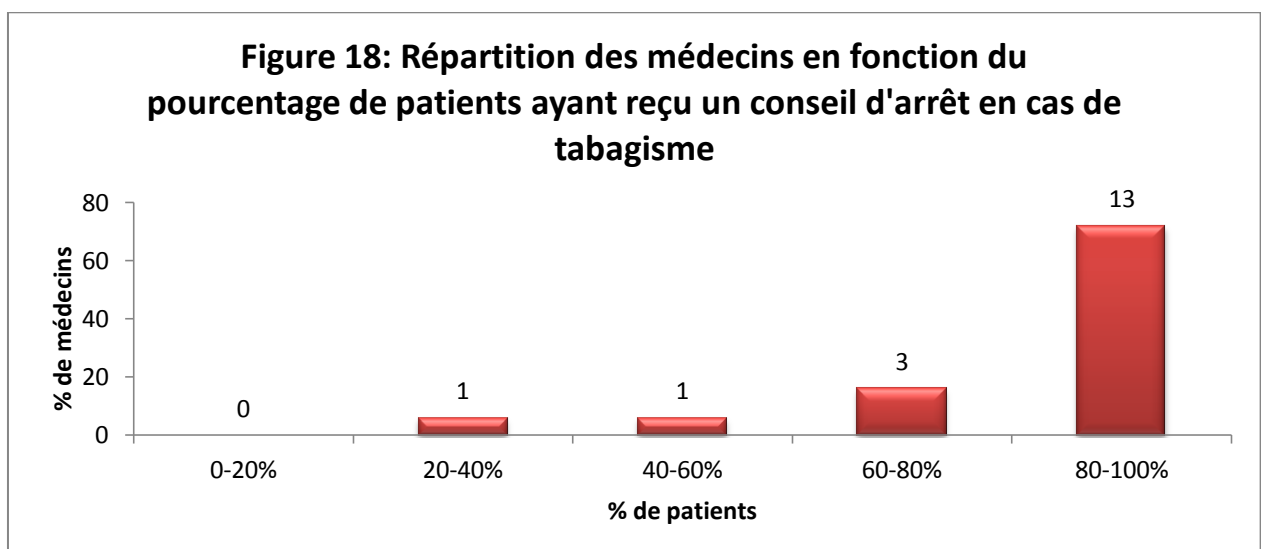


61% des médecins ont plus de 80% de leurs patients dont le dossier médical mentionne leur statut tabagique.

c. Conseil d'arrêt en cas de tabagisme

Au 2nd tour, parmi les patients recrutés, **31%** sont des fumeurs.

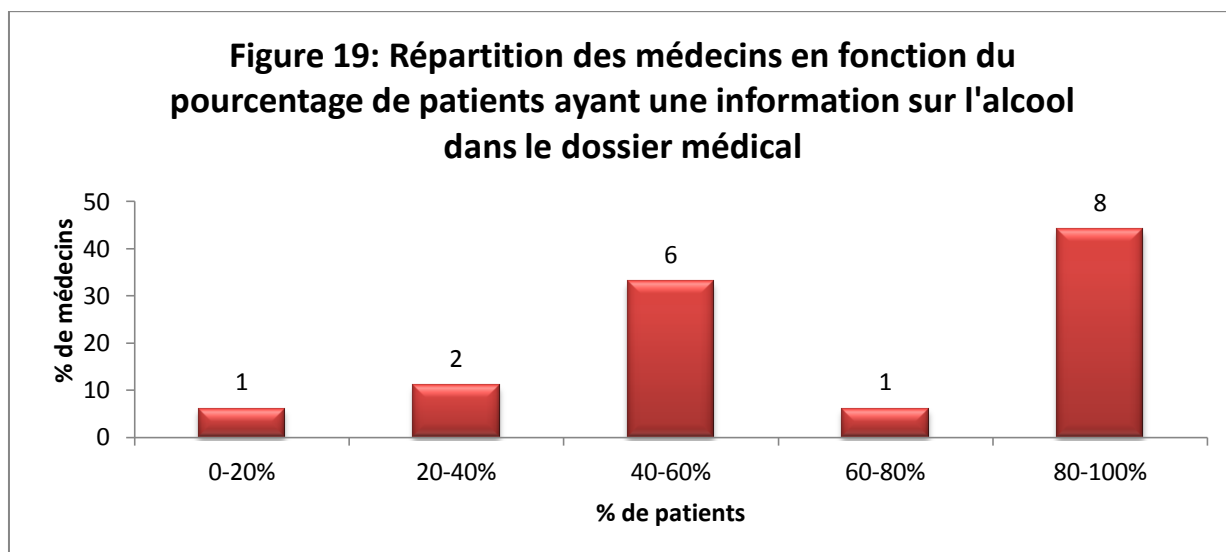
Parmi ces patients, **87%** se souviennent avoir reçu un conseil d'arrêt de leur tabagisme.



72% des médecins ont plus de 80% de leurs patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de tabagisme.

d. Information dans le dossier médical sur la consommation d'alcool

Au 2nd tour, **67,5%** des patients ont une information sur leur consommation d'alcool dans leur dossier médical.



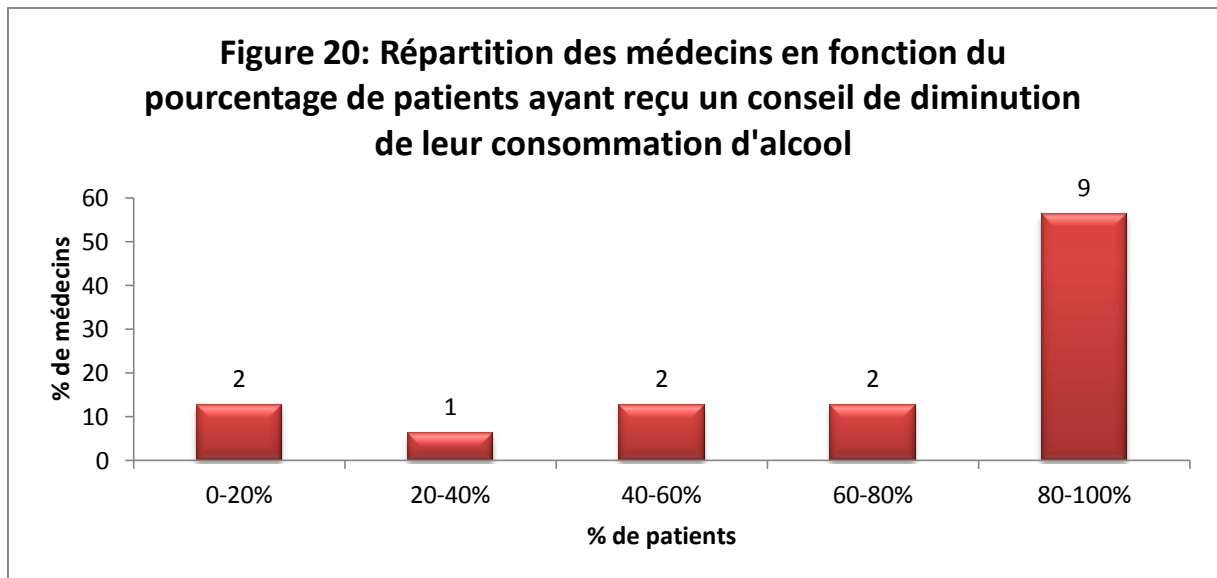
44% des médecins ont plus de 80% de leurs patients avec une information concernant leur consommation d'alcool dans le dossier médical.

A l'opposé, 1 médecin a moins de 20% de ses patients avec une information dans le dossier médical.

e. Conseil de diminution en cas d'usage à risque ou nocif d'alcool

Au 2nd tour, parmi les patients recrutés, **18%** ont un usage à risque ou nocif d'alcool.

Parmi ces patients, **78%** se souviennent avoir reçu un conseil de diminution de leur consommation d'alcool.

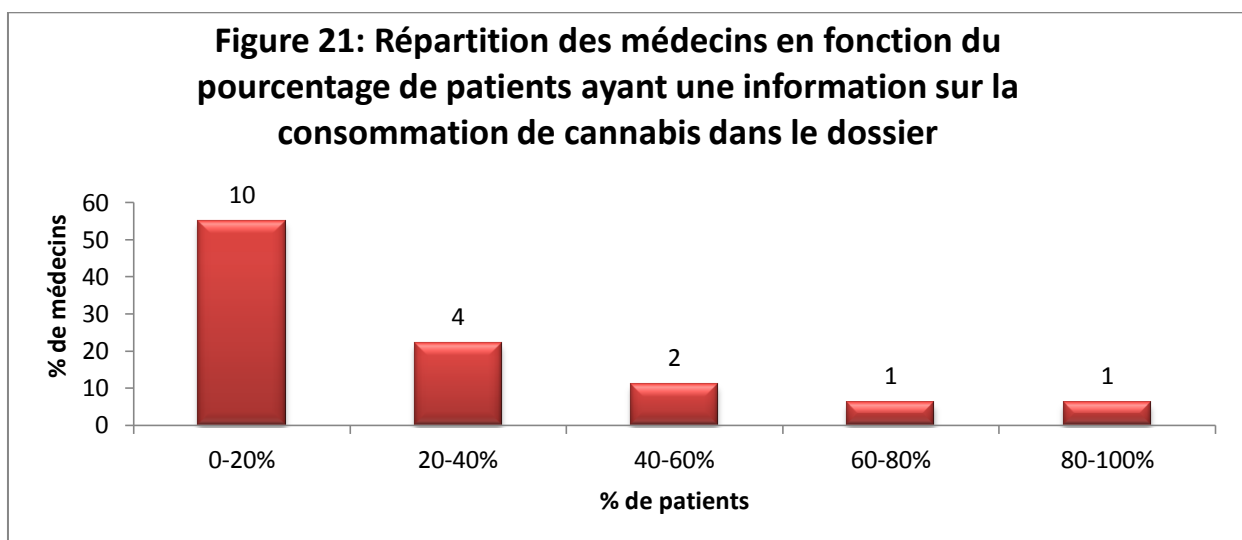


56% des médecins ont plus de 80% de leurs patients ayant un usage à risque ou nocif se souvenant avoir reçu un conseil de diminution de leur consommation d'alcool.

A l'opposé, 2 médecins ont moins de 20% de leurs patients ayant un usage à risque ou nocif se souvenant avoir reçu un conseil de diminution de leur consommation d'alcool.

f. Information dans le dossier médical sur la consommation de cannabis

Au 2nd tour de l'audit, **26%** des patients ont une information sur la consommation de cannabis dans le dossier médical.



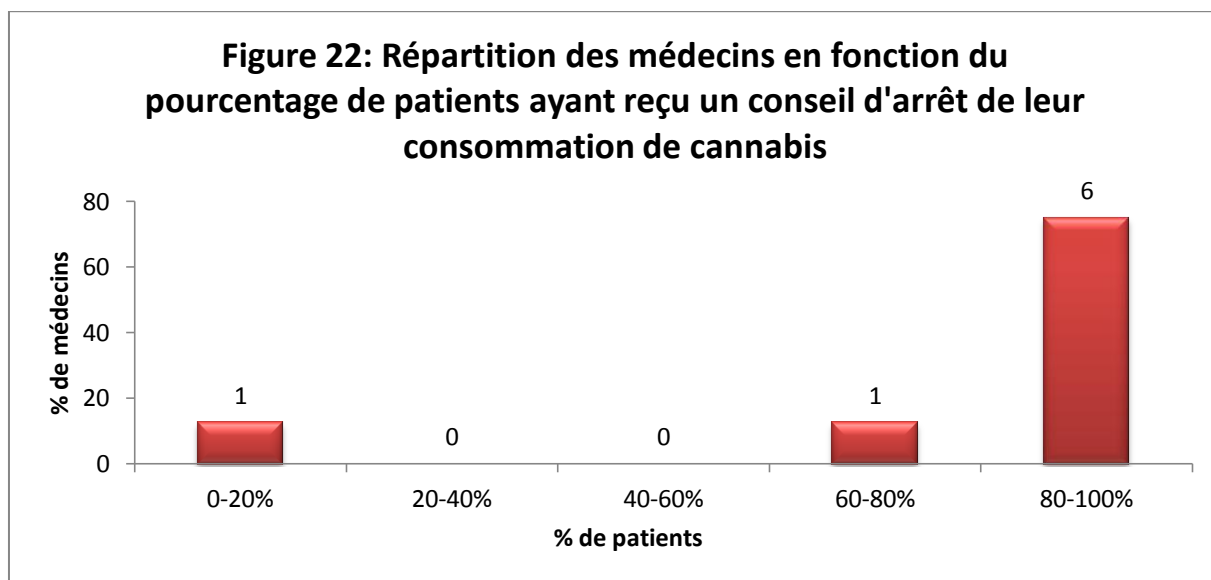
55% des médecins ont moins de 20% de leurs patients dont le dossier médical contient une information sur la consommation de cannabis.

A l'opposé, 1 médecin a plus de 80% de ses patients dont le dossier médical contient une information sur la consommation de cannabis.

g. Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis

Au 2nd tour, parmi les patients recrutés, **4%** consomment du cannabis.

Parmi ces patients, **85%** se souviennent avoir reçu un conseil d'arrêt de leur consommation de cannabis.



75% des médecins ont plus de 80% de leurs patients ayant une consommation de cannabis se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt.

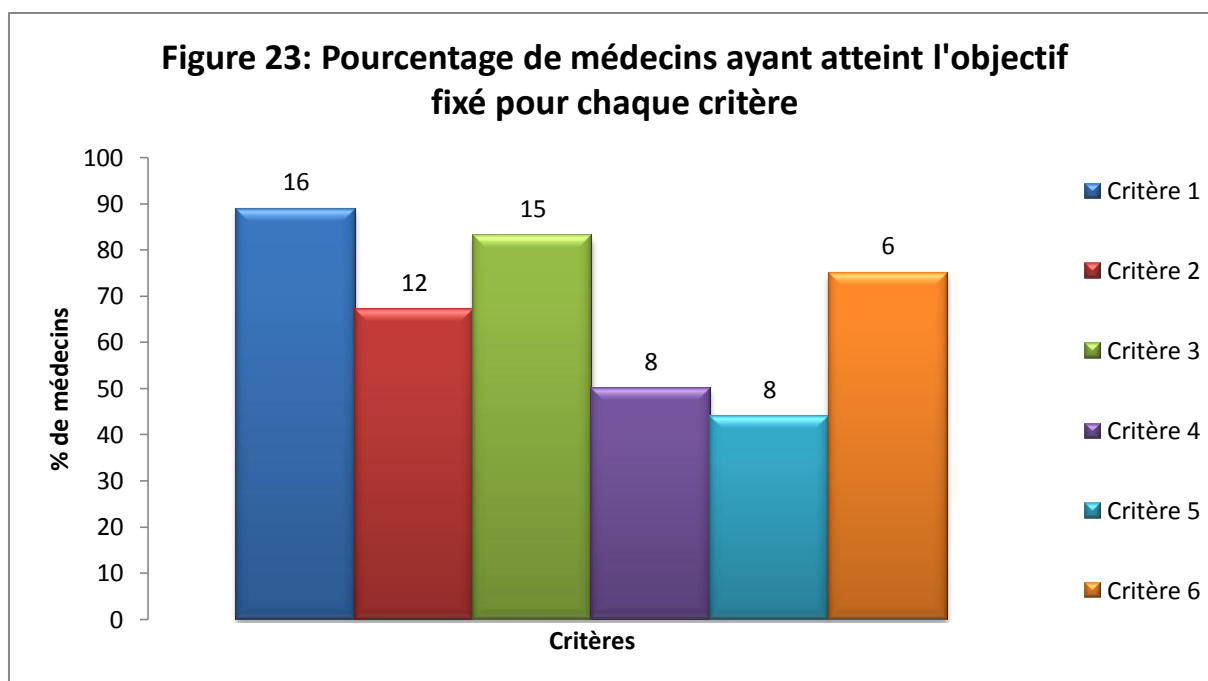
A l'opposé, 1 médecin n'a aucun des ses patients ayant une consommation de cannabis se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt.

h. Synthèse des critères

Au 2nd tour de l'audit, **23% des patients** répondent à l'ensemble des critères de qualité de prise en charge tels que nous les avons déterminés :

- ils ont une information dans leur dossier médical concernant leur consommation de tabac, alcool et cannabis ;
- ils se souviennent avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de consommation de tabac et/ou de cannabis ;
- ils se souviennent avoir reçu un conseil de diminution de leur consommation en cas d'usage à risque ou nocif d'alcool.

Le graphique ci-dessous représente le pourcentage de médecins ayant atteint l'objectif pour chaque critère.



- Critère 1: Information dans le dossier médical sur la consommation de tabac : 89% des médecins (16 médecins) ont atteint l'objectif visé de 62%.

-Critère 2: Conseil d'arrêt en cas de tabagisme : 67% des médecins (12 médecins) ont atteint l'objectif visé de 100%.

- Critère 3: Information dans le dossier médical sur la consommation d'alcool : 83% des médecins (15 médecins) ont atteint l'objectif visé de 48%.

- Critère 4: Conseil de diminution de la consommation d'alcool en cas d'usage à risque ou nocif : 50% des médecins (8 médecins) ont atteint l'objectif visé de 100%.

- Critère 5: Information dans le dossier médical sur la consommation de cannabis : 44% des médecins (8 médecins) ont atteint l'objectif visé de 30%.

- Critère 6: Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis : 75% des médecins (6 médecins) ont atteint l'objectif visé de 100%.

H. COMPARAISON DU 1^{er} ET DU 2nd TOUR

Pour comparer les résultats des médecins entre les deux tours, nous nous sommes uniquement intéressés aux 18 médecins ayant participé à la fois au 1^{er} et au 2nd tour de l'audit.

Concernant les critères évalués, nous nous sommes intéressés à ceux présents dans les 2 grilles.

1. Nombre de patients inclus

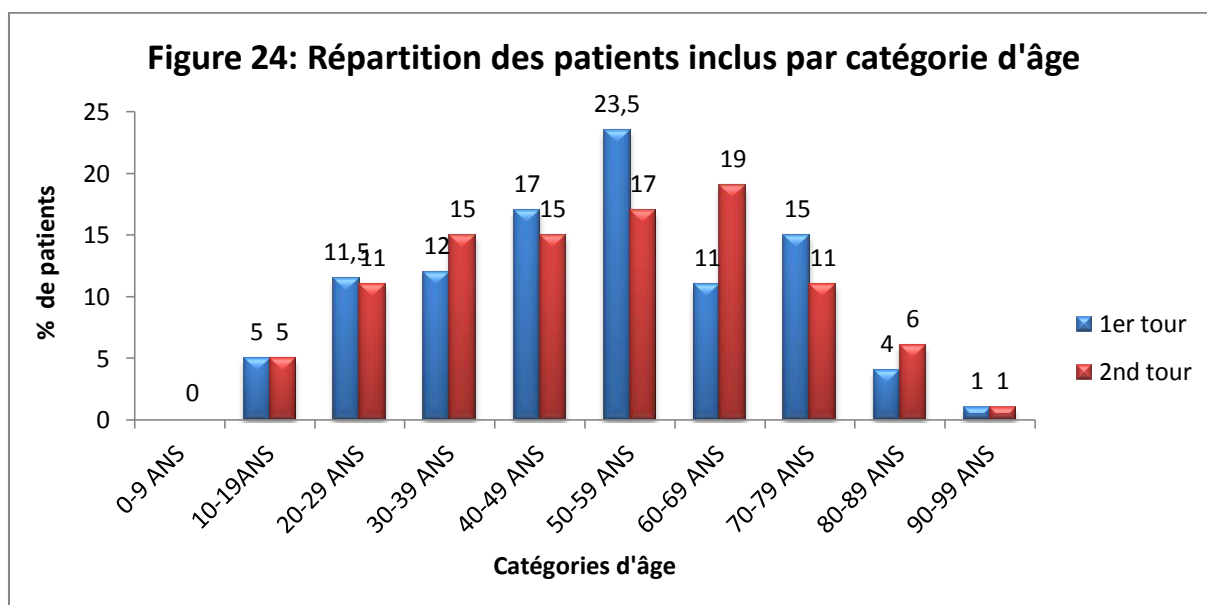
Les 18 médecins ayant participé aux deux tours de l'audit ont inclus 360 patients à chaque tour.

2. Population étudiée

a. Age

Au 1^{er} tour, la classe d'âge la plus représentée est celle des 50-59 ans (23,5%) alors qu'au 2nd tour c'est celle des 60-69 ans (19%) qui est la plus représentée.

La moyenne d'âge des patients inclus au 1^{er} tour est de 50 ans, elle est de 51 ans au 2nd tour.



b. Information dans le dossier médical sur la consommation de tabac

La comparaison entre les deux tours met en évidence une augmentation significative du pourcentage de patients ayant une information sur la consommation de tabac dans le dossier médical (test du Chi² : $p < 0,001$).

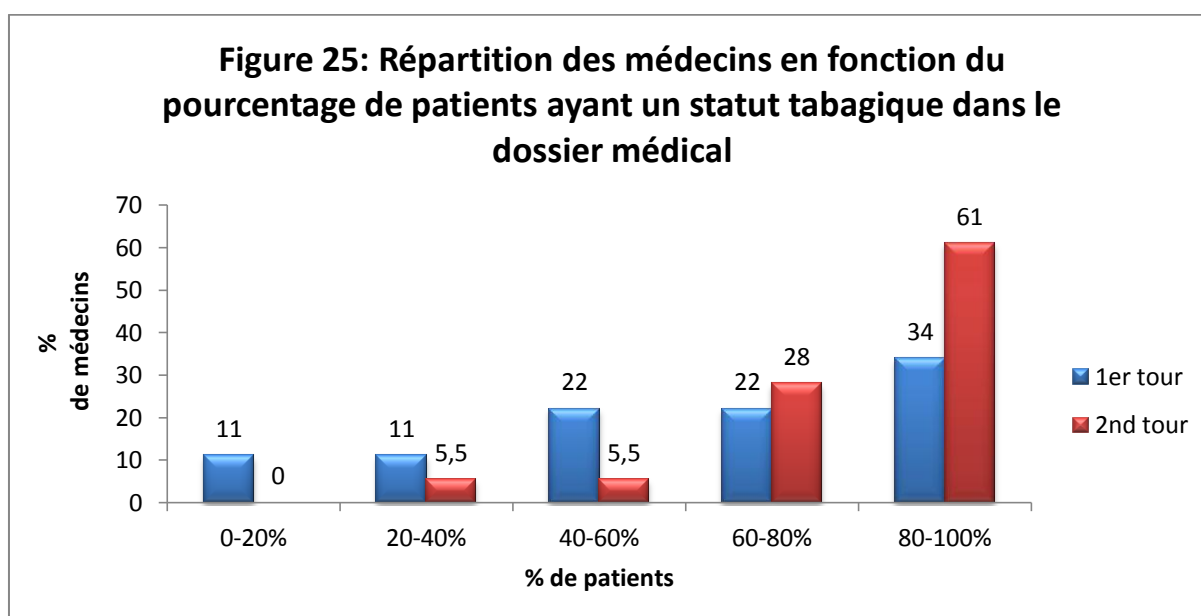
	1er tour (%)	2nd tour (%)
Statut tabagique dans le dossier médical	65	83

Au 1^{er} tour :

- 34% des médecins ont plus de 80% de leurs patients avec une mention du statut tabagique dans le dossier médical ;
- 55% des médecins ont atteint l'objectif visé de 62% ;
- 3 médecins ont 100% de leurs patients avec une information sur la consommation de tabac dans le dossier médical.

Au 2nd tour :

- 61% des médecins ont plus de 80% de leurs patients avec une mention du statut tabagique dans le dossier médical ;
- 89% des médecins ont atteint l'objectif visé de 62% ;
- 4 médecins ont 100% de leurs patients avec une information sur la consommation de tabac dans le dossier médical.



c. Conseil d'arrêt en cas de tabagisme

La comparaison entre les deux tours ne met pas en évidence de progression significative du pourcentage de patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de tabagisme (test du Chi² : $p > 0,05$).

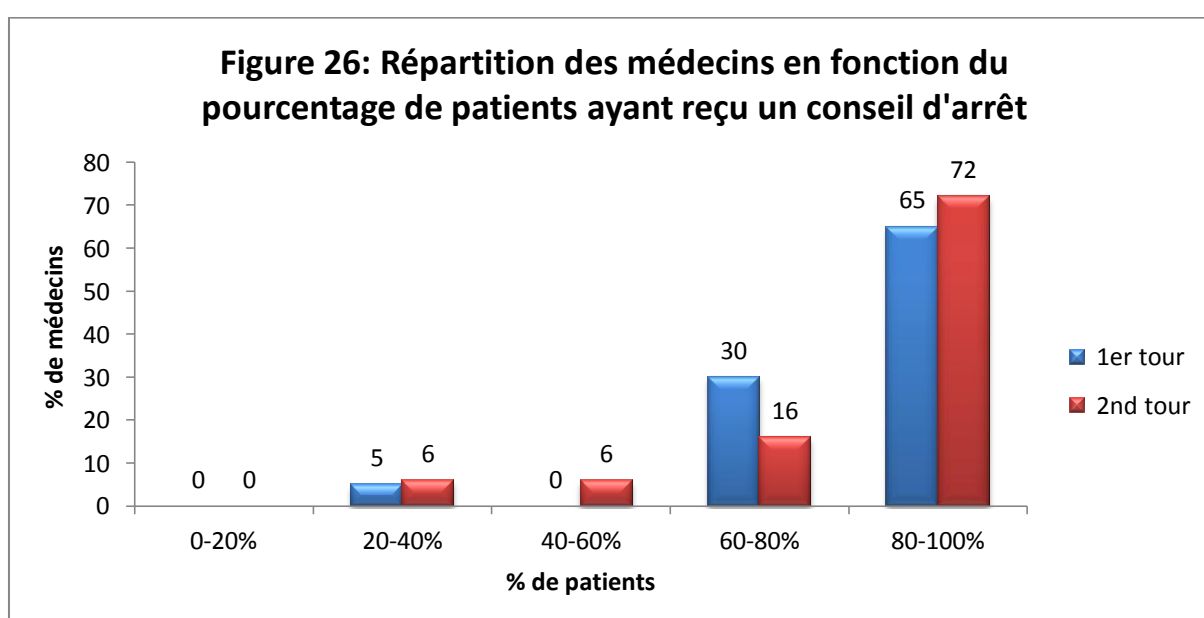
	1er tour (%)	2nd tour (%)
Conseil d'arrêt en cas de tabagisme	82	87

Au 1^{er} tour :

- 65% des médecins ont plus de 80% de leurs patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de tabagisme ;
- 9 médecins sur 17 (53% des médecins) ont atteint l'objectif visé de 100%.

Au 2nd tour :

- 72% des médecins ont plus de 80% de leurs patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de tabagisme ;
- 12 médecins sur 18 (67% des médecins) ont atteint l'objectif visé de 100%.



d. Information dans le dossier médical sur la consommation d'alcool

La comparaison entre les deux tours met en évidence une augmentation significative du pourcentage de patients ayant une information sur la consommation d'alcool dans le dossier médical (test du Chi² : $p < 0,001$).

	1er tour (%)	2nd tour (%)
Information sur la consommation d'alcool dans le dossier médical	50	67,5

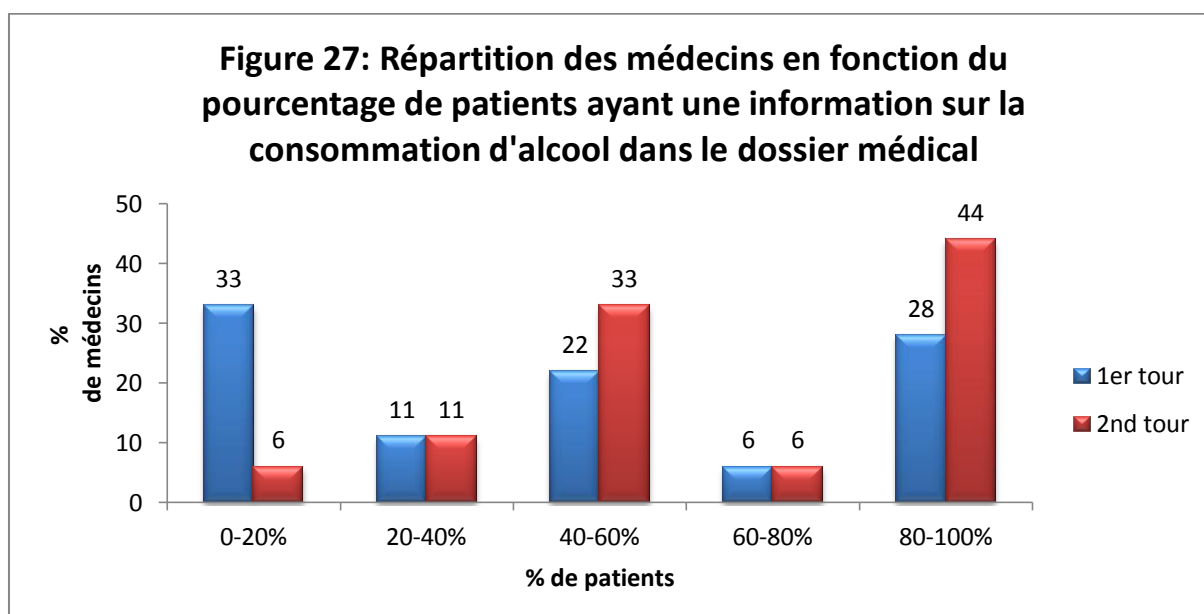
Au 1^{er} tour :

- 28% des médecins ont plus de 80% de leurs patients avec une information sur la consommation d'alcool dans le dossier médical ;
- 50% des médecins ont atteint l'objectif visé de 48%.

Au 2nd tour :

- 44% des médecins ont plus de 80% de leurs patients avec une information sur la consommation d'alcool dans le dossier médical ;
- 83% des médecins ont atteint l'objectif visé de 48%.

2 médecins sur 18 ont 100% de leurs patients avec un dossier médical mentionnant leur consommation d'alcool au 1^{er} comme au 2nd tour.



e. Conseil de diminution en cas d'usage à risque ou nocif d'alcool

La comparaison entre les deux tours ne met pas en évidence une progression significative du pourcentage de patients se souvenant avoir reçu un conseil de diminution ou d'arrêt de la consommation d'alcool en cas de mésusage (test du Chi² : $p > 0,005$).

	1er tour (%)	2nd tour (%)
Conseil de diminution en cas d'usage à risque ou nocif d'alcool	82	78

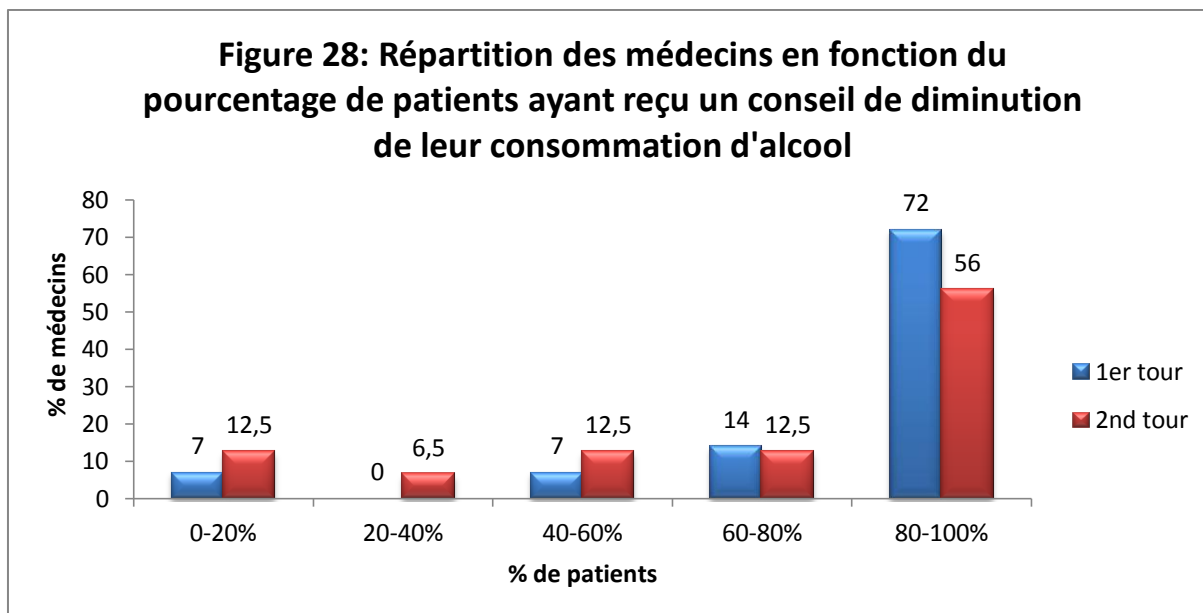
Au 1^{er} tour :

- 72% des médecins ont plus de 80% de leurs patients se souvenant avoir reçu un conseil de diminution de leur consommation d'alcool en cas d'usage à risque ou nocif ;
- 9 médecins sur 14 (64% des médecins) ont 100% de leurs patients se souvenant avoir reçu un conseil de diminution ou d'arrêt de leur consommation d'alcool en cas de mésusage.

Au 2nd tour :

- 56% des médecins ont plus de 80% de leurs patients se souvenant avoir reçu un conseil de diminution ou d'arrêt de leur consommation d'alcool en cas d'usage à risque ou nocif ;
- 8 médecins sur 16 (50% des médecins) ont 100% de leurs patients se souvenant avoir reçu un conseil de diminution ou d'arrêt de leur consommation d'alcool en cas de mésusage.

1 médecin n'a aucun de ses patients se souvenant avoir reçu un conseil de diminution ou d'arrêt de la consommation d'alcool en cas de mésusage au 1^{er} comme au 2nd tour.



f. Information sur la consommation de cannabis dans le dossier médical

La comparaison entre les deux tours met en évidence une augmentation significative du pourcentage de patients ayant une information sur la consommation de cannabis dans le dossier médical (test du Chi² : $p < 0,005$).

	1er tour (%)	2nd tour (%)
Information sur la consommation de cannabis dans le dossier médical	17	26

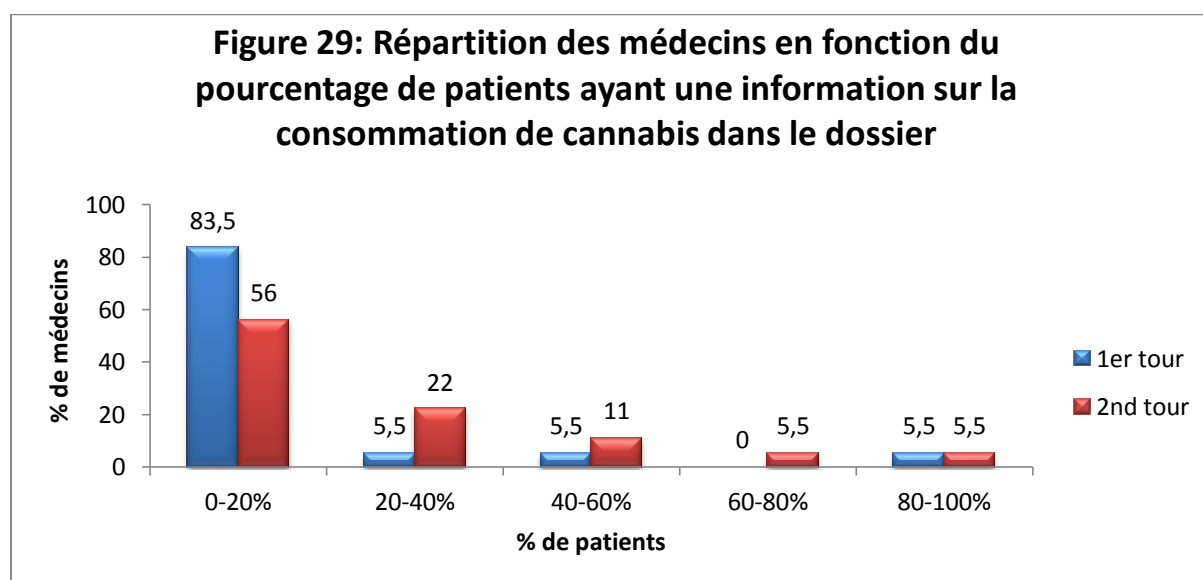
Au 1^{er} tour :

- 83,5% des médecins ont moins de 20% de leurs patients avec une information concernant la consommation de cannabis dans le dossier médical ;
- 17% des médecins ont atteint l'objectif visé de 30%,
- 4 médecins n'ont mentionné l'information concernant la consommation de cannabis de leur patient dans aucun dossier médical.

Au 2nd tour :

- 56% des médecins ont moins de 20% de leurs patients avec une information concernant la consommation de cannabis dans le dossier médical ;
- 44% des médecins ont atteint l'objectif visé de 30% ;
- 3 médecins n'ont mentionné l'information concernant la consommation de cannabis de leur patient dans aucun dossier médical.

1 médecin a mentionné l'information sur la consommation de cannabis dans le dossier médical chez tous ses patients au 1^{er} comme au 2nd tour.



g. Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis

La comparaison entre les deux tours ne met pas en évidence de différence significative concernant les patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt de leur consommation de cannabis (test exact de Fischer : $p > 0,005$).

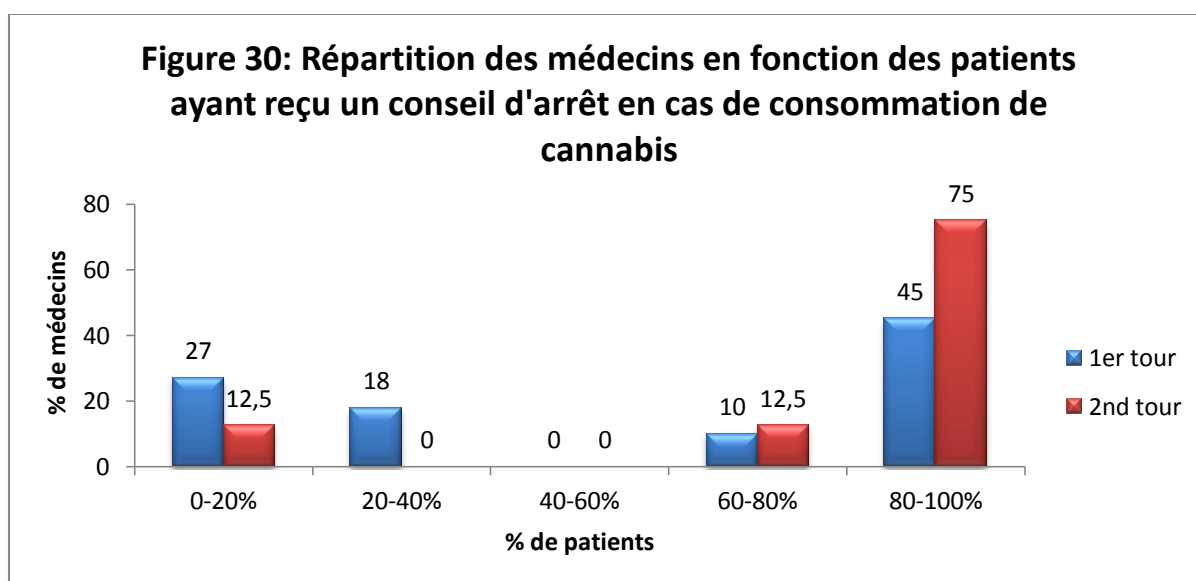
	1er tour (%)	2nd tour (%)
Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis	67	85

Au 1^{er} tour :

- 5 médecins sur 11 (45% des médecins) ont 100% de leurs patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt de leur consommation de cannabis ;
- 3 médecins n'ont aucun de leurs patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis.

Au 2nd tour

- 6 médecins sur 8 (75% des médecins) ont 100% de leurs patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt de leur consommation de cannabis ;
- 1 médecin n'a aucun de ses patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis.



h. Synthèse des critères

La comparaison des 18 médecins qui ont participé aux 2 tours de l'audit met en évidence une progression significative (selon le test du Chi²) du taux de patients répondant à l'ensemble des critères tels qu'ils ont été déterminés :

- ils ont une information dans leur dossier médical concernant leur consommation de tabac, alcool et cannabis ;
- ils se souviennent avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de consommation de tabac et/ou de cannabis ;
- ils se souviennent avoir reçu un conseil de diminution de leur consommation en cas d'usage à risque ou nocif d'alcool.

12% des patients répondent à l'ensemble des critères au 1^{er} tour contre **23%** au 2nd tour.

i. Tableau comparatif entre les audits

Le tableau ci-dessous regroupe les principaux résultats de l'audit « Tenue du dossier médical et statut des patients par rapport à l'alcool et au tabac » de 1999, ainsi que ceux de l'audit « Repérage précoce des addictions et intervention brève » de 2009.

	Information sur la consommation de tabac dans le dossier médical		Information sur la consommation d'alcool dans le dossier médical	
	1 ^{er} tour	2 nd tour	1 ^{er} tour	2 nd tour
Audit 1999	41%	62%	27%	48%
Audit 2009	60%	83%	45%	68%

I. COMPARAISON DES RESULTATS DU 1^{ER} TOUR SELON LA PARTICIPATION DES MEDECINS AU 2ND TOUR

Nous avons comparé, pour les six critères communs aux deux tours, les résultats du 1^{er} tour de 2 groupes de médecins :

- les 12 médecins qui n'ont participé qu'au 1^{er} tour (A)
- les 18 médecins qui ont participé aux 2 tours d'audit (B)

L'objectif de cette comparaison était de savoir si les médecins participants aux 2 tours ne sont pas d'emblée plus performants.

	Information tabac dans le dossier médical	Conseil d'arrêt si tabagisme	Information alcool dans le dossier médical	Conseil de diminution ou d'arrêt si mésusage d'alcool	Information cannabis dans le dossier médical	Conseil d'arrêt si consommation de cannabis
A	51%	84%	37%	82%	12%	70%
B	65%	82%	50%	82%	17%	67%

Les médecins ayant participé aux 2 tours d'audit (groupe B) ont à l'issue du 1^{er} tour significativement plus de patients avec une information dans le dossier médical concernant la consommation de tabac et d'alcool que ceux n'ayant participé qu'au 1^{er} tour. (Test du Chi²)

Par contre, en ce qui concerne le domaine de l'intervention brève et la présence de l'information du cannabis dans le dossier médical, les médecins ayant participé aux 2 tours ne sont significativement pas plus performants que ceux n'ayant participé qu'au 1^{er} tour. (Test du Chi²)

DISCUSSION

A. LES LIMITES DE L'AUDIT

1. La participation

Le taux de participation à cet audit est particulièrement faible, au 1^{er} tour il n'a été que de 1,3%, ce qui représente 30 médecins généralistes lorrains sur les 2302 sollicités. Les grilles reçues étant complètes, le nombre de patients inclus est donc de 600 patients.

Qu'en est-il des autres audits réalisés précédemment par le GLAM ?

Les audits qui ont obtenu les plus grand taux de participation sont ceux qui ont bénéficié de soutien financier indemnisant les médecins participants :

- audit « Hypercholestérolémie : prise en charge diététique » en 2002 a rassemblé 187 médecins ;
- audit « Insuffisance coronaire stable : prise en charge » en 2002 a rassemblé 97 médecins ;
- audit « Antibiothérapie dans les infections ORL et respiratoires » en 2005 a rassemblé 189 médecins.

Ces audits ont été financés par le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

Parmi les audits du GLAM non indemnisés, le taux de rassemblement est globalement plus faible, à l'image de l'audit « Repérage précoce des addictions et intervention brève » :

- audit « Dépistage de l'incontinence urinaire de la femme » en 1998 : 24 médecins ;
- audit « Tenue du dossier médical et statut des patients par rapport à l'alcool et au tabac » en 1999 : 35 médecins ;
- audit « Prévention du mélanome » en 2009 : 19 médecins ;
- audit « Tabagisme chez les patients à haut risque » en 2010 : 21 médecins.

Pour le 2nd tour de l'audit, 18 grilles ont été reçues (sur les 30 médecins ayant participé au 1^{er} tour), soit un taux de participation de 60%. Ce taux de réponse au 2nd tour est satisfaisant par rapport aux autres audits à 2 tours réalisés par le GLAM où il est plus souvent proche de 50% à l'exception de l'audit « Tabagisme chez les patients à haut

risque » où le taux de participation au 2nd tour est de 80% avec une participation de 17 médecins au 2nd tour.

2. Hypothèses de l'échec de l'audit RPIB

a. Médecins et audits

- Défauts de conception de l'audit (64)

Le thème choisi n'est pas jugé pertinent ou ne répond pas à une préoccupation réelle des professionnels de santé.

Il n'existe pas de références consensuelles.

L'objectif apparaît ciblé sur l'évaluation des patients et non sur l'amélioration des pratiques.

L'audit semble trop complexe à réaliser.

Le mode de sollicitation des médecins est inadapté : lettre mal rédigée...

Concernant cet audit, on peut faire comme reproches :

- le remplissage de la grille d'audit du 1^{er} tour est trop complexe car elle rassemble beaucoup de critères. Pour le 2nd tour, les critères concernant « la qualification de l'usage » et « la conformité de l'information » ont été supprimés pour ne garder que les six critères concernant spécifiquement le repérage de la consommation du produit et l'intervention du médecin auprès de ses patients.

- le critère concernant la qualification de l'usage du cannabis a pu sembler trop spécialisé pour un exercice en médecine de ville. De plus la formulation « usage avec ou sans dépendance » était inadaptée, en effet c'est l'usage à risque ou nocif de cannabis qui est pertinent à rechercher, les personnes dépendantes au cannabis étant beaucoup moins fréquentes.

- l'absence de référentiel pour fixer les objectifs : ils ont été établis en se basant sur un ancien audit ou de façon arbitraire sans réelle preuve scientifique ce qui peut démontrer un manque de rigueur dans la construction de cet audit.

- l'insuffisance de pistes d'amélioration à proposer aux médecins ayant participé au 1^{er} tour a pu être un frein à la participation au 2nd tour. Ce manque de propositions a pu renforcer le sentiment d'ambivalence que les médecins ressentent lorsqu'il s'agit de prendre en charge un problème lié à une addiction.

- Contexte défavorable à l'audit

Le contexte social, politique, législatif ou réglementaire peut influencer la prise en compte par les médecins des sollicitations à la réalisation d'audit.

Par exemple, si l'audit se déroule en dehors de tout cadre réglementaire précis : absence de certitude quant à la possibilité de valoriser la participation à l'audit dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), la participation des médecins peut diminuer.

L'audit « Traitement par AVK : sécurité de la prescription » en est l'exemple. (66)
Cet audit a un taux de participation élevé, par rapport aux audits du GLAM qui n'ont pas bénéficié d'un soutien financier. Au 1^{er} tour réalisé entre 2007 à 2008, 131 médecins ont répondu, soit un taux de réponse de 5,7%. A ce moment, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) devenait obligatoire pour chaque médecin et l'audit faisait partie des outils validés pour réaliser cette évaluation. Les médecins ont donc pu être incités à participer à cet audit afin de remplir leur obligation d'évaluation. Pour le second tour réalisé en 2009, seules 39 grilles ont été reçues, soit un taux de participation de 30%. Cette faible participation au 2nd tour semble expliquée par une remise en question de l'obligation de l'EPP à ce moment.

- Manque de temps

La multiplicité des audits soumis en même temps à un même médecin peut le démotiver, par crainte d'une baisse de rentabilité de son activité professionnelle au profit du temps consacré à l'audit.

Ils redoutent un allongement du temps de consultation : la participation à l'audit, les questions de la part des patients inclus, le temps employé à répondre à ces questions, la modification des pratiques... sont autant de facteurs qui interviennent sûrement dans le processus de décision qui amène un médecin à participer ou non à un audit.

Lors d'un audit réalisé dans le cadre d'une thèse en 2003 et dont le sujet était « L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale », le thésard s'était interrogé sur le faible taux de participation des médecins. Une rapide enquête téléphonique avait alors été réalisée chez les non répondants. Parmi les raisons invoquées, le manque de temps était à l'origine de 54,6% de l'absence de participation. (67).

- Absence d'indemnisation

C'est certainement un frein à la participation des médecins.

- Le manque d'intérêt

Participer à un audit prend du temps, demande de l'énergie et risque de démontrer au médecin qu'il est moins performant qu'il ne le pensait, et cela sans aucune contrepartie.

b. Médecins et addictions

Les addictions sont au cœur de l'actualité, qu'elle soit médicale ou destinée au grand public. C'est un problème de santé publique majeur, qui concerne les patients vus en médecine générale, et où des outils simples et efficaces sont validés pour les repérer et intervenir si nécessaire.

Et pourtant, il existe toujours autant de difficultés de la part des médecins à aborder le problème des addictions, et principalement celui de l'alcool qui reste un sujet tabou en France. (68)

Ils se sentent peu à l'aise pour poser des questions aux consommateurs à problèmes et ont peur que leurs patients ne s'indignent de leurs questions.

Pour expliquer ce phénomène, on a décrit chez les soignants des réactions conscientes ou préconscientes provoquées par un patient et appelées « contre-attitudes ». (69)

Ces contre-attitudes, qu'elles soient positives (fascination, connivence) ou négatives (dégoût, colère, ennui, inquisition, peur, dépression) sont fréquentes et représentent le ressenti du soignant lorsqu'il rencontre un patient ; ressenti qui n'est jamais neutre. Le fait d'ignorer ces contre-attitudes peut être à l'origine d'un « aveuglement » du praticien, ce qui entraîne un déni de l'existence de problèmes vis-à-vis de la consommation d'alcool.

De plus, aborder le problème alcool au cours d'une consultation habituelle, en dehors de toute demande du patient, implique pour le médecin d'aller, de sa propre initiative, au delà de la question que pose son patient. Cette démarche préventive, qui n'est pas spécifique au problème du mésusage de l'alcool, présente de nombreux obstacles. Outre le manque de temps et l'absence de rémunération pour le temps consacré à la prévention, les médecins généralistes se trouvent également insuffisamment formés tant dans le domaine de l'alcool que dans la relation pour aborder ce problème avec leur patient. Ils ont un sentiment d'inutilité en raison des échecs fréquents dans la prise en charge des addictions. (70)

Les propres attitudes addictives du soignant interviennent possiblement dans le déficit de repérage des addictions. (69)

Enfin, le paiement exclusif à l'acte favorise une médecine rapide et centrée sur la démarche du patient et non sur sa prise en charge globale.

B. ANALYSE DES RESULTATS

De même que précédemment, nous nous intéresserons aux critères communs évalués dans les 2 grilles.

1. Age des patients

La moyenne d'âge des patients inclus est de 50 ans au 1^{er} tour et 51 ans au 2nd tour.

Nous l'avons vu auparavant, l'objectif de ce critère n'est pas d'ordre épidémiologique, les populations de patients inclus dans les audits ne sont pas représentatives.

Mais ce critère permet de mettre en évidence que l'âge intervient dans le repérage des différents produits. En effet en ce qui concerne le tabac et l'alcool, la moyenne d'âge concernant la présence de l'information sur la consommation dans le dossier médical est de :

- 49 ans au 1^{er} tour et 51 ans au 2nd tour pour le tabac ;
- 48 ans au 1^{er} tour et 51 ans au 2nd tour pour l'alcool.

Par contre, en ce qui concerne le cannabis, l'information est présente au 1^{er} tour chez des patients dont la moyenne d'âge est de 34 ans ce qui montre un repérage dans une population plus jeune.

On peut expliquer cette différence entre les produits par le fait que l'usage de cannabis concerne des tranches d'âge les plus jeunes. Au-delà de 45 ans, la consommation régulière de cannabis s'avère très rare. D'après l'OFDT, en 2005, la consommation régulière de cannabis concerne 8,7% de la population chez les 18-25 ans, 2,5% chez les 26-44 ans, 0,2% chez les 45-64 ans. (71)

Mais au 2nd tour de l'audit, on constate aussi que la moyenne d'âge s'élève pour le repérage de la consommation de cannabis. Elle est de 45 ans, ce qui traduit un repérage moins ciblé de la consommation de cannabis.

Le cannabis reste surtout consommé par les jeunes générations, « toutefois, compte tenu notamment du vieillissement des consommateurs des générations précédentes, il apparaît en 2005 que toutes les tranches d'âge se trouvent concernées par l'expérimentation, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années. » (13)

2. Information dans le dossier médical sur la consommation de tabac

Au 1^{er} tour, chaque médecin a en moyenne 60% de ses patients avec une information du statut tabagique présente dans le dossier médical. L'objectif visé de 62% basé sur les résultats du 2nd tour de l'audit de 1999 n'est donc pas atteint.

En comparant les médecins ayant participé à la fois au 1^{er} et au 2nd tour, on retrouve une augmentation significative du taux de patient ayant une information sur leur consommation de tabac dans le dossier médical : 65% au 1^{er} tour contre 83% au 2nd tour. L'objectif visé est donc atteint au 2nd tour, mais également au 1^{er} tour pour les médecins ayant participé aux 2 tours de l'audit.

On peut supposer que cet audit a permis de sensibiliser les médecins interrogés sur l'importance du repérage de la consommation de tabac en médecine de ville. Mais on ne peut l'affirmer, d'autant plus que les 18 médecins ayant participé aux deux tours de l'audit étaient initialement plus performants sur ce critère que les 12 médecins n'ayant participé qu'au 1^{er} tour de l'audit. La progression du nombre de patients ayant une information sur la consommation de tabac dans le dossier médical est donc aussi le fait de certains médecins plus motivés par le thème de l'audit.

Comme nous l'avons vu dans la 1^{ère} partie de cette thèse, le fait d'interroger les patients sur leur consommation de tabac et de noter leur statut dans le dossier médical est une pratique qui augmente les taux d'intervention au sevrage tabagique. (46)

Même si selon les recommandations de la HAS, tous les patients devraient être interrogés sur leur consommation de tabac, cette amélioration des pratiques entre les deux tours de l'audit est un élément encourageant. (35)

On peut comparer les résultats de cet audit à ceux de l'enquête européenne EURECA (45) (European Network on Strategies to Engage General Practitioners in Cancer Prevention) menée en 1996 auprès de 303 médecins généralistes.

Cette étude a montré que 34% des médecins généralistes interrogent systématiquement leur patient en bonne santé sur leur consommation de tabac ; au 2nd tour de cet audit, seuls 22% des médecins ont 100% de leurs patients avec une information dans le dossier médical sur la consommation de tabac, par contre ils sont tout de même 44% à avoir plus de 95% de leurs patients avec une information dans le dossier médical.

Dans cette même étude, 62% des patients ont un dossier médical renseignant leur statut tabagique. Les résultats du 1^{er} tour de cet audit sont assez proches : 60% de patients ont une information sur la consommation de tabac dans le dossier médical. En revanche les médecins ayant participé au 2nd tour de l'audit ont de meilleurs résultats : 83% de leurs patients ont une information sur le statut tabagique dans le dossier médical.

3. Conseil d'arrêt en cas de tabagisme

Au 1^{er} tour, 83% des patients se souviennent avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de tabagisme. L'objectif retenu avant le 1^{er} tour n'a pas été atteint, à savoir que chaque médecin ait 100% de ses patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de tabagisme.

La comparaison des médecins ayant participé aux deux tours de l'audit ne montre pas de différence significative entre les deux tours avec 82% de patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt au 1^{er} tour contre 87% au 2nd tour. L'absence de progression entre les deux tours peut s'expliquer par les bons résultats obtenus lors du 1^{er} tour de l'audit, la marge de progression devenait alors faible.

Ces résultats sont en effet satisfaisants comparé à d'autres études comme « l'audit des pratiques de prévention » réalisée en 1996 par cinq médecins généralistes auprès de 917 patients. Cet audit révélait que parmi les fumeurs identifiés par les médecins seuls 40,4% des femmes et 32,8% des hommes avaient été interrogés sur leur projet d'arrêter de fumer. (72)

4. Information dans le dossier médical sur la consommation d'alcool

Au 1^{er} tour, chaque médecin a en moyenne 45% de ses patients avec une information concernant la consommation d'alcool dans le dossier médical. L'objectif visé de 48% basé sur les résultats du 2nd tour de l'audit de 1999 n'est donc pas atteint.

En comparant les médecins ayant participé à la fois au 1^{er} et au 2nd tour de l'audit RPIB, on note une augmentation significative du taux de patients ayant une information sur leur consommation d'alcool dans le dossier médical : 50% au 1^{er} tour contre 67,5% au 2nd tour.

On peut supposer que cet audit a permis de sensibiliser les médecins au repérage de la consommation d'alcool.

Mais on constate aussi que l'objectif est atteint au 2nd tour mais également au 1^{er} tour chez les médecins ayant participé aux deux tours de l'audit. Ces médecins étaient initialement plus performants sur ce critère. En effet, en comparant les 12 médecins n'ayant participé qu'au 1^{er} tour de l'audit (groupe A) aux 18 médecins ayant participé aux deux tours de l'audit (groupe B), on retrouve déjà lors du 1^{er} tour une différence significative (selon le test du Chi²) entre ces deux groupes de médecins : 37% pour le groupe A contre 50% pour le groupe B.

On peut comparer les résultats de cet audit à d'autres études :

L'enquête européenne EURECA montre que près de 50% des médecins généralistes ont déclaré demander systématiquement sa consommation d'alcool à un patient

apparemment en bonne santé. Par contre le taux de patients dépistés au niveau de leur consommation augmente en présence d'une co-morbidité. (45)

Au 2nd tour de cet audit, seuls 11% des médecins ont 100% de leurs patients avec une information dans le dossier médical sur la consommation d'alcool, mais ils sont 50% à avoir plus de 80% de leurs patients avec une information dans le dossier médical.

La proportion de patients ayant une information sur la consommation d'alcool dans le dossier médical est de 41% dans l'étude EURECA, les résultats obtenus lors des deux tours de cet audit sont satisfaisants avec 45% d'information présente au 1^{er} tour et 67,5% au 2nd tour. (45)

Une autre enquête réalisée en 1999 auprès de médecins généralistes montre des résultats sensiblement identiques à ceux de notre audit concernant l'abord du problème alcool en dehors de toute situation lui semblant liée : 50% des médecins déclarent interroger souvent leurs patients sur leur consommation de boissons alcoolisées et seulement 12 % disent le faire systématiquement. (73)

Une autre étude apporte encore des résultats en dessous de ses valeurs.

D'après une enquête menée en Languedoc-Roussillon, l'abord systématique par le médecin généraliste de la consommation d'alcool est seulement de 7,9%. Et cette même enquête affirme que le repérage de l'usage d'alcool est principalement réalisé lorsque le médecin a un doute quant à l'existence d'une consommation excessive (85,2% de réponses affirmatives). (74)

La plupart de ces études concernant ce manque d'investissement des médecins dans les questions relatives à l'alcool apportent comme raisons : (68, 70, 73)

- un manque de temps ;
- un sentiment d'inutilité en raison des échecs fréquents ;
- une crainte de s'immiscer dans l'intimité des patients et qu'une telle demande soit mal perçue par eux ;
- un malaise des médecins devant le déni de la consommation d'alcool de la part des patients ;
- une formation inappropriée dans le dépistage des addictions ;
- l'absence de rémunération pour le temps consacré à la prévention.

Au vu des résultats de cet audit et des études citées, on constate qu'il est encore difficile pour le médecin de parler d'alcool avec son patient. D'après l'enquête de Bouix réalisée auprès de 200 médecins généralistes français, $\frac{3}{4}$ des médecins interrogés se sentent peu à l'aise pour poser des questions à leurs patients sur leur consommation d'alcool. (68)

C'est pourquoi, l'OMS a développé un projet dont le but vise à promouvoir le repérage et la prise en charge des problèmes d'alcool auprès des médecins généralistes. (75)

Ce projet comporte quatre phases :

- la phase I a débuté au début des années 1980 et a abouti au développement du questionnaire AUDIT.
- la phase II est une étude internationale testant l'efficacité de l'intervention brève sur la réduction de la consommation d'alcool. Le principal résultat de cette recherche est qu'une intervention de cinq minutes auprès d'utilisateurs à risque permet de réduire de 25% en moyenne leur consommation d'alcool et ainsi d'améliorer leur état de santé.
- la phase III a porté sur les conditions nécessaires à la diffusion du RPIB en s'intéressant aux difficultés identifiées par les médecins généralistes, aux freins et aux facteurs favorisant cette diffusion et enfin aux différentes stratégies de mobilisation, de formation et de soutien.
- la phase IV vise à promouvoir la diffusion du RPIB en pratique de routine.

Ce programme, repris en France par l'Association nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) sous le titre « Boire moins, c'est mieux », a ainsi proposé comme rôle essentiel au médecin généraliste de repérer les mésusages de l'alcool et d'intervenir auprès de ces consommateurs à problèmes, et cela très en amont des complications. (76)

5. Conseil de diminution ou d'arrêt en cas de mésusage d'alcool

Au 1^{er} tour, chaque médecin a en moyenne 82% de ses patients se souvenant avoir reçu un conseil de diminution ou d'arrêt de leur consommation d'alcool en cas d'usage à risque ou nocif. L'objectif retenu avant le 1^{er} tour n'a pas été atteint, à savoir que chaque médecin ait 100% de ses patients se souvenant avoir reçu un conseil de diminution en cas de mésusage d'alcool.

La comparaison des médecins ayant participé aux deux tours de l'audit ne montre pas de différence significative : 82% au 1^{er} tour contre 78% au 2nd tour.

C'est le seul critère de cet audit où les médecins ont été moins performants au 2nd tour qu'au 1^{er} tour ; 64% des médecins ont atteint l'objectif visé au 1^{er} tour alors qu'ils ne sont que 44% au 2nd tour.

Pourquoi ces médecins, qui ont mieux repéré la consommation d'alcool au 2nd tour, interviennent-ils moins en cas de mésusage d'alcool ?

Le Docteur Michaud, médecin alcoologue coordinateur du programme « Boire moins, c'est mieux », soulève que le manque de confiance des médecins dans leur capacité à intervenir sur des problèmes d'alcool contribue à l'insuffisance de mobilisation des médecins généralistes. (77)

L'enquête de Bouix montre que deux-tiers des médecins généralistes questionnés expriment un manque de formation, de savoir faire face à leurs patients alcoolodépendants et que 60% d'entre eux se jugent incompetents pour intervenir auprès de malades alcoolodépendants. Par contre, avec une formation à l'intervention brève, 80% des praticiens se sentent capables de traiter les patients alcoolodépendants. (68)

De même, dans l'enquête réalisée en 1999, 93% des médecins interrogés souhaitent améliorer leur formation en alcoologie et 72% d'entre eux sont insatisfaits de leur prise en charge des patients ayant un problème d'alcool. (73)

Pourtant une enquête téléphonique menée en Ile de France en 2002 sur un échantillon représentatif de 1608 personnes a mis en évidence la distance entre l'attente des patients et la réserve des médecins lorsqu'il s'agit d'évoquer le problème des addictions. Près de 90% des répondants jugent que le médecin généraliste est dans son rôle en abordant avec eux les questions liées à l'alcool et le trouvent bien informé dans ce domaine. Pourtant, seuls 12% de ces patients indiquaient avoir eu au cours de leur vie une recommandation de leur médecin sur la consommation d'alcool. (78)

Un autre point essentiel qui ressort des différentes enquêtes citées précédemment est l'ambivalence du praticien concernant l'intérêt et l'efficacité de l'intervention brève dans la prise en charge du problème alcool.

Dans l'étude de Bouix, 80% des médecins estiment que leur conseil est sans efficacité et que leurs patients pourraient s'indigner de leurs questions. (68)

Dans l'enquête menée en 1999, un peu plus optimiste, 46% des médecins pensent que de simples conseils de leur part peuvent modifier la consommation alcoolisée de leurs patients. (73)

Cependant, comme nous l'avons noté précédemment, l'efficacité de l'intervention brève n'est plus à démontrer.

6. Information dans le dossier médical sur la consommation de cannabis

Au 1^{er} tour, chaque médecin a 15% de ses patients avec une information concernant la consommation de cannabis dans le dossier médical. L'objectif de 30% retenu avant le 1^{er} tour est donc loin d'être atteint.

Le trop faible taux d'information de la consommation de cannabis dans le dossier médical peut-être en partie expliqué par la moyenne d'âge des patients interrogés lors de cet audit qui est de 52 ans lors du 1^{er} tour. Or, la population la plus concernée par une consommation régulière de cannabis est celle des moins de 25 ans qui représente seulement 9% de la population auditée lors du 1^{er} tour. (17)

La comparaison des médecins ayant participé aux deux tours de l'audit montre une progression significative du repérage de la consommation de cannabis avec une information dans le dossier médical pour 17% des patients au 1^{er} tour contre 26% au 2nd tour. L'objectif n'a toujours pas été atteint au 2nd tour, mais on peut supposer que cet audit a sensibilisé les médecins à l'importance du dépistage de la consommation de cannabis chez leur patient. En effet, le groupe des 18 médecins ayant participé aux deux tours de l'audit n'était pas plus performant, à l'issue du 1^{er} tour, que le groupe des 12 médecins n'ayant participé qu'au 1^{er} tour. La progression entre les deux tours concernant le repérage de la consommation de cannabis n'est donc pas le fait de certains médecins plus motivés par le sujet.

7. Conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis

Au 1^{er} tour, chaque médecin a en moyenne 67,5% de ses patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis. L'objectif retenu avant le 1^{er} tour n'est donc pas atteint.

La comparaison des médecins ayant participé aux deux tours de l'audit ne montre pas de différence significative entre les deux tours selon le test exact de Fischer avec 67% de patients se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt en cas de consommation de cannabis contre 85% au 2nd tour.

Par contre on constate que les médecins ont eu plus de facilité à intervenir lors du 2nd tour sur une consommation de cannabis que sur un mésusage d'alcool : chaque médecin a en moyenne 85% de ses patients qui consomment du cannabis se souvenant avoir reçu un conseil d'arrêt, et seulement 78% de ses patients ayant un usage à risque ou nocif d'alcool se souvenant avoir bénéficié d'une intervention brève.

Outre les difficultés à parler d'alcool avec un patient qui ont été vues précédemment, on peut penser que le caractère illégal de l'usage de cannabis (conformément à la loi

du 31 décembre 1970 qui interdit la détention, l'achat et l'usage de stupéfiants) facilite le dialogue avec les consommateurs de cannabis.

8. Perspectives

Comme nous l'avons vu précédemment, les audits du GLAM ayant obtenu le plus fort taux de participation, sont ceux où les médecins participants ont été indemnisés.

Pour favoriser cette participation, LORFORMEP organise depuis 2011 des actions de formations indemnisées dans le cadre du DPC. Les thèmes de ces formations sont également abordés à travers différents audits proposés par le GLAM.

Cette action de DPC est indemnisée si les médecins réalisent la totalité du programme et participent à :

- une première réunion d'appropriation du sujet et de l'audit ;
- la réalisation d'un premier tour d'audit ;
- une deuxième réunion de restitution des résultats ;
- la réalisation d'un deuxième tour d'audit.

En validant leur obligation de DPC, et en étant par la même occasion indemnisés, les médecins lorrains vont peut-être avoir un regain d'intérêt pour les audits proposés par le GLAM.

Le plus difficile reste donc à impliquer le médecin généraliste dans la prise en charge des addictions. A travers les différentes études citées, le manque d'investissement des médecins en ce qui concerne les addictions est le reflet de leur sentiment d'incompétence et d'inefficacité.

Le plan addiction 2007-2011 qui a pour objectif de faciliter le développement et l'organisation de l'addictologie en France a également comme priorité : (en ce qui concerne le médecin généraliste) (1)

- d'organiser des réseaux en addictologie afin de faciliter la coordination entre le médecin de ville et l'hôpital ;
- de développer la prévention en médecine de ville ;
- de développer l'enseignement en addictologie pour les futurs médecins ;
- d'intégrer les compétences addictologiques dans la FMC.

Mais ce plan arrive bientôt à échéance.

C'est pourquoi, afin de continuer à réduire les dommages liés aux addictions en France, la Fédération Française d'Alcoologie a émis dans un livre 100 propositions. (79)

Certaines de ces propositions sont formulées afin d'aider et d'intégrer le médecin généraliste dans la prise en charge des addictions en médecine de ville :

1. Modifier la représentation des pathologies addictives par la formation des médecins ;
2. Encourager l'implication de la médecine générale dans la prise en charge des addictions :
 - améliorer la formation initiale des médecins généralistes ;
 - intégrer l'addictologie en tant que thème obligatoire dans la formation continue et les évaluations professionnelles ;
 - développer la formation au repérage précoce, à l'intervention brève, à l'orientation vers le dispositif spécialisé et soutenir leur collaboration avec les structures spécialisées de proximité ;
 - favoriser l'inscription des médecins généralistes dans les réseaux de soins addictologiques ;
 - reconnaître et valoriser les expériences interventionnelles en médecine générale sous la forme de réunions confraternelles, interprofessionnelles ou de visites régulières de délégués santé-prévention.
3. Remettre la médecine de ville à la base des soins en addictologie ;
4. Favoriser les solutions alternatives de prises en charge en ville dans le cadre des actions de réseaux organisés et financés ou de microstructures associant médecin généraliste, travailleur social et psychologue ;
5. Envisager les Maisons de santé et Pôles de santé pluridisciplinaires avec de nouveaux modes de rémunération comme l'un des moyens de répondre à la fragilité des dispositifs précédents ;
6. Rendre possible l'accès direct auprès des praticiens ayant compétence en addictologie ;
7. Permettre à la médecine de ville de participer aux actions de recherche et de formations des futurs médecins ;
8. Positionner la formation d'addictologues comme une priorité en s'appuyant sur des structures universitaires dans chaque faculté ;
9. Renforcer l'enseignement de l'addictologie dans les premier, deuxième et troisième cycles des études médicales et rendre cet enseignement obligatoire.

Espérons que grâce à ces différentes propositions, les médecins généralistes auront à l'avenir plus de facilité à repérer et à intervenir auprès de patients ayant un usage ou un mésusage de substances psychoactives comme le tabac, l'alcool ou le cannabis.

CONCLUSION

Le but de cet audit était d'évaluer le repérage précoce et l'intervention brève de trois substances psychoactives ayant un impact important en terme de morbi-mortalité : le tabac, l'alcool et le cannabis.

On peut regretter la très faible participation des médecins lorrains sollicités dont les raisons certainement multiples peuvent s'expliquer par :

- le manque de temps du médecin généraliste ;
- l'absence d'indemnisation des médecins participants ;
- la difficulté à aborder le sujet des addictions par le médecin généraliste ;
- la difficulté du remplissage de la grille lors du 1^{er} tour.

En dehors des difficultés rencontrées, on peut soulever qu'aucun des objectifs visés concernant le repérage des SPA et l'intervention brève n'a été atteint au 1^{er} tour de l'audit. Par contre, cet audit a permis de sensibiliser les médecins au dépistage des addictions, il y a eu en effet une progression significative entre les deux tours en ce qui concerne la présence de l'information dans le dossier médical sur la consommation du produit. Malheureusement, dans le domaine de l'intervention brève, il n'y a eu aucune progression significative entre les deux tours.

Les résultats de cet audit reflètent donc bien la difficulté qu'a le médecin généraliste à intervenir dans le domaine des addictions, surtout en ce qui concerne l'alcool : les médecins étaient d'une part moins performants au 2nd tour qu'au 1^{er} tour lorsqu'il s'agissait d'intervenir auprès d'un patient ayant un usage à risque ou nocif d'alcool, mais ils étaient également moins bons que pour la prise en charge des patients fumeurs (que ce soit de tabac ou de cannabis).

Souhaitons que les continuel efforts et les incitations de la part des pouvoirs publics, de l'université, des instances de formation médicale continue et des médias amélioreront le rapprochement du médecin généraliste et de son patient en vue d'une meilleure prise en charge des addictions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011. Communication en Conseil des Ministres le 15 novembre 2006. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, 19p.
2. GOODMAN A. Addiction: definition and implication. *British Journal of Addiction*, 1990; 85: 1403-1408.
3. LEPINE J.-P., MOREL A., PAILLE F., REYNAUD M., RIGAUD A. Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions. Un enjeu majeur de santé. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, 64p.
4. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Drogues et dépendance. Le livre d'information. Saint-Denis : INPES, 2006, 177p.
5. REYNAUD M., PARQUET P.-J., LAGRUE G. Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Paris : Direction Générale de la Santé, 1999, 171p.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Problèmes liés à la consommation d'alcool. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS. Genève : OMS, 1980, 80p.
7. Prescrire Rédaction. Alcoolisation excessive : des interventions brèves pour modérer la consommation. *La Revue Prescrire*, 2005; 25 (262) : 450-457.
8. Société Française d'Alcoologie. Les conduites d'alcoolisation : lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Texte court. In : Recommandations pour la pratique clinique - Les conduites d'alcoolisation. *Alcoologie et Addictologie*, 2001; 23 (4S) : 67S-75S.
9. REYNAUD M., PAILLE F., MOREL A. Principes pour l'aide et la prise en charge des sujets ayant un usage nocif de substances psychoactives. In : Usage nocif de substances psychoactives. Identification des usages à risque. Outils de repérage. Conduite à tenir. Rapport au Directeur Général de la Santé. Paris : La Documentation Française, 2002, 153-162.

10. WHITLOCK Evelyn P., ORLEANS T., PENDER N., ALLAN J. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions: An Evidence-based Approach. American Journal of Preventive Medicine, 2002; 22: 267-284.
11. BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.-B., TOVAR M.-L., SPILKA S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances n°76. Saint-Denis, 2011, 6p.
12. BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.-B., WILQUIN J.-L., PERETTI-WATEL P. Premiers résultats du baromètre santé 2010. Evolutions récentes du tabagisme en France. Saint-Denis : INPES, 2010, 13p.
13. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., BRIFFAULT X., GAUTIER A., LAMBOY B., LEON C., WILQUIN J.-L. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte. Tendances n° 48. Saint-Denis : OFDT, 2006, 6p.
14. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues, chiffres clés. 3^{ème} édition. Saint-Denis : OFDT, 2010, 6p.
15. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues et dépendances, données essentielles. Paris : Editions La découverte, 2005, 202p.
16. MARTIN D. La stratégie d'action alcool 2002-2004. La Revue Actualité et dossier en santé publique, 2002 ; 38 : 79-81. Site Internet : <http://www.hcsp.fr> Consulté le 29.06.2011.
17. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Cannabis, données essentielles. Saint-Denis : OFDT, 2007, 232p.
18. HILL C., LAPLANCHE A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2003 ; (22-23) : 79-81. Site Internet : <http://www.invs.sante.fr> Consulté le 29.06.2011.
19. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations, Mai 2003, 39p. Site Internet : <http://www.afssaps.fr> Consulté le 29.06.2011.

20. GALLOIS P., VALLE J.-P., LE NOC Y. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. *Médecine*, 2006 ; 2 (7) : 302-306.
21. Groupe SAM. Stupéfiants et Accidents Mortels de la circulation routière. Synthèse des principaux résultats. Projet SAM. Saint-Denis : OFDT, 2005, 39p.
22. Pôle Ressource National, médecine générale et conduites addictives. CD-ROM : Cannabis : identifier, accompagner, intervenir. Paris : PRN, 2006.
23. DELILE J.-M. Usage du cannabis : repérage et évaluation des facteurs de gravité. *La Revue du Praticien*, 2005 ; 55 (1) : 51-63.
24. Prescrire Rédaction. Effets indésirables du cannabis. *La revue Prescrire*, 2010 ; 30 (321) : 515-522.
25. DAUTZENBERG B. Cannabis : quels dégâts pulmonaires ? *La Revue du Praticien Médecine Générale*, 2010 ; 24 (834) : 58-59.
26. PAILLE F. Introduction. In : Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Audition Publique. Haute Autorité de Santé, 2007, 9-11. Site internet : <http://www.has.fr> Consulté le 29.06.2011.
27. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. Paris : OFDT, 2002, 368p.
28. BECK F., GUILBERT P., GAUTIER A. Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : INPES, 2007, 593p.
29. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S. Drogues à l'adolescence. Niveaux et contexte d'usage de cannabis : alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France. ESCAPAD 2003. Saint-Denis : OFDT, 2004, 251p.
30. Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine. La consommation de tabac et de cannabis en Moselle et en Lorraine. Vandœuvre-lès-Nancy : ORSAS, 2007, 17p.
31. BECK F., LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFTD. Saint-Denis : INPES, 2008, 178-183.

32. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2009. Tendances récentes sur le site de Metz. Saint-Denis : OFDT, 2010, 8p.
33. BAUDIER F., JOUSSANT S. Prise en charge des problèmes d'addiction. Tabac et alcool. In : Baromètre santé médecins généralistes 1998-1999. Paris : CFES, 2000, 95-107.
34. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. L'arrêt de la consommation du tabac : conférence de consensus. Paris 8-9 octobre 1998. Texte court. Paris : EDK, 1998, 26p.
35. Haute Autorité de santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficience et prise en charge financière. Service évaluation économique et santé publique. Janvier 2007, 122p. Site Internet : <http://www.has.fr> Consulté le 29.06.2011.
36. DOLL R., PETO R., BOREHAM J., SUTHERLAND I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. British Medical Journal, 2004; 328 (7455) : 1-9.
37. DAUTZENBERG B., AUBIN H.-J. REYNAUD M. Repérage et évaluation des usages à risque et de la dépendance au tabac. In : Usage nocif de substances psychoactives. Identification des usages à risque. Outils de repérage. Conduite à tenir. Rapport au Directeur Général de la Santé. Paris : La Documentation Française, 2002, 123-131.
38. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en médecine générale : Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique. Juin 2004. 9p. Site internet : <http://www.has.fr> Consulté le 29.06.2011.
39. CASTERA P. Approche spécifique par le médecin généraliste. In : Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Audition Publique. Haute Autorité de Santé, 2007, 106-115. Site internet : <http://www.has.fr> Consulté le 29.06.2011.
40. NYS P. Intérêt et limite de la mesure du CO pour la prise en charge d'un patient fumeur en médecine générale. La Revue de la Médecine Générale, 2009 ; 265 : 284-288.

41. STEAD LF., BERGSON G., LANCASTER T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008 ; (2) : CD000165.
42. HIRSCH A. Les médecins, les fumeurs et l'arrêt du tabagisme. Efficacité d'une intervention médicale minimale. Le Concours médical, 1996 ; 7 (118) : 477-481.
43. MOUQUET M.-C., VILLET H. Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné. Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et résultats, 2002 ; 192 : 1-12.
44. Observatoire de la médecine générale 2006-4. Société Française de Médecine Générale. Site Internet <http://www.omg.sfmng.org> Consulté le 29.06.2011.
45. POUCHAIN D., HUAS D., DRUAIS P.-L., WOLF B. Implication des médecins généralistes dans la prévention. La Revue du Praticien Médecine Générale, 1998 ; 12 (440) : 31-37.
46. ANDERSON P., GUAL A., COLOM J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris : INPES, 2008, 141p.
47. KRISTENSON H., OHLIN H., HULTEN-NOSSLIN MB, TRELL E, HOUD B. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24-60 months of long-term study with randomized controls. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 1983 ; 7 (2) : 203-209.
48. DEMEAUX J.-L. Mésusage de l'alcool en médecine générale. Repérage systématique, repérage ciblé, diagnostic précoce. Alcoologie et Addictologie, 2003 ; 25 (4S) : 35S-36S.
49. DAEPPEN J.-B, DOR B. Repérage des conduites d'alcoolisation en dehors de la dépendance. Alcoologie et Addictologie, 2003 ; 25 (4S) : 30S-34S.
50. Société Française d'alcoologie. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Usage à risque – Usage nocif. Alcoologie et addictologie, 2003 ; 25 (4S) : 3S-5S.
51. Réseau Lorrain d'Addictologie. Les questionnaires de repérage. Site Internet : <http://www.rpiiblorraine.com> Consulté le 29.06.2011.

52. ARFAOUI S. Construction d'un questionnaire court de repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale : le questionnaire « FACE ». Thèse pour le doctorat en médecine : Paris, Université René Descartes, 2002, 134p.
53. PERNEY P., DEPINOY D., DUHAMEL O. Interventions brèves. Modalités. *Alcoologie et Addictologie*, 2003 ; 25 (4S) : 51S-58S.
54. BIEN T.-H., MILLER W.-R., TONIGAN J.-S. Brief interventions for alcohol problems : a review. *Addiction*, 1993; 88: 315-336.
55. MILHET M., DIAZ-GOMEZ C. Alcoolisations excessives et médecine de ville. La promotion du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève. *Tendances* N°47. Saint-Denis : OFDT, 2006, 4p.
56. KANER Eileen F.S., DICKINSON Heather O., BEYER F., PIENAAR E., CAMPBELL F., SCHLESINGER C., HEATHER N., SAUNDERS J., BURNAND B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; (2) : CD004148.
57. COUZIGOU P., VERGNIOL J., KOWO M., TERREBONNE E., FOUCHER J., CASTERA L., LAHARIE D., DE LEDINGHEN D. Intervention brève en alcoologie. *La Presse médicale*, 2009 ; 38 (7/8) : 1126-1133.
58. BERTHOLET N., SCHWAN R., DUHAMEL O., PERNEY P., DAEPPEN J.-B. Efficacité de l'intervention brève. *Alcoologie et Addictologie*, 2003 ; 25 (4S) : 59S-63S.
59. HEATHER N. Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt. *Addiction*, 2002 ; 97 (3) : 293-294.
60. INPES. Repérage précoce de l'usage nocif de cannabis. Etat des connaissances. Repères pour votre pratique, Juillet 2006, 4p. Site Internet : <http://www.inpes.sante.fr> Consulté le 29.06.2011.
61. CAGNI G., MOREL A. VILLEZ M., REYNAUD M. Repérage et évaluation de l'usage de cannabis. In : Usage nocif de substances psychoactives. Identification des usages à risque. Outils de repérage. Conduite à tenir. Rapport au Directeur Général de la Santé. Paris : La Documentation Française, 2002, 133-142.

62. Groupe Lorrain d'Audit Médical. Site Internet: <http://www.glam-santé.org>
Consulté le 29.06.2011.
63. MOLINARI M., DOUMENC M., OURABAH R. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire : l'audit médical. Paris : ANAES, 1993, 25p.
64. Haute Autorité de Santé. Audit clinique : bases méthodologiques de l'EPP, 1999, 27p. Site Internet : <http://www.has.fr> Consulté le 29.06.2011.
65. Institute Inc SAS, SAS[®] Online Doc, Version 9.1, Cary : NC : SAS Institute Inc, 2004.
66. POIROT F. Contribution à l'amélioration de la sécurité de prescription des traitements par antagonistes de la vitamine K. Thèse pour le doctorat de médecine. Nancy, Université Henri Poincaré 1, 2009, 147p.
67. RASQUIN J.-M. Les maîtres de stage constituent-ils une cible privilégiée pour l'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale ? Une enquête au Grand-duché du Luxembourg. Thèse pour le doctorat en médecine. Nancy, Université Henri Poincaré 1, 2003, 116p.
68. BOUIX J.-C., GACHE P., RUEFF B., HUAS D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. La Revue du Praticien Médecine générale, 2002 ; 16 (588) : 1488-1492.
69. Prescrire Rédaction. Alcoolodépendance : avant le sevrage. Première partie. Reconnaître les patients alcoolodépendants pour les amener à se soigner. La Revue Prescrire, 2010 ; 30 (324) : 749-753.
70. Bibliomed Rédaction. Mésusages d'alcool : pourquoi est-il si difficile d'en parler ? Bibliomed, 2004, 366 :1p.
71. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues, chiffres clés. 1^{ère} édition. Saint-Denis : OFDT, 2007, 6p.
72. BUTTET P., FOURNIER C. Prévention et éducation pour la santé, quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ? In : Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003. Saint-Denis : INPES, 2005, 65-82.

73. GALLOIS P., EMERIAUD P., CHARPENTIER J.-M. Le problème « alcool » en médecine générale ; 2301 réponses à un questionnaire d'autoévaluation. Médecine, 2006 ; 320 : 320-324.
74. NALPAS B., LEMAITRE R., DALBIES P.-A., MONOD P., MARTIN S., BALMES J.-L. Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme. Une enquête en région Languedoc-Roussillon. La presse Médicale, 2003 ; 32 (9) : 391-399.
75. DIAZ-GOMEZ C., MILHET M. Repérage précoce et intervention brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. Saint-Denis : OFDT, 2005, 220p.
76. MICHAUD P., DEWOST A.-V., FOUILLAND P. « Boire moins c'est mieux ». Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins ? La Presse médicale, 2006 ; 35 (5) : 831-839.
77. MICHAUD P. Qu'est-ce qui peut bien motiver le médecin généraliste à parler alcool avec ses patients ? Médecine, 2006 ; 2 (7) : 291-292.
78. MICHAUD P., FOUILLAND P., GREMY I., KLEIN P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. La revue du Praticien Médecine générale, 2003 ; 17 (611) : 605-608.
79. Fédération Française d'Addictologie. Livre blanc de l'addictologie française. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France, Mai 2001, 44p. Site Internet : <http://www.addictologie.org> Consulté le 29.06.2011.

ANNEXES

ANNEXE 1 : TEST DE DEPENDANCE A LA NICOTINE DE FAGERSTRÖM

1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- | | |
|------------------------|-----|
| Plus de 60 minutes | (0) |
| Entre 31 et 60 minutes | (1) |
| Entre 6 et 30 minutes | (2) |
| Moins de 5 minutes | (3) |

2. Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- | | |
|-----|-----|
| Non | (0) |
| Oui | (1) |

3. A quelle cigarette de la journée vous sera-t-il plus difficile de renoncer ?

- | | |
|---------------------------|-----|
| La première de la journée | (1) |
| N'importe quelle autre | (0) |

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- | | |
|----------------|-----|
| 10 ou moins | (0) |
| Entre 11 et 20 | (1) |
| Entre 21 et 30 | (2) |
| Plus de 31 | (3) |

5. Fumez-vous davantage durant les premières heures suivant le réveil qu'au cours du reste de la journée ?

- | | |
|-----|-----|
| Non | (0) |
| Oui | (1) |

6. Fumez-vous même lorsque vous êtes malade, que vous devez rester au lit presque toute la journée?

- | | |
|-----|-----|
| Non | (0) |
| Oui | (1) |

INTERPRETATION

0 à 2 : très faible ou pas de dépendance
3 à 4 : faible dépendance

5 à 6 : dépendance moyenne
7 à 10 : dépendance forte à très forte

ANNEXE 2: L'AUDIT (Alcohol-Use Disorders Identification Test)

Questionnaire AUDIT	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était notamment attendu de vous ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui, au cours de l'année	
TOTAL						

INTERPRETATION

Risque de consommation excessive quand le résultat est supérieur à 7 (6 pour les femmes).

Alcoolisme dépendance probable quand le score est supérieur à 13.

ANNEXE 3 : DETA ou CAGE Alcool

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

INTERPRETATION

Un score supérieur ou égal à deux est en faveur d'un usage nocif ou d'une alcoolodépendance

ANNEXE 4: FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation)

Au cours des douze derniers mois

1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais

Une fois par mois au moins

2 à 4 fois par mois

2 à 3 fois par semaine

4 fois ou plus par semaine

2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

Un ou deux

Trois ou quatre

Cinq ou six

Dix ou plus

Au cours de toute votre vie....

3. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

Non

Oui

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non

Oui

5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non

Oui

INTERPRETATION

Hommes

Score inférieur à 5 : risque faible ou nul

Score 5 à 8 : consommation excessive

Score supérieur à 8 : dépendance

Femmes

Score inférieur à 4 : risque faible ou nul

Scores 4 à 8 : consommation excessive

Score supérieur à 8 : dépendance

ANNEXE 5 : DETC/CAGE – Cannabis

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de cannabis ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez trop de cannabis ?
4. Avez-vous déjà eu besoin de fumer du cannabis dès le matin pour vous sentir forme ?

INTERPRETATION

Deux réponses positives à ces questions est évocateur d'une consommation nocive

ANNEXE 6: QUESTIONNAIRE «CAST» (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire à cause de votre consommation de cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crises d'angoisse, mauvais résultats à l'école....) ?

INTERPRETATION

Risque faible (score inférieur ou égal à 1)

Risque modéré (score égal à 2) repérant largement les usages nocifs d'alcool et d'autres drogues, notamment le cannabis

Risque élevé (score supérieur ou égal à 3) repérant la gravité des consommations

ANNEXE 7 : Audit : le guide méthodologique du GLAM

1. Définir précisément le thème : quelle est la question ? (principale, possibilité de questions secondaires)
2. La cible : quels sont les professionnels concernés ? Quel secteur géographique ? Envoi en nombre ou en 2 temps ou ciblé ?
3. Ecrire l'argumentaire scientifique (nos références) et pragmatique : quelle justification à cet audit compte tenu de la connaissance actuelle des pratiques. L'argumentaire précise la méthodologie de l'audit
4. Rechercher une éventuelle validation universitaire (étape facultative)
5. Présenter le projet devant le conseil scientifique du DMG
6. Un partenariat à rechercher ? avec ou sans co financement.
7. Définir le budget et le financement
8. Préparer l'ébauche de l'audit avec le référentiel et la liste des critères non mis en forme: ce premier document sera validé par le CA du GLAM puis présenté lors d'une séance de travail
9. 1^{ère} séance de travail du GLAM : discussion des critères
10. Les critères évalués : la grille
11. Les critères d'inclusion (qui inclure?)
12. Le mode d'inclusion (comment inclure : rétro ou prospectif)
13. La durée du recueil et / ou le nombre de patients à inclure
14. Réaliser le test de faisabilité
15. Ecrire la lettre d'invitation (signée du responsable de l'audit, du chargé de l'exploitation et éventuellement du responsable de la structure partenaire), qui fait référence à la loi du 14/08/2004.
16. Le chevalet (si le budget le permet)
17. Définir les objectifs (la norme) en vue du 2^{ème} tour
18. 2^{ème} séance de travail du GLAM : validation de la grille, de l'argumentaire et de la lettre d'invitation
19. Etablir le calendrier prévisionnel
20. Faire signer l'engagement de confidentialité au chargé de l'exploitation
21. Demander aux participants l'autorisation de publier les résultats agrégés
22. Faire relire l'ensemble des documents par un groupe de relecteurs
23. Recueil des grilles et relance éventuelle
24. Exploiter le 1^{er} tour
25. Envoyer les résultats à chaque participant en dégagant points forts de la pratique et "gisements de qualité" ; faire relire le document par un naïf pour éviter des discours d'initié
26. Organiser une ou plusieurs réunions de restitution afin de proposer des pistes d'amélioration en vue du 2^{ème} tour (nos recommandations)

27. Demander aux participants de définir leur piste personnelle d'amélioration des pratiques. La piste est définie par l'utilisateur, éventuellement choisie parmi les pistes proposées par le groupe. Elle est confidentielle.
28. Recueil du 2^{ème} tour et relance éventuelle
29. Exploiter le 2^{ème} tour
30. Envoyer les résultats à chaque participant et une attestation de participation
31. La thèse : doit être dirigée par un membre du GLAM et doit exposer les modalités de construction de l'argumentaire et sa validation scientifique, la méthodologie d'exploitation des résultats et les questionnements révélés par l'exploitation des résultats
32. Publier

ANNEXE 8 : Lettre d'invitation au 1^{er} tour de l'audit



Groupe Lorrain d'Audit Médical

1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS



AUDIT VALIDANT
POUR LES ADHÉRENTS de LORFORMEP
(amppu 57, amppu 54, ammf55, amvppu88)



Cher confrère,

Le 26 mai 2009

Les médecins généralistes sont au premier rang des professionnels pour engager des actions de prévention dans le domaine des addictions.

Des outils simples et efficaces ont été proposés et validés en médecine générale : le repérage systématique et l'intervention brève ou conseil minimum. Pourtant leur mise en œuvre en pratique courante se heurte encore aux difficultés que rencontre le médecin pour aborder les problèmes d'alcool, de tabac, de cannabis, particulièrement en dehors de toute demande.

C'est pourquoi, le GLAM vous propose cet audit intitulé :

Repérage Précoce des addictions et l'Intervention Brève (R P I B)

Qui inclure ?

Tous les patients âgés de plus de 15 ans, vus en consultation et suivis régulièrement, soit au moins trois consultations au cours des deux dernières années.

Comment inclure ?

Il vous suffit de choisir de façon aléatoire 20 patients (fumeurs ou non fumeurs, consommateurs d'alcool ou non) répondant aux critères d'inclusion ci-dessus et de compléter la grille jointe. Cette grille doit être remplie en présence du patient. Le plus simple est d'inclure au fur et à mesure des consultations mais vous pouvez choisir d'inclure les 5 premiers patients de chaque jour ou toute autre procédure qui respecte le côté aléatoire de l'inclusion.

Le recueil des données est rétrospectif : vous devez tenir compte des informations existant dans le dossier médical lors de la précédente consultation.

Ensuite, vous voudrez bien adresser la partie destinée au recueil des données à l'adresse indiquée sur la grille même si elle n'est pas entièrement complétée.

Cet audit fait l'objet d'une thèse de médecine générale. Il est réalisé en partenariat avec les médecins de Loraddict (Réseau Lorrain d'Addictologie), en particulier, M. le Docteur MARTINI, qui effectue en parallèle des soirées de formation sur le RPIB aux médecins généralistes.

Nous vous rappelons qu'en participant à cet audit, vous acceptez que les données agrégées et anonymisées puissent faire l'objet d'une publication.

En souhaitant un bon accueil de votre part à cette demande d'auto-évaluation, nous vous adressons nos salutations confraternelles.

Remerciements : au Pr F. Paille (CHU de Nancy) qui a bien voulu valider l'argumentaire de cet audit, ainsi qu'aux relecteurs du GLAM : les Drs JM.Bievelez et P.Thomas.

Fanny BOHR
Thésarde

Dr Dominique BLANCHARD
Médecin généraliste (GLAM)

Dr Hervé MARTINI
Addictologue

ANNEXE 9 : Argumentaire de l'audit « RPIB »



Groupe Lorrain d'Audit Médical

1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS



AUDIT VALIDANT
POUR LES ADHÉRENTS de LORFORMEP
(amppu 57, amppu 54, ammfc55, amvppu88)



TABAC-ALCOOL-CANNABIS : Repérage précoce et intervention brève

ARGUMENTAIRE

Qu'est-ce qu'un audit médical ?

L'audit médical est une méthode qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés au patient. Il s'agit d'une démarche volontaire qui respecte l'anonymat des participants.

Deux étapes se succèdent :

- **La préparation** : un groupe de médecins choisit un thème de travail (le repérage précoce des addictions et l'intervention brève) et recherche l'existence de référence auxquelles il adhère. Il conçoit le protocole de recueil de données.
- **La réalisation** : le recueil des données est effectué par les médecins qui le souhaitent, appartenant ou non au groupe de préparation.

L'analyse de ce premier recueil permet d'apporter une réponse à la question que posait le travail d'évaluation : la pratique est-elle en accord avec le référentiel ? Si non, quel est l'écart entre les données recueillies et l'objectif à atteindre ? Si le niveau souhaité n'est pas atteint, les membres du groupe tentent d'analyser les raisons de cet écart puis de déterminer le type d'action à mener pour modifier les pratiques.

Une nouvelle enquête de pratique est réalisée après un certain délai afin de vérifier la progression des participants.

Justification de l'audit :

TABAC

En France, le tabac est la cause de 66 000 décès par an, il est ainsi responsable de plus d'un décès sur neuf. (1)

L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de 3 facteurs :

- La consommation moyenne de tabac
- La durée du tabagisme
- L'âge de début du tabagisme.

Il a été démontré qu'un triplement de la durée du tabagisme multiplie par 100 le risque de développer un cancer du poumon. (2) Il est donc indispensable de repérer le tabagisme chez nos patients afin d'intervenir le plus tôt possible. Une méthode simple et efficace qui s'adresse à tous les patients : **le**

conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. L'évaluation a montré que poser deux questions : « est-ce que vous fumez ? » puis « voulez-vous arrêter de fumer ? » et offrir une brochure à ceux qui répondent « oui », doublait le taux de succès de l'arrêt du tabac à long terme. (3)

ALCOOL

On évalue à 5 millions le nombre de Français exposés par leur consommation d'alcool à des difficultés d'ordre médical, psychologique ou social dont 2 millions de personnes dépendantes. La mortalité imputable à l'alcool se situe entre 40 000 et 50 000 morts par an soit près de 10% de la mortalité globale. (4)

Le mésusage de l'alcool est rarement l'objet d'une demande de soins ; il est fréquent malgré l'absence de plainte. Un mésusage a été constaté chez 18% des patients en médecine de ville. (5)

Ces données montrent bien l'utilité d'une action précoce auprès des consommateurs à risque. Pour cela il existe un concept : **le RPIB : repérage précoce et intervention brève.** A lui seul, le repérage (consommation déclarée d'alcool) systématique a une efficacité démontrée sur la réduction de la consommation. Il est l'étape préalable indispensable à l'intervention brève qui en augmente les chances de bénéfices. Celle-ci vise une réduction des consommations au dessous des seuils à risque de l'OMS et ne s'adresse pas en principe aux alcoolos-dépendants. Elle est réalisable dans l'exercice habituel du généraliste et entraîne une réduction de la consommation d'alcool à court et moyen terme entre 20 et 40%. (6)

CANNABIS

Le cannabis est de loin le produit psycho-actif illicite le plus consommé en France.

En 2005, la France comptait environ 1,2 million de consommateurs réguliers (au moins 10 fois par mois) de cannabis dont 550 000 usagers quotidiens.

Il y a actuellement une diminution de l'expérimentation du cannabis parmi les jeunes générations mais une augmentation des usages réguliers avec une hausse entre 2000 et 2005 de 3,8 à 5,9 %. (7)

Un certain nombre d'études ont permis de mieux appréhender les effets du cannabis sur la santé : altération des performances psychomotrices, désinvestissement des apprentissages, évolution vers la dépendance, survenue ou aggravation de troubles psychiatriques, suspicion d'un risque accru de cancer du poumon... (8)

Le repérage systématique lors de la consultation en médecine générale de l'usage du cannabis est donc indispensable et doit être précoce avant qu'une dépendance ne s'installe. Pour cela on utilise le dialogue, l'échange avec le patient, éventuellement complété par des auto-questionnaires (CAST, ADOPSA, CAGE...) qui facilitent ce dépistage.

Bibliographie

- (1) Hill C., Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. BEH 2003 ;22-23 :1999.
- (2) Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. HAS Janvier 2007 :9.
- (3) Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus des 8 et 9 octobre 1998. Paris ANAES
- (4) HCSP, La Santé en France en 2002. Paris : La Documentation Française
- (5) Huas D., Allemand H., Loiseau D., Pessione F. et Rueff B. Prévalence du risque de des maladies liées à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. Revue du Praticien de Médecine Générale, 1993 ; 203 : 39-44.
- (6) P. Gallois, J.-P Vallée, Y. Le Noc. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. Médecine 2006 ; 302-306.
- (7) Donnée de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies). 2005.
- (8) Expertise collective de l'INSERM : « Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? ». 2005.



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

1A Place du Marché - 57220 Boulay - 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Audit du GLAM, proposé aux médecins généralistes de Lorraine dans le cadre des actions de formation au RPIB

AUDIT : Le Repérage Précoce des addictions et l'Intervention Brève (RPIB)

Qui inclure ? Les patients de plus de 15 ans vus en consultation, suivis régulièrement : au moins 3 consultations au cours des deux dernières années.

Comment inclure ? Les 20 prochains patients se présentant en consultation et répondant aux critères d'inclusion ci-dessus.
Le recueil est rétrospectif : ne pas tenir compte des données notées le jour de l'inclusion.

N'oubliez pas de faire une photocopie de cette fiche, remplie, avant de l'envoyer au responsable

Tous vos commentaires seront les bienvenus, vous pouvez les porter au verso, précédés du N° de ligne s'ils concernent un patient en particulier

DÉFINITIONS (valables pour l'alcool):

USAGE SIMPLE:

consommation modérée (<seuils OMS(1)) et sans circonstance particulière associée

USAGE À RISQUE:

consommation au delà des seuils OMS (1) ou associée à des circonstances particulières (grossesse, sécurité, médicaments...)

USAGE NOCIF:

persistance de la consommation malgré la présence de dégâts médicaux, psychologiques ou sociaux

DÉPENDANCE:

perte de la liberté de s'abstenir, tolérance, symptômes de sevrage à l'arrêt.

Code médecin :/...../.....		Code médecin :/...../.....		Date de début de recueil :																															
Partie à conserver			Partie à adresser au GLAM - 6 Quai Paul Wiltzer 57000 METZ																																
N°	Nom et Prénom	Âge	TABAC						ALCOOL						CANNABIS																				
			Le dossier contient-il une information sur la consommation de tabac du patient ?			L'information est-elle conforme au statut existant lors de la dernière consultation ?			En cas de tabagisme en cours, le patient se souvient-il d'avoir reçu un conseil d'arrêt ?			Le dossier contient-il une information sur la consommation d'alcool du patient ?			L'information est-elle conforme au statut existant lors de la dernière consultation ?			Le dossier permet-il de qualifier la consommation (usage simple, à risque, nocif ou dépendance) ?			En cas d'usage à risque ou nocif, le patient se souvient-il d'avoir reçu un conseil de diminution ?			Le dossier contient-il une information sur la consommation de cannabis du patient ?			L'information est-elle conforme au statut existant lors de la dernière consultation ?			Le dossier permet-il de qualifier la consommation (usage avec ou sans dépendance) ?			En cas de consommation, le patient se souvient-il d'avoir reçu un conseil d'arrêt ?		
			O	N	SO(2)	O	N	SO(2)	O	N	SO(2)	O	N	SO(2)	O	N	SO(2)	O	N	SO(2)	O	N	SO(2)	O	N	SO(2)	O	N	SO(2)	O	N	SO(2)			
Ex	DUPONT François	32	x			x						x			x																				
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

(1) 21 verres par semaine pour un homme, 14 verres par semaine pour une femme, ou plus de 4 verres par occasion
(2) Sans objet : pas d'information dans le dossier



Repérage Précoce et Intervention Brève

Mésusages d'ALCOOL :
Comment le dépister ?
Quelles réponses apporter ?

Formation organisée par le
Réseau Lorrain d'Addictologie LORADDICT

LOR
addict
Réseau
d'addictologie

Avec la participation de :
DRASS Lorraine, URML Lorraine, URCAM, LORFORMEC, MGFORM, GLAM

Dans le cadre de la promotion du **Repérage Précoce et de l'Intervention Brève** en Lorraine, le réseau lorrain d'addictologie **LORADDICT** et ses partenaires, vous invitent à participer aux soirées de formation organisées sur ce thème.

Le RPiB en quelques mots...

Le RPiB s'adresse essentiellement aux patients non dépendants et vise une réduction de la consommation d'alcool au - dessous des niveaux de risque définis par l'OMS. Le dépistage de

l'alcoolisation excessive chez le patient, peut se faire au moyen de nombreux questionnaires. L'AUDIT et le FACE sont les deux questionnaires couramment présentés aux médecins généralistes lors des formations RPiB.

Efficacité de l'Intervention Brève...

La quasi totalité des travaux de recherche met en évidence une efficacité de l'intervention brève dans la réduction de la consommation d'alcool à court ou moyen terme, chez

les buveurs qui dépassent les seuils de risque. Dans le cadre des travaux de l'OMS, il a été démontré qu'un simple conseil de quelques minutes peut réduire d'un tiers le nombre de buveurs excessifs (Babor, 2001).

Recommandations de l'OMS :

- Consommation régulière :
Pour les femmes : pas plus de 14 verres/semaine (2 verres/jour).
Pour les hommes : pas plus de 21 verres/ semaine (3 verres/jour).
- Au moins un jour par semaine sans boisson alcoolique.
- Consommation occasionnelle :
Pas plus de 4 verres d'alcool en une seule occasion.
- Pas d'alcool dans les circonstances suivantes :
Pendant la grossesse, pendant l'enfance, quand on conduit un véhicule, quand on conduit une machine dangereuse, quand on exerce des responsabilités qui nécessitent de la vigilance, quand on prend certains médicaments, dans certaines maladies aiguës ou chroniques (épilepsie, pancréatite, hépatite virale...), quand on est un ancien malade dépendant à l'alcool.(liste non exhaustive).

Contact

Mr Hervé MARTINI
Médecin coordinateur
Hôpital Villemin
47, rue de Nabécor - 54035 Nancy Cedex



Tél : 03.83.85.24.21
Fax : 03.83.85.24.14
www.rpiblorraine.org
loraddict@chu-nancy.fr

ANNEXE 12 : Résultats de l'audit « Tenue du dossier médical et statut des patients par rapport à l'alcool et au tabac »



GROUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL
RESEAU EPIDEMIOLOGIQUE LORRAIN

SITE INTERNET : <http://www.glam.fr.st>



Résultats audit alcool – tabac
(Résultats sous réserve)

Docteur :
Code :

	1 ^{er} TOUR		2 ^{ème} TOUR	
	SCORE MOYEN DU GROUPE	VOTRE SCORE	SCORE MOYEN DU GROUPE	VOTRE SCORE
TABAC				
% de dossiers qui contiennent une information sur le tabagisme du patient ?	41.6		62.1	
% de dossiers dont l'information est conforme aux déclarations du patient (ne concerne que les dossiers où figure une information)	85		90	
ALCOOL				
% de dossiers qui contiennent une information sur la consommation d'alcool du patient ?	26.6		48.3	
% de dossiers dont l'information est conforme aux déclarations du patient (ne concerne que les dossiers où figure une information)				
% de dossiers qui permettent de classer le patient (à risque ou non)	22.4		56.7	

ANNEXE 13 : Lettre d'invitation au 2nd tour de l'audit



Groupe Lorrain d'Audit Médical

1A place du marché 57220 Boulay – 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Audit du GLAM, proposé aux adhérents de LORFORMEP, organisme agréé par la HAS



AUDIT VALIDANT
POUR LES ADHÉRENTS de LORFORMEP
(amppu 57, amppu 54, ammfc55, amvppu88)



Le 18 janvier 2010

Cher confrère,

Vous avez réalisé il y a quelques mois le 1^{er} tour de l'audit « Repérage Précoce des addictions et l'Intervention Brève » et nous vous en remercions. Au cours de ce 1^{er} tour, 30 médecins ont inclus 600 patients.

Nous vous adressons maintenant vos résultats personnels ainsi que les résultats moyens de l'ensemble des 30 participants.

Une des pistes d'amélioration qui peut vous être proposée pour le second tour, est de constituer dans le dossier médical une rubrique dédiée « addictions » dont l'ouverture peut être automatique. C'est un des meilleurs moyens pour que le repérage des addictions devienne systématique.

C'est maintenant le moment de réaliser le 2nd tour de l'audit.

Pour ce 2nd tour, la grille de l'audit a été simplifiée. Seules les informations concernant le RPIB apparaissent :

- Le repérage précoce : le dossier médical de votre patient contient-il une information sur la consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis ?
- L'intervention brève : s'il y a consommation du produit, le patient se souvient-il d'avoir reçu un conseil d'arrêt (tabac ou cannabis) ou de diminution (alcool en cas d'usage à risque ou nocif) ?

Le dépouillement des grilles sera effectué de façon anonyme.

Ce travail ne prend son sens que par la réalisation des deux tours. En effet, c'est l'amélioration des pratiques par les deux tours qui justifie l'audit.

Nous vous rappelons que cet audit fait l'objet d'une thèse de médecine générale et que celle-ci ne sera un véritable travail de recherche que si un nombre significatif de participants réalise les deux tours.

Nous comptons sur votre participation et vous prions de croire en l'assurance de nos salutations confraternelles.

Fanny BOHR
Thésarde

Dr Dominique BLANCHARD
Médecin généraliste (GLAM)

Dr Hervé MARTINI
Addictologue (LORADDICT)



GRUPE LORRAIN D'AUDIT MEDICAL

1A Place du Marché - 57220 Boulay - 03 87 57 33 66

S'évaluer pour évoluer

<http://www.glam-sante.org>

Audit du GLAM, proposé aux médecins généralistes de Lorraine dans le cadre des actions de formation au RPIB

AUDIT : Le Repérage Précoce des addictions et l'Intervention Brève (RPIB)

Qui inclure ? Les patients de plus de 15 ans vus en consultation, suivis régulièrement : au moins 3 consultations au cours des deux dernières années.

Comment inclure ? Les 20 prochains patients se présentant en consultation et répondant aux critères d'inclusion ci-dessus.
Le recueil est rétrospectif : ne pas tenir compte des données notées le jour de l'inclusion.

N'oubliez pas de faire une photocopie de cette fiche, remplie, avant de l'envoyer au responsable

Tous vos commentaires seront les bienvenus, vous pouvez les porter au verso, précédés du N° de ligne s'ils concernent un patient en particulier

DÉFINITIONS (valables pour l'alcool):

USAGE SIMPLE:

consommation modérée (<seuils OMS(1)) et sans circonstance particulière associée

USAGE À RISQUE:

consommation au delà des seuils OMS (1) ou associée à des circonstances particulières (grossesse, sécurité, médicaments...)

USAGE NOCIF:

persistance de la consommation malgré la présence de dégâts médicaux, psychologiques ou sociaux

DÉPENDANCE:

perte de la liberté de s'abstenir, tolérance, symptômes de sevrage à l'arrêt.

Code médecin :/...../.....		Code médecin :/...../.....		Date de début de recueil :						RPIB 2nd tour				
Partie à conserver		Partie à adresser au GLAM - 6 Quai Paul Wiltzer 57000 METZ												
N°	Nom et Prénom	Âge	TABAC				ALCOOL				CANNABIS			
			Le dossier contient-il une information sur la consommation de tabac du patient ?		En cas de tabagisme en cours, le patient se souvient-il d'avoir reçu un conseil d'arrêt ?		Le dossier contient-il une information sur la consommation d'alcool du patient ?		En cas d'usage à risque ou nocif, le patient se souvient-il d'avoir reçu un conseil de diminution ?		Le dossier contient-il une information sur la consommation de cannabis du patient ?		En cas de consommation, le patient se souvient-il d'avoir reçu un conseil d'arrêt ?	
Ex			O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
	DUPONT François	32	x		x		x					x		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

(1) 21 verres par semaine pour un homme, 14 verres par semaine pour une femme, ou plus de 4 verres par occasion

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le médecin généraliste est un acteur de santé de première ligne dans le repérage et la prise en charge des addictions.

Le Groupe Lorrain d'Audit Médical (GLAM), en partenariat avec le Réseau Lorrain d'Addictologie (LORRADICT), a élaboré un audit visant à améliorer le repérage de trois substances psychoactives fréquemment rencontrées en médecine générale et ayant des conséquences multiples sanitaires, médicales et sociales : le tabac, l'alcool et le cannabis.

En 2009, 30 médecins généralistes lorrains ont participé au 1^{er} tour de cet audit. L'analyse des résultats a révélé qu'aucun des objectifs fixés par le GLAM, concernant le repérage des substances psychoactives et l'intervention brève, n'a été atteint au 1^{er} tour.

Un 2nd tour a donc été réalisé en 2010, rassemblant 18 médecins parmi les 30 médecins ayant participé au 1^{er} tour.

L'analyse des résultats du 2nd tour montre que seuls les objectifs concernant le repérage de la consommation de tabac et d'alcool du patient ont été atteints.

La comparaison des deux tours a permis d'observer une augmentation significative du nombre de patients ayant une information sur leur consommation de tabac, d'alcool et de cannabis dans le dossier médical. Par contre, dans le domaine de l'intervention brève, il n'y a eu aucune progression significative entre les deux tours.

Les résultats de cet audit montrent donc la difficulté pour le médecin généraliste à intervenir auprès de patients présentant une addiction.

TITRE EN ANGLAIS

Contribution to improving the early identification of addictions and brief intervention. Two rounds of a medical audit with general practitioners in Lorraine.

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE – 2011

MOTS CLEFS

Addictions

Audit médical

Intervention brève

Repérage précoce

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

