



HAL
open science

Mise en place de réunions de pairs tutorés en addictologie : à propos d'une expérience menée avec des médecins généralistes de Moselle

Alexandre Paris

► To cite this version:

Alexandre Paris. Mise en place de réunions de pairs tutorés en addictologie : à propos d'une expérience menée avec des médecins généralistes de Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01733015

HAL Id: hal-01733015

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733015>

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

Alexandre PARIS

Le 20 octobre 2010

Mise en place de réunions de pairs tutorées en addictologie.

À propos d'une expérience menée avec des médecins généralistes de Moselle.

Examineurs de la thèse :

M. François PAILLE	Professeur	Président
M. Serge BRIANÇON	Professeur	Juge
M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	Juge
M. Jean-Michel MARTY	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 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 :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « 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 - Jean
BEUREY

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 - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire
LAXENAIRE

Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX -

Jean-Pierre MALLIÉ Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - 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 - Paul SADOUL

Daniel SCHMITT – Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - 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 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

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

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

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

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
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 JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

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 Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – 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 Patrick BOISSEL – 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 Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

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 Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

=====

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 Béatrice MARIE – 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

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

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

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

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

**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

=====

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 Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick
BOISSEL
Professeur Michel BOULANGÉ - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel
VIDAILHET
=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>
Professeur Paul MICHIELSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>
Harry J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	
Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>
Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume Uni)</i>	

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur François PAILLE
Professeur de Thérapeutique (option clinique).

Vous nous faites un grand honneur en acceptant la présidence de ce jury.

Nous vous adressons nos remerciements les plus sincères pour tous vos précieux conseils qui ont permis d'améliorer ce travail.

Soyez assuré de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Epidémiologie, économie de la santé et prévention.

Nous vous remercions d'avoir accepté avec spontanéité de participer à ce jury.

Soyez assuré de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Professeur de Médecine Interne.

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à ce jury.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez accordé à ce travail et pour vos conseils avisés.

Veillez recevoir l'expression de notre profond respect.

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY
Médecin Généraliste à Metz (Moselle).

Je vous remercie, personnellement, pour votre disponibilité, votre enthousiasme et vos conseils éclairés qui ont permis à ce projet d'aboutir.

J'ai beaucoup appris, au cours de mon stage dans votre cabinet, tant sur le plan professionnel qu'humain.

Veillez recevoir l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

REMERCIEMENTS

À Madame le Docteur Fabienne EMPEREUR

Praticien Hospitalier au service d'Epidémiologie et Evaluation Clinique du CHU de Nancy

Pour vos encouragements, votre optimisme et vos précieux conseils lors de l'élaboration du questionnaire.

À Monsieur le Docteur LEHAIR

Praticien Hospitalier au service d'Hépto-gastro-entérologie du CH de Freyming-Merlebach

Pour avoir accepté avec enthousiasme l' « expertise » de ces réunions de pairs qui parfois se prolongeaient tardivement. Nous vous remercions particulièrement pour vos astuces et vos remarques avisées concernant des dossiers souvent complexes.

À Monsieur le Docteur Denis GERBER

Médecin Généraliste à Stiring-Wendel

Pour avoir partagé avec nous votre expérience et vos conseils pratiques concernant la prise en charge des patients présentant une addiction.

À Madame Violette JOURDE

Psychologue au CH de Freyming-Merlebach

Pour votre sympathie et vos recommandations toujours très utiles. Nous vous remercions d'avoir bien voulu participer à ces réunions de pairs.

À Madame France CAMERLENGO

Secrétaire de l'AMMPPU

Pour votre disponibilité et votre aide précieuse lors de la diffusion des invitations et des documents nécessaires au bon fonctionnement du groupe. Je vous remercie d'avoir toujours répondu rapidement à mes sollicitations.

À tous les membres du groupe : Mesdames les Docteurs BONISCH, BOUR-KLEIN, DEMERLE-KAISER, DE OLIVEIRA, LOUYOT-KELLER et VALLEE-DURAND ; Messieurs les Docteurs BERNARD, HAMAN,

Pour avoir pris quelques instants afin de répondre au questionnaire. Je vous remercie également pour votre motivation et votre sympathie qui ont permis des échanges constructifs et de qualité.

À tous mes maîtres de stage : Docteur GARDE-MARTY Hélène, Docteur GLUZIKI Angélique et Docteur MOULLA Mustapha,

Pour m'avoir transmis le goût de la médecine générale et une rigueur de travail.

À MA FAMILLE,

À mes parents,

Pour votre aide précieuse, votre constant soutien et votre patience à toute épreuve notamment lors de la relecture minutieuse de ce travail. Merci de m'avoir encouragé lors de mes nombreux moments de doute ! L'éducation et les valeurs que vous m'avez transmises sont autant d'alliés pour mon épanouissement professionnel comme personnel.

À ma grand-mère,

Pour la gentillesse et la bienveillance dont tu as toujours fait preuve à mon égard, ta sérénité et les bons repas partagés en famille. Je te souhaite de profiter encore longtemps de ta maison et de ton jardin.

À Papé et Mamé,

Vous nous avez quittés trop tôt. J'aurais tant aimé vous avoir à mes côtés lors de ma soutenance. Je pense souvent à vous et vous me manquez tant.

À Marion,

Pour les bons moments passés en ta compagnie durant ces quelques jours à Strasbourg. Je suis très heureux d'avoir repris contact avec toi et j'espère, désormais, te voir plus souvent. Je te souhaite bon courage pour tes études ainsi qu'une belle carrière d'infirmière à Genève, loin des démons tumultueux d'Alsace !

À Patricia, Pierrot, Gilles et Brigitte,

J'espère de tout cœur vous voir à ma soutenance.

À MES AMIS,

À Emma,

Pour ta fraîcheur et ton dynamisme. Je te remercie pour tous ces bons moments partagés au CH de Sarreguemines. Je te souhaite une belle carrière d'urgentiste et tout le bonheur que tu mérites avec ta petite Salomé.

À Céline,

Grande exploratrice de nos subconscious ! Pour ton amitié sincère, ton naturel et ta simplicité. J'attends avec impatience notre prochain voyage (Bog, Marrakech arnakech... !).

À Adrien,

Pour nos soirées à discuter et à rire au CH de Sarreguemines. Je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta vie professionnelle et personnelle. A la santé du Pays du Saulnois !

À Olivier,

Réanimateur de mérite mais surtout roi de l'apéro et du barbecue. Je te souhaite la meilleure des carrières en Lorraine ou en Région Parisienne.

À Marie,

Pour nos éclats de rire au service de pneumologie du CH de Sarreguemines. Merci de ton soutien dans les instants difficiles. Même si l'on ne se voit pas aussi souvent qu'on ne le voudrait, ton amitié est précieuse. J'espère que tu t'épanouiras dans ta nouvelle maison à Zetting. À quand un nouveau tiramisu à la rose ?

À Manu,

Pour nos longues discussions musicales et nos concerts alsaciens. Merci pour ta gentillesse et ton humour à toute épreuve. Je suis fier de ta réussite lors de la reprise de tes études. Je te souhaite une belle carrière d'infirmier.

À l'équipe du service d'HGE de l'hôpital de Saint Dié des Vosges,

En particulier : Séverine, Sophie, Martine, Catherine, Nadine, Mme DURPOIX, pour avoir égayé mon premier stage d'interne, parfois si éprouvant.

Aux équipes des services de pneumologie et de pédiatrie du CH de Sarreguemines,

En particulier : Armelle, Jacqueline, Simone, Christine, Noëlle pour leur bonne humeur.

À Annick, Nathalie, André et Philippe,

Travailler avec vous est toujours un plaisir !

À tous les médecins que j'ai rencontrés durant mes études et qui ont partagé avec moi un peu de leur savoir.

À tous mes co-internes et notamment Aline avec qui j'ai partagé tant de bons moments (parfois difficiles tout de même...) au CH de Saint Dié des Vosges.

À tous ceux qu'inévitablement j'oublie.

SERMENT

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

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

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

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

ABREVIATIONS

AFSSAPS	: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMMPPU	: Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM	: Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
ANPAA	: Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ANRUFMC	: Association Nationale des Responsables Universitaires de F.M.C.
ASFORMED	: ASsociation pour la FORMation continue du MEDecin
CCAA	: Centre de Cure Ambulatoire en Addictologie
CDA	: Consommation Déclarée d'Alcool
CFES	: Comité Français d'Education pour la Santé
CMSEA	: Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence
CNFMC	: Conseil National de Formation Médicale Continue
CNGE	: Collège National des Généralistes Enseignants
CRFMC	: Conseil Régional de Formation Médicale Continue
CSAPA	: Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	: Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
DPC	: Développement Professionnel Continu
DREES	: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EM	: Entretien Motivationnel
EPP	: Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPU	: Enseignement Post Universitaire
FMC	: Formation Médicale Continue
FPC	: Formation Professionnelle Conventiionnelle
GAPP	: Groupe d'Analyse de Pratique entre Pairs
GDP	: Groupe De Pairs
GEP	: Groupe d'Echange de Pratiques
GLAM	: Groupe Lorrain d'Audit Médical
GQ	: Groupe Qualité
HAS	: Haute Autorité de Santé
HPST	: loi Hôpital Patient Santé Territoire
ILS	: Infraction à la Législation sur les Stupéfiants
INPES	: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INVS	: Institut National de Veille Sanitaire
OFDT	: Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OCRTIS	: Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
PPU	: Perfectionnement Post Universitaire
RCP	: Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RMM	: Revue de Morbi Mortalité
RPIB	: Repérage Précoce et Intervention Brève
SFMG	: Société Française de Médecine Générale
SPA	: Substance Psycho Active
TSO	: Traitement de Substitution aux Opiacés
URML	: Union Régionale des Médecins Libéraux

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	28
---------------------	-----------

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

<u>I-/ La Formation Médicale Continue (F.M.C.) du médecin généraliste</u>	31
A-/ Historique	31
1-/ <i>Les premières étapes</i>	31
2-/ <i>Les limites de l'E.P.U</i>	31
3-/ <i>Naissance du concept de F.M.C. et de ses objectifs</i>	32
4-/ <i>L'opposition entre syndicats et associations</i>	32
5-/ <i>Une structuration progressive</i>	33
a-/ <i>D'un devoir déontologique à une obligation légale</i>	33
b-/ <i>Création et développement des CNFMC et CRFMC</i>	34
6-/ <i>Qu'en est-il actuellement ?</i>	35
B-/ Les différents acteurs de la F.M.C. en France	36
1-/ <i>Les associations</i>	36
a-/ <i>Généralités</i>	36
b-/ <i>L'UNAFORMEC</i>	36
c-/ <i>Les associations d'origine syndicale</i>	36
2-/ <i>L'Université</i>	37
a-/ <i>L'Association Nationale des Responsables Universitaires de F.M.C. (A.N.R.U.F.M.C.)</i>	37
b-/ <i>Les Départements de F.M.C</i>	37
3-/ <i>L'industrie</i>	37
4-/ <i>L'Ordre des Médecins</i>	38
5-/ <i>Les Unions Régionales de Médecins Libéraux (U.R.M.L.)</i>	38
6-/ <i>Les Caisses d'assurance maladie</i>	38
C-/ Comment satisfaire à son obligation de F.M.C. ?	39
1-/ <i>Les critères « qualité » d'une action de F.M.C.</i>	39
2-/ <i>Les différentes formes de F.M.C.</i>	40
a-/ <i>Arrêté du 13 juillet 2006</i>	40

b-/ Distinction entre formations didactiques et interactives	40
c-/ Autres interventions destinées à influencer la pratique médicale	41
3-/ <i>Analyse comparée de l'efficacité des différentes formes de F.M.C</i>	41
a-/ Méthodes didactiques vs méthodes interactives	41
b-/ Efficacité des autres méthodes destinées à modifier les pratiques	42
<u>II-/ La notion d'évaluation en santé</u>	43
A-/ Généralités	43
1-/ <i>Définition</i>	43
2-/ <i>Mise en place de la notion d'évaluation en France</i>	43
a-/ Les premiers pas	43
b-/ Création de l'ANDEM	44
c-/ La notion d'accréditation et naissance de l'ANAES	44
B-/ L'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P.)	45
1-/ <i>Développement et structures réalisatrices</i>	45
a-/ Cadre législatif relatif à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles	45
b-/ Structures réalisatrices	46
2-/ <i>E.P.P., évaluation formative et démarche qualité</i>	47
a-/ F.M.C. et E.P.P. : deux approches différentes pour un objectif commun	47
b-/ E.P.P. et notion d'évaluation formative	48
c-/ E.P.P. et notion de démarche qualité	48
d-/ Cahier des charges d'un programme d'E.P.P	50
3-/ <i>Les différentes modalités de l'E.P.P. en France</i>	50
a-/ Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs (GAPP)	50
b-/ La revue de mortalité et de morbidité (RMM)	51
c-/ La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP)	51
d-/ Les autres modes d'E.P.P. développés par la HAS	52
4-/ <i>L'audit clinique : une méthode au service de l'évaluation des pratiques</i>	52
C-/ Les autres champs de l'évaluation en santé	53
1-/ <i>L'évaluation de la F.M.C. et de ses résultats</i>	53
2-/ <i>L'évaluation de la compétence des professionnels de santé</i>	55
<u>III-/ Les Groupes d'Analyse de Pratiques entre Pairs</u>	56
A-/ Un socle commun...	56

B-/ ...mais différentes modalités d'organisation et de fonctionnement	57
1-/ <i>Les Groupes De Pairs (GDP)</i>	57
a-/ Définitions et historique	57
b-/ Déroulement d'une séance de GDP	58
c-/ Composition d'un GDP	59
d-/ Les critères qualité développés par la SFMG	60
e-/ Le GDP : un outil de F.M.C. et d'E.P.P.	61
2-/ <i>Les variantes autour des GDP</i>	61
a-/ Les Groupes Qualité (GQ)	61
b-/ Les Groupes d'Echange de Pratiques (GEP)	62
C-/ Les objectifs et points forts communs à ces différents groupes	63
<u>IV-/ Epidémiologie en addictologie et cadre législatif actuel</u>	64
A-/ Définitions	64
1-/ <i>L'addiction</i>	64
2-/ <i>Les différents comportements de consommation de substances psychoactives (SPA)</i>	64
B-/ Données épidémiologiques en France	65
1-/ <i>Les consommations par substance psychoactive</i>	65
a-/ Alcool	67
b-/ Tabac	67
c-/ Médicaments	68
d-/ Cannabis	68
e-/ Autres drogues illicites	69
2-/ <i>Les conséquences sanitaires et sociales</i>	69
a-/ Alcool	69
b-/ Tabac	69
c-/ Drogues illicites	70
3-/ <i>Les conséquences sur les soins</i>	70
4-/ <i>Interpellations, saisies et ventes</i>	71
5-/ <i>Les polyconsommations</i>	72
a-/ Définitions et généralités	72
b-/ Epidémiologie	72

C-/ Données épidémiologiques en Lorraine	74
1-/ La consommation d'alcool	74
2-/ La consommation de tabac	75
3-/ Cannabis et autres drogues illicites	76
a-/ Les consommations	76
b-/ Les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS)	76
c-/ Vente de traitements de substitution aux opiacés (TSO)	77
4-/ Synthèse des données essentielles en région Lorraine	78
D-/ Les réponses des Autorités Publiques	78
1-/ Le plan 2007-2011 concernant « La prise en charge et la prévention des addictions »	78
2-/ Le plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et toxicomanies	79
a-/ Prévention, communication, information	79
b-/ Application de la loi	80
c-/ Soins, insertion sociale et réduction des risques	80
d-/ Formation, recherche, observation	80
e-/ International	81
3-/ Le cadre législatif	81
a-/ Concernant les substances licites (alcool et tabac)	81
b-/ Concernant les drogues illicites	83
<u>V-/ Le médecin généraliste et la prise en charge des addictions</u>	84
A-/ Un problème fréquent en médecine générale	84
1-/Alcool	84
2-/ Tabac	85
3-/ Drogues illicites	85
B-/ Un exercice souvent marqué par un paradoxe	86
1-/ Des craintes probablement excessives dans le domaine de l'addictologie...	86
2-/ ...mais une confiance solide du public à l'égard de leur médecin	88
C-/ Le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB) en alcoologie	89
1-/ Qu'est ce que l'Intervention Brève ?	90
2-/ Le repérage précoce	90
a-/ Pourquoi repérer ?	90

b-/ Quand repérer ?	91
c-/ Comment repérer ?	91
3-/ <i>L'entretien motivationnel</i>	92
4-/ <i>Modalités d'une Intervention Brève</i>	92
a-/ La durée	92
b-/ Le nombre de séances	93
c-/ Le contenu	93
5-/ <i>Efficacité</i>	94
6-/ <i>Facteurs limitant et favorisant la diffusion du RPIB</i>	95
7-/ <i>Le plan de l'OMS et le programme « Boire Moins C'est Mieux » de l'ANPAA</i>	96
D-/ Les outils d'évaluation des consommations utilisables en médecine générale	96
1-/ <i>Le tabac</i>	97
2-/ <i>L'alcool</i>	97
a-/ Le DETA	97
b-/ L'AUDIT	98
c-/ Le FACE	98
3-/ <i>Les médicaments psychotropes</i>	98
4-/ <i>Les drogues illicites</i>	99
5-/ <i>Autre questionnaire disponible</i>	99

DEUXIEME PARTIE : LES REUNIONS DE PAIRS TUTEES EN ADDICTOLOGIE

<u>I-/ Organisation et méthodologie</u>	102
A-/ Les objectifs du projet	102
1-/ <i>La création des « Réunions de pairs tutorées en addictologie »</i>	102
2-/ <i>L'évaluation du projet</i>	103
B-/ Justifications et réflexions autour de l'élaboration du projet	103
1-/ <i>Pourquoi le secteur de la Moselle Est ?</i>	103
2-/ <i>Pourquoi le terme de « réunions de pairs » ?</i>	104

3-/ Pourquoi le thème de l'addictologie ?	104
C-/ L'organisation et la mise en place du projet	105
1-/ L'AMMPPU	105
a-/ Présentation et statuts	105
b-/ Objectif	105
c-/ Partenariats	106
2-/ La présentation du projet	106
3-/ La diffusion des invitations	108
4-/ Le déroulement d'une « réunion de pairs tutorée en addictologie »	108
a-/ La présentation des dossiers	108
b-/ La reprise des dossiers	109
c-/ La discussion	109
d-/ L'émargement de la feuille de présence	110
e-/ Le secrétaire de séance et le modérateur	110
D-/ L'évaluation du projet	110
<u>II-/ Résultats</u>	112
A-/ Nombre de participants et taux de réponses	112
B-/ Nombre de dossiers présentés	112
C-/ Typologie des participants	113
1-/ Sexe	113
2-/ Age	113
3-/ Mode d'exercice	114
4-/ Nombre de patients présentant au moins une addiction	114
5-/ Participation au séminaire « Alcool, tabac, cannabis »	115
6-/ Participation à d'autres modes de Formation Médicale Continue	115
D-/ Attentes et motivations quant à la participation aux réunions de pairs	116
E-/ Déroulement des réunions de pairs	117
F-/ Réunions de pairs et activité professionnelle des médecins	120
<u>III-/ Discussion</u>	122
A-/ Interprétation des résultats	122
1-/ Nombre de participants et taux de réponses	122

2-/ Nombre de dossiers présentés	123
3-/ Typologie des participants	123
4-/ Attentes et motivations quant à la participation aux réunions de pairs	124
5-/ Déroulement des réunions de pairs	124
B-/ Points forts du projet	125
1-/ Une méthode de FMC novatrice	125
2-/ Une méthode centrée sur un thème unique	125
3-/ Un lien entre les médecins généralistes et les intervenants en addictologie	126
4-/ Une ambiance conviviale et des échanges de qualité	126
5-/ Des conseils pratiques	126
C-/ Difficultés rencontrées et limites de l'étude	127
1-/ Un effectif limité et des biais de sélection	127
2-/ Une étude qualitative	128
3-/ L'absence d'acteurs de terrain	129
4-/ Le grade des recommandations non mentionné	129
5-/ Les difficultés à poursuivre le projet	129
D-/ L'avenir du projet	130
1-/ Une organisation à peaufiner	130
2-/ Une expérience à faire connaître	130
E-/ Perspective : élaboration d'une « Guide Pratique en Addictologie » à l'usage des médecins généralistes	131
CONCLUSION	132
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	133
ANNEXES	144
ANNEXE 1 : Test de dépendance nicotinique de Fagerström	145
ANNEXE 2 : Questionnaire DETA	148
ANNEXE 3 : Questionnaire AUDIT	150
ANNEXE 4 : Questionnaire FACE	153
ANNEXE 5 : Score de Tyrer	155
ANNEXE 6 : Questionnaire CAST	157
ANNEXE 7 : Questionnaire ADOSPA	159
ANNEXE 8 : Fiche de présentation des dossiers	161

ANNEXE 9	: Questionnaire de satisfaction	164
ANNEXE 10	: Synthèse de la première réunion de pairs du 12/05/2009	170
ANNEXE 11	: Synthèse de la deuxième réunion de pairs du 23/06/2009	175
ANNEXE 12	: Synthèse de la troisième réunion de pairs du 15/09/2009	180

INTRODUCTION

La prise en charge des addictions constitue un problème fréquent et épineux en médecine générale. En effet, près d'un patient sur cinq, en médecine ambulatoire, est concerné par un mésusage d'alcool. Le tabac, quant à lui, est à l'origine de 2% des motifs de consultation, et 60% des médecins généralistes ont pris en charge dans l'année un sevrage tabagique. En outre, 93% des traitements substitutifs aux opiacés par Subutex® sont prescrits par des praticiens généralistes. 40% d'entre eux ont d'ailleurs suivi dans l'année des patients présentant une addiction à une ou plusieurs drogues illicites.

Enfin, la Moselle est, depuis 2007, le premier département en France en ce qui concerne la vente de boîtes de Subutex®.

Parallèlement, nous avons pu observer, ces dernières années, un renforcement du cadre législatif concernant les addictions, à l'origine de profondes modifications dans les habitudes des consommateurs.

Par exemple, le caractère restrictif de la Loi Evin du 10 janvier 1991, relative au tabagisme, a été accentué, depuis le 1^{er} janvier 2008, par l'interdiction de fumer à l'intérieur des débits de boissons et des restaurants. La loi portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), récemment adoptée le 21 juillet 2009, va dans le même sens en interdisant notamment la vente d'alcool et de tabac aux moins de 18 ans.

Face à ces nouvelles demandes et aux évolutions récentes des connaissances et prises en charge, le médecin généraliste peut se sentir démuné et isolé. C'est en ce sens qu'il peut éprouver le besoin d'un outil d'aide à la décision lui permettant de rencontrer et de s'entourer d'acteurs spécialisés dans la prise en charge des addictions.

Notre travail a eu pour objectif premier de créer une méthode, fondée sur celle des Groupes De Pairs tels qu'ils ont été définis par la Société Française de Médecine Générale en 1987 et s'adressant en priorité aux médecins généralistes mosellans : « les réunions de pairs tutorées en addictologie ». Ces dernières permettraient aux médecins présents de valider à la fois leur Formation Médicale Continue ainsi que leur Evaluation des Pratiques Professionnelles et d'obtenir des solutions à des problèmes de prise en charge en addictologie grâce à la participation d'« experts ».

A partir de là, nous nous sommes attachés d'une part à l'intérêt que pourraient présenter ces réunions de pairs dans la prise en charge ambulatoire des addictions et d'autre part à l'estimation, à l'aide d'un questionnaire, de la satisfaction des médecins participants.

Ainsi, dans une première partie, nous rappellerons l'organisation actuelle de la Formation Médicale Continue et de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en France. Puis nous présenterons le fonctionnement des Groupes De Pairs. Enfin, après avoir abordé l'importance, à l'aide de données chiffrées, du problème des addictions en France puis en Lorraine, nous évoquerons le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients présentant une addiction.

Dans un second temps, nous détaillerons l'élaboration du projet des « réunions de pairs tutorées en addictologie » et nous estimerons, grâce à l'exploitation des questionnaires, la satisfaction des médecins participants. Enfin, nous nous intéresserons aux limites de ce projet ainsi qu'aux éventuelles modifications à apporter afin de l'améliorer.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

I-/ La Formation Médicale Continue (F.M.C.) du médecin généraliste :

A-/ Historique :

1-/ Les premières étapes :

Selon Guy SCHARF, médecin généraliste mosellan, pionnier de la F.M.C. associative, l'objectif essentiel de cette dernière est de « maintenir et, si possible, élever le niveau et la qualité des soins préventifs et curatifs distribués à la population par les médecins »(1).

Les premières initiatives, permettant aux médecins de s'adapter à l'accroissement des connaissances, sont d'origine universitaire avec l'apparition, dans les années 30, des « Assises de Médecine »(2).

Puis en 1947, se sont développés les premiers « Entretiens de Bichat ». Divers cycles de conférences se sont mis en place, par la suite, dans des facultés de province (Toulouse, Lille, Nancy, Lyon...) organisant ainsi l'Enseignement Post Universitaire (E.P.U.).

2-/ Les limites de l'E.P.U. :

Cet E.P.U. n'a cependant pas réussi à se dégager de certaines erreurs dont trois sont marquantes (1) :

- erreur quant à la topographie : les enseignements étant uniquement centrés sur les villes universitaires, ils ne peuvent, par conséquent, intéresser qu'un faible nombre de médecins généralistes.
- erreur quant au rythme : les cycles de formation étant trop espacés, leur rythme ne peut être satisfaisant sur le plan pédagogique.
- erreur, enfin, quant à la pédagogie : la dimension du « savoir » est suffisamment explorée sans que soient transmises les dimensions du « savoir-faire » (aptitude) et du « savoir-être » (attitude).

Trois solutions évidentes sont alors esquissées avec une structure décentralisée permettant une formation vraiment continue, personnalisée et proche des attentes des médecins généralistes faisant apparaître ainsi le Perfectionnement Post Universitaire (P.P.U.).

3-/ Naissance du concept de F.M.C. et de ses objectifs :

C'est sous l'impulsion de Guy SCHARF , médecin généraliste de Moselle, qu'est née la notion de pédagogie d'adultes et celle de F.M.C. Ce changement de sigle, a priori anodin, est important car il montre qu'il ne s'agit plus seulement d'acquérir de nouvelles connaissances mais plutôt de consolider celles déjà reçues et d'être acteur de sa formation en intervenant dans son organisation.

A partir de là, la F.M.C. poursuit deux objectifs (3) :

- « l'un centré sur les professionnels, vise à promouvoir la profession [...] à travers la qualité de leur exercice et les responsabilités exercées dans la formation.
- l'autre est centré sur l'entretien et l'actualisation des connaissances [...] et donc sur le service rendu au malade et à la santé publique ».

4-/ L'opposition entre syndicats et associations :

Depuis les années 50, de multiples associations locales de formation ont vu le jour afin de répondre à l'exigence de décentralisation (150 associations en 1970 et plus de 1200 en 1994). Et l'un des faits marquants survenus au cours de l'essor de la F.M.C. française, est le désaccord qui a existé entre ces dernières, défendant leur autonomie, d'une part, et les instances syndicales, d'autre part.

C'est ainsi qu'en 1973, apparaissent deux organisations rivales :

- la première, l'ASFORMED (ASsociation pour la FORmation continue du MEDecin) d'origine exclusivement syndicale.
- la seconde, le GOFIMEC (Groupement des Organismes de Formation et d'Information Médicale Continue) né d'un regroupement associatif.

Les tensions finissent par s'effacer en 1978 grâce à la création, sous l'impulsion du ministre de la santé de l'époque, Madame Simone VEIL, de l'UNAFORMEC (Union Nationale des Associations de FORmation Médicale Continue), réunion de l'ASFORMED et du GOFIMEC. La naissance de l'UNAFORMEC apporte avec elle une subvention d'1 million de francs à utiliser notamment pour l'organisation de séminaires de F.M.C. et la formation d'animateurs.

Dès lors, une véritable F.M.C. commence à prendre forme en France. Cette organisation progressive aboutit, en juillet 1981, à la définition de 4 objectifs essentiels de la F.M.C. (3) :

- « entretenir, actualiser, améliorer les connaissances et les comportements ;
- permettre l'adaptation des praticiens à tout objectif particulier du système de santé ;
- participer à l'élaboration et à l'évaluation des connaissances et des filières de soins ;
- former le praticien à l'exercice de ses responsabilités individuelles et collectives ».

Malgré tout, les rivalités entre associations et syndicats persistent en raison, notamment, du financement que les organisations syndicales obtiennent de la part de la Sécurité Sociale.

5-/ Une structuration progressive :

a-/ D'un devoir déontologique à une obligation légale :

La F.M.C. est tout d'abord un devoir déontologique. En effet, l'article 11 du Code de Déontologie Médicale signale : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances, il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles ».

Par la suite, c'est au tour de l'Ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 (Art. L. 367-2) (4) de rendre obligatoire la F.M.C. pour tous les médecins : « L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel. Tout médecin [...] doit justifier du respect de cette obligation ».

Cette obligation a été confirmée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Art. L. 4133-1) (5) : « La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique. Elle constitue une obligation pour tout médecin [...] ».

Il en est de même pour la loi n° 2004-806 du 9 août 2004.

b-/ Création et développement des CRFMC et CNFMC :

Le Conseil National de Formation Médicale Continue (CNFMC) et le Conseil Régional de Formation Médicale Continue (CRFMC) ont été créés par l'ordonnance du 24 avril 1996 déjà citée.

Leur composition ainsi que leurs missions ont été précisées par le décret n° 96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral(6).

Pour simplifier, la composition de ces Conseils répond à une organisation quadripartite avec en parts égales des représentants : 1- de l'Ordre des Médecins ; 2- des unions des médecins exerçant à titre libéral ; 3- des unités de formation et de recherche de médecine ; 4- des associations ou fédérations d'associations de formation médicale continue.

Les missions initiales du CNFMC peuvent être présentées comme suit :

- élaboration d'«une liste annuelle des thèmes de formation médicale continue prioritaires au plan national [...] ensuite adressée aux conseils régionaux de la formation médicale continue, au Conseil national de l'ordre des médecins [...] » ;
- recensement des « moyens nationaux de formation médicale continue dont il a connaissance » ;
- établissement d'« un barème définissant notamment la part respective des différentes actions et moyens de formation médicale continue qui permettent à chaque médecin de se conformer à cette obligation » ;
- établissement d'« un rapport quinquennal qu'il transmet au ministre chargé de la santé ».

Pour leur part, les CRFMC :

- « recensent l'ensemble des moyens de formation à caractère régional dont ils ont connaissance » ;
- « délivrent, pour chaque médecin exerçant à titre libéral, une attestation au vu d'un dossier rendant compte de ses activités de formation médicale continue » ;
- « établissent chaque année, pour le Conseil national de formation médicale continue, un rapport qui rend compte de la mise en œuvre dans la région de la politique de formation médicale continue [...] ».

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 modifie légèrement les rôles alloués à ces deux Conseils.

Pour le CNFMC, il s'agit de : « fixer les orientations nationales de la formation médicale continue ; agréer les organismes formateurs ; évaluer la formation médicale continue ; donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation médicale continue ».

Quant au CRFMC, il doit : « déterminer les orientations régionales de la formation médicale continue en cohérence avec celles fixées au plan national ; valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation ; procéder à une conciliation en cas de manquement à l'obligation de formation continue ; adresser chaque année un rapport sur leurs activités aux conseils nationaux ».

6-/ Qu'en est-il actuellement ?

L'adoption récente, le 21 juillet 2009, de la loi n° 2009-879 ou loi H.P.S.T. (loi Hôpital Patients Santé Territoire) a apporté quelques modifications à l'organisation de la F.M.C. en France (7).

En premier lieu, la F.M.C. sera remplacée, dès la mise en application de la loi, par le D.P.C. ou Développement Professionnel Continu. Selon l'Article L4133-1, il a pour objectifs : « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique [...]. Il constitue une obligation pour les médecins ».

Ainsi le caractère obligatoire de la F.M.C. est maintenu mais le D.P.C. permet, en outre, une simplification de l'organisation. Auparavant, la mise en place de la F.M.C. reposait sur les CNFMC et les CRFMC et celle de l'E.P.P. (Evaluation des Pratiques Professionnelles) sur la H.A.S. (Haute Autorité de Santé). Le D.P.C. présente l'avantage alors de réunir ces deux entités (8).

Par ailleurs, il est créé un Organisme Gestionnaire du D.P.C. qui gère d'une part l'enregistrement des organismes proposant des actions de D.P.C. et d'autre part leur financement (Article L4133-2).

Enfin, il incombe aux instances ordinales de s'assurer du respect, par les médecins, de l'obligation de D.P.C. (Article L4133-3).

De manière générale, on perçoit bien ici la volonté de l'Etat de simplifier aussi bien l'organisation, la gestion que le financement de la F.M.C. et de l'E.P.P.

B-/ Les différents acteurs de la F.M.C. en France :

1-/ Les associations :

a-/ Généralités :

Les associations ont joué un rôle fondamental dans le développement de la F.M.C. en France . Elles témoignent, de la part des médecins, de leur volonté de maintenir leur autonomie et de produire une formation de qualité, proche de leurs besoins et de leurs attentes.

Quatre éléments essentiels leur ont permis de prendre leur essor : le volontariat, la diversité, la concertation et la transparence, l'insertion dans le monde professionnel (9).

b-/ L'UNAFORMEC :

Il s'agit de l'une des plus importantes et de la plus ancienne des associations, créée en 1978 par l'union du GOFIMEC et de l'ASFORMED. Elle regroupe des organisations nationales et des fédérations régionales (LORFORMEC en Lorraine par exemple). Elle souffre de la concurrence avec les associations d'origine syndicale (2).

c-/ Les associations d'origine syndicale :

La plupart des instances syndicales de médecins ont développé une structure de formation médicale continue avec l'apparition des séminaires conventionnés. On peut citer par exemple MG-Form pour le syndicat MG-France ou encore Formunof pour la CSMF (3).

Cette activité de formation provoque, en raison de la limitation des financements, une situation de compétition, voire de rivalité, entre les associations locales, indépendantes des syndicats et les associations nationales qui reposent sur ces derniers.

2-/ L'Université :

a-/ L'Association Nationale des Responsables Universitaires de F.M.C. (A.N.R.U.F.M.C.) :

Les universités assurent, elles aussi, un rôle important dans la réalisation de la F.M.C. Cela a été initié par la réunion de la Conférence des Doyens à Nancy en 1976 qui confirme que l'une des vocations premières des facultés est de transmettre une formation initiale de qualité afin de préparer l'étudiant à assurer sa formation permanente.

L'A.N.R.U. (ou F.M.C. Université) est une association loi 1901, créée en 1980 (2). Elle fonctionne en relation avec les Départements de F.M.C. de chaque faculté de médecine. Son principal objectif est de développer et coordonner les réalisations universitaires de F.M.C. sur le plan national.

b-/ Les Départements de F.M.C. :

Chaque faculté de médecine possède son Département de F.M.C. Ce dernier peut être considéré comme un représentant à l'échelon régional de l'A.N.R.U.

Ces Départements exercent trois missions essentielles :

- une mission de formation médicale et pédagogique ;
- une mission d'assistance pédagogique ;
- et une mission d'évaluation et de recherche pédagogique.

Chaque Département est dirigé par le correspondant local de l'A.N.R.U (2).

3-/ L'industrie :

Il s'agit d'un acteur de F.M.C. non négligeable, ne serait-ce que par le soutien financier qu'il apporte. Elle dispose de plusieurs moyens d'action :

- visites de délégués médicaux auprès des médecins ;
- organisation et financement d'actions de formation continue ;
- publicité dans la presse médicale.

Il persiste cependant des problèmes de conflit d'intérêt et d'indépendance de l'information. En effet, il est souvent difficile de faire la distinction entre la part publicitaire et la part de formation dans les messages délivrés par l'industrie pharmaceutique. Le recours à une charte de partenariat validée par l'Ordre des Médecins pourrait clarifier certaines situations.

4-/ L'Ordre des Médecins :

Si l'on se réfère à l'Article 11 du Code de Déontologie, la position de l'Ordre des Médecins est claire.

L'importance du rôle de l'Ordre n'est plus à démontrer. En effet, le Conseil National et les Conseils Régionaux de F.M.C. comptent parmi leurs membres, des représentants de l'Ordre des Médecins.

Par ailleurs, la récente loi du 21 juillet 2009 (dite loi H.P.S.T.) confère à l'Ordre la mission de garant du respect, par les médecins, de l'obligation de Développement Professionnel Continu.

5-/ Les Unions Régionales de Médecins Libéraux (U.R.M.L.) :

Elles ont été créées par la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 (10). Selon l'Article 8 de la loi du 4 janvier 1993 : « Les Unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Elles participent notamment aux actions suivantes : [...] évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ; [...] ; information et formation des médecins et des usagers ».

Ainsi, au même titre que l'Ordre des Médecins, elles sont représentées au sein du Conseil National et des Conseils Régionaux de F.M.C.

6-/ Les Caisses d'Assurance Maladie :

Elles jouent, elles aussi, un rôle important par l'intermédiaire de la Convention médicale signée en 1998 entre les médecins libéraux et les Caisses de Sécurité Sociale. Cette Convention crée la Formation Professionnelle Conventionnelle (F.P.C.) qui bénéficie du financement de l'assurance maladie.

La F.P.C présente plusieurs caractéristiques (11). Elle est :

- thématisée : les thèmes sont choisis parmi ceux sélectionnés par le CNFMC ;
- validée et agréée : sur les plans scientifiques, pédagogiques et financiers ;
- financée et indemnisée par les Caisses d'assurance maladie.

Elle est organisée, le plus souvent, sous la forme de séminaires indemnisés, durant quelques jours. Depuis le début de son fonctionnement en 2001, le nombre de médecins participants à la F.P.C. n'a cessé de croître (12).

C-/ Comment satisfaire à son obligation de F.M.C. ?

1-/ Les critères « qualité » d'une action de F.M.C. (13) :

Comme cela a été signalé plus haut, les deux objectifs essentiels de la F.M.C. peuvent être définis ainsi : promotion de la profession et de ses diverses composantes par l'acquisition et le maintien de compétences ; entretien et actualisation des connaissances.

C'est ainsi que des critères de qualité de la F.M.C. ont été développés par le Comité National de la Formation Médicale Continue le 21 juin 1989. On en compte quatre :

- adaptation à l'exercice du praticien concerné : le but est d'obtenir une F.M.C. la plus proche possible des besoins des médecins ;
- qualité scientifique de la formation : notamment qualité des sources et des experts ;
- qualité pédagogique de la formation : identification initiale des besoins, définition des objectifs, procédure d'évaluation de l'action de formation et des résultats.
- indépendance de l'action de formation : en particulier indépendance des experts par rapport aux financements (éviter les conflits d'intérêt).

La phase d'évaluation est primordiale et nécessaire car elle permet de vérifier que les objectifs ont bien été atteints. C'est aussi l'étape la plus difficilement et la plus rarement mise en place.

2-/ Les différentes formes de F.M.C. :

a-/ Arrêté du 13 juillet 2006 :

L'Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue (14) permet de répartir les actions de formation en quatre catégories :

- formations présentielles : la présence du médecin y est requise. Elles regroupent essentiellement les soirées et les séminaires de F.M.C ;
- formations individuelles et à distance : elles comprennent entre autres les abonnements à des périodiques ou l'acquisition d'ouvrages médicaux ;
- situations professionnelles formatrices : on peut citer à titre d'exemple la réalisation de travaux de recherche et de publications personnelles ou bien la participation à des jurys dans le champ de la santé ;
- dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles.

b-/ Distinction entre formations didactiques et interactives :

Les actions de formation didactiques s'apparentent à la F.M.C. dite traditionnelle. Elles comportent essentiellement (15 et 16) :

- les publications dans la presse scientifique : toutes les enquêtes montrent qu'il s'agit du moyen de F.M.C. le plus utilisé par les médecins. Toutefois, le seul critère permettant de vérifier l'utilisation réelle de ce moyen de formation repose sur les tests de lecture, très peu pratiqués (les plus connus sont ceux de la Revue Prescrire) ;
- les conférences et présentations didactiques : elles se présentent le plus souvent sous forme de séminaires de quelques jours ou de soirées. Il s'agit là du troisième moyen de formation continue le plus utilisé par les praticiens ;
- les distributions de documents imprimés ou de matériels audiovisuels.

Les actions de formation interactives comprennent essentiellement les ateliers de travail en groupes, les jeux de rôle et les Groupes de Pairs dont le fonctionnement a initialement été défini par la Société Française de Médecine Générale (S.F.M.G.).

c-/ Autres interventions destinées à influencer la pratique médicale :

Parmi elles, on peut retrouver (16):

- les visites d'éducation au cabinet (*outreach visits* ou *academic detailing* pour les pays anglo-saxons) : il s'agit de l'intervention d'une personne qui a reçu une formation spécifique, sur le lieu de pratique du médecin, afin de lui fournir une information sur un sujet précis. Elles se rapprochent des visites à domicile réalisées par les délégués médicaux de l'industrie pharmaceutique. Les « visites confraternelles » des médecins conseils s'en inspirent également.
- l'audit feedback : il correspond à un résumé de « performance » transmis à un médecin, sur une période donnée. Il peut concerner, par exemple, le pourcentage de prescriptions inappropriées de certaines classes médicamenteuses ou de certains examens d'imagerie. Il permet ainsi de corriger, a posteriori, certaines attitudes diagnostiques ou thérapeutiques. Les visites des D.A.M. (Délégués de l'Assurance Maladie) fonctionnent selon ce principe.
- les rappels au moment de la décision (*reminders*) : ils se définissent par toute intervention qui rappelle au praticien, les recommandations de bonne pratique, au moment de la prescription. Il peut s'agir d'un rappel sous forme papier (poster mural par exemple) ou informatique (intégré au logiciel utilisé par le praticien).

3-/ Analyse comparée de l'efficacité des différentes formes de F.M.C. :

a-/ Méthodes didactiques vs méthodes interactives :

La démonstration de l'efficacité des actions de F.M.C., tant sur le plan des compétences médicales que sur le plan de la santé publique, a fait l'objet de nombreuses études notamment par l'équipe de DAVIS DA de l'université de Mac Master.

En premier lieu, cette équipe a démontré que certaines formes de F.M.C. peuvent améliorer les performances médicales et dans certains cas la qualité des soins (17).

Par ailleurs, plusieurs études de cette même équipe ont mis en évidence une amélioration statistiquement significative des pratiques professionnelles et de la qualité des soins avec des méthodes de F.M.C. interactives ou mixtes à la différence des méthodes de F.M.C. traditionnelles (18 et 19).

Cette conclusion a été confirmée en 2001 par une étude menée par THOMSON O'BRIEN MA (20).

Plus récemment, une équipe norvégienne dirigée par FORSETLUND L., a conclu, en 2009, que les conférences didactiques de F.M.C. ne suffisent pas à elles seules à modifier les pratiques médicales. En revanche, leur association à des méthodes interactives permet d'améliorer leur impact sur les pratiques (21).

D'une manière générale, la plupart des études démontrent l'absence d'impact de la diffusion de matériels imprimés utilisée seule de même que des actions de F.M.C. dites traditionnelles (22 et 23) (conférences, publications dans la presse scientifique).

b-/ Efficacité des autres méthodes destinées à modifier les pratiques :

Concernant les visites confraternelles (*outreach visits*), toutes les études semblent montrer un impact sur les pratiques (22). On peut citer notamment l'étude de DURIEUX et al. qui confirme leur efficacité au prix d'un coût élevé (23) ou celle de THOMSON et al. qui retrouve une amélioration des pratiques de 20 à 50% après ces visites (24).

Les résultats sont, en revanche, plus mitigés pour l'audit feedback avec lequel on peut retrouver tout de même un effet statistiquement significatif sur les pratiques médicales mais un effet cliniquement limité (15).

Enfin, les rappels au moment de la décision (*reminders*) ont, sur l'ensemble des études les concernant, fait preuve de leur efficacité, surtout lorsqu'ils se présentent sous forme informatique (25).

II-/ La notion d'évaluation en santé :

A-/ Généralités :

1-/ Définition :

Le Professeur Emile PAPIERNIK, pionnier de l'obstétrique moderne en France, a proposé dans un rapport de mission en 1985 (26), la définition suivante de l'évaluation : « une démarche spécifique qui permet d'analyser les conséquences à court et à long terme des techniques et des pratiques médicales [...], [l'évaluation] a pour objectif de fournir l'information nécessaire :

- aux décideurs politiques pour la gestion du système,
- aux industriels pour développer leurs produits,
- aux professionnels de santé pour traiter au mieux leurs patients,
- et aux consommateurs pour prendre leurs propres décisions concernant leur santé ».

L'évaluation, en médecine, peut se décliner dans différents champs que nous aborderons successivement :

- évaluation des pratiques professionnelles,
- évaluation de la F.M.C. et de ses résultats,
- évaluation des compétences des professionnels de santé.

2-/ Mise en place de la notion d'évaluation en France :

a-/ Les premiers pas (27) :

L'idée d'évaluation s'est développée en France sous l'impulsion initiale des Etats-Unis et grâce à la prise de conscience de sa nécessité. Le contrôle des actions du secteur de la santé est alors apparu évident.

C'est dans ce but que dans les années 80, le secrétaire d'Etat chargé de la santé, Edmond HERVE, a confié une mission au Professeur PAPIERNIK qui a abouti à la création, en décembre 1985, d'une Fondation pour l'évaluation des pratiques et techniques médicales.

Cette entité devient par la suite le Comité national pour l'évaluation médicale. Ce dernier est chargé d'encadrer des opérations d'évaluation dans le secteur de la santé.

b-/ Création de l'ANDEM :

A l'initiative du nouveau ministre de la Santé et de la Solidarité, Claude EVIN , le président de l'UNAFORMEC remet un rapport sur le développement de l'évaluation médicale (28). Il préconise notamment la création, en septembre 1989, de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). Il s'agit d'une association loi 1901 qui sera dirigée par le Professeur MATILLON.

Les missions de l'ANDEM sont multiples (27) :

- définir les procédures d'évaluation et leurs méthodes,
- assurer le suivi technique des évaluations,
- soutenir la diffusion des résultats de ces évaluations.

Par ailleurs, l'ANDEM se charge de la production de guides méthodologiques, de recommandations pour la pratique clinique et de références médicales, ébauche des futures références médicales opposables (RMO). Enfin, elle organise de nombreuses conférences de consensus.

c-/ La notion d'accréditation et naissance de l'ANAES :

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (29) apporte une modification majeure par la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) qui remplace l'ANDEM. L'activité d'évaluation est maintenue et associée à celle d'accréditation des établissements de santé.

Les missions de l'ANAES sont ainsi de deux ordres :

- « favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles » : cette activité se rapproche de celle de l'ANDEM ;
- « mettre en oeuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé » : élaboration et diffusion de référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles.

B-/ L'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P.) :

1-/ Développement et structures réalisatrices :

a-/ Cadre législatif relatif à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles :

Le décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'E.P.P. et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales (30), fixe, en premier lieu, les objectifs de l'E.P.P. : « L'évaluation des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique ».

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 apporte deux éléments importants (31).

D'une part, l'article 14 pose le principe de l'obligation de l'E.P.P. au même titre que la F.M.C. : « L'évaluation des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers [...] et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés ».

D'autre part, l'article 35 crée la Haute Autorité de Santé (HAS) en lieu et place de l'ANAES. La Haute Autorité de Santé est chargée de :

- « procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestation de santé et du service qu'ils rendent ;
- élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion ;
- établir et mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales ;
- établir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé ;
- participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé ».

Enfin, le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 (32) confirme et complète les précédentes dispositions. « L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue.

Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

b-/ Structures réalisatrices :

Parmi les missions exercées par la HAS, la mise en œuvre de l'E.P.P. est une des plus importantes. Afin d'atteindre cet objectif, la HAS travaille en relation avec notamment l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA).

En outre, la HAS, organisation centrale dans la mise en place de l'E.P.P. en France, collabore avec d'autres partenaires. Parmi eux, on peut citer (33) :

- les Unions Régionales de Médecins Libéraux (U.R.M.L.) : leur mission d'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles apparaît déjà dans la loi du 4 janvier 1993 (10) qui a permis leur création. Elles exercent aussi un rôle prépondérant en mettant à la disposition des médecins libéraux des moyens humains et matériels afin de les informer sur les modalités d'E.P.P. existantes et d'organiser des cycles d'évaluation ;
- les médecins habilités par la HAS pour l'E.P.P. ; ils sont missionnés par les URML ;
- les organismes agréés pour l'E.P.P. par la HAS qui proposent aux médecins des programmes d'évaluation de leurs pratiques ;
- l'Ordre des médecins : il vérifie que les diverses modalités d'évaluation des pratiques respectent les règles éthiques et déontologiques.

2-/ E.P.P., évaluation formative et démarche qualité :

a-/ F.M.C. et E.P.P. : deux approches différentes pour un objectif commun :

Les médecins généralistes sont soumis, comme nous l'avons vu, à une double obligation légale de F.M.C. et d'E.P.P.

La F.M.C., obligatoire depuis 1996, correspond à l'ensemble des moyens permettant aux praticiens (34) :

- « d'entretenir et de développer les compétences acquises en formation initiale tout au long de l'exercice professionnel et d'en acquérir de nouvelles en regard des évolutions du métier ;
- d'entretenir la performance professionnelle en regard des attentes des usagers et des priorités de santé publique ».

L'E.P.P., obligatoire quant à elle depuis 2004, consiste à comparer régulièrement les pratiques et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles, l'objectif étant de réduire au maximum l'écart existant entre ces dernières et les pratiques.

Les médecins s'engagent ainsi à appliquer les recommandations d'une part et à analyser leurs pratiques en référence à celles-là d'autre part.

La F.M.C. s'engage donc plutôt vers une approche pédagogique dans le but d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences alors que l'E.P.P. s'oriente vers une démarche clinique et professionnelle par l'intermédiaire de l'analyse de l'activité (35).

Cependant, F.M.C. et E.P.P. ne s'opposent pas pour autant. Elles sont même complémentaires afin d'atteindre un objectif commun : améliorer la qualité et la sécurité des soins ainsi que le service rendu aux patients. Une action de F.M.C. peut d'ailleurs constituer une solution à mettre en œuvre, à l'issue d'une action d'E.P.P., afin d'améliorer la pratique.

b-/ E.P.P. et notion d'évaluation formative (36) :

Habituellement, on différencie, en pédagogie, l'évaluation normative et l'évaluation formative.

L'évaluation normative, appelée aussi sommative ou sanctionnante, établit un état des lieux, à un moment donné, statique. Il peut s'agir, à titre d'exemple, d'une appréciation en fin de formation.

A l'inverse, l'évaluation formative est un processus dynamique intégré à chaque étape de la formation :

- avant la formation : elle permet l'identification des besoins des participants (par une analyse des pratiques ou des problèmes rencontrés par exemple) ;
- pendant la formation : l'apprentissage est centré sur la résolution de problèmes ou sur des tests avant et après formation ;
- après la formation : il s'agit le plus souvent d'un retour à distance sur les connaissances ou les modifications éventuelles de pratiques après la formation.

L'évaluation formative ne porte pas de jugement définitif sur les connaissances/compétences des praticiens participant à une action de formation. Son intérêt essentiel repose sur sa répétition dans le temps qui permet un renforcement du processus d'apprentissage en positionnant le formé comme un acteur central de sa formation. Elle doit, en l'engageant dans une démarche d'auto-évaluation, lui faire prendre conscience de ses lacunes afin qu'il puisse les combler.

Enfin, c'est l'évaluation formative qui est mise en pratique au travers de l'E.P.P.

c-/ E.P.P. et notion de démarche qualité :

Il est difficile d'envisager l'E.P.P. sans évoquer la notion de démarche d'assurance qualité plus communément appelée démarche qualité.

La qualité se définit, classiquement, de la manière suivante : ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites (37).

Selon l'OMS, la qualité des soins consiste à (38) : « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, pour sa plus grande satisfaction [...] ».

A partir de là, la démarche qualité permet de vérifier que les procédures mises en œuvre dans la réalisation des soins soient validées d'une part et qu'elles soient systématiquement appliquées d'autre part (38). Cela a pour objectif d'atteindre un résultat de qualité optimale afin de procéder à l'amélioration continue du service rendu aux patients.

Ainsi, il apparaît que l'E.P.P., par le biais de l'analyse des actes et de l'évaluation formative, participe à la démarche qualité.

W. DEMING, qui a permis le développement de la notion de qualité dans le secteur industriel américain, a rendu, dans les années 60, le concept de démarche qualité plus didactique à l'aide d'un schéma plus connu sous le nom de « roue de la qualité » ou « roue de DEMING ».

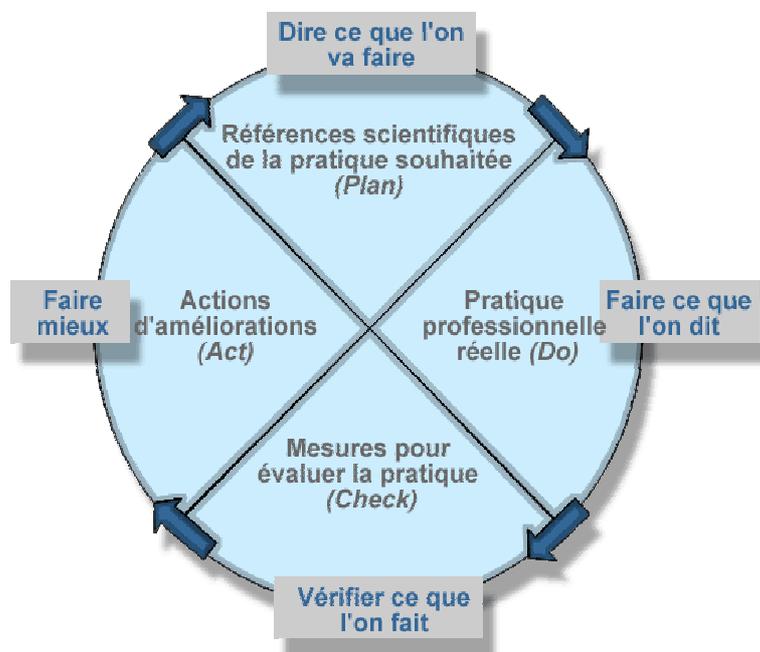


Figure 1 : Roue de la qualité selon DEMING (39).

Ce schéma, que l'on peut rapprocher de la spirale de l'éducation selon l'OMS, met en évidence les quatre étapes constituant la démarche qualité (40).

La finalité est de faire apparaître un éventuel écart entre un comportement et une démarche idéale et de réduire au maximum cet écart.

d-/ Cahier des charges d'un programme d'E.P.P. :

Les organismes et les médecins habilités proposant des programmes d'évaluation des pratiques médicales, doivent s'assurer que ces derniers respectent certains critères (41) :

- le thème du programme doit être en rapport direct avec l'activité du médecin et permettre au médecin d'identifier les perspectives d'amélioration du service rendu au patient ;
- les critères sur lesquels porte l'évaluation doivent être clairement définis, de même que les recommandations utilisées ainsi que leur source doivent être identifiées avec précision ;
- un suivi du programme d'évaluation doit être organisé ;
- une intégration aisée à l'exercice quotidien du praticien ainsi qu'un recueil de données en rapport avec la finalité d'amélioration des pratiques ;
- la confidentialité qui doit porter aussi bien sur les données utilisées au sujet des patients que sur l'identité des médecins se prêtant au programme d'évaluation ;
- l'indépendance scientifique et professionnelle, notamment vis-à-vis du financement (exclusion des laboratoires pharmaceutiques par exemple).

3-/ Les différentes modalités de l'E.P.P. en France (42) :

a-/ Les groupes d'analyse de pratiques entre pairs (GAPP) :

Il s'agit d'un des modes d'E.P.P. les plus utilisés par les médecins généralistes. Les GAPP se composent d'une dizaine de médecins se réunissant régulièrement (une fois par mois généralement) et présentant, chacun et à tour de rôle, un dossier pris au hasard. Chaque dossier est discuté et la prise en charge est comparée et analysée de façon collégiale par les pairs. Chaque réunion dure environ 2 à 3 heures.

A chaque réunion, un animateur est désigné parmi les médecins afin d'équilibrer les temps de parole et assurer la dynamique du groupe.

Les questions non résolues bénéficient d'une recherche bibliographique, avec indication du niveau de preuve des données. Elle sera présentée lors de la réunion suivante.

A l'issue de chacune des réunions, un compte rendu est établi. Il mentionne notamment les problèmes soulevés par les médecins et les réponses apportées par le groupe.

Il résulte de ces discussions une amélioration des prises en charge et une valorisation individuelle et professionnelle des médecins.

b-/ La revue de mortalité et de morbidité (RMM) :

Selon la HAS, une RMM se définit par : « une analyse collective, rétrospective et systématique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins ».

Elle permet ainsi de décrire des pratiques, d'identifier, par ces dernières, celles non optimales et d'éviter des dommages aux patients.

Cette analyse se veut non culpabilisante et dépourvue de jugement du médecin présentant un dossier en RMM.

Chaque séance de RMM se déroule selon quatre étapes :

- présentation du cas ;
- recherche et identification de problèmes de soins ;
- recherche de causes et analyse de la récupération ;
- synthèse et proposition d'un plan d'action.

c-/ La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) :

Il s'agit de réunions de médecins spécialistes représentant au moins trois spécialités différentes, à un rythme établi (deux fois par mois au minimum), qui échangent leurs points de vue au sujet du dossier de tout nouveau patient présentant un cancer afin de lui proposer une prise en charge thérapeutique fondée sur des référentiels de pratique.

Elle est organisée au sein d'un établissement, d'un groupe d'établissements ou d'un réseau de cancérologie.

d-/ Les autres modes d'E.P.P. développés par la HAS :

Parmi eux, on peut citer entre autres :

- le staff-EPP des équipes hospitalières : il correspond à une réunion de service où sont présentés et discutés des dossiers de patients. La HAS a permis de systématiser leur fonctionnement en quatre étapes : revue de dossiers préalablement sélectionnés faisant émerger une interrogation ; revue bibliographique assurant des réponses aux questions soulevées ; discussion ; mise en place d'action d'amélioration et de suivi.
- les réseaux de santé : ils garantissent l'accès aux soins, la coordination et la continuité des prises en charge spécifiques à certaines pathologies ou certaines populations. Ils assurent notamment des activités de soins, d'éducation à la santé et de prévention. On peut citer, à titre d'exemple, les réseaux diabète.
- l'exercice coordonné et protocolé en maison de santé : il consiste, lors de réunions de praticiens d'une même maison de santé, à établir des protocoles de soins en référence à des recommandations validées, afin de systématiser certaines pratiques de soins ou d'organisation. L'équipe médicale assure la mise en œuvre et le suivi de ces protocoles.
- la visite académique (*outreach visit*) : déjà présentée lors de la première partie, il s'agit là d'un des moyens les plus efficaces d'amélioration des pratiques. Elle vise à délivrer à un médecin, sur son lieu d'exercice, un message en rapport avec sa pratique médicale et en référence à des recommandations établies. Ce message peut être d'ordre éducatif, préventif ou de dépistage. La mesure de l'impact de ces visites (amélioration des pratiques) rentre dans le cadre de la démarche E.P.P.

4-/ L'audit clinique : une méthode au service de l'évaluation des pratiques :

L'audit clinique peut se définir de la manière suivante : « méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en

vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer » (43).

C'est une méthode bien implantée en Angleterre où les médecins généralistes sont sensibilisés, depuis 1991 et sous l'impulsion du *Royal College of General Practitioners*, au concept d'audit médical et d'évaluation des pratiques (44).

Il fonctionne selon six étapes successives (43 et 44) :

- choix du sujet ou du thème : formulé le plus souvent sous la forme d'une question, le thème doit concerner un problème de santé fréquemment rencontré en pratique courante, à l'origine d'un éventuel dysfonctionnement pour lequel une action correctrice est possible ;
- choix des critères : les référentiels sont définis généralement à partir de recommandations déjà établies ;
- choix des méthodes de mesure : il s'agit là d'établir un questionnaire reposant sur des critères en nombre limité, sensibles et spécifiques ;
- recueil de données ;
- analyse des résultats : à l'issue de cette étape, on doit savoir si la pratique testée est en adéquation avec le référentiel utilisé lors de la procédure d'audit ;
- plan d'actions d'amélioration et réévaluation : ces recommandations pour l'amélioration des pratiques sont proposées si celles-ci ne sont pas conformes au référentiel. La réévaluation est réalisée généralement un an après la première étude et permet de mesurer l'impact des actions correctrices.

Il apparaît donc que l'audit clinique, par la mesure d'écart entre un comportement et une recommandation professionnelle qu'il réalise et par les actions correctrices qu'il propose, est une méthode bien adaptée à l'E.P.P.

C-/ Les autres champs de l'évaluation en santé :

1-/ L'évaluation de la F.M.C. et de ses résultats :

L'évaluation de la formation, qu'il s'agisse d'elle-même ou de ses résultats, doit répondre à deux objectifs principaux :

- s'assurer que les médecins participants aient acquis de nouvelles connaissances ;
- vérifier que cette formation ait bien modifié, grâce à l'utilisation de ces nouvelles connaissances, les pratiques des praticiens et amélioré l'état de santé des patients par l'intermédiaire de la modification d'indicateurs de santé bien choisis.

L'évaluation de la F.M.C. est une tâche complexe et nous n'allons aborder que quelques pistes essentielles.

L'évaluation de la formation en elle-même, tout d'abord, repose sur plusieurs éléments (36) :

- son adéquation aux critères de qualité développés par le Comité National de la F.M.C. en juin 1989 ;
- une évaluation quantitative durant la séance : nombre de participants ou durée de la formation par exemple ;
- une évaluation qualitative, par la suite, se fondant essentiellement sur l'étude de questionnaire de satisfaction des participants ou l'évaluation de la réponse aux attentes de ces derniers.

La F.M.C. dite conventionnelle a successivement exigé des mesures d'évaluation de différents « niveaux » :

- Niveau 1 : questionnaires de satisfaction des participants ;
- Niveau 2 : pré-tests / post-tests : évaluation de chaque objectif ;
- Niveau 3 : mesures d'impact sur la pratique : le plus souvent par un audit clinique.

L'évaluation de l'efficacité d'une action de formation a déjà été abordée, en partie, avec les travaux d'une équipe de l'Université de Mac Master qui a permis d'identifier, parmi l'ensemble des actions disponibles, celles qui sont le plus susceptibles de modifier les pratiques.

Afin de procéder au jugement de l'efficacité ou des résultats d'une action, on peut utiliser différents critères comme la modification du comportement ou des pratiques du médecin (critère dit « intermédiaire ») ou l'amélioration de l'état de santé de la population concernée par l'action de F.M.C. (critère dit « final ») (22).

Une fois ces critères d'évaluation déterminés, on peut initier des études comparatives de type(22) :

- avant/après : ce type d'étude permet de comparer des mesures avant et après l'action de formation ; il ne permet que d'approcher le véritable impact de l'action ;
- groupe intervention/groupe contrôle : dans ce cas, il s'agit de comparer, dans chacun des groupes, l'évolution dans le temps des différents critères d'évaluation sélectionnés ; cette méthode s'avère plus précise que la précédente.

2-/ L'évaluation de la compétence des professionnels de santé (45) :

On peut trouver plusieurs définitions de la compétence professionnelle. Citons celle de G. LE BOTERF : « mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation » (46).

Plus récemment, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) a proposé en 2005 la définition suivante (47) : « La compétence : savoir-agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou de l'exercice, qui intègre plusieurs connaissances et qui permet à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné ».

Suivant l'exemple du Royaume-Uni, il a été proposé un système de certification/recertification afin de s'assurer du maintien des compétences des professionnels de santé.

L'étape de certification vérifie qu'un praticien possède bien les connaissances nécessaires pour résoudre les problèmes de santé auxquels il sera confronté.

Par la suite, le médecin pourrait faire l'objet d'une recertification qui lui assure un niveau de compétence en adéquation à différents référentiels à développer et à actualiser.

III-/ Les Groupes d'Analyse de Pratiques entre Pairs :

A-/ Un socle commun...

Afin de développer une démarche d'amélioration de la qualité des soins, la HAS a défini des caractéristiques communes servant de fondement aux Groupes d'Analyse de Pratiques entre Pairs (GAPP).

Ainsi, un GAPP doit répondre aux critères suivants (42) :

- il doit être constitué d'un groupe de médecins proches géographiquement (généralement entre 6 et 10), d'une même spécialité se réunissant à un rythme régulier (6 à 10 fois par an en moyenne) ;
- l'analyse des pratiques (temps essentiel du fonctionnement de ces groupes) doit reposer sur des données référencées avec, si possible, indication du niveau de preuve (recommandations par exemple) ; une expertise scientifique extérieure est envisageable en cas de besoin ;
- chaque médecin participant présente à tour de rôle un cas de malade issu de sa pratique quotidienne et expose sa prise en charge en vue d'une analyse par ses pairs ;
- le choix au préalable d'une thématique de réunion est possible et permet de préparer des documents référencés utilisables pour l'analyse des situations cliniques ;
- un compte-rendu est rédigé à l'issue de chacune des séances permettant ainsi de synthétiser l'ensemble des prises en charge discutées durant la réunion et de notifier les points à éclaircir pour la séance suivante ;
- à chaque réunion, un des participants doit jouer le rôle d'animateur (ou modérateur) qui veille au bon déroulement de la séance (nous reviendrons, par la suite, plus en détails sur les fonctions dévolues au modérateur) ;
- enfin, la durée approximative d'une réunion est d'environ 2 à 3 heures.

L'objectif commun à ces groupes est, d'une manière générale, l'amélioration des pratiques médicales par l'intermédiaire d'une procédure d'évaluation (comparaison de ces pratiques à celles référencées dans des recommandations notamment) (48).

B-/ ...mais différentes modalités d'organisation et de fonctionnement :

On distingue les Groupes De Pairs, les Groupes Qualité et les Groupes d'Echange de Pratiques.

1-/ Les Groupes De Pairs (GDP) :

a-/ Définitions et historique :

Les pairs peuvent être définis comme « des sujets assez proches les uns des autres, exerçant les mêmes activités et occupant une situation sociale et professionnelle comparable » (49).

Un groupe de pairs « réunit des professionnels de la même discipline, donc, ici, exclusivement des médecins généralistes en exercice, [...] volontaires, [...] ayant des préoccupations communes ou homogènes » (50). Ainsi, le GDP fonctionne sans leader.

Les GDP ont été créés par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 1987 à la suite de plusieurs constats :

- « les personnes travaillant seules sont en général moins performantes que celles travaillant en groupe » (50) ;
- les médecins généralistes souhaitent construire quelque chose « par eux-mêmes et pour eux-mêmes » (51) ;
- l'inadéquation souvent constatée entre le contenu des actions de formation médicale continue et les réalités professionnelles des médecins généralistes, leurs besoins et leurs attentes (51).

Les GDP, tels qu'ils ont été définis initialement par la SFMG, s'inspirent des « *Peers Groups* » apparus depuis 1980 en Grande-Bretagne et depuis 1982 aux Pays-Bas (50). Ces derniers sont destinés, surtout aux Pays-Bas, à la réalisation d'audits.

Le fonctionnement des GDP repose sur un objectif essentiel : l'analyse réflexive et interactive de la pratique des médecins (52).

b-/ Déroulement d'une séance de GDP :

Chaque réunion de pairs se décompose en trois étapes.

La première correspond à l'étude de cas (53) durant laquelle chaque médecin participant présente une consultation tirée au sort parmi celles réalisées le jour-même (l'avant-dernière de la journée par exemple). S'engage une discussion sur les décisions prises qui permet de confronter la pratique du médecin présentant son observation à celle des praticiens présents à la séance.

Il est important de préciser qu'il ne s'agit en aucun cas d'adopter un jugement inquisiteur sur un confrère. Un élément essentiel au bon fonctionnement d'un GDP est la confiance qui doit s'instaurer entre les participants, garante d'échanges de qualité.

Enfin le tirage aléatoire des cas évite les « scotomes » et la sélection d'une « belle » observation (54). Il permet, en outre, de couvrir à terme l'ensemble des champs d'activité de la médecine générale.

La seconde partie repose sur l'étude des circuits de soins locaux afin d'utiliser au mieux les ressources locales (plateau technique et correspondants notamment) et d'orienter au plus juste les patients (53).

Enfin, le troisième temps est libre et variable selon les groupes. Il peut s'agir (54) :

- d'une discussion autour d'une observation clinique épineuse ;
- d'une réflexion autour d'un article de la presse médicale intéressant ;
- de la réalisation d'audits centrés sur les pratiques des médecins généralistes ou d'un travail de groupe pouvant aboutir à la rédaction d'un consensus sur une prise en charge particulière.

En cas de non-résolution d'un problème clinique ou en cas de divergences entre les praticiens, une recherche documentaire est préparée par l'un des participants et présentée lors de la séance suivante. Une étude réalisée au sein des GDP de la région P.A.C.A.(55) a montré que les outils de cette recherche documentaire sont par ordre d'importance : l'avis d'un expert médical (confrère spécialiste hospitalier ou libéral par exemple) ; le recours à Internet et aux revues médicales (recherche bibliographique).

c-/ Composition d'un GDP :

Comme nous l'avons vu précédemment, le GDP est « un groupe d'interinformation homogène constitué exclusivement de praticiens de même niveau et de même pratique ». Il est, de plus, dépourvu de toute hiérarchie.

Toutefois, deux acteurs ont un rôle essentiel dans le bon déroulement de chacune des réunions. Il s'agit du secrétaire et du modérateur.

Le secrétaire est chargé de prendre note des différentes observations cliniques présentées, des discussions auxquelles ces dernières ont donné naissance et des éventuelles recommandations proposées. A l'issue de la séance, un compte-rendu résumant ces éléments est rédigé et transmis à tous les participants. Son travail peut être facilité par l'utilisation de documents permettant de favoriser et de standardiser le recueil des cas cliniques.

Le modérateur (appelé parfois animateur) est tenu, quant à lui, d'établir une véritable dynamique de groupe propice à entretenir un climat de confiance et d'écoute attentive entre les participants, sans la crainte de jugement.

Il veille, ainsi, à équilibrer le temps d'expression de chacun des praticiens, à éviter les rapports de force et à « contrecarrer la prééminence toujours possible d'un leader » (56). D'une manière générale, il est le maillon essentiel de l'autorégulation du groupe.

Il faut noter, enfin, qu'il est préférable que les rôles de secrétaire et de modérateur tournent entre l'ensemble des participants d'une séance à l'autre.

d-/ Les critères qualité développés par la SFMG :

Divers critères de qualité, garants du bon fonctionnement et de la pérennité d'un GDP, ont été définis par la SFMG et présentés lors du premier symposium national des GDP en juin 2001.

Ces critères sont les suivants (57) :

- le groupe : il doit être exclusivement composé de médecins généralistes (« pairs ») et dépourvu de toute hiérarchie, facilitant ainsi les échanges entre confrères et évitant la notion de « leader d'opinion » ;
- la confidentialité : elle est assurée lors de la présentation des situations cliniques et par l'absence d'observateur extérieur (visiteur médical par exemple) ;
- les cas cliniques : leur tirage au sort par chacun des participants doit être préservé afin d'éviter la sélection d'un « beau » cas ;
- la fréquence : il est souhaitable de pouvoir réunir le groupe au moins 8 fois par an avec une participation minimale pour chaque praticien d'au moins 6 séances par an ;
- les participants : leur nombre doit être compris, si possible, entre 5 au minimum et 12 au maximum, un nombre supérieur risquant de pénaliser le temps de parole alloué à chacun ;
- la présence : la tenue d'une feuille d'émargement pour chaque séance est obligatoire ;
- l'animation : un modérateur (ou animateur) doit être désigné et il est différent à chaque réunion ;
- la réunion : elle doit se dérouler selon les trois étapes déjà citées (présentation d'un cas et discussion autour de celui-ci, analyse des circuits de soins locaux et période libre) ;
- le compte-rendu : sa rédaction, systématique et assurée par un secrétaire tournant, atteste du travail effectué par le groupe ;
- les référentiels : la réponse aux problèmes non résolus en cours de séance doit bénéficier d'une recherche documentaire pour laquelle le niveau de preuve doit être signifié.

Depuis 2002, la SFMG propose une labellisation des groupes respectant ce cahier des charges à partir des feuilles d'émargement et de l'ensemble des comptes-rendus de séance sur une année (58).

En 2005, 150 GDP étaient recensés par la SFMG dont 35 labellisés (57).

e-/ Le GDP : un outil de F.M.C. et d'E.P.P.(53) :

Nous avons vu que la F.M.C. se positionne plutôt dans une démarche pédagogique avec pour objectif l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences. L'organisation et le fonctionnement du GDP répondent bien à cette finalité.

En effet, il permet de transmettre non seulement des connaissances théoriques (« savoir ») mais aussi des connaissances pratiques (« savoir être » et « savoir faire »). Ces savoirs restent centrés sur les préoccupations des praticiens et sur la réalité des problèmes cliniques auxquels ils sont confrontés.

Par ailleurs, le GDP est à l'origine de l'acquisition de nouveaux comportements de la part des médecins généralistes. Ces derniers peuvent éventuellement constater qu'un aspect de leur comportement est inadapté et ainsi le modifier par un mécanisme d' « autocritique et de prise de conscience de [leur] système de valeur ».

Le GDP est également un outil d'évaluation collective des pratiques. D'une part, chaque médecin présentant un cas, tiré de sa consultation personnelle, a l'occasion de comparer sa pratique à celle de ses confrères et d'en mesurer ainsi l'écart. D'autre part, en cas de point de vue divergent, il peut aussi la comparer aux données référencées et recommandées afin d'en réduire l'écart. Le GDP, en servant d'expert collectif, se positionne alors bien dans une démarche d'évaluation des pratiques dans le seul but de les améliorer.

Ainsi le GDP apparaît comme une méthode adaptée pour mettre en œuvre l'association « évaluation et amélioration des pratiques » (49) et pour permettre une attitude réflexive sur sa pratique en favorisant le partage d'expérience.

2-/ Les variantes autour des GDP :

a-/ Les Groupes Qualité (GQ) :

Les GQ s'engagent, tout comme les GDP, dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Cependant, leur fonctionnement diverge sur trois points (59) :

- les GQ concernent tous les médecins d'un secteur géographique donné ;
- un animateur extérieur au groupe intervient à chaque réunion. Il s'agit d'un médecin de même spécialité mais d'une autre région géographique. Il joue le rôle de modérateur, en aucun cas celui de leader, et favorise les échanges et réflexions entre praticiens ;
- un thème est imposé lors de chaque réunion. Il s'agit le plus souvent d'un problème de pratique courante pour lequel une amélioration de comportement est possible et peut éventuellement engendrer une maîtrise des dépenses de santé (prescription d'antibiotiques ou de traitements anti-hypertenseurs par exemple).

En plus des réunions mensuelles où les médecins présentent leurs observations, il existe des réunions trimestrielles au cours desquelles un point est réalisé sur l'avancement du projet et sur l'impact des mesures entreprises.

b-/ Les Groupes d'Echange de Pratiques (GEP)(60) :

Les GEP conservent globalement les mêmes caractéristiques que les GDP à la différence près que le thème des réunions est imposé. Ils fonctionnent sans leader, les médecins participants sont volontaires et perçoivent une rémunération pour leur présence. Ils ont été développés sous l'impulsion de MG Form, structure réalisatrice de F.M.C. dépendante du Syndicat MG France.

De manière simplifiée, chaque médecin s'engage à participer à 4 réunions dans l'année, chacune étant consacrée à un thème différent. Par ailleurs, il reçoit la visite, deux fois par an, d'un médecin généraliste ayant une forte expérience dans les domaines de la F.M.C. et de l'E.P.P. dans le but de le sensibiliser à la méthodologie de l'audit. Car l'élément essentiel du fonctionnement de ce type de groupe est l'organisation d'un audit afin de mesurer l'impact de ces réunions sur l'amélioration des pratiques. Ainsi les deux tours de l'audit sont réalisés au début de la première réunion et à la fin de la dernière.

De cette façon, il apparaît clairement que les GEP s'inscrivent bien dans une optique d'évaluation et d'amélioration des pratiques.

C-/ Les objectifs et points forts communs à ces différents groupes :

D'une manière générale, les objectifs des GAPP sont multiples. Ainsi, ils permettent (48, 54 et 57) :

- de renforcer l'identité professionnelle ;
- d'améliorer le confort d'exercice des médecins et par la même occasion de lutter contre l'épuisement professionnel car chaque participant peut exprimer ses difficultés sans la crainte d'être jugé ;
- de confronter sa pratique à celle de ses confrères et la remettre en cause ;
- de confronter sa pratique aux données issues de recommandations actuelles ;
- de produire des travaux de recherche (par exemple des référentiels sur la prise en charge de certaines pathologies fréquentes en médecine ambulatoire) ;
- de rompre l'isolement et le cordon ombilical hospitalier (61).

Au final, il s'agit bien d'améliorer la qualité des soins délivrés aux patients.

Les bénéfices que peuvent en retirer les médecins ne sont pas négligeables. Au fur et à mesure des réunions, une solidarité collective s'installe et chaque praticien peut bénéficier d'« un regard distancié sur sa pratique et sur celle de ses confrères, avec des effets de miroir personnel et collectif » (52). L'enrichissement mutuel devient alors rapide.

Par ailleurs, un autre atout des GAPP ou de leurs variantes réside dans la prise en compte de la dimension environnementale dans la décision médicale. En effet, cet aspect est une des spécificités de l'exercice de la Médecine Générale (62).

Enfin, ces groupes apportent, aux médecins généralistes, tolérance (par rapport au patient et à son environnement) et assurance (face à certaines demandes de patients ou d'autres médecins spécialistes) (56). Le praticien finit, alors, par se sentir plus à l'aise dans son exercice quotidien.

IV-/ Epidémiologie en addictologie et cadre législatif actuel :

A-/ Définitions :

1-/ L'addiction :

L'une des définitions les plus rigoureuses de l'addiction, parmi les nombreuses déjà proposées, est celle d'A. Goodman en 1990 (63).

Pour lui, l'addiction correspond à : « 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 »(64).

Ainsi, l'addiction se caractérise par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement ;
- 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.

Il est alors possible de distinguer :

- les addictions à une ou plusieurs substances psychoactives, qu'elles soient licites ou illicites ;
- les addictions comportementales (addictions au jeu, au travail ou aux sports par exemple).

2-/ Les différents comportements de consommation de substances psychoactives (SPA) :

Actuellement, on différencie (65) :

- l'usage simple : « toute conduite qui ne pose pas de problème pour autant que la consommation reste faible ». Il faut cependant noter que certains produits ou certaines situations (grossesse, conduite automobile...) exposent d'emblée à un usage à risque ;

- l'usage à risque : la consommation n'est, dans ce cas, pas encore associée à un dommage médical, psychologique ou social mais elle est susceptible d'en provoquer un à court, moyen ou long terme ;
- l'usage nocif : la consommation est caractérisée par l'apparition de dommages médicaux, psychologiques ou sociaux sans signe de dépendance associée ;
- l'usage avec dépendance : il se traduit par une perte de la maîtrise de la consommation avec impossibilité de s'abstenir de consommer et, lorsqu'il existe une dépendance physique, apparition d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation ;
- le non-usage : il peut être primaire (non-usage initial) ou secondaire (après une période de mésusage ou d'usage).

Le mésusage regroupe l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance.

B-/ Données épidémiologiques en France :

L'objectif principal de ce chapitre est d'exposer quelques données essentielles et pertinentes permettant de comprendre l'importance du problème des consommations de substances psychoactives en France. Il ne s'agit, en aucun cas, d'en dresser un tableau exhaustif et complet.

1-/ Les consommations par substance psychoactive :

Les chiffres présentés ci-dessous sont issus, pour la plupart d'entre eux, de données recueillies par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (O.F.D.T.), groupement d'intérêt public.

D'une manière générale, les populations adulte et adolescente seront distinguées.

Tableau 1 : estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine en 2005 chez les 12-75 ans (66, 67).

	Produits illicites			Produits licites		
	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Alcool	Tabac	Médicaments
Expérimentateurs	12,4 M	1,1 M	360 000	42,5 M	34,8 M	*
Dont usagers dans l'année	3,9 M	250 000	*	39,4 M	14,9 M	8,9 M
Dont usagers réguliers	1,2 M	*	*	9,7 M	11,8 M	3,8 M
Dont usagers quotidiens	550 000	*	*	6,4 M	11,8M	*

* : donnée non disponible.

M : millions.

Tableau 2 : Consommations régulières de cannabis, d'alcool et de tabac suivant l'âge et le sexe en 2005 (en pourcentages) (66, 67).

	17 ans			18-75 ans						
	G	F	17 ans	18-25 ans	26-44 ans	45-64 ans	65-75 ans	H	F	Total
Cannabis	15,0	6,3	10,8	8,7	2,5	0,2	*	3,7	1,0	2,3
Alcool	17,7	6,1	12,0	8,9	13,6	29,8	45,1	33,4	12,1	22,5
Tabac	33,6	32,3	33,0	36,2	33,5	21,6	7,9	30,3	22,9	26,5

* : donnée non disponible.

G : garçons. F : filles. H : hommes. F : femmes.

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (permet d'évaluer la diffusion d'un produit dans la population).

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

Usage régulier : une consommation de tabac quotidienne ; au moins 3 consommations d'alcool par semaine pour les adultes et au moins 10 par mois pour les adolescents ; au moins 10 consommations de cannabis par mois ; au moins une consommation d'hypnotiques ou d'anxiolytiques par semaine pour les adultes et au moins 10 par mois pour les adolescents.

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

a-/ Alcool (68):

La consommation d'alcool en France est en nette baisse depuis les années 60. En effet, elle est passée de 26 litres d'alcool par habitant et par an en 1960 à 12,5 litres en 2009. Ce phénomène est en grande partie expliqué par la diminution de la consommation de vin en France.

Population adolescente : la consommation d'alcool est rare avant 14 ans. A 17 ans, l'alcool est de loin la SPA la plus consommée durant les 30 derniers jours. D'ailleurs, 80% des jeunes de cet âge déclarent au moins un usage au cours du dernier mois.

Population adulte : en 2005, 35% des adultes consomment de l'alcool au moins une fois par semaine et 15% tous les jours. On considère par ailleurs, que 390 000 adultes sont alcoolo-dépendants et que 3,3 millions sont consommateurs à risque. Enfin, il est important de constater que l'usage régulier d'alcool augmente avec l'âge, surtout après 44 ans.

60% des adolescents de 17 ans et 15% des adultes ont été ivres au moins une fois dans l'année.

Les ivresses répétées (au moins 3 ivresses par an) concernent 25,6% des jeunes de 17 ans et 5,5% des adultes.

b-/ Tabac (68) :

Population adolescente : au même titre que l'alcool, l'usage de tabac est peu fréquent avant 14 ans. 28,9% des jeunes de 17 ans sont fumeurs quotidiens en 2008 contre 33% en 2005 (cf Tableau 2). La première cigarette est, en moyenne, fumée à 13,5 ans.

Population adulte : 26,5% des adultes se déclarent fumeurs quotidiens (cf Tableau 2). La proportion de fumeurs s'amenuise avec l'âge à partir de 30 ans, contrairement à celle consommant régulièrement de l'alcool. Parmi les fumeurs réguliers, c'est le nombre de petits consommateurs (de 1 à 5 cigarettes par jour) qui a le plus fortement diminué.

c-/ Médicaments :

Il existe deux grands types de médicaments psychoactifs : les anxiolytiques et les hypnotiques. La France reste l'un des pays où l'on consomme le plus de médicaments psychoactifs au monde.

Population adolescente : en 2005, moins d'un jeune de 17 ans sur 10 déclare un usage de médicaments psychotropes dans le dernier mois. Dans la tranche d'âge des 14-15 ans, 20% des adolescents en ont consommé au moins une fois dans leur vie.

Population adulte : 37% des adultes ont déjà consommé un médicament psychotrope. Cette consommation touche plus fréquemment les femmes que les hommes. Au-delà de 70 ans, une personne sur deux utilise de façon prolongée un médicament anxiolytique ou hypnotique.

d-/ Cannabis (68) :

Population adolescente : le cannabis est la première substance illicite consommée par les adolescents. Un quart des adolescents de 17 ans déclarent avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois et 10,8% sont fumeurs réguliers (cf Tableau 2). Le pourcentage de consommateurs réguliers parmi les jeunes de 17 ans est en baisse en 2008 (7,3%). Néanmoins, la France se classe parmi les premiers pays européens, pour l'usage de cannabis chez les jeunes.

Population adulte : l'usage concerne essentiellement les plus jeunes. Ainsi en 2005, si près de trois adultes (18-75 ans) sur dix (27%) déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis, 2,3% des 18-25 ans sont consommateurs réguliers.

e-/ Autres drogues illicites (68) :

L'héroïne est la SPA jugée la plus dangereuse par les français. On estime à 360 000 le nombre d'expérimentateurs parmi les 12-75 ans. Par ailleurs le niveau d'expérimentation est relativement faible en France : 0,9% des 15-34ans, 0,8% des filles et 1,4% des garçons de 17 ans en 2008 (69).

La cocaïne, quant à elle, bénéficie d'une représentation sociale positive de « drogue maîtrisable », expliquant sa large diffusion.

L'expérimentation concerne surtout les adultes jeunes : 3,9% des 26-44 ans et 3,4% des 18-25 ans.

Parmi les jeunes de 17 ans, l'expérimentation de cocaïne touche, en 2008, 2,4% des filles et 4% des garçons (chiffres en hausse par rapport à ceux de 2005) (69).

2-/ Les conséquences sanitaires et sociales :

a-/ Alcool :

Au début des années 2000, 37 000 décès par an (soit la 3^{ème} cause de mortalité en France) seraient attribués à l'alcool dont 10 000 environ par cancers. L'alcool représente, la première cause de décès chez les jeunes, la deuxième cause de retard mental et est à l'origine de 20% des handicaps (64).

Par ailleurs en 2002-2003, 2 200 décès par accidents de la route seraient la conséquence de l'alcool (70), sur une base annuelle de 6 000 accidents mortels (soit plus d'un tiers des décès par accidents de la route).

b-/ Tabac :

En 2000, 60 000 décès par an seraient attribuables au tabac par cancers (dont 20 000 décès par cancers du poumon), broncho-pneumopathies chroniques et maladies cardio-vasculaires. Les consommations associées de tabac et d'alcool sont hautement pathogènes (68).

De plus, une estimation datant de 1999 évoque 2 500 à 3 000 décès par an consécutifs à un tabagisme passif (71).

Ainsi, si l'on réunit alcool et tabac, ce serait près de 100 000 décès par an, évitables, en France.

c-/ Drogues illicites :

Le cannabis entrerait en cause dans 230 décès par an par accidents de la route (70).

Enfin, même si l'on manque encore de recul, il pourrait induire, tout comme le tabac auquel il est souvent associé, des cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures.

En 2005, l'héroïne serait à l'origine de 32 décès par surdosage mais ce chiffre reste probablement sous-estimé. Parmi les usagers de drogues, la prévalence du VIH est évaluée entre 6 à 8% et celle du VHC entre 40 à 50% (68).

Enfin, concernant la cocaïne, 7 décès ont pu être enregistrés en 2005, chiffre probablement lui aussi sous-estimé. Il est à noter que le matériel de « sniff » (absorption d'une drogue par aspiration nasale), utilisé pour la consommation de cocaïne, peut être le vecteur d'infections à VHB et VHC.

3-/ Les conséquences sur les soins :

En 2003, on a pu dénombrer 1,3 millions d'hospitalisations consécutives à des problèmes liés à une consommation d'alcool (72). En outre, le risque de dépendance alcoolique toucherait 7% des patients hospitalisés (64). Enfin, en 2005, les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (C.C.A.A.) ont accueilli près de 125 000 consommateurs d'alcool (73).

Concernant le tabac, 1,7 millions de fumeurs, ont eu recours, en 2008, à des médicaments d'aide au sevrage tabagique (74) et près de 55 000 nouveaux patients ont été accueillis, en 2003, dans les consultations de tabacologie.

En 2007, 2% des demandes d'accueil en Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (C.S.S.T.) concernaient une toxicomanie aux psychotropes.

En 2008, environ 32 000 personnes ont été accueillies au sein d'un CSAPA pour une consommation de cannabis et environ 58 000 pour un usage d'opiacés (68).

Enfin en 2007, environ 130 000 personnes ont bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés. La Buprénorphine Haut Dosage a été prescrite dans 80% des cas contre 20% pour la Méthadone® (68).

4-/ Interpellations, saisies et ventes :

Les données présentées ci-dessous sont, pour la plupart, issues de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (O.F.D.T.) et de l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (O.C.R.T.I.S.).

Tableau 3 : synthèse des ventes, saisies et interpellations pour différentes SPA en 2008 (75).

	Ventes	Saisies (tonnes)	Interpellations pour trafic	Interpellations pour usage
Tabac	53,6 milliards ↘	250 ↗		
Médicaments			310	430
Cannabis		74,5 ↗	19 700 ↗	133 200 ↗
Cocaïne		8,2 ↗	3 200 ↗	4 400 ↗
Héroïne		1,1 ↗	3 800 ↗	7 800 ↗

↗ ou ↘ : tendance à la hausse ou à la baisse par rapport aux données de l'année 2007.

Concernant la filière alcool :

- son chiffre d'affaires est en augmentation du fait de la hausse des prix. Il est estimé à 14,2 milliards d'euros en 2004 ;
- elle est à l'origine de 500 000 emplois directs et indirects en France en 2000 ;
- elle contribue enfin aux finances publiques à hauteur de 2,8 milliards d'euros en 2003 (à comparer aux 53,3 milliards d'euros rapportés par l'impôt sur le revenu en 2003).

Par ailleurs, on a pu recenser 68 000 interpellations pour ivresse publique manifeste et 365 000 dépistages positifs d'alcoolémie routière en 2006 et près de 150 000 condamnations pour conduite en état d'ivresse en 2008 (68).

Quant au cannabis, on dénombre environ 200 000 cannabiculteurs sur le territoire français. En outre, l'autoproduction de cannabis sur le sol français est estimée à 32 tonnes (68).

5-/ Les polyconsommations :

a-/ Définitions et généralités :

La polyconsommation se définit par la consommation d'au moins deux SPA. La polytoxicomanie correspond à la consommation de plusieurs produits dont l'un au moins est illicite (65).

La polyconsommation peut être considérée comme un facteur de gravité par le risque de renforcement réciproque des conduites de consommation qu'elle engendre, associé à un risque d'interaction entre les substances.

De plus, on peut remarquer un risque de transfert de dépendance avec augmentation de la consommation d'un produit après sevrage ou substitution d'une autre SPA.

b-/ Epidémiologie (65) :

En 2000, près d'un français sur cinq dans la tranche d'âge 18-44 ans déclare avoir un usage concomitant d'au moins deux SPA. Les trois produits les plus consommés sont le tabac, l'alcool et le cannabis .

En 2003, 20% des garçons de 17 ans et 9% des filles sont concernés par une polyconsommation régulière de tabac, d'alcool ou de cannabis.

En outre, la quasi-totalité des usagers de drogues accueillis dans les structures de première ligne, ont consommé, au cours du mois précédent, de l'alcool, du tabac ou du cannabis parallèlement à l'addiction pour laquelle ils consultent.

Les données de l'O.F.D.T. ont montré, en 2002, que 61% des héroïnomanes et 70% des sujets consommant de la buprénorphine étaient concernés par un problème de polydépendance.

L'association alcool-tabac est fréquente et l'effet de ces deux SPA se potentialise. Ainsi, 75 à 95% des alcoolodépendants sont également fumeurs (76).

La consommation concomitante d'alcool et de benzodiazépines est estimée à 30 à 40% avant sevrage (76).

Enfin, l'étude ECA (Epidemiologic Catchment Area) menée en 1994 en population générale sur près de 21 000 personnes révèle que les patients dépendants à une substance ont sept fois plus de risques de développer une dépendance à une autre substance (77).

Tableau 4 : polyconsommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis chez les filles et garçons âgés de 17 ans en 2003 (en pourcentage) (78).

	Filles	Garçons
Alcool-Tabac	3	6,8
Tabac-Cannabis	4,4	7
Alcool-Cannabis	0,1	0,8
Alcool-Tabac-Cannabis	1,4	4,9
AU MOINS 2	8,9	19,5

Tableau 5 : polyconsommation régulière d'alcool, de tabac et de cannabis dans la tranche d'âge des 15-64 ans en 2005 (en pourcentage) (67).

Alcool-Tabac	5,9
Tabac-Cannabis	1,6
Alcool-Cannabis	0,1
Alcool-Tabac-Cannabis	0,7
AU MOINS 2	8,3

Tableau 6 : polyconsommation de tabac, d'alcool et de médicaments dans la tranche d'âge des 60-75 ans en 2000 (pourcentage) (79).

	Usage actuel de tabac	Usage régulier d'alcool	Usage récent de médicaments psychotropes	Usage régulier d'hypnotiques ou d'anxiolytiques
Hommes	18,4	67,6	19,8	12,4
Femmes	9,2	37,2	33,9	23

C-/ Données épidémiologiques en région Lorraine :

Ce paragraphe exposera essentiellement les données les plus importantes permettant de comprendre le problème des addictions en région Lorraine.

1-/ La consommation d'alcool (80):

De manière synthétique, les chiffres relevés en 2005 relatifs à l'usage régulier d'alcool et aux ivresses au cours de l'année en Lorraine sont en adéquation avec la moyenne métropolitaine. Ainsi, le pourcentage d'usage régulier d'alcool en Lorraine est de 19% dans la tranche d'âge des 15-75 ans contre 21,5% en France, et de 11% pour les adolescents de 17 ans contre 12% pour la métropole.

Les chiffres concernant les ivresses au cours de l'année sont identiques entre la région Lorraine et la France.

Enfin l'usage problématique d'alcool, en 2005, concerne 15% des hommes et 9% des femmes en Lorraine.

2-/ La consommation de tabac (81) :

On note, en 2005, entre 420 000 et 510 000 fumeurs quotidiens en Lorraine dans la tranche d'âge des 12-75 ans.

L'enquête internationale HBSC menée en 2002 sur l'usage de tabac par les élèves de 11, 13 et 15 ans, révèle plusieurs éléments intéressants :

- il n'existe pas de différence significative concernant l'usage quotidien de tabac à l'âge de 11 ans entre la région Lorraine et le reste de la France ;
- il existe, en revanche, un usage quotidien de tabac significativement plus important en Lorraine qu'en France chez les élèves âgés de 13 et 15 ans.

L'enquête ESCAPAD 2002/2003 réalisée au cours d'une journée d'appel de préparation à la défense montre que la consommation de tabac des adolescents de 17 ans se situe dans la moyenne nationale.

Concernant les adultes âgés de 18 à 75 ans, 25% sont fumeurs quotidiens en Lorraine contre 26,5% en France (absence de différence significative). Parmi eux, 28% sont fortement dépendants à la nicotine.

Selon une enquête de la DREES, menée en 2001, sur les personnes ayant recours au système de soins en médecine de ville un jour donné, la Lorraine se situe parmi les trois régions françaises où la prévalence de fumeurs réguliers est la plus importante parmi la clientèle des médecins généralistes.

3-/ Cannabis et autres drogues illicites (82) :

a-/ Les consommations :

Le cannabis est, comme en France, le produit illicite le plus consommé en Lorraine. L'usage régulier de cannabis concerne, en 2005, 11% des adolescents lorrains de 17 ans contre 10,8% des adolescents français du même âge (pas de différence significative).

L'usage au cours de l'année de cannabis est surtout le fait des 18-44 ans (14,6% des hommes contre 3,4% des femmes).

Les expérimentations de cocaïne et d'héroïne en 2005 chez les adolescents de 17 ans, sont respectivement de 3 et 1% contre 2,5 et 0,7% pour la France (différence significative pour l'expérimentation d'héroïne).

Une enquête épidémiologique, menée par la fondation MGEN en population générale, a montré que 8,4% des hommes de 18 à 24 ans et 3,6% des femmes du même âge peuvent être considérés comme dépendants à une drogue autre que le cannabis.

Plus précisément, on estime qu'il existe, sur l'agglomération de Metz, environ 2 200 usagers problématiques de drogues (hors cannabis) âgés de 15 à 44 ans soit un taux de près de 15‰.

b-/ Les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) :

Le nombre d'ILS (hors cannabis) pour 100 000 habitants est plus élevé en Lorraine que dans le reste de la France. Ce constat peut être expliqué en partie par la situation géographique frontalière de la Lorraine.

En 2008, en Lorraine et par rapport à l'année précédente, les ILS concernant l'usage d'héroïne sont en hausse de 40%, celles concernant la cocaïne de 82% et celles concernant le cannabis de 8%. En comparaison, pour le reste de la France, les ILS sont respectivement pour l'usage d'héroïne, de cocaïne et de cannabis en augmentation de 30, 36 et 15%.

Ces chiffres doivent cependant être relativisés car ils sont dépendants, selon les régions, d'une fréquence plus ou moins intense des contrôles de police.

c-/ Vente de traitements de substitution aux opiacés (TSO) :

Depuis 2007, la Moselle est le premier département français pour le nombre de boîtes de Subutex® vendues pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans.

Tableau 7 : vente de Subutex® en pharmacie de ville en 2008 (équivalents boîtes de 7 comprimés de 8mg).

	Moselle	Lorraine	France
Nombre de milliers de boîtes vendues	153	265	3854
Nombre de boîtes vendues pour 100 habitants de 20 à 39 ans	55,7	43,4	23,1
Rang par rapport à la France métropolitaine	1	2	*

Ce score peut être interprété de deux manières :

- le nombre élevé de boîtes de Subutex® vendues en Moselle peut être rapproché d'une politique de substitution efficace ;
- mais il peut également être le symbole d'une forte prévalence du mésusage de Subutex® et d'un possible trafic avec l'Allemagne.

De plus, la Moselle, avec près de 70 flacons pour 100 habitants de 20 à 39 ans, se situe au 22^{ème} rang des départements français pour la vente de Méthadone® en pharmacie de ville. Ce résultat doit, lui aussi, être relativisé car il ne prend pas en compte la Méthadone® délivrée par un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

En 2008, on estime qu'il y a environ 2 900 personnes traitées par Subutex® et environ 500 traitées par Méthadone®. Ces données n'incluent pas les patients traités par les génériques de la Buprénorphine Haut Dosage introduits depuis 2006 ainsi que ceux traités par la Méthadone® délivrée par les CSAPA.

4-/ Synthèse des données essentielles en région Lorraine :

Il n'existe pas de différence significative entre la France et la Lorraine pour les consommations d'alcool et de tabac (hormis pour l'usage de tabac chez les adolescents de 13 et 15 ans).

Le cannabis est, comme en France, le produit illicite le plus consommé en Lorraine.

Les chiffres de la Lorraine concernant l'expérimentation de cocaïne, d'héroïne et d'ecstasy sont assez proches de ceux constatés pour le reste de la France.

La Moselle est, depuis 2007, le premier département français pour la vente de boîtes de Subutex®.

On relève une nette augmentation des infractions à la législation sur les stupéfiants entre 2007 et 2008.

D-/ Les réponses des Autorités Publiques :

1-/ Le plan 2007-2011 concernant « La prise en charge et la prévention des addictions » (83) :

Les addictions ainsi que leur prévalence forte, surtout chez les jeunes, peuvent être considérées comme un problème majeur de santé publique.

Ainsi, répondant à ce constat, un plan global de prise en charge et de prévention des addictions a été élaboré. Ce dernier, témoin de l'engagement de l'Etat dans le domaine de l'addictologie, repose sur un financement de 77 millions d'euros par an pendant 5 ans.

Ce plan repose sur 23 mesures répondant aux 6 priorités définies et présentées par le Ministre de la Santé et des Solidarités lors du Conseil des Ministres du 15 novembre 2006 :

- priorité 1 : mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé ;
- priorité 2 : mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux ;
- priorité 3 : articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social ;
- priorité 4 : développer la prévention ;

- priorité 5 : renforcer la formation des professionnels en addictologie ;
- priorité 6 : coordonner davantage la recherche en addictologie.

Parmi les mesures phares de ce plan, on peut citer par exemple :

- l'identification d'au moins un service d'addictologie de recours pour 500 000 habitants ;
- le rapprochement des Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) et des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) en créant des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ;
- l'établissement de schémas régionaux d'addictologie afin de rééquilibrer l'offre en CSAPA ;
- l'implication des médecins généralistes qui doit être améliorée et favorisée par le développement des réseaux ville-hôpital facilitant le partage d'informations entre professionnels ;
- la mise en place d'un numéro unique d'appel téléphonique destiné à tous ceux qui ont un problème d'addiction ;
- le développement de l'enseignement du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève en alcoologie afin d'améliorer les actions de prévention ;
- l'intégration de l'addictologie dans les programmes de formation médicale initiale et continue.

2-/ Le plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies (84) :

Il est le fruit du travail du gouvernement, en collaboration avec tous les ministres membres du Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Il fixe les priorités dans le domaine des addictions aux SPA : « La baisse du nombre d'utilisateurs de produits illicites [...] constitue donc l'objectif central du plan gouvernemental ».

Ce plan comprend 193 mesures s'articulant autour de 5 grands axes :

a-/ Prévention, communication, information :

Le but est, essentiellement, ici, de prévenir :

- les premières consommations et de lutter contre le rajeunissement de l'âge moyen d'initiation ;
- les conduites d'alcoolisation massive (« *binge drinking* ») en développant des campagnes d'information touchant un large public ainsi que des stages de sensibilisation.

b-/ Application de la loi :

Ce volet repose surtout sur l'intensification de la lutte contre la culture de cannabis sur le territoire français ainsi que la mise place de structures internationales de coopération.

c-/ Soins, insertion sociale et réduction des risques :

Cet axe est complémentaire du plan 2007-2011 concernant la Prise en charge et la prévention des addictions. Il en reprend plusieurs dispositions avec notamment :

- le développement de la formation au RPIB concernant les professionnels de santé ;
- le renforcement des capacités d'hébergement.

Sont ajoutés : des actions de prévention visant des populations à risque (détenus, femmes enceintes...) et le triplement du nombre de jeunes pouvant accéder aux consultations jeunes consommateurs.

d-/ Formation, recherche, observation :

Le plan gouvernemental a pour objectifs de:

- susciter des recherches sur les questions liées à la prévention et au repérage précoce des usages à risque ;
- lancer des études sur certains phénomènes naissants comme l'addiction au jeu ou la surconsommation de psychotropes
- développer de nouveaux outils diagnostiques et thérapeutiques pour les addictions pour lesquelles aucune réponse thérapeutique satisfaisante n'existe.

e-/ International :

Il s'agit ici de renforcer la collaboration notamment avec les pays du pourtour méditerranéen, afin de réduire au maximum le trafic de drogues entre ces derniers et la France.

3-/ Le cadre législatif :

a-/ Concernant les substances licites (alcool et tabac) :

La première loi contre le tabagisme a été adoptée le 9 juillet 1976 (loi Veil). Parmi les éléments essentiels de cette dernière, on peut noter :

- la réglementation de la publicité et du parrainage des manifestations sportives ;
- l'interdiction de fumer dans les lieux publics où cette pratique pouvait avoir des conséquences dangereuses pour la santé ;
- le développement d'informations, concernant les risques liés au tabac, à l'intention des consommateurs.

La seconde loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme est celle adoptée le 10 janvier 1991, plus connue sous le nom de Loi Evin. Elle renforce le caractère restrictif de la précédente loi.

Concernant l'usage de tabac :

- elle interdit la consommation de tabac dans les lieux publics à l'exclusion des lieux strictement réservés à cet effet ;
- elle impose l'application de la mention « Nuit gravement à la santé » sur les emballages des paquets de cigarettes associée à un deuxième message sanitaire fixé par arrêté ministériel ;
- elle fixe la teneur maximale en goudrons à 15 mg (12 mg en 2003) ;
- elle limite les pratiques de promotion indirecte en interdisant propagande et publicité ainsi que la distribution gratuite de tabac. Des dérogations ont cependant été introduites par la suite ;
- elle instaure « la journée nationale sans tabac ».

Par ailleurs, la loi Evin intervient aussi dans le domaine de l'alcool où elle interdit toute propagande ou publicité en faveur des boissons alcoolisées dont le taux d'alcool est supérieur à 1,2° notamment dans les cinémas ou à la télévision.

L'interdiction de la vente de tabac aux adolescents de moins de 16 ans a été instaurée par la loi du 31 juillet 2003. Il en est de même concernant la vente de paquets contenant moins de 20 cigarettes.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, il est interdit de fumer dans les hôtels, restaurants, discothèques, débits de tabac et de boissons sauf aménagement d'un emplacement strictement réservé aux fumeurs.

Les orientations publiques récentes sont marquées essentiellement par l'adoption le 31 juillet 2009 de la loi portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

Dès lors, l'âge d'interdiction de la vente de tabac est passée de 16 à 18 ans. De même, la commercialisation de cigarettes aromatisées, dites « cigarettes-bonbons » est maintenant proscrite.

En outre, la loi HPST interdit la vente de boissons alcoolisées à toute personne de moins de 18 ans et sonne la fin des « open-bars ». La publicité en ligne pour les boissons alcoolisées reste autorisée à l'exception des sites destinés à la jeunesse.

La vente d'alcool aux mineurs est désormais passible d'une peine de 7 500 euros d'amende et d'une interdiction temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons. En cas de récidive, les propriétaires encourent une peine d'un an d'emprisonnement et jusqu'à 15 000 euros d'amende.

L'ivresse publique manifeste est punie par une amende de 150 euros et une retenue au poste de police.

Depuis le décret du 29 août 1995, le taux d'alcoolémie maximal toléré pour les conducteurs de véhicules est de 0,5g/l de sang. Au-delà de ce taux, on parle d'infraction passible d'une amende de 150 à 4500 euros, d'un retrait de points ou d'un retrait du permis de conduire, voire d'une peine d'emprisonnement.

b-/ Concernant les drogues illicites :

La loi du 31 décembre 1970 interdit et pénalise l'usage illicite de toute substance classée comme stupéfiant (cannabis, cocaïne, héroïne entre autres). L'usage illicite de stupéfiants est un délit sanctionné par une peine pouvant aller jusqu'à un an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende.

De plus, les trafiquants de stupéfiants encourent jusqu'à 5 ans de prison et 75 000 euros d'amende. Ces peines peuvent être doublées si la vente est proposée à des mineurs ou dans les environs d'établissements scolaires.

La loi du 3 février 2003 régit la conduite sous l'influence de stupéfiants qui est punie au maximum de deux ans de prison et de 4 500 euros d'amende. Si une consommation d'alcool est associée à la prise de stupéfiants (au moins 0,5g d'alcool/l de sang), la peine est portée à trois ans de prison et 9 000 euros d'amende.

La loi de la prévention de la délinquance du 5 mars 2007 prévoit notamment la réalisation de stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants. Ces stages peuvent être une mesure complémentaire ou alternative aux peines prévues par la loi de 1970, qui sont en réalité peu appliquées.

Enfin, depuis les années 80, une politique de réduction des risques a été mise en place. Elle a été marquée par deux grandes dates :

- 1987 : initiation de la vente libre des seringues en pharmacie ;
- 1995 : création du programme d'échange des seringues avec ouverture notamment des boutiques devenues, depuis la loi du 9 août 2004, les C.A.A.R.U.D. (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues). L'objectif de ces centres est de maintenir un lien avec l'utilisateur souvent en précarité pour éviter les risques majeurs et orienter vers les services de soins.

V-/ Le médecin généraliste et la prise en charge des addictions :

A-/ Un problème fréquent en médecine générale :

1-/ Alcool :

Plusieurs études se sont attachées à estimer la prévalence des mésusages d'alcool au sein de la patientèle des médecins généralistes français.

La première, relativement ancienne et publiée en janvier 1990, a pour but d'évaluer la prévalence des « maladies alcooliques » en médecine de ville (85). Elle porte sur 798 hommes vus en consultation par 19 médecins libéraux de Paris et sa banlieue. Cette étude révèle ainsi que 23,6% des hommes vus en médecine ambulatoire peuvent être considérés comme des « malades alcooliques » c'est-à-dire, selon les auteurs, comme des patients qui ont ou qui risquent d'avoir des problèmes de santé liés à une consommation d'alcool. Par ailleurs 18% des patients ont une Consommation Déclarée d'Alcool (CDA) supérieure à 28 verres par semaine.

La seconde, parue en février 1993, est la première étude réellement nationale car elle s'intéresse à plusieurs régions françaises (86). Son objectif est identique à celui poursuivi par la précédente analyse. Elle démontre que 18,4% des adultes (tous sexes confondus) vus en consultation ou en visites sont à risque ou ont une maladie consécutive à un usage d'alcool. Plus précisément, 5,6% des patients ont une consommation à risque (plus de 28 verres par semaine pour les hommes et 14 verres par semaine pour les femmes) et 12,8% des patients sont malades à cause de l'alcool.

Plus récemment, une enquête de la DRESS en 2002 (87) a confirmé les résultats précédents en montrant que 18% des patients consultant en médecine de ville un jour donné ont un problème avec l'alcool. De plus, deux hommes âgés de 35 à 64 ans sur cinq sont concernés par le problème d'alcoolisation excessive. Enfin, cette enquête estime que 5% des patients sont alcoolodépendants en médecine de ville contre 7% en hospitalisation. En extrapolant cette donnée à l'ensemble des médecins généralistes, chacun d'entre eux verrait, en moyenne, 2 à 3 patients alcoolodépendants par semaine.

En 2003, 48 000 patients ont été vus, en médecine de ville, pour un sevrage alcoolique, en une semaine (88).

Enfin, environ la moitié des médecins généralistes français ont pris en charge, dans l'année, un sevrage alcoolique (89).

2-/ Tabac :

Près de 30% des patients, en médecine générale, sont fumeurs (90).

Par ailleurs, le baromètre santé médecins/pharmaciens indique qu'en 2003, environ 84 000 personnes sont venues consulter un médecin généraliste par semaine pour un sevrage tabagique contre 4 000 en consultations spécialisées, soit 21 fois plus en faveur des praticiens généralistes.

En 2008, 1,7 millions de personnes ont eu recours à des médicaments d'aide au sevrage tabagique (74).

Le tabac représente enfin près de 2 % des motifs de consultation (90) et 60% des médecins généralistes ont pris en charge, dans l'année, une dépendance tabagique (89).

3-/ Drogues illicites :

En moyenne, 40% des médecins généralistes ont suivi, dans l'année, des patients présentant une addiction à une ou plusieurs drogues illicites (89). Toutefois, ce problème n'est à l'origine que de 0,5% environ des motifs de consultation (90).

En outre, 93% des traitements de substitution par Subutex® sont prescrits par les médecins généralistes (91).

Une étude (92), présentée en 2000 et concernant près de 200 médecins généralistes exerçant dans des villes de différentes tailles, a mis en évidence que les contacts entre médecins et

toxicomanes étaient d'autant plus fréquents que les praticiens exerçaient dans une petite ou moyenne ville. En effet, des réseaux de prise en charge spécifique des addictions existent souvent dans les grandes villes et court-circuitent, en quelque sorte, le contact avec les généralistes hors réseau.

En revanche, les praticiens exerçant en réseau voient en consultation autant de toxicomanes quelle que soit la taille de la ville où ils sont installés.

B-/ Un exercice souvent marqué par un paradoxe :

1-/ Des craintes probablement excessives dans le domaine de l'addictologie...

Comme nous venons de le constater, la majorité des patients abordent rarement le problème de leur consommation de SPA avec leur médecin. De leur côté, les praticiens généralistes ont souvent des réticences à interroger leurs patients concernant une éventuelle addiction.

Ainsi l'étude européenne EURECA (93), menée en 1998 auprès de praticiens généralistes, concernant leur implication dans le dépistage de certains cancers et dans la prévention des dépendances (alcool et tabac), a montré que :

- l'évaluation de la consommation de tabac et encore moins celle d'alcool est moins souvent mentionnée dans le dossier médical que la mesure de la pression artérielle ou celle du poids ;
- 81% des médecins ont interrogé leurs patients au sujet de leur consommation de tabac contre 58% au sujet de l'alcool ;
- seulement 18% ont l'expérience des questionnaires de dépistage pour les usages d'alcool et de tabac ;
- devant un patient en bonne santé, 34% des médecins posent systématiquement la question de la consommation de tabac et 49% celle de l'alcool. Ces pourcentages augmentent très largement en présence d'une co-morbidité.

En 2002, une enquête (94) fondée sur un questionnaire auprès d'un échantillon représentatif de 200 médecins généralistes, a révélé que :

- trois-quarts des médecins se sentent peu à l'aise pour interroger leurs patients quant à leur consommation d'alcool ;
- 80% d'entre eux pensent que leur conseil (de modération par exemple) est sans efficacité et que leurs patients pourraient s'indigner de telles questions ;
- 60% se jugent incompetents pour intervenir auprès des malades alcoolo-dépendants ;
- 80% des praticiens pensent être capables de traiter des sujets alcoolo-dépendants à la condition qu'ils soient soutenus en développant des actions de formation à l'intervention brève en alcoologie par exemple ;
- enfin deux-tiers des médecins s'estiment être insuffisamment formés face à leurs patients alcoolo-dépendants.

Par ailleurs, parler d'alcool reste souvent un sujet tabou pour les médecins généralistes car beaucoup d'entre eux ont uniquement gardé « des représentations déterminées par le seul modèle de l'alcoolo-dépendance » (95). Ces derniers évoquent certains facteurs limitant le dépistage du mésusage d'alcool :

- « le sentiment d'intrusion dans le domaine privé des patients quand il faut aborder les questions sur l'alcool ;
- le déni qui déstabilise souvent les médecins ;
- les difficultés à diagnostiquer des consommations nocives ou abusives d'alcool ;
- la difficulté de la gestion du temps nécessaire pour aborder la question lorsqu'elle n'est pas le motif exprimé de consultation » ;
- l'ambivalence du produit alcool qui est source de complications mais profondément ancré dans notre civilisation.

Pourtant plusieurs études démontrent qu'il n'y a nul besoin d'actions très sophistiquées afin de limiter les consommations de SPA des patients.

Une première analyse (96), publiée en 2002, suggère que simplement le fait de parler d'alcool avec un patient et pratiquer un repérage serait susceptible d'induire un changement de comportement.

Une seconde étude française (97), présentée en 1996, confirme ce constat au sujet du tabac. De la même manière, une intervention minimale, la plus brève possible, serait susceptible

d'entraîner significativement plus d'arrêts déclarés et prolongés par rapport à l'absence d'intervention. Selon l'auteur, la diffusion de cette pratique à l'ensemble des médecins généralistes français permettrait, chaque année, 300 000 arrêts prolongés de consommation de tabac.

Ainsi, bien que la plupart des médecins aient conscience du problème majeur de santé publique que sont les addictions, ils restent réticents à aborder ce sujet avec leurs patients, expliquant l'insuffisance des actions de repérage.

2-/ ...mais une confiance solide du public à l'égard de leur médecin :

Si la plupart des patients évoquent peu leurs éventuelles consommations de SPA, cela ne veut pas dire, pour autant, qu'ils ne désirent pas être interrogés à ce sujet.

Une enquête téléphonique, réalisée, en 2003, auprès d'un échantillon représentatif de la population française de près de 1 600 personnes, a mis en évidence un contraste entre les attentes des patients envers leurs médecins d'une part et la réserve de ces derniers d'autre part lorsqu'il s'agit d'évoquer le problème des addictions (98).

Tableau 8 : comparaison entre la légitimité des médecins selon les patients et l'abord par le médecin selon les produits (en pourcentage) (98, 99).

Les patients	Trouvent légitime les questions du médecin	Ont été interrogés par le médecin
Alcool	88	9
Tabac	90	25
Drogues illicites	85	4

Cette étude montre, en outre, que les répondants désignent le praticien généraliste comme le meilleur interlocuteur, après les centres spécialisés, pour aider une personne en difficulté avec l'alcool.

79% des personnes interrogées jugent facile de parler d'alcool avec leur médecin traitant.

Enfin, 90% des patients estiment leur médecin bien informé concernant le tabac contre 88% concernant l'alcool et 74% concernant les drogues illicites (98).

Il apparaît donc, à la suite de cette enquête, qu'il existe un paradoxe patent entre :

- les médecins généralistes, d'une part, qui se sentent peu à l'aise voire même, parfois, incompetents dans la prise en charge des addictions. Par ailleurs, ils déplorent souvent un manque de formation et de soutien expliquant, en partie, que leurs patients soient peu interrogés quant à leurs éventuelles consommations de SPA ;
- et les patients, d'autre part, qui évoquent peu, par eux-mêmes, leurs consommations et qui attendent d'être questionnés à ce sujet par leur médecin traitant. Aussi, lui accordent-ils une confiance élevée en le jugeant bien informé sur les différents produits.

C-/ Le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB) en alcoologie :

Les médecins généralistes occupent une position clé pour le repérage des buveurs excessifs d'alcool. En effet, ils constituent un dispositif de proximité, décentralisé, accessible et disponible. Par ailleurs, 70 à 80% de la population consulte un médecin généraliste dans l'année (100). Et comme nous venons de le voir plus haut, la prévalence des patients ayant un mésusage d'alcool en médecine ambulatoire est estimée à environ 20%. Enfin, une étude, menée en 2003 dans la région Languedoc-Roussillon, a montré que 92% des médecins de ville sont convaincus de la nécessité d'une lutte sans faille contre l'alcoolisme (101).

Il apparaît donc que les praticiens généralistes doivent être la première cible visée par la diffusion du repérage précoce et de l'intervention brève en alcoologie.

1-/ Qu'est ce que l'Intervention Brève ?

Les interventions brèves (IB) correspondent à « des techniques thérapeutiques développées sur un modèle utilisant conjointement l'évaluation du comportement de consommation, le conseil structuré et la stratégie comportementale. Le principe de cette approche est celui d'un soin minimal dispensé individuellement ou en groupe dans une optique motivationnelle » (102).

Ainsi, l'IB s'adresse prioritairement aux patients ayant un mésusage d'alcool et ne semblant pas dépendants. Les sujets alcoolo-dépendants ne doivent, cependant, pas être écartés de cette pratique.

L'objectif majeur n'est pas obligatoirement d'obtenir une abstinence solide et durable mais surtout de diminuer la consommation d'alcool du patient en dessous des seuils préconisés par l'OMS (102). Elle permettrait alors une amélioration de la santé publique.

2-/ Le Repérage Précoce :

a-/ Pourquoi repérer ?

L'objectif essentiel du Repérage Précoce (RP) est de dépister au plus tôt les consommations excessives d'alcool avant qu'elles n'aboutissent à l'apparition d'alcoolopathies qui contribuent massivement à la mortalité prématurée en France (103).

En effet, « en médecine générale, c'est principalement à l'occasion d'un problème de comorbidités somatiques, psychiques ou sociales, que l'existence d'un mésusage d'alcool est envisagée » (95).

La pratique du RP est d'autant plus importante dans ce cas que le mésusage d'alcool peut être considéré comme un problème majeur de santé publique.

Enfin, plusieurs études, dont une française, ont démontré que le simple repérage correspond déjà à une intervention (96).

b-/ Quand repérer ?

Le repérage peut être réalisé selon deux méthodes (104) :

- opportuniste : il se déroule alors à l'occasion de campagnes de sensibilisation (messages d'information diffusés par l'INPES ou la Caisse Nationale d'Assurance Maladie dans les médias ou en salle d'attente), devant certains signes fonctionnels et certaines associations de conduite addictive ou lors de la réalisation de bilans sanguins (première consultation, grossesse ou prescription de certains médicaments...);
- systématique : dans ce cas, un point est régulièrement fait avec les patients au sujet de leur consommation d'alcool. Aussi tout nouveau patient doit-il être interrogé sur sa consommation d'alcool au même titre que les « classiques » antécédents médico-chirurgicaux.

L'OMS recommande, en soins primaires, un repérage systématique auprès de tous les patients.

c-/ Comment repérer ?

Il est plus aisé de pratiquer un repérage lorsque celui-ci est exécuté de manière systématique.

On peut alors utiliser (95, 100) :

- des questions simples afin d'évaluer la Consommation Déclarée d'Alcool (CDA) : « Vous est-il arrivé de boire de l'alcool ces derniers mois ? », « Combien de verres par occasion ? », « Combien d'occasions par mois, semaine ou jour ? » ;
- les questionnaires standardisés : ils ont l'avantage de préciser le type de mésusage mais sont parfois difficilement utilisables au cours de la consultation. Les plus employés sont le DETA (équivalent du CAGE pour les anglo-saxons) et l'AUDIT, mis en place par l'OMS, qui permet, en 10 questions, de classer les consommateurs d'alcool en 3 niveaux (faible risque, consommation excessive et alcoolo-dépendance) ;
- les marqueurs biologiques (CDT, VGM et GGT) : ils n'ont cependant pas d'utilité pour le repérage de routine. Leur intérêt réside essentiellement dans le suivi de la consommation d'un patient déjà connu pour son mésusage.

3-/ L'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel (EM) vise à évaluer le degré de motivation du patient afin de l'aider à modifier ses habitudes de consommation. Cette étape, essentielle, doit faire partie intégrante de l'évaluation globale d'un patient chez qui un mésusage d'alcool a été découvert.

Les questions posées au cours de cet entretien sont en relation avec les différents stades motivationnels décrits par Prochaska et Di Clemente. A chaque étape du cycle correspond un type d'intervention.

Ainsi, on demande simplement au patient de coter, sur une échelle de 0 à 10, son désir de diminuer sa consommation d'alcool. Cela permet alors de le situer en fonction des stades du cycle de Prochaska (102).

L'objectif principal de l'EM est de renforcer et « d'augmenter les motivations personnelles du patient afin qu'il puisse arriver ou revenir au stade d'action en sachant qu'il est illusoire de faire atteindre à un patient un objectif qui ne lui convient pas » (102).

Il faut bien noter que tout passage d'étape doit être considéré, aussi bien pour le patient que pour le médecin, comme une réussite.

4-/ Modalités d'une Intervention Brève :

a-/ La durée (102) :

La durée optimale d'une IB est variable selon les auteurs. Ainsi, il est possible de distinguer :

- le conseil simple ou intervention minimale : sa durée varie, selon les publications, de 5 à 20 minutes. Il équivaut à la « *very brief intervention* » définie par les anglo-saxons. Quelques auteurs ont démontré qu'une intervention minimale de 5 minutes permettrait une réduction significative de 30% de la consommation d'alcool.
- l'intervention brève : selon les auteurs, sa durée varie de 10 minutes à plus d'une heure. D'une manière générale, la durée communément admise et retenue pour une IB est de 10 à 20 minutes.

b-/ Le nombre de séances (102) :

La majorité des publications est en faveur de 1 (consultation unique dans ce cas) à 3 sessions pour une intervention brève.

c-/ Le contenu :

L'IB permet d'évaluer la consommation d'alcool du patient, de donner des informations sur les risques d'une consommation excessive et de fixer des objectifs de modération. On rappelle que le but premier de l'IB n'est pas d'obtenir une abstinence mais une réduction de la consommation d'alcool en dessous des seuils préconisés par l'OMS soit moins de 21 verres d'alcool par semaine pour les hommes et moins de 14 verres par semaine pour les femmes.

Le contenu d'une IB peut être résumé par l'acronyme FRAMES, symbolisant les différents éléments que doit comporter une IB (102) :

- Feed-back : restitution au patient de l'information relative à sa quantité d'alcool consommée ;
- Responsibility : la responsabilité du changement appartient exclusivement au patient ;
- Advice : un conseil de modération est donné au patient ;
- Menu : un menu d'options représentant un éventail de stratégies thérapeutiques est proposé au patient ;
- Empathy : le médecin doit faire preuve d'empathie, valorise les efforts et évite les jugements de valeur ;
- Self-efficacy : au terme de cette intervention, un résumé est réalisé et le praticien renforce les ressources personnelles du patient en faveur du changement.

Les IB présentent l'avantage :

- d'être plus facilement acceptées, par les patients présentant un mésusage d'alcool, que des prises en charge lourdes et intensives ;
- de pouvoir être pratiquées par différents intervenants de premier recours comme les médecins généralistes ou les infirmières ;
- de présenter un coût acceptable et une mise en place aisée.

Elles peuvent représenter la première étape vers un traitement et une prise en charge plus complète.

Cependant, il est nécessaire de respecter quelques contre-indications comme les pathologies somatiques sévères, les troubles psychiatriques associés et la grossesse (102).

5-/ Efficacité :

L'évaluation de l'efficacité des IB a été le sujet de plusieurs revues systématiques. La plupart d'entre elles sont en faveur d'un effet positif de l'IB sur la réduction de la consommation d'alcool. Cette diminution est en moyenne de 3 à 7 unités d'alcool par semaine (soit 20 à 40% de la consommation initiale) par rapport au groupe contrôle (105).

L'une des études les plus récentes et les plus adaptées aux conditions d'exercice en médecine générale est celle publiée en 2005 par Bertholet (106). Elle conclut, elle aussi, à l'efficacité de l'IB dans la diminution de la consommation d'alcool aussi bien chez les hommes que chez les femmes, à 6 et 12 mois après l'intervention.

En revanche, il n'existe aucune preuve concernant l'amélioration des marqueurs biologiques et de la mortalité suite à la pratique de l'IB. L'efficacité peut néanmoins être supposée par l'intermédiaire de la réduction de la consommation d'alcool (105).

En outre, une revue systématique présentée en 1999 par Poikolainen (107), n'a montré d'efficacité que pour les interventions répétées ou de plus de 20 minutes et chez les femmes (aucune conclusion possible pour les hommes et les interventions de moins de 20 minutes chez les femmes).

Toutefois, il reste difficile de mener à bien des méta-analyses au sujet de l'efficacité des IB, ces dernières présentant un caractère trop hétérogène et les données obtenues sont insuffisamment standardisées pour pouvoir conclure avec certitude.

D'après Miller, « l'IB est l'intervention thérapeutique possédant à l'heure actuelle le plus haut niveau de preuves scientifiques d'efficacité parmi les traitements à disposition pour le mésusage d'alcool » (108).

D'une manière générale, l'efficacité des IB a été montrée au-delà des doutes raisonnables (109).

6-/ Facteurs limitant et favorisant la diffusion de RPIB (109) :

L'OMS a développé un projet s'articulant autour de 4 phases et qui a pour but de diffuser, le plus largement possible, au sein de la population des médecins généralistes, le repérage précoce des consommations à risque d'alcool et l'intervention brève.

Ce projet s'est attaché, entre autres, à identifier les principaux freins à la diffusion de la pratique du RPIB au sein des professionnels de santé de premier recours. Parmi ces obstacles, on peut citer notamment :

- le manque de temps des médecins ;
- la formation insuffisante quant aux techniques de l'IB ;
- la réticence de certains praticiens, pensant que leurs conseils de modération de consommation sont inefficaces ;
- le manque de soutien des autorités gouvernementales pour les médecins qui souhaitent pratiquer la médecine préventive ;
- l'absence de financement des actions de prévention.

En revanche, plusieurs facteurs favorisant la diffusion de la pratique du RPIB ont été reconnus. Parmi eux, on peut citer :

- la proximité d'un service spécialisé dans la prise en charge des addictions ;
- la preuve de l'efficacité de l'IB sur la réduction des consommations d'alcool ;
- le soutien des médecins généralistes (sous la forme de conseils téléphoniques par exemple), afin de répondre à d'éventuelles difficultés ou pour assurer une formation professionnelle continue. Il est le garant de leur engagement dans la prise en charge des conduites d'alcoolisation ;
- le souhait des patients d'être conseillés au sujet de leur consommation d'alcool ;
- enfin la sensibilisation, à la fois des médecins et des patients, aux problèmes liés au mésusage d'alcool par des campagnes de prévention.

7-/ Le plan de l'OMS et le programme « Boire Moins C'est Mieux » de l'ANPAA :

La diffusion du RPIB, inscrite dans le cadre des objectifs de l'OMS, repose, comme nous venons de l'aborder, sur 4 phases (109, 110) :

- La phase I a débuté au début des années 80 et a abouti à la mise en place du questionnaire AUDIT, utilisable par les médecins généralistes afin de dépister les mésusages de l'alcool.
- La phase II correspond à la réalisation d'une étude impliquant plusieurs pays afin de tester l'efficacité de l'IB sur la réduction de la consommation d'alcool. Le principal résultat est qu'une IB de 5 minutes permettrait une réduction de la consommation d'alcool (en moyenne de 25%) par rapport au groupe témoin et ainsi une amélioration de l'état de santé.
- La phase III s'est intéressée aux obstacles et aux facteurs favorisant la diffusion du RPIB au sein des acteurs de premier recours (dont les médecins généralistes).
- La phase IV vise l'utilisation du RPIB, à l'échelle réelle et en pratique de routine.

De son côté, l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) a développé le programme « Boire moins c'est mieux » soutenu par l'OMS. Son principal objectif est de former les médecins généralistes à la pratique du RPIB auprès des buveurs excessifs et ainsi de l'intégrer dans la routine de la médecine générale (98).

D-/ Les outils d'évaluation des consommations utilisables en médecine générale (99):

Ces outils permettent d'évaluer de façon systématique et standardisée les différentes conduites de consommation. Cependant, il faut bien noter qu'il est nécessaire de les intégrer dans une prise en charge clinique globale comportant une évaluation de la conduite de consommation, des facteurs de risque individuels et environnementaux.

1-/ Le tabac :

Le repérage de la consommation de tabac repose sur 2 questions courtes : « Fumez-vous ? » et si oui, « Voulez-vous arrêter de fumer ? ». Si le patient répond oui à cette seconde interrogation, le médecin lui fournit un conseil minimal et lui propose de l'aider dans son sevrage.

Une étude française a d'ailleurs démontré que la généralisation de ce conseil minimal à tous les fumeurs vus en médecine générale permettrait d'obtenir, chaque année, environ 300 000 arrêts du tabac (97).

Après avoir pratiqué le repérage des fumeurs, il est intéressant d'évaluer leur dépendance à la nicotine. Le test le plus utilisé, pour répondre à cet objectif, est celui développé par Fagerström (Annexe 1). Au terme de ce questionnaire en 6 étapes, il est possible de quantifier la dépendance de très faible à très forte.

Le test de Fagerström court ou « *short test* » permet la même évaluation en n'utilisant cependant que 2 questions.

2-/ L'alcool :

Plusieurs outils d'évaluation sont ici disponibles.

a-/ Le DETA :

Le questionnaire DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) est l'équivalent français du test CAGE pour les anglo-saxons (Annexe 2). Il repose sur 4 questions. Une réponse positive à deux d'entre elles suggère un mésusage d'alcool.

Il présente l'avantage d'être court et facile d'emploi mais sa sensibilité et sa spécificité en médecine générale sont médiocres. Par ailleurs, il est plus adapté au dépistage des alcoolodépendants qu'à celui des buveurs excessifs.

b-/ L'AUDIT :

Il s'agit d'un auto-questionnaire développé par l'OMS et traduit dans une dizaine de langues (Alcohol Use Disorders Identification Test). Il est constitué de 10 items, chacun coté de 0 à 4, interrogeant le patient sur ses rapports avec l'alcool au cours des 12 derniers mois (Annexe 3). Ce test est destiné à l'identification précoce des sujets présentant une alcoolisation à risque.

L'AUDIT explore 3 domaines : la fréquence et la quantité consommée, la dépendance et les problèmes rencontrés du fait de la consommation d'alcool.

L'interprétation se fait de la manière suivante : un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est en faveur d'un mésusage d'alcool. Un score supérieur à 12 chez l'homme et à 11 chez la femme correspond à une alcoolodépendance.

Même si sa sensibilité et sa spécificité sont excellentes, l'AUDIT présente l'inconvénient d'être mal accepté par les médecins généralistes. En effet, ces derniers le jugent trop long et difficile à administrer en salle d'attente, la complexité de certaines questions pouvant nécessiter la présence d'une tierce personne.

c-/ Le FACE :

Le questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) a été développé en France en 2004 plus spécifiquement pour les médecins généralistes.

Il repose sur 5 questions, elles-mêmes issues de questionnaires déjà validés comme l'AUDIT ou le CAGE (Annexe 4).

Ainsi, le questionnaire FACE possède des qualités informationnelles proches de celles de l'AUDIT, permettant de repérer les buveurs excessifs non dépendants tout en étant plus simple à utiliser en médecine ambulatoire. Le nombre important de « faux positifs » reste, toutefois, son principal défaut.

3-/ Les médicaments psychotropes :

Peu de questionnaires permettent d'apprécier la dépendance aux médicaments psychotropes.

Le score développé par Tyrer (Annexe 5) évalue le risque de dépendance aux benzodiazépines. Pour cela, chacun des 5 items est associé à un score fixe de 1 ou 2.

Son interprétation est relativement simple. Un score entre 1 et 3 représente un risque faible de dépendance aux benzodiazépines, un score entre 4 et 6 un risque fort et un score entre 7 et 9 une dépendance presque certaine.

4-/ Les drogues illicites :

Le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) élaboré par l'OFDT, est utilisé pour repérer les usages nocifs de cannabis. Il s'articule autour de 6 items faisant référence à la vie entière du patient (Annexe 6). Son principal avantage est d'être rapide (temps de passage d'environ 2 minutes) et donc facilement utilisable.

Une réponse positive à au moins 3 questions suggère un usage nocif de cannabis.

Le questionnaire ADOSPA (Auto/moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis/famille) s'intéresse aux conduites addictives liées à l'alcool et aux drogues illicites chez les adolescents. Il est construit autour de 6 questions fermées à réponses binaires (Annexe 7).

Ainsi, une étude française préconise l'interprétation suivante : un score égal à 2 indique un risque modéré d'usage nocif de SPA alors qu'un score supérieur ou égal à 3 est en faveur d'un risque élevé.

5-/ Autre questionnaire disponible :

On peut citer notamment l'Addiction Severity Index (ASI), traduit en plusieurs langues dont le français. Il explore sept domaines de la vie du patient et permet une évaluation multidimensionnelle des conduites d'usage.

C'est actuellement le test le plus utilisé au monde.

Au final, le médecin généraliste apparaît comme un maillon essentiel et un pivot dans la prise en charge des différentes conduites addictives en étant à la fois proche de ses patients et

disponible. Il est de plus un acteur de santé à qui les patients font confiance dans leur démarche de sevrage notamment. C'est en ce sens qu'il constitue un interlocuteur privilégié. Il doit toutefois surmonter certaines craintes et réticences et s'investir davantage dans le domaine de l'addictologie. Le repérage des différents mésusages pourrait être alors plus précoce, évitant ainsi la survenue de complications somatiques lourdes de conséquences sur le plan de la santé publique.

**DEUXIEME PARTIE : LES REUNIONS DE PAIRS TUTUREES EN
ADDICTOLOGIE**

I-/ Organisation et méthodologie :

A-/ Les objectifs du projet :

1-/ La création de « Réunions de pairs tutorées en addictologie » :

Le premier objectif de notre travail est de créer un petit groupe :

- constitué essentiellement de médecins généralistes lorrains ;
- dont le fonctionnement s'inspire de celui des Groupes De Pairs, mis en place depuis 1987 par la SFMG ;
- et dont le thème unique de l'ensemble des sessions est l'addictologie (alcool, tabac et drogues illicites).

Ce petit groupe, d'une dizaine de participants maximum, se réunirait régulièrement, dans le secteur de la Moselle Est et ferait intervenir, à chacune des séances, plusieurs « experts » comme :

- un médecin généraliste compétent en addictologie ;
- un praticien hospitalier spécialisé en hépato-gastro-entérologie orienté vers l'alcoologie ;
- un psychologue.

Ainsi, ces réunions permettraient à chacun des participants de :

- présenter un dossier médical lui posant problème concernant un de ses patients présentant une ou plusieurs addiction(s) ;
- bénéficier d'une discussion collégiale entre pairs sur ce dossier délicat ;
- recueillir, enfin, l'avis d'« experts » en addictologie proposant une solution conforme à des référentiels ;
- obtenir une validation au titre de l'EPP.

2-/ L'évaluation du projet :

Le second objectif de ce travail est l'évaluation du fonctionnement et de l'intérêt de ce groupe par les participants à l'aide d'un questionnaire qui permettrait de renseigner :

- la typologie des praticiens présents et leur participation éventuelle à d'autres formes de FMC ;
- leurs attentes quant au fonctionnement de ce groupe et les motivations de leur présence ;
- leur degré de satisfaction quant au déroulement de ces séances ;
- enfin, les modifications éventuelles de leurs pratiques après leur participation à ces réunions.

Ce questionnaire servirait, par la suite, de support à des propositions d'amélioration pour les réunions suivantes.

B-/ Justifications et réflexions autour de l'élaboration du projet :

1-/ Pourquoi le secteur de la Moselle Est ?

Le choix de la région de la Moselle Est pour la mise en place de ces « réunions de pairs tutorées en addictologie » repose sur plusieurs considérations.

Tout d'abord, un séminaire indemnisé intitulé « Alcool, tabac, cannabis : comprendre, repérer, accompagner » et développé par l'AMMPPU (Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post Universitaire) s'est déroulé en novembre 2008 à Saint-Avold. Ainsi, ce choix géographique nous permet de bénéficier de la présence de participants potentiellement intéressés par le thème de l'addictologie.

Par ailleurs, les experts pressentis pour participer à ces réunions exercent dans la région de la Moselle Est. En effet, le médecin généraliste compétent en addictologie est installé à Stiring-Wendel alors que les deux autres experts (psychologue et praticien hospitalier) exercent, tous deux, au Centre Hospitalier de Freyming-Merlebach.

Enfin, proposer les « Réunions de pairs tutorées en addictologie » sur le secteur de la Moselle Est, permet à l'AMMPU :

- d'une part, de décentraliser en quelque sorte ces actions de formation en les diffusant sur l'ensemble du département ;
- d'autre part, de les rendre plus aisément accessibles à ses adhérents installés dans ce secteur.

Ainsi, nous avons choisi une salle de réunion mise à disposition par le Centre Hospitalier de Freyming-Merlebach pour le déroulement de ces réunions.

2-/ Pourquoi le terme de « réunion de pairs » ?

Le terme de « réunions de pairs » a été adopté car leur fonctionnement se fonde sur celui des Groupes de Pairs (GDP) créés en 1987 par la Société Française de Médecine Générale. Cependant, quelques différences peuvent être observées :

- les « réunions de pairs tutorées en addictologie » rassemblent, au même titre que les GDP, des médecins généralistes mais intègrent d'autres professionnels de santé jouant alors le rôle d'« experts » en addictologie. Ainsi, le recours à une expertise extérieure n'est plus seulement envisagé mais systématique, le groupe de pairs devenant alors un groupe de pairs « tutoré » ;
- les « experts » ne doivent intervenir qu'après l'exposé des cas et les avis des participants généralistes, agissant ainsi en tant que « recours » et reproduisant le fonctionnement habituel de la médecine générale, avec appel à des avis spécialisés en cas de besoin ;
- le thème est identique sur l'ensemble des réunions. Il s'agit ici de l'addictologie (alcool, tabac et drogues illicites).

3-/ Pourquoi le thème de l'addictologie ?

Comme nous venons de l'observer dans le chapitre précédent, les médecins généralistes sont fréquemment et régulièrement confrontés aux problèmes d'addiction de leurs patients, les renforcements récents de certaines lois accentuant ce phénomène. En outre, ils sont, le plus

souvent, considérés comme l'interlocuteur de premier recours et à qui les patients accordent toute leur confiance.

Toutefois, certains praticiens peuvent se sentir démunis face à ces demandes pour lesquelles ils n'ont pas toujours reçu une formation suffisante.

C'est alors que les « réunions de pairs tutorées en addictologie » interviennent, en permettant aux praticiens qui le souhaitent d'exposer le dossier épineux d'un de leurs patients et d'obtenir des propositions thérapeutiques conformes à des référentiels.

La participation d'experts, de formation professionnelle différente, assure la pluridisciplinarité des solutions proposées.

C-/ L'organisation et la mise en place du projet :

1-/ L'AMMPPU :

a-/ Présentation et statuts :

L'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire (AMMPPU) est une association régie par la loi de 1901 et dont le siège (« Domus Medica ») se situe à Metz. Elle est indépendante et gérée par des médecins généralistes installés dans le département de la Moselle.

Elle compte plus de 450 membres répartis sur l'ensemble du département et regroupe douze sections locales, chacune animée par un responsable. Elle permet, ainsi, de proposer une formation médicale décentralisée, proche de ses adhérents.

Son financement provient essentiellement des cotisations des adhérents, de subventions, de dons institutionnels et de séminaires.

b-/ Objectif :

L'objectif principal de l'AMMPPU est de promouvoir et d'organiser la Formation Médicale Continue des médecins généralistes. Les actions de formation, fondées sur

l'interdisciplinarité, s'adressent aussi à d'autres professionnels de santé comme : les médecins du travail, les médecins responsables de centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les médecins hospitaliers, les sage-femmes, les infirmiers, les kinésithérapeutes...

Cette finalité repose, notamment, sur l'organisation de :

- conférences mensuelles dans chacune des douze sections ;
- soirées concernant un thème d'actualité ;
- ateliers pratiques ;
- cycles de formation ;
- groupes d'analyse de pratiques entre pairs, audits en petits groupes ou revue de morbi-mortalité permettant de satisfaire à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- séminaires de formation indemnisés ou non.

c-/ Partenariats :

Afin de proposer une FMC la plus proche possible des attentes des médecins généralistes, l'AMMPPU s'est associée avec différents partenaires comme :

- la Société des Sciences Médicales de la Moselle ;
- les Réseaux de Santé ;
- le Groupe Lorrain d'Audit Médical (GLAM) ;
- le Département de Formation Médicale Continue de la Faculté de Médecine de Nancy.

2-/ La présentation du projet :

Le projet des « réunions de pairs tutorées en addictologie » a été présenté et diffusé par l'AMMPPU à l'aide de la fiche exposée ci-dessous.

REUNIONS DE PAIRS TUTEES EN ADDICTOLOGIE

- Dates : 12 mai 2009, 26 juin 2009 et 15 septembre 2009.
 - Lieu : salle de réunion, bâtiment B, Centre Hospitalier de Freyming-Merlebach.
 - Horaires : 20h30 : accueil des participants avec lunch pour ceux qui le souhaitent.
21h00 : début de la séance de travail qui durera de 2h à 2h30 en fonction du nombre de dossiers à présenter.
 - Cible : médecins de toutes spécialités et autres professionnels investis dans l'addictologie.
 - Promoteurs et animateurs : Docteurs Jean-Michel MARTY et Jocelyne LOUYOT.
 - Justificatif et objectifs :
 - les consultations ayant pour objet l'addictologie (alcool, tabac, drogues) sont de plus en plus fréquentes ;
 - la formation initiale qui nous a été dispensée n'incluait pas ces domaines ;
 - les connaissances et les modes de prise en charge ont été bouleversés récemment.
- Venez avec un problème et repartez avec des solutions, en validant votre EPP !
- Principes des réunions :
 - les participants s'inscrivent au préalable auprès du secrétariat de l'AMMPPU et apportent les cas qui leur posent problème ;
 - les dossiers sont examinés par le groupe comprenant des addictologues ;
 - une fiche de suivi comportant des conseils est établie à l'issue de la discussion de chaque cas ; les séances ultérieures débutent par l'examen de l'évolution des patients.
 - Renseignements et inscriptions au secrétariat de l'AMMPPU : tél : 03 87 31 98 98, fax : 03 87 32 07 14. Courriel : ammppu@wanadoo.fr.

Ce projet voyant le jour en 2009, le calendrier des réunions a volontairement été limité à trois dates. L'évaluation sera réalisée à l'issue des trois premières séances.

3-/ La diffusion des invitations :

Les praticiens adhérents à l'AMMPPU ont été informés de la création des « réunions de pairs tutorées en addictologie » par l'intermédiaire du livre programme 2009-2010 diffusé par l'association au cours des mois de septembre et octobre.

Par ailleurs, la fiche de présentation du projet développée ci-dessus a été envoyée par mail à l'ensemble des médecins généralistes inscrits à l'association, en privilégiant ceux installés dans le secteur de la Moselle Est.

L'émission de ces mails a débuté environ 1 mois avant chacune des réunions.

4-/ Le déroulement d'une « réunion de pairs tutorée en addictologie » :

a-/ La présentation des dossiers :

Chacune des réunions débute par un tour de table durant lequel les participants présentent, à tour de rôle, le dossier d'un de leurs patients posant un problème en rapport avec le thème de l'addictologie.

Chaque dossier est exposé à l'aide d'une fiche de présentation unique, permettant une démarche standardisée et facilitant le recueil de données (Cf Annexe 8).

Cette fiche montre :

- les caractéristiques du patient : âge, profession, situation familiale... ;
- ses antécédents personnels et familiaux ;
- le type d'addiction dont il souffre et la quantité de SPA qu'il consomme ;
- l'histoire de cette addiction : circonstances de début, tentatives d'arrêt ou de réduction, le retentissement sur sa vie sociale, familiale ou professionnelle ;
- sa demande éventuelle d'aide au sevrage ou de suivi psychologique.

Au terme de cette présentation, le praticien formule en quelques mots la problématique qu'il pose au groupe. Cette dernière sert de base à la discussion collégiale de ce dossier entre pairs d'une part puis avec les experts d'autre part.

A l'issue de cette discussion, l'ensemble des avis recueillis est résumé au praticien exposant son dossier. Par ailleurs, plusieurs recommandations sur les plans thérapeutique et social sont proposées par les experts.

b-/ La reprise des dossiers :

Dès la seconde réunion, un temps est consacré à la reprise des dossiers présentés lors des précédentes séances. Il peut se dérouler dès le début de la réunion ou après la présentation des nouveaux dossiers.

La reprise des dossiers permet alors de :

- savoir si le médecin a eu l'occasion de revoir le patient ;
- connaître, le cas échéant, l'évolution de ce dernier après l'application des recommandations, qu'elles soient d'ordre thérapeutique ou social ;
- envisager le degré d'efficacité des conseils prodigués.

Ce temps offre aussi l'opportunité de savoir pourquoi certaines de ces recommandations n'ont éventuellement pas pu être appliquées ou ont échoué.

c-/ La discussion :

Il s'agit du troisième temps de la réunion. Elle vise plusieurs objectifs :

- réponse aux questions éventuelles de l'ensemble des participants au sujet des dossiers exposés ou à diverses interrogations ayant trait au thème de l'addictologie (prescription ou initiation d'un traitement de substitution par exemple) ;
- discussion concernant une étude ou un article récemment publiés dans la presse scientifique ;
- présentation des réseaux locaux de prise en charge des addictions (structures d'accueil, consultations hospitalières, réseau ville-hôpital...).

d-/ L'émargement de la feuille de présence :

Au début de chaque séance, une feuille d'émargement est signée par chacun des participants puis transmise au secrétariat de l'AMMPPU.

Elle permet de justifier que les médecins présents ont satisfait à leur obligation de FMC et d'EPP en participant régulièrement à ces réunions de pairs.

e-/ Le secrétaire de séance et le modérateur :

A l'image des Groupes De Pairs mis en place par la SFMG, un secrétaire de séance et un modérateur sont proposés pour chacune des réunions de pairs.

Le secrétaire de séance a pour rôle de noter les observations de tous les participants et de les résumer afin d'établir une synthèse qui sera transmise à tous les médecins présents.

Pour sa part, le modérateur répartit de façon équitable les temps de parole entre les divers intervenants. En outre, il veille à la convivialité des échanges en évitant la prééminence de leader.

Le projet des « réunions de pairs tutorées en addictologie » étant expérimental et pour des raisons de simplicité, la fonction de secrétaire de séance a reposé sur la même personne au cours des trois premières séances. Il en a été de même pour le rôle de modérateur.

D-/ L'évaluation du projet :

L'évaluation du projet des « réunions de pairs tutorées en addictologie » a pour objectif de faire apparaître, d'une part, le degré de satisfaction des praticiens présents et d'apprécier, d'autre part, le retentissement de leur participation sur la prise en charge de leurs patients présentant une ou plusieurs addiction(s).

Elle repose sur un questionnaire de satisfaction qui a été distribué, en mains propres, à l'ensemble des participants à l'issue de la troisième réunion, que les médecins aient été présents à une ou plusieurs séances. Les praticiens absents lors de cette réunion ont été contactés par courrier. Le questionnaire leur a été envoyé à leur lieu d'exercice (cabinet de

ville ou secrétariat de service hospitalier) accompagné d'une lettre explicative. Il sert de support à une étude descriptive.

La date limite de retour de ces questionnaires a été fixée au 2 octobre 2009.

Ce questionnaire, consultable en Annexe 9, est construit autour de quatre grands axes :

- la première partie permet de caractériser la population des médecins inscrits à ces réunions. On y retrouve, notamment, des informations concernant leur âge, leur mode d'exercice (urbain, rural, hospitalier), leur présence éventuelle au séminaire « alcool, tabac cannabis » ou encore leur participation à d'autres formes de FMC.
- les médecins sont ensuite interrogés sur leurs attentes concernant le fonctionnement des sessions et les motivations de leur présence à ces réunions. Nous nous intéresserons essentiellement aux trois raisons les plus importantes cotées de 1 à 3.
- le troisième axe permet d'évaluer le déroulement de ces réunions, leur organisation et la présence d'experts en appréciant la satisfaction des participants à l'aide d'un questionnaire à choix multiples.
- enfin, la dernière partie apprécie le retentissement de ces réunions de pairs sur la pratique des médecins. Ainsi, elle permet d'objectiver, toujours à l'aide d'un questionnaire à choix multiples, l'utilité de cette méthode d'EPP, l'amélioration éventuelle de la prise en charge des patients présentant une addiction ou une modification de méthodes de travail.

Les médecins sont, par ailleurs, interrogés sur l'utilité d'un « Guide Pratique en Addictologie » dont l'élaboration pourrait constituer un complément à l'évaluation du projet des « réunions de pairs tutorées en addictologie ».

Enfin, un espace est réservé pour des commentaires dont l'application pourrait servir à l'amélioration du fonctionnement et du déroulement des réunions ultérieures.

Il est à noter qu'un mail a aussi été envoyé à l'issue de la première réunion de pairs, à l'ensemble des médecins présents, afin de recueillir leurs premières impressions et leurs éventuelles remarques pouvant permettre une amélioration des séances suivantes.

II-/ Résultats :

A-/ Nombre de participants et taux de réponse :

A l'issue des trois réunions de pairs utilisées pour l'évaluation de ce projet, nous avons dénombré 10 médecins ayant participé à au moins l'une d'entre elles.

Plus précisément, la première séance avait rassemblé 10 participants dont 2 « experts » contre 7 dont 2 « experts » pour la seconde et 10 dont 3 « experts » pour la troisième. Le nombre moyen de participants sur l'ensemble de ces trois réunions était donc de 9 personnes par session.

Le questionnaire présenté précédemment avait été distribué à l'ensemble des dix participants, sept questionnaires ayant été transmis en mains propres lors de la troisième session et trois envoyés par courrier.

Au terme de la date limite de retour fixée au 02/10/2009, nous avons pu recueillir un total de dix questionnaires soit un taux de réponse de 100%.

B-/ Nombre de dossiers présentés :

Ces trois réunions de pairs avaient permis l'exposé d'un total de 14 dossiers différents. La répartition de ces dossiers en fonction de chaque SPA apparaît dans le tableau ci-dessous. Les Annexes 10 à 12 reprennent en détails le contenu de chacun des cas cliniques ainsi que les solutions proposées par le groupe.

Tableau 9 : nombre de dossiers présentés lors de chaque réunion de pairs et en fonction de chaque SPA.

	1 ^{ère} réunion (12/05/2009)	2 ^{ème} réunion (23/06/2009)	3 ^{ème} réunion (15/09/2009)	TOTAL
Alcool	3	4	3	10
Tabac	1*			1
Cannabis				
Héroïne	1		1	2
Médicaments (BZD)			1	1
TOTAL	5	4	5	14

BZD: benzodiazépines.

1* : dossier concernant à la fois une addiction au tabac et au cannabis.

La seconde réunion avait débuté par la reprise de 2 dossiers présentés lors de la précédente session.

Enfin, un cas clinique concernant une addiction au jeu avait pu être discuté, permettant ainsi au médecin l'ayant exposé de bénéficier d'une piste de prise en charge.

C-/ Typologie des participants :

1-/ Sexe :

Parmi l'ensemble des participants, nous avons recensé 5 hommes et 5 femmes soit une répartition égale entre les deux sexes.

2-/ Age :

L'âge moyen des hommes présents était de 52 ans contre 46 ans pour les femmes soit un âge moyen du groupe de 49 ans.

3-/ Mode d'exercice :

Tableau 10: répartition des participants aux réunions de pairs en fonction de leur mode d'exercice.

Urbain (>10 000 hab)	Libéral	5
	Hospitalier	2
Semi rural (<10 000 hab)		2
Rural (<2 500 hab)		1
Total		10

Ainsi, le groupe était constitué exclusivement de médecins dont 8 pratiquaient un exercice libéral et 2 un exercice hospitalier. Parmi ces deux derniers, l'un était en activité dans un service d'Hépatogastro-entérologie et l'autre dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation.

Concernant les praticiens ayant une activité libérale, on en comptait 6 travaillant dans un cabinet en association avec un ou plusieurs confrère(s) et 2 travaillant seuls.

Par ailleurs, nous pouvions remarquer que tous les médecins présents exerçaient dans le même département, la Moselle.

Enfin, la moitié des médecins s'était installée dans les années 80, un en 1993 et deux dans les années 2000. Deux médecins n'avaient pas renseigné cet item.

4-/ Nombre de patients présentant au moins une addiction :

Cette question avait été à l'origine de réponses très variables allant de 1 ou 2 patients par mois pour le praticien hospitalier exerçant en service de Soins de Suite et de Réadaptation jusqu'à environ 400 (parmi l'ensemble de ses patients) pour un médecin généraliste installé en cabinet libéral.

3 praticiens suivaient environ une cinquantaine de patients pour lesquels au moins une addiction avait été identifiée.

La moitié des participants n'avait pas pu répondre à cette question, trouvant l'estimation difficile.

5-/ Participation au séminaire « Alcool, tabac, cannabis » :

Parmi les 10 médecins constituant le groupe, la moitié avait déclaré avoir participé au séminaire « Alcool, tabac, cannabis : comprendre, repérer, accompagner » qui s'était déroulé au mois de novembre 2008 à Saint-Avoid.

L'un des deux praticiens hospitaliers présents aux « réunions de pairs tutorées en addictologie » était également inscrit à ce séminaire.

6-/ Participation à d'autres modes de Formation Médicale Continue :

Les réponses à cette question sont présentées dans les tableaux ci-dessous.

Tableau 11 : nombre de médecins participant à d'autres formes de FMC.

Groupe de Pairs « classique »	6
FMC associative	8
FMC universitaire	5
FMC organisée par les laboratoires	8
Presse médicale	8

Tableau 12 : nombre de médecins participant à au moins deux formes différentes de FMC.

2 formes différentes de FMC	2
3 formes différentes de FMC	3
4 formes différentes de FMC	3
5 formes différentes de FMC	2
Total	10

D-/ Attentes et motivations quant à la participation aux réunions de pairs :

Afin de répondre à cette question, les médecins devaient, en premier lieu, sélectionner les 3 propositions leur paraissant les plus pertinentes parmi un choix de 14 puis classer ces 3 items en fonction de leur importance.

Les résultats de ce classement sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 13 : nombre de fois où la proposition a été placée en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} position.

	1 ^{ère} position	2 ^{ème} position	3 ^{ème} position
Compléter et approfondir vos connaissances en addictologie			1
Améliorer la prise en charge de vos patients présentant une addiction	4	2	
Vous sentir plus à l'aise face aux patients présentant une addiction		2	1
Proposer à un patient en échec de sevrage des solutions conformes à des référentiels	3		
Partager votre expérience avec celle de vos confrères		3	1
Connaître les réseaux de soins locaux en addictologie	1	3	1
Profiter de l'expérience d'un « expert » en addictologie			3
Exprimer vos difficultés de prise en charge ambulatoire des patients présentant une addiction	1		1
Renforcer votre identité professionnelle (valorisation de l'activité)			1
Sortir de l'isolement et rencontrer des confrères	1		
Profiter de la possibilité d'un suivi de patient(s)			1

A l'issue de l'étude des questionnaires, deux propositions n'étaient jamais citées. Elles concernaient « la satisfaction d'une curiosité face à une méthode de FMC novatrice » et la possibilité de « valider l'EPP ». C'est pourquoi elles ne figurent pas dans le précédent tableau. En outre, un des participants avait regretté de devoir limiter les choix possibles à 3.

E-/ Déroulement des réunions de pairs :

Cette partie du questionnaire s'attachait, tout d'abord, à évaluer la satisfaction des membres du groupe concernant le déroulement de ces « réunions de pairs tutorées en addictologie ». Les réponses à ces premières questions sont disponibles dans le tableau ci-dessous.

Tableau 14 : satisfaction des médecins concernant le déroulement des réunions de pairs.

	TS	PS	PI	TI
Organisation logistique des réunions	1	9		
Qualité des interventions (« experts »)	3	7		
Solutions qui vous ont été proposées		10		
Votre temps d'expression	6	4		
Durée de la réunion	5	5		
Total	15	35		

TS : Très Satisfait ; PS : Plutôt Satisfait ; PI : Plutôt Insatisfait ; TI : Très Insatisfait.

De plus, à la question « cette réunion a-t-elle répondu globalement à vos attentes ? », 2 praticiens avaient répondu qu'ils étaient tout à fait d'accord et 8 plutôt d'accord.

Dans un second temps, nous avons tenté de savoir si les médecins avaient considéré ces réunions de pairs comme une aide à la pratique et/ou une méthode permettant un suivi de leurs patients.

Tableau 15 : considérez-vous les « réunions de pairs tutorées en addictologie » comme :

	TA	PA	PPA	PAT
Une aide à la pratique ?	7	3		
Une méthode permettant un suivi de vos patients ?	1	8	1	
Total	8	11	1	

TA : Tout à fait d'Accord ; PA : Plutôt d'Accord ; PPA : Plutôt Pas d'Accord ; PAT : Pas d'Accord du Tout.

Par la suite, les praticiens présents avaient été interrogés sur leur satisfaction quant à la participation d' « experts » en addictologie d'une part et sur la possibilité d'un suivi à distance de leurs patients d'autre part. Les résultats figurent dans le tableau suivant.

Tableau 16 : êtes-vous satisfaits :

	TS	PS	PI	TI	SA
De la participation d' « experts » en addictologie ?	3	7			
De la possibilité d'un suivi à distance des patients ?		8	1		1
Total	3	15	1		1

TS : Très Satisfait ; PS : Plutôt Satisfait ; PI : Plutôt Insatisfait ; TI : Très Insatisfait ; SA : Sans Avis.

Parmi les déterminants les plus fréquemment cités par les participants afin d'expliquer leur satisfaction quant à la présence d' « experts » en addictologie, nous avons pu identifier :

- la richesse d'échanges de points de vue ;
- le partage de prises en charge différentes ;
- les compléments d'informations sur certaines pratiques ;
- l'apport de référentiels récents et validés ;
- l'avis d'un confrère expérimenté même si ses conditions d'exercice sont différentes.

En revanche, un médecin regrettait l'absence, parmi les « experts », d'un psychiatre qui aurait permis d'approfondir la dimension psychologique des dossiers tandis qu'un autre praticien doutait de la facilité d'application de certaines recommandations en médecine générale. Un troisième participant déplorait l'absence d'acteurs de terrain notamment des éducateurs du CMSEA (Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence).

Concernant la possibilité de suivi des patients, l'un des médecins présents signalait que le délai, trop court, entre deux réunions ne permettait pas toujours de revoir les patients dont il avait présenté le dossier lors d'une précédente session.

Un autre participant révélait que la reprise des anciens dossiers lors de chaque réunion était intéressante car elle permettait de suivre l'évolution du patient dans son parcours de soins.

Enfin, tous les praticiens, présents lors de ces réunions de pairs tutorées en addictologie, ont répondu affirmativement à la question suivante : « Au final, conseillerez-vous cette méthode de FMC à un/des confrère(s) ? ».

F-/ Réunions de pairs et activité professionnelle des médecins :

Une série de quatre questions avait été posée, ensuite, aux membres du groupe afin d'évaluer les éventuelles répercussions de leur participation aux réunions de pairs sur leur pratique quotidienne. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 17 : répercussions de la participation aux réunions de pairs sur la pratique médicale.

	TA	PA	PPA	PAT	SA
Utilité des réunions de pairs pour la pratique ?	5	5			
Aide pour surmonter d'éventuelles difficultés rencontrées en addictologie ?		8	1		1
Modification des méthodes de travail ?	2	5	2		1
Amélioration de la prise en charge des patients présentant une addiction ?	2	5	1		2
Total	9	23	4		4

TA : Tout à fait d'Accord ; PA : Plutôt d'Accord ; PPA : Plutôt Pas d'Accord ; PAT : Pas d'Accord du Tout ; SA : Sans Avis.

Concernant cette dernière question, il avait été demandé aux médecins présents de développer, sous forme de commentaires libres, les déterminants expliquant cette amélioration des pratiques.

Ainsi avaient été cités :

- l'échange de points de vue et de savoir-faire sur des dossiers complexes permettant de profiter de l'expérience de confrères d'une part et de l'avis d'« experts » en addictologie d'autre part et guidant les praticiens dans leurs démarches de soins ;
- l'exploration de façon plus systématique d'addictions autres que celle pour laquelle le patient est initialement vu en consultation ;

- la prise en compte du vécu familial et professionnel du patient autorisant une vision globale de son dossier ;
- la recherche de l'élément déclencheur de l'addiction et la nécessité de reconstruire l'histoire de cette addiction ;
- l'obtention de nouvelles solutions à proposer aux patients présentant une ou plusieurs addiction(s) ;
- la notion de recherche d'un motif autre que le produit addictif pour maintenir ou établir le contact avec le patient ;
- la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire et d'un réseau addictologique dans la prise en charge de ces patients ;
- l'utilisation de la fiche de présentation du dossier permettant un interrogatoire structuré ;
- une confiance en soi plus solide même si la prise en charge des patients présentant une addiction reste une école de l'humilité.

Le praticien n'ayant pas ressenti une amélioration de sa pratique avait expliqué avoir déjà modifié sa méthode de travail avant sa participation aux « réunions de pairs tutorées en addictologie ». Par ailleurs il n'avait pas eu l'opportunité de revoir ses patients entre deux réunions de pairs et n'avait donc pas pu appliquer les recommandations.

Le questionnaire de satisfaction se concluait enfin par une question concernant l'éventuelle création d'un « Guide Pratique en Addictologie ».

Les 10 membres constituant ces réunions de pairs étaient tous intéressés par l'élaboration de ce guide.

Parmi les éléments que souhaitaient y voir figurer les médecins, nous pouvions citer :

- les modalités de prescription des produits de substitution accompagnées de leurs contre-indications, effets secondaires ainsi que les interactions à prendre en considération ;
- les notions importantes d'un protocole de sevrage ;
- les pièges à éviter lors de la prescription de certains traitements pour ne pas aboutir à une impasse thérapeutique ;
- les recommandations et référentiels actuellement disponibles concernant la prise en charge ambulatoire des patients présentant une addiction ;

- des arbres décisionnels afin de clarifier certaines attitudes thérapeutiques ;
- la pratique de l'entretien motivationnel ;
- les réseaux et associations locaux et départementaux de soins en addictologie : coordonnées, horaires de permanence, fonctionnement et rôle des différents membres ;
- les coordonnées d'intervenants médicaux et paramédicaux spécialisés dans le domaine de l'addictologie (psychiatres, psychologues, alcoologues, tabacologues).

III-/ Discussion :

A-/ Interprétation des résultats :

1-/ Nombre de participants et taux de réponses :

L'effectif sur lequel s'est fondée notre étude était limité à une dizaine de personnes, avec un nombre moyen de participants de 9 personnes par séance. En effet, le déroulement même des réunions de pairs se prête peu à un nombre élevé de participants. Ainsi chacun des membres du groupe a pu exposer, de façon approfondie, son dossier sans éprouver le sentiment d'avoir été pris par le temps.

Néanmoins, l'invitation avait été lancée à tous les médecins adhérents de l'AMMPPU. Si les inscriptions avaient été assez nombreuses, il aurait été possible de mettre en place un deuxième groupe ce qui n'a pas été nécessaire.

Par ailleurs, le taux de réponses obtenu de 100% au questionnaire est un premier signe de l'ambiance conviviale qui régnait au sein du groupe d'une part et de l'intérêt que portaient les participants à cette étude d'autre part.

2-/ Nombre de dossiers présentés :

Sur les 14 dossiers exposés au cours des trois réunions de pairs, 10 concernaient une addiction à l'alcool. A l'inverse, seuls 2 dossiers en rapport à une dépendance à l'héroïne et un dossier en lien avec une addiction au tabac ont été présentés.

Ce constat ne signifie pas que les médecins participants suivent plus de patients consultant pour une addiction à l'alcool mais plutôt que cette dernière leur crée plus de difficultés dans sa prise en charge puisqu'ils sollicitent un avis spécialisé extérieur.

3-/ Typologie des participants :

L'âge moyen des participants (49 ans) montre bien que cette méthode de FMC a principalement touché des praticiens ayant déjà une certaine expérience de terrain. Ce constat s'est confirmé par le fait que la moitié des membres du groupe s'est installée depuis au moins 20 ans et un médecin depuis plus de 15 ans.

En outre, nous pouvons remarquer que le thème de l'addictologie, spécifique de ces réunions de pairs, a réussi à rassembler des praticiens de tous bords (spécialistes et généralistes, hospitaliers et libéraux), concernés à des degrés différents par ce problème. Ainsi, un médecin déclare ne suivre qu'un ou deux patients présentant une addiction par mois tandis qu'un autre indique en prendre en charge environ 400.

Ce phénomène peut s'expliquer par l'orientation spécifique de certains participants dans leur activité, en tabacologie notamment.

L'intérêt que portent les médecins présents au thème de l'addictologie se signale encore par la présence de la moitié d'entre eux au séminaire « Alcool, tabac, cannabis : comprendre, repérer, accompagner » qui s'était déroulé un an auparavant à Saint-Avoid.

Enfin, il est intéressant de signaler que tous les membres de ce groupe prennent part à au moins deux formes de FMC autres que les « réunions de pairs tutorées en addictologie », six d'entre eux participant même à au moins trois types différents de FMC.

Et, nous pouvons constater que six médecins sont déjà inscrits et fréquentent régulièrement un GDP « classique ».

Ces résultats indiquent bien que les médecins qui se sont impliqués dans ces réunions de pairs sont tous déjà intéressés et motivés par la FMC.

4-/ Attentes et motivations quant à la participation aux réunions de pairs :

Les facteurs, les plus fréquemment cités, qui ont motivé les médecins à se présenter à ces réunions sont les suivants :

- l'amélioration de la prise en charge des patients présentant une addiction ;
- la possibilité de proposer à un patient en échec de sevrage des solutions conformes à un référentiel ;
- le partage d'expérience avec celle de confrères ;
- une meilleure connaissance des réseaux de soins locaux en addictologie ;
- l'acquisition d'une aisance face aux patients présentant une addiction.

Nous pouvons ainsi retenir que les médecins ayant participé aux réunions de pairs étaient davantage motivés par l'apprentissage de nouvelles connaissances ou la consolidation de celles déjà acquises que par la validation de leur EPP ou la satisfaction de leur curiosité face une méthode de FMC novatrice.

La présence d'«experts» en addictologie n'a été qu'un déterminant secondaire pour la présence des médecins aux réunions. En effet, seulement 3 participants avaient placé cette proposition en 3^{ème} position.

5-/ Déroulement des réunions de pairs :

Tous les membres du groupe ont été au moins « plutôt satisfaits » voire « très satisfaits » du déroulement et de l'organisation de ces réunions, qui semblent avoir répondu globalement à leurs attentes.

Nous avons vu précédemment qu'un des praticiens avait regretté l'absence d'un psychiatre privant alors le groupe de la possibilité de prendre en compte la dimension psychologique des dossiers.

Cinq autres participants avaient d'ailleurs partagé cet avis et avaient fait apparaître cette remarque dans leurs réponses au mail envoyé à l'issue de la première session. Cela nous a ainsi permis d'intégrer au groupe, à partir de la troisième réunion de pairs, une psychologue exerçant au Centre Hospitalier de Freyding-Merlebach et spécialisée dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants.

B-/ Points forts du projet :

1-/ Une méthode de FMC novatrice :

Le premier résultat clé de ce projet est d'avoir réussi à créer une méthode de FMC novatrice permettant également aux participants de valider leur EPP. En nous fondant sur les règles régissant les GDP définis par la SFMG, nous sommes parvenus à faire intervenir un groupe de 3 « experts » en addictologie. Chacun de ces « experts » ayant une activité professionnelle différente, cela nous a permis d'obtenir un avis pluridisciplinaire et de mettre à jour différentes facettes du dossier présenté.

Cette méthode se situe donc à mi-chemin entre d'une part des Groupes De Pairs (GDP), reconnus par la HAS comme une méthode de FMC et d'EPP de qualité et d'autre part des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) qui ont fait leur preuve en cancérologie.

2-/ Une méthode centrée sur un thème unique :

A la différence des Groupes de Pairs, les cas cliniques discutés au cours des réunions de pairs ne concernent qu'un seul et unique thème, l'addictologie dans le cas de notre étude.

Cela permet aux participants de pouvoir préparer à l'avance le dossier qu'ils vont présenter à l'aide, notamment, de la fiche standardisée facilitant le recueil des éléments essentiels du cas clinique.

Le choix d'un thème particulier permet en outre de focaliser la réflexion sur un problème majeur de santé publique. Les « Réunions de pairs tutorées en addictologie », initialement centrées sur la prise en charge des addictions au tabac, à l'alcool ou aux drogues illicites, ont aussi été l'occasion d'exposer un dossier d'addiction au jeu.

3-/ Un lien entre les médecins généralistes et les intervenants en addictologie :

Ces réunions de pairs sont l'opportunité de mettre en relation des médecins généralistes qui se sentent parfois seuls face aux difficultés de prise en charge de leurs patients présentant une addiction, avec des intervenants permettant de les épauler dans le suivi de ces malades.

L'intérêt de ce travail réside aussi dans la création d'un lien entre la médecine ambulatoire et l'exercice hospitalier permettant de positionner le médecin généraliste au centre d'un réseau de soins dont il connaît les membres actifs.

4-/ Une ambiance conviviale et des échanges de qualité :

Nous avons réussi le pari de constituer un groupe où règne une ambiance conviviale propice à des échanges d'expérience et de savoir-faire de qualité. Cette convivialité a reposé en grande partie sur la présence de plusieurs praticiens qui se connaissaient déjà avant leur participation aux réunions de pairs car ils fréquentaient un même GDP. A l'opposé, ces réunions de pairs ont été l'occasion, pour un des médecins, de découvrir le fonctionnement d'un Groupe d'Analyse de Pratiques entre Pairs et de s'investir plus intensément dans la FMC.

Ce climat au sein du groupe ainsi que la motivation des médecins présents sont en grande partie responsables de leur satisfaction et de leur assiduité aux trois sessions utilisées pour l'évaluation de ce projet.

5-/ Des conseils pratiques :

Enfin, nous avons répondu à l'objectif principal de ces réunions de pairs : apporter des solutions pratiques rapidement et facilement applicables en médecine ambulatoire. Dès lors, les participants ont pu en profiter pour parfaire leur expérience aussi bien dans les domaines thérapeutiques que sociaux. Ils ont pu bénéficier de conseils pratiques concernant les traitements utilisables notamment pour la mise en place des sevrages. De plus, certains ont pu approfondir leurs connaissances au sujet des associations ou des réseaux spécialisés dans le suivi des addictions. Un petit annuaire des structures addictologiques du département de la Moselle a d'ailleurs été distribué à l'ensemble des participants à l'issue de la troisième séance.

C-/ Difficultés rencontrées et limites de l'étude :

1-/ Un effectif limité et des biais de sélection :

La première limite de cette étude est la faiblesse de l'effectif. Nous ne sommes pas parvenus à mobiliser plus de 10 personnes afin de constituer un noyau dur de participants. Cette observation peut s'expliquer de différentes manières.

En premier lieu, le site excentré (Centre Hospitalier de Freyming-Merlebach) où se déroulaient ces réunions de pairs a pu dérouter les médecins installés dans le département de la Moselle, ces derniers ayant l'habitude de se réunir sur le site de Metz, bénéficiant d'une situation plus centrale au sein du département.

L'horaire fixé à 21h00, quant à lui, ne permettait probablement pas à tous les médecins de pouvoir se rendre à temps sur le lieu des réunions.

Le thème spécifique de l'addictologie limitait, aussi, de façon indéniable les inscriptions, certains médecins ne se sentant pas concernés par ce problème. La faible participation, vingt-sept médecins seulement, au séminaire « Tabac, alcool, cannabis : comprendre, repérer et accompagner » qui s'était tenu à Saint-Avold en novembre 2008 et qui concernait tous les médecins lorrains, confirme ce constat.

En outre, et nous l'avions déjà souligné plus haut, la typologie des participants faisait apparaître la présence quasi exclusive de «chevronnés de la FMC». En effet, la méthode des «réunions de pairs» semblait peu motiver les néophytes, les méthodes interactives obligeant les médecins à se dévoiler et en quelque sorte à prendre des risques.

Enfin, les invitations n'avaient été envoyées qu'aux médecins adhérents à l'AMMPPU nous privant alors de tous les médecins mosellans non adhérents à cette association d'une part et des praticiens généralistes installés dans les départements limitrophes d'autre part.

2-/ Une étude qualitative :

La deuxième difficulté que nous avons rencontrée concerne la direction de cette étude. Cette dernière se fonde uniquement sur un questionnaire de satisfaction dont les réponses ne reposent que sur des critères subjectifs présentés sous la forme de QCM.

Si cette méthode peut suffire pour estimer le degré de satisfaction des participants, elle a néanmoins trouvé ses limites. En effet, il aurait été plus pertinent, afin d'évaluer les répercussions de leur participation aux réunions de pairs sur leur pratique, de sélectionner quelques critères objectifs et mesurables comme :

- la diminution de la consommation de tabac en paquets année d'un patient après la participation de son médecin traitant aux réunions de pairs ;
- la diminution, de la même manière, de la consommation d'alcool en nombres de verres par jour ou par semaine.

Cependant, l'utilisation de tels critères se serait avérée complexe car elle aurait imposé d'avoir accès aux dossiers des patients concernés. En outre, il serait très réducteur d'attribuer une diminution de consommation d'un produit addictif à la seule participation du médecin traitant aux réunions de pairs.

Afin d'évaluer l'efficacité et le retentissement sur les pratiques de ces réunions de pairs, des études comparatives auraient pu être menées comme :

- une enquête avant/après couplée à un audit avec un premier tour réalisé avant l'action et un second après. Cela aurait permis d'estimer plus précisément et plus fidèlement d'éventuelles modifications de pratiques à l'aide d'une grille de mesure reposant sur quelques critères de suivi préalablement définis ;
- une étude groupe intervention/groupe contrôle comparant les pratiques de deux groupes de praticiens, l'un ayant participé aux « réunions de pairs tutorées en addictologie », l'autre non, à la recherche d'une différence significative.

L'élaboration de telles études aurait nécessité, toutefois, des moyens, notamment humains, bien supérieurs et leur réalisation aurait été bien plus délicate.

3-/ L'absence d'acteurs de terrain :

Un praticien a regretté l'absence d'acteurs de terrain comme des éducateurs du CMSEA (Comité Mosellan de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence), en contact direct avec les difficultés, notamment sociales, de certains patients souffrant d'une ou plusieurs addiction(s). Cette suggestion n'a pas été retenue, car, même si leur avis avait été, très probablement, intéressant, nous nous serions alors exposés à une multiplicité de points de vue qui aurait pu être dommageable au temps de parole de chacun des membres du groupe.

4-/ Le grade des recommandations non mentionné :

Comme nous pouvons le constater sur les synthèses des trois premières réunions de pairs consultables aux Annexes 10 à 12, le grade des recommandations n'a pas été mentionné. Habituellement, les recommandations sont classées en :

- grade A si elles sont fondées sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve ;
- grade B si elles sont fondées sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve ;
- grade C si elles sont fondées sur des études de moindre niveau de preuve.

Ainsi, citer le grade de chacune des recommandations aurait facilité la sélection des informations les plus « solides ».

5-/ Les difficultés à poursuivre le projet :

A l'issue des trois premières réunions servant de base à ce projet, deux autres sessions ont vu le jour aux mois de novembre 2009 et février 2010. Cependant, aucune autre réunion n'a pu être mise en place par la suite. Le manque de nouveaux inscrits ainsi que la localisation excentrée du lieu de réunion rendent compte, en grande partie, de cet échec à moyen terme.

D-/ L'avenir du projet :

Malgré les écueils rencontrés, ce projet de mise en place de « réunions de pairs tutorées en addictologie » mérite d'être amélioré et diffusé.

1-/ Une organisation à peaufiner :

Parvenus au terme de cette expérience, nous nous devons de proposer quelques pistes de réflexions permettant d'améliorer ce projet en cas de renouvellement. Ainsi nous pouvons citer par exemple :

- un lieu de réunions plus accessible afin d'accueillir un maximum de médecins du département ;
- un espacement des séances : un délai de 2 à 3 mois offrirait sans doute aux praticiens la possibilité de revoir leurs patients entre deux sessions et de pouvoir présenter leur évolution lors des réunions suivantes ;
- le renforcement du groupe d' « experts » en faisant intervenir un psychiatre ;
- l'utilisation d'une grille d'audit associée au questionnaire de satisfaction permettant ainsi de mieux approcher l'impact sur la pratique des médecins participant « aux réunions de pairs » ;
- la remise de documents aux participants concernant les recommandations utilisées, notamment celles de la HAS, ainsi que leur grade.

2-/ Une expérience à faire connaître :

Cette méthode de FMC et d'EPP centrée sur le thème de l'addictologie pourrait être diffusée par courrier aux associations départementales développant des actions de FMC par exemple ou dans la presse médicale scientifique à destination des médecins généralistes. L'intérêt d'autres praticiens, notamment celui de médecins récemment installés, pourrait ainsi être suscité et faire naître des actions similaires dans d'autres régions afin de sensibiliser le corps médical à l'importance du problème des addictions.

**E-/ Perspective : élaboration d'un « Guide Pratique en Addictologie »
à l'usage des médecins généralistes :**

La création de ce guide ne figurait pas, initialement, dans le cahier des charges de ce projet. Toutefois, plusieurs médecins nous avaient fait part, à l'issue de la seconde réunion de pairs, du souhait de voir apparaître quelques recommandations et conseils pratiques en addictologie sous la forme d'un petit livret facilement consultable au cabinet.

Faisant suite à cette remarque, nous avons pris le parti de soumettre cette idée à l'ensemble des participants. Comme nous l'avons vu précédemment, tous ont répondu affirmativement à cette proposition.

L'élaboration de ce guide se révélerait un complément intéressant de ce projet et pourrait faire l'objet d'un nouveau travail de thèse en Médecine Générale.

CONCLUSION

Le médecin généraliste joue donc un rôle central et primordial dans la prise en charge des patients présentant une addiction. Il semble toutefois peu investi dans cette mission en raison, notamment, d'une formation initiale insuffisante dans ce domaine.

La participation d'un petit groupe de médecins généralistes mosellans aux « Réunions de pairs tutorées en addictologie » leur a permis, selon eux, de surmonter d'éventuelles difficultés dans leur pratique quotidienne et d'améliorer la prise en charge de leurs patients présentant une addiction. C'est en ce sens que les « Réunions de pairs » peuvent être considérées comme une aide à la pratique.

Cette expérience a montré que, même si ces réunions ont dévoilé des besoins de formation et d'information des praticiens généralistes, elles doivent toutefois être améliorées et qu'une réflexion doit être menée dans cette direction.

La diffusion de cette méthode de FMC et d'EPP pourrait susciter une prise de conscience concernant l'importance, au regard de la santé publique, du problème des addictions et favoriser, à terme, le développement d'une démarche préventive.

A l'avenir, une extension de cette méthode à d'autres addictions (travail, sport, jeu...) ainsi qu'à d'autres thèmes en rapport à des besoins définis préalablement, pourrait être envisagée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1.
SCHARF Guy. Manuel pratique de la formation continue du médecin. Bayonne :Editions Intergraphe, 1977, 183 p.
2.
CONFERENCE DES DOYENS DES FACULTES DE MEDECINE. Les Facultés de Médecine et la formation médicale continue. Nancy : 1997, 112 p.
3.
GALLOIS Pierre. Historique de la F.M.C. en France. In : La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1997, p.3-10.
4.
Ordonnances n° 96-345 du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
5.
Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
6.
Décret n° 96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral.
7.
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.
8.
LEGMANN Michel. La loi H.P.S.T. et les libéraux. In : Risque et Prévention des professionnels de santé. La Défense : Editions du GAMM, 2009, 12 p.
9.
BONET Ph. Associations et F.M.C. In : GALLOIS Pierre. La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1997, p.64.
10.
Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.
11.
CHABOT J.-M. Formation médicale continue (1990-2000): les étapes (I). La Revue du Praticien 1999 ; 49 : p.1897-1898.

12.

POUCHAIN D. La formation professionnelle conventionnelle. *La Revue du Praticien-Médecine Générale* 2004 ; 18 (660/661) : p.67-70.

13.

GALLOIS Pierre. Les critères de qualité de la F.M.C. In : *La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation.* Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1997, p.28.

14.

Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue.

15.

GALLOIS P., BIGNOLAS G., MENARD J. Evaluation en médecine : perspectives dans le domaine de la formation médicale. In : MATILLON Y., DURIEUX P. *L'évaluation médicale : du concept à la pratique.* 2^{ème} édition. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2000, p.155-164.

16.

PETIT J., GARRIGUE-GUYONNAUD H. L'évaluation et l'amélioration de la qualité dans les établissements de santé français. In : MATILLON Y., MAISONNEUVE H. *L'évaluation en santé. De la pratique aux résultats.* Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2007, p.137-142.

17.

DAVIS DA., THOMSON MA., OXMAN AD., HAYNES RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA* 1992; 268(9): 1111-1117.

18.

DAVIS D., O'BRIEN MA., FREEMANTLE N., WOLF FM., MAZMANIAN P., TAYLOR-VAISEY A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999; 282(9): 867-874.

19.

DAVIS DA., THOMSON MA., OXMAN AD., HAYNES RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274(9): 700-705.

20.

THOMSON MA., FREEMANTLE N., OXMAN AD., WOLF F., DAVIS DA., HERRIN J. Continuing education meetings and workshops : effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; (2):CD003030.

21.

FORSETLUND L., BJØRNDAL A., RASHIDIAN A., JAMTVEDT G., O'BRIEN MA., WOLF F., DAVIS D., ODGAARD-JENSEN J., OXMAN AD. Continuing education meetings and workshops : effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; (2):CD003030.

22.

BIGNOLAS G. Evaluation des résultats de la F.M.C. In: GALLOIS Pierre. La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1997, p.262-271.

23.

DURIEUX P., RAVAUD P., CHAIX C., DURAND-ZALESKI I. La formation médicale continue améliore-t-elle le comportement des médecins ? La Presse Médicale, 1999, 28(9) : 468-472.

24.

THOMSON MA, OXMAN AD, DAVIS DA., HAYNES RB. Outreach visits to improve health professional practice and health care outcome. Cochrane Review in: The Cochrane Library, 1999, Issue 4, Oxford Update Software.

25.

OXMAN AD, THOMSON MA, DAVIS DA, HAYNES RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. Canadian Medical Association Journal, 1995, 153: 1423-1431.

26.

PAPIERNIK E. Propositions pour le développement de l'évaluation des techniques et des pratiques médicales. Rapport de mission à Monsieur Edmond HERVE, secrétaire d'Etat chargé de la Santé. Paris, Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, 1985, 56 pages.

27.

STEUDLER F. Aspects sociologiques de l'évaluation en santé. In: MATILLON Y., DURIEUX P. L'évaluation médicale : du concept à la pratique. 2^{ème} édition. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2000, p.69-77.

28.

ARMOGATHE J.-F. Pour le développement de l'évaluation médicale. Rapport au ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Paris, La Documentation Française, 1989, 204 pages.

29.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

30.

Décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales.

31.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

32.

Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

33.

MONOD P. Evaluation des pratiques professionnelles. Comment évaluer sa pratique professionnelle ? La Revue du Praticien-Médecine Générale 2004 ; 18 (664/665) : p.1067-1068.

34.

MATILLON Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales. Rapport de mission à Monsieur Xavier BERTRAND, ministre de la santé et des solidarités. Paris, 2006, 143 pages.

35.

Haute Autorité de Santé. La politique d'évaluation des pratiques de la HAS [**en ligne**]. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> > (consulté le 06.03.2010).

36.

HONNORAT C., DRAHI E., GALLOIS P. Evaluation de la FMC, données générales et méthodes. In : GALLOIS Pierre. La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1997, p.257-261.

37.

ORMIERES J.-J. Démarche qualité en médecine générale. Expérience de mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un cabinet de médecine générale. La Revue du Praticien-Médecine Générale 1999 ; 13 (467) : p.1244-1249.

38.

PERRIN A. Les groupes de pairs, une démarche qualité en médecine générale. Documents de Recherche en Médecine Générale, SFMG, 2002 ; 59 : p.20-21.

39.

Haute Autorité de Santé. L'évaluation des pratiques professionnelles [**en ligne**]. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> > (consulté le 06.03.2010).

40.

CHABOT J.-M. L'unicité de la roue. La Revue du Praticien 2004 ; 54 (20) : p.2273-2274.

41.

Haute Autorité de Santé. Réglementation relative au dispositif d'E.P.P. Décision n°2007.10.035/EPP du 7 novembre 2007 de la HAS relative aux modalités de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles [**en ligne**]. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> > (consulté le 06.03.2010).

42.

Haute Autorité de Santé. Modes organisationnels pour l'EPP [**en ligne**]. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> > (consulté le 06.03.2010).

43.

Haute Autorité de Santé. Audit clinique : bases méthodologiques de l'EPP [**en ligne**]. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> > (consulté le 06.03.2010).

44.
DOUMENC M., LAFONT M., BRAMI J., FALCOFF H. Evaluation des pratiques en médecine générale. In: MATILLON Y., DURIEUX P. L'évaluation médicale : du concept à la pratique. 2^{ème} édition. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2000, p.129-135.
45.
MATILLON Y., LE BŒUF D. L'évaluation des compétences des professionnels de santé. In :MATILLON Y., MAISONNEUVE H. L'évaluation en santé. De la pratique aux résultats. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2007, p.42-45.
46.
LE BOTERF G. Compétences et navigation professionnelle. Editions d'organisation, Paris, 2000.
47.
Collège National des Généralistes Enseignants. Les compétences du médecin généraliste. Groupe de travail Certification. CNGE. Revue Exercer, 2005 : p.94-95.
48.
La rédaction de La Revue du Praticien-Médecine Générale. Groupes d'analyse de pratique entre pairs. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2005 ; 19 (690/691) : p.522-523.
49.
CHABOT J.-M. Les Groupes de Pairs. La Revue du Praticien 2003 ; 53 : p.1343-1344.
50.
MARGERIT C. Les Groupes de Pairs essentiels à la pratique de la médecine générale. La Revue du Praticien-Médecine Générale 1994 ; 8 (242) : p.31-32.
51.
AUBOURG P., POUDOULEC B. La création d'un groupe de pairs. Documents de Recherche en Médecine Générale, SFMG, 1995 ; 46 : p.83-86.
52.
GALLAIS J L. Règles du jeu, effets et enjeux des Groupes de Pairs comme procédure dans le soin, la formation et la recherche. Documents de Recherche en Médecine Générale, SFMG, 2002 ; 59 : p.6-11.
53.
COHENDET C. Groupe de Pairs : outil de formation continue et d'évaluation collective des pratiques. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2002 ;16 (587) : p.1392-1394.
54.
ARNOULD M. Les Groupes de Pairs. Comment évaluer sa pratique professionnelle ? La Revue du Praticien-Médecine Générale 2004 ; 18 (664/665) : p.1079-1080.

55.

ANDREOTTI G., LUCCI-PENAU C., GARNIER J-P., PITHON M., GUEGAN J-C., COLONGEON-BOUKOBZA D., BOVET R., CHILLI C., BARETGE J., FREDENUCCI P., ZECCONI M. Recueil et analyse de la production des groupes de pairs. Une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2004 ; 18 (660-661) : p.935-937.

56.

BERTHIER A. Qualité du savoir-être et dynamique des groupes de pairs. Documents de Recherche en Médecine Générale, SFMG, 2002 ; 59 : p.22.

57.

La rédaction de La Revue du Praticien-Médecine Générale. Les Groupes de Pairs de la SFMG. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2005 ; 19 (692/693) : p.584-586.

58.

KANDEL O., DUHOT D., COHENDET C. Un label SFMG pour une reconnaissance de la démarche qualité dans votre Groupe de Pairs. Documents de Recherche en Médecine Générale, SFMG, 2002 ; 59 : p.5.

59.

La rédaction de La Revue du Praticien-Médecine Générale. Groupes qualité. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2005 ; 19 (698/699) : p.821-823.

60.

La rédaction de La Revue du Praticien-Médecine Générale. Les Groupe d'échanges de pratique. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2005 ; 19 (702/703) : p.981-983.

61.

CASTELAIN E., MARGERIT C. Les groupes de pairs : une réalité française. Documents de Recherche en Médecine Générale, SFMG, 1995 ; 46 : p.115-121.

62.

KANDEL O., CERTAIN M. H. Le Groupe de Pairs, de la formation continue à l'évaluation des pratiques, un outil au service de la qualité. Documents de Recherche en Médecine Générale, SFMG, 2002 ; 59 : p.3.

63.

GOODMAN A. Addiction : definition and implication. British Journal of Addiction 1990 ; 85: 1403-1408.

64.

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.

65.

PAILLE F. Introduction. In : Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Audition publique. Haute Autorité de Santé, 2007, p9-11 [**en ligne**]. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> > (consulté le 15.05.2010).

66.

LEGLEYE S., SPILKA S., LE NEZET O. Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD. Saint-Denis : OFDT, 2007, 77p.

67.

BECK F., GUILBERT P., GAUTIER A. Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Editions INPES, 2007, 593p.

68.

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues, chiffres clés. 3^{ème} édition. Saint-Denis : OFDT, 2010, 6p.

69.

LEGLEYE S., SPILKA S., LE NEZET O., LAFFITEAU C. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. In Tendances n°66. Saint-Denis : OFDT, 2009, 6p.

70.

Groupe SAM sous la responsabilité scientifique de LAUMON B. Etude « Stupéfiants et Accidents Mortels de la circulation routière ». Eléments de conclusion. Saint-Denis : OFDT, 2005, 3p.

71.

DAUTZENBERG B. Rapport du groupe de travail Direction Générale de la Santé Tabagisme passif. Paris : La Documentation Française, 2001, 109p.

72.

KOPP P., FENOGLIO P. Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues. Saint-Denis : OFDT, 2006, 584 p.

73.

PALLE C. LEMIEUX C., PRISSE N., Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2005. Saint-Denis : DGS/OFTD, 2005.

74.

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Tableau de bord annuel tabac, bilan de l'année 2008. Saint-Denis : OFDT, 2008, 4p.

75.

Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS). Les grandes tendances de l'usage et du trafic illicite des produits stupéfiants en France - extrait du rapport annuel 2008- 2009. Nanterre : OCRTIS, 2009, 123p.

76.

Haute Autorité de Santé. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Conférence de consensus, mars 2001 [**en ligne**]. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> > (consulté le 22.05.2010).

77.

REGIER DA., FARMER ME., RAE DS., LOCKE BZ., KEITH SJ., JUDD LL., GOODWIN FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990; 264 (19): 2511-2518.

78.

BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S. Drogues à l'adolescence. Niveaux, et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France. ESCAPAD 2003. Saint-Denis : OFDT, 2004, 251p.

79.

MAHEUT-BOSSER A. Séniors. In : Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Audition publique. Haute Autorité de Santé, 2007, p201-209 [**en ligne**]. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> > (consulté le 15.05.2010).

80.

BECK F., LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFTD. Saint-Denis : INPES, 2008, p178-183.

81.

Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine (ORSAS). La consommation de tabac et de cannabis en Moselle et en Lorraine. Vandoeuvre-les-Nancy : ORSAS, 2007, 6p.

82.

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008. Tendances récentes sur le site de Metz. TREND 2008. Saint-Denis : OFDT, 2008, 67p.

83.

Ministère de la Santé et des Solidarités. La prise en charge et la prévention des addictions – Plan 2007-2011. Communication de Monsieur le Ministre de la Santé et des Solidarités en Conseil des Ministres le 15 novembre 2006.

84.

Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT). Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Paris : La Documentation Française, 2008, 112p.

85.

HUAS D., DARNE B., RUEFF B., LOMBRAIL P., LEBLANC B. « Malades alcooliques » et consultations de médecine générale : prévalence et détection. La Revue du Praticien-Médecine Générale 1990 ; 81 : p.45-49.

86.

HUAS D., ALLEMAND H., LOISEAU D., PESSIONE F., RUEFF B. Prévalence du risque et des maladies liés à l'alcool dans la clientèle adulte du généraliste. La Revue du Praticien-Médecine Générale 1993 ; 7 (203) : p.39-44.

87.

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 : p.1-12.

88.

Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues et dépendances, données essentielles. Paris : La Découverte, 2005 : 202p.

89.

VELTER A., GAUTIER A. Médecins généralistes et patients toxicomanes. Baromètre Santé Médecins Généralistes 1998-1999. Vanves : CFES, 1999 ; p.113-125.

90.

BAUDIER F., JOUSSANT S. Prise en charge des problèmes d'addiction Tabac et Alcool. Baromètre Santé Médecins Généralistes 1998-1999. Vanves : CFES, 1999 ; p.95-107.

91.

BINDER P. Le médecin généraliste peut-il intervenir dans les addictions de façon précoce et efficace ? In : REYNAUD M., BAILLY D., VENISSE J.-L. Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? Paris : Masson ; 2005 : p. 214-33.

92.

BINDER P., SORBE G. Les patients consommateurs d'ecstasy en médecine générale. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2000 ; 14 (484) : p.91-94.

93.

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) : p.31-37.

94.

BOUX J.-C., GACHE P., RUEFF B., HUAS D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2002 ; 16 (588) : p.1488-1492.

95.

DEPINOY D., DEMEAUX J.-L. Dépistage des mésusages de l'alcool. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2004 ; 18 (650/651) : p.553-561.

96.

HUAS D., PESSIONE F., BOUX J.-C., DEMEAUX J.-L., ALLEMAND H., RUEFF B. Efficacité à un an d'une intervention brève auprès des consommateurs d'alcool à problèmes. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2002 ; 16 (586) : p.1343-1348.

97.

HIRSCH A. Les médecins, les fumeurs et l'arrêt du tabagisme. Le Concours Médical 1996 ; 7 (118) : p.477-481.

98.

MICHAUD Ph., FOUILLAND P., GREMY I., KLEIN P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2003 ; 17 (611) : p.605-608.

99.

CASTERA Ph. Approche spécifique par le médecin généraliste. In : Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Audition publique. Haute Autorité de Santé, 2007, p106-115 [**en ligne**]. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> > (consulté le 15.05.2010).

100.

DEMEAUX J.-L. Mésusage de l'alcool en médecine générale. Alcoologie et addictologie 2003 ;25 (4S) : 35S-36S.

101.

NALPAS B., LEMAITRE R., DALBIES P.-A., MONOD P., MARTIN S., BALMES J.-L. Attitudes et opinions des médecins libéraux sur l'alcoolisme. La Presse Médicale 2003 ; 32 (9) : p. 391-399.

102.

PERNEY P., DEPINOY D., DUHAMEL O. Interventions brèves. Modalités. Alcoologie et Addictologie 2003; 25 (4S): 51S-58S.

103.

ARFAOUI S., DEWOST A.-V., DEMORTIERE G., ABESDRIS J., ABRAMOVICI F., MICHAUD Ph. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». La Revue du Praticien-Médecine Générale 2004 ; 18 (641) : p.201-205.

104.

MICHAUD Ph., GACHE P., BATEL P., ARWIDSON P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2003 ; 17 (604) : p.281-289.

105.

BERTHOLET N., SCHWAN R., DUHAMEL O., PERNEY P., DAEPPEN J.-B. Efficacité de l'intervention brève. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25 (4S) : 59S-63S.

106.

BERTHOLET N., DAEPPEN J.-B., WIETLISBACH V., FLEMING M., BURNAND B. Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Archives of Internal Medicine 2005; 165 : 986-995.

107.

POIKOLAINEN K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations : a meta-analysis. Preventive Medicine 1999; 28 (5):p.503-509.

108.

MILLER WR., WILBOURNE PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. Addiction 2002; 97 (3) : p.265-277.

109.

HEATHER N. Repérage et prise en charge des problèmes d'alcool en médecine de premier recours. *Alcoologie et Addictologie* 2004 ; 26 (3 Suppl.) : 34S-40S.

110.

DIAZ GOMEZ C., MILHET M. Repérage Précoce 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.

ANNEXES

ANNEXE 1

Test de dépendance nicotinique de Fagerström.

QUESTIONNAIRE

1-/ Dans quel délai, après le réveil, fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

2-/ Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

Oui	1
Non	0

3-/ Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

La première	1
Une autre	0

4-/ Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

5-/ Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

6-/ Fumez-vous même si vous êtes malade et alité la majeure partie de la journée ?

Oui	1
Non	0

INTERPRETATION

0 à 2 : très faible ou pas de dépendance

3 à 4 : dépendance faible

5 à 6 : dépendance moyenne

7 à 10 : dépendance forte à très forte.

TEST COURT DE FAGERSTRÖM

1-/ Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

2-/ Combien de cigarettes fumez-vous ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

INTERPRETATION

0 à 1 : faible ou pas de dépendance

2 à 3 : dépendance modérée

4 à 6 : dépendance forte.

ANNEXE 2

Questionnaire DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool)

QUESTIONNAIRE

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 eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

INTERPRETATION

Une réponse positive à deux questions ou plus suggère un mésusage d'alcool.

ANNEXE 3

Questionnaire AUDIT
(Alcohol Use Disorders Identification Test)

	0	1	2	3	4
1-/ Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Une 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 6 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 avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	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		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		Oui au cours de l'année
TOTAL					

INTERPRETATION

Score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et 7 chez la femme : mésusage d'alcool.

Score supérieur à 12 chez l'homme et 11 chez la femme : alcoolo-dépendance probable.

ANNEXE 4

**Questionnaire FACE
(Fast Alcohol Consumption Evaluation)**

QUESTIONNAIRE

1-/ A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
Deux à quatre fois par mois	2
Deux à trois fois par semaine	3
Quatre fois par semaine ou plus	4

2-/ Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 à 9	3
10 ou plus	4

3-/ Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non	0
Oui	4

4-/ Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non	0
Oui	4

5-/ Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non	0
Oui	4

INTERPRETATION

Hommes :

- score inférieur à 5 : risque faible ou nul ;
- score de 5 à 8 : consommation excessive d'alcool probable ;
- score supérieur à 8 : alcoolo-dépendance probable.

Femmes :

- score inférieur à 4 : risque faible ou nul ;
- score de 4 à 8 : consommation excessive d'alcool probable ;
- score supérieur à 8 : alcoolo-dépendance probable.

ANNEXE 5

Score de Tyrer
(estimation du risque de dépendance aux benzodiazépines)

SCORE DE TYRER

Facteurs	Scores
Posologie moyenne élevée	2
Traitement poursuivi plus de 3 mois	2
Antécédents de dépendance	2
Demi-vie de la molécule courte	1
Augmentation des doses	2
TOTAL	

INTERPRETATION

Score nul : pas de risque de dépendance.

Score entre 1 et 3 : risque de dépendance faible.

Score entre 4 et 6 : risque de dépendance fort.

Score entre 7 et 9 : dépendance presque certaine.

ANNEXE 6

Questionnaire CAST
(Cannabis Abuse Screening Test)

QUESTIONNAIRE

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

Une réponse positive à 3 questions ou plus est en faveur d'un usage nocif de cannabis.

ANNEXE 7

Questionnaire ADOSPA
(Auto/moto, Détente, Oubli, Seul, Problèmes, Amis/famille)

QUESTIONNAIRE

1-/ Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?

2-/ Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?

3-/ Avez-vous oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?

4-/ Consommez-vous de l'alcool ou d'autres drogues quand vous êtes seul(e) ?

5-/ Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?

6-/ Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

INTERPRETATION

Deux réponses positives indiquent un risque modéré d'usage nocif de SPA alors que trois réponses affirmatives ou plus sont en faveur d'un risque élevé.

ANNEXE 8

Fiche de présentation des dossiers

PRESENTATION DU DOSSIER

- Réunion de pair n° : • Date :
- Nom et prénom du patient (initiales) : • Age :
- Profession : • Situation familiale :
- Etes-vous le médecin traitant de ce patient ? oui non

Si oui, depuis combien de temps ?

- Type(s) d'addiction présenté(s) par le patient :
 - tabac alcool cannabis cocaïne héroïne ecstasy
 - autre (préciser) :

• Quantité consommée (en PA pour le tabac, par jour ou par semaine pour les autres drogues) :

- Antécédents familiaux d'addiction (parents par exemple) ? oui non

• Antécédents personnels du patient :
.....
.....
.....
.....

• Circonstances qui ont conduit le patient à débiter sa consommation :
.....
.....
.....
.....

- Tentative(s) de réduction ou d'arrêt ? oui non

Si oui, à combien de reprise(s) ?

Si oui, par quel(s) moyen(s) (ex : traitement de substitution ou d'aide au sevrage) ?

.....
.....

• Le patient a-t-il déjà fréquenté une association (ex : mouvement d'anciens buveurs) ?

oui non

• Son addiction a-t-elle été à l'origine d'hospitalisation(s) ?

oui non

• Existe-t-il un retentissement de son addiction ?

Sur sa vie sociale ?

oui non

Sur sa vie professionnelle ?

oui non

Sur sa vie familiale ?

oui non

• Le patient est-il demandeur d'une aide au sevrage ?

oui non

• Le patient est-il demandeur d'une aide ou d'un suivi psychologique ?

oui non

• PROBLEMATIQUE POSEE AU GROUPE :

.....
.....
.....
.....

ANNEXE 9

Questionnaire de satisfaction

4-/ Vous sentir plus à l'aise face aux patients présentant une addiction ?	
5-/ Proposer à un patient en échec de sevrage des solutions conformes à des référentiels ?	
6-/ Partager votre expérience avec celle de vos confrères ?	
7-/ Connaître les réseaux de soins locaux en addictologie ? Créer un réseau d'échange ?	
8-/ Profiter de l'expérience d'un « expert » en addictologie ?	
9-/ Exprimer vos difficultés de prise en charge ambulatoire des patients présentant une addiction ?	
10-/ Valider votre EPP ?	
11-/ Renforcer votre identité professionnelle (valorisation de l'activité) ?	
12-/ Sortir de l'isolement et rencontrer des confrères ? Convivialité ?	
13-/ Profiter de la possibilité d'un suivi de patient(s) ?	
14-/ Autres (préciser) ?	

C-/ CONCERNANT LE DEROULEMENT DE CES REUNIONS:

• Avez-vous été satisfait :

1-/ De l'organisation logistique de cette réunion ?

Très satisfait Plutôt satisfait Plutôt insatisfait Très insatisfait

2-/ De la qualité des interventions (« experts ») ?

Très satisfait Plutôt satisfait Plutôt insatisfait Très insatisfait

3-/ Des solutions qui vous ont été proposées ?

Très satisfait Plutôt satisfait Plutôt insatisfait Très insatisfait

4-/ De votre temps d'expression ?

Très satisfait Plutôt satisfait Plutôt insatisfait Très insatisfait

5-/ De la durée de la réunion ?

- Très satisfait Plutôt satisfait Plutôt insatisfait Très insatisfait

• Cette réunion a-t-elle répondu globalement à vos attentes ?

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord
 Pas d'accord du tout

• Considérez-vous cette méthode de FMC comme :

1-/ Une aide à la pratique ?

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord
 Pas d'accord du tout

2-/ Une méthode permettant un suivi de vos patients ?

- Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord
 Pas d'accord du tout

• Au sujet de la participation, à ces réunions, d' « experts » en addictologie, êtes-vous ?

- Très satisfait Plutôt satisfait Plutôt insatisfait Très insatisfait

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

• Au sujet de la possibilité d'un suivi à distance des patients, êtes-vous ?

- Très satisfait Plutôt satisfait Plutôt insatisfait Très insatisfait

Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

• Au final, conseillerez-vous cette méthode de FMC à un/des confrère(s) ?

- oui non

• Commentaires libres :

.....
.....
.....
.....

D-/ CONCERNANT VOTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET CES REUNIONS :

• Pensez-vous que cette méthode de FMC soit utile pour votre pratique ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord

Pas d'accord du tout

• Vous a-t-elle permis de surmonter vos éventuelles difficultés rencontrées en addictologie ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord

Pas d'accord du tout

• Pensez-vous que votre participation à ces réunions de pairs tutorées ait modifié votre méthode de travail ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord

Pas d'accord du tout

• Pensez-vous avoir amélioré la prise en charge des patients présentant une addiction ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord

Pas d'accord du tout

Si vous êtes plutôt ou tout à fait d'accord, quel(s) a/ont été, selon vous, le(s)
déterminant(s) de cette amélioration ?

.....
.....
.....
.....

Si vous êtes plutôt pas d'accord ou pas d'accord du tout, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

• Seriez-vous intéressé par un « Guide Pratique en Addictologie » à l'usage des médecins généralistes élaboré à partir des cas discutés au cours de ces réunions ?

oui non

Si oui, quelles informations souhaiteriez-vous y trouver ?

.....
.....
.....
.....
.....

• Commentaires libres :

.....
.....
.....
.....

ANNEXE 10

Synthèse de la première réunion de pairs du 12/05/2009

Médecins présents : Dr LEHAIR Pierre (expert)
Dr GERBER Denis (expert)
Dr MARTY Jean-Michel (organisateur et modérateur)
Dr BOUR-KLEIN Sylvie
Dr HAMAN Alain
Dr BERNARD Jean-Marie
Dr DE OLIVEIRA Nathalie
Dr DEMERLE KAISER Josette
Dr VALLEE DURAND Anne Elisabeth
Alexandre PARIS (Interne DES Médecine Générale et secrétaire)

DOSSIER 1

Homme de 33 ans exerçant la profession de monteur et présentant une addiction au tabac, au cannabis et à l'héroïne.

Notion d'addictions multiples chez son frère mais pas chez ses parents.

Consulte son médecin traitant le 30/04/2009, accompagné de son épouse enceinte de 7 mois (1^{er} enfant) car depuis 5 mois, prend 30 mg de Méthadone par jour (sans prescription médicale) et souhaiterait la remplacer par du Subutex.

Historique de ses addictions :

- Depuis 1999, consommation de 2 grammes d'héroïne par jour environ qui a conduit à la prescription de Subutex 10 mg/jour diminué par la suite à 6 mg/jour.
- Fin 1999 : condamnation au tribunal. Refus d'une psychothérapie et poursuite malgré tout de son activité professionnelle.
- 2005 : après sevrage, rechute de la consommation d'héroïne suivie de la prescription de Subutex 8mg/jour.
- 2006/2007 : Posologie Subutex diminuée à 6mg/jour associée à un sevrage tabagique pendant 4 mois sous Champix.
- Décembre 2007 : dernière ordonnance de Subutex 7mg/jour.
- 2008 : rencontre avec sa nouvelle compagne.

Actuellement, problèmes financiers en rapport avec l'achat de la Méthadone et à l'origine de problèmes relationnels au sein du couple.

Décision prise par son médecin : adressé au CAST (Centre d'Accueil et de Soins aux Toxicomanes) de Sarreguemines afin de régulariser la prescription de Méthadone ou profiter de la grossesse de sa compagne pour réaliser un sevrage.

Avis du groupe de pairs : ne pas lui proposer un sevrage mais encourager plutôt la poursuite d'une substitution par Méthadone car il est plus facile de stabiliser sa vie familiale lors d'une substitution que lors d'un sevrage. Chez ce patient, le but est d'acquérir une vie sociale la plus satisfaisante possible.

Par ailleurs, il conviendrait de débiter un schéma de suivi avec la collaboration du CMSEA associé éventuellement à un accompagnement psychologique.

DOSSIER 2

Homme de 37 ans exerçant la profession de magasinier et présentant une addiction au tabac. Il ne présente pas d'antécédent particulier.

Vient initialement en consultation pour une demande de sevrage tabagique avec une prescription de varénicline (Champix).

Historique de l'addiction :

- Notion de tabagisme actif depuis l'âge de 17 ans et actuellement évalué à 2 paquets/jour.
- A déjà tenté un sevrage une première fois sans succès.
- Tabagisme dans son entourage familial (son épouse fume mais n'a jamais souhaité arrêter par crainte d'une prise importante de poids) et professionnel.

Lors de la première consultation : prescription de Champix avec arrêt du tabac depuis le 10/03/09.

Le patient est revu 15 jours après lors d'une deuxième consultation. Le sevrage tabagique est poursuivi sans difficulté. Cependant, il avoue secondairement une consommation de 2 cigarettes de cannabis tous les soirs.

Après discussion avec son médecin, il décide d'arrêter sa consommation de cannabis uniquement la semaine (maintien de la consommation le week end uniquement).

Avis du groupe de pairs : essayer d'obtenir l'arrêt complet de la consommation de cannabis car elle compromet, de façon certaine et à moyen terme, la réussite du sevrage tabagique.

DOSSIER 3

Femme âgée de 55 ans, employée de mairie et présentant une dépendance à l'alcool.

Cadre familial : mariée et une fille mariée.

Elle ne présente pas d'antécédent familial particulier. Parmi ses antécédents personnels, on retrouve un syndrome dépressif.

Historique de l'addiction :

- Consommation d'alcool débutée il y a 15 ans au cours de soirées accompagnées d'une amie.
- Tentatives d'arrêt à de multiples reprises.
- Essai d'un traitement par Révia sans efficacité d'une même qu'une post cure à Sarreguemines.
- A fréquenté à plusieurs reprises un « mouvement d'anciens buveurs d'alcool » et a participé à des séances de sophrologie sans succès.
- Hospitalisation à 4 reprises en 2003, 2005, 2008. Lors de la dernière hospitalisation en avril 2009, son traitement habituel par Zyprexa a été arrêté. Dans les suites, tentative de suicide à l'origine d'une hospitalisation dans un service de réanimation.

Actuellement : consommation occasionnelle de 2 à 3 litres de bière/jour pendant plusieurs jours ou semaines, déclenchées par des problèmes professionnels. Retentissement familial et professionnel important. Patiente suivie par ailleurs au CMP de Creutzwald.

Avis du groupe de pairs : le problème actuel est essentiellement d'ordre psychologique. Il faut donc centrer la prise en charge sur cet axe en s'appuyant sur la confiance qu'a cette patiente

en son médecin traitant. Lui proposer un suivi psychologique régulier par des consultations rapprochées.

Pas de traitement particulier à instaurer dans le cadre du sevrage. En revanche, nécessité d'encadrer la prescription de Zyprexa (consommation excessive d'alcool au cours de phases maniaques ou dépressives ?).

DOSSIER 4

Femme âgée de 61 ans, mariée et 2 enfants, présentant une addiction à l'alcool.

Elle présente des antécédents familiaux d'alcoolisme chez ses parents et ses antécédents personnels sont marqués par une cirrhose compliquée d'une hypertension portale et d'une décompensation oedémato ascitique ayant nécessité une hospitalisation en 1994.

Historique de l'addiction :

- Contexte familial particulier suite à la découverte d'une sclérose latérale amyotrophique chez son mari, compliquée d'une aphasie et d'une apraxie. Il est pris en charge à domicile (H.A.D.).
- Durant cette période, son épouse a été très présente à ses côtés ce qui lui a permis de limiter en partie sa consommation d'alcool.
- Suite au décès récent de son époux consécutif à une complication suite à la pose d'une gastrostomie, augmentation importante de la consommation d'alcool.
- Sur le plan médical : lipases > 1600 et scanner abdominal perturbé.
- Par ailleurs, la patiente arrive fréquemment alcoolisée au cabinet médical.

Problème actuel : malgré l'évidence devant les résultats biologiques et radiologiques, la patiente nie totalement sa consommation d'alcool.

Avis du groupe de pairs : Contourner le problème du déni total : évoquer avec elle son vécu émotionnel en rapport avec l'accompagnement de son mari plutôt que de parler directement de son problème d'alcoolisme.

Par ailleurs, essayer de lui proposer une hospitalisation afin de débiter un sevrage. Cependant cette proposition risque d'être difficilement acceptée suite à l'histoire familiale de cette patiente...

DOSSIER 5

Homme de 51 ans exerçant la profession de couvreur-zingueur, divorcé avec 2 enfants et présentant une addiction à l'alcool depuis 7 ans environ.

Notion d'alcoolisme chez son frère et sa sœur mais pas chez ses parents.

Historique de l'addiction :

- Circonstances de début non connues.
- Plusieurs consultations pour multiples chutes occasionnant diverses fractures (orteils, radius et trauma facial).
- Cliniquement : élargissement du polygone de sustentation, trémulations des extrémités, ataxie cérébelleuse, réflexes ostéo tendineux vifs et polycinétiques.
- Sur le plan biologique : cytolyse hépatique majeure avec cholestase, ferritinémie > 1000, macrocytose.
- Stéatose hépatique à l'échographie abdominale.
- Un traitement par Aotal a déjà été tenté mais sans succès.

Patient au chômage avec proposition d'une mise en invalidité. Son traitement en cours comporte entre autre Equanil 400 3/jour.

Problème actuel : aucune demande de sevrage de la part ce patient et problème de l'alcoolisme difficilement abordable au cours des consultations.

Avis du groupe de pairs : essayer d'aborder le problème de l'alcool avec le patient afin de définir son rapport avec l'alcool et lui faire prendre conscience de sa dépendance. Faire le point par ailleurs de son environnement social en évoquant ses relations avec ses enfants.

Lui proposer un accompagnement, avec son accord, par l'intermédiaire de l'ELAM (service d'Alcoologie de l'Hôpital Bon Secours) ou du CDPA à Metz (Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme).

Enfin sur le plan thérapeutique, essayer de remplacer les carbamates par une benzodiazépine type Valium ou Séresta.

NB : un dossier d'addiction aux jeux a aussi été présenté de façon plus succincte mais a pu tout de même bénéficié de conseils de la part des « experts ».

AVIS GENERAL DES PARTICIPANTS :

Un mail a été envoyé à tous les médecins afin de recueillir leur impression après cette première réunion de pairs et leurs éventuelles propositions afin d'améliorer le déroulement de la prochaine réunion.

De manière générale, les participants ont apprécié les échanges de points de vue et de pratique ainsi que le partage d'expérience. Par ailleurs, cette réunion a permis de proposer des solutions que les praticiens n'avaient pas envisagées aux dossiers leur posant problème. En outre, les intervenants ont bien répondu aux questions que se posaient les médecins généralistes.

Enfin, la présence d'un psychiatre ou d'un psychologue spécialisé en addictologie aurait été intéressante pour compléter les propositions sur certains dossiers. Aussi un psychiatre devrait être intégré à l'équipe des intervenants pour la prochaine réunion.

ANNEXE 11

Synthèse de la deuxième réunion de pairs du 23/06/2009

Médecins présents : Dr LEHAIR Pierre (expert)
Dr GERBER Denis (expert)
Dr MARTY Jean-Michel (organisateur et modérateur)
Dr HAMAN Alain
Dr BERNARD Jean-Marie
Dr DE OLIVEIRA Nathalie
Alexandre PARIS (Interne DES Médecine Générale et secrétaire)

PREMIERE PARTIE : REPRISE ET SUIVI DES ANCIENS DOSSIERS

DOSSIER 1

Rappel : patient de 33 ans présentant une addiction au tabac, au cannabis et à l'héroïne et posant le problème d'une prise de Méthadone sans prescription médicale qu'il souhaitait remplacer par du Subutex.

Son médecin l'a adressé au CAST (Centre d'Accueil et de Soins aux Toxicomanes) de Sarreguemines afin de régulariser la prescription de Méthadone ou de réaliser un sevrage.

Evolution depuis la dernière réunion de pairs : le patient a bien consulté un médecin du CAST qui lui a proposé une hospitalisation durant quelques jours et la mise en place d'un accompagnement médico-psychologique et qui ont été refusés par le patient.

Après s'être fourni au marché noir, une première prescription de Subutex 8mg/jour pour une semaine lui a été faite par l'associé de son médecin traitant. Le patient est revenu consulter une semaine après et la substitution par Subutex 8mg/jour (à priori suffisante) a été renouvelée pour 28 jours.

Avis du groupe de pairs : décision acceptable qui a le mérite de régulariser la prescription et de résoudre les problèmes financiers du patient. En revanche, il est préférable d'établir, dès le début, un contrat liant le médecin au patient toxicomane afin d'éviter une modification des relations exposant le médecin au rôle de « dealer » .

DOSSIER 2

Rappel : patiente de 61 ans présentant une addiction à l'alcool et présentant le problème d'un déni total malgré l'évidence des résultats biologiques et radiologiques (cirrhose compliquée d'une hypertension portale et d'une décompensation oedémato ascitique).

Evolution depuis la dernière réunion de pairs : patiente revue en consultation et persistant dans un déni le plus complet.

Avis du groupe de pairs : à la vue des résultats biologiques et scannographiques, une hospitalisation serait la solution la plus adaptée mais elle sera probablement refusée par la patiente.

DEUXIEME PARTIE : EXPOSE DE NOUVEAUX DOSSIERS

DOSSIER 1

Femme âgée de 67 ans, retraitée, mariée et 4 enfants, présentant une élévation constante des GGT.

Ses antécédents sont marqués par une pleurésie droite bactérienne, une hypothyroïdie et une appendicectomie.

Traitement habituel : Cacit, Lévothyrox, Abufène.

Historique du dossier :

- En 2007, un bilan biologique à titre systématique retrouve : GGT augmentées à 140, ALAT et ASAT normales, ferritinémie normale à 109 et VGM normal à 86,9 fl. La patiente dit ne pas consommer d'alcool.

- En 2008 : un nouveau bilan biologique met en évidence des GGT à 186, le reste du bilan hépatique étant toujours non perturbé. Un bilan approfondi montre des CDT et des α FP normales. Les sérologies des hépatites virales A, B et C sont négatives. L'échographie hépatique est sans particularité. La patiente avoue alors consommer uniquement 2 verres de vin rosé chaque soir.

Son médecin a pris la décision de l'adresser à un hépato gastro entérologue pour faire le point sur l'élévation constante des GGT.

- Juin 2009 : la patiente n'a pas consulté comme prévu l'hépto gastro entérologue. Les GGT sont encore augmentées à 150. Le reste du bilan est normal.

Problématique posée au groupe : doit-on poursuivre les investigations afin d'expliquer l'élévation des GGT chez cette patiente ?

Avis du groupe de pairs : l'augmentation isolée des GGT est, dans ce cas, difficilement explicable par sa consommation d'alcool ou par son traitement habituel. Le fait que le reste du bilan hépatique soit normal est un élément rassurant. La biopsie hépatique est inutile. Une surveillance biologique annuelle est préconisée.

DOSSIER 2

Femme de 55 ans, mariée, 2 enfants, mère au foyer et présentant une addiction à l'alcool.

Parmi ses antécédents, on relève : une CIA opérée et traitée par Sotalol, une stéatose hépatique, un tabagisme actif et une allergie à la pénicilline.

Le bilan biologique est perturbé avec un VGM augmenté à 107, des GGT à 70 et des transaminases dans la limite haute.

Elle pose le problème d'une consommation d'alcool régulière (vins et alcools forts) à visée anxiolytique suite à un conflit conjugal permanent.

Elle n'imagine à aucun moment le divorce car dans ce cas elle se retrouverait sans revenu.

L'essai d'une consultation à deux est un échec du fait d'une présence trop importante du mari.

En début d'année 2009, son médecin traitant découvre chez cette patiente, suite à un appel téléphonique de sa fille, une dysphagie aux solides conduisant au diagnostic de carcinome épidermoïde du bas œsophage.

Actuellement la patiente maintient son suivi et est en rémission. Malgré tout, elle poursuit sa consommation de tabac et d'alcool à l'identique.

Par ailleurs, le diagnostic de SLA vient d'être récemment porté chez son mari et la patiente a décidé d'en assumer la prise en charge à domicile.

Problématique posée au groupe : que proposer à cette patiente pour limiter sa consommation d'alcool consécutive à des conflits conjugaux ?

Avis du groupe de pairs : dans le cadre de cette SLA débutante, la survie est probablement de plusieurs années et le sevrage sera d'autant plus difficile à obtenir.

Il serait intéressant de proposer à cette patiente un traitement antidépresseur de type IRS (Séroplex par exemple) associé au cours des premières semaines à un anxiolytique. Un traitement par Stablon peut également être tenté.

La mise en place d'une structure de type Hospitalisation à Domicile (HAD) associée éventuellement à la présence d'auxiliaires de vie permettrait à cette patiente de se libérer de l'emprise angoissante de son mari à l'origine de sa consommation d'alcool.

Enfin, il faut essayer de poursuivre la prise en charge par le CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie).

DOSSIER 3

Femme de 47 ans, sans enfants, vivant en concubinage et ayant exercé la profession de serveuse dans un bar depuis l'âge de 19 ans et jusqu'à 30 ans.

Ses antécédents sont marqués par une BPCO et une appendicectomie.

Elle présente une double addiction :

- Tabac : 2 paquets/jour depuis l'âge de 17 ans (soit 60 PA environ).
- Alcool : consommation débutée en même temps que sa profession (alcoolisation d'« entraînement »). Actuellement, elle consomme environ 3 canettes 25 cl de bière par jour et 2 à 3 verres de vin par jour (il y a 3 ans : 6 canettes/jour et 2 à 3 verres de vin par repas).

Vient consulter son médecin au cabinet pour une fièvre associée à une altération majeure de l'état général et d'importantes difficultés à la marche conduisant à son hospitalisation. Les diagnostics de pneumopathie infectieuse de la base droite et de neuropathie toxico carencielle sont portés.

Le bilan déjà réalisé retrouve : sur le plan biologique : ALAT et ASAT augmentées respectivement à 109 et 81, GGT à 71. L'échographie hépatique est normale. Les sérologies des hépatites virales A, B et C sont négatives.

Actuellement, la patiente marche en se tenant aux murs et par conséquent ne quitte plus son appartement. Elle a conscience que ses difficultés à la marche sont consécutives à sa consommation d'alcool mais n'a que peu de motivation pour un sevrage car elle sait qu'un retour à une mobilité normale est peu probable.

Par ailleurs son mari présente lui aussi une addiction à l'alcool.

Enfin, cette patiente parle peu en consultation, ce qui complique encore les relations avec son médecin et la prise en charge de son alcoolisme.

Problématique posée au groupe : comment motiver cette patiente et lui faire comprendre l'intérêt d'un sevrage afin de limiter l'aggravation de la neuropathie alcoolique ?

Avis du groupe de pairs : dossier problématique car il y a, malheureusement, peu de solutions à proposer. Le sevrage sera d'autant plus difficile à obtenir que les bénéfices sur la marche après l'arrêt de l'alcool sont très incertains et que cette patiente n'a pas d'autre centre d'intérêt et donc peu de motivation.

Néanmoins, le groupe propose :

- Des bilans organiques réguliers afin de lui faire comprendre l'intérêt d'un sevrage.
- Un suivi psychologique malgré les difficultés de communication avec cette patiente.
- Le passage à domicile de l'équipe du CCAA local (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoolologie).

DOSSIER 4

Femme de 55 ans, mariée et 2 enfants, mère au foyer, présentant une addiction à l'alcool ainsi qu'une dépendance à la codéine.

Cette patiente s'est longtemps occupée de ses parents et plus récemment de sa belle-mère occupant un appartement au dessus de chez elle.

Après une absence de suivi médical pendant plusieurs années, son médecin est appelé, en 2004, à son domicile pour la prise en charge d'une intoxication à l'alcool et à la codéine.

Dans les suites, elle a été hospitalisée à Lorquin pour un sevrage codéine et alcool, accompagné à sa sortie d'un suivi au CMP.

Parallèlement elle s'est beaucoup investie dans des activités de groupe au CMP ainsi que dans une association de type Alcooliques Anonymes pour laquelle elle est devenue secrétaire.

En avril 2007, son médecin traitant reçoit un courrier du Centre Hospitalier de Saint-Avold où la patiente a été hospitalisée pour la prise en charge d'une pancréatite aiguë d'origine mixte, alcoolique et lithiasique.

Par la suite, elle a réussi un nouveau sevrage alcoolique.

Récemment, une interruption médicale de grossesse a été réalisée chez sa fille, à l'origine d'un « coup de blues » chez sa mère.

En avril 2009, un bilan biologique montre une cytolyse hépatique.

Et depuis quelques jours, elle dit ne pas aller bien.

Elle maintient ses activités associatives et son suivi psychologique au CMP. Malgré tout, sa consommation d'alcool persiste.

Problématique posée au groupe : que proposer à cette patiente pour maintenir un sevrage alcoolique durable ?

Avis du groupe de pairs : la consommation d'alcool chez cette patiente est, à priori, en rapport à des problèmes familiaux. Il conviendrait de construire avec elle un projet ou une réflexion en dehors de son cadre familial afin d'aboutir à un sevrage durable.

ANNEXE 12

Synthèse de la troisième réunion de pairs du 15/09/2009

Médecins présents : Dr LEHAIR Pierre (expert)
Dr GERBER Denis (expert)
Dr MARTY Jean-Michel (organisateur et modérateur)
Dr HAMAN Alain
Dr BERNARD Jean-Marie
Dr DEMERLE KAISER Josette
Dr BONISCH Martine
Alexandre PARIS (Interne DES Médecine Générale et secrétaire)

Autres participants : Mme JOURDE Violette (psychologue)
Ludivine BELLE (Interne DES Médecine Générale)

DOSSIER 1

Homme de 60 ans, retraité (ancien mineur puis commercial), suivi par son médecin traitant depuis 2 ans et présentant une dépendance à l'alcool et au tabac.

Parmi ses antécédents, on relève de multiples hospitalisations pour Intoxication Alcoolique Aiguë suivies de plusieurs cures sans efficacité.

Il s'agit d'un patient très encadré par sa fille et son gendre. Il avoue une consommation de 2 à 3 litres de vin rouge par jour mais reste cependant très discret quant aux circonstances qui l'ont conduit à cette addiction.

Historique de son addiction :

- En 2008, il a présenté une fracture bi malléolaire de la cheville gauche avec de multiples lésions cutanées consécutives à une intoxication alcoolique aiguë. L'hospitalisation s'est compliquée de plusieurs delirium tremens. La fracture a fini par se consolider au bout de 6 mois mais une attitude vicieuse persiste.

Le patient a tout de même réussi son sevrage tabagique (méthode d'aide au sevrage inconnue).

- En avril 2009, il avoue un éthylysme chronique de 4 litres de vin par jour. Un traitement par Tiapridal 100 2/jour et Atarax 25 a été débuté.

- En août 2009, hospitalisation à Lemire pour une nouvelle intoxication éthylique aiguë. L'échographie abdominale réalisée à cette occasion est normale. L'évaluation psychiatrique met en évidence un syndrome dépressif nécessitant l'introduction d'un traitement par Séroplex et conseille un sevrage alcoolique en ambulatoire. Cependant le patient reste fragile et peu motivé, quoiqu'il en soit, par un sevrage.

Problématique posée au groupe : comment motiver ce patient pour obtenir de lui un sevrage durable ?

Propositions du groupe de pairs : il faut essayer, autant que possible et ce même si ce patient est difficile d'accès, de reconstruire l'histoire de son alcoolisme, les circonstances de début et l'effet recherché.

Il serait, de plus, souhaitable, d'établir avec lui un projet de vie.

Par ailleurs, il vient seul aux consultations afin d'obtenir un traitement pour mieux tolérer les effets de manque quand il réussit à diminuer sa consommation d'alcool. C'est l'occasion d'envisager avec lui les motivations de cette moindre consommation.

Enfin il serait peut être utile d'exploiter et valoriser le sevrage tabagique réussi il y a 1 an afin d'obtenir d'éventuelles pistes pour débiter un sevrage alcoolique.

La réalisation d'une post cure est peu intéressante chez ce patient car il n'y a pas de lien assez solide établi, pour le moment, avec son médecin.

DOSSIER 2

Homme de 30 ans exerçant la profession d'élagueur, marié depuis 2 ans et présentant une addiction à l'alcool, au tabac et au cannabis. Il est suivi depuis sa petite enfance par le même médecin traitant.

Sa consommation avouée est d'environ 1,5l de bière par jour associée à 1 à 2 joints de cannabis tous les soirs.

Parmi ses antécédents, on retrouve un asthme allergique et une notion d'alcoolisme chez son père.

Les circonstances de début ne sont pas connues mais la consommation a toujours lieu dans un contexte festif (avec des amis ou collègues après le travail).

Il a été vu en consultation à 2 reprises, avec sa femme, pour ce motif. Le problème actuel est le retentissement familial. Son épouse menace de le quitter s'il n'arrête pas sa consommation alcoolique.

Dans ce contexte, un traitement par Valium 10mg 3/jour et Aotal a été débuté. Un avis auprès de l'ELAM (CHR Bonsecours de Metz) a par ailleurs été demandé par son médecin.

NB : il n'a jamais été hospitalisé pour son alcoolisme et n'a jamais fréquenté un mouvement d'anciens buveurs.

Problématique posée au groupe : comment éviter chez ce patient la consommation d'alcool à la moindre occasion ? De plus, la demande de sevrage ne semble pas spontanée et ferait plutôt suite à une pression de son épouse. Enfin, malgré sa consommation d'alcool et le traitement par Valium, il souhaite poursuivre son activité professionnelle.

Propositions du groupe de pairs : la demande semble effectivement non spontanée et il n'existe dans ce cas, aucun projet de sevrage.

Il faut à nouveau reconstruire l'historique de cet alcoolisme et l'effet recherché par le patient par rapport à cette addiction. Par ailleurs, il serait intéressant de connaître sa consommation d'alcool avant son mariage (le mariage a-t-il déclenché une majoration de cette consommation et si oui pourquoi ?).

Un travail sur le couple peut aussi être tenté afin d'envisager un compromis. On pourrait ainsi fixer un autre objectif que le sevrage complet (obtenir par exemple une diminution de la consommation d'alcool de la part du mari et une moindre « rigueur » concernant cette consommation de la part de sa femme). Cependant, voir séparément en consultation ces deux personnes est indispensable.

Enfin au sujet de son activité professionnelle, si une consommation d'alcool est maintenue, il n'y a aucun intérêt à la poursuite du traitement par Valium.

DOSSIER 3

Homme de 29 ans, étudiant en droit, vivant en concubinage et actuellement sous Subutex pour une dépendance à l'héroïne. Il est suivi par son médecin traitant depuis 2001.

Historique de son addiction :

- Début à l'âge de 17 ans dans un contexte festif et au cours de réunions au sein d'un groupe de musique avec initialement consommation de tabac puis cannabis, héroïne en snif et enfin benzodiazépines.

- Un traitement par Subutex a été introduit depuis 1999 sous la pression probablement de sa famille (son père est médecin retraité) et de sa concubine. Le patient poursuit conjointement un traitement par benzodiazépines.

- Consulte récemment son médecin traitant pour un ordonnance de Subutex 4x2mg.

- A la suite d'un oubli de prise de Subutex, le patient tente d'arrêter. Il revoit son médecin qui lui prescrit du Strésam pour une anxiété. A appelé dans la nuit qui a suivi le médecin de garde qui débute un traitement par Atarax devant des symptômes de manque.

- Le lendemain il revoit son médecin pour reprendre le Subutex.

Actuellement, son traitement comporte Subutex qu'il a diminué lui même à 2x2mg/jour associé à Atarax 25 à la demande.

Problématique posée au groupe : peut-on considérer ce patient en voie de sevrage ?

Propositions du groupe de pairs : la prise de Subutex sous la forme de 4 comprimés de 2mg au lieu d'un seul comprimé de 8mg est suspecte. Il faut vérifier, en effet, que ce patient prenne bien les 4 comprimés en une seule prise et non en prise fractionnée sur la journée, ce qui pourrait laisser penser qu'il recherche un effet « flash ». Par ailleurs lui expliquer que la prise unique est plus confortable.

Ainsi, il serait préférable de lui prescrire Subutex 1 comprimé de 8mg/jour ce qui permet de s'assurer d'une part de l'absence de prise fractionnée et d'autre part de l'absence de détournement de voie d'administration (les comprimés de 2 mg peuvent être injectés, pas ceux de 8 mg).

Enfin, le groupe a insisté sur le fait qu'un sevrage à l'héroïne par le Subutex demande du temps et qu'il est important de prendre le temps nécessaire (il n'y a pas d'urgence à diminuer la posologie de Subutex).

DOSSIER 4

Femme de 44 ans, actuellement au chômage, divorcée et 2 enfants qui présente le problème d'une dépendance à l'alcool et au tabac. Suivie depuis 2 ans par son médecin traitant actuel à la suite du décès de son ancien médecin.

Notion d'alcoolisme chez ses 2 parents dont elle s'est longtemps occupée.

Elle boit tout type d'alcool à but anxiolytique. La quantité consommée n'est pas chiffrée.

Elle a déjà réalisé 2 cures dans le sud de la France pendant 3 semaines, sans succès.

Récemment, elle a été hospitalisée au CH de Forbach pour la prise en charge d'une pancréatite aiguë d'origine alcoolique suivie directement par une admission au CHS de Sarreguemines afin de tenter une nouvelle fois un sevrage.

Elle a été vue dernièrement au cabinet de son médecin pour le renouvellement de son arrêt de travail. La demande de sevrage est réelle car elle souhaite ne « pas finir comme ses parents ».

Son traitement actuel comporte : Valium, Déroxat et Tercian.

Problématique posée au groupe : devant les difficultés à se déplacer pour cette patiente, le sevrage en ambulatoire paraît difficile. Son médecin souhaite qu'elle intègre un circuit de soins pour encadrer ce sevrage.

Propositions du groupe de pairs : le problème organique consécutif à son alcoolisme permet d'organiser un suivi en ayant un autre motif de consultation que l'alcoolisme en lui-même. Il faut absolument déculpabiliser la patiente afin de renouer et renforcer une relation de confiance avec son médecin et lui expliquer que les rechutes font partie du parcours de sevrage.

Concrètement, le groupe propose : une HDJ (Hospitalisation De Jour) au CH de Freyming Merlebach et maintenir, par la suite, le suivi par le passage régulier de l'équipe du CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie) à son domicile, ce qui permettra de résoudre les problèmes de moyen de transport.

Le but essentiel est de créer un cadre pour le suivi de cette patiente afin qu'elle se sente épaulée et encouragée face au sevrage alcoolique.

DOSSIER 5

Homme de 26 ans, vivant en concubinage avec 3 enfants en bas âge et présentant une dépendance au tabac, à l'alcool, au cannabis et aux benzodiazépines.

Son traitement initial comporte Tranxène 20 mg 3/jour et Noctran 1 comprimé au coucher. Il a été complété par Alepsal à la suite de crises d'épilepsie compliquées d'un état de mal épileptique en août dernier.

Lors d'une consultation, il demande une hospitalisation pour réaliser un sevrage des benzodiazépines et c'est à ce moment là qu'il avoue également une consommation importante d'alcool, de tabac et de cannabis.

Il a donc été hospitalisé à l'hôpital Lemire où un sevrage alcoolique a été effectué. Son traitement actuel comprend : Effexor, Tercian et Noctran.

Suite à cette hospitalisation, il a repris une consommation de cannabis mais pas d'alcool. Un suivi au CMP de Creutzwald est, par ailleurs, maintenu.

Problématique posée au groupe : consommation non maîtrisée des benzodiazépines présentée par ce patient (consomme en quelques jours la totalité de son traitement).

Propositions du groupe de pairs : il faut absolument surveiller chez ce patient la prise quotidienne de son traitement et éventuellement demander la participation du CMP ou d'une IDE pour la délivrance quotidienne. Cela permettra par ailleurs de limiter probablement la survenue de crises d'épilepsie.

Une nouvelle hospitalisation pour un sevrage des benzodiazépines pourrait être tentée.

VU

NANCY, le 10 septembre 2010
Le Président de Thèse

Professeur F. PAILLE

NANCY, le 10 septembre 2010
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation,

Mme le Professeur K. ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 16 septembre 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans la prévention et la prise en charge des addictions, mais la formation initiale qu'il a reçue en ce domaine peut parfois s'avérer insuffisante.

Sur le modèle des Groupes De Pairs, reconnus par la Haute Autorité de Santé comme un moyen de Formation Médicale Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles de qualité, nous avons imaginé une méthode s'adressant en priorité aux médecins généralistes : les Réunions de Pairs Tutorées en Addictologie. Cette démarche leur permettrait de valider leur Formation Médicale Continue ainsi que leur Evaluation des Pratiques Professionnelles et de faciliter la prise en charge de leurs patients dans le domaine de l'addictologie grâce à la participation d' « experts » dans cette spécialité.

Le travail s'est organisé autour de trois objectifs principaux : décrire l'élaboration de ces Réunions de pairs, estimer, à l'aide d'un questionnaire permettant une étude qualitative la satisfaction des participants d'une part et le retentissement éventuel sur leur pratique d'autre part.

Les résultats de cette enquête ont montré que la motivation principale des participants était l'amélioration de la prise en charge de leurs patients présentant une addiction. L'organisation des réunions, enrichies de la participation d'experts, a été jugée « plutôt satisfaisante » et cette méthode d'EPP, reconnue comme une aide à la pratique. Toutefois, s'il ne nous a pas été possible de conclure de façon fiable à l'amélioration certaine des pratiques après participation à ces réunions, l'étude a abouti à la proposition de créer, en réponse aux besoins exprimés par les médecins, un « Guide pratique en addictologie » facilement utilisable en médecine ambulatoire.

TITRE EN ANGLAIS

Setting up Peer Meetings tutored in addiction. About an experiment conducted with General Practitioners in Moselle.

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2010

MOTS CLEFS: Formation médicale continue – Evaluation des pratiques professionnelles - Groupe de pairs – Addictologie.

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
