



HAL
open science

Évaluation d'une étude pilote en lorraine sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) auprès de médecins généralistes en matière d'alcool, tabac et cannabis

Marion Garel

► To cite this version:

Marion Garel. Évaluation d'une étude pilote en lorraine sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) auprès de médecins généralistes en matière d'alcool, tabac et cannabis. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932267

HAL Id: hal-01932267

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932267>

Submitted on 23 Nov 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-thesesexercice-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

Marion GAREL

Le 19 juin 2017

**EVALUATION D'UNE ETUDE PILOTE EN LORRAINE SUR LE REPERAGE
PRECOCE ET L'INTERVENTION BREVE (RPIB) AUPRES DE MEDECINS
GENERALISTES EN MATIERE D'ALCOOL, TABAC ET CANNABIS**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur François PAILLE	Président
M. le Professeur Yves MARTINET	Juge
M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Juge
M. le Docteur Hervé MARTINI	Juge

16 février 2017



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUJEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles
GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN -
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeure Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

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 René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel
CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER 2^{ème} sous-
section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL 4^{ème} sous-
section : (*Nutrition*)

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

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

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

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER 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*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL 3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO 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-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

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

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

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

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur

Olivier KLEIN

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

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

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)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

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

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale) Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE **3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

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

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire) Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

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

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

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

Docteur Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

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

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

Docteur Antoine KIMMOUN

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

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

Docteur Nicolas GIRERD

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

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

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

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

Docteure Isabelle KOSCINSKI

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

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur d'addictologie

Vous me faites l'honneur d'avoir dirigé ce travail.

Je vous remercie pour avoir été à l'origine de ce projet, pour votre enthousiasme et votre soutien.

Je vous remercie également de m'avoir accueillie dans votre service lors de mon dernier stage d'interne, j'en garde un très bon souvenir.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Vous trouverez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

Je vous remercie également pour vos enseignements partagés pendant les six mois passés dans votre cabinet.

A Monsieur le Professeur Yves MARTINET

Professeur de pneumologie

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez accepter l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Hervé MARTINI

Docteur en médecine

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie également pour votre accompagnement en médecine L lors de mon stage d'interne.

Recevez l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur François KOHLER

Professeur honoraire

Je tiens à vous remercier pour votre aide précieuse à la partie statistique de mon travail.

A Marjorie Vautrin

Pour ta constante disponibilité qui m'a permis de mener à bien ce travail.

A Monsieur Stella

Pour votre relecture.

Aux médecins généralistes

Je tiens à remercier les médecins libéraux qui ont participé à ce travail.
Sans vous, il n'existerait pas.

A ma famille

A ma maman, pour m'avoir transmis les valeurs de la vie avec amour, pour avoir tout sacrifié pour moi, pour ma réussite et mon épanouissement. Je suis comme je suis grâce à toi. Je t'aime.

A mon papa, parti bien trop tôt, je sais que tu veilles sur moi jour après et jour et que tu serais fier de moi aujourd'hui.

A Tom, the best of the world, 7 belles années (plus toutes les autres), un emménagement, des magnifiques voyages, une demande en mariage et des projets pleins la tête. Et ce n'est que le début... Je t'aime pour toujours.

Merci aussi au côté geek en toi qui, m'a été d'une grande aide.

A Benjamin, Elodie, ma petite Apo (plus si petite) et mon Charly, mon véritable bol d'air à Paris.

A Michel, pour votre soutien et votre confiance.

A ma belle-famille, pour vos encouragements et votre compréhension. Merci aussi de ne pas trop souvent m'avoir demandé « Où en est cette thèse ? »

A tous mes amis,

Le « groupe » du lycée, le noyau, mon pilier. Des galas de médecine et de droit aux prestations de serment et mariage de certains, pacs des autres en passant par des soirées au SP, des déménagements et des soirées d'anniversaires ... Que des jolis moments que je n'aurai loupés pour rien au monde !

Au-delà du groupe, chacun d'entre vous tient une place privilégiée dans ma vie, Yves pour ta gentillesse et ta bienveillance à toute épreuve, Marjo pour ta douceur apaisante, Yvan pour ton côté protecteur, Babou pour ta spontanéité et ta jovialité, Max et Sarah pour votre calme et sagesse, Antoine mon filleul le plus filou, Ludo et Sarah pour votre sens des valeurs.

Les amis de mes amis, qui sont devenus les miens. Thuy, Vincent, Anna, David... c'est toujours un plaisir de partager du temps avec vous.

Les « médecines » pour le partage tant sur le plan professionnel que sur tout le reste pendant ces longues années d'étude.

Marc, Ludo, Sandy, Steevy, Thibaut ... et toutes les valeurs ajoutées (Camille, Béa et Estelle, Baptiste, Hadri, Nelyo, Mathieu, Ake et Cookie)

Janice pour ta justesse et ton oreille attentive.

GuiGui pour ta bonne humeur.

Une pensée toute particulière pour Audrey, Mathilde et Claire, mes plus belles rencontres de ces dix dernières années, pour ces soirées « cas cliniques » qui ont eu meilleur goût grâce à vous, pour ces vacances à la dolce vita, et pour être là tout simplement.

Que la distance à venir nous rapproche !

Merci à vous et à tous ceux que j'ai oubliés.

Serment

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

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

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

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

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

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	19
A-	Substances psychoactives	19
1)	Tabac.....	19
2)	Alcool.....	19
3)	Cannabis.....	19
B-	Acteurs de santé	20
C-	Repérage précoce et intervention brève.....	20
1)	Le repérage précoce :.....	20
2)	L'intervention brève.....	20
3)	Efficacité de l'intervention brève	21
D-	Justification.....	21
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	23
A-	Territoire et population cible	23
B-	Phase préparatoire	24
1)	Elaboration du questionnaire	24
2)	Elaboration des supports	24
3)	Recrutement du visiteur	26
4)	Elaboration d'un planning de visites	26
C-	1 ^{ère} visite : inclusion du médecin	26
D-	2 ^{ème} visite : formation du médecin	26
E-	Evaluation à 3 mois	26
F-	Suivi et accompagnement	27
G-	Recueil des données.....	27
III.	RÉSULTATS.....	28
A-	Analyse des motifs de non-participation	28
B-	Profil des médecins généralistes formés.....	29
C-	Perceptions avant et après formation.....	30
D-	RPIB avant et après formation	33

IV. DISCUSSION	36
A- Participation.....	36
B- Caractéristiques de l'échantillon.....	36
C- Concordance des réponses.....	36
V. CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES	41

Liste des abréviations

AUDIT : Alcohol Use Disorders Test

ARS : Agence Régionale de la Santé

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

I. Introduction

Les addictions restent en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples ; médicaux, psychologiques et sociaux.

Aujourd'hui, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées en France. Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée, 10 fois plus que la cocaïne ou l'ecstasy et 55 fois plus que l'héroïne pour les consommations annuelles. (1)

A- Substances psychoactives

1) Tabac

En France, en 2014, le nombre de consommateurs quotidiens de tabac entre 11 et 75ans est estimé à 13,3 millions. (1)

Parmi les 18-75 ans, la part des fumeurs quotidiens a baissé de 1 point entre 2010 et 2014 passant de 30 % à 29 % (32,8 % des hommes et 24,5 % des femmes). (2)

En revanche, à l'adolescence, l'usage quotidien continue à augmenter entre 2011 et 2014 (32,4 % contre 31,5 %), avec une légère prédominance masculine (31,9 % parmi les filles, 33,0 % parmi les garçons).

Cette consommation a des conséquences importantes. Première cause de mortalité évitable en France, le tabagisme actif est considéré comme responsable de 78 000 décès prématurés chaque année dans notre pays.(1)

2) Alcool

La consommation d'alcool baisse régulièrement en France depuis les années 1950, essentiellement en lien avec la diminution de la consommation de vin de table. (3)

L'estimation du nombre de consommateurs entre 11 et 75 ans en France en 2014 ayant un usage régulier (c'est-à-dire au moins trois consommations d'alcool dans la semaine) est de 8,7millions et ceux ayant un usage quotidien est de 4,6millions. (1) Parallèlement à cette diminution de la consommation quotidienne, d'autres comportements se font jour. Dans l'ensemble de la population, 38 % des 15-75 ans ont déclaré au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans l'année, soit significativement plus qu'en 2010 (36 %).(4)

Les dommages pour la santé sont nombreux, les dernières données publiées rapportent en 2009 un nombre de 49 000 décès, tous âges confondus, liés à l'alcool.(5) (6) La moitié de la mortalité liée à l'alcool concerne pourtant des non-dépendants. (7)

3) Cannabis

En 2014, parmi les 11-75 ans, 17 millions de français ont déjà expérimenté le cannabis, 4,6 millions déclarent en avoir consommé au cours de l'année, 1,4millions a une consommation régulière, c'est-à-dire au moins 10 consommations dans le mois et 700 000 ont une consommation quotidienne. (8)

Sa consommation est même devenue plus fréquente que celles d'alcool et de tabac chez les adolescents. (9)

B- Acteurs de santé

Le médecin généraliste est le mieux placé pour intervenir dans le dépistage au quotidien et dans la prise en charge du mésusage de ses substances. En effet, les médecins généralistes sont en première ligne : il est estimé que 75 % de la population adulte française rencontre une fois par an au moins le médecin généraliste. (10)

Un constat s'impose : rien ne distingue le consommateur présentant un mésusage des autres patients (11) à de rares exceptions évidentes près que le médecin généraliste connaît et qui résumant pour lui « les alcooliques » dans le quotidien des consultations adultes.

De plus, des études en médecine générale montrent la grande fréquence d'un mésusage de l'alcool chez de nombreux patients dont le motif de consultation « tout-venant » n'a aucun lien évident avec l'alcool, et qui n'expriment aucune demande à ce sujet. (12) En effet, il est rarement l'objet d'une demande de soins. Comment alors, pour le médecin de première ligne, repérer des conduites de mésusage ?

C- Repérage précoce et intervention brève

Le repérage précoce associé à une intervention brève (RPIB) a pour but de repérer les patients présentant un mésusage sans dépendance et de les aider à retrouver une consommation d'alcool en dessous des seuils recommandés en France par la Société Française d'Alcoologie .(13)(14) Le RPIB peut permettre aussi dans certains cas l'arrêt de la consommation ; notamment pour le tabac ou le cannabis où il n'existe pas de seuil de consommation considérée comme acceptable.

Il se décompose en deux temps ; le repérage précoce et l'intervention brève.

1) Le repérage précoce :

Un repérage systématique est souhaitable. Dans l'idéal, il devrait concerner tout nouveau patient et les autres tous les ans (12) ou en cas de risque situationnel comme pour les femmes enceintes, la conduite, la prise de certains médicaments, certaines pathologies, la pratique de sport ou de certains métiers.

Le repérage des consommateurs à risque se fait essentiellement par l'entretien clinique avec ou sans l'utilisation d'un questionnaire. (10) Des questionnaires validés existent, notamment l'AUDIT-C et le FACE pour l'alcool, le Fagerström pour le tabac et le CAST pour le cannabis.

La biologie peut permettre, en complément du travail clinique, d'attirer l'attention du patient sur les relations possibles entre la consommation d'alcool et les symptômes allégués. (11)

2) L'intervention brève

L'intervention brève repose sur les principes de l'entretien motivationnel. Elle dure de 5 à 20 minutes et incite à une participation active du patient par des questions ouvertes, non directives.(10) (15)

On peut résumer les étapes comme suit ; elles sont généralement synthétisées par l'acronyme FRAMES :

-Restituer les résultats du test de repérage au patient (ou Feed-back) ;

- Responsabiliser (le changement de comportement appartient au patient, non au thérapeute) ;
- Donner un conseil de modération (ou Advice) ;
- Evoquer avec le patient les possibilités permettant de modifier sa consommation d'alcool (ou Menu) ;
- User de bienveillance, ne pas juger (ou Empathy) ;
- Laisser le patient acteur de son changement et renforcer le sentiment d'auto-efficacité (ou Self-efficacy). (16)

3) Efficacité de l'intervention brève

Les méta analyses disponibles dans la littérature internationale concluent à l'efficacité de l'intervention brève en médecine générale. En général, elles mettent en évidence qu'une intervention comportant un conseil bref est plus efficace pour réduire la consommation excessive d'alcool que l'absence d'intervention. Il faut néanmoins garder à l'esprit que les études incluses dans les différentes méta analyses comportent des caractéristiques différentes, qu'il s'agisse de la manière dont l'intervention brève est définie (durée, contenu, intensité), de la durée du suivi des patients (de 2 mois à 10 ans) ou des indicateurs utilisés pour mesurer le changement de comportement du patient en matière d'alcool (marqueurs cliniques, données déclaratives sur la consommation hebdomadaire d'alcool, nombre de jours de maladie). Malgré les limites méthodologiques des différents travaux, les chercheurs s'accordent sur le fait que l'efficacité de l'intervention brève est démontrée au-delà des doutes raisonnables. (17) (16) (18) (19)

D- Justification

Depuis le début des années 2000, dans quelques régions (Ile de France, Aquitaine, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Bretagne) la formation des médecins généralistes à cette pratique du RPIB a été développée (sous forme d'expérimentations visant à apprécier notamment la faisabilité et les facteurs de réussite), (20)

En 2006, la direction générale de la santé a mis en place une action de diffusion à grande échelle du RPIB.

L'initiative du Ministère de la Santé est motivée par l'existence du programme "Less is better" de l'OMS de lutte contre les alcoolisations excessives et par la mise en œuvre de stratégies régionales hétérogènes de promotion du RPIB depuis plusieurs années. La stratégie de diffusion de formation au RPIB se déroule sur une période de cinq ans et porte sur six régions pilotes : l'Aquitaine, la Bretagne, le Centre, l'Île de France, le Nord Pas de Calais et Midi- Pyrénées. La formation portait essentiellement sur l'alcool et le modèle dominant était celui d'une séance en soirée. Le mode de recrutement associe un courrier et une démarche téléphonique.

A partir de 2008, les neuf régions suivantes se sont engagées dans la stratégie de diffusion du RPIB : Auvergne, Champagne Ardennes, Haute Normandie, PACA, Rhône-Alpes, Bourgogne, Picardie, Lorraine, Guyane. En Lorraine le réseau LORRADICT est le promoteur de la stratégie, et forme 300 médecins généralistes sur cinq territoires. (21)

Les résultats ont été jugés globalement décevants.

Les médecins continuent de méconnaître la réalité du problème d'alcool de leur patientèle et estiment que cela leur prend beaucoup de temps.

La reprise de la diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes ayant été inscrite dans le projet régional de santé de l'ARS Lorraine, cette structure a accepté le principe et le financement d'une action pilote proposée par le réseau lorrain d'addictologie (Loraddict) pour reprendre dans un cadre limité et expérimental la formation au RPIB d'un certain nombre de médecins généralistes lorrains.

L'analyse des expériences précédentes a montré que la meilleure stratégie de formation était celle réalisée directement au cabinet du médecin généraliste, c'est pourquoi c'est la stratégie qui sera utilisée dans cette étude.

Le but de cette action est d'améliorer le repérage et la prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes par l'intermédiaire du RPIB.

Mon travail de thèse repose sur une partie de ce projet.

L'objectif de ce travail de thèse est d'évaluer les perceptions, attitudes et pratiques de prise en charge de médecins généralistes en matière d'alcool, de tabac et de cannabis avant et trois mois après une sensibilisation au RPIB.

Le bénéfice attendu serait d'améliorer les représentations des conduites addictives les plus fréquemment rencontrées en médecine générale (alcool, tabac et cannabis) et leur prise en charge par les médecins généralistes notamment par l'utilisation du RPIB.

II. Matériel et méthodes

A- Territoire et population cible

La population étudiée est constituée des médecins généralistes libéraux installés dans l'Ouest Vosgien, à savoir dans l'arrondissement de Neufchâteau (subdivisé en 9 cantons) et ceux du quartier Saint Michel Jericho Grands Moulins à Nancy, soit respectivement 62 et 9 médecins.

Ce territoire a été choisi pour plusieurs raisons, premièrement le lien déjà existant entre les médecins généralistes et le CSAPA de Neufchâteau et deuxièmement la variabilité des zones de travail (rural, urbain, semi-urbain)

Le territoire est limité pour créer une dynamique entre les médecins et pour des raisons de faisabilité.

Dans un deuxième temps, le territoire a été élargi au Toulois en Meurthe et Moselle pour avoir un nombre suffisant de médecins participant à l'étude, soit 61 médecins supplémentaires.

Il s'agit d'une étude pilote avec évaluation, avant de reprendre éventuellement une diffusion plus large.



B- Phase préparatoire

1) Elaboration du questionnaire (Annexe I)

Le questionnaire a été élaboré à partir de certaines questions retrouvées dans celui sur les perceptions et attitudes en matière d'alcool réalisé par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (l'OFDT) dans le cadre d'une étude nationale en 2007. Ces questions ont été ensuite adaptées pour l'alcool, le tabac et le cannabis.

Le questionnaire comprend 11 questions.

Ce sont des questions à choix fermés, c'est-à-dire que les médecins se voient proposer un choix parmi des réponses préétablies. Toutefois, il existe souvent une option « autres » pour laquelle ils peuvent préciser leurs réponses.

Ces questions sont à choix unique ou à choix multiples.

Les cinq premières questions explorent la perception du médecin généraliste.

Les questions 6, 7 et 8 portent sur l'attitude du médecin.

Les questions 9 et 10 font référence à leur prise en charge.

La question 11 est dirigée sur leur connaissance et utilisation du RPIB.

2) Elaboration des supports

-Livret patient (Annexe II)

Il comporte 11 pages.

Il est composé de 5 parties courtes et schématiques.

La première partie est orientée sur l'alcool et permet une auto évaluation de sa consommation avec un questionnaire standardisé rapide : l'AUDIT c. Il informe ensuite sur la notion de verre standard d'alcool et donne des conseils simples sur la consommation d'alcool recommandée.

La deuxième partie est orientée sur le tabac. Elle comprend le test court de Fagerström permettant une auto évaluation de la dépendance et un tableau sur le nombre d'années gagnées en fonction de l'âge de l'arrêt du tabac.

La troisième partie est orientée sur le cannabis. Elle propose le questionnaire CAST pour l'auto évaluation et décrit les risques du cannabis sur la santé par l'intermédiaire d'un graphique.

La quatrième partie est une feuille laissée vierge pour permettre au patient de noter ses objectifs par rapport aux produits.

La cinquième partie est un agenda de recueil des consommations.

Le but étant de donner des informations simples aux patients et d'ouvrir le dialogue avec le médecin.

-Livret médecin (Annexe III)

Il est plus détaillé que le livret patient, il comporte 13 pages.

Il est composé de 4 parties.

La première partie explique les principes généraux et le déroulement d'un repérage précoce et d'une intervention brève.

La deuxième partie est ciblée sur la consommation d'alcool. Elle rappelle aux médecins la notion de verre standard, les repères de consommation à risques et les différentes catégories d'usage avec la pyramide du risque de Skinner.

La troisième partie est ciblée sur la consommation de tabac. Elle décrit les bénéfices sur la santé et le gain d'espérance de vie à l'arrêt du tabac.

La quatrième partie est ciblée sur la consommation de cannabis.

Pour chaque substance, des conseils adaptés sur le RPIB sont donnés.

-Affiche (Annexe IV)

Une affiche reprenant le graphisme des livrets et demandant : « Tabac, alcool, cannabis : à quel niveau ? » « Quelle que soit votre consommation, demandez avis à votre médecin » est remise à chaque médecin, pouvant être accrochée dans la salle d'attente et sensibiliser en amont les patients.

Elle est également disponible dématérialisée sur la clé USB pour les médecins utilisant des écrans.

-Vidéos illustratives

Quatre séquences vidéos ont été réalisées avec des médecins spécialistes en addictologie dans le rôle du médecin généraliste et des acteurs dans le rôle des patients.

Elles reprennent des motifs de consultation fréquents en médecine générale et donnent un exemple concret de conduite à tenir en utilisant le RPIB dans un temps limité (5 min maximum)

1^{ère} vidéo : J. 26ans, fumeur de tabac et cannabis, consulte pour un certificat d'aptitude au sport.

2^{ème} vidéo : A. 45ans, consommatrice d'alcool avec usage nocif, consulte pour des troubles du sommeil et une nervosité.

3^{ème} vidéo : Mme N 72ans, consulte pour son renouvellement d'ordonnance de son traitement anti hypertenseur et émet une résistance quant à l'approche du sujet de l'alcool.

4^{ème} vidéo : B. 45ans, polyconsommateur (alcool et tabac), consulte pour un bilan biologique perturbé.

-Clé USB

Elle comprend tous les supports en version dématérialisée, à savoir les livrets patients et médecins, l'affiche et les séquences vidéos illustratives d'autoformation.

-Site internet

Il donne accès aux sites internet des réseaux d'addictologie de Lorraine, de Champagne-Ardenne et d'Alsace, à l'annuaire des structures de soins en addictologie et à diverses informations générales en addictologie et à des liens vers les sites nationaux.

Les médecins participant à l'étude ont reçu un identifiant et un mot de passe personnel pour avoir accès à la partie professionnelle du site.

3) Recrutement du visiteur

Le choix s'est tourné vers une déléguée médicale de santé qui possède une expérience professionnelle auprès des médecins. Elle aura bénéficié d'une formation individualisée et spécialisée. (Annexe V)
C'est elle qui réalisera les deux visites auprès des médecins.

4) Elaboration d'un planning de visites

Au préalable, un courrier a été envoyé à tous les médecins généralistes du territoire ciblé pour annoncer une formation au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève sur les thématiques alcool, tabac et cannabis. (Annexe VI)

Ensuite, comme convenu, la déléguée de santé a contacté par téléphone les médecins pour leur expliquer brièvement la démarche et leur proposer de participer.

Ainsi elle a pris des rendez-vous pour des premières visites.

A ce stade, certains médecins ont refusé de participer à l'étude. Les raisons de leur refus seront recueillies et analysées.

C- 1^{ère} visite : inclusion du médecin

La première visite a lieu au cabinet du médecin généraliste et dure environ 15min. Elle a pour but de présenter la démarche RPIB au médecin et de recueillir son engagement.

A son terme, la déléguée de santé fait remplir au médecin le questionnaire sur les perceptions et attitudes en matière d'alcool, tabac et cannabis et prend un rendez-vous pour effectuer la 2^{ème} visite de formation.

Dans certains cas, pour des raisons d'organisation des médecins généralistes, les 1^{ères} visites ont été réalisées lors du premier contact par téléphone. Dans cette situation, le questionnaire sera rempli lors de la 2^{ème} visite.

A ce stade, certains médecins ont refusé de participer à l'étude. Les raisons de leur refus seront recueillies et analysées.

D- 2^{ème} visite : formation du médecin

La deuxième visite a également lieu au cabinet du médecin, pour privilégier une intervention personnalisée. De plus sur son lieu de travail, le médecin s'inscrit davantage dans son rôle professionnel. Cette visite est plus longue et dure 30 minutes.

Elle a pour but de former les médecins au RPIB et de leur présenter les outils mis à leur disposition, à savoir le site internet, les vidéos illustratives et les livrets patients et médecins.

Une pochette leur est d'ailleurs remise avec un livret médecin, 10 livrets patients, une affiche et une clé USB.

Pour sa participation à l'étude, une indemnisation financière a été prévue.

E- Evaluation à 3 mois

Par l'intermédiaire du site internet www.addictoguide.online, dans la rubrique « mon suivi » le médecin pourra s'identifier et participer à une séance d'e-learning d'environ 15minutes à 3 mois puis à un an de la visite de formation.

D'une part, il remplira à nouveau le questionnaire sur les perceptions et attitudes en matière d'alcool, tabac et cannabis.

D'autre part, il participera à des cas cliniques de mise en situation et répondra à un questionnaire de satisfaction vis-à-vis du dispositif et un concernant sa pratique du RPIB depuis sa formation.

Pour ce faire, le médecin reçoit un mail explicatif avec un délai de réponse de 15 jours. Un mail de relance a été envoyé à ceux n'ayant pas répondu en précisant que l'évaluation rentrait dans un travail de thèse. A l'issue du délai, les médecins n'ayant pas encore participé ont été contactés par téléphone. (Annexe VII)

F- Suivi et accompagnement

Un numéro de téléphone est mis à leur disposition pour toute question supplémentaire et aide à la prise en charge des patients.

Une formation complémentaire leur est proposée s'ils le souhaitent.

G- Recueil des données

Les réponses des questionnaires ont été retranscrites dans un tableau excel. Les moyennes ont été calculées sur les variables quantitatives. Pour les variables qualitatives, les statistiques ont été réalisées par dénombrements et pourcentages.

Les tests statistiques de significativité utilisés ont été le test de Mc Nemar ou le test de Fisher.

III. Résultats

Sur les 132 médecins généralistes recensés, 60 médecins ont accepté le dispositif dans son ensemble soit 45 % de participation totale et 68 ont acceptés la formation sans évaluation à 3 mois soit une participation de 51%. Ces pourcentages s'élèvent à 52% pour la participation au dispositif dans son ensemble et à 59% pour la participation à la formation seule, si on considère le nombre total de médecins contactables. (116) En effet 16 non-participations s'avèrent être, non pas des refus mais des impossibilités de contact. (Voir analyse des motifs de non-participation.)

Au décours des 3 mois, après une relance par mail puis une par téléphone, 34 médecins sur les 60 initialement prévus ont effectivement participé, soit une participation totale réelle de 25% sur les 132 médecins recensés ou de 29% si on considère seulement les médecins contactables.

Notons qu'un médecin a participé à la formation mais n'a pas répondu au questionnaire initial.

	Ouest			Total
	Vosgien	Nancy	Toulois	
Nombre de médecins contactés	62	9	61	132
Nombre de médecins acceptant le dispositif	21	2	37	60
Nombre de médecins participant effectivement au dispositif	11	1	22	34
Nombre de médecins acceptant la formation sans le e-learning	4	1	3	8
Nombre de non-participations	37	6	21	64

A- Analyse des motifs de non-participation

On recense donc 64 refus au total dont 57 au moment du contact par téléphone, les 7 autres sont survenus après la première visite.

Dans la majorité des cas, les raisons invoquées sont le manque d'intérêt (28%) et le manque de temps (21,9%).

9,4% des médecins sont injoignables (absence de réponse du médecin ou refus de la secrétaire de joindre le médecin).

Ensuite, vient le fait de déjà utiliser le RPIB (7,8%), le sentiment que ce soit voué à l'échec (3,1%) de refuser de parler aux délégués médicaux (3,1%) ou de ne pas être concerné (1,5%).

Notons que 25% des « refus » correspondent en réalité à des impossibilités de réponse indépendantes de la volonté des médecins (décès, retraite, maladie, fermeture de cabinet).

	Ouest Vosgien	Nancy	Toulois	Total
Nombre de non-participations	37	6	21	64
Manque d'intérêt	9	3	6	18
Manque de temps	7	3	4	14
Médecins injoignables	2	0	4	6
Utilisation du RPIB	2	1	2	5
Sentiment d'être voué à l'échec	1	0	1	2
Non concerné	1	0	0	1
Impossibilité de réponses *	13	0	3	16
Refus des délégués médicaux	1	0	1	2
Projet de retraite à moyen terme	1	0	2	3

*décès, retraite, maladie, fermeture de cabinet

B- Profil des médecins généralistes formés

Les médecins formés sont composés à presque deux tiers (65,7%) d'hommes. En moyenne, ils sont âgés de 49ans et exercent depuis 18,5 années.

Ils sont installés pour la plupart en milieu rural (68,6%) contre 25,4% en milieu urbain et 6% en semi urbain.

Un peu plus de la moitié d'entre eux exerce en cabinet de groupe et un tiers exerce seul.

Seulement 16,6 % des médecins interrogés sont impliqués dans un réseau. Les thématiques dominantes sont le diabète (54,5% des médecins concernés) puis la gériatrie (27,3% des médecins concernés) et l'addictologie (27,3% des médecins concernés) et enfin l'alcool (18,2%).

9,2% d'entre eux disposent d'une formation spécifique en addictologie.

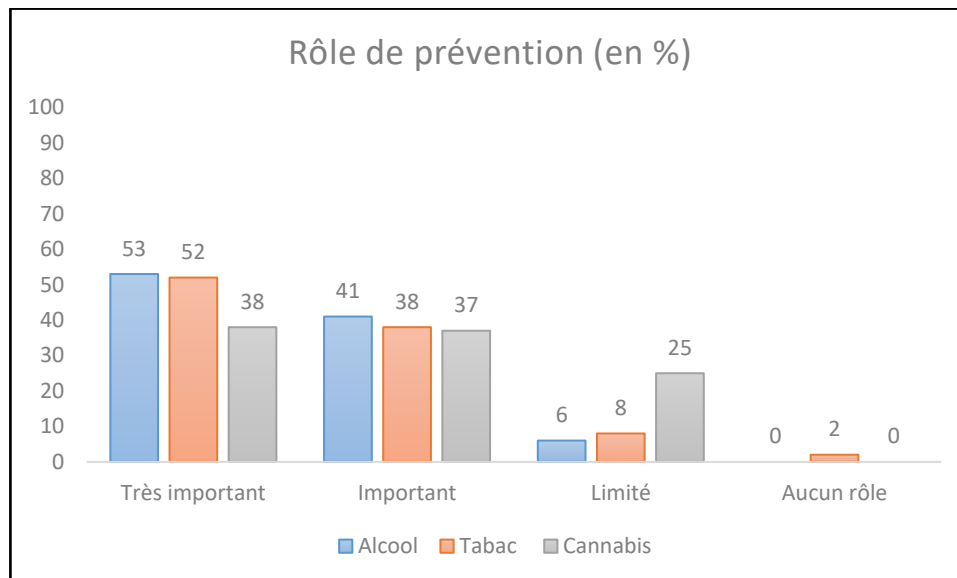
De manière plus générale, ils déclarent avoir participé en moyenne à 11 jours ou soirées de formation médicale au cours des 12 derniers mois.

Par ailleurs, une grande majorité de médecins (85%) déclare avoir un correspondant pour les questions d'alcool, avec tout de même près de la moitié (45,6%) d'accès difficile. En ce qui concerne le tabac et le cannabis, ils déclarent disposer de moins d'aide ; 75,8% pour le tabac dont la moitié d'accès difficile et 63,6% pour le cannabis dont 60% d'accès difficile.

Ces correspondants sont avant tout des structures spécialisées en addictologie (87,5%), puis des confrères généralistes ayant une activité addictologique (27%), des confrères spécialistes non experts en addictologie (25%), des associations d'entraide (23%) et des psychologues (10%).

C- Perceptions avant et après formation

Dans l'ensemble, les médecins généralistes estiment avoir un rôle de prévention important voire très important en matière d'alcool, de tabac et de cannabis avec tout de même 25% de médecins qui déclarent avoir un rôle limité de prévention en matière de cannabis (contre 6 et 8% respectivement en matière d'alcool et de tabac)



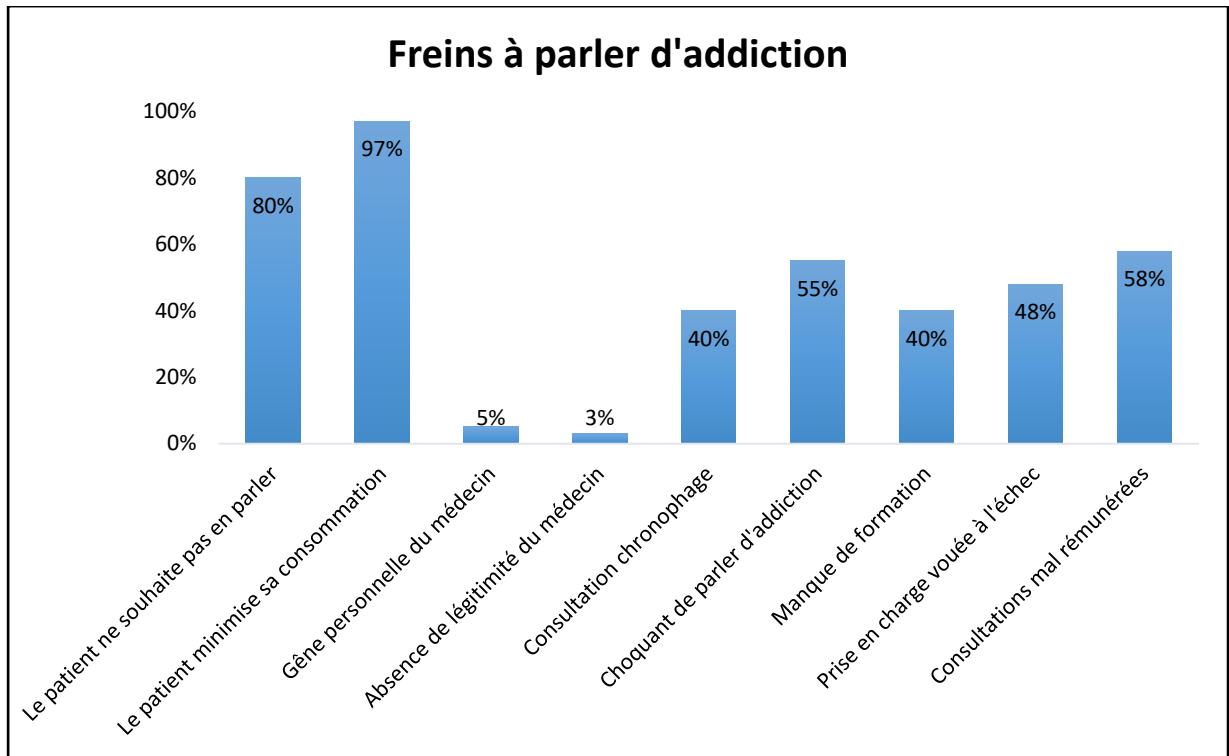
Près d'un tiers des médecins ne savent pas quelle est la proportion de leur patientèle présentant une consommation excessive d'alcool (34%) et une consommation de tabac (30%) et près de la moitié en ce qui concerne le cannabis (45%).

Par ailleurs, parmi les médecins qui ont répondu aux questions de proportions (respectivement 61% d'entre eux pour l'alcool, 65% pour le tabac et 49% pour le cannabis), ils estiment en moyenne à 17% le pourcentage de consommateur d'alcool excessif dans leur patientèle, à 31% le pourcentage de fumeur de tabac et à 7% le pourcentage de fumeur de cannabis.

Les obstacles pour aborder les addictions viennent en premier lieu des patients, avec pour quasiment la totalité des médecins (97%) la perception selon laquelle le patient minimise ses consommations et pour 8 médecins sur 10 le fait que le patient ne souhaiterait pas parler de sa consommation. De plus, un peu plus de la moitié des médecins pense qu'il peut être choquant pour un patient de parler d'addiction alors qu'il n'est pas venu pour cela.

Ensuite, viennent des raisons plus spécifiques au médecin, notamment le fait que les consultations seraient mal rémunérées et chronophages, le sentiment que la prise en charge est souvent vouée à l'échec et le manque de formation.

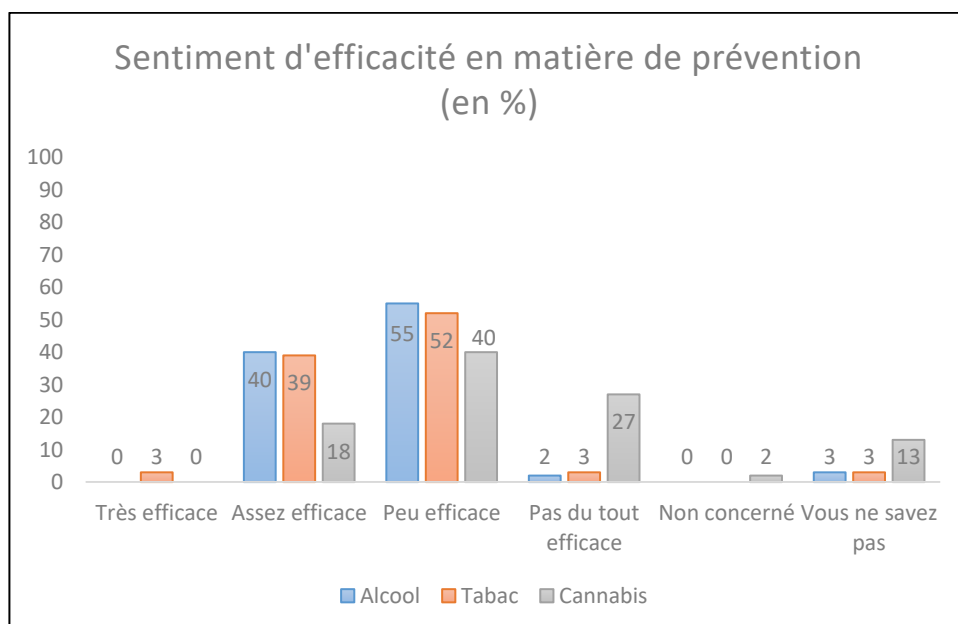
En revanche, l'absence de légitimité ou la gêne personnelle du médecin ne sont pas perçues comme des obstacles à parler d'addiction.



Dans une majorité des cas, les médecins pensent disposer des outils et des protocoles pour aider un patient présentant une consommation d'alcool excessive (62%) et de tabac (77%). Par contraste, seulement un peu plus d'un quart (27%) d'entre eux sont de cet avis en ce qui concerne le cannabis.

Cela étant dit, en matière de prévention d'alcool et de tabac, les médecins se sentent assez efficaces à 40%. Pour autant, plus de la moitié se sentent peu efficaces.

De la même manière, pour le cannabis, le sentiment d'efficacité est moindre avec pour plus d'un quart d'entre eux une absence totale d'efficacité, un sentiment d'être peu efficace pour 40% d'entre eux et assez efficace pour 18% d'entre eux.



Les comparaisons avant et après formation se sont faites uniquement sur les réponses des 34 médecins qui ont répondu à la fois au premier et au deuxième questionnaire.

Une comparaison de T0 et Tà3mois a pu être réalisée avec utilisation des tests de significativité de McNemar ou de Fisher lorsque les effectifs étaient suffisants.

Dans l'ensemble, les médecins généralistes pensent avoir un rôle important voire très important de prévention en matière d'alcool, de tabac et un peu moins en matière de cannabis, comme c'était déjà le cas avant la formation.

De plus, ils sont le même nombre à déclarer ne pas connaître la proportion de consommateurs d'alcool (14, n=34) et de tabac (12, n=34) dans leur patientèle. En ce qui concerne le cannabis, ils sont même un peu plus à la méconnaître (19 contre 16 avant formation, n=34). On pourrait émettre l'hypothèse qu'en 3 mois ils n'aient pas eu le temps de revoir suffisamment de personnes pour avoir une meilleure appréciation.

Les médecins qui donnent une estimation chiffrée ont tendance à augmenter la proportion de consommateur d'alcool excessif (27% contre 17% avant la formation) et de tabac (33% contre 31% avant la formation) alors qu'il n'y a pas de changement pour le cannabis (7%).

En ce qui concerne les freins pour aborder les addictions, il apparaît une tendance à une diminution du nombre de médecins généralistes pointant comme des obstacles le fait que le patient minimise ou ne souhaite pas parler de sa consommation et le fait qu'il pourrait être choquant pour un patient de parler d'addiction alors qu'il n'est pas venu pour cela. Le temps que prend l'abord des addictions, l'absence de légitimité et surtout le sentiment que la prise en charge est vouée à l'échec sont également des freins qui ont moins tendance à être cités par les médecins généralistes après la formation.

En revanche, la gêne à parler d'addiction et la mauvaise rémunération de ces consultations ont tendance à être plus nommées.

De plus, un point qui peut paraître étonnant, le même nombre de médecins (16, n=32) décrit le manque de formation comme étant un obstacle avant et après la sensibilisation au RPIB. (Annexe VIII)

Par ailleurs, après la formation, les médecins ne déclarent pas plus disposer des outils et protocoles pour aider un patient présentant une consommation de tabac, mais il existe une tendance à une augmentation du nombre de médecins à déclarer disposer des outils et des protocoles pour une consommation excessive d'alcool et de cannabis. (Annexe VIII)

De plus, ils se sentent un peu plus efficaces en matière d'alcool et de tabac contrairement au cannabis. En effet, il apparaît une augmentation du nombre de médecins se sentant assez efficaces en matière de prévention pour l'alcool (passant de 11 à 13, n=34) et le tabac (passant de 13 à 20, n= 34). Parallèlement, il émerge un sentiment d'efficacité moindre en ce qui concerne le cannabis, avec une augmentation du nombre de médecins (passant de 5 à 10, n=34) se jugeant pas du tout efficace.

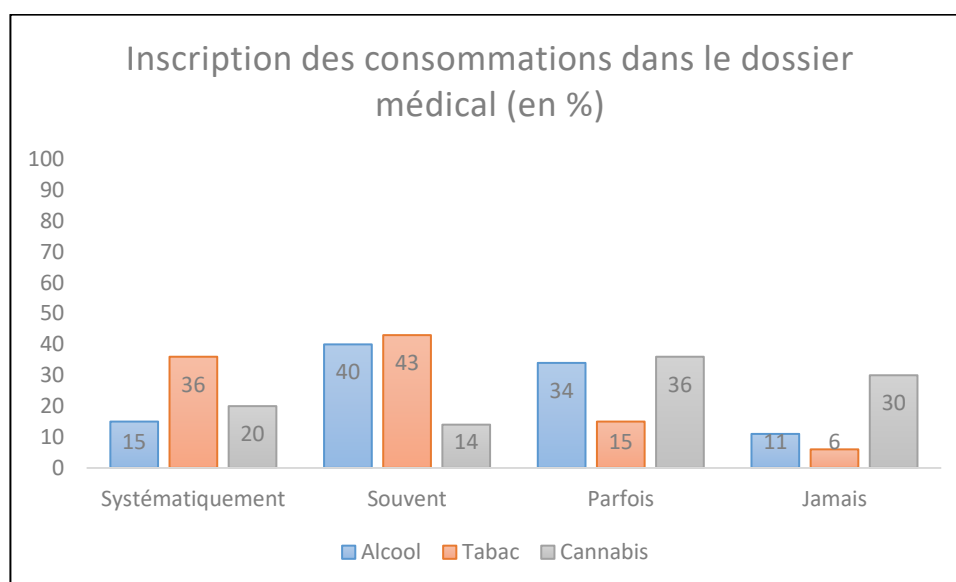
D- RPIB avant et après formation

65% des médecins déclarent ne jamais avoir entendu parler du RPIB avant la formation.

Le repérage est pratiqué à la demande du patient ou dans des situations précises la plupart du temps. Le repérage systématique, lui, s'avère être utilisé de façon très hétérogène en fonction de la substance. En effet, deux tiers des médecins abordent au moins une fois la question du tabac avec leurs patients, contre la moitié pour la question de l'alcool et moins d'un tiers seulement pour la question du cannabis.

Pour procéder au repérage, ils sont 31% à utiliser un questionnaire standardisé et Fagerstrom étant quasiment le seul qu'ils connaissent. Parmi les médecins n'utilisant pas de questionnaires standardisés, 20% ne les connaissent pas et près de la moitié préfèrent réaliser une quantification simple de la consommation.

Par ailleurs, ils inscrivent souvent voire systématiquement la consommation de tabac et d'alcool dans les dossiers médicaux, ce qui est beaucoup moins vrai pour le cannabis (20% systématiquement et 14% souvent).

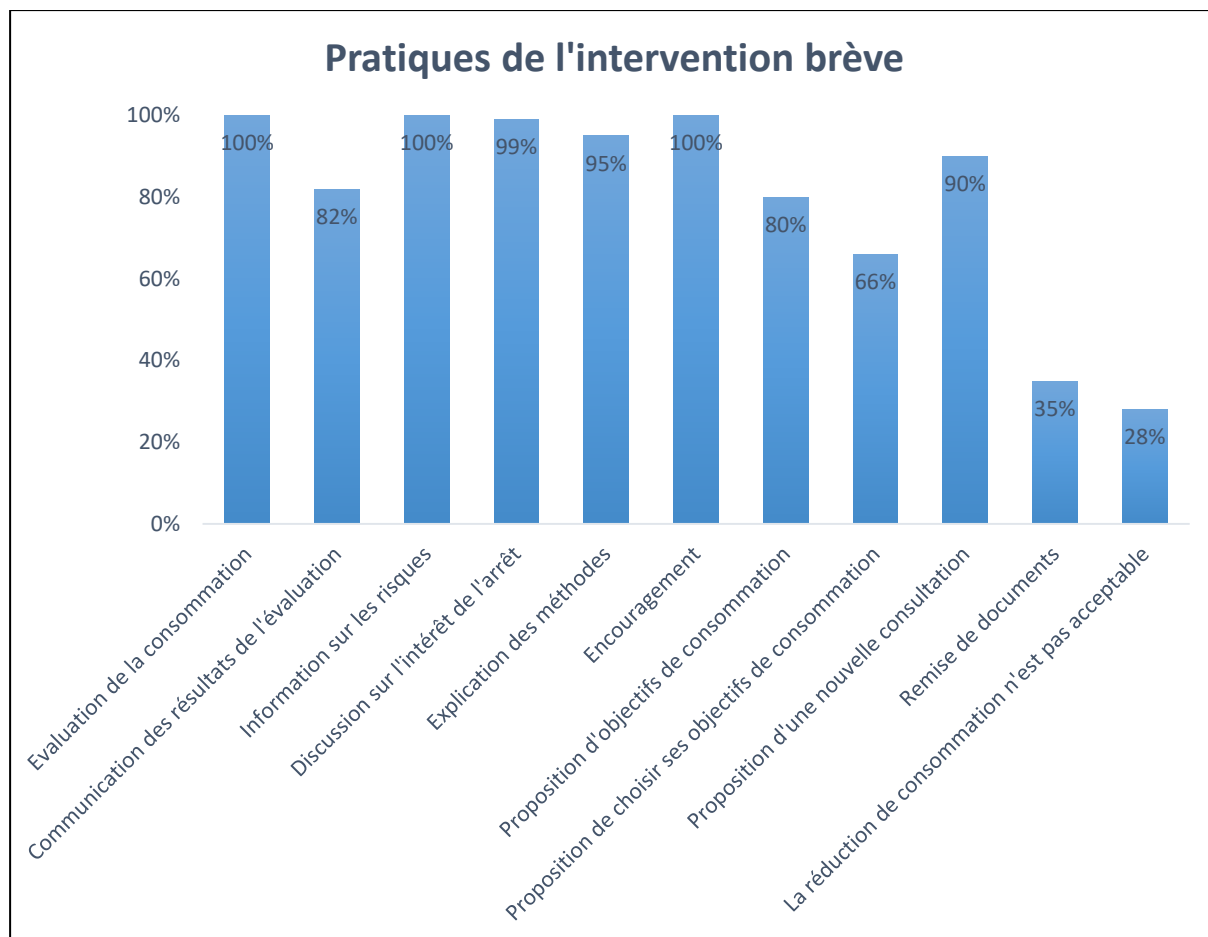


La pratique de l'intervention brève est partiellement effectuée. Tous les médecins déclarent évaluer les consommations, donner des informations sur les risques et l'intérêt de l'arrêt ou de la réduction des consommations. Ils disent expliquer les méthodes qui peuvent aider à modifier cette consommation et les encouragent dans leurs démarches.

9 médecins sur 10 leur proposent une nouvelle consultation pour réévaluer leur consommation et 82% leur donne les résultats de leur évaluation.

Par ailleurs, ils sont moins nombreux à leur laisser le choix de leurs objectifs de consommation (66%) et encore moins à leur remettre des documents d'information (35%)

Pour plus d'un quart d'entre eux, une réduction de consommation n'est pas acceptable.



Après la formation, environ deux tiers des médecins interrogés (67,6%, $p < 0,01$) déclarent utiliser le RPIB en matière d'alcool et de tabac et un peu plus de la moitié (55,9%, $p < 0,05$) en matière de cannabis, ce qui est deux fois plus qu'avant la formation.

Alcool et Tabac		Après formation (à 3 mois)		Total
		Utilisation du RPIB	Non utilisation du RPIB	
Avant formation	Utilisation du RPIB	9	2	11
	Non utilisation du RPIB	14	9	23
Total		23	11	34

Cannabis		Après formation (à 3 mois)		Total
		Utilisation du RPIB	Non utilisation du RPIB	
Avant formation	Utilisation du RPIB	6	3	9
	Non utilisation du RPIB	13	12	15
Total		19	15	34

Parallèlement, un point est surprenant, il y a une tendance à une diminution du nombre de médecins qui déclarent aborder la question d'alcool, de tabac et de cannabis de façon systématique et dans des situations précises de risques. L'abord de la question d'alcool et de cannabis à la demande du patient semble toutefois être en augmentation.

Par ailleurs, la pratique du RPIB paraît plus étayée.

Premièrement, ils ont plus tendance à inscrire les consommations dans le dossier médical que ce soit pour l'alcool, le tabac ou le cannabis et même s'il n'apparaît pas de différence du nombre de médecins généralistes à utiliser des questionnaires standardisés (13 sur 34), ils en utilisent davantage et ceux n'en utilisant pas, sont plus nombreux à réaliser une quantification simple (89% après la formation contre 44% avant, $n=18$, $p<0,01$).

Deuxièmement, il n'émerge pas de différence sur l'information des risques d'une consommation, l'encouragement du patient et la proposition de le revoir en consultation, pratiques déjà bien ancrées dans la prise en charge des médecins avant formation. En revanche, alors qu'ils déclaraient tous évaluer les consommations et ses dommages, il apparaît une tendance à une diminution après formation, ce qui est en opposition au fait qu'ils ont plus tendance à donner les résultats de cette évaluation. De plus, ils ont tendance à plus discuter de l'intérêt de l'arrêt ou de la réduction des consommations, à expliquer des méthodes pouvant aider à modifier cette consommation, à leur laisser le choix de leurs objectifs de consommation et à leur remettre des documents d'information. (Annexe VIII)

IV. Discussion

A- Participation

La participation est plutôt satisfaisante en ce qui concerne la première partie de l'étude ; soit une participation de 51% des médecins contactés mais est nettement plus faible pour l'évaluation à 3 mois, ce qui est un frein pour l'exploitation des données avec un taux de participation annoncé de 45% et réel de 25%. Ainsi, l'extrapolation des résultats de l'étude à la population de médecins généralistes lorrains paraît difficile. Cela étant dit, ce taux reste tout de même encourageant. En effet, si l'on considère seulement les médecins ayant accepté de participer au dispositif (68), un médecin sur 2 a participé à l'évaluation à 3 mois (34).

En ce qui concerne la première partie, la réussite de cette étude est due probablement au choix :

- de l'association courrier et entretien téléphonique comme approche puis d'une visite au sein même du cabinet du médecin,
- d'une déléguée médicale, qui a l'habitude de solliciter les médecins,
- d'une période de l'année propice (en dehors des vacances d'été et des pics épidémiques qui surchargent les consultations)
- d'une rémunération

En ce qui concerne la deuxième partie, le taux plus faible de participation pourrait s'expliquer par plusieurs défauts dans la réalisation du recueil de données.

- L'envoi d'informations par courriel et la manière dont le courriel a été réalisé. Des questionnaires courts, personnalisés et le fait de notifier que d'autres ont déjà répondu augmenteraient les chances de réponses. (22)
- La longueur du questionnaire et le fait qu'il soit séparé en 4 parties. Utiliser un questionnaire de 2 pages maximum influencerait le taux de réponse. (23)
- La durée de 3 mois après la formation. Les médecins généralistes ont probablement eu le temps de se détacher du projet pendant ce délai. Il serait peut-être utile de les contacter par mail à un mois et demi pour maintenir leur intérêt.

B- Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon est composé de 65,7% d'hommes et 34,3% de femmes. En Lorraine en 2015, 68 % des médecins généralistes installés sont des hommes. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 49ans contre 52ans en Lorraine en 2015. De plus, 33% des médecins exercent seuls, ce qui est plus bas par rapport aux médecins généralistes de Lorraine (44% dans les Vosges et 50% en Meurthe et Moselle) (24)

C- Concordance des réponses

Il existe une véritable disparité entre les perceptions et attitudes en matière d'alcool et de tabac d'une part et en matière de cannabis d'autre part.

En effet, non seulement les médecins généralistes estiment avoir un rôle de prévention moindre en matière de cannabis, mais ils pensent également moins disposer d'outils et de protocoles pour un patient consommant du cannabis.

Ainsi leur sentiment d'efficacité est également inférieur. C'est pour cette raison que la pratique du RPIB doit moins être utilisée pour le cannabis que pour le tabac et l'alcool.

Cela doit probablement s'expliquer par le fait que le cannabis est moins consommé que le tabac et l'alcool et par le fait qu'il s'agisse d'un produit illicite dont l'abord est plus tabou.

Un des principaux freins énoncés par les médecins généralistes est le fait que les patients ne souhaitent pas parler de leur consommation et que ça pourrait être choquant pour un patient de parler d'addiction sans que ce soit le motif de sa venue. Or il existe plusieurs études sur les représentations des patients qui affirment le contraire. Dans une enquête de l'INPES sur la prévention d'alcool réalisée en 2007, environ neuf personnes sur dix trouvent normal que leur médecin leur pose des questions sur leur consommation d'alcool.

De plus, une enquête a été menée en Ile de France sur un échantillon représentatif de 1 600 personnes. Près de 90% des répondants jugent que leur généraliste est dans son rôle en abordant avec eux les questions liées au tabac, à l'alcool et le trouvent bien informé dans ces domaines. Près de 80% jugent facile de parler d'alcool avec leur médecin. (25) Cette étude montre le niveau extrêmement élevé de confiance accordée, aussi bien pour les problèmes d'alcool que pour ceux liés à l'usage de tabac ou de drogues illicites. Elle indique aussi qu'il existe un très faible niveau de réticences à parler d'alcool avec son médecin généraliste, même chez les personnes repérées par leurs réponses au questionnaire FACE comme appartenant au groupe « à risque » (26)

Au sein du questionnaire, il existe des incohérences de réponses entre différentes questions.

Avant la formation, une majorité des médecins déclare disposer d'outils et des protocoles pour aider un patient présentant une consommation d'alcool excessive et de tabac et déclarent même tous évaluer les consommations et les dommages pour leur donner les résultats pour 80% d'entre eux. Parallèlement, ils ne sont que 31% à utiliser des questionnaires et pour la plupart à ne connaître que Fagerstrom et que 35% à utiliser des documents.

V. Conclusion

Cette étude montre que la plupart des médecins généralistes estiment avoir un rôle important voire même très important en matière de prévention d'alcool, de tabac et de cannabis, même si cela est un peu moins franc pour le cannabis.

Les principaux freins ressentis par les médecins à l'abord de ces addictions sont le fait que le patient ne souhaiterait pas parler de sa consommation ou la minimiserait. Ces deux obstacles, s'ils ont tendance à régresser après la formation, restent encore à combattre, car plusieurs études démontrent que les patients estiment normal que les médecins parlent d'addictions.

En ce qui concerne la prise en charge des addictions, les médecins ont tendance à plus utiliser le RPIB après la sensibilisation et ainsi à se sentir plus efficaces, notamment en matière d'alcool et de tabac.

Effectivement il reste une disparité entre les perceptions et attitudes en matière d'alcool et de tabac d'une part et en matière du cannabis d'autre part, en défaveur du cannabis.

Bibliographie

1. Produits et addictions, vue d'ensemble - OFDT [Internet]. [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/>
2. Tabac et cigarette électronique - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 25 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/tabac-et-cigarette-electronique/>
3. Beck F, Richard J-B. La consommation d'alcool en France. Presse Médicale. oct 2014;43(10, Part 1):1067-79.
4. Jean Baptiste Richard CP, Guignard VN-TR. La consommation d'alcool en France en 2014 - Évolutions n°33 - Avril 2015 - 1632.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>
5. Alcool - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 30 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
6. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 1 août 2013;23(4):588-93.
7. Michaud P, Dewost A-V, Fouilland P. « Boire moins c'est mieux ». Presse Médicale. 1 mai 2006;35(5):831-9.
8. Cannabis - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>
9. Benard V, Rolland B, Messaadi N, Petit A, Cottencin O, Karila L. Consommation de cannabis : conduite à tenir en médecine générale. Presse Médicale. juill 2015;44(7-8):707-15.
10. Couzigou P, Vergniol J, Kowo M, Terrebonne E, Foucher J, Castera L, et al. Intervention brève en alcoologie. Presse Médicale. juill 2009;38(7-8):1126-33.
11. Kiritze-Topor P. Conduites d'alcoolisation : du risque à la dépendance - Repérage et intervention brève en médecine générale. Médecine. 1 janv 2008;4(1):26-32.
12. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Les mésusages de l'alcool : repérage et intervention brève en médecine générale. Médecine. 1 sept 2006;2(7):302-6.
13. Deballon J-B. Evaluation, intérêts et impacts du projet pilote de formation au RPIB (Repérage Précoce Intervention Brève) à l'UFR de pharmacie d'Amiens, Paris et Angers par les étudiants en sixième année filière officine [Internet]. Faculté de pharmacie d'Amien; [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/9120637-These-pour-le-diplome-d-etat-de-docteur-en-pharmacie-soutenue-publiquement-le-26-novembre-2014-par-jean-baptiste-deballon.html>

14. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Société Fr Alcoologie Addictologie. 15 mars 2015;37(1):5-84.
15. Daeppen JB, Gammeter R. Interventions brèves [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 25 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2320/20879>
16. Milhet M, Diaz Gomez C. Alcoolisations excessives et médecine de ville [Internet]. 2006 [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=5912
17. Castera P, Kinouani S, Joseph J. Repérage précoce et intervention brève. Succès et limites. Alcoologie Addictologie. 15 mars 2015;37(1):85-92.
18. Heather N. Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt. Addiction. 1 mars 2002;97(3):293-4.
19. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. Addict Abingdon Engl. mars 2002;97(3):279-92.
20. RPIB Evaluation du dispositif 2004 2008 - rpib-evaluation-du-dispositif-2004-2008.pdf [Internet]. [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.anpaa-bretagne.fr/wp-content/uploads/2015/03/rpib-evaluation-du-dispositif-2004-2008.pdf>
21. Evaluation de la strategie nationale de diffusion du RPIB aupres des medecins generalistes [Internet]. [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/RPIB/rpibrappglobal.pdf>
22. Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, Diguseppi C, Wentz R, Kwan I, et al. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. Cochrane Database Syst Rev. 8 juill 2009;(3):MR000008.
23. Vaillant Roussel H, Bernard E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale ? Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2012;(100):31 et 32.
24. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. La démographie médicale En Région Lorraine Situation en 2015 [Internet]. [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_lorraine_2015_0.pdf
25. SFDRMG. Mésusages de l'alcool : pourquoi est-il si difficile d'en parler ? déc 2004 [cité 19 avr 2017];(366). Disponible sur: http://www.unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/366_Mesusage_alcool_2.pdf
26. Michaud P, Fouilland P, Grémy I. Alcool,tabac,drogue : le public fait confiance aux médecins. Rev Prat - Médecine Générale [Internet]. avr 2003 [cité 19 avr 2017];17. Disponible sur: http://ns226617.ovh.net/MG/2003/611/MG_2003_611_605.pdf

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire sur les perceptions et attitudes en matière d'alcool, tabac et cannabis

1. Pensez-vous que le médecin généraliste joue un rôle de prévention en matière :

	D'alcool	De tabac	De cannabis
Très important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun rôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Aujourd'hui, d'après vous quelle est la proportion de vos patients présentant une consommation :

D'alcool excessive ¹	: ... %	Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>
De tabac	: ... %	Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>
De cannabis	: ... %	Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>

3. Quels sont les principaux freins qui, pour vous, font obstacle à l'abord des addictions :

	OUI	NON
Le patient ne souhaite pas parler de sa consommation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient minimise sa consommation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous éprouvez une gêne à parler d'addiction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ne vous sentez pas légitime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela prend beaucoup trop de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il peut-être choquant pour un patient de parler d'addiction alors qu'il n'est pas venu pour cela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ne vous sentez pas suffisamment formé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prise en charge est souvent vouée à l'échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les consultations sont longues et pas correctement rémunérées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous n'avez pas de difficultés particulières	<input type="checkbox"/>	

4. Pensez-vous disposer des outils et des protocoles pour aider un patient présentant une consommation d'alcool excessive, de tabac ou de cannabis ?

	Alcool	Tabac	Cannabis
Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne rencontre pas ce type de patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ : Est considérée comme étant une consommation d'alcool excessive toute consommation d'alcool supérieure à :

- 14 verres standards/semaine pour une femme
- 21 verres standards/semaine pour un homme
- 4 verres standards par occasion

5. En matière de prévention des addictions, vous sentez-vous :

	Pour l'alcool	Pour le tabac	Pour le cannabis
Très efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assez efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peu efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas du tout efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non concerné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ne savez pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Abordez-vous la question de l'alcool, du tabac et du cannabis :

	Alcool		Tabac		Cannabis	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
A la demande du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au moins une fois avec chaque patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans des situations précises de risque uniquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Utilisez-vous des questionnaires standardisés pour le repérage des troubles liés à la consommation d'alcool, tabac et cannabis ?

Oui
Non

Si oui, précisez lesquels :

Si non, pour quelles raisons ?

FACE	<input type="checkbox"/>	Vous réalisez une quantification simple de la consommation	<input type="checkbox"/>
AUDIT	<input type="checkbox"/>	Vous ne connaissez pas ces questionnaires	<input type="checkbox"/>
DETA	<input type="checkbox"/>	Vous procédez autrement	<input type="checkbox"/>
CAST	<input type="checkbox"/>		
FAGERSTORM	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____	
Autres, précisez : _____			

8. Inscrivez-vous dans le dossier médical de vos patients leur consommation :

	D'alcool	De tabac	De cannabis
Systématiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parfois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jamais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Vous suspectez chez un de vos patients une consommation excessive d'alcool, de tabac ou de cannabis, que faites-vous ?

	OUI	NON
Vous évaluez ses consommations et ses dommages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous lui donnez les résultats de votre évaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous l'informez des risques de ses consommations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous discutez avec lui de l'intérêt de l'arrêt ou de la réduction de ses consommations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous lui proposez des objectifs de consommation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour vous la réduction de consommation est acceptable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous proposez au patient de choisir des objectifs de consommation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous lui expliquez les méthodes qui peuvent l'aider à modifier sa consommation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous l'encouragez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous lui proposez de le revoir en consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous lui remettez des documents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres éléments à préciser : _____

10. Avez-vous des correspondants et des relais pour vous aider sur les questions d'alcool, tabac et cannabis ?

	Alcool	Tabac	Cannabis
Oui, d'accès facile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, d'accès difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, précisez : _____

Confrère généraliste, ayant une activité addictologique (microstructure...)	<input type="checkbox"/>
Confrère spécialiste non expert en addictologie (pneumologue, gastroentérologue, ORL...)	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>
Structure spécialisée en addictologie (CSAPA, structure hospitalière...)	<input type="checkbox"/>
Association / Mouvement d'entraide	<input type="checkbox"/>

Autres, à préciser : _____

11. Avez-vous déjà entendu parler du repérage précoce intervention brève (RPIB) ?

Oui
Non

Si oui, comment ou par qui en avez-vous entendu parler ?

Par une association	<input type="checkbox"/>
Par une publication	<input type="checkbox"/>
Via une formation	<input type="checkbox"/>
Par une relation professionnelle	<input type="checkbox"/>
Dans le cadre d'un colloque	<input type="checkbox"/>

Autres, à préciser : _____

Si oui, utilisez-vous les intervention brèves pour l'alcool, le tabac et le cannabis ?

	Alcool	Tabac	Cannabis
Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si non, pourquoi ? _____

Pour mieux vous connaître

Année de naissance :

Sexe :

H F

Depuis combien d'années exercez-vous en tant que médecin généraliste ? : ...

Votre cabinet est situé en zone ?

Rurale Urbaine

Exercez-vous en ?

- Cabinet sans associé
- Cabinet de groupe
- Partage de locaux avec d'autres spécialités
- Salariés dans un centre de santé
- Autres, précisez : ...

Combien d'actes médicaux réalisez-vous par semaine en moyenne ? ...

Participez-vous à un réseau ?

- Oui
- Non

Si oui sur quel thème ?

- Alcool
- Cancer
- Addictologie
- Diabète
- Tabac
- Autres, précisez : ...

Disposez-vous d'une formation en addictologie ?

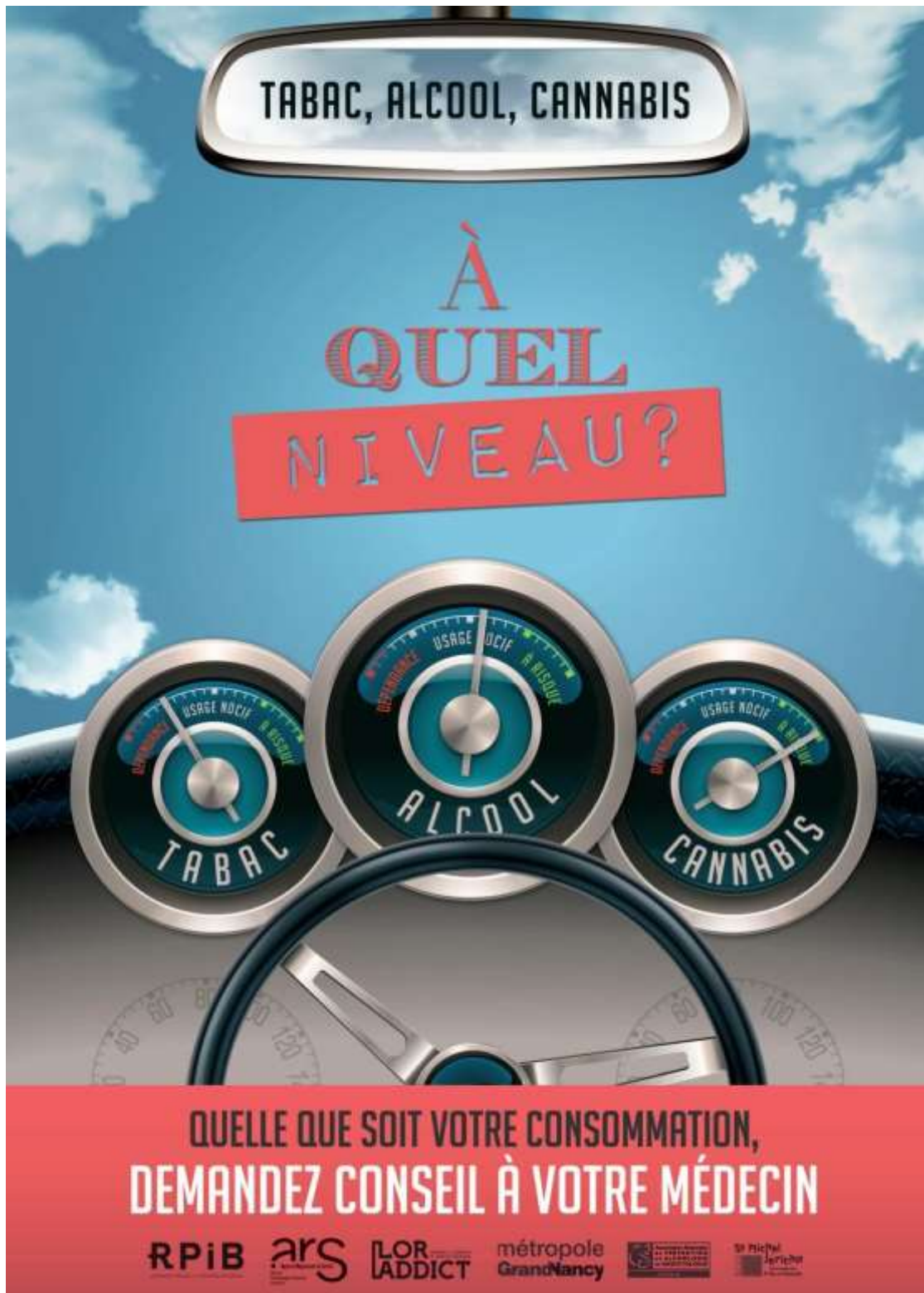
- Oui
- Non

Si oui laquelle ?

- DU de tabacologie
- DU d'alcoologie
- Autres, précisez : ...

Au cours des 12 derniers mois combien de jours ou de soirées de formation continue avez-vous suivi ? ...

ANNEXE II : Livret à destination des patients



01

L'ALCOOL & MOI...



JE ME TESTE

①

COCHÉZ UNE RÉPONSE PAR QUESTION

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

- Jamais (0 pt)
- 1 fois/mois ou moins (1 pt)
- 2 à 4 fois/mois (2 pts)
- 2 à 3 fois/semaine (3 pts)
- 4 fois/semaine (4 pts)

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- 1 ou 2 (0 pt)
- 3 ou 4 (1 pt)
- 5 ou 6 (2 pts)
- 7 à 9 (3 pts)
- 10 ou plus (4 pts)

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

- Jamais (0 pt)
- Moins d'1 fois/mois (1 pt)
- 1 fois/mois (2 pts)
- 1 fois/semaine (3 pts)
- Chaque jour ou Presque (4 pts)

②

ADDITIONNEZ LES POINTS ENTRE PARENTHÈSES ET CALCULEZ VOTRE TOTAL

- RÉSULTATS -

Un score ≥ 4 chez l'homme, ≥ 3 chez la femme
signe une consommation d'alcool à risque pour votre santé.
Parlez-en à votre médecin traitant.

3

OÙ JE ME SITUE ?



02

LE TABAC & MOI...



JE ME TESTE

①

COCHÉZ UNE RÉPONSE PAR QUESTION

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins (0 pt)
- 11 à 20 (1 pt)
- 21 à 30 (2 pts)
- 31 ou plus (3 pts)

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- Moins de 5 minutes (3 pts)
- 6 à 30 minutes (2 pts)
- 31 à 60 minutes (1 pt)
- Après plus d'1 heure (0 pt)

②

ADDITIONNEZ LES POINTS ENTRE PARENTHÈSES
ET CALCULEZ VOTRE TOTAL

— RÉSULTATS —

- 0-1 : pas de dépendance
- 2-3 : dépendance modérée
- 4-5-6 : dépendance forte

5



A SAVOIR...

Un « verre standard » est défini comme contenant 10 g d'alcool pur. Il y a autant d'alcool dans :

1 bouteille de bière 5% alc/vol - 1 unité	1 verre de Champagne 12% alc/vol - 1 unité	1 verre de vin 12% alc/vol - 1 unité	1 verre de Whisky 40% alc/vol - 1 unité	1 verre de vodka 40% alc/vol - 1 unité
1 petite bière 5% alc/vol - 1 unité	1 bière 5% alc/vol - 1,5 unités	1 bière 10% alc/vol - 2 unités	1 bouteille d'apérif 20% alc/vol - 12 unités	1 bouteille d'alcool fort 40% alc/vol - 25 unités

Plus une boisson est alcoolisée, plus le verre dans lequel on la sert est petit.



POINT CONSEILS

- Ne pas boire plus de :
 - 2 verres d'alcool/jour pour une femme
 - 3 verres d'alcool/jour pour un homme
 - 4 verres d'alcool par occasion, limitée à 1 fois/semaine
 - Grossesse, allaitement, prise de médicaments : zéro alcool
 - Conduite d'engin ou de voiture : idéalement zéro alcool
- Si vous envisagez d'arrêter ou de diminuer votre consommation d'alcool, parlez-en à votre médecin généraliste. Il pourra vous conseiller au mieux en fonction de votre situation personnelle.

4



JE ME TESTE

①

RÉPONDEZ PAR « OUI » OU PAR « NON » À CHAQUE QUESTION

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 quand vous fumez du 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 parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

②

COMPTABILISEZ LE NOMBRE DE « OUI »

- RÉSULTATS -

Deux réponses positives au test doivent vous amener à vous interroger sur votre consommation et les risques sur votre santé pouvant en découler.



À SAVOIR...

Plus tôt un fumeur s'arrêtera de fumer, plus longtemps il vivra. A tout âge, arrêter de fumer est bénéfique pour la santé, même après 60 ans !

âge de l'arrêt
du tabagisme

GAIN D'ESPÉRANCE DE VIE



NOMBRE D'ANNÉES DE VIE GAGNÉES

Le risque d'être victime d'un infarctus du myocarde ou de pathologies respiratoires dépend du nombre de cigarettes fumées chaque jour, mais surtout de l'ancienneté de son tabagisme. Le seul moyen efficace pour réduire ce risque est l'arrêt du tabac.



POINT CONSEILS

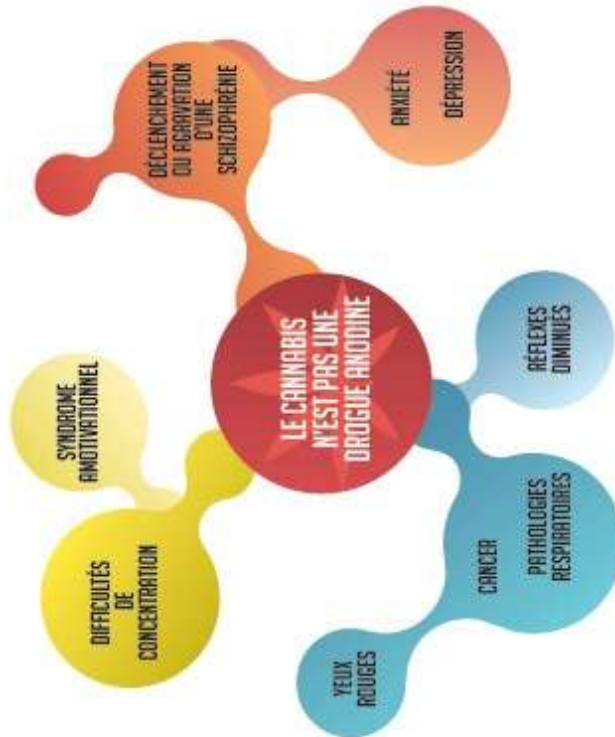
Si vous envisagez d'arrêter votre consommation de tabac, des méthodes efficaces existent comme les substituts nicotiques. Parlez-en à votre médecin généraliste. Il pourra vous conseiller au mieux en fonction de votre situation personnelle.

JE NOTE MA CONSOMMATION

Jour	Nombre de verres d'alcool standards	Nombre de cigarettes	Nombre de joints
<i>Semaine 1</i>			
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			
Total			
<i>Semaine 2</i>			
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			
Total			
<i>Semaine 3</i>			
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			
Total			
<i>Semaine 4</i>			
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			
Total			



A SAVOIR...



POINT CONSEILS

Si vous envisagez d'arrêter ou de diminuer votre consommation de cannabis, parlez-en à votre médecin généraliste. Il pourra vous conseiller au mieux en fonction de votre situation personnelle.

04

JE NOTE MES OBJECTIFS

OU JE ME SITUE ?

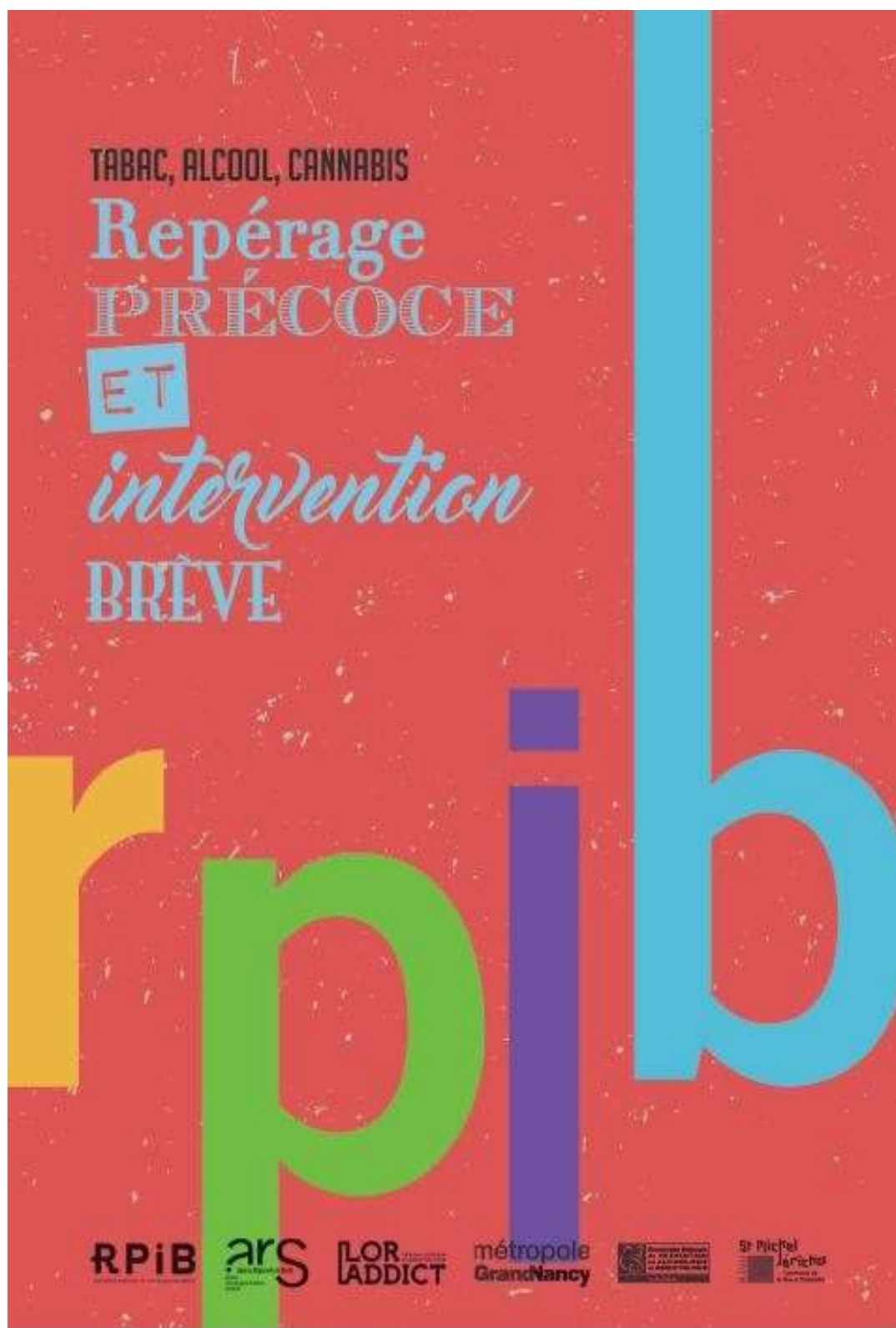


À QUEL NIVEAU?

Vous pouvez retrouver ces tests
en ligne sur le site internet
www.addictoguide.online



cachet du médecin



01

LE RPIB EN QUELQUES MOTS

LA DÉMARCHE DU « REPERAGE PRÉCOCE ET DE L'INTERVENTION BRÈVE » (RPIB) EST UNE DÉMARCHE DE PRÉVENTION SECONDAIRE VALIDÉE PAR L'OMS.

En matière d'alcool, de nombreuses méta-analyses ont mis en évidence son efficacité : elle entraîne une réduction de la consommation d'alcool à court et moyen terme chez des consommateurs qui dépassent les niveaux considérés en France comme étant à faible risque. Une intervention brève, même très courte, est plus efficace que l'absence d'intervention.

Bien que la démarche RPIB ait été initialement dirigée vers un type de produit, l'alcool, elle peut s'appliquer pour l'ensemble des substances psychoactives et, plus particulièrement, au tabac et au cannabis, représentant, avec l'alcool, trois des addictions les plus répandues en France et dont les risques sont connus.

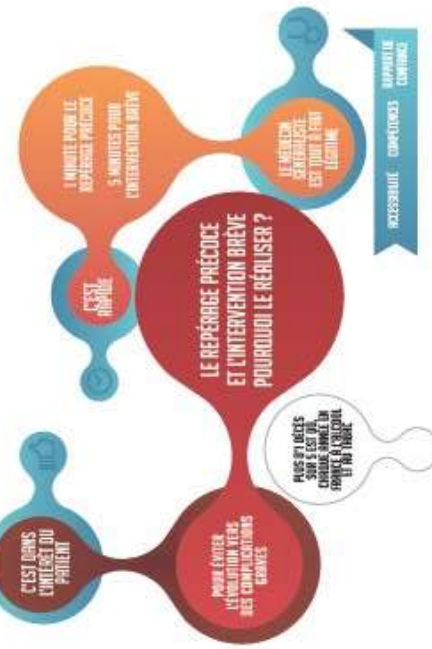
La place privilégiée du médecin généraliste

Les médecins généralistes occupent une place privilégiée dans le système de soins pour repérer les patients ayant un comportement de consommation à risque pour leur santé et intervenir auprès d'eux. En effet, chaque année, ils voient en consultations, près des trois quarts de la population française. Les patients estiment qu'ils sont légitimes et compétents pour aborder ces questions.

La démarche « RPIB » (Reperage Précoce et Intervention Brève) est une méthode simple et efficace en médecine générale pour aider les patients à diminuer leur consommation d'alcool, de tabac et de cannabis ainsi que les dommages induits par ces conduites. L'Agence Régionale de Santé (ARS), notamment par le biais de ses Délégations Territoriales de Meurthe-et-Moselle et des Vosges, a validé et financé une étude pilote consistant en la diffusion de cette méthode auprès de médecins généralistes de deux territoires lorrains. Cette étude s'inscrit dans le plan d'actions du Contrat Local de Santé du Grand Nancy.

La pochette « Reperage Précoce et Intervention Brève – Tabac, Alcool, Cannabis » contient un livret à destination du médecin, dix livrets à destination des patients, une affiche pouvant être mise en salle d'attente et une clé USB contenant tous ces supports en format dématérialisé ainsi que des séquences vidéos d'autoformation, disponibles également sur le site internet www.addictoguide.online.

Les supports remis ont pour objectifs, s'agissant du livret à destination des patients, de permettre d'ouvrir le dialogue avec le patient sur les thématiques concernées, de donner de l'information, de remettre un support sur lequel le patient peut reporter ses consommations journalières et, s'agissant du livret à destination du médecin, de l'aider à effectuer le repérage précoce et l'intervention brève concernant les trois thématiques.



02

LES 2 ÉTAPES DU RPIB

La démarche du RPIB se décompose en 2 temps, le « Repérage Précoce » et l'« Intervention Brève ».



LE REPERAGE PRECOCE

- **QUI ?** Tous les patients.
- **QUOI ?** Repérer les consommations à risque de dommages.
- **QUAND ?** De façon systématique chez tous les nouveaux patients ou de façon opportuniste lorsque certains signes physiques, psychiques ou biologiques sont présents.
- **COMMENT ?** En en parlant simplement afin de recueillir la consommation du produit ou en faisant usage de questionnaires standardisés.



L'INTERVENTION BREVE

- **QUI ?** Les consommateurs à risque de dommages.
 - **QUOI ?** Aider le patient, par une méthode d'intervention simple et rapide, à prendre conscience du mésusage qu'il fait des substances et de ses conséquences et l'aider à mobiliser ses ressources pour modifier son comportement de consommation.
 - **QUAND ?** Après qu'une consommation à risque ait été repérée, que le patient soit venu pour cette raison (entretien dédié) ou pour autre chose.
 - **COMMENT ?** L'Intervention Brève peut être très courte mais réalisée de façon répétée au cours de plusieurs entretiens.
Elle s'organise autour de :
 - la restitution des résultats du repérage
 - l'information du patients (sur la substance, les risques encourus, les recommandations)
 - l'évaluation de la motivation du patient à changer de comportement
 - la mise en place d'objectifs
 - la remise de documents
- Le médecin peut s'appuyer sur les documents présentés ici, sur les brochures existantes (à remettre au patient) et sur l'annuaire des ressources en addictologie en Lorraine dans le cas où le patient nécessiterait d'être orienté vers un spécialiste.

03

LES OUTILS DE L'INTERVENTION BREVE

QUEL DÉROULEMENT

La liste des étapes décrivant le déroulement d'une intervention Brève, présentée dans l'encadré ci-dessous, doit être perçue comme une liste d'ingrédients que le médecin peut utiliser en fonction du déroulement de l'entretien. En effet, en pratique, toutes ces étapes sont difficilement réalisables en une seule fois.

CHECK-LIST EN 10 POINTS

1. Restituer les résultats de l'évaluation de sa consommation au patient
2. Donner de l'information relative à la substance consommée (ex : expliquer ce qu'est un verre d'alcool standard, la relation existant entre l'âge d'arrêt de la consommation de tabac et le nombre d'années de vie gagnées...)
3. Informer le patient des risques de complications auxquels il s'expose (ex : infarctus du myocarde pour le tabac, cirrhose du foie pour l'alcool...)
4. Échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation
5. Faire choisir (ou réévaluer) un objectif de changement de comportement
6. Donner des méthodes de réduction voire d'arrêt de la consommation
7. Conseiller et encourager
8. Donner des documents (ex : carnet journalier d'évaluation de la consommation)
9. Résumer la consultation : objectif, progrès, actions futures
10. Proposer un suivi ou une orientation si demandé existante

QUELLE ATTITUDE ADOPTER ?

L'intervention Brève est fondée sur une attitude empathique et une écoute de qualité qui favorisent l'alliance thérapeutique. Celle-ci, établie entre le médecin et le patient, renforce la confiance et rend les échanges possibles.

Le climat instauré vise à inciter ou conforter le patient dans son désir de changement, à renforcer sa motivation, tout en lui apportant les informations et les aides dont il a besoin. Il est cependant important de respecter ses choix et son ambivalence. Chaque occasion d'en parler doit être saisie sans pour autant culpabiliser le patient.

01

ALCOOL

RAPPELS

1. LE « VERRE STANDARD »

Unité de référence permettant de mesurer la consommation d'alcool d'un sujet. En France, un verre-standard contient 10 grammes d'alcool. Le nombre de verres-standards (ou unités standards) consommés par un sujet peut être obtenu par la formule : quantité de boisson alcoolisée bu(e) (l) x degré d'alcool de la boisson x densité de l'alcool (0,8).

1 VERRE D'ALCOOL = 10g D'ALCOOL PUR



2. LES REPÈRES DE CONSOMMATION À RISQUES

Il est à noter qu'il n'existe pas de consommation d'alcool qui soit sans risque. Toutefois il existe des usages pour lesquels le risque est considéré comme acceptable au vu des agréments que le consommateur peut y trouver.

- Ainsi il est recommandé de ne pas consommer :
- Plus de 2 verres standards/jour pour les hommes (14 verres standards/semaine) ;
 - Plus de 3 verres standards/jour pour les hommes (21 verres standards/semaine) ;
 - Par occasion, plus de 4 verres standards.

ADAPTATION DE LA DEMARCHE
SELON LE PRODUIT CONSOMMÉ



TABAC



3. LES CATÉGORIES D'USAGE

Peut être considéré de la consommation d'alcool, avec désir puissant de continuer ou poursuite de la consommation dans des situations dangereuses.

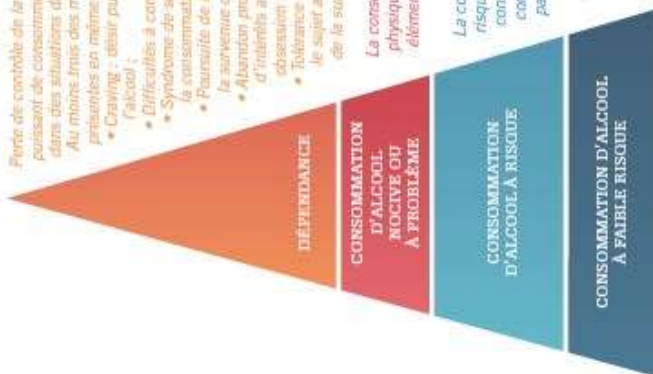
Au moins trois des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- Craving : désir puissant ou compulsif de consommer de l'alcool ;
- Difficultés à contrôler la consommation d'alcool ;
- Syndrome de sevrage quand le sujet diminue ou arrête la consommation ;
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue des conséquences nocives connues ;
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de la consommation d'alcool, obsession vis-à-vis de l'alcool ;
- Tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.

La consommation s'accompagne de dommages physiques, psychiques ou sociaux mais sans élément en faveur d'une dépendance.

La consommation est inférieure aux seuils à risque mais dans un contexte rendant toute consommation d'alcool à risque (grossesse, conduite de véhicule, médicaments ou pathologies incompatibles...)

Consommation en dessous des repères de consommation à risque et qui n'a aucun retentissement sur la santé du consommateur.



1. SIGNES CLINIQUES

- **Plaintes somatiques** : Troubles du transit, pyrosis, ronflements, dysfonctionnement sexuel, vomissements au réveil, asthénie, céphalées, maux d'estomac ;
- **Troubles psychiques** : Dépression, anxiété, troubles cognitifs (avec troubles exécutifs, baisse de l'attention et de la concentration), irritabilité, nervosité, troubles du sommeil ;

- **Troubles sociaux** : Difficultés familiales, problèmes professionnels (absentéisme, retards, désinvestissement, conflit avec la hiérarchie...), désinvestissement social (abandon d'activité de loisir, repli sur soi...), violence domestique ;
- **Signes cliniques** : Hypertension artérielle, hépatomégalie, mauvais état dentaire, traumatismes accidentels, haléme alcoolisée, tremblement des mains, hyperhémie conjonctivale, psoriasis ;
- **Signes biologiques** : Taux élevés de GGT, CDT et VGM ou encore de transaminases et triglycérides.

Ces signes ne sont pas spécifiques mais sont évocateurs de l'existence ou du développement d'un mésusage d'alcool par leur association, leur répétition (avec une fréquence anormalement élevée) et l'absence d'autres causes.

2. QUESTIONNAIRE

Il s'agit de recueillir la consommation déclarée du patient au fil de la conversation ou à l'aide de questionnaires standardisés tel que celui de l'AUDIT C, présenté ci-après.

QUESTIONNAIRE AUDIT C

- Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
 - Jamais (0 pt)
 - 1 fois/mois ou moins (1 pt)
 - 2 à 4 fois/mois (2 pts)
 - 4 fois/semaine (4 pts)
- Combien de verres contiennent de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
 - 1 ou 2 (0 pt)
 - 3 ou 6 (2 pts)
 - 10 ou plus (4 pts)
- Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?
 - Jamais (0 pt)
 - 1 fois/mois (2 pts)
 - Chaque jour ou Presque (4 pts)

Additionnez les points entre parenthèses et calculez le total.

Interprétation :

- Un score < 3 : 4 chez l'homme, 3 chez la femme = signe une consommation d'alcool à risque pour la santé
- Un score > 4 : 10 quel que soit le sexe = signe une alcoolodépendance

01



INTERVENIR

1. CHECK-LIST EN 10 POINTS ADAPTEE À L'ALCOOL

L'intervention Brève devra se dérouler selon les étapes décrites dans la « check-list en 10 points » (page 3) adaptée à l'alcool, en développant cependant les points spécifiques suivants :

- Expliquer la notion de verre standard au patient
- Donner au patient les recommandations françaises

2. CONSEILS À PROPOSER

- Arrêter 1 ou 2 jours par semaine (abstinence hebdomadaire)
- Limiter sa consommation :
2 verres/jour pour une femme
3 verres/jour pour un homme
- Ne pas boire plus de 4 verres par occasion, limitée à 1 fois par semaine.
- Grossesse, allaitement : zéro alcool.
- Conduite d'engin ou de voiture : idéalement zéro alcool
- Prise de médicaments : zéro alcool

02

TABAC

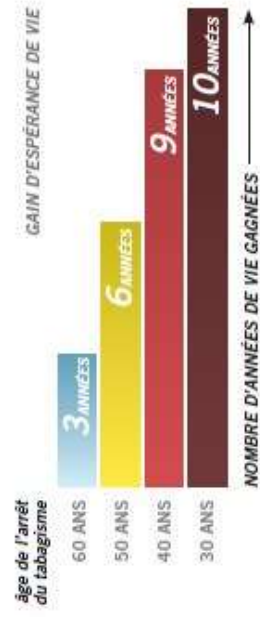


RAPPELS

Durée de l'arrêt du tabac	Bénéfice au niveau de la santé
20 minutes	Le rythme cardiaque et la pression sanguine diminuent
12 heures	Le taux sanguin de monoxyde de carbone redevient normal
2-12 semaines	La circulation s'améliore et la fonction pulmonaire augmente
1-9 mois	La toux et l'essoufflement diminuent
Dans l'année	Le risque de cardiopathie coronarienne diminue de près de moitié
5 ans	Le risque d'accident vasculaire cérébral redevient le même que pour un non-fumeur 5 à 15 ans après l'abandon du tabac
10 ans	Le risque de cancer du poumon tombe à près de la moitié de celui d'un fumeur et le risque de cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, de la vessie, du col de l'utérus et du pancréas diminue
15 ans	Le risque de cardiopathie coronarienne redevient le même que pour un non-fumeur

Cesser de fumer réduit :

- Les risques d'impuissance
- Les difficultés à concevoir
- Les risques de prématurité l'insuffisance pondérale à la naissance
- Les risques de fausse-couche





1. SIGNES CLINIQUES

Les **signes cliniques dus ou aggravés par le tabagisme** peuvent être : Infections ORL (nez-gorge-bouche), infections dentaires, déchaussement des dents (suite à parodontite), bronchites à répétition, emphysème, troubles de l'érection, eczéma, psoriasis, doigts jaunes, essoufflement, toux...

2. QUESTIONNAIRE

Il s'agit de **recueillir la consommation déclarée du patient** au fil de la conversation (**nombre de cigarettes fumées par jour et ancienneté du tabagisme**). Afin d'évaluer le niveau de dépendance au tabac d'un patient, le questionnaire présenté ci-après peut être utilisé.

QUESTIONNAIRE COURT DE FAGERSTROM

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins (0 pt)
- 11 à 20 (1 pt)
- 21 à 30 (2 pts)
- 31 ou plus (3 pts)

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- Moins de 5 minutes (3 pts)
- 6 à 30 minutes (2 pts)
- 31 à 60 minutes (1 pt)
- Après plus d'1 heure (0 pt)

Ajoutez les points entre parenthèses et calculez le total.

Résultats :

- 0-1 : pas de dépendance
- 2-3 : dépendance modérée
- 4-6 : dépendance forte



1. CONSEIL D'ARRÊT

Il consiste à indiquer au fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer. Le conseil d'arrêt s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer.

Cependant, bien que la réduction quotidienne de cigarettes ne permette pas de diminuer le risque d'infarctus du myocarde, de pathologies respiratoires et de mortalité, celle-ci peut en constituer une étape intermédiaire.

2. ACCOMPAGNEMENT ET SUIVI

Interlocuteur privilégié des patients, le médecin généraliste est le professionnel clé pour concrétiser leur souhait d'arrêter ou de diminuer leur consommation de tabac, accompagner et soutenir les fumeurs et prévenir les rechutes. Ce suivi permet de délivrer un soutien psychologique, des conseils personnalisés et un suivi médical, conditions d'une plus grande réussite.

3. CHECK-LIST EN 10 POINTS ADAPTÉE AU TABAC

L'intervention Brève devra se dérouler selon les étapes décrites dans la « check-list en 10 points » (page 3) adaptée au tabac, en développant cependant les points spécifiques suivants :

- Expliquer au patient que la diminution du nombre de cigarettes consommées par jour diminue peu le risque de complications, d'où l'importance d'arrêter complètement.
- Sensibiliser le patient sur le fait que plus il arrêtera tôt de fumer, plus il vivra longtemps.



Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France, tant chez les adolescents que chez les adultes. Les effets de l'usage fréquent ou régulier avec notamment des troubles du comportement et des répercussions sur la santé sont souvent mal connus des consommateurs.



1. SIGNES CLINIQUES

Problèmes respiratoires (dyspnée, bronchites à répétition), infections ORL, troubles artérielle chez un sujet jeune, hypotension, maux de tête, yeux rouges.

Les patients consommant du cannabis peuvent présenter un syndrome amotivational caractéristique impliquant :

- un déficit de l'activité professionnelle ou scolaire
- des troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire immédiate)
- une tristesse, une anxiété
- une consommation autothérapeutique

Le cannabis peut être un facteur déclenchant ou aggravant d'une schizophrénie.

2. QUESTIONNAIRE

Il s'agit de recueillir la consommation déclarée du patient au fil de la conversation (quantité et fréquence de consommation) ou à l'aide de questionnaires standardisés tel que le **questionnaire CAST** présenté ci-après, outil de repérage des mésusages de cannabis.

QUESTIONNAIRE CAST

- Répondez par « oui », « non » à chaque question
- Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
 - Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
 - Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
 - Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
 - Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
 - Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (disputes, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?

Calculer le nombre de « oui ». Résultats :

Deux réponses positives au test doivent amener le médecin à faire l'interrogatoire patient sur sa consommation, car l'usage de cannabis qu'il en fait est nocif pour sa santé.

Un groupe de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) estime qu'il est nécessaire de réaliser une Intervention Brève lorsque le patient consomme plus d'un joint par semaine.



CHECK-LIST EN 10 POINTS ADAPTÉE AU CANNABIS

L'Intervention Brève devra se dérouler selon les étapes décrites dans la « checklist en 10 points » (page 3) adaptée au cannabis, en développant cependant les points spécifiques suivants :

- Proposer un échange à partir des effets ressentis, les patients ont souvent une sous-connaissance des risques liés à la consommation de cannabis.
 - Que ressentez-vous quand vous consommez du cannabis ?
 - Ressentez-vous des effets désagréables ?
- Donner au patient des repères pour la réduction de sa consommation, le conseiller :
 - Fumer moins en fréquence, en quantité
 - Réduire les occasions
 - Trouver d'autres moyens d'aller bien...

À QUEL NIVEAU?



— CONTACT —

Tél. : 03 83 15 71 94

E-mail : loraddict@chru-nancy.fr

Site Internet : www.addictoguide.online

RPiB
Région de
Lorraine
Pôle
Régional
de
Prévention
et
d'Intervention
en
Addiction

ars
A
Grand
Nancy
Service
de
Prévention
et
d'Intervention
en
Addiction

LOR
LORRAINE
ADDICT

métropole
GrandNancy

UNIVERSITÉ
de
Lorraine
Service
de
Prévention
et
d'Intervention
en
Addiction

St Michel
Lorrain
Service
de
Prévention
et
d'Intervention
en
Addiction

ANNEXE IV : Affiche

TABAC, ALCOOL, CANNABIS

À
QUEL
NIVEAU?

USAGE NOCIF À RISQUE
TABAC

USAGE NOCIF À RISQUE
ALCOOL

USAGE NOCIF À RISQUE
CANNABIS

QUELLE QUE SOIT VOTRE CONSOMMATION,
DEMANDEZ CONSEIL À VOTRE MÉDECIN

RPIB ars LOR ADDICT métropole GrandNancy St Michel deicha

Formation visiteuse RPIB – Programme

- 1^{ère} séance :

Alcool, tabac, cannabis : Généralités

Objectif : Acquérir des savoirs de base sur les trois thématiques.

1h / thématique suivant le déroulement suivant :

- Définition
- Epidémiologie
- Complications
- A savoir
- Questions

- 2^{ème} séance :

RPIB, définition et intérêt en médecine générale

Objectifs :

- Savoir ce qu'est la démarche RPIB, ses enjeux
- Connaître les étapes du RPIB et en quoi elles consistent
- Etre en mesure d'argumenter sur l'intérêt de l'intégration de la démarche dans la pratique quotidienne du médecin.

- 3^{ème} séance et 4^{ème} séance:

Passage en revue des différentes étapes de la mission, objectifs poursuivis et méthode (Partie 1 : étapes 1 et 2, partie 2 : étape 3)

Objectifs :

- Etre en possession des moyens nécessaires à la réalisation de la mission : s'approprier les messages clés à diffuser (pour la prise de rdv, l'inclusion et la formation des médecins généralistes) , maîtriser le contenu des supports conçus pour les médecins (livrets médecins et patients, vidéos de formation, site internet)nécessaires afin de les promouvoir.

Etape 1 (séance 3): La prise de RDV

Conception du message à délivrer à la secrétaire (quand elle existe) et au médecin traitant afin de prendre rdv pour une présentation de la démarche.

Etape 2 (séance 3) : L'inclusion

Comment présenter l'action et quels messages délivrer.

Présentation du tableau freins/leviers à remplir au fil de l'entretien (questionnaire attitudes et perceptions)

Mise en situation

Etape 3 (séance 4) : La formation

Transmission des messages clés à délivrer.

Appropriation des supports.

Mise en situation

ANNEXE VI : Courrier à destination des médecins

RECTO du carton :



VERSO du carton :

En octobre et novembre prochain aura lieu une formation au « Repérage Précoce et à l'Intervention Brève » sur les thématiques alcool, tabac et cannabis. Ce projet pilote original, porté par le réseau lorrain d'Addictologie LORADDICT et financé par l'ARS Grand Est, prévoit de former des médecins généralistes de la région au sein même de leurs cabinets.

Dans le cadre de cette formation, Madame Anne COUTIN (tél. : 07. 69. 47. 49. 28) prendra directement contact avec vous pour vous apporter toutes les explications nécessaires et vous proposer d'y participer.

Professeur François PAILLE
Président de LORADDICT.

ANNEXE VII : Contenu du message électronique envoyé aux médecins – Evaluation

RPIB - MON SUIVI A 3 MOIS

Cher(e) confrère,

Vous avez reçu la formation « RPIB » alcool, tabac, cannabis il y a de cela 3 mois au sein de votre cabinet.

Comme vous l'aviez accepté, nous vous proposons de compléter cette formation au moyen d'un quizz en ligne, très rapide.

Celui-ci se décompose en 3 parties :

- Une première partie reprenant le questionnaire que vous aviez rempli il y a 3 mois
- Une deuxième partie permettant de recueillir votre avis sur le dispositif mis en place afin de l'améliorer ainsi que quelques questions sur votre pratique du RPIB
- Une troisième partie composée de questions/réponses sur des cas pratiques accompagnés de vidéos illustratives

Répondre à ce questionnaire ne prendra pas plus de 20 minutes. Les résultats seront anonymisés et nous vous en ferons parvenir la synthèse dès que possible.

Vous pouvez répondre au moment qu'il vous conviendra le mieux, interrompre le questionnaire à n'importe quel moment pour le reprendre où vous l'aviez arrêté.

Attention, votre réponse est toutefois attendue avant le 13 mars 2017.

Pour ce faire il vous suffit de :

- 1. Vous rendre sur le site www.addictoguide.online et vous identifier :**

Votre login :

Votre mot de passe : Addicto1357

The screenshot shows the homepage of the Addictoguide website. At the top left is the logo 'ADDICTOGUIDE'. Below it is a navigation menu with items: 'RPIB', 'L'ORDONNÉ', 'ACCÉDEZ', 'GREC', 'ANNAIRE NATIONAL', 'RESSOURCES', 'ACTUALITÉS', and 'CONTACT'. The main banner features the text 'TABAC, ALCOOL, CANNABIS' and 'À QUEL NIVEAU?' with three circular gauges labeled 'TABAC', 'ALCOOL', and 'CANNABIS'. Below the banner is a section titled 'JE ME TESTE' with a 'TABAC, ALCOOL, CANNABIS' button. To the right, the text reads 'ADDICTOGUIDE : LE PORTAIL DE L'ADDICTOLOGIE DE LA RÉGION GRAND EST' and 'Il donne accès:'. At the top right, there is a login section with a red box around the 'Mon profil' link and a red arrow pointing to it.

2. Cliquer sur « Mon suivi à 3 mois »



3. Cliquer sur les questionnaires à compléter

Attention, 4 questionnaires courts sont à compléter.



Nous vous remercions par avance pour votre participation et vous ferons parvenir la rémunération prévue pour la passation de ces questionnaires soit 45€.

Ces questionnaires feront l'objet d'un travail de thèse. Dans ce cadre, vous serez certainement contacté par téléphone par Mme Marion Garel.

Restant à votre disposition en cas de besoin, je vous prie de croire à l'expression de mes salutations distinguées.

Pr F. PAILLE
Président du réseau LORADDICT

Annexe VIII :

	n	Nombre de médecins avant formation	Nombre de médecins après formation
Le patient ne souhaite pas parler de sa consommation	33	26	24
Le patient minimise sa consommation	33	32	30
Gêne du médecin à parler d'addiction	33	3	4
Absence de légitimité	33	1	0
Cela prend beaucoup trop de temps	32	13	12
Il peut être choquant pour un patient de parler d'addiction alors qu'il n'est pas venu pour cela	32	18	17
Sentiment de ne pas être suffisamment formé	32	16	16
La prise en charge est souvent vouée à l'échec	33	15	11
Les consultations sont longues et pas correctement rémunérées	32	17	18
Disposition des outils et protocoles en matière d'alcool	34	24	25
Disposition des outils et protocoles en matière de tabac	34	27	26
Disposition des outils et protocoles en matière de cannabis	34	12	14
Abordez -vous la question de l'alcool à la demande du patient	31	29	31
Abordez -vous la question de l'alcool au moins une fois avec chaque patient	26	15	8
Abordez -vous la question de l'alcool dans des situations précises de risque uniquement	27	20	19
Abordez-vous la question du tabac à la demande du patient	31	29	28
Abordez-vous la question du tabac au moins une fois avec chaque patient	30	21	20
Abordez-vous la question du tabac dans des situations précises uniquement	25	18	12

Abordez-vous la question du cannabis à la demande du patient	30	26	28
Abordez-vous la question du cannabis au moins une fois avec chaque patient	25	9	3
Abordez-vous la question du cannabis dans des situations précises uniquement	29	24	20
Vous suspectez une consommation excessive d'alcool, de tabac ou de cannabis :			
Vous évaluez ses consommations et ses dommages	31	31	29
Vous lui donnez les résultats de votre évaluation	29	22	24
Vous l'informez des risques de ses consommations	32	32	32
Vous discutez avec lui de l'intérêt de l'arrêt ou de la réduction de ses consommations	32	31	32
Vous lui proposez des objectifs de consommation	29	23	22
Pour vous la réduction de consommation est acceptable	28	21	21
Vous proposez au patient de choisir des objectifs de consommation	29	19	23
Vous lui expliquez les méthodes qui peuvent l'aider à modifier sa consommation	30	27	30
Vous l'encouragez	31	31	31
Vous lui proposez de le revoir en consultation	30	28	28
Vous lui remettez des documents	29	14	18

VU

NANCY, le 11 mai 2017
Le Président de Thèse

NANCY, le 15 mai 2017
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur François PAILLE

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9848

NANCY, le 18 mai 2017

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Objectif de l'étude : Evaluer les perceptions, attitudes et pratiques de prise en charge de médecins généralistes en matière d'alcool, de tabac et de cannabis avant et 3 mois après une sensibilisation au RPIB.

Méthode : Les médecins ayant accepté de participer à l'étude bénéficieront d'une sensibilisation au RPIB. Pour cela, 2 visites à leur cabinet sont prévues. La première sera une visite d'inclusion, la deuxième plus longue permettra de leur présenter l'outil RPIB. Leurs perceptions, attitudes et prises en charge en matière d'alcool, tabac et cannabis seront évaluées par un questionnaire lors de la visite d'inclusion puis 3 mois après la sensibilisation.

Résultats : Sur les 132 médecins généralistes recensés, 68 ont participé à la formation seule et 34 ont participé à la formation et à l'évaluation à 3mois. Avant la formation, les médecins généralistes estiment déjà avoir un rôle de prévention important voir très important en matière d'alcool, de tabac et de cannabis. Les obstacles principaux pour aborder les addictions sont en premier la perception selon laquelle le patient minimise ses consommations et pour 8 médecins sur 10 le fait que le patient ne souhaiterait pas parler de sa consommation. 65% des médecins déclarent ne jamais avoir entendu parler du RPIB. Ainsi, la pratique de l'intervention brève est partiellement effectuée. Ils hésitent à laisser le choix aux patients de leurs objectifs de consommation (66%) et à leur remettre des documents d'information (35%) Après la formation, ils sont plus nombreux à utiliser le RPIB et l'utilisent de manière plus étayée.

Discussion : La participation à la première partie de l'étude est très satisfaisante mais ne se maintient pas pour l'évaluation à 3mois. Il existe une disparité importante entre les perceptions et attitudes en matière de tabac et d'alcool d'une part et de cannabis d'autre part que ce soit avant et après formation (représentations moins bonnes pour le cannabis) Les principaux obstacles à l'abord des addictions ressentis par les médecins viennent des patients (le patient ne souhaite pas parler de sa consommation, le patient minimise sa consommation) même s'ils ont tendance à être moins cités après la formation. Il s'agit d'un point important à rediscuter avec les médecins car plusieurs enquêtes affirment que les patients trouvent normal que le médecin aborde les addictions.

TITRE EN ANGLAIS : Assessment of a pilot study in Lorraine on screening and brief intervention to general practitioners in the field of alcohol, tobacco and cannabis.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLEFS : Brief intervention, screening, alcohol, tobacco, cannabis, general practitioners

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
