



HAL
open science

**Perception de l'intervention d'un(e) infirmier(e)
addictologue au sein des maisons de santé
pluri-professionnelles meusiennes : étude qualitative par
entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes**

Mélanie Sommé

► **To cite this version:**

Mélanie Sommé. Perception de l'intervention d'un(e) infirmier(e) addictologue au sein des maisons de santé pluri-professionnelles meusiennes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01932472

HAL Id: hal-01932472

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932472v1>

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>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2018

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
N°

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

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

Par

Mélanie SOMMÉ

Le Lundi 19 Mars 2018

PERCEPTION DE L'INTERVENTION D'UN(E) INFIRMIÈR(E) ADDICTOLOGUE AU
SEIN DES MAISONS DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES MEUSIENNES
Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur François PAILLE	Président
Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER	Juge
Madame le Docteur Isabelle THAON	Juge
Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY	Juge et Directeur



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 Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

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 AUBREGÉ - 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 - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - 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 - Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Patrick NETTER - 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 BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

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

Professeur Christo CHRISTOV

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 - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

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 LOZNIEWSKI – 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 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 ALBUSSON - 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)

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

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

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

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; 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 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

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

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 Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

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 Antoine VERGER (stagiaire)

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

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*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

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

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

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

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

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 – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

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

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

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

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

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - 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

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur d'Addictologie et de Thérapeutique

*Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.
Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez bien
voulu porter à ce travail.
Veuillez trouver ici l'assurance de notre profond respect et le témoignage de notre
reconnaissance.*

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER

Professeur de Diabétologie, d'Endocrinologie et de Nutrition

Pour votre bienveillance et votre sens pédagogique que nous avons pu apprécier au cours de notre stage d'interne.

*Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger notre travail.
Recevez ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.*

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le Docteur Isabelle THAON

Maître de Conférence Universitaire en Médecine du Travail

*Nous vous remercions infiniment d'avoir accepté de juger ce travail.
Soyez assurée de notre gratitude et de notre profond respect.*

À NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE ET JUGE

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY

Maître de Conférence Associé en Médecine Générale

*Vous nous avez fait confiance tout au long de l'élaboration de ce travail, nous espérons qu'il sera à la hauteur de vos attentes.
Nous avons pu apprécier votre soutien ainsi que votre encadrement de notre premier stage en médecine générale jusqu'à nos premiers remplacements.
Veuillez recevoir l'expression de notre plus sincère gratitude.*

Aux médecins généralistes qui ont pris le temps de participer aux entretiens, merci pour votre contribution à ce travail.

À tous les médecins et leurs équipes que j'ai pu rencontrer au cours de mes études, merci pour tout ce que vous m'avez appris à la fois médicalement et humainement.

À Marie-Laure, Pascal, Vincent, José, Jean-Claude pour votre soutien et la confiance que vous me témoignez en tant que remplaçante.

À ma Famille

À mes Parents,

Pour votre amour, votre soutien sans faille et votre présence en toutes circonstances.

Merci de m'avoir encouragée et permis de faire ce métier si passionnant. Je vous en serai à jamais reconnaissante.

À ma Soeur,

Je suis fière de toi.

À mes Grands-parents,

Pour vos encouragements, d'être et d'avoir toujours été là à mes côtés.

Votre présence en ce jour m'est très chère.

Au reste de ma Famille,

Merci pour tout. Vous êtes formidables.

À mes amis

À Pauline, on en a vécu des choses depuis le CM1 et ce n'est pas fini. Ta fidèle amitié depuis toutes ces années me touche énormément.

À Vevette, ton amitié depuis le début de notre aventure en médecine m'est très chère. Merci pour ta bienveillance et tes précieux conseils.

À Elodie B, une superbe rencontre Nancéenne. Merci pour ta bonne humeur.

À Pascaline, ta détermination est source de motivation. À quand les prochaines aventures des JMT ou des JKT maintenant?

Aux amis de la Fac, Julie M, Justine, Elise, Elodie, Grégo, Jocelyn, Mathieu, Armelle, Yacine (pour votre présence depuis la P2 et les centaines de souvenirs). À Maïté, Jellila, Cédric, Maria, Nassim... (pour ce 1er semestre incroyable). À Julie P, Camille, Jérémy, Chifa, Marion, Mathieu et les autres.

Aux copains de la "Bande de Buz et ses pièces rapportées", Cacam, Lo'(la "reine de l'orga", à quand le prochain doodle), Orl, Alex (continue de nous faire rire avec toutes tes anecdotes), Wako, Delphy, Gégé, Nath, Théo, Claire, Aud', Maden, Chloé et les petits de la relève (ainsi que les futurs à venir). Vous revoir est une bouffée d'oxygène à chaque fois. Que de bons souvenirs depuis nos années "collège".

Aux amis dentaires, Anne-Cha, Pierre, Sophie, je suis contente de vous avoir rencontrés. C'est toujours un plaisir de passer des moments avec vous.

SERMENT

« **A**u 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

LISTE DES PROFESSEURS	2
REMERCIEMENTS.....	7
SERMENT.....	14
TABLE DES MATIÈRES	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS	17
INTRODUCTION.....	18
I. Épidémiologie des principales substances psycho-actives.....	19
1. TABAC	19
2. ALCOOL.....	20
3. CANNABIS	21
4. HEROINE	20
II. Organisation des soins en addictologie	22
III. Intervention d'un(e) infirmier(e) addictologue au sein des MSP Meusiennes.....	23
1. Historique	23
2. Fonctionnement.....	24
IV. Objectif de l'étude	24
MATÉRIEL ET MÉTHODE	25
I- Choix de la méthode	25
II- Échantillonnage	25
III- Recrutement et recueil de données	26
IV- Analyse des données	26

RÉSULTATS.....	27
I. L'échantillon	27
II. Les données des entretiens	28
1. Lutter contre les conduites addictives en médecine générale : des difficultés rencontrées	28
2. Impact de la mise en place d'une consultation d'addictologie de proximité sur la pratique des médecins généralistes.....	34
3. Impact de la mise en place d'une consultation d'addictologie de proximité sur la prise en charge des patients	38
4. Suggestions d'amélioration de la prise en charge des conduites addictives en médecine générale.....	41
DISCUSSION.....	43
I. Discussion de la méthode	43
1. Atouts de l'étude	42
2. Biais de l'étude	42
II. Discussion des résultats	45
1. Un repérage des conduites addictives amélioré mais encore insuffisant.....	45
2. Une coordination de proximité en addictologie : pour une meilleure prise en charge du patient.....	46
3. Une meilleure implication du médecin généraliste : plus de patients adressés en consultations d'addictologie.....	47
4. Amélioration de la prise en charge des conduites addictives en médecine générale	48
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE.....	52
ANNEXE	54

LISTE DES ABRÉVIATIONS

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

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

CSP : Code de Santé Publique

DPC : Développement Professionnel Continu

ETP : Équivalent Temps Plein

HAS : Haute Autorité de Santé

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

ORSAS : Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TSO : Traitement Substitutif aux Opiacés

INTRODUCTION

Les conduites addictives représentent un enjeu majeur de santé publique de par leur impact médico-psycho-social mais aussi de par le coût à la société qu'elles engendrent.

En effet, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool constituent les deux premières causes de morbidité et de mortalité évitables en France avec 73 200 décès imputables au tabac en 2013 [1] et 49 000 à l'alcool en 2009 [2].

En 2010, les dépenses nettes du budget de l'État liées aux drogues (tabac, alcool, drogues illicites) représentaient 20 milliards d'euros soit 5% des dépenses publiques [3].

La notion de conduite addictive regroupe à la fois les addictions aux substances psycho-actives (tabac, alcool, drogues illicites, médicaments) mais également les addictions comportementales (jeux, sexe, sport, alimentation...).

Le médecin généraliste en tant qu'acteur de premier recours se situe en première ligne pour faire face à ce problème. Mais le manque de temps et de formation suffisante sont des freins fréquemment évoqués par ces derniers pour cette prise en charge [4]. En 2014, La Haute Autorité de Santé (HAS) a établi, à leur attention, un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour l'alcool, le tabac et le cannabis [5].

Depuis ces deux dernières décennies, les pouvoirs publics ont rédigé plusieurs plans d'actions [6-8] afin d'améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge de ces conduites addictives en particulier par :

- le développement de la recherche en addictologie
- le développement des moyens d'information pour agir sur la prévention
- la prise en compte des populations les plus isolées en installant des dispositifs de prise en charge de proximité.

C'est dans ce contexte que des consultations d'addictologie de proximité (antennes des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)) se sont implantées dans les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) pour pallier à ce problème d'accès au soin chez ces patients en difficulté et apporter une aide au médecin généraliste. En Meuse, elles sont menées par un(e) infirmier(e) formé(e) en addictologie.

C'est au cours de notre stage de médecine générale que nous avons pu découvrir les atouts de cette coopération de proximité entre médecin-infirmier(e) dans cette prise en charge.

Nous avons souhaité par cette étude, recueillir le ressenti des médecins généralistes concernant la lutte des conduites addictives en médecine de ville mais surtout de déterminer l'impact de l'intervention d'une infirmier(e) addictologue au sein de leur lieu d'exercice.

I. Épidémiologie des principales substances psycho-actives

L'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est un groupement d'intérêt public créé en 1993 recueillant et analysant des données dans le domaine des drogues et des addictions afin de permettre aux pouvoirs publics d'anticiper les évolutions et d'évaluer les actions mises en oeuvre.

Ces données épidémiologiques sont principalement issues des enquêtes "*Baromètre Santé*". Ces dernières visent à analyser les comportements et attitudes de santé des Français âgés de 15 à 75 ans, permettant ainsi d'établir une description de la consommation des substances psycho-actives dans l'ensemble de la population.

Par ailleurs, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est a rédigé un rapport en 2017 concernant la consommation de substances psycho-actives et l'offre médico-sociale sur le plan régional [9].

1. TABAC

En France, les données du "*Baromètre Santé 2016*" mettent en évidence que 28,7% des 15-75 ans fument quotidiennement. Ces prévalences restent stables depuis 2010 avec néanmoins une augmentation de 35,2% à 37,5% pour la catégorie des personnes vivant dans les conditions les plus défavorisées [10].

On constate que depuis 2010, la consommation quotidienne de tabac de la population Grand Est est plus élevée qu'au niveau national.

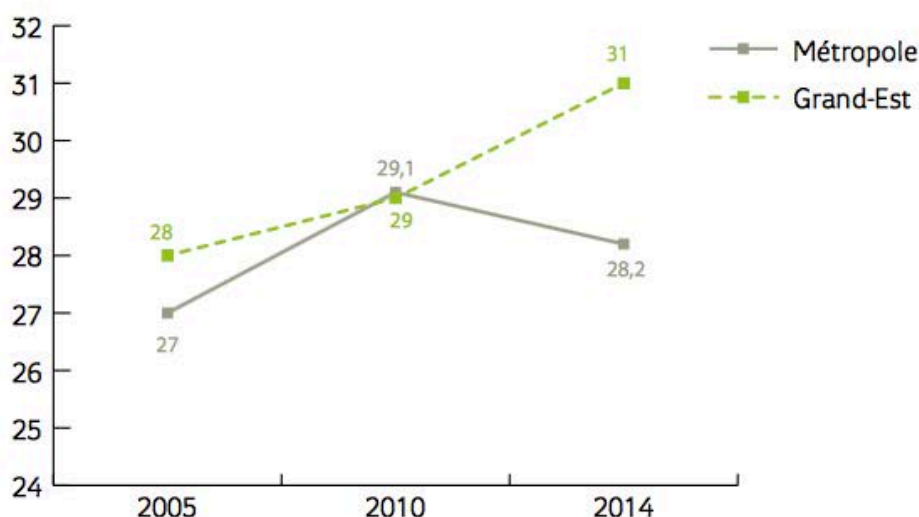


Figure 1 : Evolution de l'usage quotidien du tabac parmi les 15-75 ans (%)

ARS Grand Est 2017, *Baromètre Santé* 2005, 2010, 2014, *Santé publique FRANCE*

2. ALCOOL

L'alcool est la substance psycho-active la plus répandue en France. En 2014, 86 % de la population déclaraient avoir consommé une boisson alcoolisée au cours des douze derniers mois [11].

La région Grand-Est s'inscrit dans une tendance globale de diminution de la consommation quotidienne d'alcool et d'alcoolisation ponctuelle importante par rapport aux données nationales.

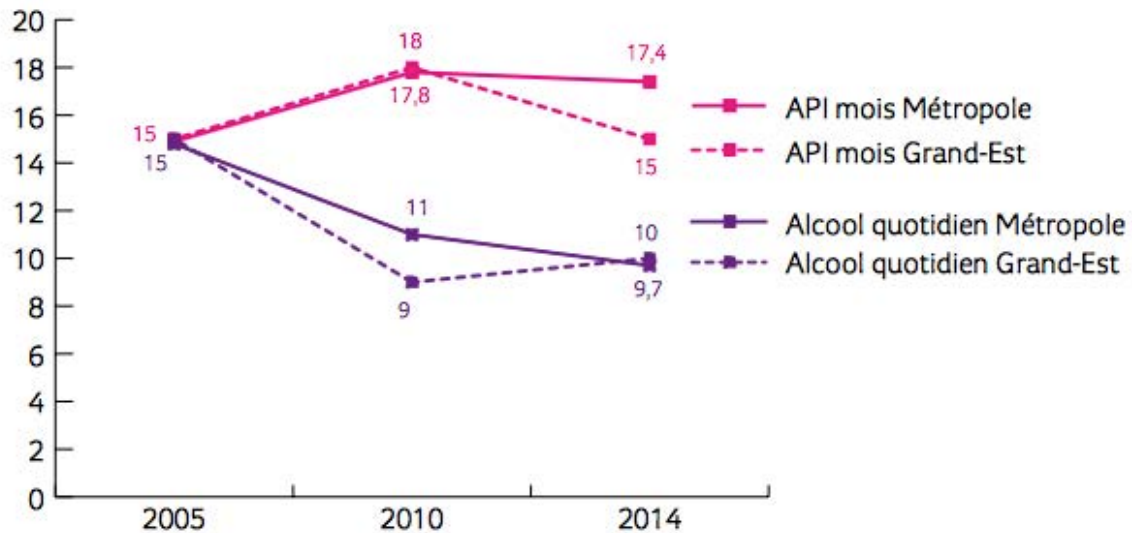


Figure 2 : Evolution de l'usage quotidien d'alcool et de l'Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) au cours du mois parmi les 15-75 ans entre 2005 et 2014 (%)

ARS Grand Est 2017, Baromètre Santé 2005, 2010, 2014, Santé publique France

3. CANNABIS

Le cannabis est le produit illicite le plus répandu en France. En 2014, l'expérimentation du cannabis s'élevait à 42 % parmi les 18-64 ans sur l'ensemble du territoire contre 36% pour la population de la région Grand Est [12]. Cette consommation est en hausse depuis 2005.

Parmi les jeunes générations, le premier usage du cannabis se déroule en moyenne vers 15 ans. À 17 ans, près d'un jeune sur deux déclarait avoir déjà fumé du cannabis en 2014 [12].

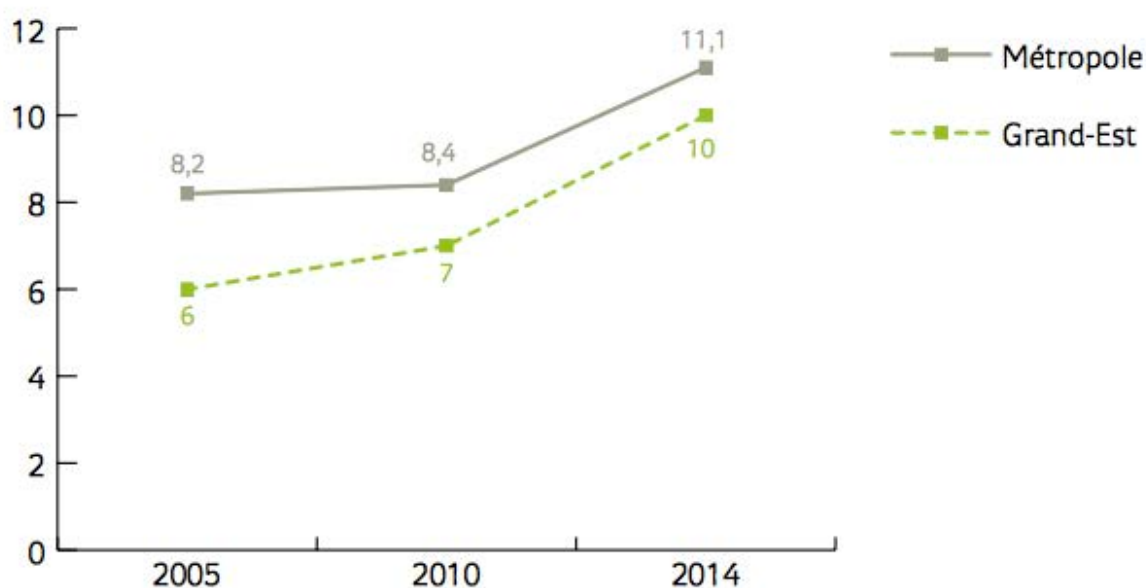


Figure 3 : Évolution de l'usage de cannabis dans l'année parmi les 15-64 ans entre 2005 et 2014 (%) ARS Grand Est 2017, Baromètre Santé 2005, 2010, 2014, Santé publique France

4. HEROÏNE

En 2014, 1% de la population du Grand Est interrogée au cours de l'enquête *Baromètre Santé* déclarait avoir déjà pris de l'Héroïne contre 1,5% à l'échelle nationale [12].

En 2008, le département de la Meuse se situait au 1er rang national en ce qui concernait l'usage et la revente d'Héroïne [13].

II. Organisation des soins en addictologie

Suite à la circulaire N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 [14] relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, les structures spécialisées en addictologie ont été regroupées en trois secteurs :

- la médecine de ville avec l'ensemble des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, infirmier(e)s) qui auront un rôle à jouer dans le repérage précoce des conduites addictives.

- le secteur médico-social avec les CSAPA : ces structures disposent d'équipes pluridisciplinaires afin de dispenser une prise en charge médico-psycho-socio-éducative à toute personne présentant une conduite addictive ainsi qu'à leur entourage. Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) vont accueillir les personnes en difficultés avec un usage de substances illicites (missions d'information, de soutien dans l'accès aux soins, de mise à disposition de matériel de prévention des risques et de réduction des dommages, d'aide à la réinsertion socio-professionnelle). Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) s'adressent essentiellement aux personnes mineures présentant une conduite addictive.

- le secteur hospitalier avec les consultations d'addictologie, les Équipes de Liaisons de Soins en Addictologie (ELSA), les services d'addictologie (réalisation de sevrage), les soins de suite et de réadaptation addictologique et les unités de soins résidentiels (services de soins avec hébergements en vue de prévenir la rechute via le maintien de l'abstinence et l'insertion socio-professionnelle à la sortie).

III. Intervention d'un(e) infirmier(e) addictologue au sein des MSP Meusiennes

1. Historique

En Meuse, depuis mai 2012, des consultations de proximité (antennes du CSAPA) menées par un(e) infirmier(e) addictologue ont pu s'implanter au sein des MSP afin de prendre en charge les conduites addictives en collaboration avec le médecin généraliste.

Une MSP correspond à un regroupement de plusieurs professionnels de santé dans des locaux communs. Elle est constituée d'au moins deux médecins généralistes et d'un paramédical et est définie comme un *"lieu de regroupement des professionnels de santé assurant des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales."* [15]

Les MSP doivent, pour bénéficier des financements publics, répondre à un cahier des charges national et présenter un projet de santé à leur ARS.

L'article L6323-3 du Code de Santé Publique (CSP) leur impose de se doter d'un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné, s'appuyant sur un diagnostic des besoins du territoire, répondant aux objectifs régionaux de santé et devant être validé par l'ARS [15].

C'est lors de l'élaboration de leur projet de santé que les médecins de la MSP de Revigny/Ornain faisaient le constat d'un tabagisme important au sein de leur patientèle ainsi que d'un besoin de suivi rapproché pour leurs patients toxicomanes sous traitements substitutifs aux opiacés. De ce fait, ils ont souhaité faire intervenir une infirmière addictologue à raison d'une journée par semaine pour pallier à l'éloignement des structures d'addictologie.

Cette démarche s'inscrivait pleinement dans les enjeux du projet régional de santé 2012-2017, établi par l'ARS Lorraine à l'égard des "populations à difficultés spécifiques"; enjeux qui consistaient à réduire les inégalités territoriales en matière de prévention et d'accès aux soins en addictologie, à assurer la qualité des interventions mais aussi à éviter la survenue de rupture dans la chaîne de soins [16].

Par la suite, ces consultations se sont développées en 2015 dans les autres MSP Meusiennes (7 sites actuellement : 6 pour le Sud Meusien et 1 pour le Nord Meusien) et leur gestion a été confiée au CSAPA-ANPAA de Bar le Duc et au CSAPA Centraid.

L'ARS Lorraine a octroyé le financement d'un Équivalent Temps Plein (ETP) pour l'intervention des 2 infirmier(e)s au sein des MSP du Sud Meusien et de 0.5 ETP pour le Nord Meusien. Leur intervention se fait à raison d'une journée hebdomadaire à une journée tous les 15 jours selon les sites.

Ces consultations sont en cours de développement dans les MSP du Nord Meusien où il n'y a pour l'instant qu'une seule MSP qui en bénéficie.

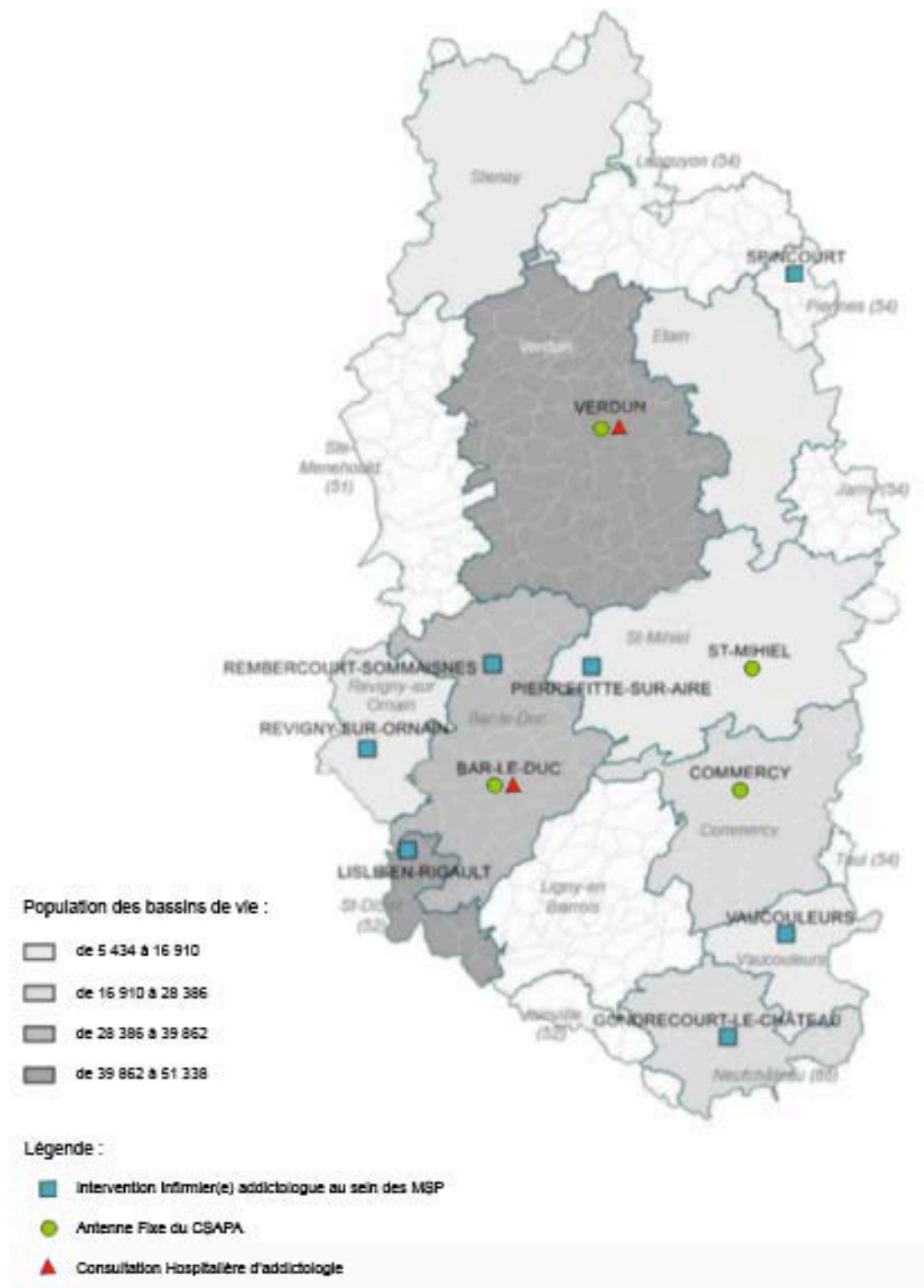


FIGURE 4 : offre de soins en addictologie en Meuse

2. Fonctionnement

Les patients sont adressés à l'infirmière par le biais de leur médecin généraliste.

La gestion des rendez-vous est effectuée par le secrétariat des MSP. Un créneau d'une heure est consacré à la première consultation, puis de 30 minutes pour les consultations de suivis.

Ces consultations permettent une évaluation de la consommation, la prévention vis à vis des autres substances, la motivation au changement, la mise en place d'outils de type cognitivo-comportementaux, et si besoin, la prévention de la rechute.

Les données de chaque consultation sont retranscrites dans le logiciel médical de la MSP afin d'améliorer le suivi et la coordination des soins avec le médecin généraliste.

L'infirmière est également en relation avec les différentes structures d'addictologie (CSAPA, structures hospitalières) et peut faire intervenir d'autres professionnels si besoin (psychologue, travailleur social, médecin addictologue, organisation de cure, post cure, sophrologue).

IV. Objectif de l'étude

Nous avons souhaité par cette étude, recueillir la perception des médecins généralistes concernant l'impact de leur collaboration avec une infirmière dans la lutte des conduites addictives.

Plus spécifiquement, il s'agit de

- mettre en évidence les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur pratique en addictologie
- décrire les situations pour lesquelles ils ont recours à l'infirmier(e) addictologue
- décrire la coordination et la coopération des différents acteurs dans la prise en charge du patient (exemple d'expériences de prise en charge de patients), rôle du médecin généraliste en parallèle
- relever les bénéfices perçus par le médecin généraliste dans sa pratique et pour le patient
- proposer des pistes pour améliorer cette prise en charge en médecine de ville.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I- Choix de la méthode

"La recherche qualitative est appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement" [17]. Elle consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.

La technique de l'entretien semi-directif basée sur l'écoute et la faible directivité favorise l'expression des personnes afin d'obtenir leur point de vue [18].

Ceci est adapté à notre étude où nous souhaitons faire ressortir des thèmes, des idées, des ressentis concernant la pratique des médecins interrogés.

II- Echantillonnage

L'échantillon de cette étude est composé de médecins généralistes Meusiens, exerçant dans les différentes MSP où intervient une infirmière addictologue depuis plus d'un an.

16 médecins correspondaient à nos critères d'inclusions, 4 médecins n'ont pas donné suite à nos demandes d'entretien.

Nous avons essayé d'interroger des médecins de sites différents et de profils variés (âge, sexe) afin de garder une certaine hétérogénéité des participants.

III- Recrutement et recueil de données

Le recrutement de l'échantillon s'est fait par téléphone. Les médecins ont été sollicités pour la réalisation d'un entretien dans le cadre d'un travail de thèse en vue de fixer un rendez-vous.

Un guide d'entretien (annexe) avec des questions ouvertes a été élaboré afin d'aborder les différents thèmes de notre étude :

- les situations de repérage des conduites addictives et l'abord de leur prise en charge
- les difficultés rencontrées
- les attentes de la mise en place d'une consultation d'addictologie de proximité
- le profil des patients adressés
- leur rôle en parallèle de l'intervention de l'infirmière addictologue
- les bénéfices et les inconvénients perçus dans le cadre de leur pratique et pour la prise en charge du patient

Ces entretiens se sont déroulés entre avril et octobre 2017 et ont été enregistrés intégralement sur dictaphone après avoir obtenu l'accord des participants.

L'intégralité des entretiens a ensuite été retranscrite à l'aide du logiciel WORD sous forme de verbatim (retranscription mot à mot conforme à ce qui a été dit) afin de permettre l'analyse des données.

IV- Analyse des données

Elle a consisté en un travail d'encodage de chaque fragment du verbatim, permettant de faire apparaître les idées développées que nous avons ensuite regroupées en thèmes, codes, définitions et verbatim illustratifs correspondants.

Un double encodage a été réalisé par une tierce personne ayant déjà réalisé une étude qualitative afin de s'assurer de la concordance des résultats.

Nous avons arrêté le recueil dès que l'analyse des entretiens n'apportait plus d'éléments nouveaux.

Dans notre étude, nous sommes arrivés à saturation des données au 6ème entretien et avons complété par 3 entretiens supplémentaires afin de confirmer cette saturation et ne pas perdre de nouvelles informations qui auraient pu apparaître.

RÉSULTATS

I. L'échantillon

Tous les médecins interrogés exercent au sein d'une MSP en milieu rural.

L'échantillon final est constitué de 9 médecins généralistes (3 femmes, 6 hommes). 3 médecins sont de jeunes installés et 3 médecins ont plus de 55 ans. 7 médecins ont une activité importante en réalisant plus de 30 actes/jour.

7 médecins déclarent n'avoir reçu aucune formation complémentaire en addictologie.

Tous les médecins adressent à l'infirmière addictologue leurs patients pour une prise en charge du tabagisme et de l'alcoolisme principalement.

6 médecins ont déclaré avoir adressé leurs patients toxicomanes sous traitement substitutif.

3 médecins ont adressé des patients pour une prise en charge de leur addiction médicamenteuse (sevrage en benzodiazépine et codéine).

1 médecin a adressé un patient pour une prise en charge d'une addiction au SODA.

Entretien	Sexe	Âge	Durée d'installation	Nombre d'actes/jour	Formation complémentaire en addictologie	Conduites addictives adressées à l'infirmière
MG1	H	65ans	25 ans	30	aucune	T>A>pTSO
MG2	H	57ans	24 ans	30	aucune	T>A
MG3	H	29ans	1 an	30	aucune	T>A>pTSO>BZD
MG4	F	48ans	20 ans	30	aucune	T>A>pTSO
MG5	H	42ans	8 ans	30	aucune	T>A>pTSO
MG6	F	33ans	6 ans	25	lecture de revues	T>A>pTSO>BZD
MG7	H	66ans	35 ans	30	aucune	T>A
MG8	H	31ans	2 ans	37	aucune	T>A>pTSO
MG9	F	32ans	4 ans	25	FMC	T>A>Soda

T : Tabac / A : Alcool / pTSO : Patient sous traitement substitutif aux opiacés / BZD : benzodiazépines

La durée des entretiens variait de 5 minutes 48 à 19 minutes 45.

II. Les données des entretiens

Le codage des entretiens a permis de faire ressortir 4 thèmes principaux présentés sous forme de tableaux répertoriant les codes associés aux verbatim correspondants.

1. Lutter contre les conduites addictives en médecine générale : des difficultés rencontrées

a. Liées aux médecins

CODES	DEFINITIONS
Repérage systématique insuffisant	<ul style="list-style-type: none">- L'alcool : un sujet encore tabou- Crainte de mettre mal à l'aise- Attente que le patient en parle spontanément- Dépendant du profil du patient- Manque de temps pour faire du dépistage au cours d'une consultation de soin
Manque de temps	<ul style="list-style-type: none">- Consultations longues
Manque de compétences	<ul style="list-style-type: none">- Formation sur le terrain- Une prise en charge thérapeutique difficile- Isolement
Un certain manque d'intérêt	<ul style="list-style-type: none">- Peu d'intérêt- Consultations parfois ennuyeuses
Sentiment d'impuissance	<ul style="list-style-type: none">- Intervention inefficace- Découragement

La majorité des médecins interrogés constate qu'elle n'effectue **pas de repérage systématique des conduites addictives chez tous ses patients** :

par Crainte de leur réaction :

"Parce que, c'est parfois un sujet qui fâche." MG1

par difficulté à aborder la question d'une consommation d'alcool :

"Le domaine de l'alcool est un peu plus difficile à aborder car les gens ne se manifestent pas excessivement." MG2

"Pour l'alcool, peu m'en parlent, parce que je ne fais pas un dépistage systématique, j'ai peur qu'ils se braquent et que ça pose problème pour la suite, pour le suivi." MG3

par manque de temps pour faire du dépistage ou du repérage au cours d'une consultation :

"C'est compliqué je pense dans la consultation, dans le temps imparti de questionner nos patients sur tous les aspects de la vie. Du coup, on essaie de cibler." MG3

"C'est sûr que si c'est une journée très chargée, je ne pourrai pas prendre le temps de faire du repérage." MG5

"Il y a peut être un épuisement de devoir faire ça tous les jours, parce que la plupart du temps les gens ne sont pas en demande, n'ont pas la volonté." MG8

Ils abordent plutôt la question en fonction du contexte :

"Par exemple, pour un patient hypertendu, on va lui poser la question de savoir s'il fume. Pour les jeunes, on interroge sur des comportements à risques différents." MG1

"Pour l'alcool, on le suspecte sur les prises de sang." MG2

"Quand je remarque des signes qui m'orientent vers l'addiction, ça se sent." MG5

"Pour moi, c'est plus en prévention secondaire, pour ceux qui ont déjà des complications liées à l'alcool, au tabac." MG8

"J'avoue que pour les toxiques, ce n'est pas bien mais c'est un peu plus à la tête du client en fait." MG9

ou attendent que le patient en parle spontanément :

"Mais le plus souvent, ce sont les patients qui en parlent." MG5

Pour ce qui est de la prise en charge des conduites addictives, certains médecins ont évoqué un **manque de compétences pour une prise en charge en ambulatoire**

avec le constat de s'être formé sur le terrain :

"Dans la mesure où on n'est pas trop formés, ce n'est pas toujours évident. Je dirais qu'on se forme sur le tas." MG1

Certains rencontrent des difficultés concernant la prise en charge thérapeutique :

"Sur un sevrage d'alcool, je ne suis pas à l'aise, je trouve que c'est très compliqué en ville... Moi j'ai appris à les faire à l'hôpital mais pas en ville. J'en ai un qui m'a demandé un traitement, je lui ai prescrit car il en avait déjà pris et que ça avait fonctionné mais je n'ai pas l'habitude de la gestion de ces traitements là. Pour le tabac, c'est plus simple, c'est plus codifié (...) mais je considère que l'infirmière est plus calée que moi sur l'adaptation des traitements et les conseils à donner." MG3

"Je suis moyennement à l'aise avec les prises en charges thérapeutiques pour les différents sevrages." MG5

et ressentent un sentiment d'isolement :

"À mes débuts, je me débrouillais tout seul parce qu'on ne pouvait pas faire autrement." MG5.

Tous les médecins interrogés mentionnent la notion de **manque de temps** :

"Quand je les prends en charge toute seule, il n'y a pas le même accompagnement que quand je peux avoir le relais de quelqu'un, car je n'ai pas le même temps disponible." MG6

"C'est quand même des consultations qui peuvent être un peu longues." MG1

"Il faudrait prendre le temps mais on n'a pas toujours le temps, donc quelques fois ça peut être un peu rapide." MG2

"Et puis, c'est vrai qu'on n'a pas toujours le temps car en général c'est toujours intégré dans une consultation. Et c'est vrai que je n'ai jamais fait de consultation que d'addicto." MG7

Le **sentiment d'impuissance** du médecin dans la lutte contre les conduites addictives est un point qui revient régulièrement dans les différents entretiens :

" Je me souviens d'un patient tabagique. Pendant 10 ans je lui ai dit " Alors le tabac, on arrête quand?" Rien à faire. Et puis là, on vient de lui découvrir un néo Orl et c'est ce qui vient de lui faire arrêter la cigarette alors que je n'ai rien réussi pendant 10 ans (...). Parfois on rame dans le vide." MG1

et **de découragement** :

"Tu en as qui ne jouent pas le jeu (...), on ne va pas leur courir après non plus. On est là pour les soigner mais on ne va pas intervenir continuellement." MG2

b. Liées aux patients

CODES	DEFINITIONS
Déni de sa conduite addictive	- Problème d'acceptation - Sujet tabou
Manque de motivation	- Adhésion du patient fluctuante - Observance difficile

La totalité des médecins évoque le fait de devoir faire face au **déni du patient** :

"Il y a des gens qui s'en moquent un petit peu, ça les concerne pas. Pour certains, prendre un apéritif le midi et le soir, plus quelques bières, plus du vin, pour eux c'est à peu près normal. Pour le tabac c'est pareil aussi." MG2

"On ne peut se fier qu'à ce que les patients nous disent." MG3

"C'est parfois l'absence de reconnaissance d'une intoxication par le patient." MG4

Ainsi que la **difficulté à obtenir l'adhésion du patient** :

"On essaie de le sensibiliser. La difficulté, c'est de convaincre et qu'il soit partie prenante dans l'affaire, mais c'est pas toujours gagné." MG1

" C'est vrai qu'ils n'acceptent pas tous de se prendre en charge, il n'y a pas 100% d'adhésion." MG7

"Les patients ont du mal à se rendre compte que c'est leur santé qui est en danger et quand ils s'en rendent compte, c'est souvent un peu tard." MG2

2. Impact de la mise en place d'une consultation d'addictologie de proximité sur la pratique des médecins généralistes

CODES	DEFINITIONS
Implication des médecins	<ul style="list-style-type: none"> - Recours plus fréquents - Repérage amélioré
Adressage plus fréquent en consultation d'addictologie	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les patients demandeurs d'une prise en charge et les autres au moins une fois en vue d'obtenir une motivation
Délégation	<ul style="list-style-type: none"> - Gain de temps - Relais avec l'infirmière - Compétences de l'infirmière - Relais simplifié avec les autres structures d'addictologie
Un médecin acteur de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle de motivation du patient - Prescripteur - Prise en charge des complications somatiques - Rôle de dispatcheur
Une relation de qualité entre professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination et travail d'équipe - Communication efficace (orale ou écrite) - Prise en charge fluide
Des retours positifs facilitateurs de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Une aide positive

La totalité des médecins interrogés se sent **plus sensibilisée dans la lutte des conduites addictives** depuis la mise en place de cette consultation :

"Avec l'infirmière d'addicto, on se sent plus impliqués et on a tendance à lui envoyer plus de patients." MG2

" Alors oui j'y pense un peu plus." MG4

"Et clairement, ça me sensibilise aussi parce que je sais que derrière, je dispose d'une aide pour la prise en charge." MG8

Et avec comme constat, **plus de patients suivis en consultation d'addictologie**. Tous les médecins de l'étude vont adresser à l'infirmièr(e) addictologue la totalité de leurs patients acceptant une prise en charge de leurs conduites addictives et pour certains, ceux présentant une motivation limite afin de faire une première évaluation :

"Tous, ça va du patient qui ne va pas poser de problème de prise en charge et pour qui ça va être complémentaire et moi me faire gagner du temps, au patient difficile qui a vraiment besoin d'un suivi plus rapproché." MG6

"Toutes demandes de sevrage mais aussi ceux qui sont à la limite, qui pensent un jour à arrêter de fumer, j'essaie de les envoyer. Une première consultation, une première approche, ça peut motiver par la suite. A mes débuts je me débrouillais tout seul parce qu'on ne pouvait pas faire autrement. Maintenant qu'elle est là, on s'en sert parce que c'est une réelle nécessité." MG5

"Tous les patients demandeurs et tous ceux dans le cadre de la prévention secondaire, je leur impose entre guillemets une première consultation pour une première évaluation et parfois aboutir à une motivation pour une prise en charge, pour le tabac par exemple." MG8

"C'est vrai que j'adresse beaucoup plus de patients maintenant, j'y pense plus." MG2

"Avant je n'en avais quasiment pas qui allaient au CSAPA. Du coup, ça a permis d'augmenter les gens qui étaient hésitants et de les amener jusqu'au bout de leur démarche." MG6

"Et honnêtement, si je n'avais pas eu ça sur place, je ne les aurais pas envoyés au CSAPA." MG8

Des médecins **déléguant facilement** pour un gain de temps et une meilleure prise en charge car l'infirmièr(e), en plus de ses compétences en addictologie va également faire office de relais entre les médecins généralistes et les réseaux d'addictologie afin d'organiser le suivi des patients :

"Ça décharge un peu et nous on gagne du temps." MG1

"Et ensuite elle va assurer le suivi derrière, proposer des traitements, voir si il y a des rechutes, proposer le relais avec les autres structures, mettre en place une cure ou post cure parce que moi je ne vais pas faire en ville parce que je n'ai pas les contacts avec les addicto avec les services de cure et post cure, je ne connais pas le réseau. Là c'est intéressant, elle organise la prise en charge." MG3

"Je considère que l'infirmière est plus calée que moi sur l'adaptation des traitements, les conseils à donner, donc je délègue beaucoup." MG3

"Et puis s'il y a besoin d'adresser au spécialiste, c'est elle qui s'en occupe. Donc, pour nous, ça nous simplifie bien les choses." MG5

Des médecins restant **tout de même impliqués dans la prise en charge des conduites addictives** en assurant un rôle de prescription, de gestion des complications somatiques et surtout de motivation des patients lorsqu'ils les revoient en consultation. Ce dernier point a été évoqué par l'ensemble des interrogés.

"Je fais tout ce qui est prescription, ensuite je gère le côté médical du retentissement." MG6

"J'essaie d'aller dans le sens de l'infirmière et je les remotive quand je les vois lorsqu'ils ne sont pas allés à leur rdv avec l'infirmière." MG2

"Je prescris quand l'infirmière me demande de leur prescrire un traitement nicotinique." MG3

"Quand je revois le patient en consultation, j'ai l'occasion de reparler de son problème, de voir où il en est, si le sevrage aboutit. Je le motive." MG4

Une relation de qualité entre professionnels avec des transmissions régulières et une communication renforcée pour un suivi coordonné :

" On a un retour de chaque consultation et on se voit de temps en temps, elle nous met des petits mots dans l'ordi à chaque fois pour chaque patient, donc voilà, ce n'est pas chacun qui fait sa cuisine dans son coin." MG1

"On a accès en quelques lignes à ce qui s'est passé en consultation ou si le patient n'est pas venu. Du coup, on peut le remotiver et essayer de comprendre pourquoi il n'y est pas allé. C'est vrai que là, les transmissions, c'est pas mal. Quand ils sont suivis sur d'autres structures, on a un retour moins fréquent, on a plus le retour de la part des patients." MG3

"On reparle régulièrement des patients ce qui permet le suivi. On a l'avantage d'avoir une bonne relation avec l'infirmière d'addictologie." MG5

"Pour nous c'est d'avoir une transmission des informations plus simples. Si on a besoin, on peut passer un coup de fil et mettre un mot dans le dossier, on organise des réunions de concertations ou on discute des cas qui posent problèmes, ce qui est plus difficile avec l'hôpital." MG3

"C'est plus humain, le téléphone et les lettres c'est bien mais ça ne remplace pas le rapport direct de travailler en équipe." MG5

Une aide appréciée :

"C'est vraiment génial, ça favorise les soins, la prise en charge est meilleure. Le fait de connaître avec qui on travaille, c'est un plus aussi pour la fluidité de la prise en charge, ça facilite beaucoup les choses, c'est énorme quoi." MG5

3. Impact de la mise en place d'une consultation d'addictologie de proximité sur la prise en charge des patients

CODES	DEFINITIONS
Amélioration de l'accès au soin	<ul style="list-style-type: none"> - Proximité - Prise en charge accélérée - Prise de rendez-vous simplifiée (secrétariat du médecin généraliste) - Environnement familial
Prise en charge de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Compétences de l'infirmière en addictologie - Rapports humains de qualité - Consultation plus longue, "d'addictologie pure " - Utilisation d'outils comportementaux - Intervention d'une tierce personne
Adhésion du patient renforcée	<ul style="list-style-type: none"> - Travail d'équipe - Encadrement - Bons retours des patients
Des résultats encourageants	<ul style="list-style-type: none"> - Bons résultats pour le tabac - Mitigés pour l'alcool

L'intervention d'une infirmière addictologue au sein des MSP a permis **une amélioration de l'accès aux soins** des patients présentant une conduite addictive de par la proximité, la prise de rendez-vous simplifiée (par le secrétariat des médecins) et d'une prise en charge accélérée :

"Ça m'apporte vraiment un complément, surtout chez des patients que j'aurais voulu envoyer avant à des collègues en addictologie et qui du fait de la localisation, ne pouvaient pas se déplacer." MG6

"Pour tous les patients alcooliques qui n'ont plus le permis, c'est un avantage que ce soit sur place." MG9

"De prendre un rendez-vous en addictologie, ce n'est pas rien pour un patient. Là il se sent rassuré car il connaît. En plus c'est sur place et c'est notre secrétaire qui prend le rendez-vous, ce qui rassure le patient, ça reste un peu familial quelque part." MG5

"Pour une prise en charge plus rapide, car avant ce n'était pas toujours évident d'avoir des rendez-vous." MG2

"La prise de rdv est simplifiée car gérée par notre secrétariat." MG3

"Parce que le patient, je me mets à sa place, on lui parle d'une conduite qu'il aime bien et qu'il ne veut pas forcément se remettre en cause donc, s'il faut qu'il fasse quarante minutes de route pour être vu en consultation, il faudrait qu'il soit vraiment très très motivé à arrêter pour y aller." MG8

Tous les médecins interrogés parlent de **prise en charge de qualité**. L'infirmière a plus de compétences en addictologie, prend plus le temps et utilise des outils comportementaux renforçant la motivation. Certains évoquent également l'intérêt de l'intervention d'une tierce personne afin d'améliorer la liberté d'expression des patients.

"C'est de permettre aux patients de voir une personne qui est plus au fait des recommandations, qui peut prendre plus le temps et se concentrer que sur l'addictologie uniquement." MG3

"En plus elle a des outils, par exemple pour le tabac, elle a le détecteur de CO." MG6

"Et puis les gens trouvent ça sans doute plus facile de parler de tout ça avec quelqu'un de nouveau plutôt qu'avec nous." MG2

"Et l'avantage c'est qu'on a aussi la double version car on a un retour de l'infirmière. Du coup on sait s'il y a un souci dans la prise en charge. Des fois ils n'osent pas en parler à leur médecin traitant, (...) donc il y a des patients qui seront plus ouverts de voir une autre personne qu'ils ne voient que pour ça régulièrement." MG3

"Qu'il puisse y avoir un suivi sur la durée." MG4

"C'est l'amélioration du suivi et sa compétence, moi je suis très impressionné, il arrive à me faire diminuer, voir arrêter. Alors que moi je n'aurais pas réussi à obtenir les mêmes résultats." MG8

Et avec comme constat **une adhésion du patient renforcée** de par l'encadrement et le travail en équipe centrée sur le patient.

"Il y a du soutien dans le temps, dans le maintien de l'abstinence et en général les gens continuent d'y aller un certain temps. Moi, ils me disent ce qu'elle leur a dit. On sent que ça renforce leur confiance en eux." MG6

"Globalement, les patients vont à leur consultation, ils savent qu'on est on courant, qu'on les revoit régulièrement donc on leur dira : "Ah tiens, comment ça se fait que tu n'es pas allé à ta consultation?" Donc forcément, que ce soit un alcoolique ou un toxicomane, ils vont louper les consultations car ça reste des patients addictos mais ils sont entourés donc nous on pourra les remotiver, les inciter et ils iront plus systématiquement, c'est mon impression." MG5

"Je pense en plus qu'ils sont plus observants quand ils viennent au cabinet, oui c'est sûr même." MG7

"C'est plus un travail d'équipe, c'est bien, pour le suivi c'est quand même mieux je pense." MG7

Et des retours de patients positifs :

" Ils sont très contents, en plus l'infirmière qu'on a est très bien donc c'est très important aussi pour le suivi. La relation humaine qu'ils ont avec elle est très bonne, elle est patiente, très empathique et pas du tout dans la culpabilisation. Les patients le ressentent tout de suite. Parfois même ceux qui replongent retournent la voir spontanément sans forcément passer par nous." MG5

"Ils sont contents, ça les aide." MG6

"Je crois que les patients aiment bien, ça les fait réfléchir déjà. Bon on leur donne des responsabilités mais ils aiment bien être pris en charge par une équipe." MG7

Des **résultats qui semblent encourageants** :

"On a de bons résultats pour ceux qui veulent vraiment s'en sortir. Je pense qu'il n'y a pas de problème s'ils veulent s'en sortir, on en rediscute avec eux et ils se sentent quand même mieux." MG2

"Eh bien je trouve qu'on a de bons résultats, surtout sur le tabac, l'alcool un peu moins." MG5

4. Suggestions d'amélioration de la prise en charge des conduites addictives en médecine générale

CODES	DEFINITIONS
Délivrer une liberté de prescription à l'infirmier(e)	<ul style="list-style-type: none"> - Prescription de substituts nicotiques - Adaptation des dosages des TSO
Valorisation du dépistage	<ul style="list-style-type: none"> - Un budget pour la prévention - Revoir la cotation CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) pour des actes de dépistages
Formation des médecins	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la formation - Avoir une formation pratique
Télémédecine en addictologie	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt limité - Perte de la relation humaine - Recours au spécialiste

Les médecins évoquent réaliser les **prescriptions sur les consignes de l'intervenant** :

"Je considère que l'infirmière est plus calée que moi sur l'adaptation des traitements." MG3

"Ça pourrait être bien que les intervenants aient une liberté de prescription parce que c'est lui qui me dit : "Voilà ça serait bien de diminuer la buprénorphine ou de prescrire des patchs à tel dosage". MG8

Le **manque de formation** est un point à revoir pour eux :

"Et puis bon on n'est pas suffisamment formés, il faudrait revoir notre formation, peut être plus pratique mais c'est peut être pas évident à mettre en place." MG8

Certains estiment que les **actes de prévention ne sont pas suffisamment valorisés** en France :

"Après, pour le fait qu'on fasse insuffisamment de dépistage, je dirais que ça peut être lié à la cotation. Parce qu'avec la CCAM, on est payé à l'acte donc ça ne nous engage pas, bon moi je prends toujours le temps, je fais 8H-21H, c'est pas 5 minutes par patient. Mais la CCAM n'encourage pas non plus toujours à faire du dépistage voilà. On n'est pas poussés, on est trop dans le curatif. Je trouve que la France n'est pas suffisamment efficace dans la prévention par rapport aux autres pays." MG8

"Que les consultations soient revalorisées en terme d'addictologie parce que ça prend du temps et c'est sûr qu'en une consultation, s'il faut faire ça plus d'autres choses, c'est compliqué." MG9

Pour ce qui est de la place de **l'utilisation de la télémédecine** dans la prise en charge des conduites addictives, **les avis des médecins sont mitigés.**

Certains pensent que l'absence de contact humain risque d'être un frein pour ces patients fragiles :

"Je pense que pour les addictions, les patients restent attachés à voir la personne et que si ça se fait via la caméra, même si c'est le même intervenant, ça ne marchera pas je pense." MG8

"Pas trop d'intérêt. Les patients addictifs sont des humains ultra sensibles donc les mettre devant un écran avec un mec derrière, je ne suis pas sûr que ça marche." MG5

"En plus l'ordi dans l'addictologie, peut bloquer les patients." MG3

D'autres y voient un intérêt pour avoir recours à l'avis du spécialiste :

"C'est intéressant aussi parce qu'on est en conférence directe avec le spécialiste et le patient qui est là avec nous donc on peut discuter du mode de prise en charge." MG2

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode

1. Atouts de l'étude

Concernant l'échantillon des médecins interrogés, nous avons obtenu une diversité en termes d'âge, de sexe, d'ancienneté d'installation et de lieu d'exercice.

Ceci nous permet le recueil de points de vue et de pratiques divers.

Concernant le type d'étude, la méthode qualitative par entretien semi-dirigé a semblé être adaptée à l'objectif de notre étude. Elle a pour avantage de permettre une liberté d'expression et d'évoquer des récits de cas ou d'expériences.

Les médecins généralistes se sont exprimés sans réticence sur leur pratique, leurs opinions et leurs difficultés dans la prise en charge des conduites addictives.

2. Biais de l'étude

Biais interne

Le nombre de médecins généralistes répondant à nos critères d'inclusion était faible (en effet seulement 16 médecins avaient accès à ces consultations de proximité) 4 n'ont pas donné réponse à nos demandes d'entretien. Le manque de disponibilité et la sur-sollicitation des médecins généralistes libéraux aux études peuvent être invoqués.

Ce taux de refus à la participation de notre étude aurait pu nous empêcher d'obtenir la saturation des données et compromettre la validité de notre étude, ce qui ne fut pas le cas.

Biais d'investigation

Lors des premiers entretiens, l'enquêtrice a pu influencer la réponse des participants, par l'emploi de relances parfois trop orientées. Ce biais a été corrigé par la suite au fil des entretiens.

Biais d'interprétation

L'analyse des données dans le cadre d'une étude qualitative peut être soumise à la subjectivité de l'enquêtrice.

Afin de limiter ce biais, une triangulation de l'analyse a été effectuée en vue de renforcer la validité des résultats.

II. Discussion des résultats

1. Un repérage des conduites addictives amélioré mais encore insuffisant

Même si la totalité des médecins interrogés se déclare plus sensibilisée dans le repérage des conduites addictives depuis la mise en place des consultations d'addictologie de proximité, un certain nombre ne l'effectue pourtant pas de manière systématique.

La question concernant le tabagisme semble ne pas poser problème. Pour ce qui est de l'alcool et des toxiques, ils effectuent la recherche au cas par cas et évoquent pour certains un sujet encore tabou.

Ces résultats concordent avec les données de l'enquête *Baromètre Santé Médecins Généralistes* réalisée en 2009 où seulement 63% des médecins généralistes déclaraient aborder la question de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient, 23 % pour l'alcool et 8 % pour le cannabis [19-20].

En 2002, une enquête téléphonique réalisée auprès de 1608 personnes souligne que, finalement, il n'existe qu'un très faible niveau de réticence des patients à parler d'alcool avec leur médecin généraliste. En effet 88% des répondants pensaient qu'il était du rôle de celui-ci d'aborder les questions liées à l'alcool, 90% pour le tabac et 85% pour les drogues illicites [21].

Il serait donc souhaitable que les médecins surmontent cette gêne face à la consommation d'alcool et de drogues de leurs patients.

Par ailleurs, la problématique du temps apparaît essentielle dans cette difficulté à faire du repérage et de la prévention de manière systématique.

En effet, la durée moyenne d'une consultation de médecine générale serait de 17 minutes [22] avec en moyenne 2,6 motifs à traiter par consultation [23].

Ce facteur temps a été mentionné par l'ensemble des médecins de notre étude. Ces derniers ont de plus une activité supérieure à la moyenne nationale qui est de 22 patients par jour en en voyant 29,6 [22].

2. Une coordination de proximité en addictologie : pour une meilleure prise en charge du patient

Le médecin généraliste va rester acteur de la prise en charge en réalisant les prescriptions des traitements de substitution, en recherchant les éventuelles complications somatiques et en renforçant la motivation du patient chaque fois qu'il le verra en consultation.

L'infirmier(e) va insister sur l'entretien motivationnel et faire des propositions d'adaptation thérapeutique au médecin.

Le couple médecin-infirmier(e) agit de manière coordonnée et synergique dans la prise en charge des conduites addictives. La motivation du patient est alors renforcée et le suivi est de meilleure qualité par une transmission régulière des informations.

L'adhésion du patient peut également être renforcée par la simplification de la prise des rendez-vous, gérée par les secrétaires de la MSP et par le fait que ces consultations aient lieu au sein de leur MSP habituelle.

L'étude *Substance Use Motivation and Medication Integrated Treatment* (SUMMIT) est un essai randomisé qui a comparé une prise en charge collaborative (consultation médicale avec prescription médicamenteuse de traitement contre la dépendance à l'alcool et aux opiacés associée à un entretien motivationnel réalisé par une psychologue) aux soins usuels (traitements médicamenteux uniquement et coordonnées de la psychologue remises). La proportion de patients suivant un traitement de la dépendance à 6 mois était supérieur dans le groupe « Prise en charge collaborative » (39,0%) par rapport au groupe « Soins usuels » (16,8%), avec un odds ratio de 3,97 ([IC95% :2,32-6,79], $p < 0,001$).

La proportion de patients se déclarant abstinents à 6 mois était également plus élevée dans ce groupe (32,8% versus 22,3%) [24].

Ces résultats sont encourageants et montrent que la prise en charge des troubles liés à l'abus de substances peut être réalisée de façon efficace en soins primaires.

C. Poirel, dans sa thèse, a comparé la perception par les patients d'un sevrage tabagique à l'aide d'une infirmier(e) addictologue de proximité versus une prise en charge en consultation hospitalière de tabacologie. Les patients pris en charge au sein des MSP ont apprécié la proximité et l'implication de leur médecin généraliste à leur sevrage [25].

L'intervention d'un(e) infirmier(e) addictologue au sein des MSP permet également d'établir un lien facilité entre la médecine de ville et les structures d'addictologie.

3. Une meilleure implication du médecin généraliste : plus de patients adressés en consultations d'addictologie

Nous avons pu constater au cours des différents entretiens un changement de pratique des médecins généralistes dans l'appréhension des problèmes d'addictions. Ils vont désormais adresser à l'infirmièr(e) addictologue tous leurs patients acceptant une prise en charge de leurs conduites addictives alors qu'auparavant, seuls les cas complexes étaient adressés en CSAPA ou en consultations hospitalières.

En 2014, l'ORSAS (Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales) Lorraine a établi le profil des patients reçus dans les structures d'addictologie en Lorraine. Seulement 11% des patients étaient adressés par leur médecin généraliste [26]. On peut supposer que pour les 89% autres, le médecin généraliste n'était pas forcément informé d'une prise en charge spécialisée donc pourrait se sentir moins impliqué, alors que dans notre étude, nous avons pu constater que le médecin généraliste était le principal initiateur de cette prise en charge.

Concernant le profil des patients reçus dans les structures d'addictologie en Lorraine en 2014, 45% présentaient une consommation d'alcool, 28% de tabac, 23% de cannabis et 19% d'héroïne [26]. Le profil des patients adressés à l'infirmièr(e) addictologue au sein des MSP semblerait différer selon les propos des médecins interrogés. En effet la prise en charge serait majoritairement pour le tabagisme, suivi par l'alcool puis les drogues illicites.

Il est également intéressant de noter que certains médecins adressent également à ces consultations de proximité, leurs patients en prévention secondaire non motivés initialement par une réduction de leur conduite addictive dans le but que cette première consultation aboutisse à une motivation à la prise en charge. Il serait intéressant de connaître la proportion de ces patients qui poursuivent le suivi après cette première consultation.

4. Amélioration de la prise en charge des conduites addictives en médecine générale

a. Renforcer la formation pratique des médecins généralistes

Le manque de formation est mentionné par tous les médecins interrogés.

La formation théorique s'est améliorée ces 20 dernières années avec l'apparition de l'addictologie comme discipline médicale mais la formation pratique manque.

Pour pallier à ce manque de pratique, il serait intéressant de discuter de l'intérêt de proposer aux internes en stage ambulatoire en médecine générale, d'effectuer un certain nombre de journées au sein d'un CSAPA ou d'une consultation d'addictologie de proximité afin de les familiariser avec les thérapeutiques de sevrage mais aussi les techniques d'entretien motivationnel et l'utilisation d'outils comportementaux.

Outre la formation pratique des internes, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a réformé le Développement Professionnel Continu (DPC). Il constitue une obligation pour tout professionnel de santé qui doit justifier sur une période de trois ans, son engagement dans une démarche de DPC afin d'actualiser ses connaissances et ses compétences pour améliorer sa pratique [27].

Seulement 2 médecins de notre étude ont bénéficié d'une formation en addictologie depuis leur installation.

Le site de l'Agence du DPC répertorie les organismes agréés et les formations proposées. En région Grand Est, pour l'année 2018, deux formations sur la prise en charge des addictions sont proposées : une intitulée "Autour de la technique des interventions thérapeutiques brèves" et l'autre "Autour de la technique des entretiens motivationnels".

b. Revaloriser les actes

Cette insuffisance de valorisation des actes pour la prise en charge des conduites addictives qui nécessite des consultations longues, est régulièrement mentionnée par les médecins généralistes.

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) mise en place par la Convention Nationale de juillet 2011 vient compléter le paiement à l'acte des médecins. Ce dispositif vise à favoriser la qualité de la pratique médicale en valorisant l'atteinte d'objectifs déterminés et évalués au moyen d'indicateurs calculés sur l'ensemble de la patientèle du médecin. Le bilan de la ROSP à 5 ans a montré qu'il fallait renforcer certains objectifs, notamment en matière de prévention [28].

Depuis le 1 janvier 2017, dans le cadre de la convention médicale 2016-2021, l'Assurance Maladie a modifié certains indicateurs de cette ROSP : deux indicateurs de prise en charge des conduites addictives ont été ajoutés [28-29]. Désormais, les médecins généralistes devront mentionner la proportion de leurs patients tabagiques et alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par la HAS et inscrite dans le dossier médical du patient.

Cette évaluation est néanmoins subjective car dépendante des déclarations du médecin concernant sa pratique.

Cette nouvelle convention médicale a également revalorisé certains actes de médecine générale par la création de consultations spécifiques mais aucune en lien direct avec la prise en charge des conduites addictives.

Néanmoins, la création de la consultation "première contraception et prévention" destinée aux jeunes filles de 15 à 18 ans pourra être l'occasion de faire du repérage.

Il faudrait revoir ce moyen de rémunération et intégrer un acte de cotation pour la prise en charge des conduites addictives afin d'encourager les médecins généralistes à réaliser ces consultations.

c. Instaurer une consultation annuelle dédiée à la prévention et au dépistage pour améliorer le repérage

Ce manque de temps imparti à la consultation est un frein pour effectuer des actes de prévention et de dépistage de manière régulière et systématique [30].

Les médecins doivent en effet, au cours d'une consultation, gérer plusieurs problèmes, assumer différentes fonctions (soins, conseils, soutien psycho-social, coordination, démarches administratives) et pour cela, traiter une masse importante d'informations. De plus, le patient consulte essentiellement pour une démarche de soin. Intégrer des mesures de prévention au sein de la consultation n'est pas toujours évident.

La solution proposée depuis de nombreuses années serait de mettre en place une consultation dédiée à la prévention mais les modalités organisationnelles sont encore à l'étude.

Un rapport sur les consultations de prévention réalisé en 2009 par le Haut Conseil de Santé Publique fait le constat que le médecin traitant est le professionnel le plus habilité à faire de la prévention. Néanmoins, l'analyse de la littérature effectuée au cours de ce rapport, concernant les études relatives à l'évaluation de l'impact des actions de prévention a abouti à des résultats mitigés en terme de morbidité [31].

Par ailleurs, les actions de prévention proposées par les différents régimes (MSA, RSI, CPAM) ont des taux de participation faible (28% pour le dispositif proposé par la MSA [31]).

d. Accorder une liberté de prescription aux intervenants

Certains médecins de notre étude souhaiteraient que l'intervenant ait une liberté de prescription afin de les décharger de cette tâche.

Ce qui est le cas avec l'article 134 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui mentionne que les substituts nicotiques peuvent être également prescrits par les infirmier(e)s, les sages-femmes, kinésithérapeutes et chirurgiens dentistes.

CONCLUSION

L'intervention d'une infirmière(e) addictologue au sein des MSP est un dispositif très apprécié par les médecins généralistes dans la mesure où il répond aux principales difficultés rencontrées dans la prise en charge des conduites addictives, à savoir le manque de temps et parfois des compétences insuffisantes.

Ce système de proximité a permis également d'améliorer la coordination des soins et la coopération entre les différents acteurs afin d'augmenter le nombre de prises en charge et d'en assurer une meilleure qualité.

Il serait intéressant de réaliser une étude afin de déterminer plus spécifiquement le profil de ces patients bénéficiant de cette consultation mais également d'évaluer l'efficacité de cette intervention en termes de réduction et de sevrage des conduites addictives.

Néanmoins dans cette lutte des conduites addictives, le principal frein reste tout de même le déni du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bull Epidemiol Hebd [Internet]. 2016;(30-31):528-40. [Cité le 23 Nov 2017]. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/3031/2016_30-31_7.html
2. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol attributable mortality in France. European Journal of Public Health [Internet]. Août 2013, Volume 23(4):588–593. [Cité le 23 Nov 2017]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt015>
3. Kopp P. Le coût social des drogues en France. OFDT [Internet]. 2015, Saint-Denis, 75 p. [Cité le 23 Nov 2017]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf>
4. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne) : freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante. Thèse d'exercice : Médecine. Université de Nice : 2014
5. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. Alcool, Cannabis, Tabac chez l'adulte. Référentiel pratique. Paris : HAS. 2014
6. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, MILDT, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, La Documentation française, 2008, 111 p.
7. Plan Gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 MILDT, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, La Documentation française, 2012, 121 p.
8. La prise en charge et la prévention des addictions, plan 2007-2011. Ministère de la santé et des solidarités. 2006
9. OFDT. Addictions en Grand Est, consommation de substances psycho actives et offre médicosociale. OFDT. Mai 2017. 104p
10. Pasquereau A, Gautier A, Andier R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V; le groupe Baromètre santé 2016. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du baromètre santé 2016. Bull Epidemiol Hebd [Internet]. 2017; (12):214-22. [Cité le 27 Déc 2017]. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/2017_12_1.html
11. Richard J.-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. (2015) La consommation d'alcool en France en 2014. Évolutions, INPES, n° 32, 6 p.

12. Beck F, Richard J.-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Tendances*, OFDT. 2015; n° 99, 8 p.
13. Champagne-Ardenne délégation Alsace-Lorraine (CREAI). Etude pour l'évolution de la filière addictologie en Meuse. Rapport fév 2017. ARS GRAND EST
14. Ministère de la santé et des solidarités. CIRCULAIRE N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie [Internet]. . [Cité le 5 Déc 2017]. Disponible sur : <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/09/circDGS-Plan-Addiction.pdf>
15. Code de la Santé Publique. Article L6323-3 : Établissements et Services de Santé créée par la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007. Légifrance [Internet]. [Cité le 17 Déc 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017744182&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
16. PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2012-2017. ARS Lorraine [Internet]. Sept 2011. [Cité le 17 Déc 2017]. Disponible sur : <http://arslorraine.prod.flexit.fr/prs-ikobook/files/assets/common/downloads/publication.pdf>
17. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillard L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5
18. Collège National des Généralistes Enseignants de Nice (CNGE Nice). Guide méthodologique pour les thèses qualitatives [Internet]. [Cité le 10 Déc 2017]. Disponible sur <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
19. Baromètre Santé Médecin Généraliste 2009. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. INPES [Internet]. [Cité le 20 Déc 2017]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdt/1343.pdf>
20. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 59 (2011) p285-294
21. Michaud P, Fouilland P, Grémy I, Klein P. Alcool, Tabac, Drogues : le public fait confiance aux médecins. *Revue du Praticien Médecine Générale*. 2003; 17:605-8
22. Martos S. 22 consultations par jour et 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes? *Le quotidien du médecin* [Internet]. Mai 2017. [Cité le 27 Déc 2017]. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/02/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes_847151
23. Letrillard L, Supper I, Schuers M et al. ECOGEN : étude des éléments de la consultation en médecine générale. *Exercer*. 2014; 114:148-57

24. Watkins KE et al. Collaborative care for Opioid and Alcohol Use Disorders in Primary Care : The SUMMIT Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2017;177(10):1480-1488
25. Poirel C. Perception par les patients du sevrage tabagique avec recours à une infirmière addictologue de proximité en comparaison avec une prise en charge hospitalière initiale. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Lorraine : 2016.
26. ORSAS Lorraine. Enquête profils addictologiques 2014-2015. Addictions : Rencontre régionale du 1er février 2016 [Internet]. [Cité le 27 Déc 2017]. Disponible sur : <https://www.orsas.fr/actualites/161-addictions-rencontre-regionale-la-prevention-et-l-offre-de-soins-en-addictologie-sur-le-territoire-lorrain.html>
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. Développement Professionnel Continu : l'engagement dans un DPC de qualité [Internet]. 01 Aout 2016. [Cité le 27 Déc 2017]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>
28. Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique : Bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif. Communiqué de synthèse [Internet]. 24 Avril 2017. [Cité le 28 Déc 2017]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_bilan_ROSP_2016_du_21_avril_def.pdf
29. Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. Légifrance : JORF n°0248 du 23 octobre 2016 texte n° 10. [Cité le 28/12/2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608>
30. Yarnall KSH, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary Care : is there enough time for prevention? Am J Public Health. 2003;9:635-41.
31. Baudier F, rapporteur. Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique. Mars 2009. 138p

ANNEXE : Guide d'entretien

1) PROFIL MÉDECIN

- Âge
- Sexe
- Ancienneté
- Nombre d'actes moyens/jour
- Type de conduites addictives adressé en consultation
- Formation en addictologie (DPC, DU, lecture de revues, etc.)

2) QUESTIONNAIRE :

Quelle est votre implication dans le domaine de l'addictologie ?

- Dans quelles situations êtes-vous amené à rechercher une conduite addictive chez vos patients?
- En quoi consiste votre intervention?
- Quelles sont les difficultés rencontrées ? (Repérage et prise en charge)

Quel est votre ressenti concernant la mise en place d'une consultation d'addictologie de proximité ?

- Quelles étaient vos attentes lors de sa mise en place ?
- Dans quels cas y avez-vous recours, pour quels patients? Vos attentes?
- En quoi consiste votre rôle en parallèle?
- Que pensez-vous de l'organisation?
- En quoi a-t-elle modifié votre pratique?
- Quels sont les points à améliorer?

Quels retours avez-vous de vos patients ?

Que pensez-vous des résultats? Quel est votre bilan depuis sa mise en place?

Comment pourrait-on améliorer la lutte des conduites addictives en médecine générale?

Quel est votre avis concernant la place de la télémedecine en addictologie?

VU

NANCY, le 21 février 2018
Le Président de Thèse

Professeur François PAILLE

NANCY, le 21 février 2018
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10185

NANCY, le 22 février 2018

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ :

Introduction : Afin d'améliorer la prise en charge des conduites addictives en médecine de ville, des consultations d'addictologie de proximité (antennes du CSAPA) menées par un(e) infirmier(e) addictologue se sont implantées au sein de certaines Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) pour pallier à un problème d'accès au soin chez des patients souvent en difficulté et apporter une aide au médecin généraliste.

Nous avons souhaité par cette étude évaluer l'impact de ce dispositif sur la pratique des médecins mais aussi sur la prise en charge des patients.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de médecins généralistes exerçant au sein des MSP Meusiennes avec intervention d'un(e) infirmier(e) addictologue.

Résultats : Dans le cadre de la prise en charge des conduites addictives, les médecins généralistes étaient confrontés à un manque de temps, à un sentiment de compétences insuffisantes et devaient faire face au déni du patient ainsi qu'à son manque de motivation. Depuis la mise en place de ces consultations, tous reconnaissent se sentir plus impliqués dans le domaine de l'addictologie en effectuant plus de repérage et en proposant systématiquement cette intervention à la totalité de leurs patients motivés. Certains d'entre eux vont également adresser en première consultation leurs patients initialement réticents en vue d'obtenir une motivation à la prise en charge. De par la proximité, la coopération et la coordination des soins entre le médecin et l'infirmier(e), la motivation des patients semble renforcée et les résultats encourageants.

Conclusion : Les médecins ont un ressenti très positif concernant leur collaboration avec l'infirmier(e) lors de ces consultations avancées. Ce système novateur répond à l'évidence à des besoins tant du point de vue des patients que des médecins généralistes.

TITRE EN ANGLAIS : Opinions of a nurse working with addicts within Medical Practices in the Meuse department. A qualitative survey through semi-managed discussions with General Practitioners

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2018

MOTS CLEFS : médecine générale, conduites addictives, coopération médicale

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
