HAL
open science

Evaluation du séminaire “ Situations cliniques liées à l’addiction ” en troisième année d’internat de médecine générale

Anne-Marie Boissière

To cite this version:

Anne-Marie Boissière. Evaluation du séminaire “ Situations cliniques liées à l’addiction ” en troisième année d’internat de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03298108

HAL Id: hal-03298108

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298108

Submitted on 23 Jul 2021

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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 **FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2020 N° **11515C**

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans

le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Anne-Marie BOISSIERE

Le 01/12/2020

Evaluation du séminaire « *Situations cliniques liées à l'addiction* » en troisième année d'internat de médecine générale.

Composition du Jury :

Président du jury : Professeur Paolo DI PATRIZIO

Membres du jury : Professeur Nelly AGRINIER

Docteur Cédric BERBE

Docteur Jean-Charles VAUTHIER

Directeur de Thèse : Docteur Mathias SCHWITZER

Président de l'Université de Lorraine :

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :

Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne

Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER

Deuxième cycle : Pr Antoine KIMMOUN

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESim : Pr Stéphane ZUILY

SIDES : Dr Julien BROSEUS

Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Pr Mathias POUSSEL

Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY -

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE -

Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -

Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE -

Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH -

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT -

Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER -

Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU -

Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET -

Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Gilbert FAURE - Alain LE FAOU - Thierry MAY Patrick NETTER - Luc PICARD - François PLENAT - Paul VERT -Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2e sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***

Professeur Christo CHRISTOV

3e sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2e sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2e sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur Mathias POUSSEL

3e sous-section ***(Biologie cellulaire)***

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4e sous-section : ***(Nutrition)***

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

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2e sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***

Professeure Marie MACHOUART

3e sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4e sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Pierre FEUGIER

2e sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3e sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4e sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1re sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)*

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2e sous-section : *(Médecine intensive-réanimation)*

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

3e sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4e sous-section : *(Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)*

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5e sous-section : *(Médecine d'urgence)*

Professeur Tahar CHOUIHED

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : *(Neurologie)*

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

2e sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3e sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4e sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*

Professeur Bernard KABUTH

5e sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2e sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3e sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4e sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2e sous-section : *(Cardiologie)*

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

Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3e sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4e sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2e sous-section : *(Chirurgie viscérale et digestive)*

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3e sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4e sous-section : *(Urologie)*

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1re 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

3e sous-section : *(Médecine générale)*

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1re sous-section : *(Pédiatrie)*

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -

Professeur Cyril SCHWEITZER

2e sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3e sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4e sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1re sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2e sous-section : *(Ophtalmologie)*

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3e sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*

Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66e Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53e Section, 3e sous-section : *(Médecine générale)*

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : *(Anatomie)*

Docteur Bruno GRIGNON

2e sous-section : *(Histologie, embryologie, et cytogénétique*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2e sous-section : ***(Physiologie)***

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2e sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN (stagiaire)

2e sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*

Docteure Isabelle THAON

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2e sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Docteure Lina BOLOTINE

3e sous-section : ***(Immunologie)***

Docteure Alice AARNINK

4e sous-section : ***(Génétique)***

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD (stagiaire)

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1e sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)***

Docteur Philippe GUERCI

3e sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

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

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2e sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Docteur Fabien RECH

3e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER

4e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER (stagiaire)

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3e sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***

Docteur Fabrice VANHUYSE

4e sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)***

Docteure Nicla SETTEMBRE

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Docteur Anthony LOPEZ

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1e sous-section : ***(Pédiatrie)***

Docteure Cécile POCHON (stagiaire)

4e sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)***

Docteure Eva FEIGERLOVA

5e sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1re sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***

Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE (stagiaire)

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

69e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53e Section, 3e sous-section : *(Médecine générale)*

Docteur Cédric BERBE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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 Würtzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

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

Au Président de Jury :

Pr Di Patrizio Paolo, Professeur des Universités de Médecine Générale

Directeur du Département de Médecine Générale

Coordonnateur local de Nancy et régional Grand Est du DES de MG,

Je tiens à vous remercier pour avoir dirigé ce travail de thèse ainsi que pour vos conseils tout au long de sa rédaction.

Aux Juges :

Professeur AGRINIER , Professeur des Universités de Santé publique,

Dr BERBE, Maître de Conférences Associé

Dr VAUTHIER, Maître de Conférences Associé

Je vous remercie de vous être rendus disponibles afin de constituer mon jury de thèse.

Au Directeur de Thèse :

Docteur SCHWITZER, Chef de Clinique des Universités de Médecine Générale

Je vous remercie pour l'aide que vous avez apporté à la rédaction de cette thèse.

Je souhaite également remercier le Professeur BOUCHY, Professeur Associé de Médecine Générale pour l'aide qu'il a apporté à la réalisation de mon travail.

Je souhaite encore remercier l'ensemble des intervenants et organisateurs du séminaire d'addictologie qui fut l'objet de mon intérêt durant ce travail de thèse. Et également l'ensemble des étudiants de la promotion de 3ème année d'internat de médecine général à Nancy qui ont participé à mon travail par le remplissage des questionnaires. Un remerciement également aux professionnels de santé que j'ai rencontré tout au long de mes études de médecine, qui m'ont nourri professionnellement et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

Enfin, je tiens à remercier les membres de ma famille, mon père et ma mère qui ont été un soutien inconditionnel et sans faille durant ces mêmes longues années d'études. Mais également mes sœurs, qui m'ont accompagnée et soutenue et spécialement l'une d'entre elles (qui se reconnaitra) qui a fait ses propres études en même temps que les miennes et qui, de ce fait, a été un petit peu mon compagnon de route. »

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

SERMENT 12

Liste des abréviations 15

Introduction 17

Définition 17

Substance psycho active 17

Drogues 17

Usage et trouble 17

Usage, usage à risque, usage nocif 18

Trouble lié à l'usage de substance 19

Concept d'addiction 23

Impact des substances au sein de notre société 24

Alcool 25

Tabac 28

Cannabis et autres substances illicites 29

Médicaments psychotropes 33

Jeux de Hasard et jeux d'argents 33

Dispositif et systèmes de soins 34

Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) 34

Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue (CAARUD) 35

Le secteur hospitalier 36

Les Consultations jeunes consommateurs (CJC) 37

Les Réseaux 37

Les microstructures médicales addictions (MSMA) : 38

Les associations d'entraides 39

Addictologie en médecine générale 40

Enjeu majeur de santé publique 40

Rôle capital du médecin généraliste 41

Un investissement des médecins généralistes très inégal 42

Les instances de Santé Publique demandent une amélioration des compétences des médecins généralistes concernant l'addictologie. 43

État des lieux de la formation initiale des médecins généralistes à l'addictologie 44

MATERIELS ET METHODES 46

Type d'étude 46

Critères de jugement 46

Population cible 46

Description du questionnaire 47

Le déroulement pratique 47

Le recueil des données 47

L'analyse des données, Outils statistiques et logiciels 48

Résultats 49

Discussion 53

Rappel des principaux résultats 53

Critiques de l'étude 53

Conclusion 56

Bibliographie 57

ANNEXES 60

Résumé 97

Liste des abréviations

APA : Association Psychiatrique Américaine.

API : Alcoolisations ponctuelles importantes.

AUDIT-c: Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption. Il permet d'évaluer s'il existe un trouble de l'usage d'alcool.

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.

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

Usagers de Drogue.

CAST : Cannabis Abuse Screening Test.

CIM : Classification International des Maladies.

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs.

CPTS : Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Santé.

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

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales.

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées.

DSM : Diagnostic and Statistical Manual.

DOM : Département d'outre-mer.

DROM : Département et Région d'outre-mer.

ECN : Epreuves Classantes Nationales.

ELSA: Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie.

Enquête **EnClass** : Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances.

Enquête **ESCAPAD** : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense.

FAST : Fast Alcohol Consumption Evaluation.

GEP : Groupes d'Echanges de Pratiques.

HBSC : Health Beharvior in scoolage children.

LSD : Diéthyllysergamide.

MDMA : méthylènedioxyméthamphétamine. Il s'agit d'une substance addictive.

MSMA : MicroStructures Médicales Additions.

NPS : Nouveaux Produits de Synthèse.

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique.

ODFT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé.

PLDT : Personal Leadership Development Plan.

RECAP : Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charges.

RPIB : Repérage Précoce et de l'Intervention Brève.

SPA : Substances Psychoactives.

SUD : Substance Use Disorders.

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

Introduction

Définition

Substance psycho active

Une substance psychoactive est une substance modifiant le fonctionnement psychique : alcool, amphétamines et produits dérivés, caféine, cannabis, hallucinogènes, nicotine (tabac), opiacés, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, solvants volatils…Cet effet est soit recherché (cas des « médicaments psychotropes » et des « drogues »), soit non recherché (effets secondaires de médicaments ou exposition professionnelle à un solvant par exemple).

Drogues

Une drogue est une substance naturelle ou de synthèse dont les effets psychotropes suscitent des sensations apparentées au plaisir, incitant à un usage répétitif pouvant entraîner une addiction. Les addictions se caractérisent par un comportement automatisé, qui s'impose au sujet « addict », et dont il ne peut pas se soustraire même lorsqu'il a pris conscience de l'effet néfaste de ce comportement sur lui-même et qu'il manifeste la volonté de ne pas le reproduire. Ces comportements répétitifs sont appelés « compulsions ». Ils sont accompagnés de pensées non-voulues, persistantes et dont le sujet ne peut se soustraire appelées « obsessions ». On parle de « perte de contrôle » du comportement (1).

Usage et trouble

On considère cinq catégories d'usage de substance psychoactive (2,3) :

- Le **non-usage** : absence totale de consommation de la substance
- L'usage **simple** (ou à faible risque) : consommation selon les recommandations d'usage officielles (Santé Publique France et Institut National Cancer (3,4). Ex : maximum 2 verres d'alcool par jour (1 verre correspondant à 10g d'alcool pur en France) pour un homme, 10 verres par semaine, 2 jours sans consommation minimum par semaine).
- Le **mésusage** qui comprend trois catégories :

- ✓ L'usage **à risque** : consommation au-delà des recommandations officielles, associée à un surrisque (cancers, maladies cardio-vasculaires par exemple) sans effets néfastes pour la santé objectivables sur le moment.
- ✓ L'usage **nocif** : usage associé à des effets néfastes objectivables sur le moment. Il existe déjà des conséquences sur l'état de santé du consommateur.
- ✓ L'usage **avec « dépendance »** : l'usage avec « dépendance » est une sous-catégorie de l'usage nocif. Il correspond à un usage particulier que le patient n'arrive plus à contrôler. L'usage s'impose au patient. Cette addiction se décompose en une « dépendance » physique, une « dépendance » psychique et une « dépendance » comportementale. Le terme dépendance n'est en lui-même plus à employer pour parler d'une addiction car depuis le DSM IV, il ne fait plus référence qu'à une adaptation « physique » au cours de traitements médicamenteux (ex : morphine) qui induit une nécessité d'augmenter de plus en plus une dose pour un résultat similaire.

Le non-usage, l'usage simple et l'usage à risque représentent les formes d'usages asymptomatiques, pour lesquelles il n'existe pas, ou pas encore, de conséquences manifestes de l'usage. Les troubles liés à l'usage de substance psychoactive, représentés par l'usage nocif et l'usage avec dépendance, correspondent aux formes symptomatiques de l'usage, c'est-à-dire qui se traduisent par des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou biomédical.

Usage, usage à risque, usage nocif

Il existe, chez les consommateurs d'une substance psychoactive un continuum entre l'usage dit "simple" de la substance psychoactive (associé à un faible niveau de risque) et les formes plus sévères de troubles liés à l'usage de cette substance psychoactive, dans lesquelles les répercussions de la consommation sont majeures. On peut distinguer, par niveau de risque croissant : le non-usage, les formes d'usage asymptomatiques (usage simple et usage à risque) pour lesquelles il n'existe pas ou pas encore de conséquences manifestes de l'usage, et enfin les troubles liés à l'usage de substance psychoactive qui correspondent aux formes symptomatiques de l'usage, c'est-à-dire qui se traduisent par des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou biomédical.

Le non-usage, encore appelé "abstinence", est défini par l'absence de consommation.

Il peut être :

- **Primaire**, quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, pré-adolescents) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte) ;
- **Secondaire**, quand il advient après une période de mésusage

L'usage simple, ou usage à faible risque, est défini par une consommation à la fois asymptomatique, et inférieure aux seuils recommandés en France.

Le mésusage rassemble les types d'usage qui entraînent des conséquences négatives et ceux qui sont à risque d'en entraîner. Par définition, le mésusage de substance psychoactive comprend l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de substance psychoactive (2) (Annexe 1).

L'usage à risque est la forme la moins sévère du mésusage. L'usage à risque est asymptomatique, mais est susceptible d'entraîner à plus ou moins long terme des dommages. La notion d'usage à risque ne se retrouve pas dans les systèmes de classification psychiatrique du Diagnostic and statistical manual (DSM) ou de la Classification internationale des maladies (CIM), mais a été proposée par l'OMS.

Trouble lié à l'usage de substance

Les troubles liés à l'usage de substance psychoactive sont définis par l'existence de symptômes, et non par un niveau de consommation spécifique.

La caractéristique essentielle des troubles liés à l'usage de substance psychoactive est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à consommer une substance psychoactive malgré des problèmes significatifs liés à cette consommation.

Les principaux systèmes de classification diagnostique reconnaissent au moins deux niveaux de sévérité des troubles liés à l'usage de substance psychoactive.

Le DSM-IV propose deux diagnostics hiérarchisés : l'**abus** et la **dépendance**.

Critères de l'abus d'une substance – DSM-IV (5)

- Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

✓ Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison ;

✓ Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;

✓ Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance ;

✓ Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

- Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

Critères de dépendance à une substance – DSM-IV (5)

- Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois : Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

✓ Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;

✓ Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;

✓ Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

✓ Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;

✓ La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;

- ✓ La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
- ✓ Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
- ✓ Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets ;
- ✓ Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
- ✓ Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
- ✓ L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

La CIM-10 propose également 2 diagnostics hiérarchisés : l'**usage nocif** et la **dépendance** —— (6).

Utilisation nocive pour la santé – CIM-10

- Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. Le patient ne répond pas aux critères de la dépendance.

Syndrome de dépendance – CIM-10

- Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- ✓ Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- ✓ Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).

- ✓ Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- ✓ Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- ✓ Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.
- ✓ Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Dans les deux systèmes, un diagnostic de dépendance rend impossible le diagnostic d'abus (DSM-IV) ou d'usage nocif (CIM-10). En ce sens, la dépendance est considérée comme une forme plus sévère des troubles liés à l'usage.

En mai 2013 lors du congrès de l'Association Psychiatrique Américaine (APA) à San Francisco, la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (**DSM-V**) apporte les **modifications** suivantes :

- Elle supprime les notions d'usage nocif (abus) et de dépendance pour les regrouper en un seul diagnostic de « troubles liés à l'usage d'une substance ».
- Les critères diagnostiques de ces troubles sont quasi identiques à ceux de l'usage nocif (abus) et de la dépendance des classifications antérieures combinés en une seule liste, à deux exceptions près : le critère de « problèmes judiciaires récurrents » a été retiré et le critère « craving » rajouté.
- Il y a « trouble lié à l'usage d'une substance » quand au moins deux des onze critères suivants se manifestent au cours d'une période de douze mois :

- Besoin impérieux et irrépressible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu

- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

Le trouble est qualifié de faible si 2 à 3 critères sont présents, modéré pour 4 à 5 critères et sévère pour 6 critères et plus. Le passage de l'usage au trouble n'est pas systématique. Il n'est souvent pas perçu par l'usager qui pense maîtriser sa consommation. Pour les acteurs de prévention et en premier lieu les médecins généralistes, cela justifie une action le plus en amont possible, d'abord pour éviter si possible l'entrée en consommation, puis, si cette consommation n'a pu être évitée, pour empêcher l'apparition d'un trouble ou réduire sa sévérité. Aujourd'hui, on parle de conduites addictives pour désigner l'ensemble des usages susceptibles d'entraîner un trouble (7) (Annexe 2).

Le système de classification faisant référence pour le codage des pathologies en France est la CIM de l'OMS. Celui-ci distingue l'usage nocif et la dépendance.

Concept d'addiction

L'addiction n'est pas le synonyme de la « dépendance » : depuis le DSM IV : en effet, il y a un abandon du terme « dépendance » pour parler des SUD (Substances Use Disorders). Ce terme est réservé aux adaptations du corps à un médicament, qui peuvent amener à l'obligation d'augmenter les doses pour obtenir l'effet recherché et à un syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal. L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives

(alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu par exemple). Les addictions posent, en France comme à l'échelle européenne et dans le reste du monde, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux. Le terme d'addiction est couramment utilisé. Or, il existe plusieurs types de comportements dans la consommation d'un produit, allant de l'usage simple à la dépendance. L'utilisation du terme « pratique addictive » permet d'aborder ce problème dans sa globalité, y compris sa prévention.

Les pratiques addictives résultent de l'interaction de facteurs liés au(x) produit(s) consommé(s) (substance psychoactive ou autre), de facteurs personnels et de facteurs liés à l'environnement dans lequel évolue l'individu (8). Il est impossible pour une personne de connaître, avant de consommer une substance psychoactive, la façon dont elle va réagir, les risques qu'elle prend et ceux de devenir dépendant (9).

Il existe plusieurs catégories de facteurs individuels. Parmi eux, peuvent être cités : les facteurs neurobiologiques et génétiques, certains traits de personnalité, les troubles du comportement, les maladies psychiatriques, les événements de vie : deuil, rupture, maltraitance, anxiété, maladie grave…

Impact des substances au sein de notre société

Le type de substance psychoactive consommée a une influence sur l'évolution vers la dépendance. Les produits les plus addictogènes sont le tabac, l'héroïne et la cocaïne (9) (Annexe 3) . L'alcool et le cannabis sont moins addictogènes. L'âge de début de consommation d'une substance psychoactive, la fréquence et la durée de consommation, la quantité absorbée, le mode d'absorption influent sur la sévérité de la dépendance. Certaines applications accessibles grâce, notamment, à Internet peuvent être addictogènes. Ce peut être le cas de jeux vidéo, jeux d'argent, réseaux sociaux.

L'éducation familiale joue un rôle important dans la prévention ou, au contraire, dans l'initiation à la consommation de substances psychoactives. C'est notamment le cas pour le tabac et l'alcool.

Les cercles d'amis ont également un rôle certain dans la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis. L'enquête ESCAPAD 2008 réalisée par l'OFDT (Observatoire français des drogues et toxicomanies) montre que la convivialité est un des motifs d'usage de l'alcool, du tabac et du cannabis chez les adolescents âgés de 17 ans (10).

Alcool

En ce qui concerne la consommation d'**Alcool** : Bien que le volume global d'alcool pur consommé en France (11,7 litres par habitant de 15 ans et plus en 2017) soit en diminution depuis les années 1960 (11), essentiellement en raison de la baisse de la consommation quotidienne de vin, la France reste parmi les pays les plus gros consommateurs d'alcool au monde, se situant au sixième rang parmi les 34 pays de l'OCDE (12).

Voici quelques chiffres clés (3,12) :

- 23,6% des personnes de 18-75 ans dépassaient les repères de consommation en 2017
- 11,7 litres par an et par personne de 15 ans et plus
- 41 000 décès attribuables à l'alcool par an, dont 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes
- 16 000 décès par cancer et 9 900 décès par maladie cardiovasculaire chaque année
- 87% des 18-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par an
- 26% des 65-75 ans déclarent une consommation quotidienne d'alcool
- 13,4% des 18-24 ans déclarent au moins 10 ivresses par an
- 10% des 18-75 ans consomment à eux seuls 58% de l'alcool consommé
- 7,1% à 12,6% des adultes consomment quotidiennement de l'alcool selon les régions (moyenne nationale : 10,0%).

La consommation d'alcool est significativement moins fréquente en Ile-de-France (7,1 %), Normandie (7,9 %) et Pays de la Loire (8,1 %), ainsi que dans l'ensemble des DROM. La Guadeloupe (6,9 %), la Guyane (5,2 %), la Martinique (7,0 %) et La Réunion (5,8 %) affichent des prévalences comparables entre elles, et significativement moins élevées que la moyenne de la France métropolitaine (source : baromètre santé DOM 2014). Les régions Hauts-de-France

(11,5 %), Nouvelle-Aquitaine (12,3 %) et Occitanie (12,6 %) se distinguent par une consommation quotidienne d'alcool plus fréquente.

La consommation hebdomadaire d'alcool chez les 18-30 ans s'élève à 32,5 % pour la France métropolitaine et varie entre 23,2 % et 43,5 % suivant la région. Elle est significativement moindre dans les Hauts de France (23,2%) et plus élevée dans 4 régions : Bretagne (43,5 %), Pays de Loire (40,7 %), Martinique (47,7 %) et Guyane (43,4%).

Les alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles (API) (6 verres ou plus en une seule occasion) mensuelles varient selon les régions de France métropolitaine de 13,9 % en Île-de-France à 20,5 % en Bretagne et la moyenne de la France métropolitaine était de 16,2 %. Seule l'Île-de-France (13,9 %) affichait une prévalence significativement plus faible par rapport à la moyenne des autres régions, tandis que la Bretagne présentait une prévalence significativement plus élevée (20,5 %). Les prévalences en Guadeloupe (10,5 %), à la Réunion (11,9 %) et en Guyane (13,0 %) étaient significativement plus faibles que la moyenne en France métropolitaine.

Ces données confirment les tendances observées en Europe. Même si les pays européens conservent des caractéristiques culturelles spécifiques, en termes de préférences de consommation comme de pratiques d'alcoolisation (un modèle latin d'usage régulier d'alcool opposé à un modèle nordique et anglo-saxon de consommations moins fréquentes mais plus importantes), les comportements tendent à s'uniformiser depuis quelques décennies en population générale comme parmi les adolescents. Ainsi, en France, on note une consommation régulière plus faible et une augmentation des consommations ponctuelles importantes.

La consommation hebdomadaire varie considérablement suivant les régions en fonction du type d'alcool (vin, bière, alcools forts, autres types d'alcool). Le nord et l'est de la métropole sont davantage concernés par la consommation de bière, le sud par la consommation de vin, l'ouest par les alcools forts et les autres types d'alcool.

En moyenne quotidienne, et suivant les régions, le nombre de passages aux urgences en lien direct avec l'alcool sont : pour les hommes : entre 1,2% et 3,1% (sauf Mayotte : 0,2% et La Réunion : 7,3%). Pour les femmes : entre 0,3% et 1,4% (à l'exception de Mayotte). Tous sexes confondus, les personnes âgées de 45-60 ans sont davantage concernées par ces passages aux urgences liés à l'alcool. Il s'agit en majorité d'intoxications éthyliques aiguës.

En ce qui concerne les moins de 18 ans (13) **:**

Selon l'enquête HBSC 2014 (Health Behavior in School-aged Chlidren), la part d'expérimentateurs d'alcool au collège est de 64,4 % en 2014 (27) et de 60 % selon l'enquête EnClass (Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances) réalisée en 2018.

La proportion de collégiens ayant expérimenté une ivresse est de 9,3 % sur la même période dans l'enquête EnClass.

En 2018, la consommation régulière d'alcool déclarée par les lycéens est de 16,7 % dans l'enquête EnClass. La proportion d'alcoolisations ponctuelles importantes (API) pour un mois est de 44,0 % des jeunes de 17 ans en 2017 selon l'enquête Escapad 2017 et de 43,2 % des lycéens en 2018 selon l'enquête EnClass.

Le coût estimé des hospitalisations liées à la consommation excessive d'alcool s'élève à près de 3,6% de l'ensemble des dépenses hospitalières en 2012 (BEH 2015) (14). Le coût de ces séjours hospitaliers est estimé à 2,64 milliards d'euros de survenue d'accidents de la route mortels et de violences intra-familiales et extra-familiales. Le Coût social (« Coût social des drogues en France », Pierre Kopp OFDT, septembre 2015) est estimé à 120 milliards d'euros en 2010.

Le coût annuel pour les finances publiques est de 4,9 milliards d'euros par an.

La consommation d'alcool est un fort enjeu de santé publique et fait partie des trois premières causes de mortalité évitable avec 41 000 décès en 2015. L'alcool c'est maximum 2 verres par jour, et pas tous les jours. En 2017, le travail d'expertise scientifique mené par Santé publique France et l'Institut National du Cancer a permis d'élaborer de nouveaux repères de consommation à moindre risque : si l'on consomme de l'alcool, maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour, et des jours dans la semaine sans consommation. Ces repères permettent désormais aux Français de faire le choix éclairé d'une consommation à moindre risque pour leur santé, sachant que les risques pour la santé d'une consommation d'alcool existent dès le premier verre. Depuis 2015, Santé publique France se mobilise chaque année en septembre autour de la consommation d'alcool pendant la grossesse afin de faire comprendre et intégrer par les femmes et leur entourage le message de santé publique « Par précaution : zéro alcool pendant la grossesse » (15). Des campagnes de sensibilisation

notamment sur les réseaux sociaux sont menées vers les jeunes, particulièrement touchés par le « phénomène du binge-drinking ». La dernière campagne « Amis aussi la nuit », menée en septembre 2019, visait à renforcer les comportements protecteurs entre pairs.

Tabac

En ce qui concerne la consommation de **Tabac** en France (16) :

En 2017, 31,9% des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer, 35,2% des hommes et 28,7% des femmes. La consommation quotidienne de tabac s'élevait à 26,9% parmi les 18-75 ans, 29,8% parmi les hommes et 24,2% parmi les femmes. La consommation occasionnelle de tabac s'élevait à 4,9% (5,4% des hommes et 4,5% des femmes. Les ex-fumeurs représentaient quant à eux 31,1% des 18-75 ans (34,7% des hommes et 27,7% des femmes et les personnes n'ayant jamais fumé 37,1% (30,2% des hommes et 43,6% femmes). Après une stabilité observée entre 2010 et 2016, une baisse significative de la prévalence du tabagisme de 9% a été observée parmi les 18-75 ans entre 2016 et 2017, aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes, (nombre passant à 14,4 millions). La prévalence du tabagisme quotidien a diminué quant à elle de 8% parmi les 18-75 ans entre 2016 et 2017, diminution observée chez les hommes et les femmes. (Nombre passant à 12,2 millions). La part des personnes n'ayant jamais fumé était quant à elle en augmentation (de 34,3% à 37,1%,). Enfin, la part d'ex-fumeurs était stable par rapport à 2016. Les évolutions diffèrent selon les classes d'âge et le sexe. Entre 2016 et 2017 parmi les hommes, la prévalence de la consommation quotidienne de tabac a diminué chez les 18-24 ans de 44,2% à 35,3%, plus bas niveau atteint depuis 2000 pour cette tranche d'âge, alors qu'elle est restée stable chez les femmes du même âge. La prévalence a diminué également parmi les hommes de 45-54 ans, passant de 36,1% à 30,5%, ce qui stoppe une hausse continue depuis 2000 dans cette classe d'âge. Parmi les femmes, le tabagisme quotidien a diminué de 21,1% à 17,6% parmi les 55-64 ans, constituant la première baisse observée dans cette classe d'âge après une augmentation constante depuis 2005.

En 2017, les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 13,3 cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 14,2 et les femmes 12,2. Cette quantité apparaît en très légère baisse par rapport au niveau de consommation de 2010 (13,8). Parmi les fumeurs quotidiens, 26,3% avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine dans l'année, proportion en hausse par rapport à 2016 (24,0%).

En 2017, 56,7% des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer.

En 2017, le tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans variait de 21,3% à 32,1% selon les régions de France métropolitaine. Deux régions avaient une prévalence moins élevée que le reste du territoire métropolitain ($p<0,05$) : l'Île-de-France (21,3%) et les Pays de la Loire (23,0%), alors que quatre régions se distinguaient par une prévalence plus élevée que le reste du territoire : le Grand Est (30,1%), l'Occitanie (30,3%), les Hauts-de-France (30,5%) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (32,1%). Comparativement à 2014, deux régions affichaient une variation significative de la prévalence du tabagisme quotidien en 2017, dans le sens d'une baisse : l'Île-de-France et la Normandie.

En 2017, 41,7% des 18-75 ans déclaraient avoir expérimenté la e-cigarette. En 2017, 3,8% des personnes de 18-75 ans interrogées disaient vapoter, proportion stable par rapport à 2016. La prévalence du vapotage quotidien était également stable et s'élevait à 2,7%. Les prévalences du vapotage quotidien par sexe et par âge étaient également stables.

En ce qui concerne les moins de 18 ans (13) **:**

La fréquence d'expérimentation de tabac des collégiens est de 27,8 % en 2014 dans l'enquête HSBC et de 21,2 %, dans l'enquête EnClass en 2018 et de 53 % en 2018 parmi l'ensemble des lycéens.

L'usage quotidien de tabac parmi les élèves de quatrième et troisième est à 8,9 % en 2014 dans l'enquête HSBC. En 2018, moins d'un cinquième des lycéens fumaient quotidiennement des cigarettes (17,5 %) d'après l'enquête EnClass.

Cannabis et autres substances illicites

En 2017, le cannabis demeure la première substance illicite diffusée dans la population : 44,8 % des adultes l'ont expérimenté (17), avec une prévalence plus élevée chez les hommes : 52.7% contre 37,2 %, chez les femmes (Annexe 4) (18) .

Depuis trois décennies, la diffusion du cannabis n'a cessé de progresser : son taux d'expérimentation était de 12,7 % en 1992, avant d'atteindre 44,8 % en 2017. La part des usagers dans l'année est à 11,0 % en 2017. L'augmentation des niveaux d'usage dans l'année

touche l'ensemble des générations mais est particulièrement sensible parmi les adultes de 35 à 44 ans avec une évolution de 1,2 % à 9,4 % sur la même période. Concernant plus spécifiquement les dernières évolutions (période 2014-2017), l'usage dans l'année se maintient à un niveau de 11,0 % parmi les 18-64 ans.

La proportion d'usagers réguliers (10 usages ou plus durant le dernier mois) de cannabis atteint 3,6 % des 18-64 ans. Ce niveau est également stable par rapport à 2014. Toutefois, l'augmentation est sensible chez les hommes, avec une prévalence passée de 4,6 % à 5,4 %, alors que celle des femmes s'est maintenue à 1,8 %. Avec 8,4 % d'usagers réguliers, les 18-25 ans restent les plus concernés : 12,8 % des jeunes hommes et 4,1 % des jeunes femmes de cette classe d'âge.

En 2017, les personnes ayant consommé du cannabis dans le mois (soit 6,4 % des 18-64 ans) ont été interrogées sur leurs modes d'approvisionnement au cours de l'année. Le marché noir s'avère le mode d'approvisionnement le plus fréquent : près des deux tiers des usagers déclarent y avoir eu recours, alors que 7 % mentionnent pratiquer l'auto-culture de cannabis.

Entre 2014 et 2017, la part des usagers dans l'année ayant un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance a augmenté, passant de 21 % à 25 %. Ces usagers à risque représentent près de 3 % de l'ensemble des 18-64 ans en 2017.

La consommation de drogues illicites, même pour les produits stimulants comme la cocaïne ou l'ecstasy dont le principe actif est le méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA) qui figurent parmi les plus souvent mentionnés, reste largement en dessous de celle du cannabis, avec des niveaux d'expérimentation inférieurs à 6% et des usages dans l'année inférieurs à 2%.

Après deux décennies de hausse, et dans un contexte de disponibilité accrue en France comme en Europe, l'expérimentation de la cocaïne semble se stabiliser à 5,6% en 2014 comme en 2017 du fait d'un recul parmi les jeunes adultes. Les 18-25 ans sont 5,2% à avoir essayé la cocaïne en 2017. Comme en 2014, l'expérimentation est la plus fréquente parmi les adultes âgés de 26 à 34 ans (10,2%).

La cocaïne se distingue également par des usages de plus en plus fréquents au-delà de 25 ans : les 26-34 ans sont 3,4% à en avoir consommé dans l'année en 2017. Sur la même période, la consommation dans l'année est passée de 0,6% à 1,6% parmi les 35-44 ans. L'usage de MDMA ou d'ecstasy au cours de la vie (tableau 1), qui concerne principalement les hommes (7,3 % vs

2,7 % des femmes), est en 2017 à 5,0%. Cette hausse est portée par les 35-44 ans (de 5,3% à 6,5%) et les 45-54 ans (de 1,9 % à 2,8%), tandis que l'expérimentation reste stable chez les jeunes adultes (6,9% des 18-25 ans et 9,5% des 26-34ans).

La consommation de MDMA/ ecstasy au cours de l'année stagne après une forte croissance en 2014 est à 1,0%. Par rapport à 2014, les usagers dans l'année sont plus nombreux chez les 26-34 ans (2,1 % vs 1,3 %) et chez les 35-44 ans (0,8% vs 0,2%), mais leur part diminue parmi les 18-25 ans (2,7% vs 3,8%).

L'expérimentation des champignons hallucinogènes concerne 5,3 % des personnes interrogées (8,0 % chez les hommes, 2,7% chez les femmes). L'usage dans l'année demeure infime, à 0,3%.

Les niveaux d'expérimentation des autres produits illicites sont inférieurs à 3 % en 2017 : le LSD se maintient à 2,7% d'expérimentateurs parmi les 18-64 ans, les amphétamines à 2,3 %, l'héroïne à 1,3% et le crack (forme base libre de la cocaïne) à 0,7%. On n'observe quasiment pas d'usagers dans l'année de ces produits (moins d'une personne sur deux cents).

Les cannabinoïdes de synthèse appartiennent à la catégorie dite des « nouveaux produits de synthèse » (NPS), ensemble composite de substances imitant les structures chimiques ou les effets des produits illicites. En 2017, une question permettait de savoir si les personnes en avaient déjà consommé au cours de leur vie. Au total, 1,3 % des 18-64 ans déclarent en avoir déjà fumé.

On observe toutefois qu'après une décennie de hausse, plusieurs niveaux d'usage en 2017 sont globalement stables par rapport à ceux de 2014. Par ailleurs, le profil des consommateurs se diversifie, intégrant davantage de trentenaires et d'actifs en emploi. En 2017, la part des expérimentateurs de cannabis a continué d'augmenter et concerne désormais près de la moitié des adultes. Si la proportion des usagers actuels dans l'ensemble de la population adulte n'a pas varié par rapport à 2014 (un adulte sur dix), le développement d'une consommation régulière dans la population active au-delà de 25 ans se confirme, laissant supposer que l'usage de cannabis ne serait plus l'apanage exclusif des jeunes générations et persisterait après l'entrée dans la vie professionnelle. À l'exception de la MDMA/ecstasy et des champignons hallucinogènes qui poursuivent leur diffusion, les expérimentations des autres substances illicites sont similaires entre 2014 et 2017, enrayant ainsi les hausses quasi continues observées depuis 2005. Les expérimentations d'héroïne ou de crack demeurent toujours extrêmement

rares parmi l'ensemble de la population adulte. Comme pour le cannabis, les usages de cocaïne et de MDMA/ecstasy se développent plus fréquemment qu'auparavant au-delà de la tranche d'âge clé des 18-25 ans, reflétant l'accroissement de l'accessibilité et de la disponibilité de ces produits.

En ce qui concerne les moins de 18 ans (13)**:**

Les données de l'enquête HBSC 2014 sur le cannabis permettent d'observer qu'un collégien sur 10 a déjà consommé du cannabis en 2014 dont 1,4 % est en sixième et 23,9 % en troisième. En 2017, les expérimentations de cannabis chez les collégiens interrogés dans l'enquête EnClass sont à 6,7 %. Selon l'enquête Escapad 2017, environ 39,1 % des adolescents âgés de 17 ans déclarent avoir déjà fumé du cannabis et l'usage régulier de cannabis est à 7,2 % en 2017. Dans l'enquête EnClass de 2018, 33,1 % de l'ensemble des lycéens ont déjà expérimenté le cannabis et 3,7 % sont des usagers réguliers.

Les évolutions sont plus disparates pour les autres drogues illicites. En 2011, dans l'enquête Espad 2015, 12,6 % des jeunes lycéens déclaraient avoir expérimenté une drogue illicite autre que le cannabis. En 2018, ce chiffre est passé à 8,1 % des lycéens.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement aux jeunes de 17 ans, 6,8 % de ceux interrogés dans l'enquête Escapad déclarent avoir consommé au moins une fois une substance illicite autre que le cannabis en 2017. Une hausse des expérimentations de cocaïne et de MDMA/ecstasy entre 2000 et 2017 chez les jeunes de 17 ans est toutefois à souligner dans les résultats de l'enquête Escapad, avec un passage de 0,9 % à 2,8 % et de 2,1 % à 3,4 % respectivement. Pour ce qui a trait aux autres substances illicites telles que le LSD, l'héroïne ou les amphétamines, les niveaux d'expérimentations n'ont pas évolué depuis 20 ans et restent en dessous de 1 %.

Par ailleurs, on peut noter l'apparition de nouveaux modes de consommation chez les jeunes avec le « purple drank », mélange de sirop codéiné antalgique et de soda, déjà testé par quasiment un adolescent sur dix en 2017 selon l'enquête Escapad. De même, le poppers est une substance légale dont l'usage se banalise et concerne désormais des consommateurs de plus en plus diversifiés.

Médicaments psychotropes

Au cours de l'année 2014, 8,9 millions des français sont des consommateurs occasionnels et 3,8 millions sont des consommateurs réguliers des médicaments psychotropes. Cela touche plus les femmes (24%) que les hommes (14%). Un Français sur dix déclare avoir pris des anxiolytiques, 6 % des somnifères et 6 % des antidépresseurs durant l'année 2010. Ce problème touche également les adolescents puisqu'en 2014, 16 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir pris des anxiolytiques au cours de leur vie, 13% des hypnotiques et 6 % des antidépresseurs. Les filles avec 11,8% sont là aussi plus touchées que les garçons 3,7% (7). Les usagers de drogues consomment fréquemment des médicaments psychotropes non opiacés. Il s'agit en premier lieu des benzodiazépines qui constituent le principe actif de la plupart des anxiolytiques et des somnifères. Près de trois usagers des CAARUD sur dix en ont pris au cours du mois, souvent dans le cadre d'un traitement. Ces substances donnent autant lieu à un mésusage que l'usager est jeune, de sexe masculin, de degré d'abus élevé (poly-usage important, injection), qu'il souffre de pathologie(s) psychiatrique(s) et qu'il est dans une situation de précarité sociale importante. La prise en charge médicale des consommateurs français de médicaments psychotropes est un enjeu primordial de santé publique puisque les français sont parmi les plus gros consommateurs de médicaments psychotropes dans le monde.

Jeux de Hasard et jeux d'argents

Les joueurs pathologiques sont en majorité des quadragénaires, souvent pères de famille qui pratiquent des jeux de hasard pur (roulette, machines à sous) ou de jeux mêlant hasard et stratégie (paris sportifs, poker). Le point de départ est toujours un gain initial qui génère une émotion très positive et les pousse à rejouer mais les pertes se suivent les incitant donc à « se refaire ». Les raisonnements deviennent erronés et vont à l'encontre des lois de probabilité que les joueurs connaissent pourtant bien. Il s'écoule généralement plusieurs années entre le début du jeu et le moment où l'addiction est constituée. Le pourcentage de joueurs « pathologiques » dans la population générale est estimé à 1% (7).

En 2012, près de 50% des Français déclarait avoir joué de l'argent et 20 % des joueurs avaient joué au moins 52 fois et/ou a misé au moins 500 euros. Il s'agissait six fois sur dix d'hommes. Les jeux de tirage et de grattage, c'est-à-dire ceux qui nécessitent le moins d'apprentissage,

sont les plus pratiqués. Estimée pour la première fois en 2010, la prévalence du jeu excessif en France s'établit à 0,4% de la population des 18-75 ans ce qui représente environ 200 000 personnes (7). Celle des joueurs à risque modéré s'élèverait à 0,9% (soit environ 400 000), pour un total de 1,3% de joueurs problématiques. Ces joueurs sont en moyenne plus jeunes, plus précaires et moins diplômés que la moyenne.

Dispositif et systèmes de soins

La filière de soins addictologiques s'est organisée durant les vingt-cinq dernières années, suivant l'évolution des structures et des enjeux de santé publique (19). Nous résumons ici les principaux acteurs de la filière actuelle. Le secteur médico-social spécialisé en addictologie.

Il a pour spécificités la pluridisciplinarité, l'accompagnement dans la durée, la gratuité, et la possibilité d'anonymat. Il est financé par l'Assurance maladie et est géré soit par des associations, soit par des établissements publics de santé.

Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont accessibles notamment sur drogues-info-service.fr. Il y a les coordonnées de 385 CSAPA. Ils s'adressent aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une addiction (avec ou sans substance) ainsi qu'à leur entourage. Les équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, professionnels socio-éducatifs) des CSAPA assurent différentes missions :

- Ils assurent d'abord l'accueil, l'information, la prévention, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation pour le patient ou son entourage.
- Puis ils assurent la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives.
- Et enfin ils assurent la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

La majorité des CSAPA accueille les usagers en ambulatoire. Certains proposent des services de soins résidentiels (Centres thérapeutiques résidentiels, Communautés thérapeutiques, etc.).

Les CSAPA ont une fonction d'accueil et d'information sur les consommations de drogues et sur les aides proposées, tant à destination de la personne consommatrice que de ses proches. Un suivi médical ambulatoire y est organisé avec un psychiatre ou un généraliste formé à l'addictologie. Il est centré sur la prise en charge des conduites addictives, mais peut prendre en compte l'ensemble des comorbidités somatiques ou psychiatriques, qu'elles découlent ou non de la consommation de drogue. Les CSAPA disposent conjointement de psychologues assurant le suivi des patients et d'infirmiers pouvant effectuer des soins, réaliser des bilans biologiques, mais aussi des consultations de suivi et la délivrance des médicaments. Les CSAPA ont également pour mission d'assurer la délivrance des médicaments nécessaires à la prise en charge de leurs patients, notamment des TSO. Les TSO peuvent être dispensés quotidiennement sur place ou délivrés pour un nombre variable de jours, en fonction des nécessités définies par l'équipe médicale. L'équipe est enfin composée de travailleurs sociaux et d'éducateurs. Les assistants sociaux assurent le versant social de la prise en charge, en aidant les patients dans leurs démarches, en favorisant leur insertion et le recouvrement de leurs droits sociaux. Les éducateurs participent à la prise en charge globale et à la réduction des risques. Les CSAPA sont tenus de participer au suivi épidémiologique, à la veille sanitaire et à l'enquête RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) de l'OFDT. L'ensemble de la prise en charge, les consultations, les soins et la délivrance des médicaments y sont assurés gratuitement, sans avance de frais.

Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue (CAARUD)

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue (CAARUD) sont des établissements médico-sociaux. Leurs missions sont centrées sur la réduction des risques et des dommages. Les éducateurs et travailleurs des CAARUD accueillent les usagers de drogues et leur transmettent des informations sur les risques des différentes substances et pratiques de consommations en général et sur les particularités locales, relevées par leur système de veille (produits frelatés, produits de coupe nouveaux…) (20).

Ces 146 centres s'adressent à des personnes qui ne veulent ou ne peuvent arrêter leurs consommations, et qui sont exposées à des risques sanitaires et sociaux (accidents, infections et notamment hépatite C et VIH, etc.) du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés. Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés. Les usagers peuvent y trouver du matériel de réduction des risques et un accompagnement pour favoriser l'accès aux soins. Ils mettent gratuitement à disposition des patients usagers de drogues du matériel de prévention des infections (seringues, eau de préparation, cuillère, coton/filtre, pipe à crack, …) et forment aux règles d'hygiènes. Les CAARUD assurent un accès aux soins de première nécessité, avec la possibilité de réaliser des soins infirmiers (parfois médicaux) simples et d'orienter les patients vers les structures adaptées en cas de besoin (Urgences, CSAPA, généraliste).

Le secteur hospitalier

Le secteur hospitalier a pour spécificités : la permanence des soins, l'accès au plateau technique, et l'interdisciplinarité (19).

Il relève d'un financement de droit commun. Le patient peut y recourir spontanément ou dans le cadre de son parcours de soins.

Ces différents types de prise en charge sont :

- Les consultations d'addictologie dont certaines sont spécialisées en tabacologie

- Les équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA). Elles ont pour missions de sensibiliser et de former les équipes hospitalières à l'addictologie, de les aider lors de la prise en charge des patients (contribution à l'évaluation, à la mise en place d'un projet de soins, aide à la prescription d'un traitement de substitution, préparation de la sortie...) et de favoriser le repérage précoce des conduites addictives et cela quel que soit le motif du recours à l'hôpital. Les ELSA interviennent aux urgences, dans les maternités et dans l'ensemble des unités d'hospitalisation. Elles doivent favoriser les interfaces entre la ville, l'hôpital et les autres partenaires.

- L'hospitalisation de jour en addictologie. Elle permet l'évaluation pluridisciplinaire, l'élaboration de projets thérapeutiques individualisés, et la prise en charge addictologique adaptée, dans un accompagnement qui favorise le lien environnemental et familial.

- L'hospitalisation complète en addictologie. Elle assure une prise en charge, en urgence ou programmée, pour un sevrage, une évaluation ou pour des complications et/ou des comorbidités somatiques/psychiatriques.

- Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie. Ils peuvent accueillir, en relais d'une hospitalisation ou en accès direct, afin de réduire ou prévenir les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales pour les patients et de faciliter leur réadaptation.

Les Consultations jeunes consommateurs (CJC)

Les Consultations jeunes consommateurs (CJC) existent dans 540 lieux de consultations répartis dans tous les départements. Leurs coordonnées sont accessibles notamment sur drogues-infoservice.fr. L'objectif de ces consultations est d'accueillir des jeunes consommateurs ainsi que leur entourage. Toutes les conduites addictives peuvent être abordées dans ces lieux qu'elles soient en rapport avec l'alcool, le cannabis, le tabac, les jeux vidéo ou Internet… Les jeunes peuvent s'y rendre seuls ou accompagnés de leurs parents ou d'un proche. Les parents peuvent également être reçus sans le jeune concerné. Ces consultations se déroulent principalement dans des CSAPA ou dans des centres hospitaliers mais aussi parfois dans d'autres lieux, en particulier ceux spécialisés dans l'accueil des jeunes. Elles proposent, une évaluation des consommations, des risques associés, un accompagnement pour prévenir une consommation problématique ainsi que des aides à l'arrêt ou à la réduction des consommations ou pratiques (19).

Les Réseaux

Le rôle des réseaux est officiellement de permettre à un patient de bénéficier des soins adaptés et d'une orientation coordonnée, quelle que soit sa porte d'entrée dans le système de soins. Avant tout, ils sont voulus comme un dispositif d'action vers une plus forte intégration de l'offre

de soins, induisant de nouvelles normes de travail et instituant une logique de coordination en lieu et place d'une logique de prescription. Ils ont pour objectif d'afficher un double bénéfice, pour le patient par une prise en charge complète et précoce et pour le soignant par la création de partenariats entre professionnels d'un territoire donné et la mutualisation d'un savoir-faire

Les réseaux regroupent les différents professionnels de santé d'un même territoire et portent sur une problématique ou une pathologie précise, qui peuvent être très diverses et le plus souvent chroniques. Ils sont un lieu de réflexion de groupe afin de mettre en commun les expériences et de convenir de « bonnes pratiques ». Ils peuvent mettre à la disposition de leurs membres un annuaire des différents intervenants (institutions ou professionnels du territoire) et des protocoles de soins. Ceux-ci doivent guider le praticien dans des situations cliniques précises et présentant un intérêt médico-légal pour le praticien en cas de questionnement judiciaire (overdose d'un patient) ou administrative (prescription de TSO). Les réseaux assurent également une fonction de formation professionnelle continue, importante à une période où le champ de l'addictologie change rapidement et où les traitements évoluent. Aux patients, ils donnent accès gratuitement à différentes prestations spécialisées. Dans le cadre des addictions il peut s'agir par exemple de consultations avec un psychologue ou un diététicien, ou de soins dentaires au tarif conventionnel. Le financement des réseaux est assuré par l'Agence Régionale de Santé (ARS) (20).

Les microstructures médicales addictions (MSMA) :

Les microstructures médicales addictions (MSMA) (21,22) se développent pour répondre aux difficultés d'accès aux soins des usagers de drogues, et de prise en charge de ce public chez les professionnels. Elles ont un double objectif : d'une part d'améliorer le maillage territorial des prises en charge et d'autre part de favoriser l'accès à des soins de proximité pour les patients avec une ou plusieurs conduites addictives et présentant une situation complexe par une approche pluriprofessionnelle centrée autour du médecin traitant.

Néanmoins, ces microstructures, encore trop dispersées, éprouvent des difficultés à trouver des financements durables.

Une expérimentation d'une durée de trois ans nommée « Equip'Addict », est lancée dans cinq régions (Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Occitanie). Elle concernera 95 structures au total. L'ensemble est construit sur un modèle de cahier des charges harmonisé, un modèle économique unique et des modalités de financement homogènes valorisant l'expérience des microstructures médicales addictions existantes.

Il sera mis en œuvre un forfait annuel par patient pour venir asseoir le financement en équipe coordonné. Ce forfait s'élève à un montant de 529€/patient suivi pendant 3 ans. Il comprend la rémunération des différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire (Annexe 5).

La microstructure médicale addiction est constituée d'une équipe de soins primaires pluriprofessionnelle comprenant à minima un psychologue et un travailleur social autour du médecin généraliste, dans son cabinet. Le lieu d'exercice peut être un cabinet individuel ou de groupe de médecine générale, une maison de santé, ou un centre de santé.

La MSMA repose, dans le territoire, sur une forte articulation entre une ou plusieurs équipes de soins primaires ou un médecin généraliste en exercice isolé et une structure médicosociale spécialisée dans la prise en charge des addictions notamment les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), voire les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) le cas échéant. Plus largement, une coordination administrative et médicale des microstructures se positionne, à l'échelle territoriale ou régionale, pour harmoniser les pratiques de différentes MSMA. A terme, les MSMA ont vocation à s'intégrer dans les communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé (CPTS).

Les associations d'entraides

Les associations d'usagers et mouvements d'entraide proposent des modalités variées d'accompagnement aux usagers ainsi qu'à leurs proches. Ils peuvent proposer des ressources d'auto-support, de l'écoute sans jugement, du soutien même en dehors des heures ouvrées, des groupes de paroles spécifiques, des dynamiques citoyennes...

Ils sont basés sur l'expérience de leurs membres, sur leur connaissance de la maladie, des structures de soins, et des réseaux d'addictologie. Ces mouvements peuvent être une ressource complémentaire pour réduire les risques liés aux consommations ou prévenir les ruptures de parcours. Leurs membres sont souvent formés spécifiquement. Par ailleurs, des démarches de patients experts et d'usagers santé pairs spécifiquement formés et intégrés à des unités de soins ou des services de santé se développent.

Addictologie en médecine générale

Enjeu majeur de santé publique

L'un des enjeux prioritaires de santé publique dans de nombreux pays est de limiter et retarder l'entrée des jeunes dans ces consommations de Substances psychoactives (SPA). En France, les mesures de lutte contre la consommation de SPA sont encadrées par les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les toxicomanies, incluant le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 et le Plan d'action « Bien-être et santé des jeunes ». De nombreuses campagnes ciblant en partie les jeunes ont été déployées par les autorités sanitaires ou la société civile comme les campagnes « Contre les drogues chacun peut agir » (2010) et « Tout savoir sur les addictions (2006-2007) ». De même, des programmes d'intervention ont été mis en œuvre comme le programme « Unplugged » visant à renforcer les compétences psychosociales des jeunes et ayant fait l'objet d'une évaluation de son implémentation en France. Les consultations jeunes consommateurs portées notamment par les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont aussi des dispositifs d'aides instaurés pour les jeunes (13).

Le Département Santé mentale et abus de substances psychoactives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a effectivement organisé en juin 2017 à Genève le premier Forum mondial sur l'alcool, les drogues et les conduites addictives. L'objectif principal était d'améliorer les actions de santé publique dans ces domaines en renforçant les partenariats et la collaboration entre les organisations, les réseaux et les institutions liés à la santé publique. Dans son Programme de Développement Durable à l'horizon 2030, l'objectif 3.5 engage les gouvernements « à renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives ». Ceci implique « la prévention de l'usage de la drogue et la réduction de la

vulnérabilité et des risques ; le traitement et les soins pour les personnes atteintes de troubles liés à l'usage de la drogue ; la prévention et la prise en charge des effets nocifs de l'usage de la drogue ; et l'accès aux médicaments placés sous contrôle ». Le mode d'intervention le plus étudié et qui a montré son efficacité est celui du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB). Malgré certaines réserves, sa pertinence est largement reconnue.

Ainsi depuis 2006, les autorités sanitaires françaises ont essayé de diffuser le RPIB auprès des médecins généralistes. Le repérage précoce concerne la consommation déclarée et devrait s'appuyer sur des questionnaires standardisés, utilisables facilement par les acteurs de santé de première ligne : AUDIT-C et FACE pour l'alcool, CAST pour le cannabis, Fagerström en 2 questions (ou SHORT test) pour le tabac. Il peut également découler de la mise en évidence de dommages sanitaires, socio-familiaux ou relationnels induits.

Il doit être associé autant que possible à une intervention brève, pour éviter l'aggravation ou l'entrée dans un processus addictif. Celle-ci consiste, en quelques minutes, à restituer au patient les résultats du test de repérage, le responsabiliser en l'informant sur les risques encourus par une telle consommation, lui donner un conseil de réduction ou d'arrêt de la consommation ; susciter son intérêt au changement et si possible lui faire choisir un objectif de changement de comportement, et l'encourager dans sa démarche... Cette démarche doit être fait avec empathie. A cette fin, l'approche motivationnelle de Miller et Rollnick est une technique de communication collaborative utile, basée sur une attitude empathique et reconnaissant l'autonomie du sujet, visant à augmenter sa motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de son ambivalence face au changement. L'intervention brève est particulièrement adaptée aux patients qui n'ont pas forcément besoin d'une intervention thérapeutique intensive, afin qu'ils modifient leur comportement avant que celui-ci ne s'aggrave et ne cause des dommages. Utiliser la motivation du patient pour susciter la réduction de sa consommation sous-entend de personnaliser le conseil en fonction du stade de changement dans lequel se situe le patient, en s'appuyant sur le modèle de Prochaska et DiClemente (23).

Rôle capital du médecin généraliste

En France, depuis vingt ans, la prise en charge des addictions a évolué. Une nouvelle discipline, « l'addictologie », a contribué à donner une place importante à l'alcool et au tabac parmi les substances psychoactives, justifiant une prise en charge spécifique. D'autre part, la

mise à disposition de la Buprénorphine Haut Dosage (Subutex® et ses génériques) en médecine de ville, a notamment contribué à impliquer directement les médecins généralistes dans l'instauration et le suivi des traitements de substitution opiacée (TSO). De par sa bonne connaissance de l'individu, de son environnement et de son entourage, le médecin généraliste est compétent pour informer et conseiller dans le sens de réduire les dommages issus des mésusages de substances psychoactives. De par sa capacité à prescrire et sa stabilité dans le temps, il peut assurer les TSO sur de longues périodes. De par ces aspects et surtout par sa place dans le dispositif actuel de santé, le médecin généraliste se trouve en position déterminante : il est un recours de proximité et est particulièrement bien placé pour le repérage des consommations à risque. En effet, en pratique, la prise en charge des addictions est en grande partie réalisée par les médecins de ville, en lien ou non avec les centres de soins spécialisés (CSAPA, CAARUD). En 2009, l'enquête Baromètre Santé a montré que 68,6 % des médecins généralistes avaient vu un patient pour sevrage tabagique dans les 7 jours précédents et 94,5% prenaient en charge eux-mêmes leurs patients le cas échéant (seuls ou en liaison avec une structure) ; les médecins de ville voyaient environ 50 000 patients chaque semaine pour un sevrage d'alcool. En 2012, 72% des prescriptions de TSO étaient assurées par des médecins généralistes.

Un investissement des médecins généralistes très inégal

L'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des conduites addictives est très variable malgré un positionnement favorable et encouragé. Ils sont une majorité à s'investir dans la tabacologie, environ la moitié dans l'alcoologie et seulement une minorité dans les drogues illicites. En ce qui concerne le dépistage, la majorité des médecins généralistes reconnaissent que le dépistage et la prise en charge des addictions font partie de leur rôle. En 2004, 50% des médecins généralistes se sentaient efficaces dans la prévention des addictions ; dans ce cas, c'était près de 50 % pour le tabac, 33% pour l'alcool, et 20 % pour les autres drogues. En 2009, près de 66% des médecins généralistes déclaraient avoir abordé au moins une fois avec chaque patient la question de la consommation de tabac. Pour l'alcool et le cannabis, le repérage était beaucoup moins systématique : ils étaient 23% à poser systématiquement la question de la consommation d'alcool et 8% pour le cannabis. Enfin, 34% des médecins utilisaient des questionnaires d'aide au repérage pour le tabac ; seulement 13% y avaient recours pour l'alcool et 2% pour le cannabis. En ce qui concerne le mode de prise en

charge : en 2009, les médecins généralistes étaient 78% à prendre en charge seuls le sevrage tabagique. Près d'un tiers (27%) accompagnaient seuls leurs patients ayant un problème avec l'alcool et près de 60% le faisaient en lien avec une structure. En outre, la majorité des médecins ne prenaient pas en charge les usagers d'opiacés ou d'autres drogues illicites (61,4%), et lorsqu'ils le faisaient c'est quasi systématiquement en association avec une structure ou un confrère. Ainsi, seuls 6,8% des médecins généralistes suivaient seuls les patients en addiction avec des substances illicites et près d'un tiers les suivaient en liaison avec une structure. Seulement 5,3% des médecins généralistes participaient à un réseau de santé en lien avec les addictions. En 2005, 62% n'avaient pas participé à une formation spécifique en addictologie, 55% avait du mal à aborder la consommation d'alcool lorsque ce n'est pas l'objet de la consultation. Plusieurs facteurs sont allégués à ces réticences : les raisons les plus souvent citées sont une formation et une rémunération inappropriée, un manque de temps et l'inquiétude de nuire à la relation de confiance établie avec le patient. Pourtant, environ 10 à 15% des médecins seraient prêts à participer à un réseau, 20 à 30 % prêts à participer à des formations ponctuelles, la moitié des médecins généralistes seraient prêts à se former en addictologie.

Les instances de Santé Publique demandent une amélioration des compétences des médecins généralistes concernant l'addictologie.

Au décours de l'Assemblée extraordinaire des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue en avril 2016, il a été souligné que « les programmes de développement des capacités devraient être renforcés, à commencer par la formation universitaire des professionnels de santé ». En France, le PLDT (personal leadership development plan) 2013-2017 stipule clairement que l'objectif devrait être d'« harmoniser les contenus de la formation initiale et continue autour d'un socle commun de connaissances et de compétences. Le contenu s'appuiera sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé ». Également, « en intégrant la stratégie d'intervention brève dans les programmes de formation initiale de tous les professionnels de santé ». Enfin, d'inscrire « l'intervention brève et l'entretien motivationnel comme thématiques prioritaires dans le développement professionnel continu des professionnels de santé et en particulier des médecins généralistes ». L'ensemble de ces plans soulignent l'intérêt de l'organisation de la formation initiale et continue, afin d'encourager l'implication des professionnels de santé, au management des réseaux et à l'organisation des soins primaires en matière de prévention et d'accompagnement des conduites addictives. De

plus, la formation à l'addictologie semble avoir un effet sur les attitudes et les représentations des médecins et conduirait à accentuer leur implication et leur aisance dans ces prises en charges.

État des lieux de la formation initiale des médecins généralistes à l'addictologie

Les jeunes médecins généralistes bénéficient d'une formation initiale appliquée en la matière : Au cours de leur cursus, de la PACES à la dernière année d'internat, les pathologies addictives sont enseignées :

- Au cours du premier cycle en troisième année de licence au second semestre a lieu un cours de Nutrition sur les conséquences nutritionnelles de l'alcoolisme de 2 heures.
- Au cours du Deuxième Cycle des Études Médicales (DCEM), avec un programme relativement commun lié aux exigences des Épreuves Classantes Nationales (ECN), à l'issue desquelles l'étudiant devra savoir, pour chaque substance et concernant les addictions comportementales (items 73 à 77) : « repérer, diagnostiquer et évaluer le retentissement de l'addiction (…), connaître les indications et les principes du sevrage (…), argumenter l'attitude thérapeutique (traitement de substitution, réduction des risques, prévention des rechutes), planifier le suivi du patient ».
- Au cours du troisième cycle : DES de médecine générale : un séminaire sur l'addiction et la formation auprès des maîtres de stages pendant les stages universitaires et/ou aux Groupes d'Échanges de Pratique non spécifiques (GEP)

Nous pouvons donc légitimement nous poser la question de savoir ce qui vient justifier ce ressenti d'impuissance. **La formation initiale est-elle suffisante et adaptée ? L'autre question que nous pouvons nous poser est de savoir si ce séminaire vient apporter un supplément intéressant à la formation initiale. Peut-on lui apporter des axes d'amélioration ?**

Le séminaire d’addiction : les internes doivent à la fin de ce séminaire être notamment capable de :

- Citer les signes cliniques et biologiques permettant de reconnaître un patient consommateur à risque d'alcool ou alcoolodépendant
- Évaluer la consommation d’alcool de son patient et le risque qu'elle représente.
- Négocier un projet thérapeutique global avec le consommateur à risque ou l’alcoolodépendant et mettre en œuvre le sevrage.
- Repérer et aborder le patient tabagique : connaître le conseil minimal associé au tabac
- Énumérer les signes du syndrome du sevrage tabagique
- Connaître les différents traitements médicamenteux d'aide à l'arrêt du tabac et leur mode d'emploi.
- Identifier avec le patient les situations à risque de rechute
- Connaître les principales causes de rechutes et les prévenir
- Mettre en œuvre un sevrage tabagique avec un suivi sur la durée

L'objectif principal est d’évaluer les connaissances des internes de médecine générale sur l’addiction en général, avant et après un séminaire portant sur des situations cliniques en addictologie.

MATERIELS ET METHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale quantitative, réalisée à partir d'une enquête par questionnaire (Annexe 8) qui comportait des situations cliniques ainsi que par un questionnaire de satisfaction et une grille d'observation (Annexe 6).

Critères de jugement

L'objectif principal est d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale sur l'addiction en générale avant et après un séminaire portant sur des situations cliniques en addictologie.

Le questionnaire sera rempli deux fois par les étudiants : une fois avant et une fois après le séminaire d'addictologie. L'Hypothèse testée est l'amélioration des connaissances à court terme des étudiants après le séminaire. L'effectif est la promotion d'internes de médecine générale en troisième année durant l'année universitaire 2019-2020 à Nancy.

Les Résultats et/ou bénéfices éventuels attendus sont d'évaluer les apports en connaissances de ce séminaire et d'apporter des axes d'amélioration afin qu'ils correspondent encore davantage aux envies et besoins des internes de médecine générale de troisième année.

Population cible

La population cible correspond à la promotion d'internes de troisième année de médecine générale de Nancy de l'année universitaire 2019-2020.

Concernant les critères d'inclusion : étaient concernés l'ensemble des étudiants de la première moitié de la promotion de troisième année de médecine générale

Concernant les critères d'exclusion : tout retardataire, arrivé après le commencement du séminaire.

Description du questionnaire

Le questionnaire comportait 4 sous-parties appelées dossier progressif (DP) ; composées chacune d'un cas clinique et de QCM en rapport.

Le dossier progressif 1 portait sur l'alcool et le tabac (23 questions) ; le dossier progressif 2 sur le cannabis, le tabac et la cocaïne, (23questions) ; le dossier progressif 3 sur l'héroïne (19 questions) et le dossier progressif 4 sur le jeu pathologique (13 questions).

Certains QCM sont d'inspiration de cas cliniques ECN provenant de CUNEA (collège national universitaire des enseignants d'addictologie).

Le déroulement pratique

Un questionnaire a été distribué à chaque étudiant avant le début du séminaire, un autre à la toute fin du séminaire. Le temps imparti pour répondre à un questionnaire était de 30 minutes.

Une feuille de satisfaction, à remplir par les étudiants, était également distribuée. La satisfaction et l'adéquation des méthodes pédagogiques utilisées durant le séminaire aux besoins des étudiants sont évaluées également d'une manière extérieure : mesure des temps de parole des professeurs et des élèves, pertinence des interventions des élèves (directement en rapport, indirectement en rapport, sans rapport avec l'objet du court), nature de l'intervention des élèves (intervention spontanée, intervention après sollicitation, absence d'intervention après sollicitation), etc. (annexe 6).

Chaque lot de questionnaires pré test et post test a été différencié par un affichage.

Le recueil des données

Pour chaque questionnaire, il a été accordé 1 point si la réponse était bonne, ½ s'il y avait une mauvaise réponse et 0,25 s'il y a 2 mauvaises réponses, 0 si plus. Puis la moyenne a été calculé pour chaque dossier séparé en 2 catégories : les dossiers de pré test et les dossiers de post test.

L'analyse des données, Outils statistiques et logiciels

Les résultats ont été consignés dans un tableur Excel.

L'analyse a porté sur le calcul **de** la différence de chaque échantillon (pré-test et post-test) en prenant en compte l'échantillon le plus petit. Ensuite la moyenne de ces différences a été réalisée (puisque les questionnaires des étudiants ne sont pas identifiés par un numéro unique).

Les résultats ont été analysés selon une loi normale via le test de Henry.

Ceux-ci suivaient bien une loi normale. Le test de Student non apparié a été appliqué comme les questionnaires n'étaient pas numérotés.

En émettant l'hypothèse qu'A et B suivent des lois normales de même variance le test est utilisable.

Un test de Student et une loi normale a été réalisé pour chaque DP.

Résultats

Population :

Au total 53 étudiants ont participé à l'étude du séminaire d'addictologie sur une promotion de 101 étudiants. Ces 53 étudiants correspondaient au premier groupe de la promotion de troisième année de médecine qui a eu lieu le 23 janvier 2020. Le deuxième groupe de la promotion devait lui aussi être évalué le 28 mai 2020 mais le séminaire d'addictologie a été annulé à cause de la pandémie de la COVID 19.

Le questionnaire comportait 4 sous-parties ; composées chacune d'un cas clinique et de QCM en rapport. Les quatre sous-parties correspondaient au dossier progressif DP1 portant sur l'alcool et tabac (23 questions) ; au dossier progressif DP2 sur le cannabis, tabac et cocaïne, (23questions) ; au dossier progressif DP3 sur l'héroïne (19 questions) et au dossier progressif DP4 sur le jeu pathologique (13 questions).

Il est constaté une diminution progressive de la participation au fur et mesure des dossiers progressifs. En effet pour le pré test 96 % des étudiants ont rempli le DP1, puis 79 % pour le DP2, 62% pour le DP3 et en fin moins de la moitié soit 45% pour le DP4. (tableau 1). Cela est également observé pour le post test (tableau 2).

En ce qui concerne le post test, ils étaient 53 à remplir le DP1, 46 à remplir le DP2, 37 à remplir le DP3 et 30 à remplir le DP4.

Pré test	DP1	DP2	DP3	DP4
Nombre d'étudiants	51	42	33	24
Pourcentage (%)	96	79	62	45

Tableau 1 : Effectif en pré test

Post test	DP1	DP2	DP3	DP4
Nombre d'étudiants	53	46	37	30
Pourcentage (%)	100	86	69	56

Tableau 2 : Effectif en post test

En ce qui concerne le critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal pour évaluer les connaissances des étudiants est la moyenne des notes attribuées aux questionnaires, celle-ci est calculée pour chaque dossier progressif en pré et en post test.

La moyenne est supérieure à 50 % pour tous les dossiers, à l'exception du DP2 sur le cannabis, tabac, cocaïne aussi bien en pré test 49.69 % (0.0858) qu'en post test 48.63 % (0.1199). (tableau 3).

Il est constaté aussi une différente assez importante entre les moyennes pré test 59.08 % (0.0996) et post test 50.23 % (0.1503) du DP4, soit une différence de pratiquement 9% (tableau3).

Afin de vérifier si cette différence est significative ou non, un test de Student a été réalisé ainsi qu'aux autres moyennes.

Les valeur t de Student pour le DP4 est de 2.5337 pour un t théorique ($p<0.05$) à 2.021. Il y a donc une **différence significative** (tableau 4). Les valeurs t de Student pour le DP1, le DP2 et le DP3 ne permettent pas de dire que les différences constatées sont significatives. Il n'y a donc pas de différence significative pour les autres dossiers.

	Pré-test				Post-test			
N°questionnaire	DP1	DP2	DP3	DP4	DP1P	DP2P	DP3P	DP4P
Taille échantillon	51	42	33	24	53	46	37	30
Variance	0.00514737	0.00737799	0.01358087	0.00992101	0.00861393	0.01438382	0.02831592	0.02261161
Moyenne	57.08%	49.69%	54.94%	59.08%	57.49%	48.63%	51.70%	50.23%
Médiane	57.00%	51.00%	57.00%	63.00%	58.00%	50.00%	51.00%	55.00%
Ecart type	0.07174519	0.08589523	0.116537	0.09960429	0.09281128	0.11993255	0.16827334	0.15037157

Tableau 3 : Ensemble des résultats principaux pré et post-test

Valeur t de Student	**0.25329737**	**0.47615963**	**0.93397386**	**2.53377526**
T théorique $p<0.05$	1.99	2	2.021	2.021

Tableau 4 : test de Student

En ce qui concerne le critère de jugement secondaire :

Le critère de jugement secondaire afin d'apporter des axes d'amélioration à ce séminaire d'addictologie est la **satisfaction des étudiants**. Par rapport aux questionnaires de satisfaction des étudiants, il est constaté que la satisfaction globale est plutôt bonne dans son ensemble avec une moyenne de 2,76/4 (tableau 5). Les aspects évalués du séminaire ayant été les plus appréciés correspondent à la pertinence du sujet avec une moyenne de 3.27/4, à la pédagogie du professeur avec une moyenne de 3.03/4 et à la qualité du cours avec une moyenne de 2.76/4. Les aspects évalués du séminaire ayant été les moins appréciés correspondent à la qualité logistique avec une moyenne de 2.14 /4 et à la qualité pédagogique du support du cours, média du cours et documents du cours avec une moyenne à 2.41 /4 (Annexe 7).

Critère de Satisfaction	Note sur 4
La satisfaction globale	**2, 76 / 4**
Pertinence du sujet : Intérêt dans la pratique professionnelle en médecine générale	**3,27 / 4**
Pédagogie du professeur	**3,03 / 4**
Pertinence du contenu du cours (adéquation avec le thème)	**2,86 / 4**
Qualité pédagogique du support de cours / média du cours / documents associés	**2,41 / 4**
Qualité et pertinence des sources. Indépendance et éthique	**2,78 / 4**
Qualité de la mise en pratique du cours (cas cliniques, exemple, etc..)	**2,84 / 4**
Temps accordé aux questions et pertinence des réponses	**2,76 / 4**
Durée du cours (adaptée ou non)	**2,76 / 4**
Qualité logistique	**2,14 / 4**
Conseillerez-vous ce cours à vos confrères ?	**81,6 % Oui ; 10,5 % Non ; 7,9 % aucune réponse**

Tableau 5 : Critères de Satisfaction des étudiants

L'hétéroévaluation de la satisfaction des étudiants et de l'adéquation des méthodes pédagogiques, a montré un niveau d'écoute et de participation globalement de niveau 2, avec

des moments épisodiques de niveau 3 (annexe 6). Il y avait globalement ¾ du temps de participation des élèves d'un niveau 2 pour ¼ de niveau 3. Il n'y avait pas de participation de niveau 1 ou 4.

Discussion

Rappel des principaux résultats

Via le test de Student nous avons constaté qu'il n'y a pas de différences significatives entre les pré-tests et post-test pour les DP1, DP2 et DP3. En revanche, il existe une différence significative avec le DP4. Les valeur t de Student pour le DP4 est de 2.5337 pour un t théorique ($p<0.05$) à 2.021. Il y a donc une différence significative.

Critiques de l'étude

Via le test de Student nous avons constaté qu'il n'y a pas de différences significatives entre les pré-tests et post-test pour les DP1, DP2 et DP3. En revanche, il existe une différence significative avec le DP4. Les valeur t de Student pour le DP4 est de 2.5337 pour un t théorique ($p<0.05$) à 2.021. Il y a donc une différence significative.

Les valeur t de Student pour le DP4 est de 2.5337 pour un t théorique ($p<0.05$) à 2.021. Il y a donc une différence significative mais c'est une différence significative globale et non individuelle. Il n'a pas été fait de numérotation anonyme des étudiants, gardant le même numéro de questionnaire en pré test et post test, ce qui fait qu'il n'a pas pu être effectué d'appariement individuel permettant de suivre la progression de chaque étudiant ente le pré-test et le post-test. D'où l'appariement global et l'analyse statistique globale des résultats

Les aspects évalués du séminaire ayant été les plus appréciés correspondent à la pertinence du sujet avec une moyenne de 3.27, à la pédagogie du professeur avec une moyenne de 3.03 et à la qualité du cours avec une moyenne de 2.76. Qualité du cours qui fut donc ressentie comme globalement bonne. Il faut rappeler que le séminaire s'est effectué selon une organisation en plusieurs petits groupes d'étudiants avec un enseignant expliquant une situation clinique précise. Un récapitulatif de quelques points essentiels à retenir avait lieu en fin de journée avec l'ensemble des étudiants participants au séminaire. Cette organisation est appréciée, en général, des étudiants de troisième année de médecine générale (24,25).

Mackworth(26) a montré que la vigilance (la capacité de repérer les cibles) diminuait de 10 à 15% au cours de la première demi-heure d'un tel test, et continuait de baisser au fur et à mesure que le test durait. Plus les participants devaient rester concentrés longtemps - que ce soit à la recherche d'un faible flash de lumière ou en regardant la trotteuse sur une horloge - plus ils

étaient susceptibles de subir des défaillances. Des recherches plus récentes suggèrent que des diminutions de vigilance peuvent se produire dans les quinze premières minutes d'une tâche (27), et même plus tôt lorsque la tâche est exigeante (28).

Des résultats semblent étayer la conclusion selon laquelle des cours bien structurés, ponctués par des interactions étudiant-étudiant et instructeur-étudiant, peuvent être une méthode efficace pour maintenir la vigilance (attention soutenue) des étudiants pendant des sessions de classe entières, et pas seulement les 10 premières minutes (29). Mais aussi augmentent notamment la mémoire et la compréhension par rapport aux cours traditionnels (30,31).

Le choix de construire le séminaire avec des petits groupes d'étudiants autour d'un thème et d'un intervenant semble donc être un choix qui se justifie par la littérature et permettrait à la fois de maintenir les étudiants concentrés sur le thème du séminaire mais également de faciliter la compréhension ; et par là même, la mémorisation (court et moyen-terme).

Cependant la moyenne de la qualité pédagogique du support du cours, média du cours et documents du cours **n'a été évaluée qu'à 2.41** /4. L'hétéroévaluation de la satisfaction des étudiants et de l'adéquation des méthodes pédagogiques employées a montré également une participation, un degré d'attention de niveau **2 sur les 4** niveaux. Ce niveau montre que les étudiants n'ont pas été pleinement satisfaits du séminaire. Cela pourrait s'expliquer par la résistance spontanée des étudiants à l'apprentissage actif. En effet, si les effets positifs de l'apprentissage actif (AL) sur la compréhension et les attitudes des élèves sont bien documentés, il semble y avoir une quantité tout aussi importante de preuves suggérant que les élèves présentent une résistance forte à l'apprentissage actif (32,33). Dans la littérature, les sources de résistance à l'apprentissage actif comprennent le manque de familiarité des participants avec les pratiques scientifiques essentielles, le fait de devoir lutter contre l'incertitude en l'absence d'informations faisant autorité et l'effort supplémentaire requis pour construire activement des connaissances par rapport à l'apprentissage via un enseignement traditionnel centré sur l'enseignant. Toutes ses raisons amènent les étudiants, en moyenne, à abandonner l'apprentissage lorsqu'il s'agit d'apprentissage actif, tandis que ça n'est pas le cas pour un apprentissage conventionnel. Ceci est d'autant plus vrai que l'effort d'apprentissage actif est demandé sur un temps long : plus cet effort sera demandé longtemps, plus la proportion d'abandon sera grande. Si l'apprentissage actif permet lorsqu'il n'est pas abandonné par l'étudiant, de mieux comprendre le cours et de maintenir son attention ; la forte résistance à l'apprentissage actif et la forte proportion d'abandon des étudiants suggèrent que l'apprentissage actif n'est pas si intéressant.

D’autant que, bien que l'apprentissage en équipe soit censé améliorer l'engagement des étudiants et la maîtrise du matériel, la rétention des connaissances sur le long terme avec une méthode d’apprentissage actif s’est montrée inférieure à celle obtenue par une méthode d'apprentissage par cours magistral (34). D’où la préférence de certains étudiant pour les cours magistraux en comparaison des séances d’apprentissage actif (35).

En ce qui concerne le questionnaire de satisfaction la moins bonne moyenne est la qualité logistique **avec une moyenne de 2.14 /4.** Il est à noter que les questionnaires distribués dans le cadre de cette étude étaient explicitement associés à la logistique du séminaire. Pour expliquer cette moins bonne moyenne sur la qualité logistique (2.14/4), nous formulons l’hypothèse d’un questionnaire certainement trop long ainsi que d’une durée accordée au remplissage trop courte pour le pré-test comme pour le post-test : En effet la durée moyenne au remplissage de ce type de questionnaire est de 5 à 10 minutes et en notant sur chaque questionnaire l’heure à laquelle il avait été rendu, il a été possible de constater que cette durée était très souvent dépassée (20-25 minutes). La conséquence aura été un nombre conséquent de questionnaires non remplis jusqu’au bout, et notamment de son dernier dossier.

Pour améliorer le taux de remplissage du questionnaire, il aurait été possible de l’envoyer par mail et de demander aux étudiants de le renvoyer une fois rempli, avant une date butoir. En effet, nous avons vu précédemment que demander un effort « actif » aux étudiants trop important et sur un trop long terme, les faisait abandonner le travail en cours. Après un séminaire de plusieurs heures sur une même thématique globale qui a demandé un travail d’apprentissage actif en petits groupe, il peut apparaître qu’un travail supplémentaire actif de remplissage d’un questionnaire soit de trop pour les étudiants et les incite à l’abandonner. Il aurait donc été plus judicieux de réserver le remplissage du questionnaire à un autre moment, plus opportun afin de maximiser le nombre de questionnaires rendus ainsi que le taux de remplissage pour chaque questionnaire.

Il était prévu de raccourcir le questionnaire, de simplifier certaines parties et de proposer son remplissage via internet, en décalage du séminaire de quelques jours et non plus à sa suite immédiate. Il était question également d’attribuer un numéro à chaque étudiant pour la deuxième moitié de la promotion qui devait bénéficier de la seconde partie du séminaire. Il s’agissait de, respectivement, vérifier nos hypothèses quant à la réalisation hâtive des questionnaires par les étudiants et de pouvoir comparer l’évolution pré-test et post-test pour chaque étudiant de la seconde moitié de la promotion. En raison de la COVID-19, cela n’a pas pu être possible.

Conclusion

Le séminaire d'addictologie est globalement apprécié des étudiants. Le séminaire a fait le choix de proposer un apprentissage actif en petits groupes mais c'est un choix qui peut se discuter : la littérature montre que cela peut faire abandonner les étudiants dans leur apprentissage et il semble également que l'apprentissage sur le long terme soit moins bon par cette méthode que par une méthode d'apprentissage plus conventionnelle : cours magistral. Le questionnaire que nous avons proposé en toute fin de journée de séminaire n'a pas été beaucoup rempli (certains questionnaires ont été rendus vierges et une importante proportion de questionnaires était peu remplie : Plus un dossier apparaît tardivement dans le questionnaire, moins il est rempli). La méthode d'apprentissage actif choisie pour le séminaire viendrait expliquer que le dernier dossier : le dossier 4, soit moins bien noté que les autres et notamment qu'il soit significativement moins bon en post-test qu'en pré-test. Il aurait fallu proposer le remplissage du questionnaire en décalage du séminaire et non pas juste à sa suite. Il aurait également été envisageable de proposer le questionnaire à la suite immédiate du séminaire s'il avait été composé de cours magistraux, car les élèves n'auraient pas fourni un travail actif durant le séminaire.

Il pourrait être intéressant de proposer à la seconde moitié de la promotion un séminaire composé de cours magistraux et de regarder la satisfaction des étudiants quant à la façon de faire cours (qui était faible pour l'apprentissage actif en petits groupes) et il serait également intéressant de vérifier l'état des connaissances des étudiants sur le long-terme (1 an) pour chaque demi-promotion afin d'évaluer quelle serait la méthode la plus propice pour favoriser la mémoire à long terme.

Bibliographie

1. Vengeliene V, Celerier E, Chaskiel L, Penzo F, Spanagel R. Compulsive alcohol drinking in rodents. Addict Biol. sept 2009;14(4):384-96.

2. Société française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. SFA. [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf.

3. Santé Publique France. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais.

4. Institut National du Cancer. Alcool : repérer les consommateurs à risque - Alcool [Internet]. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Alcool/Alcool-reperer-les-consommateurs-a-risque.

5. HAS. Critères d'abus et de dépendance selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV) Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf.

6. HAS. Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10e révision (CIM-10). Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf.

7. El Fahsi D. Connaissance du dispositif de soins d'addictologie auprès des médecins généralistes dans le versant Nord-Est de Lille. [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/d0957a59-223f-48fb-88a8-7eb4256cea47.

8. Karila L, Reynaud M. 7. Facteurs de risque et de vulnérabilité [Internet]. Vol. 2e éd., Traité d'addictologie. Lavoisier; 2016 [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-84.htm.

9. INRS. Addictions : alcool, tabac, drogues.... [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: http://www.inrs.fr/risques/addictions/donnees-generales.html.

10. OFDT . Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. [Internet]. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/drogues-17-ans-resultats-enquete-escapad-2008-tendances-66-juin-2009/.

11. Besson D. Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation. :4.

12. WHO | Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.

13. OFDT. Consommation de susbtances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés. [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-divers/consommation-de-susbtances-psychoactives-chez-les-jeunes-en-france-et-dans-certains-pays-revenus-eleves/.

14. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'addiction à l'alcool. [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool.

15. Santé publique France. « Zéro alcool pendant la grossesse », un message pour tous. [Internet]. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: /les-actualites/2020/zero-alcool-pendant-la-grossesse-un-message-pour-tous.

16. Santé publique France. Baromètre santé 2017. [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: /etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017.

17. Santé publique France. Usages de substances psychoactives illicites en France : résultats du baromètre santé 2017. [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: /presse/2018/usages-de-substances-psychoactives-illicites-en-france-resultats-du-barometre-sante-2017.

18. OFDT. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017 [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssyb.pdf.

19. MILDECA. Le dispositif de soins en addictologie - « Repérer, prendre en charge, orienter : des ressources pour les professionnels de premier recours » [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/focus-sur_le-dispositif-de-soins-en-addictologie_mildeca_2019-09_0.pdf.

20. CLERGUE-DUVAL V. Enquête sur le recours aux consultations d'addictologie de l'hôpital Fernand Widal par les généralistes du Nord-Est de Paris.[Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5092_CLERGUE-DUVAL_these.pdf.

21. URPS Médecin d'Occitanie. Plusieurs ARS expérimentent un nouveau modèle de financement des microstructures médicales addictions [Internet]. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: https://www.medecin-occitanie.org/plusieurs-ars-experimentent-un-nouveau-modele-de-financement-des-microstructures-medicales-addictions/.

22. FORMS. Les MicroStructures Médicales Addictions (art.51) [Internet]. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: https://www.maisondesante-occitanie-forms.fr/actualites/les-microstructures-medicales-addictions-art51.

23. Marie Baqué - Étude du lien entre formation initiale à l'addictologie et savoirs et attitudes des jeunes médecins généralistes - UPthÃ¨ses - Les thÃ¨ses en ligne de l'UniversitÃ© de Poitiers [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/59016.

24. DAHAN B. Evaluation de l'adéquation des enseignements proposés dans le DES de médecine générale à Paris VI avec les attentes des étudiants. 2009.

25. Jami A, Saint-Lary O, Bernard E, Almeida AS de, Lefranc-Morin C, Ouazana A. Perceptions et représentations des internes de médecine générale à l'égard d'un outil pédagogique issu du paradigme d'apprentissage. Pédagogie Médicale. 1 févr 2012;13(1):27-37.

26. Neurobehavioral Systems. Mackworth Clock Test [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://www.neurobs.com/manager/content/docs/psychlab101_experiments/Mackworth%20Clock%20Test/description.html.

27. APA PsycNet. Laws of visual choice reaction time [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: /doiLanding?doi=10.1037%2Fh0035867.

28. Helton W, Hollander T, Warm J, Tripp L, Parsons K, Matthews G, Dember W, Parasuraman R, Hancock P. The abbreviated vigilance task and cerebral hemodynamics [Internet]. [cité 25 oct 2020]. Disponible sur:

https://www.researchgate.net/publication/6271983_The_abbreviated_vigilance_task_and_cerebral_hemodynamics.

29. Rosengrant D, Hearrington D, O'Brien J. Investigating Student Sustained Attention in a Guided Inquiry Lecture Course Using an Eye Tracker. Educ Psychol Rev [Internet]. 30 mai 2020 [cité 25 oct 2020]; Disponible sur: https://doi.org/10.1007/s10648-020-09540-2.

30. Zhang N, Henderson CNR. Brief, cooperative peer-instruction sessions during lectures enhance student recall and comprehension. J Chiropr Educ. 1 oct 2016;30(2):87-93.

31. Au O. Mini-Lectures Interleaved with Exercises Found Beneficial in Online Learning. In: 2020 International Symposium on Educational Technology (ISET). 2020. p. 138-41.

32. Owens DC, Barlow AT, Smith-Walters C. Student Motivation and Resistance in Active Learning Classrooms. In: Mintzes JJ, Walter EM, éditeurs. Active Learning in College Science: The Case for Evidence-Based Practice [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cité 25 oct 2020]. p. 927-42. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-030-33600-4_57.

33. Owens DC, Sadler TD, Barlow AT, Smith-Walters C. Student Motivation from and Resistance to Active Learning Rooted in Essential Science Practices. Res Sci Educ. 1 févr 2020;50(1):253-77.

34. Taglieri C, Schnee D, Dvorkin Camiel L, Zaiken K, Mistry A, Nigro S, et al. Comparison of long-term knowledge retention in lecture-based versus flipped team-based learning course delivery. Currents in Pharmacy Teaching and Learning. 1 mai 2017;9(3):391-7.

35. CNGE. Opinions des internes sur le D.E.S de médecine générale [Internet]. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_recherche/opinions_des_internes_sur_le_des_de_medecine_gener/.

ANNEXES

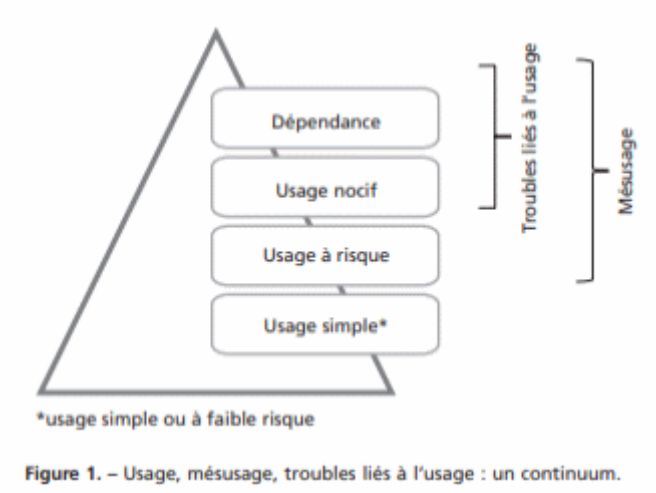
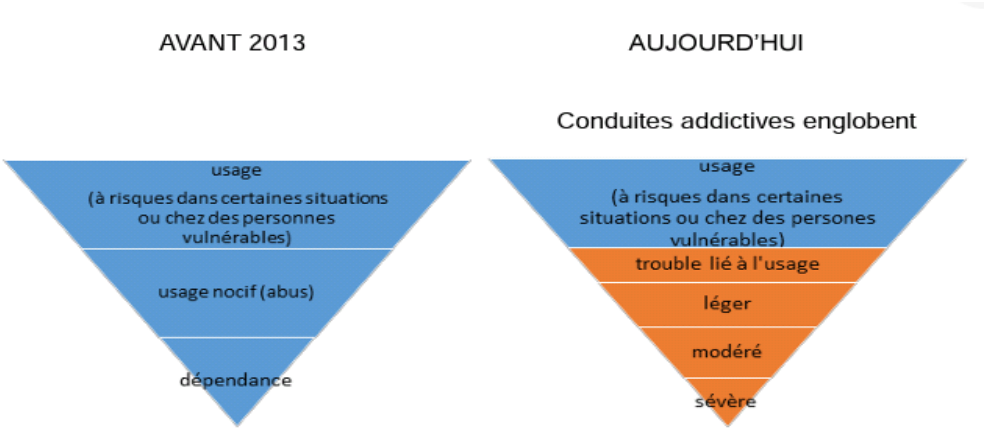
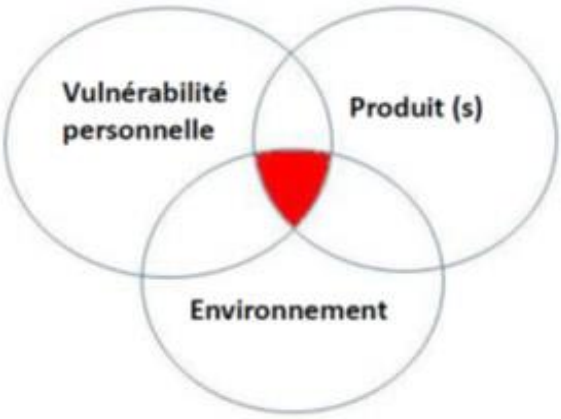


Figure 1. – Usage, mésusage, troubles liés à l'usage : un continuum.

Annexe 1 : Usage, mésusage, troubles liés à l'usage : un continuum



Annexe 2 : Différence dans l'évaluation des troubles d'usage de l'alcool (<2013 à aujourd'hui)



Annexe 3 : Facteurs de vulnérabilité aux pratiques addictives

Tableau 1. Niveaux d'usage de substances psychoactives illicites suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans en 2017 (en %)

		2014	2017								
		Ensemble	Ensemble	Hommes		Femmes	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
	Effectifs	*13 039*	*20 665*	*9 729*		*10 936*	*2 614*	*3 380*	*4 397*	*5 010*	*5 264*
Cannabis	Expérimentation	42,0	**44,8** ↗	52,7	>	37,2	53,5	62,1	52,0	39,4	22,3
	Usage dans l'année	10,6	**11,0**	15,1	>	7,1	26,9	17,7	9,4	5,7	1,6
	Usage au cours du mois	6,3	**6,4**	9,4	>	3,6	16,4	10,2	5,9	2,9	0,6
	Usage régulier (au moins 10 usages au cours du mois)	3,1	**3,6**	5,4	>	1,8	8,4	6,3	3,3	1,7	0,2
	Usage quotidien	1,7	**2,2** ↗	3,4	>	1,1	4,8	3,9	2,0	1,2	0,2
Cocaïne	Expérimentation	5,6	**5,6**	8,0	>	3,2	5,2	10,1	7,0	4,1	2,0
	Usage dans l'année	1,1	**1,6** ↗	2,3	>	0,9	2,8	3,4	1,6	0,6	0,1
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	4,8	**5,3** ↗	8,0	>	2,7	5,9	9,0	6,4	4,3	1,7
	Usage dans l'année	0,3	**0,3**	0,5	>	0,2	1,2	0,5	0,2	0,1	0,0
MDMA/ecstasy	Expérimentation	4,3	**5,0** ↗	7,3	>	2,7	6,9	9,5	6,5	2,8	0,4
	Usage dans l'année	0,9	**1,0**	1,5	>	0,6	2,7	2,1	0,8	0,2	0,0
LSD	Expérimentation	2,6	**2,7**	4,0	>	1,4	3,0	4,2	3,0	2,0	1,6
	Usage dans l'année	0,3	**0,4**	0,5	>	0,2	1,2	0,5	0,3	0,1	0,0
Amphétamines	Expérimentation	2,3	**2,2**	3,2	>	1,2	1,9	4,0	2,4	1,5	1,2
	Usage dans l'année	0,3	**0,3**	0,5	>	0,1	0,7	0,5	0,4	0,1	0,0
Héroïne	Expérimentation	1,5	**1,3**	2,1	>	0,5	0,2	1,9	1,7	1,6	0,8
	Usage dans l'année	0,2	**0,2**	0,3	>	0,1	0,1	0,3	0,3	0,2	0,0
Crack	Expérimentation	0,6	**0,7**	1,1	>	0,3	0,3	1,4	1,0	0,5	0,2
	Usage dans l'année	0,1	**0,2** ↗	0,3	>	0,1	0,2	0,4	0,4	0,1	0,0

↗ : *augmentation significative au seuil de 5 % entre 2014 et 2017*
> : *niveau d'usage masculin significativement plus élevé que le niveau d'usage féminin au seuil de 5 %*
Sources : Baromètres santé 2014 et 2017, Santé publique France, exploitation OFDT
Note : le Baromètre santé s'est également intéressé à l'expérimentation de substances psychoactives détournées de leurs usages premiers : poppers (8,7 %), colles ou solvants (2,3 %) Subutex® (0,8 %), méthadone (0,4 %), GHB ou GBL (0,2 %), purplednank (<0,1 %), DXM (<0,1 %)

Annexe 4 : Usage des substances psychoactives illicites en fonction du sexe, de l'âge (18-64) 2017

	Nb d'actes par patient par an	Coût horaire	Hypothèses	Forfait annuel par patient
Consultation psychologue	5	45 €	Nb d'actes = médiane	225 €
Consultation travailleur social	6	31 €	Nb d'actes = médiane	186 €
Déplacements annuels	-	-	-	5 €
RCP médecin généraliste	4	75 €	Durée moyenne d'une RCP : 1h30 sur la base de 42 patients par MS en moyenne	11 €
RCP psychologue	4	45 €		6 €
RCP travailleur social	4	31 €		4 €
Coordination administrative	-	-	Mi-temps administratif à 31 500€ chargé, prenant en charge en moyenne 42 patients sur 10 MS	38 €
Coordination médicale	-	-	0,3 ETP d'un MG à 75 000€ chargé, prenant en charge en moyenne 42 patients sur 10 MS	54 €
				529 €

Annexe 5 : Répartition du forfait au niveau des différents intervenants de l'Equip'Addict

Niveau de Participation des élèves	Niveau 1 : Ecoute absente ou faible Absence de travail ou mise au travail non-spontanée	Niveau 2 : Ecoute partielle Rares tentatives de participation Rares propositions de réponses	Niveau 3 : Ecoute attentive Mise au travail spontanée Participation occasionnelle et régulière	Niveau 4 : Ecoute attentive Mise au travail spontanée Participation forte et soutenue
Dynamique de la participation des élèves	a) mise au travail nécessitant une stimulation importante b) retards systématiques au démararrage d'une activité	a) niveau de langue relâché b) questions et réponses inadaptées c) absences de participation spontanée	a) réponses syntaxiquement structurées b) Questions pertinentes c) Demandes d'explications supplémentaires si incompréhension	a) Exploitation des ressources b) Capacité à travailler en groupe de manière constructive c) Persévérance dans l'effort malgré les difficultés
Comportements des élèves	a) refus de participer aux activités b) agitation gênante pour les autres c) absences récurrentes des matériels nécessaires au travail	a) absence d'écoute et de respect de la parole de l'autre b) captation injustifiée du temps de parole c) bavardages gênants	a) Capacité à transférer les connaissances b) réponses performantes qui permettent aux cours de progresser c) Réactions aux propos des autres pour adapter, affiner, corriger	a) Capacité à développer une réflexion personnelle singulière b) Grande capacités de correction c) Dépassement des attendus d) Tutorat solidaire d'un pair

Annexe 6 : Tableau d'observation de la participation des étudiants

Nombre de questionnaires **38**

	Pourcentage									
	0 : nul ou très mauvais	1 : insuffisant	2 : passable	3 : bon	4 : excellent	Aucune réponse	Somme	Moyenne	Mediane	Ecart-type
Pertinance du sujet : Intérêt dans la pratique professionnelle en médecine générale	0%	0%	5%	61%	32%	3%	100%	3,27	3,00	0,56
Pédagogie du professeur	3%	3%	11%	55%	26%	3%	100%	3,03	3,00	0,87
Pertinance du contenu du cours (adéquation avec le thème)	0%	0%	24%	58%	11%	8%	100%	2,86	3,00	0,60
Qualité pédagogique du support de cours / média du cours / documents associés	3%	16%	24%	50%	5%	3%	100%	2,41	3,00	0,93
Qualité et pertinance des sources. Indépendance et éthique	0%	3%	24%	61%	8%	5%	100%	2,78	3,00	0,64
Qualité de la mise en pratique du cours (cas cliniques, exemple, etc..)	0%	3%	24%	58%	13%	3%	100%	2,84	3,00	0,69
Temps accordé aux questions et pertinance des réponses	3%	13%	11%	50%	21%	3%	100%	2,76	3,00	1,04
Durée du cours (adaptée ou non)	0%	11%	18%	53%	16%	3%	100%	2,76	3,00	0,86
Qualité logistique	5%	18%	34%	32%	5%	5%	100%	2,14	2,00	0,99
Conseillerez vous ce cours à vos confrères ?	**81,6 % Oui ; 10,5 % Non ; 7,9 % aucune réponse**							**2,76**	**Moyenne des moyennes**	

Annexe 7 : Questionnaires de satisfaction des étudiants

Annexe 8 : Questionnaire

Cas clinique 1 : ALCOOL, TABAC

Monsieur P. Martin, 58 ans, sans ATCD particulier, se présente à votre consultation car son épouse a le sentiment que sa consommation d'alcool augmente depuis quelques temps. C'est d'ailleurs elle qui a pris le rendez-vous. Le dernier bilan sanguin proposé par le centre d'examen de santé a montré des anomalies du bilan hépatique, à savoir des alanines amino transférases (ALAT) à 80 UI/l (N< 45) et des gammas glutamyl transpeptidases (GGT) à 100 UI/l (N< 50). Le contrôle confirme les anomalies : aspartate amino transférase ASAT 80 UI/l (N<35) ALAT 80 UI/l (N<45) phosphatases alcalines 90 UI/l (N<110) et GGT UI/l 100 (N<50). Le patient vous explique qu'il est a beaucoup de pression au travail et que cela a tendance à le rendre anxieux. Il fume également le tabac depuis ses 15 ans, environ 20 cigarettes par jour.

1. Devant ce tableau, quelle(s) est (sont) la(les) hypothèse(s) diagnostique(s) que vous pouvez évoquer ?

A	Consommation excessive de boissons alcoolisées
B	Hépatite virale B ou C
C	Lithiase biliaire
D	Hépatite médicamenteuse
E	Foie métabolique

2. Parmi les explorations suivantes, la(les)quelle(s) est (sont) pertinente(s) pour faire le diagnostic étiologique de ces perturbations ?

A	Recueil de la consommation déclarée d'alcool du patient
B	Dosage de la transferrine desialylée (CDT)
C	Sérologies virales B et C (ag Hbs, ac anti Hbc, ac anti Hbs, ac anti VHC)
D	Elastométrie hépatique
E	Scanner hépatobiliaire

3. Parmi les outils suivants, lequel ou lesquels est (sont) validé(s) pour le dépistage du mésusage d'alcool en population générale ? (Une ou plusieurs bonnes réponses possibles ?

A	Questionnaire AUDIT
B	Questionnaire ADOSPA
C	Questionnaire DETA
D	Consommation déclarée d'alcool
E	Questionnaire Fagerström

4. Qu'est-ce que la consommation déclarée d'alcool ?

A	Elle se mesure en verre standard
B	Elle permet d'évaluer la dépendance
C	Elle se mesure en unité internationale (UIA)
D	Elle évalue les consommations journalières
E	Elle n’est valable que pour les consommations de boissons fortement alcoolisées

5. Parmi les explorations suivantes à la recherche de pathologies reliées à ce terrain alcoolotabagique, la(es)quelle(s) est (sont) nécessaire(s) en première intention ?

A	Interrogatoire ciblé à la recherche de signes fonctionnels ORL
B	Examen ORL en nasofibroscopie
C	Dosage de la lipase
D	Dosage du Taux de Prothrombine (TP)
E	Radio pulmonaire debout de face

6. Le patient vous explique que sa consommation d'alcool quotidienne moyenne est constituée de 6 apéritifs pris au restaurant avec une demi-bouteille de vin matin et soir. Qu'elle est sa consommation déclarée d'alcool (CDA) ?

A	130 g/jour
B	13 unités internationales d'alcool
C	60 g/jour
D	8 prises par jour
E	130 mg/jour

Sa consommation déclarée d'alcool est de 130 g d'alcool par jour (13 UIA). Il s'inquiète alors de savoir s'il est dépendant.

7. Parmi les propositions suivantes, la(les)quelle(s) est(sont) en faveur d'un syndrome de dépendance à l'alcool ?

A	Syndrome de sevrage physique
B	Désir puissant de prendre de l'alcool (craving)
C	Poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives
D	Début précoce de la consommation dans l'adolescence
E	Tendance à consommer des alcools forts
F	La consommation au-delà des limites recommandées
G	L'échec de la réduction des consommations malgré la volonté de réduire
H	L'existence d'une symptomatologie anxiodépressive
I	L'association au tabagisme

8. Vous interrogez votre patient pour rechercher des signes de sevrage. Quels sont les signes de sevrage à l'alcool ?

A	Constipation
B	Somnolence
C	Nausées, vomissements
D	Sueurs
E	Bradycardie

9. Quelle(s) recommandation(s) allez-vous faire à ce patient ?

A	Arrêt des alcools forts
B	Abstinence totale et définitive d'alcool
C	Ne pas consommer de boissons alcoolisées dans la semaine
D	Pas plus de 5 verres standards par jour
E	Pas plus de 3 verres standards par jour

10. Quel(s) est(sont), parmi les propositions suivantes, le(s) traitement(s) et thérapie(s) validé(s) dans l'alcoolodépendance ?

A	Les thérapies cognitives et comportementales
B	La psychanalyse
C	Les médicaments "addictolytiques" type acamprosate, naltrexone et nalmefène
D	Les antidépresseurs de type IRS (inhibiteur de la recapture de la sérotonine)
E	L'entretien motivationnel

11. Quelle(s) proposition(s) thérapeutique(s) vous paraît(paraissent) devoir être proposée(s) à ce patient ?

A	Traitement par Acamprosate
B	Benzodiazépine à demi-vie longue, à doses dégressives sur une semaine maximum
C	Intervention thérapeutique brève
D	Accompagnement de type psycho-social en ambulatoire
E	Sevrage court hospitalier

12. Parmi les propositions suivantes, la(les)quelle(s) fait (font) partie d'une intervention thérapeutique brève ?

A	Expliquer ce qu'est un verre standard
B	Informer sur les risques actuels qu'encourt le patient s'il poursuit sa consommation d'alcool
C	Fixer pour le patient un objectif quantifié de consommation à ne pas dépasser
D	Proposer un suivi psychothérapeutique
E	Proposer un menu des actions possibles, en laissant le choix au patient

13. Le patient n'envisage pas un arrêt total de l'alcool. Il préfère diminuer progressivement sa consommation, vous lui proposez de le suivre régulièrement. Quels marqueurs biologiques vous paraissent utiles au suivi alcoologique de ce patient ?

A	Hémogramme
B	Gamma-GT
C	Transferrine desialylée
D	Vitamine B1
E	TSH, T4

14. Le patient déclare fumer 20 cigarettes par jour et a tenté à plusieurs reprises d'arrêter. Votre interrogatoire cherche à évaluer le niveau de dépendance au tabac de votre patient. D'après le test de Fagerström, quels sont les critères qui participent à l'évaluation de la dépendance physique ?

A	Le nombre de cigarettes fumées par jour
B	La difficulté de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit
C	Le délai entre le réveil et la première cigarette fumée
D	Le type et la marque des cigarettes
E	L'ajout d'un filtre sur la cigarette

15. Concernant l'arrêt de la consommation de tabac. Quelles sont les propositions exactes ?

A	On propose des substituts nicotiniques en première intention
B	La varenicline ne doit pas être utilisée en première intention
C	L'auriculothérapie a donné des résultats intéressants dans les études randomisées
D	La cigarette électronique est recommandée pour l'aide au maintien de l'abstinence
E	Il est nécessaire d'arrêter un patch nicotinique si le patient fume encore quelques cigarettes (risque d'overdose de nicotine).

16. La mère du patient est décédée d'un cancer du côlon. Parmi les cancers suivants, quels sont ceux dont le risque de survenue est augmenté par le tabagisme ?

A	Cancer bronchopulmonaire
B	Cancer du Larynx
C	Cancer du colon
D	Cancer de l'œsophage
E	Cancer du bas appareil urinaire

17. Vous pratiquez une mesure du CO (monoxyde de carbone) dans l'air expiré qui donne un résultat de 23 ppm (parties par million). Sachant que la demi-vie du CO est de 4 à 6 heures, que lui diriez-vous sur son intoxication ?

A	Un arrêt immédiat conduirait son taux de CO à 0 ppm en 4 à 6 heures
B	La valeur de 23 ppm n'est due qu'à la pollution citadine
C	Un exercice sportif quotidien permettrait d'annuler cette valeur
D	Cette valeur reflète sa consommation tabagique
E	Le CO a une meilleure affinité pour l'hémoglobine que l'oxygène (O2)

18. Vous concluez que votre patient a une dépendance mixte alcoolo-tabagique. D'autre part, une prise en charge ambulatoire de sa consommation d'alcool s'est révélée être inefficace. Il est d'accord pour un double sevrage que vous décidez de faire en hospitalisation. Pour prévenir un accident de sevrage à l'alcool, vous prescrivez :

A	Un traitement antidépresseur
B	Une hydratation
C	Une benzodiazépine
D	De la vitamine B1
E	Un morphinique

19. Votre prescription comporte de la vitamine B1. A propos de l'apport de vitamine B1 dans le sevrage alcoolique :

A	Elle prévient la survenue d'un syndrome de Gayet-Wernicke
B	Elle est indispensable avant toute perfusion glucosée
C	Elle prévient la survenue d'un syndrome de Korsakoff
D	Elle permet de diminuer la dose de benzodiazépine
E	Elle prévient la myélinolyse centropontine

20. Quelle est la durée recommandée du traitement du sevrage d'alcool par benzodiazépine ?

A	1 à 3 jours
B	5 à 10 jours
C	3 à 5 semaines
D	1 à 3 mois
E	Supérieur à 3 mois

21. Le sevrage se déroule de façon satisfaisante mais le patient se plaint de troubles du sommeil. Parmi les éléments suivants lesquels peuvent favoriser un trouble du sommeil (difficulté d'endormissement ou réveil précoce) ?

A	Syndrome dépressif
B	Consommation chronique d'alcool
C	Syndrome anxieux
D	Encéphalopathie alcoolique
E	Traitement par la vitamine B1

22. Quel trouble du sommeil contre-indique la prescription de benzodiazépine ?

A	Trouble de l'endormissement
B	Syndrome d'apnée du sommeil
C	Réveils nocturnes fréquents
D	Insomnie de la dépression
E	Syndrome des jambes sans repos

23. Le patient fume ses premières cigarettes en fin de matinée, et son score de Fagerström est à deux. Quelle technique validée est spécifiquement adaptée à ce stade pour le tabagisme du patient ?

A	Entretien motivationnel
B	Intervention brève
C	Thérapie comportementale
D	Traitement par substituts nicotiniques
E	Acupuncture

Cas clinique 2 : CANNABIS, TABAC, COCAINE :

Delphine est une jeune étudiante en histoire de 19 ans. Elle se présente à votre consultation car elle s'inquiète de sa consommation de cannabis. Elle fume 15 joints par jour et assiste de moins en moins en cours. Elle explique consacrer de plus en plus de temps au cannabis et ressentir un « besoin » irrépressible de consommer. Elle est en rupture familiale à cause d'abus sexuels subits dans sa préadolescence. Antécédents de scarifications, plusieurs épisodes d'intoxications médicamenteuses volontaires et de tentatives de suicide au moyen des benzodiazépines qui lui sont prescrites pour dormir. Afin d'acheter son cannabis, elle dépense plus qu'elle ne gagne et empreinte de l'argent à ses amis sans les rembourser. Elle pèse 72 kg pour 161 cm.

24. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est(sont) celle(s) que la consommation répétée de cannabis puisse favoriser ?

A	Décrochage universitaire
B	Perte de la motivation (études, travail...)
C	Stimulation intellectuelle
D	Baisse de l'appétit
E	Indifférence affective
F	Perturbation du cycle menstruel

25. Quelles sont les conséquences neuropsychiatriques de la consommation cannabique ?

A	Syndrome amotivationnel
B	Pharmacopsychose
C	État confusionnel
D	Troubles cognitifs
E	Syndrome parkinsonien

26. Concernant le craving/envie irrépressible de consommer de Delphine, indiquez les réponses exactes :

A	C’est un critère diagnostique du DSM-IV
B	C’est un critère diagnostique de la CIM-10
C	C’est un facteur prédictif de la rechute
D	C’est une cible thérapeutique
E	Son déclenchement est associé à des situations et à des émotions particulières
F	Il diminue en cas de reprises des consommations

27. Concernant la prise en charge non pharmacologique du craving, indiquez les réponses exactes :

A	Changer les routines de vie diminue le craving
B	L'activité physique augmente le craving
C	La privation de sommeil diminue le craving
D	La pleine conscience augmente le craving
E	Les thérapies cognitivo-comportementales diminuent le craving
F	Changer les routines de vie diminue le craving

28. Parmi les propositions suivantes, lesquelles constituent les principes de prise en charge de l'addiction au cannabis ?

A	La méthadone
B	Une psychothérapie cognitivo-comportementale
C	Un traitement de substitution cannabinoïque
D	La naloxone
E	Un entretien motivationnel

Parmi les pathologies suivantes, lesquelles sont à favorisées par la consommation chronique de cannabis (joints) ?

29. Parmi les pathologies suivantes, lesquelles sont à favorisées par la consommation chronique de cannabis (joints) ?

A	Trouble du transit
B	Rétention urinaire
C	Psoriasis
D	Bronchopneumopathie chronique obstructive
E	Artériopathie du sujet jeune
F	Trouble du rythme cardiaque
G	Embolie pulmonaire
H	Cirrhose hépatique
I	Cancer bronchopulmonaire

30. La dépendance au cannabis se caractérise par :

A	Une association à la consommation de tabac, en général.
B	Le tétra-hydrocannabinol comme principale substance active
C	Le cannabidiol comme principe actif addictogène du cannabis
D	Une présence chez la majorité des consommateurs réguliers
E	Une survenue dès la première prise
F	Un traitement en première intention par la buprénorphine haut dosage

Delphine a stoppé complètement sa consommation de cannabis depuis quelques jours. Elle revient en consultation car elle souffre de céphalées et de douleurs abdominales. De plus, elle dit ne plus avoir d'appétit, de ne plus réussir à dormir et de se sentir irritable.

31. Quel diagnostic vous paraît être le plus probable ?

A	Syndrome de sevrage en cannabis
B	Ivresse cannabique
C	Syndrôme dépressif
D	Symptômes associés à la consommation chronique de cannabis
E	Attaque de panique

Delphine est assez mitigée sur l'arrêt de sa consommation de cannabis car il s'est accompagné d'une augmentation de sa consommation de tabac.

32. Quels outils thérapeutiques peuvent être utilisés dans l'aide au sevrage tabagique ?

A	Substituts nicotiniques
B	Psychothérapie cognitivo-comportementale
C	Acamprosate
D	Naltrexone
E	Varénicline
F	Acunpuncture

33. Par quelles voies les substituts nicotiniques peuvent-ils être administrés ?

A	Suppositoires
B	Sprays buccaux
C	Inhaleurs
D	Dispositifs transdermiques
E	Par voie intra-veineuse
F	Gommes à mâcher
G	Comprimés à sucer
H	Comprimés sublinguaux

A l'aide d'un traitement par dispositif transdermique, Delphine a réussi à stopper sa consommation de tabac. Cependant, depuis qu'elle a rencontré son nouveau compagnon, elle dit sniffer avec lui de la cocaïne ainsi que prendre du crack (2 grammes par jour). De plus, elle a recommencé à consommer du cannabis, sous la forme de joints, à raison de 10 joints par jour. Delphine alterne entre sa consommation de cocaïne et celle de cannabis en augmentant sa dose de cannabis lorsqu'elle n'a plus de cocaïne. Les jours de forte consommation, elle dit avoir l'impression d'être surveillée. Elle dit que les produits la rendent folle et la font imaginer des choses. Elle décrit une oppression thoracique qu'elle ressent régulièrement et qu'elle soulage en prenant de la cocaïne ou en fumant du cannabis. Malgré les joints du soir et la prise de 50 mg d'oxazépam (Séresta), la patiente s'endort tard vers 2h du matin et dort pendant 5 heures, avec 6-8 réveils nocturnes. Elle décrit des prises alimentaires nocturnes sous forme de grignotages ou d'accès hyperphagiques sans purge. Au réveil, la patiente est épuisée et ressent le besoin de consommer de la cocaïne, même pour les activités de la vie quotidienne. Elle fait une sieste de 12h à 15h. A l'échelle HAD (hospital anxiety and depression scale), les scores d'anxiété et de dépression sont respectivement de 17 et de 12 (normales < 7) alors que la patiente est traitée depuis plusieurs mois par fluoxétine, 40 mg le matin.

34. Qu'est-ce que le crack ?

A	Un opiacé
B	Une amphétamine
C	Un dérivé du cannabis
D	De la cocaïne base
E	Une cathinone

35. Concernant l'usage de cocaïne chez cette patiente, indiquez les items corrects :

A	La patiente souffre d'une forme sévère d'un trouble de l'usage de cocaïne
B	Il faut systématiquement rechercher une comorbidité psychiatrique
C	Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité concerne 50% des usagers de cocaïne
D	L'usage de cocaïne entraîne une tachypsychie, une bradycardie et un myosis
E	L'usage chronique de cocaïne n'entraine pas de syndrome de sevrage en l'absence du produit

36. Concernant l'usage de cannabis chez cette patiente, indiquez les items corrects :

A	La patiente souffre d'un trouble de l'usage du cannabis
B	Il faut rechercher un trouble anxieux comme un syndrome de stress post traumatique
C	Il n'existe pas de dépendance physique avec le cannabis
D	Les troubles cognitifs surviennent pour des doses supérieures à celles consommées par la patiente
E	Le cannabis peut induire un "bad trip" sous forme d'attaques de panique

37. Concernant les troubles du sommeil de cette patiente :

A	L'usage de cocaïne le soir induit une insomnie mais le sevrage lors d'un usage chronique entraine une hypersomnie
B	Le cannabis favorise l'endormissement mais le sevrage lors d'un usage chronique induit une insomnie
C	La sieste doit être supprimée ou raccourcie à 20 minutes
D	Le coucher doit être avancé, si besoin à l'aide d'un médicament avec des propriétés anti-histaminiques
E	Il faut renforcer les benzodiazépines du soir

38. Quelles sont les complications somatiques auxquelles s'expose Delphine par la prise de cocaïne ?

A	Syndrome coronarien
B	Accident vasculaire cérébral
C	Infection virale de type VIH, VHB, VHC
D	Toxicité hépatique
E	Diabète
F	Nécrose de la cloison nasale
G	Crise convulsive
H	Syndrome respiratoire aigu par hémorragies alvéolaires
I	Bronchospasme
J	Trouble du rythme cardiaque

39. Parmi les affirmations suivantes concernant la cocaïne et le cannabis que consomment Delphine, lesquelles sont exactes ?

A	La cocaïne fumée est plus addictive que la cocaïne consommée par voie nasale
B	Le pic de cocaïne est plus rapide lorsqu'elle est injectée plutôt que fumée
C	La durée d'action de la cocaïne est de 5 à 10 heures
D	La résine de cannabis est la forme de cannabis la plus chargée en THC et la plus toxique
E	Cocaïne et cannabis peuvent tout deux induire des troubles psychotiques transitoires

40. Concernant le traitement du trouble de l'usage de cocaïne, quelles stratégies validées pouvez-vous proposer à la patiente ?

A	N-acétyl-cystéine à visée anti-craving (indication AMM)
B	Topiramate à visée anti-craving (indication AMM)
C	Traitement de la comorbidité psychiatrique
D	Thérapie cognitivo-comportementale
E	Approches de réduction des risques et des dommages

41. Concernant le trouble de l'usage de cannabis, quelles stratégies pouvez-vous proposer à cette patiente ?

A	Vous considérez que son état clinique justifie une hospitalisation
B	Vous proposez un traitement anxiolytique de type cyamémazine
C	Vous proposez de rétablir les rythmes de base
D	Vous proposez de renforcer les benzodiazépines

42. Les troubles du comportement alimentaire de cette patiente surviennent plusieurs fois par semaine. Indiquez les réponses exactes

A	La patiente souffre d'hyperphagie boulimique
B	La patiente souffre de boulimie
C	Les mécanismes sont proches de ceux des addictions
D	Il existe une confusion entre les signaux émotionnels, d'anxiété et de faim
E	Ils peuvent être associés à des troubles du contrôle des impulsions

43. Concernant l'évolution du trouble de l'usage de cocaïne de la patiente, indiquez les réponses exactes

A	Une fois les consommations bloquées, le craving ne dure que quelques jours
B	Sans accompagnement, le risque de rechute est inférieur à 50% dans l'année
C	L'existence d'une comorbidité psychiatrique n'intervient pas dans le pronostic
D	Les transferts d'addiction sont rares comparativement aux autres addictions
E	Toutes les autres propositions sont fausses

44. A propos de l'usage de cannabis (joints), quelles sont les propositions exactes ? :

A	Le syndrome amotivationnel est spécifique du trouble de l'usage du cannabis
B	La quantité de goudron produite par un joint est inférieure à celle d'une cigarette
C	La toxicité liée à la combustion peut être supprimée par l'utilisation d'un vaporisateur

45. Concernant les mécanismes d'action des différents produits consommés :

A	Seuls les produits addictifs psychostimulants activent le circuit de la récompense
B	La cocaïne entraîne la plus forte élévation de dopamine dans le circuit de la récompense
C	La consommation répétée de cocaïne induit un état dysphorique chronique
D	La cocaïne et le cannabis sont des produits dépressogènes

46. Quelles sont comorbidités psychiatriques à rechercher chez le consommateur de cocaïne ?

A	Trouble bipolaire
B	État délirant
C	Schizophrénie
D	Trouble hyperactif avec déficit de l'attention
E	Troubles anxieux

Cas Clinique 3 héroïne

Vous êtes médecin généraliste en cabinet libéral et Léa, patiente âgée de 17 ans, que vous n'aviez pas vue depuis 2 ans, vous consulte de nouveau.

Votre dossier médical rapporte une consommation de cannabis quotidienne dont les premières prises remontent à l'âge de 12 ans dans un contexte de convivialité avant de prendre un caractère régulier à partir de l'âge de 16 ans. Elle vous indique qu'elle a expérimenté de l'héroïne il y 6 mois lors d'un voyage en Belgique. Elle vous est adressée par une formatrice qui lui a dit qu'elle ne pouvait plus continuer la formation à cause de son absentéisme. Léa pèse 60 Kg pour 175 cm. Lors de l'examen clinique vous observez des traces de contusion sur les bras et les jambes ainsi que des traces d'injection.

47. Dans la vignette clinique quels sont les éléments pronostiques de la conduite addictive ?

A	Antécédent familial de conduite addictive
B	Précocité des consommations de substance psychoactives
C	Consommation de plusieurs substances psychoactives
D	La personnalité de la patiente
E	L'absence de trace d'injection

48. Parmi les signes cliniques suivants, lesquels font partie du trouble lié à l'usage d'héroïne ?

A	Envie irrépressible et impérieuse de consommer de l'héroïne
B	Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance
C	Syndrome de sevrage
D	Persistance de la consommation malgré les conséquences négatives
E	Perforation de la cloison nasale

49. Au décours de la consultation, Léa rapporte avoir progressivement augmenté sa consommation d'héroïne jusqu'à 4 grammes par jour qu'elle s'injecte par voie intraveineuse. De quel signe clinique s'agit-il ?

A	Dépendance
B	Craving
C	Ivresse opiacée
D	Overdose
E	Tolérance

50. Quel(s) est (sont) le(s) risque(s) associé(s) à l'usage d'opiacés par voie injectable ?

A	Dépression respiratoire
B	Syndrome coronarien aigu
C	Hépatite(s) virale(s)
D	Crise convulsive
E	Endocardite infectieuse

51. Parmi les critères suivants, lequel (lesquels) permettrai(en)t de poser le diagnostic de dépendance aux opiacés selon la classification internationale des maladies (CIM-10) ?

A	Utilisation à visée auto-thérapeutique (pour soulager sa souffrance morale)
B	Consommation supérieure ou égale à une prise hebdomadaire d'un opiacé illégal
C	Besoin d'augmenter les doses pour avoir les effets attendus
D	Nécessité de passer beaucoup de temps pour se procurer des opiacés
E	Existence de signes de sevrage à l'arrêt de la substance

52. Quelle(s) est (sont) la (les) donnée(s) essentielle(s) à obtenir avant de prescrire à Léa un médicament de substitution aux opiacés ?

A	Il est utile d'obtenir les résultats d'un dosage de toxiques urinaires avant initiation
B	Vous devez avertir la CPAM de la prescription d'un traitement de substitution opiacé
C	Elle doit prendre systématiquement le traitement le soir au coucher
D	Léa étant mineure vous devez obtenir l'accord de son représentant légal
E	Vous devez vous assurer de la capacité de la patiente à accepter un suivi pour le traitement

Vous avez constaté des signes cliniques de sevrage et obtenu une analyse d'urine qui confirme la présence de cannabis et d'héroïne. Vous décidez d'initier un traitement de substitution aux opiacés

53. Quels sont les signes cliniques qui vous orienteraient vers le diagnostic de syndrome de sevrage aux opiacés ?

A	Myosis
B	Mydriase
C	Constipation
D	Myalgies
E	Larmoiements ou rhinorrhée

Vous réfléchissez à la demande de traitement formulée par Léa.

54. Parmi les propositions suivantes, quel(s) traitement(s) ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché pour la substitution opiacée êtes-vous autorisé à lui prescrire ?

A	Méthadone
B	Morphine
C	Ibuprofène haut dosage
D	Buprénorphine haut dosage
E	Buprénorphine haut dosage + naloxone

Etant entendu que la buprénorphine haut dosage ou la buprénorphine + naloxone sont les seuls traitements de substitution opiacée que vous pouvez initier en tant que médecin généraliste, vous décidez de lui prescrire de la buprénorphine haut dosage + naloxone

55. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

A	La buprénorphine associée à de la naloxone permet d'éviter le mésusage de buprénorphine
B	La buprénorphine se prend au moins 4 heures après la dernière prise de stupéfiant
C	La méthadone associée à la naloxone permet d'éviter le mésusage de méthadone
D	La naloxone est un antagoniste opiacé
E	La naloxone est un agoniste opiacé

56. Quelles autres mesures d'accompagnement préconisez-vous ?

A	Psychothérapie de soutien
B	Entretiens motivationnels
C	Cure analytique brève
D	Mise sous curatelle
E	Suivi social

Après quelques consultations vous approfondissez l'état psychologique de Léa. Vous retrouvez une jeune femme qui rapporte des périodes fréquentes mais courtes (moins de 3 jours) de tristesse et une sensation de vide intérieur. Elle a l'impression de « ne pas avancer » et multiplie les relations d'un soir. Vous constatez des traces récentes de scarifications sur les bras. Elle s'énerve : *« ce n'est pas une TS, ça me regarde … ça me fait du bien quand ça saigne … ça me calme »*. Elle ne décrit pas d'insomnie.

57. Quel(s) diagnostic(s) vous semble(nt) compatible(s) avec le tableau ci-dessus ?

A	Trouble bipolaire de l'humeur
B	Schizophrénie
C	Trouble de personnalité borderline ou état limite
D	Trouble de personnalité histrionique
E	Etat de stress post traumatique

Vous suspectez un trouble de personnalité borderline ou état-limite.

58. Quel(s) comportement(s) ou complication(s) fréquemment associé(s) au trouble de la personnalité borderline devez-vous rechercher ?

A	Automatisme mental
B	Mésusage de substances psychoactives
C	Conduites suicidaires
D	Froideur des affects
E	Conduites sexuelles à risque

Après quelques semaines de traitement la famille d'accueil sollicite SOS médecin car un matin Léa ne se réveille pas.

59. Parmi les signes suivants quels sont ceux qui sont compatibles avec une overdose aux opiacés ?

A	Myosis
B	Mydriase
C	Polypnée
D	Tachycardie
E	Hypothermie

60. Léa présente un tableau clinique d'overdose aux opiacés. Parmi les propositions thérapeutiques suivantes, quelles sont les propositions exactes ?

A	Appel du SAMU pour transfert dans un service d'urgence
B	Naloxone intra nasale
C	Naltrexone injectable
D	Flumazenil
E	N Acetyl cysteine injectable à forte dose

Léa est hospitalisée dans un service d'hospitalisation de courte durée.

61. L'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) évalue la patiente avant sa sortie, lui prescrit un relais par méthadone et lui propose plusieurs orientations. Parmi les suivantes, lesquelles retenez-vous ?

A	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD)
B	Cabinet du médecin généraliste
C	Centre médico-psychologique (CMP)
D	Centre de Soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
E	Retour à domicile sans prise en charge addictologique

62. Vous renvoyer Léa en consultation pour renouvellement de sa méthadone. Quelles règles de prescription devez-vous respecter ?

A	Ordonnance sécurisée
B	Prescription pour 28 jours maximum
C	Prescription pour 14 jours maximum
D	Prescription de méthadone sous forme de gélules
E	Prescription de méthadone sous forme de sirop

Quelques mois plus tard, Léa vous consulte pour un retard de règles de 6 semaines, et votre examen est sans équivoque : elle est enceinte. Vous la questionnez sur ses consommations des dernières semaines. Elle indique prendre 1 joint par jour (mais uniquement avec de l'herbe qu'elle fait pousser dans un placard sous une lampe à UV), elle prend le traitement (50 mg de méthadone sirop en une prise le matin) et elle limite ses consommations d'alcool à 5 verres chaque samedi soir (shooter), en général avec un peu de cocaïne *(« ça va, c'est à peine ½ rail... »).*

63. Concernant les consommations de substance psychoactives durant la grossesse :

A	Le cannabis provoque des retards de croissance intra-utérin
B	L'alcool est tératogène uniquement à partir du second trimestre de la grossesse
C	La cocaïne peut entrainer des infarctus placentaires
D	Le risque malformatif est très élevé avec les opiacés
E	La substitution nicotinique est autorisée durant toute la grossesse

64. Pour la prise en charge de la grossesse quelle(s) est (sont) la (les) bonne(s) réponse(s).

A	La grossesse de Léa rentre dans le cadre des indications d'avortements thérapeutiques
B	La grossesse contre indique la poursuite d'un traitement de substitution aux opiacés
C	Le sevrage des médicaments de substitution aux opiacés est contre-indiqué du fait de la grossesse.
D	Le traitement de substitution aux opiacés est incompatible avec l'allaitement
E	En cas de syndrome de sevrage aux opiacés chez le nouveau-né, il doit être séparé de la mère

La patiente souhaite comprendre pourquoi elle consomme autant de produits différents et depuis si longtemps. Elle demande votre avis.

65. Concernant les poly-consommations, indiquez la (les) proposition(s) exacte(s) :

A	La poly consommation est désormais la règle en addictologie
B	Les addictions comportementales sont rarement associées aux poly consommations
C	Les différentes addictions partagent des circuits neurobiologiques communs
D	La poly consommation est rare chez les femmes
E	La précocité d'une poly consommation doit faire rechercher une comorbidité psychiatrique

Cas clinique 4 : JEU PATHOLOGIQUE, BZD

Monsieur Sempy, âgé de 77 ans, se présente à votre consultation, accompagné de sa famille, qui a pris pour lui le rendez-vous. ATCD personnel : maladie de parkinson, traitée à l'aide de Ropinirole (Requip). Pour une insomnie, il prend du zolpidem (Stilnox®) à raison de 2 comprimés le soir tous les jours et 1 à 2 comprimés dans la journée à la demande.

66. Sa famille vous explique s'inquiéter de plus en plus pour leur proche qui joue au poker en ligne depuis 2 ans. « Il est drogué à son poker ! » vous dit sa sœur. Quels sont les éléments à rechercher pour diagnostiquer un jeu pathologique ?

A	Il passe plus de 3 heures par jour sur internet
B	Perte de contrôle
C	Il mise plus de 100 euros par semaine
D	Tolérance
E	Il joue sur des sites interdits en France

67. Concernant le jeu pathologique :

A	Le jeu pathologique peut être causée par la L-Dopa
B	Le jeu pathologique ne peut être pas être causé par un agoniste dopaminergique, à la différence de la L-Dopa.
C	Le jeu pathologique peut être causé par le Zolpidem ou un autre apparenté BZD ou une BZD
D	Un autre effet indésirable possible dans le cas de M. Sempy est l'achat compulsif.

68. Quels dommages liés au jeu pathologique devez-vous rechercher ?

A	Conflits familiaux
B	Epilepsie
C	Dettes
D	Problèmes judiciaires
E	Episode maniaque

69. Votre patient rapporte de grosses difficultés financières. Quelle proposition vous semble la plus adaptée ?

A	Demande de curatelle
B	Demande de tutelle
C	Constitution d’un dossier de surendettement
D	Emprunt auprès d’un organisme de crédit
E	Emprunt auprès de ses proches

70. Parmi les éléments suivants, quels seraient les facteurs de maintien du trouble chez ce patient ?

A	Distorsions cognitives
B	Tabagisme
C	Gain occasionnel
D	Dépression
E	Vivre avec un conjoint

71. Quelles options thérapeutiques envisagez-vous ?

A	Interdiction de jeu
B	Antipsychotiques atypiques
C	Thérapie cognitive et comportementale
D	Thymorégulateurs
E	Groupe de parole
F	Réévaluation du traitement médicamenteux

72. Lors d'une thérapie cognitive et comportementale, les principaux objectifs sont :

A	Donner du sens aux symptômes
B	Corriger les distorsions cognitives
C	Modifier le comportement problématique
D	Initier un processus transférentiel
E	Accroitre la motivation au changement

73. Interdit de jeu et anxieux, M.Semy se met à se masturber de façon compulsive devant des films pornographiques à caractère légal, gratuits sur internet, à longueur de journée depuis environ un an. Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

A	Episode maniaque
B	Tumeur frontale
C	Addiction sexuelle
D	Paraphilie

74. Concernant l'addiction sexuelle :

A	Une hypersexualité peut être causée par la L-Dopa
B	Une hypersexualité peut être causée par un agoniste dopaminergique
C	Une hypersexualité peut être causé par le Zolpidem ou un autre apparenté BZD ou une BZD
D	Il n'y a pas d'addiction sexuelle tant qu'il n'y a pas de paraphilie
E	L'addiction sexuelle se définie par 5 activités sexuelles ou plus par semaine

75. Quelles options thérapeutiques envisagez-vous ?

A	Thérapie cognitive et comportementale
B	Association Dépendants Affectifs et Sexuels Anonymes
C	Bromure
D	Psychothérapie de soutien
E	Acetate de Cyproterone (Androcur)

76. Quelles sont les propositions exactes concernant le zolpidem ?

A	Le zolpidem est un hypnotique apparenté aux benzodiazépines
B	C'est un agoniste GABAergique A
C	Son effet thérapeutique est aussi lié à l'inhibition de la recapture de la sérotonine
D	Il peut avoir des effets amnésiants
E	Il peut être utilisé comme médicament anti-dépresseur

77. Indiquez les items exacts concernant les médicaments hypnotiques comme le zolpidem :

A	Il ne doit être utilisé que comme hypnotique, c'est à dire pour favoriser l'endormissement
B	L'existence de prises dans la journée évoque un mésusage
C	Il est contre-indiqué en cas d'insuffisance respiratoire sévère ou de syndrome d'apnées du sommeil
D	Il est formellement contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique modérée
E	La durée de sa prescription est limitée à 12 semaines

78. Quelles sont les propositions exactes concernant le zolpidem ?

A	Le risque de dépendance aux benzodiazépines est augmenté pour M.Sempy
B	Les benzodiazépines protègent du risque suicidaire
C	Leur interruption brutale peut se compliquer d'hallucinations visuelles
D	Une benzodiazépine à demi-vie courte peut être arrêtée brutalement
E	L'arrêt du zolpidem peut se faire par l'utilisation transitoire d'une benzodiazépine à demi-vie longue

VU

NANCY, le **08 novembre 2020**

Le Président de Thèse

Professeur Paolo DI PATRIZIO

NANCY, le **09 novembre 2020**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11515C**

NANCY, le **12 novembre 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Résumé

Introduction : L'addiction reste un sujet majeur en médecine générale en 2019 : Les dernières études nous indiquent que 13% des décès sont causés directement ou indirectement par le tabac, tandis que l'alcool est responsable de 41 000 décès tous les ans. Le cannabis est également une source de préoccupation : près de 10% des garçons de 17 ans en ont un usage régulier. En 2004, 50% des médecins généralistes se sentaient efficaces dans la prévention des addictions ; dans ce cas, c'était près de 50 % pour le tabac, 33% pour l'alcool, et 20 % pour les autres drogues. Les jeunes médecins généralistes bénéficient d'une formation initiale appliquée en la matière : Au cours de leur cursus, de la PACES à la dernière année d'internat du DES de médecine générale avec notamment le séminaire d'addiction. L'objectif principal est d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale sur l'addiction en général, avant et après un séminaire portant sur des situations cliniques en addictologie

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle, descriptive, transversale par le biais de questionnaires (situations cliniques) une fois avant et une fois après le séminaire d'addictologie de la promotion d'internes de troisième année de médecine générale de Nancy de l'année universitaire 2019-2020. Une feuille de satisfaction était également distribuée. L'évolution des connaissances a été évaluée selon le test de Student

Résultats : Nous avons constaté qu'il n'y a pas de différences significatives entre les pré-tests et post-test pour les DP1, DP2 et DP3. En revanche, il existe une différence significative avec le DP4. Les valeur t de Student pour le DP4 est de 2.5337 pour un t théorique ($p<0.05$) à 2.021. Les aspects évalués du séminaire ayant été les plus appréciés correspondent à la pertinence du sujet avec une moyenne de 3.27, à la pédagogie du professeur avec une moyenne de 3.03 et à la qualité du cours avec une moyenne de 2.76. Cependant la moyenne de la qualité pédagogique du support du cours, média du cours et documents du cours n'a été évaluée qu'à 2.41 /4 et la qualité logistique qu'à 2.14 /4.

Conclusion : Le séminaire d'addictologie est globalement apprécié des étudiants. Le séminaire a fait le choix de proposer un apprentissage actif en petits groupes mais c'est un choix qui peut se discuter : la littérature montre que cela peut faire abandonner les étudiants dans leur apprentissage et il semble également que l'apprentissage sur le long terme soit moins bon par cette méthode que par une méthode d'apprentissage plus conventionnelle : cours magistral. Il pourrait être intéressant de proposer à la seconde moitié de la promotion un séminaire composé de cours magistraux et de vérifier l'état des connaissances des étudiants sur le long-terme (1 an) pour chaque demi-promotion afin d'évaluer quelle serait la méthode la plus propice pour favoriser la mémoire à long terme.

Mots-Clés : Addiction, Formation, Initiale, Séminaire, Evaluation.

Université de Lorraine