

## RECHERCHE ORIGINALE

# Impact de la visite d'un délégué de santé prévention sur la montée en compétences des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles addictifs : analyse secondaire de l'étude VIGJIL

Paul Vanderkam<sup>1,2,\*</sup>, Paula Alvarez<sup>1</sup>, François Alla<sup>2,3</sup>, Benoit Fleury<sup>4</sup>, Philippe Castera<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Département de médecine générale, université de Bordeaux, Bordeaux, France

<sup>2</sup> INSERM, Bordeaux population Health, U1219, I-prev/PHARES, Équipe Labellisée Ligue Contre le Cancer, Université de Bordeaux, France

<sup>3</sup> Service de prévention, CHU de Bordeaux, Bordeaux, France.

<sup>4</sup> Coreadd Nouvelle Aquitaine, Bordeaux, France

\* Correspondance : Département de médecine générale, Université de Bordeaux, rue Léo Saignat, 33000 Bordeaux, France, [paul.vanderkam@u-bordeaux.fr](mailto:paul.vanderkam@u-bordeaux.fr)

**Résumé :** L'étude VIGJIL (Visite des Jeunes Généralistes Installés Libéraux) suggère un impact du Délégué Santé Prévention (DSP) dans la capacité des médecins généralistes à orienter les patients vers les structures spécialisées en addictologie. Nous avons réalisé une analyse secondaire de ce travail afin d'apporter des enseignements dimensionnels sur la diminution des difficultés à orienter, repérer et prendre en charge les patients en addictologie. Méthodes : Une analyse transversale comparative entre groupes visités et non visités a été réalisée. Le test du chi<sup>2</sup> a été utilisé pour les comparaisons des variables qualitatives nominales et le test de student pour les variables quantitatives. **Résultats :** L'analyse transversale montre que le groupe visité a significativement moins de difficultés à orienter et prendre en charge les patients que le groupe non visités ( $p < 0,001$  et  $p = 0,016$  respectivement). **Conclusion :** Notre analyse secondaire, dimensionnelle, de l'étude VIGJIL auprès de jeunes médecins généralistes récemment installés montre un impact significatif de la visite du DSP sur la capacité des MG à identifier et orienter les cas complexes en addictologie mais également un engagement significatif dans le repérage précoce et l'intervention brève. L'engagement des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles addictifs dépend de plusieurs leviers liés à la formation, à la valorisation et à l'identification de ressources mobilisables en pratique et d'un réseau pour l'orientation des cas complexes.

**Mots clés :** Addiction, médecine générale, Pratiques en santé publique, intervention médicale précoce

## Abstract:

The VIGJIL (Visite des Jeunes GPistes Installés Libéraux) study suggests that the Délégué Santé Prévention (DSP) has an impact on GPs' ability to refer patients to specialist addictology facilities. We carried out a secondary analysis of this work in order to provide dimensional information on the reduction in difficulties in referring, identifying and managing addictology patients. **Methods:** A comparative cross-sectional analysis was carried out between visited and non-visited groups. The chi<sup>2</sup> test was used for comparisons of categorical variables and the Student's t test for quantitative variables. **Results:** The cross-sectional analysis showed that the visited group had significantly fewer difficulties in referring and managing patients than the non-visited group ( $p < 0.001$  and  $p = 0.016$  respectively). **Conclusion:** Our secondary, dimensional analysis of the VIGJIL study of young GPs who have recently taken up practice shows that visits by DSPs have a significant impact on GPs' ability to identify and refer complex addictology cases, but also a significant commitment to early identification and brief intervention. The involvement of GPs in the management of addictive disorders depends on several levers linked to training, promotion and the identification of resources that can be mobilized in practice and a network for the referral of complex cases.

**Key-words:** Addiction; general practitioner; public health practice; early medical intervention

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Généralités

Malgré de récents progrès dans la prise en charge des addictions, il persiste un nombre important de consommateurs importants de substances psychoactives en France [1]. Le tabac et l'alcool font partie des premières causes de décès évitables et certaines populations sont particulièrement exposées aux conséquences délétères de leur consommation comme les adolescents, les femmes ou les patients présentant des comorbidités psychiatriques [2–5].

En tant qu'acteur majeur des soins primaires, le médecin généraliste occupe une place importante dans la prise en charge des consommations de substances psychoactives. Il peut intervenir à plusieurs niveaux : dans le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) des conduites addictives, afin de favoriser l'entrée dans le soin le plus tôt possible [6–8], ainsi que dans la mise en place et le suivi d'un traitement, la réduction des risques et des dommages et l'orientation vers une structure spécialisée si nécessaire.

Leur investissement demeure cependant très perfectible. Malgré une amélioration du dépistage des troubles de l'usage du tabac et de l'alcool [9], un certain nombre de médecins généralistes déclarent être réticents au dépistage des comportements addictifs [9–11]. Les raisons le justifiant sont notamment le manque de temps, l'absence de demande, une formation insuffisante, ainsi que des représentations négatives. Ils mettent plus particulièrement en avant les difficultés à orienter efficacement les patients en addictologie [10,12]. De plus, le système de soins spécialisé apparaît comme complexe, avec différents types de structures hospitalières ou médico-sociales. Une étude menée en 2010 a fait état que la très grande majorité des soignants estimaient ne pas connaître suffisamment les personnes et les structures s'occupant des problèmes d'addictions dans leur environnement [13]. Ce manque de partenaires identifiés peut représenter un frein pour le médecin généraliste surtout s'il est récemment installé.

### 1.2. Délégués de Santé Prévention (DSP)

Une revue systématique des mesures mises en place dans quinze programmes incitant les médecins généralistes à prendre en charge les problèmes liés à l'alcool avait montré une augmentation de l'implication des généralistes dans le repérage et les interventions brèves de 13 à 15 % par rapport à leur pratique habituelle à la suite d'interventions pédagogiques effectuées en cabinet de ville [14,15]. La visite au cabinet ou visite de santé publique a prouvé son efficacité, notamment concernant les modifications de comportements professionnels des médecins, par rapport aux autres modes de diffusion des recommandations médicales (support papier, reminders, audit feed-back, enseignements théoriques passifs) [16,17].

L'étude de faisabilité en médecine générale du RPIB alcool (repérage précoce et intervention brève) réalisée par le réseau AGIR 33 de 2003 à 2005, qui a fusionné dans la COREADD (Coordination Régionale Addictions Nouvelle Aquitaine), a mis en évidence l'utilité du suivi des médecins généralistes par un assistant de recherche clinique [18]. Le projet de délégués santé prévention (DSP) est financé par l'ARS Aquitaine, aujourd'hui Nouvelle Aquitaine, depuis l'origine. Les objectifs de cette visite sont de changer les représentations sur les usagers et leurs conduites addictives, sur les structures spécialisées ainsi que de lever les freins à l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles addictifs en favorisant la coordination autour du patient.

La mise en place de la visite par un DSP auprès des jeunes praticiens a été à l'origine du projet VIJGIL (Visite des Jeunes Généralistes Installées Libéraux).

Une première évaluation a fait l'objet d'un travail de thèse soutenu en 2016 auprès de jeunes médecins récemment installés en Nouvelle Aquitaine et ayant bénéficié d'une visite de DSP comparativement à ceux n'en ayant pas reçu, à la suite d'une allocation aléatoire. Cette analyse catégorielle repose sur l'utilisation d'un questionnaire avant et après la visite de la DSP et suggère un impact de la DSP dans la capacité des médecins généralistes à orienter les patients vers les structures spécialisées pour les cas complexes [19], avec des résultats plus contradictoires sur l'amélioration des compétences dans le repérage et l'intervention brève.

### 1.3. Objectifs de l'étude

Afin d'étayer l'hypothèse selon laquelle la mise en place d'une visite de DSP permettrait une diminution des difficultés à orienter, repérer et prendre en charge les patients en addictologie par les médecins généralistes récemment installés en libéral en Aquitaine, nous avons réalisé une analyse secondaire des données de l'étude

avec pour objectif d'introduire un aspect dimensionnel.

Notre objectif principal est de comparer les difficultés ressenties à orienter les patients en addictologie, entre les médecins visités comparativement aux médecins non visités.

Nos objectifs secondaires sont de comparer les difficultés ressenties au repérage et à la prise en charge des patients entre les deux groupes (visités et non visités), de mesurer la perception de la visite de santé publique ainsi que de mesurer un changement de pratique.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **2.1. Schéma général, participants et procédure**

L'étude VIJGIL (Visite des Jeunes Généralistes Installés Libéraux) a été portée par l'association AGIR 33 Aquitaine, devenue coordination régionale addictions Nouvelle-Aquitaine (COREADD NA). Il s'agissait d'un essai contrôlé randomisé à deux bras : « médecins visités » vs « médecins non visités ».

Ce travail a été mené auprès de jeunes médecins installés en ex-aquitaine entre le 1er janvier 2013 et le 29 février 2016 selon des données transmises par l'assurance maladie, sans exercice particulier exclusif, y compris collaborateurs, disponibles à la visite et à l'étude sur au moins 6 mois.

N'étaient pas inclus les médecins déjà visités ou de la partie SUD de l'Aquitaine (visite assurée par une autre association RESAPSAD), ayant un exercice particulier exclusif, refusant la participation, envisageant de changer ou arrêter leur exercice dans les 6 mois à partir du premier questionnaire.

Étaient exclus pour l'étude les médecins dont les questionnaires étaient incomplets, inexploitable ou non identifiables (sauf pour les données du questionnaire initial si exploitables), ainsi que les médecins ayant abandonné leur activité entre les deux questionnaires, n'ayant pas répondu au deuxième questionnaire, n'ayant pas participé malgré leur accord, étant injoignables, en arrêt maladie ou maternité, ou n'ayant pas déclaré un critère de non-inclusion lors du contact initial.

#### **2.2.1. Randomisation**

La randomisation a été effectuée afin d'obtenir deux groupes : V pour les médecins visités et NV pour les médecins non visités.

A partir d'un tableau contenant tous les médecins répondant aux critères d'inclusion/non inclusion, une randomisation au hasard a été effectuée avec les outils du logiciel « EXCEL® » avec un rapport 1 :1.

#### **2.2.2. Déroulement de l'étude**

La première phase correspond à une enquête « avant ».

Un appel téléphonique était réalisé auprès des médecins identifiés par l'Assurance Maladie d'Aquitaine. Après la présentation de l'étude par la doctorante Paula Alvarez et la vérification des critères d'éligibilité, le consentement oral des médecins a été recueilli avec transmission du questionnaire « avant » par courriel ou voie postale.

La deuxième phase correspond à l'enquête « après », identique au premier questionnaire, renvoyé à plus de 3 mois d'intervalle du questionnaire « avant » et de l'intervention. Tous les médecins ayant répondu à l'enquête initiale recevaient le deuxième questionnaire en ligne ou sous format papier, selon les mêmes procédures.

#### **2.2.3 Intervention**

L'intervention est la visite de la DSP, réalisée à la suite du questionnaire « avant ». Celle-ci a été réalisée entre le 8 mars et le 23 juin 2016. La date a été fixée, de façon coordonnée, entre la doctorante (réception du questionnaire « avant » pour donner le feu vert à la visite) et la DSP (prise du rendez-vous selon l'accord du médecin). Dès la visite, la doctorante est informée par la DSP de sa réalisation. La doctorante et la DSP sont les seules personnes à disposer de l'identité des médecins de l'étude, ainsi que de leur répartition dans les deux groupes.

### **2.2. Mesures**

Le questionnaire a été construit dans la suite d'un pré-test réalisé auprès de huit médecins généralistes récemment installés. Il est composé de seize items mesurant l'adhésion à une affirmation par une échelle de

Likert à quatre niveaux -choix forcé) pour quinze items et à trois niveaux pour un item. La cotation est réalisée de 1 à 3 ou 4, un score élevé étant proportionnel à une augmentation des difficultés ou à une perception péjorative.

Les neuf premières questions abordaient les difficultés d'orientation et de prise en charge des patients en addictologie avec différentes thématiques :

- L'abord des consommations en soins premiers (question 1 à 2)
- La facilité d'accompagnement des patients selon le produit consommé : alcool, tabac, opiacés, cannabis (questions 3 à 6)
- Les obstacles les plus fréquemment retrouvés : manque de temps, l'absence de demande du patient ainsi que le manque de formation

Les questions 10 à 14 cherchaient à circonscrire les difficultés d'orientation des patients et à mesurer l'adhésion à une proposition d'un annuaire en ligne.

La question 15 permettait d'évaluer les critères d'inclusion, puis la satisfaction au second questionnaire.

La question 16 explorait la perception et l'adhésion à cette visite.

### 2.3. Critères de jugement

Des scores composites ont été calculés pour mesurer les difficultés d'orientation (somme des réponses de 10 à 14), les difficultés de repérage et prise en charge (somme des réponses de 1 à 9), ainsi que la perception de la visite du DSP (question 16).

Le critère de jugement principal étant le score composite difficultés d'orientation au second questionnaire et son évolution avant-après calculé entre groupes visités et non visités.

Les critères de jugement secondaires sont la mesure du score de repérage, de perception des patients ainsi que du score global au second questionnaire et leur évolution avant-après entre visités et non visités.

### 2.4. Recueil et traitement des données

Les réponses au questionnaire en ligne ont été automatiquement intégrées sur un tableau EXCEL®. Les réponses au questionnaire papier ont été saisies manuellement. Le logiciel Jamovi version 2.4.14 a été utilisé. Les données ont été analysées en exprimant les variables qualitatives sous forme d'effectifs et de pourcentages et les variables quantitatives sous forme de moyennes et écarts types.

Une analyse transversale comparative entre groupes visités et non visités a été réalisée. Le test du chi<sup>2</sup> a été utilisé pour les comparaisons des variables qualitatives nominales et le test de student pour les variables quantitatives.

L'analyse avant-après a été réalisée pour les scores composites avec un test de student avec calcul de différences de moyenne. L'hypothèse étant une diminution des scores plus importantes dans le groupe visité comparativement aux non visités entre les deux questionnaires.

Nous avons fixé le seuil de significativité statistique à 0,05.

### 2.5. Mesures éthiques et réglementaires

L'étude ayant été réalisée avant la parution du décret de la loi Jardé en novembre 2016, la soumission au CPP n'était pas requise pour un tel essai visant les changements de pratiques. Une autorisation CNIL était délivrée à l'association AGIR 33 Aquitaine pour la saisie de données concernant ses activités de visite DSP (n°1843929). La visite ainsi que l'étude étaient financées par l'ARS Nouvelle Aquitaine dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2014-2016.

## 2. RESULTATS

### 3.1 Recrutement des participants et caractéristiques sociodémographiques

Sur les 342 médecins de la population source identifiés à partir des données de l'Assurance Maladie (requête spécifique), 112 (32,7%) n'ont pu être inclus, la plupart ayant un exercice particulier ou ayant déjà bénéficié d'une visite de DSP.

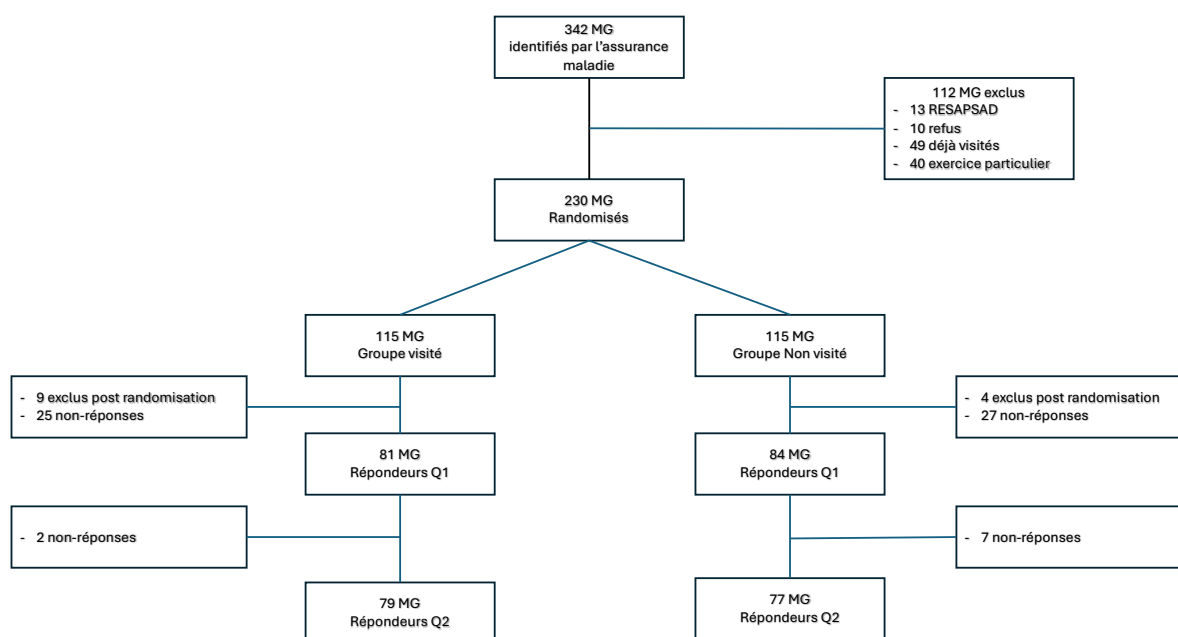


Figure 1. Diagramme de flux de l'étude

|   | Visités n=81<br>N(%) | Non visités,<br>n=84<br>N(%) | P<br>Chi 2     |
|---|----------------------|------------------------------|----------------|
| Femme   | 44 (54,3%)           | 52 (61,9%)                   | 0,323          |
|   | <i>M (sd)</i>        | <i>M (sd)</i>                | <i>Student</i> |
| 1- Aborder les consommations d'alcool, tabac et autres drogues avec les patients est important      | 1.19 (0,48)          | 1.18 (0,44)                  | 0.927          |
| 2- Aborder ces consommations avec les patients est le plus souvent facile                           | 2.32 (0,70)          | 2.48 (0,59)                  | 0.126          |
| 3- Accompagner les patients dépendants à l'alcool est le plus souvent facile                        | 3.23 (0,60)          | 3.23 (0,57)                  | 0.926          |
| 4- Accompagner les patients sous traitement de substitution aux opiacés est le plus souvent facile  | 2.95 (0,77)          | 2.83 (0,77)                  | 0.332          |
| 5- Accompagner les patients pour un sevrage tabagique est le plus souvent facile                    | 2.51 (0,69)          | 2.58 (0,66)                  | 0.465          |
| 6- Accompagner les patients consommateurs de cannabis est le plus souvent facile                    | 3.12 (0,68)          | 3.11 (0,62)                  | 0.872          |
| 7- Le manque de temps est un obstacle important   | 3.23 (0,79)          | 3.15 (0,86)                  | 0.536          |
| 8- L'absence de demande du patient est un obstacle important  | 3.40 (0,66)          | 3.33 (0,75)                  | 0.577          |
| <b>9- Mon manque de formation est un obstacle important</b>   | <b>2.90 (0,69)</b>   | <b>2.61 (0,75)</b>           | <b>0.009</b>   |
| 10- Je me sens isolé(e) pour accompagner des patients pour leurs addictions                         | 2.81 (0,79)          | 2.65 (0,70)                  | 0.171          |
| 11- Identifier les ressources en addictologie de son territoire est facile                          | 2.75 (0,80)          | 2.79 (0,69)                  | 0.780          |
| 12- Joindre une ressource pour avoir des conseils est simple  | 3.00 (0,76)          | 2.96 (0,72)                  | 0.757          |
| 13- Un annuaire en ligne des ressources pourrait constituer une aide                                | 1.38 (0,54)          | 1.42 (0,56)                  | 0.693          |
| 14- J'utilise déjà un annuaire pour les ressources addictologiques dans ma pratique professionnelle | 1.70 (0,53)          | 1.67 (0,59)                  | 0.673          |
| 16- Une visite de santé publique en addictologie pourrait constituer une aide                       | 1.59 (0,65)          | 1.70 (0,69)                  | 0.294          |
| V1 Repérage/prise en charge   | 24.85 (2,87)         | 24.50 (3,2)                  | 0.454          |
| V1 Difficultés ressenties   | 11.65 (2,20)         | 11.50 (1,77)                 | 0.592          |
| V1 Perception   | 1.59 (0,65)          | 1.70 (0,69)                  | 0.294          |
| V1 Global   | 38,10 (4,41)         | 37.70 (3,88)                 | 0.528          |

Tableau 1. Caractéristiques des participants ayant répondu au premier questionnaire

Pour 230 médecins contactés pour le premier questionnaire, 165 réponses valides ont été reçues au 9 juin 2016. Sur 165 médecins contactés pour le second questionnaire, 156 réponses valides ont été reçues au 5 février 2017, date limite de réponse, soit un taux de supérieur à 90%.

Les analyses entre groupes randomisés ne montrent pas de différence significative sur le genre et sur la plupart des réponses au questionnaire. Concernant l'analyse dimensionnelle les médecins randomisés dans le groupe visités voient le manque de formation en addictologie de façon plus péjorative que les médecins non visités (p=0,009).

### 3.2. Critères de jugement principal

L'analyse transversale montre que le groupe visité a significativement moins de difficultés à orienter les patients que le groupe non visités ( $p<0,001$ ) (tableau 2 et figure 2). L'analyse avant-après (tableau III) montre également une diminution significative du score dans le groupe visités ( $p<0,001$ ) alors qu'il augmente légèrement de façon non significative dans le groupe n'ayant pas reçu de visite.

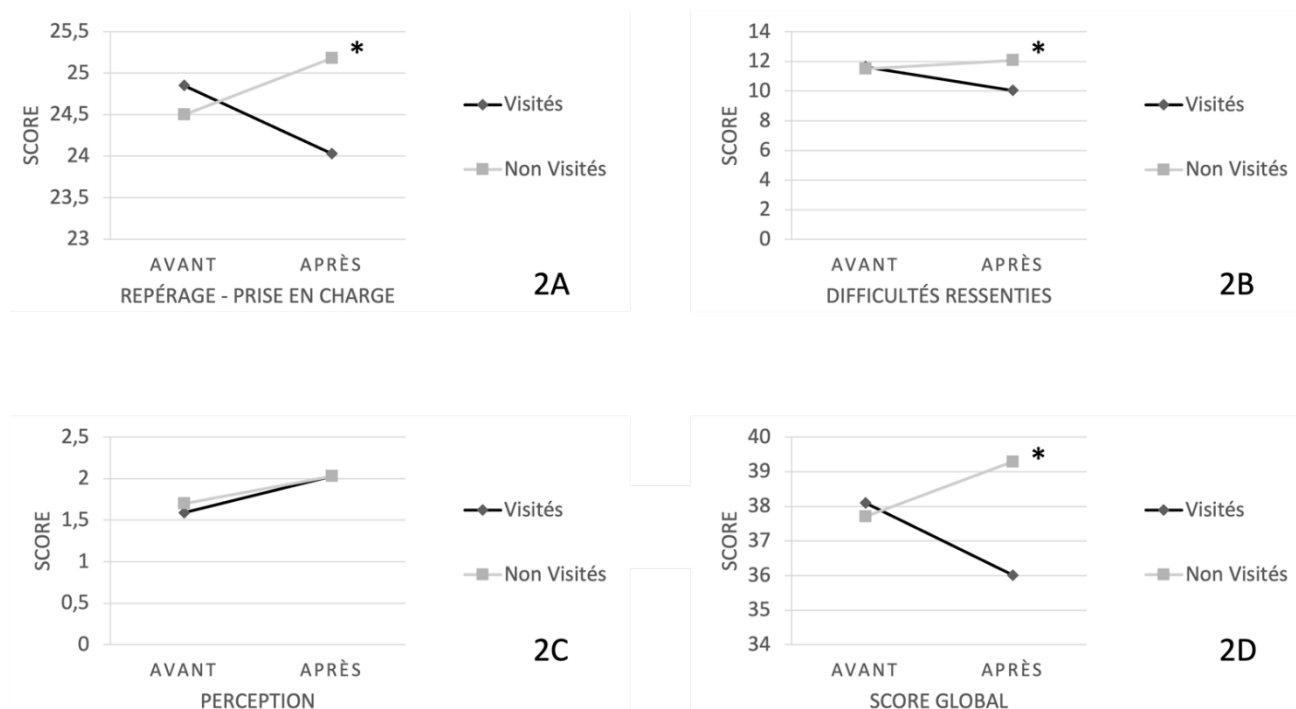


Figure 2. Evolutions des scores composites, \* $p<0,05$

| Student/Chi 2               | Visités<br>N(%) ou m(sd)<br>N=79 | Non visités<br>N(%) ou m(sd)<br>N=77 | P      |
|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------|
| <b>Analyse transversale</b> |                                  |                                      |        |
| Repérage/prise en charge    | 24,03 (3,49)                     | 25,18 (3,17)                         | 0.016  |
| Difficultés ressenties      | 10,05 (2,13)                     | 12,08 (1,88)                         | < .001 |
| Perception des visites      | 2,03 (0,95)                      | 2,03 (0,92)                          | 0.498  |
| Global                      | 36,01 (4,97)                     | 39,29 (4,34)                         | < .001 |

Tableau 2. Analyse transversale des scores composites

### 3.3 Critères de jugement secondaires

| Student/wilcoxon appariement | Visités N=79 |        | Non visités N=77 |      |
|------------------------------|--------------|--------|------------------|------|
|                              | Dm (SE)      | p      | Dm (se)          | p    |
| Repérage                     | 0,86 (0,35)  | 0,008  | -0,72(0,36)      | 0,98 |
| Difficultés ressenties       | 1,63 (0,28)  | <0,001 | -0,57 (0,25)     | 0,99 |
| Perception                   | -0,44 (0,12) | 1,00   | -0,31 (0,12)     | 1,00 |
| Global                       | 12,05 (0,56) | 0,03   | -1,61 (0,49)     | 1,00 |

Tableau 3. Analyse avant-après des scores composites

L'analyse transversale des autres scores composites montre une plus grande facilité de repérage et de prise en charge pour les médecins visités et un score global plus bas comparativement aux non visités ( $p=0,016$  et  $p<0,001$  respectivement) (tableau 2).



L'analyse avant-après met également en évidence une diminution statistiquement significative des scores composites repérage et global dans le groupe visité ( $p < 0,008$  et  $p < 0,03$ ) (tableau 3).

### 3. DISCUSSION

#### 3.1. Résultats principaux

L'approche dimensionnelle à partir des données de l'étude VIGJIL montre un impact significatif de la visite des délégués de santé prévention dans la capacité des jeunes MG à orienter des patients vers des structures de soins spécialisés mais également à repérer et identifier les patients avec un problème d'addiction.

#### 4.2. Validité interne

Notre étude comporte cependant plusieurs limites internes. L'analyse a été faite per protocole sur 165 questionnaires renseignés sur 230 MG randomisés, soit un taux de retour de 71,7%. De plus l'absence d'aveugle expose à un biais de désirabilité de la part des médecins visités. Un groupe contrôle permettant l'aveugle paraissait difficilement réalisable, l'intervention testée étant elle-même conçue pour être minimale. Il serait possible de comparer deux contenus de visite différents dans une prochaine étude.

Aucun effet n'a été mesuré sur la perception de la visite du DSP mais celle-ci a été mesurée par seulement un item sur l'utilité de cette visite (question 16). D'autres dimensions auraient pu être explorées par les déterminants de la viabilité et de l'accessibilité de la DSP par les MG [20].

Nos résultats apportent un complément important par rapport aux premières analyses catégorielles de Paula Alvarez [19]. Dans l'étude princeps est retrouvé également une amélioration de la capacité des MG visités à orienter plus facilement leur patient pour leur addiction (question 10 à 14). Cependant, l'analyse n'avait pas pu mettre en évidence une diminution des difficultés de repérage et de prises en charge des patients dans le groupe visité, ce que montre bien la baisse des scores composites dans notre étude comparativement au groupe non-visité.

#### 4.3. Une intervention qui mobilise plusieurs leviers

Nous pensons que cette intervention permet de mobiliser différents leviers utiles à l'implication des MG dans la prise en charge des troubles addictifs.

La littérature montre que ce manque d'implication de certains praticiens est souvent en lien avec des représentations péjoratives du médecin envers son patient, mais également envers ses propres capacités d'actions. Par ailleurs les patients craignent de demander de l'aide à leur médecin et ont une faible perception de l'efficacité des traitements d'aide au sevrage, alors que les médecins généralistes craignent de mettre en danger l'alliance thérapeutique en sous-estimant la motivation de leur patient à changer de comportement [9,21,22]. Comme le montre le dernier état des lieux de la DREES sur les pratiques des MG face aux conduites addictives, les choses ne sont pas égales selon les substances en jeu. Le repérage est plus important pour la consommation de tabac (66%) que pour celle de l'alcool (43%) [9]. Une proportion importante de MG ne connaît pas le RPIB (67%). Les médecins généralistes travaillant en MSP ont davantage tendance à prendre en charge les troubles addictifs en autonomie [9,11]. Le profil des médecins qui s'impliquent dans la prise en charge des troubles addictifs est jeune (inférieur à 45 ans) et travaillant en exercice pluriprofessionnel, ce qui devrait encourager les pouvoirs publics à développer des interventions accessibles et des outils mobilisables [9,11].

Plusieurs leviers sont identifiés dans la littérature. Sur la question spécifique du tabac, Stead et al., en 2009, ont synthétisé les différentes barrières à l'engagement des médecins généralistes dans la prise en charge du tabagisme [12]. Plusieurs dimensions sont en jeu. Deux sont liées aux caractéristiques du médecin et du patient : le statut tabagique du praticien, la perception de son rôle dans le sevrage ; pour le patient le fait d'être enceinte, d'être motivé, de présenter une dépendance forte ainsi que des pathologies induites par le tabac. Deux autres sont liées à des facteurs structurels liés à la formation, aux remboursements des traitements d'aide à l'arrêt (accessibilité), ainsi que l'interaction avec des structures spécialisées [12].

Plusieurs travaux montrent un impact de la formation dans l'amélioration du sentiment d'aptitude en addictologie, avec une évolution positive des représentations des médecins généralistes. L'étude FIAM, parue en 2019 et réalisée auprès de 284 jeunes médecins ayant terminé leur internat montre un impact significatif des formations obligatoires en addictologie sur la compétence des médecins généralistes [23]. Une autre publication montre également un impact significatif d'une formation d'au minimum six heures en addictologie sur les représentations péjoratives des internes envers les patients présentant un trouble de l'usage de substances [24].

D'autres leviers sont identifiés en lien avec des contraintes structurelles. Les consultations addictologiques sont vécues comme chronophages, avec une difficulté d'identifier des outils mobilisables en pratique. L'organisation de la pratique est ainsi importante et le fait de travailler en pluriprofessionnalité est un facteur d'engagement important. La prise en charge des troubles addictifs en soins primaires repose sur la capacité du MG à pouvoir l'intégrer à sa pratique. Dans leur revue de la littérature, Provost et al. s'intéressent à la description, à l'impact et aux conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. Il en ressort la nécessité de combiner plusieurs actions avec des interventions « multifacettes » afin de viser plusieurs déterminants de la pratique (l'organisation, le clinicien et le patient). L'intensité de l'intervention, le soutien, le fait d'avoir un professionnel attitré en prévention avec un système de rappel et une répartition claire des tâches sont des éléments favorisant la réussite d'un dispositif [25]. En adoptant une stratégie « aller-vers », les DSP facilitent le transfert de compétences ainsi que la diffusion d'informations concernant les ressources disponibles et les outils conçus pour les soins primaires. Bien que cette étude fournisse des données sur une démarche proactive de visite auprès des médecins généralistes, une validation du contenu pourrait être envisagée dans le cadre d'une future étude comparative.

## 5. CONCLUSION

L'engagement des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles addictifs dépend de plusieurs leviers liés à la formation, à la valorisation et à l'identification de ressources mobilisables en pratique ainsi que d'un réseau pour l'orientation des cas complexes.

Notre analyse secondaire, dimensionnelle, de l'étude VIGJIL auprès de jeunes médecins généralistes récemment installés montre un impact significatif de la DSP sur la capacité des MG à identifier et orienter les cas complexes en addictologie, mais également un engagement significatif dans le repérage précoce et l'intervention brève.

Cette intervention semble être utile pour développer et accentuer la capacité des MG à s'impliquer dans la prise en charge des troubles addictifs.

**Contribution des auteurs :** Conceptualisation, PV, PC, PA.; écriture de l'article, , PV, PC, PA.; relecture et correction de l'article, PV, PC, PA, FA, BF.; supervision, PV, PC.; Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

**Sources de financements :** ARS nouvelle Aquitaine.

**Remerciements :** Nous tenons à remercier la Coordination Régionale Addictions de Nouvelle Aquitaine (COREADD NA) et tout particulièrement la déléguée santé prévention chargée des territoires de l'étude, Madame Catherine MEURANT.

**Liens et/ou conflits d'intérêts :** La loi française définit que toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés, de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction, constitue un conflit d'intérêt. La notion de lien d'intérêt recouvre quant à elle les liens professionnels et financiers qui unissent une personne physique à une personne morale ou à une autre personne physique dont une activité entre dans le champ du thème abordé dans la présente publication. Elle concerne également les liens institutionnels, familiaux, intellectuels ou moraux.

## 4. REFERENCES

1. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, & Eroukmanoff V. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023. Tendances. 2024.
2. Kopp P. Le coût social des drogues : estimation en France en 2019. Notes OFDT. 2024
3. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2013 Nov 9;382(9904):1564–74.
4. Chang CK, Hayes RD, Broadbent M, Fernandes AC, Lee W, Hotopf M, et al. All-cause mortality among people with



- serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: a cohort study. *BMC Psychiatry*. 2010 Sep 30;10:77.
5. Douchet, M. A. Tabagisme et arrêt du Tabac en 2022. OFDT. (2023).
6. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2011 Oct;59(5):285–94.
7. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cited 2024 Nov 12];(5). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000165.pub4/full>
8. Wheat H, Barnes RK, Aveyard P, Stevenson F, Begh R. Brief opportunistic interventions by general practitioners to promote smoking cessation: A conversation analytic study. *Social Science & Medicine*. 2022 Dec 1;314:115463.
9. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. *Les dossiers de la DREES*. 2019
10. Maurat F. Repérage précoce et intervention brève des mésusages d'alcool : étude de faisabilité auprès de 97 médecins généralistes girondins sur une année. 2006. 145 p. [Thèse]. [Université de Bordeaux]; 2006.
11. Gautier, A., Fournier, C., & Beck, F. (2011). Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. *Actual Dossier Santé Publique*, 77, 6-10.
12. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G, Team the PER. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *The British Journal of General Practice*. 2009 Aug 11;59(566):682.
13. Castera P, Augere F, Valadie-Jeannel M, Fleury B, Ducos G. Visite de santé publique en médecine générale : étude comparative secteur visité versus non visité. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013 Oct;61:S211–S211.
14. Anderson P., Gual A., Colom J., INCa (trad.) *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves*. Paris, 2008 ; 141 p.
15. Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Funk M, Heather N, Wensing M, Grol R, Gual A, Pas L; WHO Brief Intervention Study Group. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO col-laborative study. *Alcohol Alcohol*. 2004;39(4):351-6. doi: 10.1093/alcalc/agh072. PMID: 15208170.
16. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2007 [cited 2024 Nov 28];(4). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000409.pub2/abstract>
17. Flodgren G, O'Brien MA, Parmelli E, Grimshaw JM. Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019 [cited 2024 Nov 28];(6). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000125.pub5/full>
18. Demeaux JL, Desautly-Cluzan L, Meurant C, Castéra P. Délégué Santé Prévention : pour que le généraliste ne soit plus seul devant l'addiction - Alcool, tabac, cannabis : une étude de faisabilité en Gironde. *Médecine*. 2007 Oct 1;3(8):378–81.
19. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie : étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine [Thèse]. [Université de Bordeaux]; 2018.
20. Alla, François, Linda Cambon, and Valéry Ridde. *La recherche interventionnelle en santé des populations: concepts, méthodes, applications*. IRD éditions, 2024.
21. Cogordan C, Quatremère G, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Dialogue entre médecin généraliste et patient : les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2020 Nov 1;68(6):319–26.
22. Gautier A. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis: INPES éd; 2011. (Baromètres santé).
23. Binder P, Brabant Y, Ingrand P, Castera P, Di Patrizio DP, Laporte C, et al. Influence des choix pédagogiques et des représentations sur les connaissances et raisonnements en addictologie chez les étudiants en fin de DES de médecine générale. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2019;231–57.
24. Dupouy J, Vergnes A, Laporte C, Kinouani S, Auriacombe M, Oustric S, et al. Intensity of previous teaching but not diagnostic skills influences stigmatization of patients with substance use disorder by general practice residents. A vignette study among French final-year residents in general practice. *Eur J Gen Pract*. 2018 Dec;24(1):160–6.
25. PROVOST, M.-H., L. MOREAULT et L. CARDINAL. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. *Revue de la littérature, mise à jour 2007-2014*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, 93 p. (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives)

## 7. ANNEXES

### Questionnaire « AGIR 33 Aquitaine »

Trois premières lettres NOM : \_\_\_\_\_ Première lettre PRENOM : \_\_\_\_\_ Homme : \_\_\_\_\_ Femme : \_\_\_\_\_

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>1- Aborder les consommations d'alcool, tabac et autres drogues avec les patients est important</b>  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>2- Aborder ces consommations avec les patients est le plus souvent facile</b>   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>3- Accompagner les patients dépendants à l'alcool est le plus souvent facile</b>  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>4- Accompagner les patients sous traitement de substitution aux opiacés est le plus souvent facile</b>  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>5- Accompagner les patients pour un sevrage tabagique est le plus souvent facile</b>  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>6- Accompagner les patients consommateurs de cannabis est le plus souvent facile</b>  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>7- Le manque de temps est un obstacle important</b>   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>8- L'absence de demande du patient est un obstacle important</b>  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>9- Mon manque de formation est un obstacle important</b>  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>10- Je me sens isolé(e) pour accompagner des patients pour leurs addictions</b>   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>11- Identifier les ressources en addictologie de son territoire est facile</b>  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>12- Joindre une ressource pour avoir des conseils est simple</b>  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>13- Un annuaire en ligne des ressources pourrait constituer une aide</b>  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |
| <b>14- J'utilise déjà un annuaire pour les ressources addictologiques dans ma pratique professionnelle</b>   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Oui   | <input type="checkbox"/> Non                                    | <input type="checkbox"/> Ne sait pas     |   |
| <b>15- Avez-vous déjà reçu la visite d'une personne pour vous donner des informations sur les ressources en addictologie sur votre territoire (visite de santé publique) ?</b> |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> OUI et vous avez été satisfait  | <input type="checkbox"/> OUI mais vous n'avez pas été satisfait | <input type="checkbox"/> NON             |   |
| <b>16- Une visite de santé publique en addictologie pourrait constituer une aide</b>   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord  | <input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord                    | <input type="checkbox"/> Plutôt d'accord | <input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord |

Annexe 1. Questionnaire

| <i>Student/Chi 2</i> | <i>Visités<br/>N(%) ou m(sd)<br/>N=77</i> | <i>Non visités<br/>N(%) ou m(sd)<br/>N=74</i> | <i>P</i>         |
|----------------------|---|---|------------------|
| 1-                   | 1,27 (0,55)                               | 1,27 (0,45)                                   | 0.466            |
| 2-                   | 2,39 (0,65)                               | 2,55 (0,68)                                   | 0.076            |
| 3-                   | 3,08 (0,66)                               | 3,17 (0,68)                                   | 0.193            |
| 4-                   | <b>2,81 (0,74)</b>                        | <b>3,05 (0,73)</b>                            | <b>0.021</b>     |
| 5-                   | <b>2,30 (0,77)</b>                        | <b>2,52 (0,72)</b>                            | <b>0.037</b>     |
| 6-                   | <b>2,97 (0,58)</b>                        | <b>3,14 (0,60)</b>                            | <b>0.038</b>     |
| 7                    | 3,24 (0,77)                               | 3,34 (0,70)                                   | 0.206            |
| 8-                   | 3,28 (0,75)                               | 3,32 (0,72)                                   | 0.347            |
| 9-                   | <b>2,68 (0,74)</b>                        | <b>2,82 (0,79)</b>                            | 0.137            |
| 10-                  | <b>2,59 (0,78)</b>                        | <b>2,81 (0,78)</b>                            | <b>0.047</b>     |
| 11                   | <b>2,19 (0,79)</b>                        | <b>2,99 (0,66)</b>                            | <b>&lt; .001</b> |
| 12                   | <b>2,58 (0,73)</b>                        | <b>3,03 (0,70)</b>                            | <b>&lt; .001</b> |
| 13                   | 1,30 (0,46)                               | 1,55 (0,62)                                   | 0.003            |
| 14                   | <b>1,38 (0,60)</b>                        | <b>1,70 (0,59)</b>                            | <b>&lt; .001</b> |
| 15 - Satisfaction    |   |   |                  |
| Satisfait            | 70 (89,7)                                 |   |                  |
| Non satisfait        | 8 (10,3)                                  |   |                  |

**Annexe 2.** Résultats au second questionnaire