



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 046

# Médecin généraliste face aux principales addiction aux substances psycho-actives

---

## THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 06/04/2018

PAR

**M. Mustapha GHAZOU**

Né le 20 Juillet 1988 à Azrou

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

---

## MOTS-CLES

Addictions – Substance Psychoactives – Dépistage  
Médecin généraliste – Etude qualitative.

---

## JURY

**Mme. F. MANOUDI**

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENT

**M. A. BENALI**

Professeur agrégé de Psychiatrie

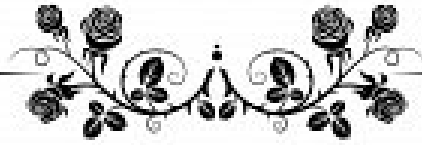
RAPPORTEUR

**M. M. ZIANI**

Professeur agrégé de Médecine interne

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ۝ خَلَقَ الْإِنْسَانَ  
مِنْ عَلَقٍ ۝ اقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ ۝ الَّذِي  
عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ۝ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمُ ۝  
صدقة الله العظيم



# *Serment d'hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je  
m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.  
Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes  
malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles  
traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération  
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon  
contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

*Déclaration Genève, 1948*





**LISTE  
DES**

**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

<b>Nom et Prénom</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Nom et Prénom</b>	<b>Spécialité</b>
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie

ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

<b>Nom et Prénom</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Nom et Prénom</b>	<b>Spécialité</b>
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A

BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Nouredine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie

EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

### Professeurs Assistants

<b>Nom et Prénom</b>	<b>Spécialité</b>	<b>Nom et Prénom</b>	<b>Spécialité</b>
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie

ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie

ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo- phtisiologie
HAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-Vasculaire



# DEDICACES

*« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ;  
elle sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »*

*Marcel Proust .*

*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes  
qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut  
pour atteindre mon objectif.*



*C'est avec amour, respect et gratitude que  
je dédie cette thèse ...✍*

## *À Allah*

*Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, Le tout puissant,  
Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin. Je vous dois ce  
que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais InchaAllah.  
Soumission, louanges et remerciements Pour votre clémence et  
miséricorde.*

## *À ma très chère Mère*

*Aucun mot ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour toi,  
Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien moral tout au long de mes  
études.*

*Merci pour tous tes sacrifices, merci pour ta bonté, merci pour  
ta tendresse et ton grand amour*

*En ce jour, j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves,  
sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu  
m'as donné et fait pour moi.*

*Puisse dieu, tout puissant te préserver du mal, combler de santé, de bonheur  
et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour*

## *À mon cher père*

*Tu m'as élevée dans l'honneur, la droiture et la dignité  
Je souhaite que cette thèse t'apporte la joie de voir aboutir tes  
espoirs et j'espère avoir été digne de ta confiance.*

*Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices que tu as  
consentis pour mon éducation et mon bien être.*

*Puisse Dieu le tout puissant, te procurer santé, bonheur et longue vie.*

*À mes chères sœurs  
Et à mon cher frère  
Ghazoui Brahim*

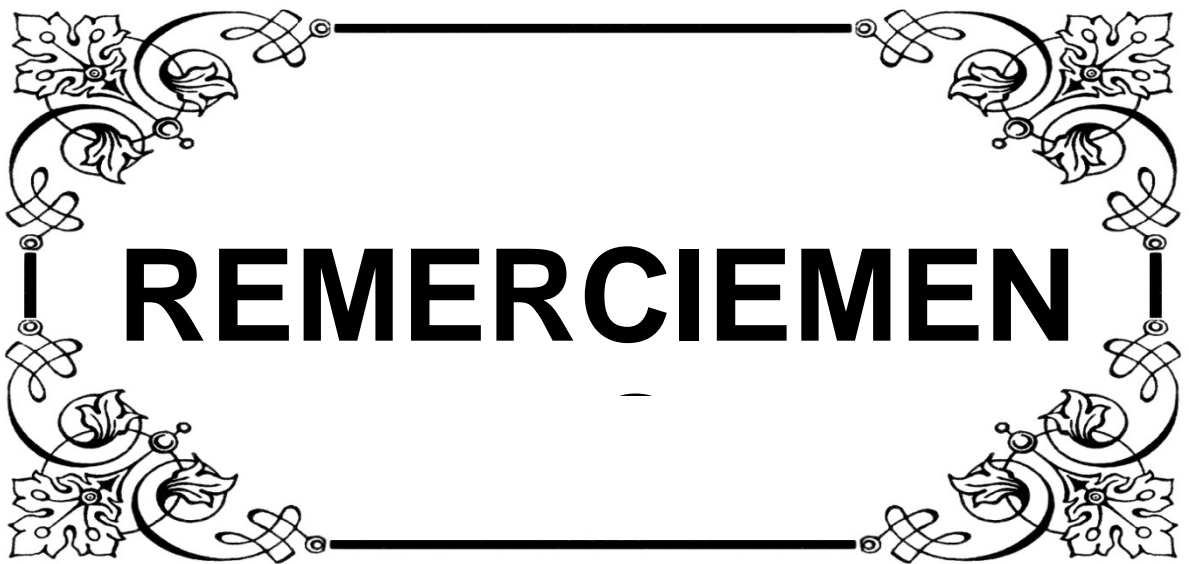
*Ghazoui Khadija, Ghazoui Zhour, Ghazoui Fatima, Ghazoui Souad*

*Vous qui étiez toujours quelque part à mes côtés,  
Vous qui me soufflez des mots d'espoir et d'amour et de tendresse,  
Vous qui me donnez à chaque fois le courage de continuer mon chemin,  
C'est par vos actes et vos paroles  
Par vos regards et vos sourires, Que j'ai pu traverser ce long chemin,  
Et tenir jusqu'au bout, Vous tous, aussi aimants qu'aimables,  
Je vous offre ce travail, Qui est le vôtre avant d'être le mien*

*À mes ami(e)s et collègues,*

*À tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs !  
Je vous souhaite tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité.*

*À tous ceux qui me sont très chers et que j'ai omis de citer qu'ils me  
pardonnent...*



**¡ REMERCIEMEN !**

*À notre maître et Rapporteur de thèse : Pr. Abdeslam BENALI  
Professeur de Psychiatrie, chef de service de psychiatrie à l'hôpital  
militaire Avicenne.*

*Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant avec gentillesse et spontanéité, de diriger et d'encadrer mon travail. J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction. Vos conseils et recommandations, votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur, et votre attention ont vastement contribué à la réalisation de cette thèse et ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect. Veuillez accepter, cher Maître, l'assurance de mon estime, ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude*

*A notre maître et Présidente de thèse : Pr. Fatima MANOUDI  
Professeur d'Enseignement supérieur de Psychiatrie au CHU  
Mohammed VI de Marrakech*

*Vous m'avez faite un grand honneur en acceptant aimablement la présidence de mon jury de thèse.*

*Votre modestie jointe, à vos compétences professionnelles et humaines seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession.*

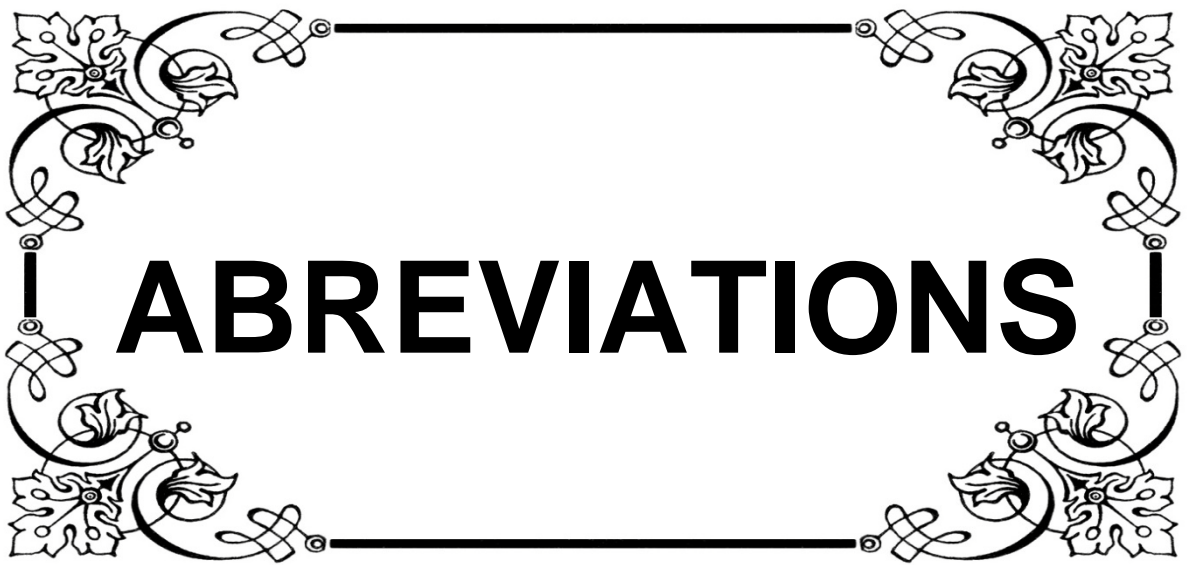
*Veillez trouver ici, l'expression de mon respect et de ma très haute considération.*

*A notre maître et juge Pr. Mohammed ZIANI  
Professeur agrégé de Médecine Interne a Hôpital Militaire  
Avicenne Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines. Veuillez accepter,  
Professeur, nos sincères  
remerciements et notre profond respect*

*Au Docteur Taoufik JALA l'Hôpital militaire Avicenne  
Un grand remerciement pour votre disponibilité et vos efforts et  
votre patience  
Afin de réussir ce travail.  
En toute modestie, gentillesse et spontanéité.  
Veuillez accepter, mes sincères expressions de gratitude.*

*A tout le personnel du service de Psychiatrie de l'Hôpital Avicenne  
Marrakech.*

*A toute personne qui de près ou de loin a contribué à la réalisation  
de ce travail.*

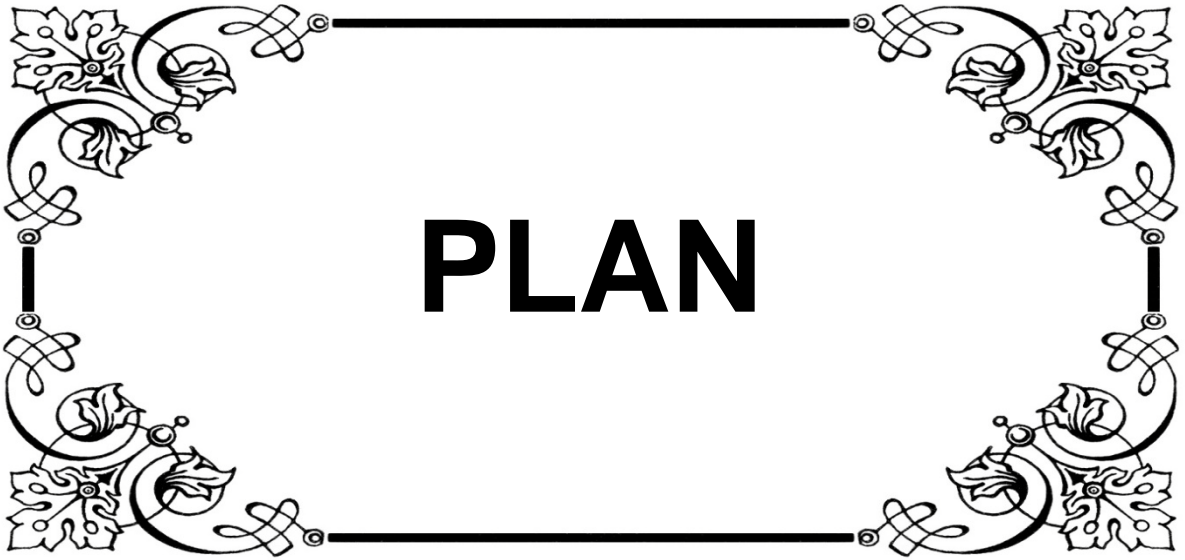


**! ABREVIATIONS !**

## Liste des abréviations

ADOSPA	:	Repérer en quelques questions un usage nocif de substances psychoactives chez l'adolescent.
AUDIT	:	Acronyme de Alcohol use disorders test
BHD	:	Buprénorphine haut dosage
CAARUD	:	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues
CAGE	:	Cut Annoyed Guilty Eye-openers
CAST	:	Cannabis Abuse Screening Test
CSAPA	:	Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CIM 10	:	Dixième version de la Classification Internationale des Maladies
DETA	:	Diminuer Entourage Trop Alcool
DETC	:	Diminuer Entourage Trop Cannabis
DSM-IV et V	:	Diagnostic and Statistical Manual 4 and Revision 5
DGS	:	Direction Générale de la Santé
DPC	:	Développement Professionnel Continu (évolution de la FMC: formation médicale continue)
ECAB	:	Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines
ESCAPAD	:	Enquête sur la Santé et les Comportements lors de l'Appel de Préparation à la Défense
FACE	:	Fast Alcohol Consumption Evaluation
GT06	:	Réseau Addiction des Alpes Maritimes (ex-réseau généralistes et toxicomanies)
HAS	:	Haute Autorité de Santé
INPES	:	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	:	Institut National de la Statistique et des Études Economiques
INSERM	:	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

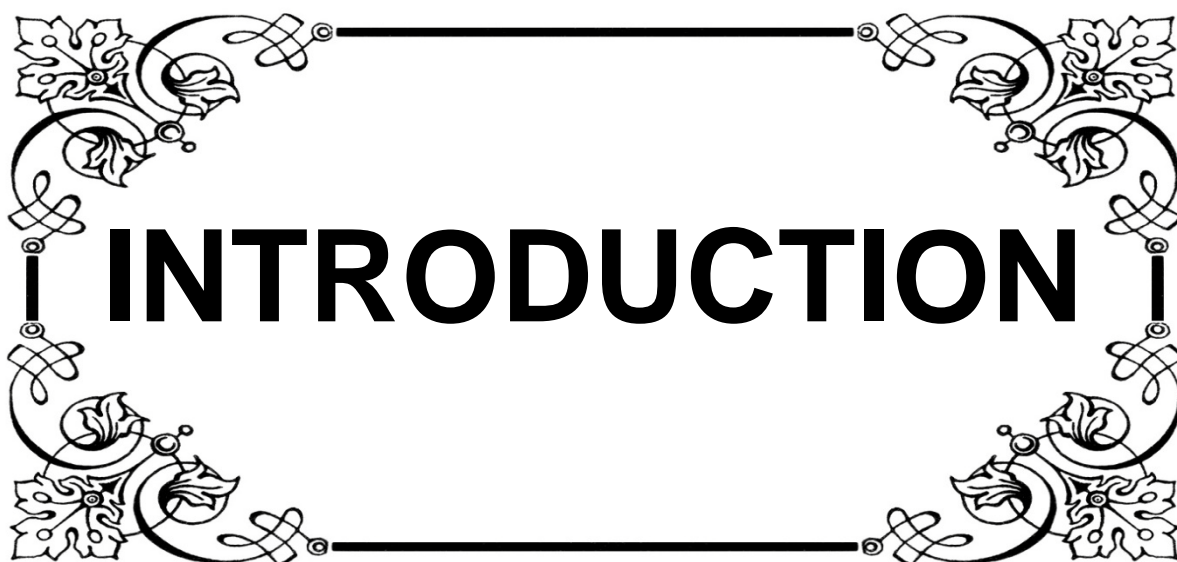
InVS : Institut National de Veille Sanitaire  
IST : Infection Sexuellement Transmissible  
LSD : De l'allemand Lysergsäurediethylamid; Diéthylamide de l'acide lysergique  
M : Médecin



# PLAN

<b>INTRODUCTION</b>	<b>01</b>
<b>GENERALITES</b>	<b>04</b>
<b>I. Définition de l'addiction</b>	<b>05</b>
<b>II. Evolution des idées</b>	<b>05</b>
<b>III. Etude clinique</b>	<b>06</b>
1. Typologie	06
2. Effets liées à une substance psychoactive	07
<b>IV. Diagnostic</b>	<b>10</b>
1. Diagnostic positif	10
2. Repérage et dépistage	11
3. Questionnaires	11
<b>V. Etiopathogénie de l'addiction</b>	<b>12</b>
1. Approche neurobiologique et génétique	12
1.1. Approche neurobiologique	12
1.2. Approche génétique	15
2. Approche psychanalytique	16
3. Approche cognitivo-comportementale	16
4. Approche Familiale	17
<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>18</b>
<b>I. La méthode de recherches bibliographiques</b>	<b>19</b>
<b>II. Le choix de la méthode qualitative</b>	<b>19</b>
1. Les différents types d'entretien	20
<b>III. Le type de population</b>	<b>21</b>
<b>IV. Les entretiens</b>	<b>21</b>
<b>V. La description et le déroulement de l'étude</b>	<b>22</b>
<b>VI. L'analyse des données</b>	<b>23</b>

<b>RESULTATS</b>	<b>24</b>
<b>I. Les données du panel des médecins généralistes</b>	<b>25</b>
1. Les données socio-démographiques des médecins	25
2. La relation des médecins avec l'addictologie	30
3. Estimation du médecins généralistes par rapport aux addictions	31
<b>II. Analyse des entretiens</b>	<b>34</b>
1. Un problème de santé publique alarmant	34
2. Aborder le sujet des addictions en consultation	35
3. La prise en charge des addictions en médecine générale	39
3.1. Un rôle à jouer: sensibiliser et informer	39
3.2. Favoriser la communication	40
3.3. Les stratégies d'évitement de prise en charge	40
3.4. Les différentes étapes de gestion de l'addiction	41
4. Les freins généraux indépendants du profil	44
5. L'influence des caractéristiques individuelles dans la prise en charge	46
5.1. Les spécificités personnelles des médecins	46
5.2. Les spécificités personnelles des patients	48
5.3. La relation de confiance médecin-malade	49
6. Les représentations	50
7. Les propositions et les besoins des médecins	50
<b>DISCUSSION</b>	<b>51</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>65</b>
<b>RESUMES</b>	<b>94</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>98</b>



# INTRODUCTION

*D*e tout temps et de part le monde, quelque soit la période, l'emplacement géographique, la civilisation ou la religion; l'homme a toujours cherché à se soustraire de la réalité ou à en modifier temporairement les aspects en usant de divers produits, que nous appelons aujourd'hui "substances psychoactives". (SPA)

*U*ne substance psychoactive : s'entend d'une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect.

*C*ette désignation de même que son équivalent de psychotrope sont les termes les plus neutres et descriptifs qui puissent s'appliquer à toute la catégorie des substances, licites ou non, qui présentent un intérêt pour les politiques de contrôle des drogues.

*L*e terme «psychoactif» n'implique pas forcément une dépendance; il est souvent omis dans le langage courant, par exemple quand il est fait référence à l'«utilisation de drogues» ou à l'«abus de substances ».OMS 2014

*L*e Maroc, à travers des institutions gouvernementales et le ministère de la santé, avec l'appui de plusieurs associations et acteurs influents de la société civile ont essayé de mettre un frein à ce phénomène en optant pour diverses méthodes et notamment celle de la réduction des risques liés aux substances psychoactives.

*D*ans notre contexte, et malgré une politique austère et une juridiction très restrictive tant pour le "fabricant" que le consommateur; le Maroc n'arrive pas à endiguer ce phénomène.

*C*ar pour l'instant l'offre reste limitée au Maroc. Les centres spécialisés mis en place par le ministère se comptent sur les doigts d'une main et la prise en charge n'est pas gratuite. La capacité existante ne dépasse pas 32 lits.et Il est important de noter qu'actuellement ces centres sont surtout fréquentés par les familles ayant les moyens de payer et qui jusqu'ici recouraient aux centres privés de désintoxication où le coût d'une hospitalisation varie de 3 000 à 4 000 dirhams par jour (1)

*D'*un autre coté la prise en charge est faite en général par les psychiatres et psychologues dont le nombre reste très limite au Maroc et ne couvre pas les besoins de la population addicte.

*A*vec la progression de l'engagement des autorités et la montée en parallèle de l'addictologie depuis ces deux dernières décennies; la prise en charge des addictions par le médecin généraliste n'a pas vraiment évolué dans le domaine d'addictologie, vue le manque de formation et de diplômes supplémentaire dans le domaine puisque on trouve au Maroc que deux diplômes universitaire (Casablanca et rabat) qui ne sont pas accessible et même les médecins ignore leurs existence.

*C*ependant lors de mes différents stages, j'ai pu observer les difficultés de ces derniers à aborder le thème des addictions avec leurs patients. Ce constat personnel a suscité un questionnement de ma part sur le ressenti et le vécu des médecins.

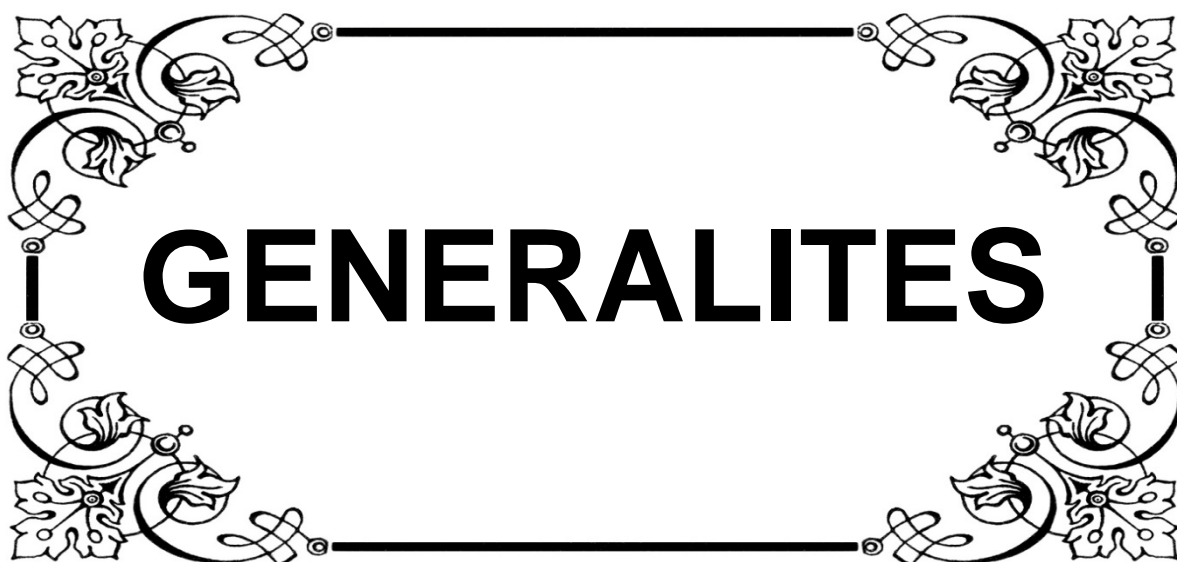
*I*l m'a paru intéressant d'observer au terme des évolutions survenues, comment les médecins généralistes perçoivent leur rôle dans le repérage et la gestion des pratiques addictives autour d'une recherche qualitative. Cette observation a conduit à me poser la question suivante: « Quelles sont les réticences et les motivations des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge des addictions aux substances psycho-actives? »

*A* travers notre étude, nous nous fixons comme objectifs principal de :

- *I*dentifier les obstacles du médecin généraliste face à la prise en charge d'une addiction aux substances psycho-actives.

Dans un second temps:

- *É*valuer les facteurs facilitant l'abord des addictions en pratique.
- *R*ecenser les propositions des médecins généralistes pour réduire ces freins



# GENERALITES

## **I. Définition de l'addiction :**

En 1990 Goodman a proposé une définition de l'addiction : "processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (perte de maîtrise)." (2)

Le terme «addiction» est plutôt retenu pour regrouper les dépendances avec et sans produits. (3)

## **II. Evolution Des Idées :**

La consommation de substances psycho actives est ancestrale. Il y a longtemps que l'Homme a découvert les effets de certaines plantes : les feuilles de cannabis et de coca étaient consommées il y a des millénaires ; le tabac était fumé en Amérique il y a plus de 3 000 ans ; l'alcool, produit de la fermentation de grains, de fruits ou de racines, était connu des Babyloniens et des Égyptiens ; la médecine grecque antique utilisait l'opium et en signalait déjà les dangers.

Ces produits, dont les usages variaient selon les cultures et les traditions, étaient utilisés pour soigner ou lors de fêtes, rituels ou cérémonies, afin de modifier l'état de conscience et renforcer les liens entre les individus ou avec les entités spirituelles peuplant leur environnement.

Aujourd'hui, les enjeux politiques et commerciaux ont entraîné la naissance de réseaux de trafiquants à l'échelle planétaire.

L'extension des cultures varie selon les régions et les crises politiques : Afghanistan, l'ex. U.R.S.S, la corne de l'Afrique et le Maghreb pour le haschisch ; et la Colombie, la Bolivie et le Pérou pour la coca.

Au début du 20eme siècle l'addiction été confondu avec la faiblesse moral et donc on s'appuyer sur la volonté, la religion pour essayer de répondre a ce vice, puis on a entre dans ce qu'on appelle fléau social contre lesquelles on a lutté (l'alcoolisme et la toxicomanie) grâce à l'action de nombreuses associations de lutte contre les fléaux sociaux. Les années soixante-dix apparait ce qu'on a appelle la conception biopsychosociale de l'addiction qui se base sur le principe de la conjonction des pensées : c'est la rencontre entre un produit, un individu et l'environnement. Les années 90 et 2000 ont été le primat de l'explosion de la compréhension des mécanismes neurologiques a la base des addictions (4)

### **III. Etude clinique :**

#### **1. Typologie :**

La pyramide de Skinner (annexe 1) établie initialement chez les alcoolo-dépendants, illustre les différents modes d'usages pouvant s'étendre aux autres SPA.

La communauté scientifique internationale individualise 2 grands types de comportement dans la consommation de substances psycho-actives : l'usage, troubles liés a l'Usage

##### **1.1. Usage :**

###### **a. Usage simple :**

Conduite n'entraîne pas de dommage, ne saurait être considéré comme pathologique.

###### **b. Usage à risque :**

consommation n'entraînant pas de dommages immédiats mais comportant cependant des risques dans certaines situations (grossesse, conduite de véhicule, association avec l'alcool, d'autres substances psycho actives ou certains médicaments...) ou chez des personnes physiquement ou psychologiquement vulnérables.

**1.2. Usage Nocif selon CIM10 ou Abus selon DSMIV:**

si répétition de la consommation et constatation de dommages sanitaires (somatique, psychiatrique, psychologiques) ou sociaux (retentissement familial, scolaire ou professionnel) mais sans que le sujet ne soit encore devenu dépendant.

**1.3. Dépendance :**

Prise compulsive de drogues, en dépit des conséquences néfastes qu'elle provoque.

C'est la phase ultime des consommations pathologiques, elle se traduit par des signes de tolérance et de sevrage

A l'aube de la nouvelle édition (la cinquième édition) du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), la version révisée du chapitre concernant les «troubles liés à une substance et addictifs» comprend des modifications de fond. Les diagnostics d'abus et de dépendance sont abolis ; une seule entité est retenue : «Trouble de l'usage de la substance X» (annexe 4). De même la notion du jeu pathologique est intégrée comme trouble addictif sans substances mais ne sera pas développée dans cette étude. (5 ,6)

**2. Effets liées à une substance psychoactive :**

Les drogues ont comme propriété d'activer de façon aiguë le système de récompense (Rewarding System) du système nerveux central et ce grâce à la contribution du système dopaminergique mésocorticolimbique, ce dernier favorisant la répétition des comportements qui augmentent le sentiment de bien-être. Lors d'une intoxication aiguë par un produit toxicomanogène, les signes cliniques observés peuvent aller de la simple confusion et de troubles digestifs (nausées, vomissements) jusqu'aux troubles sévères mettant en jeu le pronostic vital (hyperthermie maligne, troubles du rythme ventriculaire, détresse respiratoire...). Le tableau ci-joint (tableau I) résume les principaux tableaux cliniques apparaissant lors d'une intoxication aiguë par drogues, et le traitement antidotique quand il existe, car dans la majorité des cas, le traitement reste symptomatique. (7)

**Tableau I:** Tableaux cliniques d'intoxications par classes de drogues (7)

Classe de drogues	Signes cliniques	Antidote
Cannabinoides	<p><b>Cardiovasculaires :</b>                      A faibles doses : Tachycardie                      À fortes doses : Sensation d'oppression thoracique  <b>SNC :</b> A faibles doses: Euphorie, détente, somnolence, légère ataxie                      A fortes doses (à partir de 16 Joints en 1 heure) : Perte du sens de la réalité, troubles de la mémoire                      Consommation accidentelle : Anxiété, état d'excitation, état de panique, hallucinations  <b>Musculaires :</b> Faiblesse musculaire  <b>Gastrointestinaux :</b> Nausées, vomissements  <b>Autres :</b> Vertiges</p>	
Opiacés	<p><b>Cardiovasculaires :</b> Bradycardie, hypotension artérielle, vasodilatation générale  <b>SNC :</b> Sédation, coma, myosis, hypothermie, diminution des réflexes jusqu'à l'aréflexie  <b>Musculaires :</b> Rigidité des muscles striés,  <b>Respiratoires :</b> Broncho constriction, dépression respiratoire  <b>Autres :</b> Prurit, augmentation du tonus des muscles lisses</p>	<p><b>Naloxone</b> :  <b>Narcan®</b>                      0,1mg toutes les 2 à 3 min (0,01 à 0,03mg/kg chez l'enfant) jusqu'à 2mg voire 10 mg en fonction de la fréquence respiratoire</p>
Cocaïne	<p><b>Cardiovasculaires :</b> Tachycardie, hypertension artérielle, infarctus du myocarde, troubles du rythme, accidents vasculaires  <b>SNC :</b> Agitation, panique, psychoses, illusion, convulsions, sudation, mydriase.  <b>Autres :</b> Hyperthermie, insuffisance rénale et hépatique, rhabdomyolyse</p>	
Amphétamines (dont l'ecstasy)	<p><b>Cardiovasculaires :</b> Infarctus du myocarde, urgence hypertensive (notamment dissection aortique), tachycardie sinusale, tachycardie ventriculaire, arythmies supra ventriculaires, douleurs thoraciques, palpitations  <b>SNC :</b> Agitation, délire, hallucinations, euphorie, crise épileptique, état de mal épileptique, AVC ischémique,</p>	

	<p>hémorragie cérébrale, manifestations motrices extrapyramidales (tremor, mouvements choréiformes, hyper-réflexie, bruxisme, trismus)</p> <p><b>Autres</b> : Rhabdomyolyse, ischémie intestinale, coagulation intravasculaire disséminée, hépato-toxicité, vascularites nécrosantes, hyperthermie sévère</p>	
Hallucinogènes atropiniques	<p><b>Cardiovasculaires</b> : Tachycardie sinusale, collapsus</p> <p><b>SNC</b> : Mydriase aréactive, rougeur de la face, parole bredouillante, encéphalopathie associant Agitation, confusion, hallucinations, convulsions et coma</p> <p><b>Respiratoires</b> : Insuffisance respiratoire</p> <p><b>Autres</b> : Rétention d'urine, hyperthermie, sécheresse buccale</p>	
Alcools	<p><b>1- Ethanol</b> :</p> <p><b>SNC</b> : Incoordination motrice, agitation, agressivité, trouble de la parole, syndrome cérébelleux, Coma agité puis calme, hypotonique</p> <p><b>Autres</b> : Vomissements, polyurie hypoglycémie et acidose métabolique surtout chez l'enfant</p> <p><b>2- Méthanol</b> :</p> <p><b>SNC</b> : Céphalées, léthargie, confusion, crises convulsives, coma</p> <p><b>Respiratoires</b> : Insuffisance respiratoire</p> <p><b>Gastrointestinaux</b> : Nausées, vomissements douleurs abdominales, gastrite hémorragique, pancréatite</p> <p><b>Métabolique</b> : Acidose métabolique, choc cardiogénique et insuffisance rénale</p> <p><b>Atteinte rétinienne</b> : Vision trouble, photophobie, diminution de l'acuité visuelle, œdème papillaire, cécité irréversible</p>	<p><b>Fomepizole</b> :</p> <p><b>Fomepizole®</b> 15mg/kg suivie de 10mg/kg/12h</p>
Solvants	<p><b>Cardiovasculaires</b> : Troubles du rythme cardiaque</p> <p><b>SNC</b> : Ivresse, Excitation, agitation, hallucinations, convulsions</p> <p>Vertiges, nystagmus</p> <p><b>Respiratoires</b> : Dépression respiratoire,</p> <p><b>Autres</b> : Hépatite toxique grave</p>	

## IV. Diagnostic :

### 1. Diagnostic positif :

Le diagnostic positif de l'addiction est principalement clinique, Il n'existe aujourd'hui aucun critère objectif, biologique ou autre, permettant de diagnostiquer les addictions. Pour l'heure, on ne dispose que de critères comportementaux liés à la notion de perte de contrôle à l'égard d'une substance psychoactive. Les symptômes sont plus ou moins prononcés en fonction de la substance:

- Désir fréquent et insurmontable, par ex. de se connecter à internet, d'aller au casino, de jouer, de chatter, de regarder la télévision; il en résulte un isolement et une forte restriction des autres centres d'intérêt
- Pertes de contrôle avec sentiments de culpabilité croissants
- Singularité qui dérange au sein du cercle des personnes proches (amis, partenaire, famille) et négligence
- Diminution de la capacité de travail
- Dissimulation / dédramatisation des habitudes
- Endettement et donc, passage dans l'illégalité
- Perte de la notion du temps
- Le degré de satisfaction disparaît toujours de plus en plus rapidement (sorte de développement d'une tolérance)
- Troubles psychiques en cas de sevrage: nervosité, irritabilité, dépression, troubles du sommeil, agressivité, pensées suicidaires
- Tentatives infructueuses répétées de se restreindre

## 2. Repérage et dépistage :

- Difficulté à s'abstenir ou à limiter sa consommation ;
- Symptôme de manque en cas de sevrage ;
- Consommation plus importante que prévue ou voulue ;
- Usage persistant malgré la connaissance de conséquences gravement délétères sur sa santé, sa vie sociale...

Il existe 7 critères d'addiction définis par le DSM IV. La manifestation d'au moins 3 de ces critères est la seule façon de distinguer, au cas par cas, de manière clinique, les consommations non pathologiques des addictions

La probabilité de développer une addiction est très variable selon les substances consommées. Les plus addictives, autant sur le plan physique (qui implique un phénomène de sevrage) que sur le plan psychologique (qui implique une envie irrésistible) sont de loin le tabac et l'héroïne.

## 3. Questionnaire :

De nombreux questionnaires réalisés dans ce le cadre de dépistage et diagnostic selon l'objectif :

- *Questionnaire **ADOSPA*** : Repérer en quelques questions un usage nocif de substances psycho actives chez l'adolescent.(annexe 6)
- *Questionnaire **AUDIT*** (Alcohol Use Disorders Identification Test) est un outil de première ligne, explorant les douze derniers mois de la vie du consommateur d'alcool (annexe 5)
- *Le score **CAST*** (Cannabis abuse screening test) a montré de bonnes valeurs psychométriques pour le repérage d'une consommation problématique de cannabis.

- L'utilisation de *l'échelle ECAB* permet d'évaluer rapidement (environ 3 minutes) les pensées (cognitions) d'un patient recevant des benzodiazépines depuis plusieurs mois avec une bonne corrélation vis-à-vis d'une éventuelle dépendance.

## V. Etiopathogénie de l'addiction :

### 1. Approche neurobiologique et génétique :

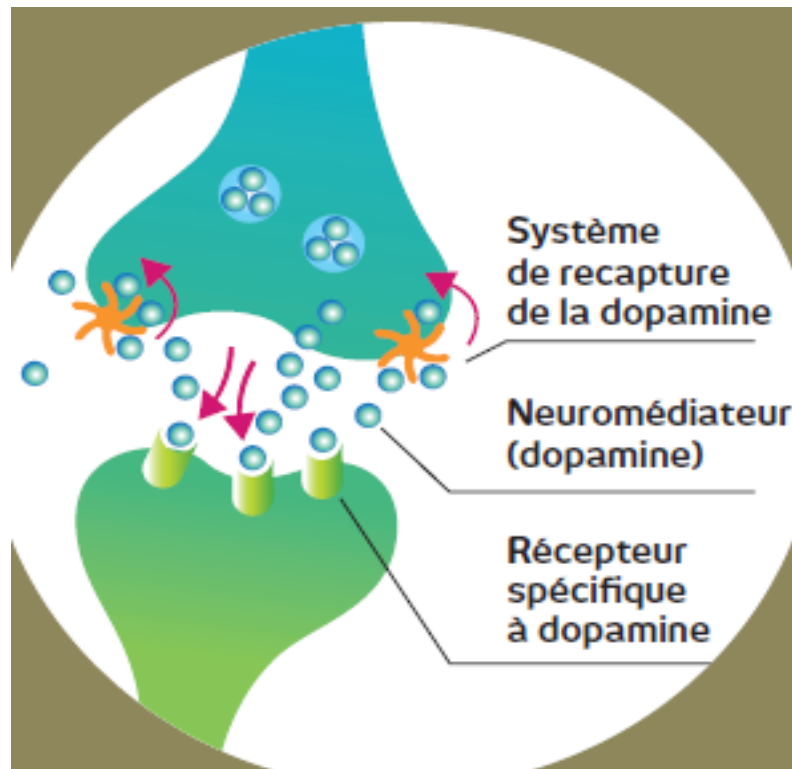
Les addictions sont multifactorielles et il n'existe pas de modèles expérimentaux répliquant tous les points de cette pathologie, malgré les avancées très importantes des connaissances neurobiologiques et génétiques permettant de proposer de nouvelles cibles thérapeutiques, le passage en clinique de nouveaux médicaments est souvent décevant (8)

#### 1.1. Approche neurobiologiques:

Avec les progrès récents de la neurobiologie, le trouble addictif est admis comme un dysfonctionnement du cerveau tout autant que n'importe quelle autre maladie neurologique ou psychiatrique (9).

L'action des drogues sur le cerveau peut prendre plusieurs formes :

- Certaines substances psychoactives imitent les neuromédiateurs naturels et se substituent à eux dans les récepteurs : la morphine, par exemple, se fixe sur les récepteurs à endorphine ; la nicotine, sur les récepteurs à acétylcholine
- Certaines substances augmentent la sécrétion ou la concentration d'un neuromédiateur naturel.
- Certaines substances bloquent les récepteurs d'un neuromédiateur naturel ; par exemple, l'alcool bloque les récepteurs activés par le glutamate et la glycine.

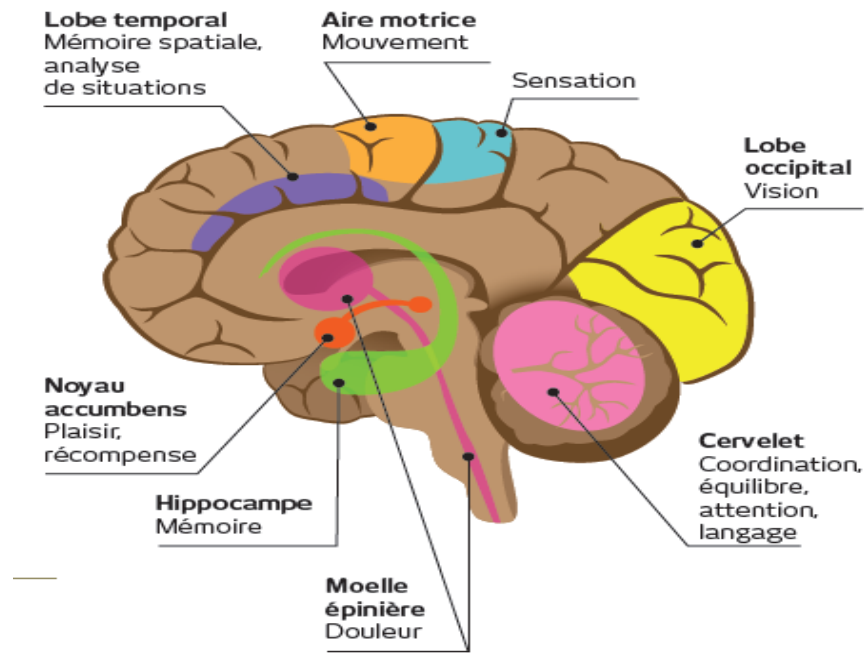


**Action de la cocaïne sur le transport de dopamine**

La cocaïne bloque le système de recapture de la dopamine dans la synapse. Ceci entraîne une surconcentration de dopamine au niveau de la fente synaptique..

Quelle que soit la modalité d'action, la conséquence est la même : l'influx nerveux est altéré: les perceptions changent, les sensations sont aiguës ou atténuées, l'humeur est exaltée ou tranquillisée.

- Toutes les zones du cerveau peuvent être affectées induisant ainsi des effets psychiques et physiques relatives à la fonction de la zone atteinte.



### Zones du cerveau et « fonctions » pouvant être affectées par une substance psychoactive

Plusieurs hypothèses expliquent les troubles de l'usage d'une substance :

- on a longtemps mis en avant le rôle central de la dopamine, libérée par les substances addictives, qui active différentes zones du cerveau reliées entre elles « *circuit de la récompense* ».
- Manque de plasticité des synapses: ce défaut entrainerait une incapacité à empêcher les modifications cérébrales provoquées par la substance psychoactive.

Elle expliquerait que leur comportement persiste malgré les contraintes et devienne de plus en plus compulsif, avec une perte de contrôle et l'installation d'un trouble.

- Dissociation entre deux systèmes clés du cerveau :
  - ♦ Le **système noradrénergiques**, a pour fonction de stimuler la perception, de la rendre plus vive, plus saillante.
  - ♦ Le **système serotoninérgique** chargé de réguler, de modérer les impulsions et les envies.

En temps normal, ces deux systèmes sont liés et se contrôlent mutuellement : l'activation de l'un entraîne l'inactivation de l'autre. L'effet de certaines substances addictives est d'activer simultanément et très brutalement les deux systèmes, il n'y a plus de lien entre le désir et le contrôle : tout événement émotionnel intense provoque un besoin compulsif de la substance pour pouvoir « amortir » cet événement et le moduler.

La neurobiologie et la neuro-imagerie permettent d'objectiver les aspects physiologiques de l'addiction, mais elles ne rendent pas compte de tous les phénomènes (psychologiques, culturels, sociaux...) qui sont à l'œuvre. D'où l'intérêt d'une approche multidisciplinaire.(10)

### **1.2. Approche génétique :**

Elle est basée sur le caractère familial que prend l'addiction chez certains sujets, chez qui le père et /ou la mère sont aussi des addicts. Plusieurs expériences sur l'animal ainsi que des études sur les jumeaux ont mis en évidence l'existence d'un facteur héréditaire, mais, semble-t-il, sans certitude absolue. (11)

La recherche génétique sur la dépendance aux substances psychoactives s'est récemment enrichie de l'apport de la biologie moléculaire. Ainsi peut-on étudier une éventuelle association génétique avec une pathologie, en particulier entre un gène codant pour le récepteur dopaminergique D2 et les conduites addictives. Il semble bien que l'association entre l'allèle A1 du gène DRD2 et les addictions soit retrouvée de façon significative. [12] Toutefois, il faut rappeler que l'addiction résulte de la rencontre d'un sujet, d'une substance et d'un environnement. L'hérédité génétique ne serait donc qu'un élément parmi d'autres qui permettrait à certains sujets d'éprouver avec une substance SPA des effets positifs ou négatifs reproductibles par le biais de gènes spécifiques. [13]

Au total, l'existence de ces différentes approches met en relief la complexité du phénomène de l'addiction et son caractère multifactoriel. Par conséquent, toute tentative de compréhension du problème, toute politique de soins ou de prévention, doit prendre en

considération les différents facteurs qui interviennent dans l'installation et l'évolution de l'addiction.

## **2. Approche psychanalytique :**

Jusqu'au début des années 1970, la psychanalyse a exercé une influence non négligeable sur la littérature psychopathologique d'addiction. Ses approches caractérisées par la diversité, témoignent de la difficulté de décrire un type de personnalité unique ou structure de personnalité spécifique chez l'usager addict. [14]

Selon certains auteurs, l'usage de substances psychoactives représente le caractère régressif de la conduite toxicomaniaque, qui soumet entièrement l'individu au plaisir oral. Cette oralité qui rappelle le sein maternel, témoigne de l'immaturité affective et relationnelle du l'usager addict. [15]

La psychanalyse souligne également le caractère dépressif que prend l'addiction chez nombre de consommateurs qui éprouvent un sentiment constant de peine, de souffrance plus ou moins indéfinis, de tension affective et surtout d'insatisfaction, un besoin de se plaindre et de se montrer malheureux. L'addiction vient alors représenter un mécanisme de défense qui protège le sujet contre la dépression, l'ennui la culpabilité, la honte et d'autres émotions négatives. Pour certains psychanalystes qui ont introduit la notion du narcissisme dans l'étude des addictions ; la substance psychoactive joue le rôle d'objet interne sécurisant. Elle exerce pour le addict une fonction de « restauration narcissique » facilitant « Une mise à distance » du réel, mal toléré par le « moi déficient » du addict. Ainsi dans l'euphorisme pharmaco-génique, le moi retrouve sa toute- puissance narcissique. [15, 13]

## **3. Approche cognitivo- comportementaliste :**

Le développement de la psychologie cognitive a montré que les troubles mentaux peuvent se comprendre par des dérèglements à un ou plusieurs niveaux de système de traitement de l'information . Selon Hautekeete (1995), « l'analyse des processus cognitifs

montre que parfois le trouble mental est essentiellement caractérisé par un dysfonctionnement précis de traitement de l'information, dans certains cas, on peut même se demandé si ces dysfonctionnements ne constituent pas le noyau central de la maladie ». [16,17]

C'est ainsi que Beck et Coll ont proposé un modèle cognitif de l'addiction qui se caractérise par la présence de 3 types de croyances :

- Des croyances anticipatoires, impliquant une attente positive liée à la substance psychoactive.
- Des croyances soulageantes, correspondant à l'attente de la réduction du manque ou d'un malaise.
- Des croyances permissives, donnent la permission de consommer un produit dangereux.
- D'après cette théorie, des stimuli à risque activeraient les schémas cognitifs anticipatoires et soulageant, ceux-ci donneraient lieu à des pensées automatiques, provoquant ainsi de fortes envies de consommer. L'envie de consommer déclencherait ensuite l'activation d'un schéma permissif, donnant « l'autorisation » de consommer, déterminant en quelque sorte, la tolérance par rapport au désir. Une fois cette étape accomplie, le sujet se focaliserait sur une stratégie d'action pour recherche la substance psychoactive et la consommer. [18,19,13]

#### **4. Approche familiale :**

Depuis une vingtaine d'années, la théorie des systèmes familiaux s'impose ; elle avance que chaque membre de la famille affecte et est affecté par les autres. Ainsi l'addiction est interprétée comme un symptôme d'un dysfonctionnement familial. La mère est décrite comme surprotectrice est trop permissive, le père quant à lui, est passif, indifférent, voire totalement absent de la dynamique familial C'est d'une manière globale une famille défailante, désunie... L'addiction vient souvent masquer les autres problèmes. Toutes les difficultés sont projetées sur la substance psychoactive. On se trouve assez souvent devant des systèmes complètement stabilisés : les addicts étant le garant de l'équilibre du système. [20]



# **MATERIEL & METHODES**

## **I. La méthode de recherches bibliographiques :**

Les recherches bibliographiques pour appuyer cette enquête ont été réalisées à partir des sites internet de la BIUM (Bibliothèque interuniversitaire de santé de Paris) et du catalogue SUDOC (système universitaire de documentation) pour les thèses référencées. Les moteurs de recherche Pubmed et Google Scholar ont permis d'analyser les articles sur la thématique addiction et médecine générale. Le site Univadis a facilité l'obtention de certains articles non disponibles sur PubMed. J'ai intégré pour mes recherches, sur les sites précédents en français et en anglais les mots clefs suivants: addiction (addiction), médecin généraliste (general practitioner), dépistage (screening), étude qualitative (qualitative study);

## **II. Le choix de la méthode qualitative :**

D'abord utilisée dans les sciences sociales et humaines (1920), puis en marketing (1950) c'est seulement depuis les années 1990 que les chercheurs en santé se sont approprié cette méthode.

La visée de l'analyse qualitative est de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes. Elle permet ainsi sous cet angle d'explorer les émotions, les sentiments ainsi que les comportements et les expériences personnelles. (25,26)

Le choix de la méthodologie n'est pas anodin. Les études quantitatives sur le dépistage et la prise en charge des addictions par les médecins sont nombreuses. Par comparaison, la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer (ce que seule une enquête quantitative auprès d'un grand échantillon est susceptible de montrer). Elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.

Le recueil de données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments. C'est la saturation d'idées.

L'objectif de cette thèse était donc de trouver des concepts et des axes de réflexion sur le sujet, mais en aucun cas de déterminer des pourcentages. La méthode la plus adaptée pour ce genre d'objectif est bien l'étude qualitative.

## 1. Les différents types d'entretien : (21)

Il existe plusieurs techniques de recherche qualitative, principalement l'entretien individuel et l'entretien de groupe par la méthode des focus group. L'entretien individuel peut se décomposer en technique d'observation, d'entretien semi-dirigé et d'entretien dirigé.

L'entretien libre ou observation consiste à demander une vision des choses sur un sujet. Les seules questions posées découlent des déclarations de l'enquêté, afin de détailler ou clarifier des propos. Il est surtout utilisé quand il n'existe pas d'informations précises sur le domaine et sur la façon dont il est perçu ou caractérisé. Il permet d'aborder essentiellement un ou deux thèmes, de façon très détaillée.

L'entretien semi-dirigé est basé sur des échanges libres entre l'enquêteur et l'interviewé, orienté par un guide d'entretien, permettant d'aborder les sujets souhaités et de recadrer l'entretien si besoin.

L'entretien dirigé ou directif: le guide d'entretien est appliqué, ici, de façon stricte.

L'évaluateur décline les questions les unes après les autres, sans laisser la possibilité à la personne interrogée de développer d'autres points. Lui-même s'abstient d'effectuer des relances ou de développer des questions non prévues dans la grille d'entretien. Les réponses à chaque question sont en général assez brèves. Ce type d'entretien est utile lorsque l'on veut réaliser un grand nombre d'entretiens.

La technique de focus groupe, quant à elle, consiste à réunir plusieurs personnes d'une même catégorie pour réaliser un entretien en groupes

**L'entretien semi-dirigé individu** a été choisi comme la méthode la plus appropriée pour notre étude.

Ce type d'entretien permet de s'affranchir du biais d'influence induit par le focus group car le sujet des addictions demeure délicat à aborder. On évite le problème de leader d'opinion et de réticence personnelle à s'exprimer dans le groupe. Chacun ayant une représentation personnelle de cette problématique.

Dans le cadre de notre travail, les deux autres techniques sont moins appropriées.

- Dans la technique d'observation; chaque entretien tend à être unique ainsi il paraît difficile de systématiser et d'analyser les données.
- L'entretien directif présente la limite de passer à coté d'éléments qui apparaîtraient plus spontanément dans le cadre d'un entretien non directif ou semi directif. Cette formule peut être frustrante pour l'interviewé qui ne peut pas développer et véritablement s'exprimer.

### **III. Le type de population :**

Nous avons réalisé notre étude auprès de médecins généralistes de la région DERAATAFILALT.

Le recrutement des praticiens a été réalisé de façon à diversifier les caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, zone d'exercice) et le type de prise en charge de patients addictifs.

### **IV. Les entretiens :**

L'entretien a été construit à partir des axes de recherche et d'hypothèses initiales issues de la littérature et de notre expérience en addictologie.

Il se compose de trois parties:

- La problématique exposée aux médecins avec le recueil de leur consentement écrit
- Les données de cadrage (les caractéristiques de chaque participant)

- Les questions ouvertes du guide d'entretien (annexe 7)

Ce dernier s'articule autour de plusieurs thèmes:

- La place du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des addictions aux substances psychoactives
- L'abord du sujet en consultation
- La prise en charge sur le court, moyen et long terme
- Les difficultés rencontrées et les facteurs facilitant l'approche addictive
- Les propositions et attentes des médecins généralistes
- La rubrique: "décrire une situation marquante à laquelle vous avez été confronté depuis le début de votre carrière" invite le professionnel interrogé à préciser des aspects tus ou peu abordés au cours de l'entretien.

Comme il est autorisé dans ce type d'étude, le guide d'entretien a fait l'objet de quelques modifications pendant la période du déroulement des entretiens selon les réponses apportées. En effet, nous avons pu nous rendre compte au fil des entretiens (à partir des trois premiers utilisés comme test et inclus dans l'enquête) de l'absence de pertinence de certaines questions ou au contraire de l'apparition de concepts que nous n'avions pas envisagés. La durée potentielle des entretiens a été évalué autour de 20 à 30 minutes et était annoncé au préalable lors du recrutement.

## **V. La description et le déroulement de l'étude :**

### **Recrutement des médecins:**

Les médecins généralistes ont été choisis, selon les critères cités ci-dessus. Ils ont été soit contactés par téléphone soit directement rencontrés à leur cabinet afin de leur demander de participer à une thèse sur la thématique addiction et médecins généralistes.

Les entretiens se sont déroulés de juillet 2017 au décembre 2017.

Je me suis déplacée au cabinet des médecins interviewés. 4 entretiens se sont déroulés par téléphone (avec enregistrement audio) soit à la demande du médecin ERRACHIDIA et AGDEZ soit en raison de son éloignement (pour formation).

Dans tous les cas le consentement du médecin généraliste était recueilli, tous les entretiens étaient confidentiels et anonymes.

Ils ont été enregistrés avec l'aide de mon enregistreur vocal pour rester fidèles aux propos des enquêtés, et les échanges non verbaux ont été recueillis par écrit.

L'inclusion du panel s'est arrêtée à la saturation d'idées. Nous avons prévu 40 entretiens.

## **VI. L'analyse des données :**

- Il s'agissait d'abord de procéder à la saisie informatique des données recueillies (transcriptions intégrales et pré-analyse des verbatims ) à l'aide du logiciel Open Office. Cette première étape a permis d'obtenir une première vue d'ensemble des données à analyser et des informations contextuelles.
- La transcription a été réalisée de manière manuelle, nous n'avons pas reformulé les propos des enquêtés ni cherché à corriger les fautes de langage. Nous avons transcrit les propos « mot à mot ». Nous avons ajouté des notes pour signifier les moments de silence, les interruptions, et les émotions exprimées.
- Le logiciel Nvivo (programme d'analyse qualitative de données) a permis le travail de codification et de réduction des données.
- La dernière étape consistait à interpréter les données sur la base des objectifs de recherche.



# RESULTATS

## I. Les données du panel des médecins généralistes :

6 médecins sur 46 ont refusé de participer à l'étude soit par non réponse à mes appels téléphoniques, soit par manque de temps évoqué par deux médecins, soit par désintérêt pour le sujet clairement énoncé par un médecin.

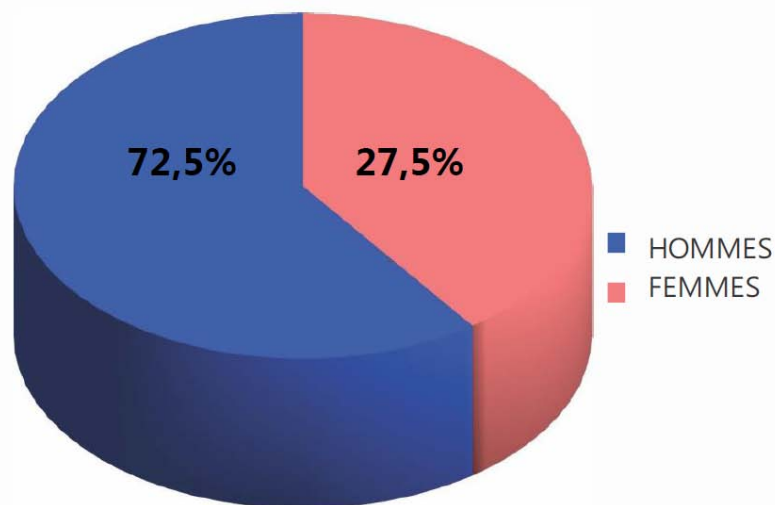
Deux entretiens biaisés par défaut de technique d'enregistrement, ont été retranscrit par écrit directement.

L'ensemble des entretiens réalise 10 heures 52min d'enregistrement avec une moyenne de 16 minutes et 30 secondes par entretiens. Le plus long dure 27 minutes et 9 secondes quant au plus court il totalise 9 minutes et 8 secondes.

Il y a eu au total 40 entretiens semi dirigés jusqu'à saturation d'idées.

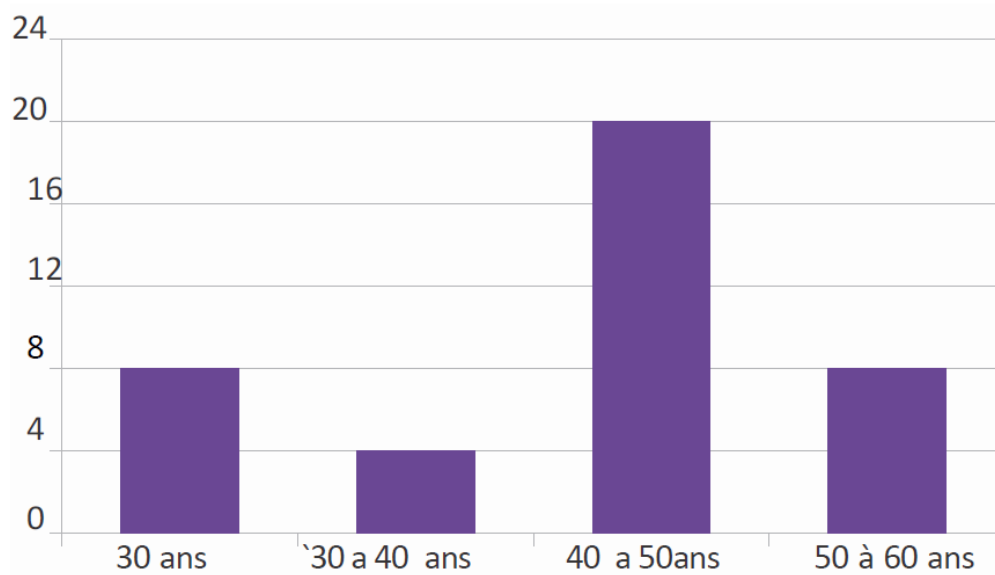
### 1. Les données sociodémographiques des médecins :

- Le genre :



**Figure1: Répartition des sexes**

- L'âge des médecins :

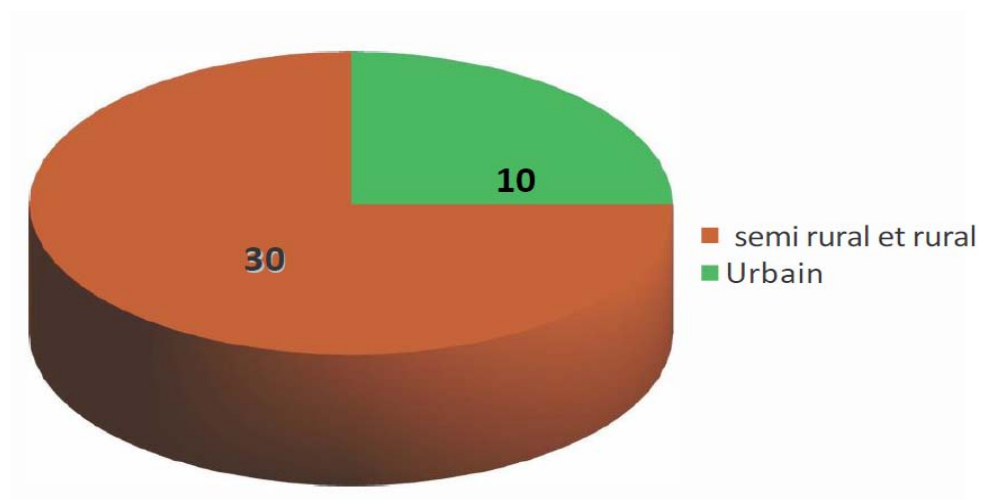


**Figure2 : Répartition des âges**

L'âge moyen de nos médecins était de 43 ans

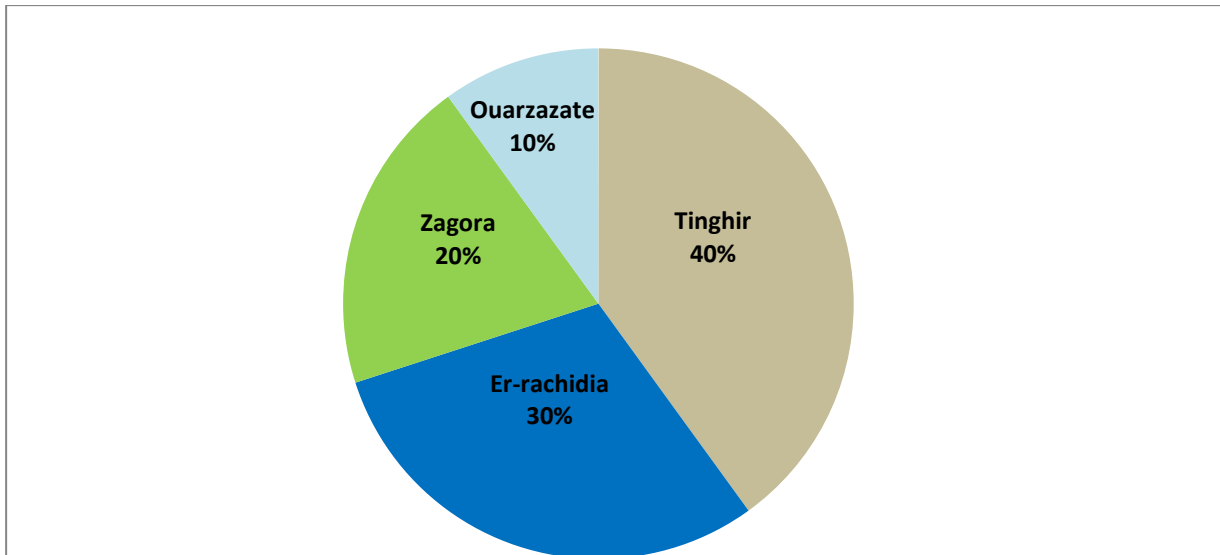
Leur date moyenne d'installation était directement après l'obtention de leur diplôme pour 8 médecins. Les autres se sont installés entre 5 et 30 ans après la fin de leurs études.

- Lieu d'exercice :



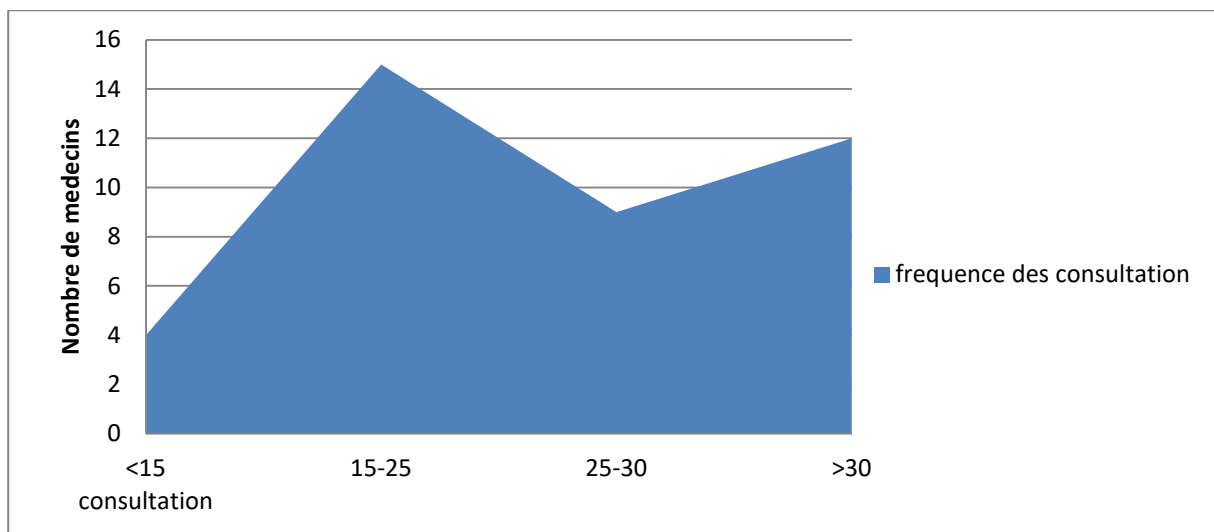
**Figure 3 : Répartition des zones d'exercice**

- 12 médecins interrogés exercent à Er-Rachidia (Centre-ville, Riche, Arfoud, Goulmima, Tinjdad)
- 16 médecins interrogés exercent à Tinghir (Centre-ville, Alnif, boumalen dades, Kelaat magouna)
- 4 médecins interrogés exercent à Ouarzazate (Centre-ville, Skoura, Taznakhte)
- 8 médecins interrogés exercent à Zagora (Centre-ville, Agdez, Tagnit, tazarin)



**Figure 4 : Répartition des médecins interrogés**

• **La fréquence des consultations**

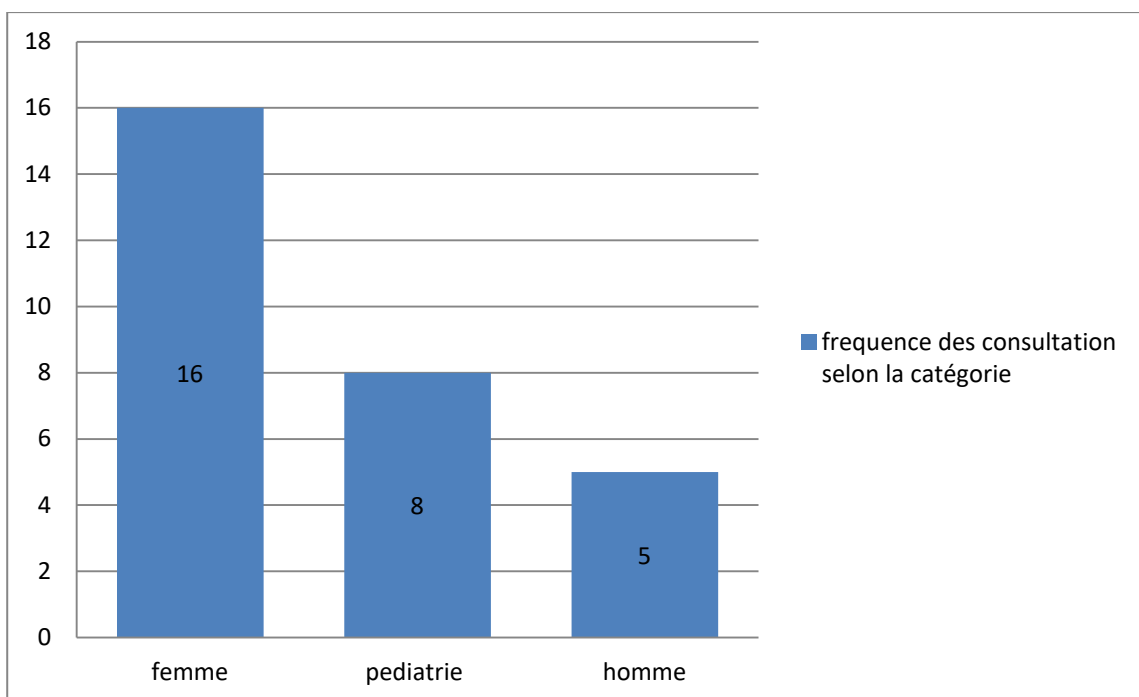


**Figure 5: Etendue d'activité**

- **Profil de patients du point de vue Age, sexe et niveau socio-économique :**

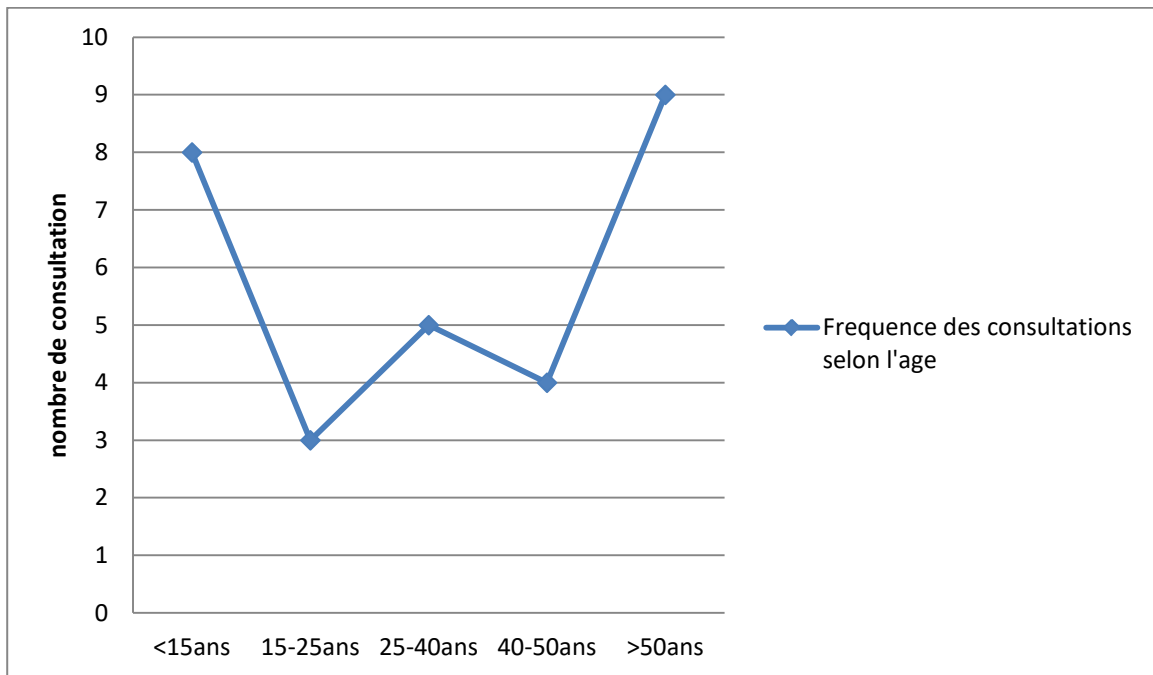
Ce sont des données approximatives que nous avons essayé d'analyser dans le but de rechercher une influence potentielle sur la prise en charge des addictions.

- ♦ La majorité des médecins déclarent avoir dans leur patientèle des gens de bas niveau socio-économique.
- ♦ Les consultations se caractérisent par la prédominance de sexe féminin pour une moyenne de 29 consultations par jour :



**Figure 6: Fréquence des consultation selon la catégorie**

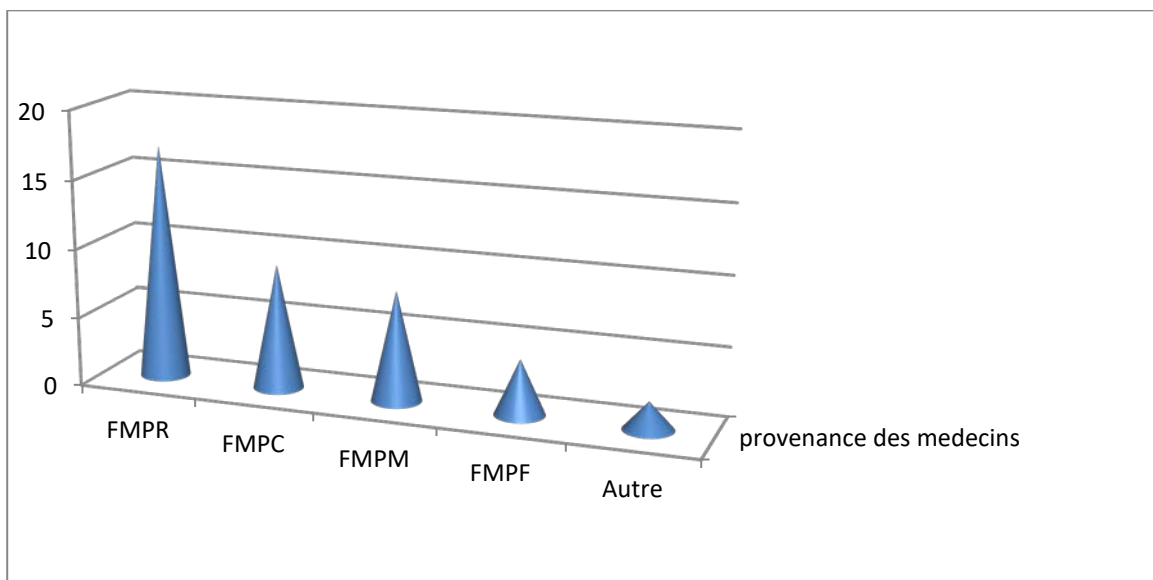
- ♦ En ce qui concerne l'âge moyen des patients, la majorité des médecins estiment voir des patients de tout âge. Avec une nette prédominance des consultations des sujets âgés



**Figure 7 : Fréquence des consultations selon l'âge**

• **Provenance des médecins :**

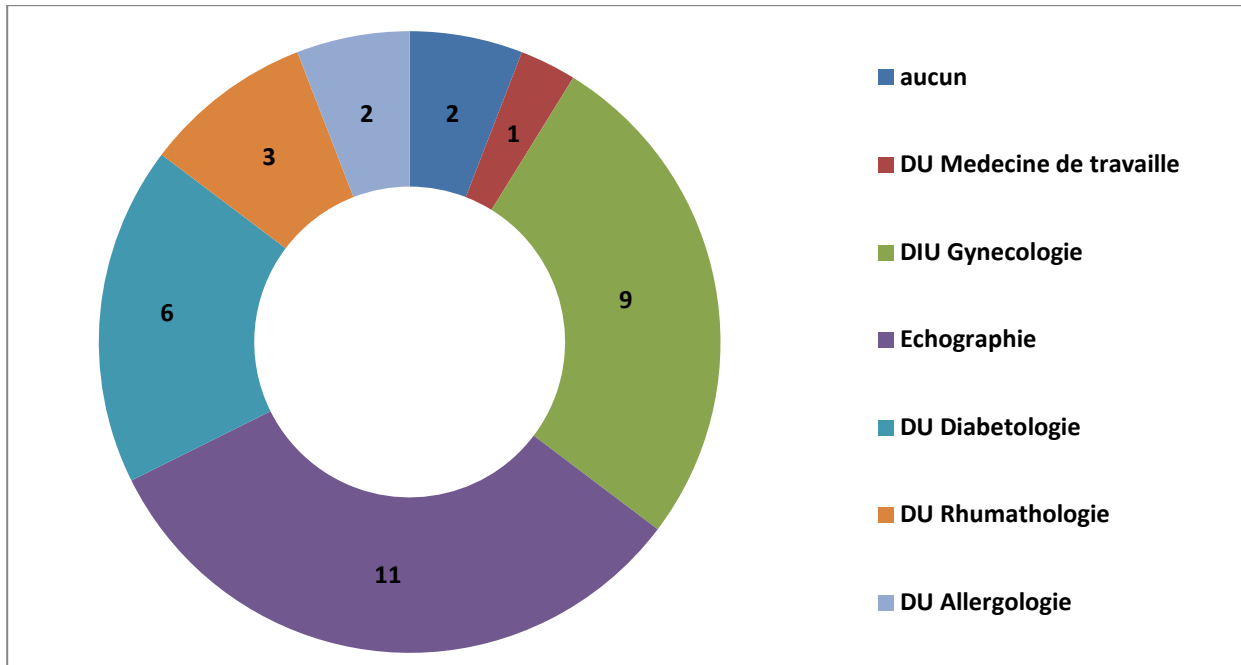
17 praticiens ont fait leurs études à Rabat. Pour les autres ils venaient respectivement par ordre décroissant de Casablanca, Marrakech, Fès et d'autres ont fait leurs études à l'étranger.



**Figure 8 : Provenance des médecins**

• **Diplômes universitaires :**

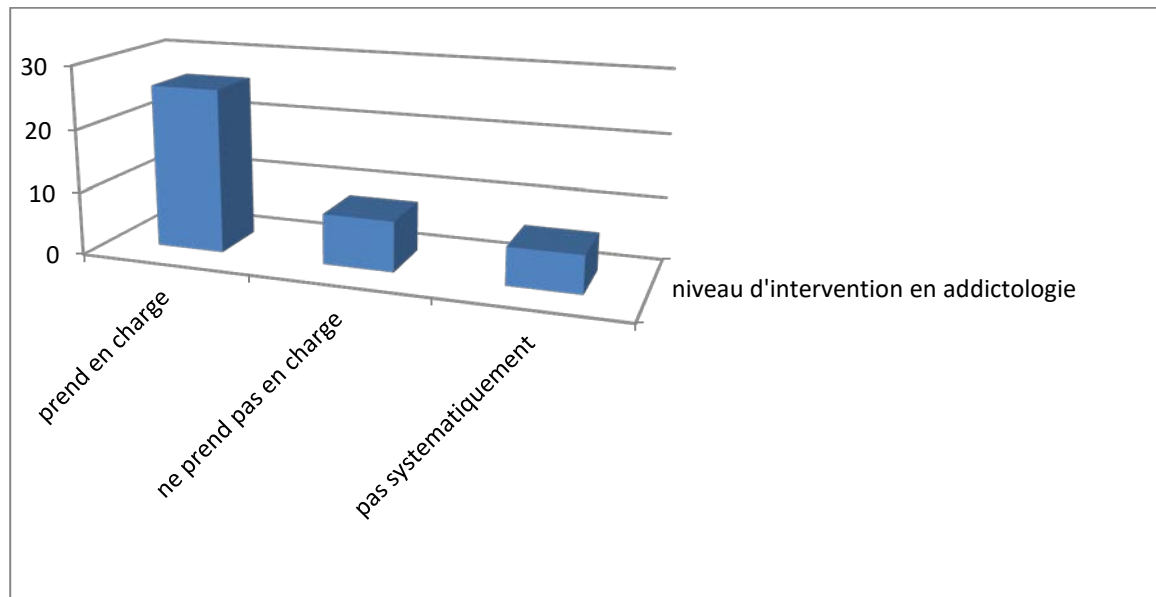
Parmi les médecins questionnés, aucun ne possède de diplôme complémentaire en addictologie.



**Figure 9 : Liste des diplômes complémentaires**

**2. La relation des médecins avec l'addictologie :**

- ♦ 26 (65%) médecins affirment prendre en charge des addictions dans leur pratique.
- ♦ 8 (20%) indiquent ne pas prendre en charge.
- ♦ 6 (15%) ne prennent pas systématiquement en charge



**Figure 10 : Niveau d'intervention en addictologie**

### **3. Estimation du médecin généraliste par rapport aux addictions :**

Les données suivantes ne sont qu'indicatives étant donné le caractère déclaratif des propos à la question : « A votre avis, dans votre patientèle quelle est l'importance des patients atteints d'une addiction aux substances psychoactives ? » (Annexe 7)

>> 38 praticiens sur 40 ont répondu de façon détaillée pour chacune des trois premières substances psychoactives (tabac, alcool et cannabis)

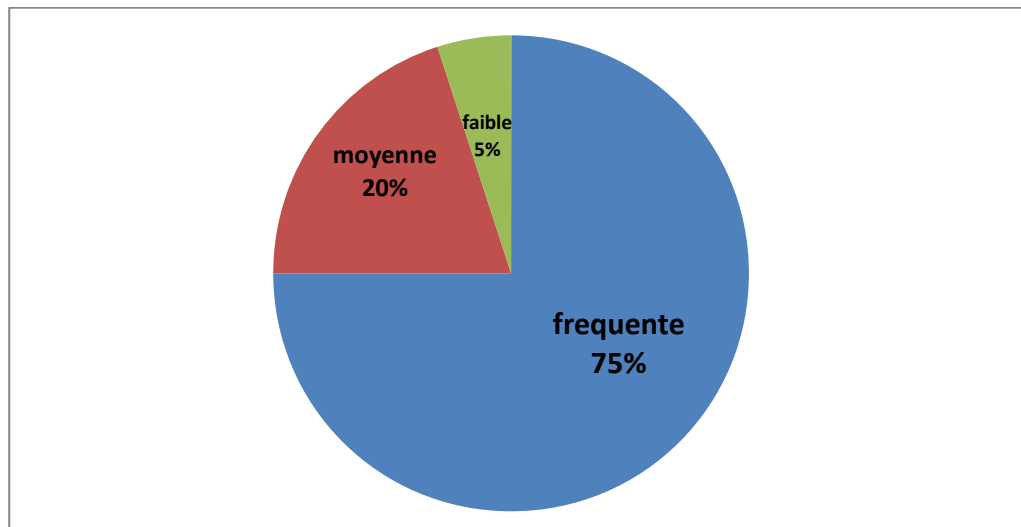
- Un médecin était incapable d'évaluer les addictions quelles qu'elles soient
- L'autre médecin n'a pas évalué la prévalence (M16): «Alors tabac ça ne m'intéresse pas,

Alcool ça m'intéresse très peu, je ne m'intéresse qu'aux opiacés, voilà."

#### **Tabac:**

- ♦ Prévalence fréquente pour 30 médecins (10/29)
- ♦ Moyenne pour 2 médecins (5/29)

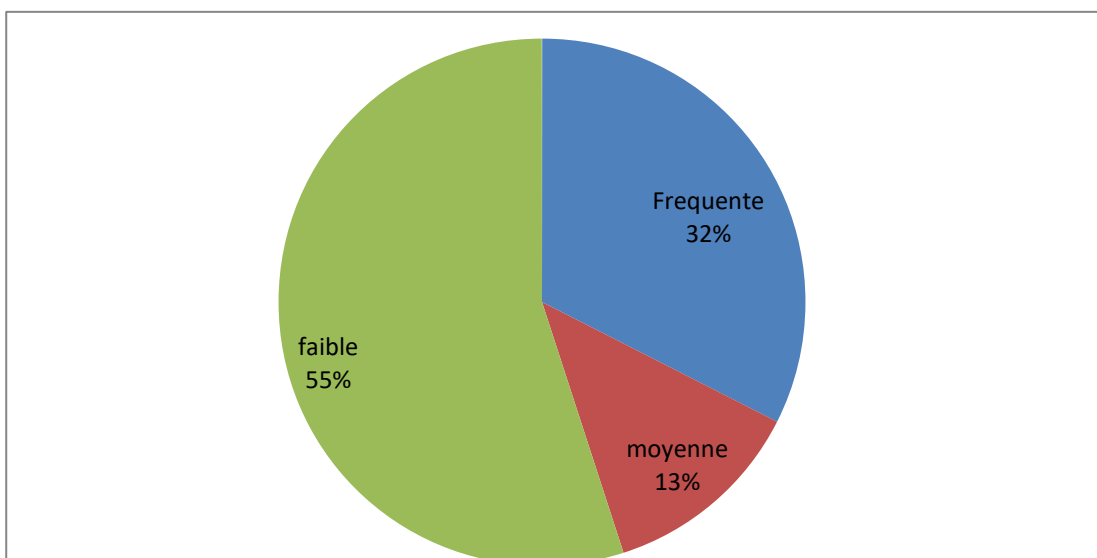
- ♦ Faible pour 8 médecins --> interprété en fonction de leur type de patientèle (toutes catégories d'âges confondus)(2/29)



**Figure 11 : Prévalence Tabac**

**Alcool:**

- ♦ Prévalence fréquente pour 13 médecins
- ♦ Moyenne pour 5 médecins
- ♦ Faible pour 22 médecins



**Figure 12 : Prévalence Alcool**

**Cannabis:**

- ♦ Cinq médecins déclarent y être confrontés plus souvent principalement chez les jeunes mais ces derniers ne rentrent pas dans une démarche de soins avec le médecin
- ♦ Faible prévalence pour 28 médecins
- ♦ 1 dit qu'il y a une prépondérance chez adultes et jeunes (âges confondus)
- ♦ 1 refuse de prendre en charge
- ♦ 5 sont incapables d'évaluer

**Autres substances illicites:**

La majorité n'en ont pas connaissance (consommation festive, absence de demande de sevrage)

Médecins pensent que cela concerne une population particulière (festif et milieu sportif)

**Médicaments:**

La majorité parle des benzodiazépines avec une réduction de prescription depuis les alertes de pharmacovigilance.

Nous ne développerons pas volontairement cette dernière partie, car ce n'est pas l'objet de notre étude qui n'est pas quantitative.

## II. Analyse des entretiens:

Le résultat de l'analyse est composé de plusieurs chapitres. Chacun est exposé de la manière suivante: les thématiques évoquées sont illustrées par une ou deux citations pertinentes, le chiffre entre parenthèses correspond aux nombres de médecins ayant répondu.

### 1. Un problème de santé publique alarmant:

"10% des élèves déclarent avoir déjà fumé et certains fument déjà régulièrement"

Entretien 10

◆ 6 médecins le mentionnent spontanément

→ **Un sujet encore tabou**

#### En fonction du produit... (10)

M1 "J'ai plus de cas comme ça (problème avec le tabac et l'alcool). Parce que les gens m'en parlent plus c'est peut-être plus ancré dans la population."

M9 "je mets un peu à part. Alcool et tabac. Je trouve que c'est vraiment deux mondes différents"

#### Stigmatisation des toxicomanes (7)

M18 "Ils sont traités comme des paria d'une société où on les accuse de tous les maux alors que franchement vous savez aussi bien que moi que c'est vraiment une range ridicule de part de marché"

M2 "C'est une leçon de société, pas la meilleure. De voir quand une société oublie certaines personnes, les abandonne."

## 2. Aborder le sujet des addictions en consultation :

**Tableau II:** Le dépistage en médecine générale

Idées principales		Exemples de citations
Dépistage du cannabis principalement chez les jeunes (8)		M1 "Combien de joints par jour? Évidemment en rigolant je ne vais pas l'agresser, les jeunes tu leur parles gentiment" M11 " ça m'arrive d'en parler, ça dépend des classes d'âge, j'en parle avec les jeunes"
De manière systématique pour le tabac et alcool (7)		M7 "L'alcool, le tabac c'est facile, le reste bon ce n'est pas systématique on va demander "est-ce que vous vous droguez?", ça ne fait pas partie systématiquement d'un interrogatoire." M20 "Tabac, alcool pour moi, je fais des dossiers d'externes... j'essaie de remplir un dossier correct, antécédents médicaux, chirurgicaux, machin et dans les antécédents médicaux systématiquement tabac, alcool"
Selon le type de patient présumé estimé à risque (7)		M6 " ça dépend si c'est des jeunes ou pas, de leur comportement."
Absence de dépistage des SPA illicites (3)		M1 "mais ce n'est pas moi au cours de la consultation qui va leur poser la question «est-ce que vous prenez des opiacés?» Je ne fais pas du dépistage d'addiction aux opiacés"
Le repérage est précoce (2)		M19 "Au moins pour le cannabis et l'alcool, je dirais.. mon rôle c'est dans le suivi de l'enfance"
Utilisation ou non d'outils de dépistage	Par le biais de questions simples (6)	M10 "non je n'utilise pas de questionnaire je pose la question directement, je ne suis pas sûr de la validité de ce genre de questionnaire ça dépend des cas" M15 "je parle"

	<p>Usage d'échelles validées  (tabac et alcool) (4)</p>	<p>M4 "je ne sais plus comment il s'appelle le MAST. Mais ça c'est quand je commence à avoir dépisté quelque chose"  M6 "Tabac, donc je fais le test de Fagerstrôm, on voit plus ou moins le degré de dépendance, on fait le conseil minimum."</p>
	<p>Demande spécifique administrative (1)</p>	<p>M5 "j'utilise les outils seulement lorsque c'est les caisses (d'assurance maladie) qui me demandent de remplir des papiers à ce moment là. Au niveau du RSI le bilan de santé qu'ils ont il y a des échelles auxquelles il faut répondre pour l'alcool et pour le tabac"</p>

**Tableau III:** Les circonstances de consultation

Idées principales	Exemples de citations
<p>Demande spontanée du patient (12)</p>	<p>M15 "Je suis toujours très étonnée moi-même quand les gens me parlent de ça"  M4 "souvent, ce n'est pas moi qui vais le dépister c'est le patient ou l'entourage qui va commencer à en parler. En fait ça se fait tout seul"</p>
<p>Lors d'une Première consultation (11)</p>	<p>M8 " Lors de l'examen général, un premier contact c'est vrai qu'on parle de tout puisqu'on crée un dossier donc on peut facilement aborder les problèmes de tabac, d'alcool"</p>
<p>Signalement de l'entourage (11)</p>	<p>M4 "Mais souvent le patient n'a pas pu aborder ce problème là tout seul, ou il a été amené par un de ses proches, par quelqu'un du travail à ce moment là c'est abordé d'emblée, c'est le tiers qui a abordé le problème"  M5 "Si quelqu'un de la famille est avec le patient, il pose le problème"</p>

Méthode d'investigation progressive (3)		M14 " Après je fais un par un je commence par le tabac « vous fumez ? » si oui ils fument quoi ? que du tabac ou.. et après est ce qu'ils prennent de la cocaïne, est ce qu'ils en ont déjà pris? Ça peut m'arriver mais alors ce n'est pas systématique"
Motif somatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiratoire (6)</li> <li>- Digestif (4)</li> <li>- Neurologique (4)</li> <li>- Cardiovasculaire (2)</li> <li>- ORL (1)</li> </ul>	M3 "Là c'est un acteur facilitant parce que le patient sent qu'il est allé trop loin et là on est dans le domaine du soin plus que dans le domaine de la prévention. Il va avoir du mal à écouter la prévention il aura plus de facilité à écouter le soin pour sa santé."
		M7 "Dans les addictions type alcool ou tabac c'est quand même relativement facile puisqu'on va tomber sur des tableaux digestifs ou respiratoires ou ORL donc on a quelque chose"
Motif psychiatrique (6)		M11 "Si les gens sont anxieux, ont des troubles du sommeil je vais leur demander s'ils prennent des substances qui excitent. Chez les personnes présentant un syndrome dépressif, l'alcool peut être à visée palliatif voir aggravant"
Motif biologique (8)		M1 "Dans le cas de l'alcool c'est dans le cadre du bilan biologique; transaminases, gammaGT, ferritine"
Cas particuliers	Devant des conduites sociales inadaptées (9)	M15 "ceux que je vois pour arrêter le cannabis c'est quand il y a des injonctions" M19 "Mais quand vraiment, chez un qui a une consommation qui désocialise complètement qui l'empêche d'aller au travail avec arrêt de travail à répétition"
	Consommation visible, apparente (7)	M20 "La dernière qui m'en a parlé (alcool) ça se voyait comme le nez au milieu de la figure"
	Grossesse (1)	M20 "Je vais être plus amené à creuser s'il y a une grossesse"

**Tableau IV:** Le déroulement de La consultation

Idées principales		Exemples de citations
Procédé employé par le médecin	Abord direct (8)	M8 "De manière très claire sans contourner la question je pense qu'il faut savoir en parler" M19 "Maintenant je dis aux gens « écoutez on est entre personne intelligente, vous me comprenez je vous comprends donc on dit les choses, voilà, alors on les dit parce que ça a des conséquences pour vous »."
	Abord indirect (11)	M11 "De manière plus ranche avec les hommes, plus détournée avec les femmes car c'est plus caché moins avoué." M20 "Tabac, alcool je pose la question systématiquement, comme si de rien était entre les vaccins, l'appendicite et hop là 1 comme ça ils sont obligés de répondre"
	Utilité des logiciels (4)	M2 "Ce qui est pratique avec les logiciels c'est qu'on a le dossier devant soi et on revoit les antécédents tout le temps"
Moment de la consultation privilégié	Pas de moment précis (6)	M3 "Quand l'occasion de la consultation va aïre qu'on va en parler, il n'y a pas de moment de la consultation spéciale"
	À la fin de la consultation (5)	M4 "Si un patient est venu vous voir pour un problème d'addiction à l'alcool ou au cannabis ou même à d'autres choses il va avoir du mal à nous en parler, ça va être en in de consultation, c'est sûr, lorsqu'il va mettre la main sur la porte"
	Au début de la consultation (1)	M14 "Le moment de la consultation c'est au début, avec les antécédents et tout ça"

### 3. La prise en charge des addictions en médecine générale :

**Tableau V:** La position du médecin généraliste vis-à-vis de l’addiction

Idées principales		Exemples de citations
Première place au niveau du dépistage (7)		M11 "Place capitale même si on n'est pas les seuls à gérer, au moins mettre le doigt sur le problème, mettre face à la réalité." M20 "Le dépistage, comme toutes les maladies, normalement on est souvent les médecins de premier recours."
La Prise en charge Doit être globale...	Social et médical (5)	M2 "Essayer de les sortir de certaines situations dans le social."
	Du Patient et de son entourage (3)	M19 "il faut prendre en charge le concerné par l'addiction, faut prendre en charge sa famille parce que souvent elle est en plein désarroi"
... Mais il existe un décalage entre théorie et pratique (7)		M3 "quelle doit être sa place ou qu'est-ce qu'elle est en réalité aujourd'hui ?" M9"Elle est la place qu'on veut bien prendre"

#### 3.1. Un rôle à jouer: sensibiliser et informer :

24 médecins généralistes ont souligné, pendant la conversation, l'importance de tenir un discours médical qui fait partie intégrante de la prise en charge.

M3 "Par le conseil, par l'explication des complications que ça donne l'addiction, la montée dans la tolérance aux drogues et la recherche de drogues plus fortes quel qu'elles soient, l'augmentation des quantités que ce soit le tabac ou l'alcool."

M11"Cocaïne, la consommation est en général occasionnelle, la prise en charge se limite à une information à expliquer les différents risques"

Ce discours médical peut se compléter parfois par l'utilisation d'outils pour 4 médecins interrogés

M1 "Alcool? J'avais mis une affiche et ils me l'ont enlevé (moi, que contenait elle?) 2 à 3 verres par semaine maximum, etc."

Le recours aux examens complémentaires est un appui pour argumenter le début d'une démarche de sevrage selon 4 médecins:

M12 "Quitte à leur montrer qu'ils se détruisent la santé, leur faire un scanner en utilisant des moyens médicaux"

Enfin, orienter vers les médecins spécialistes semble un point notable pour 3 médecins généralistes: "Ils sont très réticents au début, on peut donc se faire aider du spécialiste pour bien leur faire comprendre que c'est la consommation alcoolique tous les jours qui crée ça." M1

### **3.2. Favoriser La communication :**

Prioriser l'écoute portant essentiellement sur le vécu du patient est un facteur facilitant pour 5 médecins.

M2 "C'est aussi les prendre en considération, leur faire évoquer que ce sont des êtres humains et qu'ils nous intéressent pas de façon ethnologique, en tant que rapport humain."

D'autres éléments ont été signifiés comme facilitateurs de la communication :

- Ne pas être moralisateur et privilégier l'aspect confidentiel (9)
- Prendre, laisser du temps au patient (6)
- Éviter le stéréotype pour ne pas passer à côté du problème (5)
- Ne pas porter de jugement (4)

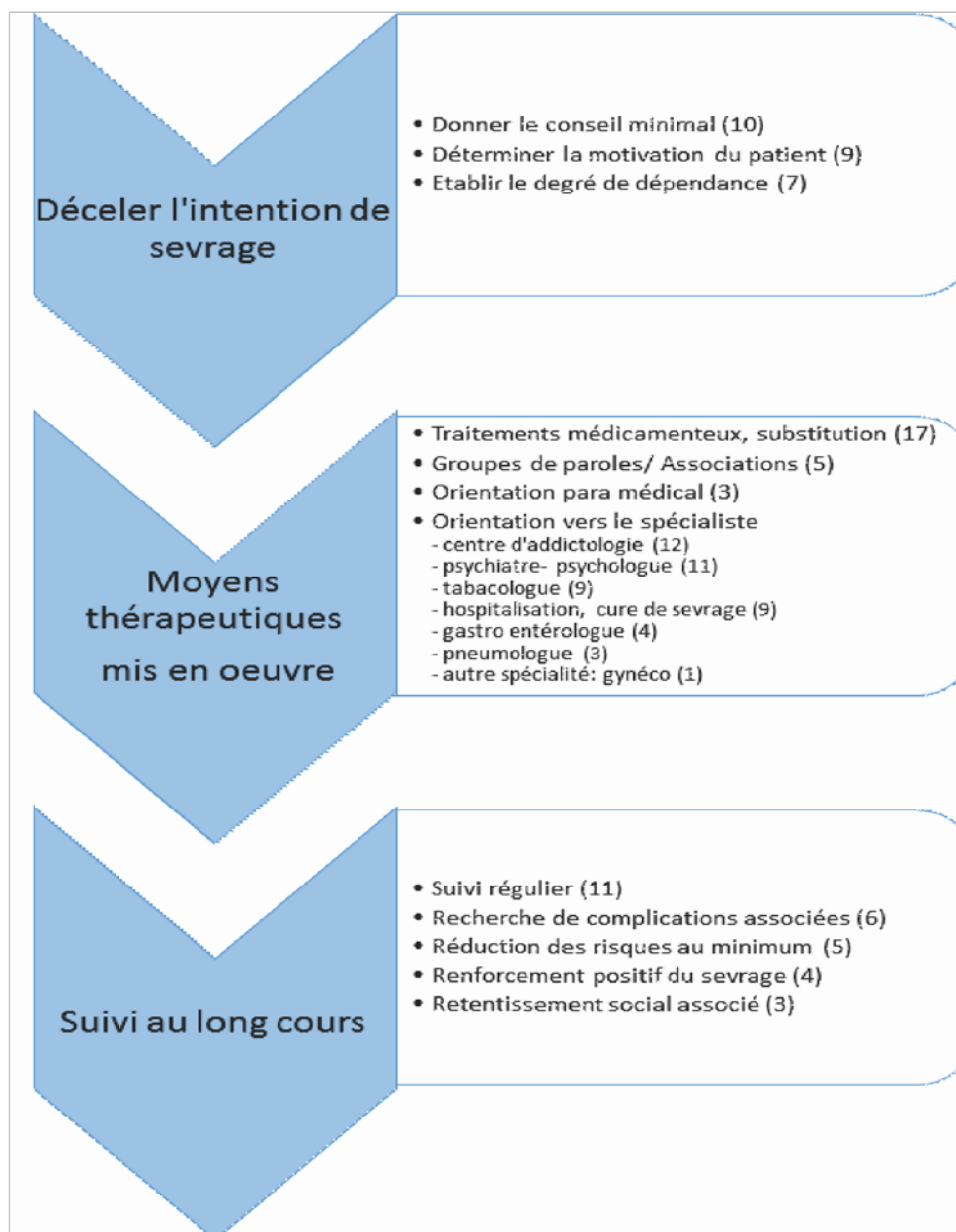
### **3.3. Les stratégies d'évitement de prise en charge**

A l'opposé des points précédents 7 médecins déclarent se réfugier par le biais du cadre réglementaire pour refuser la prise en charge de certaines addictions aux produits essentiellement les opiacés.

M8 "Alors maintenant moi je suis ferme je dis c'est comme ça on a des contrôles sécu, si je fais des ordonnances en avance j'ai des problèmes donc voilà je n'ai pas le choix. Bien mettre des barrières dès le départ".

### 3.4. Les différentes étapes de gestion de l'addiction :

"Une fois qu'on a dépisté c'est plus facile à prendre en charge" M3



Tout est dépendant du patient (35) et du produit consommé (23)

- Déceler l'intention de sevrage

**Tableau VI:** Mise en œuvre de l'intention de sevrage

Idées principales	Exemples de citations
Donner le conseil minimal (20)	"On parle soit de l'arrêt progressif soit de l'arrêt complet" M18
Déterminer la motivation du patient (18)	"D'abord dans une consultation on ait l'état des lieux" M2
Établir le degré de dépendance (14) • Questionnaires validés (2) • Entretien motivationnel (2)	"Déjà j'en parle pour savoir si c'est une consommation ponctuelle ou addictive, dépendante" M11

- Moyens thérapeutiques mis en œuvre

Traitements médicamenteux et de substitution:

- Tabac (13): La majorité des médecins utilisent les antidépresseurs et neuroleptiques .
- Alcool (8): un seul médecins déclarent utiliser le baclofène.
- Opiacés: La plupart des médecins pratiquent le renouvellement de traitements de substitution mais peu initient ces traitements

Autres orientations: "acupuncture",

Orientation vers le spécialiste : Les 30 médecins interrogés orientent vers le spécialiste en fonction du cas du patient et du produit consommé.

- Le centre d'addictologie: "Cannabis, opiacés, cocaïne, on va dire drogues dures et substance illicites, je vais plus facilement, même si le cas est rare dans ma patientèle, rechercher une adresse" M3
- Psychiatre-psychologue: "L'alcool j'essaye de les adresser au psychiatre" M17

- "Pour le cannabis c'est surtout une psychothérapie. Les opiacés aussi." M5
- Tabacologue : ne savent pas s'il existe au Maroc ou non et d'autres médecins non jamais entendu par la spécialité " pour les gros fumeurs que j'envoie éventuellement à une consultation de pneumologue" M18
  - Hospitalisation: pas avant le stade d'apparition de complications liées au produit
  - Hépto-gastroentérologue: "Tu peux te faire aider des fois de l'hépatologue pour leur mettre les points sur les i par un spécialiste" M1
  - Pneumologue: "faire le bilan déjà de leur état pulmonaire et du coup leur faire mieux se rendre compte de ce qu'il faudrait améliorer" M13
  - Gynécologue: "ça fait partie des grossesses à risque (les cas sociales)" MZ0
- Suivi au long cours

**Tableau VII:** Le suivi d'un patient addict

Idées principales	Exemples de citations
Suivi régulier (11)	"Non pas vraiment de consultation dédiée. Si ils viennent on en parle, non ça rentre dans une consultation" M7
Recherche de complications (6)	"Je traite une dépression sous jacente" M11 "Les dépistages hépatite C, HIV, etc" M18
Réduction des risques (5)	"Il leur est impossible d'arrêter alors je me dit à faible dose cela ne fait pas trop de dégâts." M10
Renforcement positif (4)	"Quand on est addict c'est pour la vie donc j'essaie de remplacer une mauvaise addiction par une bonne addiction" M10
Prise en charge du retentissement social (3)	"La liste des dommages personnels, corporels, financiers mais ça prend une heure je ne le fais pas en général " M19

#### 4. Les freins généraux indépendants du profil :

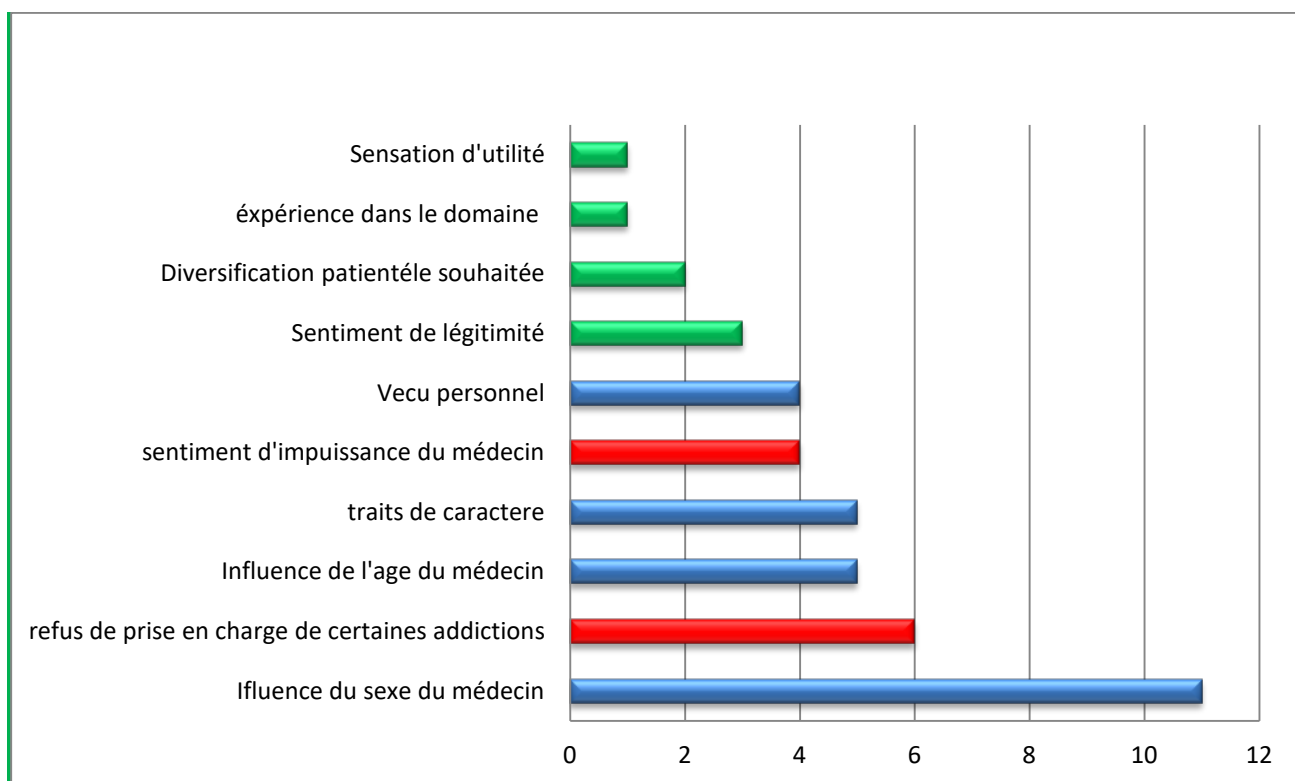
**Tableau VIII:** Les freins généraux indépendants du profil

Idées principes		Exemples de citations
Difficulté de communication avec le patient - <u>consultation non adaptée</u> (8)		M16 "Si il vient pour une otite je ne vais pas lui demander s'il boit trop (rire) 1" M11 "J'ai peur de vexer les gens"
Isolement du MG	Difficulté de collaboration avec les réseaux spécialistes (8)	M3 " Les Centres d'addictologie savent qu'on existe nous médecins traitants mais nous on ne sait pas qu'eux existent" M1Z "Je n'ai jamais de retour, c'est la seule catégorie de médecins (psychiatres)"
	Plus value du travail en équipe (7)	M2 "Je suis ici dans la structure beaucoup plus à l'aise avec ces patients là, parce qu'on est cadrant que lorsque je suis à mon cabinet isolé" M8 "Travailler en réseau, de revoir le patient c'est toujours intéressant, il se sent soutenu."
	Confrontation avec les services publiques (5)	M2 "Ces structures j'appelle ça des alibis d'État. L'État a des carences donc nous on sert d'alibi"
Manque de temps	Logistique- organisation (10)	M1 "Mais on ne peut pas aire de la psychiatrie, on a pas une heure devant nous."
	Non intégré dans la systématisation (7)	M4 "je ne suis pas assez attentif aux addictions"
	nombreux motifs de consultations (4)	M4 "En médecine générale c'est impossible de aire une consultation dédiée"
	S'exempter- se délier du patient (2)	M7 "je n'ai pas envie de me prendre la tête"
Manque de formation	Nécessité d'une formation continue adaptée (8)	M3 "Plus de formation sur les addictions car on en a peu

	Formation initiale pauvre (3)	M18 "Voilà c'est là que le bât blesse en général. Les gens sortent de 8/10 ans d'études sans savoir ce que c'est qu'un toxicomane"
	Besoin d'expérience sur le terrain (3)	M3 "Je me sens peu armé pour raison d'expérience que je n'ai pas eu"
Manque de motivation	Découragement, désolation du MG (6)	M8 "On s'investit et en fait on est qu'un médecin prescripteur comme un autre. Il n'y pas de retour du patient" M11 "L'addictologie c'est frustrant"
	Désintérêt pour le sujet (6)	M7 "ce n'est vraiment pas une clientèle que je recherche donc je ne vais vraiment pas faire d'effort"
	Perte financière (4)	M9 "Ce n'est pas avec une consultation à 100DH qu'on peut s'occuper de ce genre de choses"
Manque d'outils	Non connaissance d'échelles validées (6)	M4 "on met des croix et on calcul des scores, je pense que c'est très utile mais très utile à l'addictologue et au spécialiste"
	Tests non applicables en MG (3)	M19 " Ces contrôles urinaires ça me prend le chou"
Banalisation du produit (8)		M7 "Le cannabis bénéficie malheureusement d'une image d'innocuité, la réflexion idiote, on en donne aux malades." M10 "10% des élevés de cette ville avoir déjà fumé et certains fument déjà régulièrement"
Certaines prises de SPA sont inapparentes-dissimulées (6)		M7 "Je manque de pouvoir analyser certains signes, je manque de critères de dépistage pour les drogues pas pour l'alcool et le tabac"
Problème de la responsabilité du médecin (3)		M12 "On ne peut pas forcer les gens à se soigner mais d'un autre côté il y a non assistance à personne en péril."

## 5. L'influence des caractéristiques individuelles dans la prise en charge :

### 5.1. Les spécificités personnelles des médecins :



**Figure 13 : Les spécificités personnelles des médecins**

#### Éléments freinateurs

##### – Sentiment d'impuissance :

M12 "on ne peut pas obliger les gens à se soigner si ils ne veulent pas ça a toujours été le gros problème moi je trouve que c'est ça c'est comme pour les psy"

M15 "La part de la place du médecin généraliste ben ce n'est pas facile parce que même s'ils vous en parlent ils ne sont pas obligés d'avoir envie d'arrêter"

##### – Refus de prise en charge des toxicomanes:

M7 "Donc ce n'est vraiment pas une clientèle que je recherche donc je ne vais vraiment pas faire d'effort,"

### Éléments facilitateurs

– **Sentiment de légitimité:**

M3 "A une blouse blanche on doit pouvoir parler de ça et le praticien de santé doit être capable d'en parler librement,"

– **Expérience dans le domaine :**

M18 "Il est clair que c'est une réponse qui est de terrain"

– **Intérêt-utilité:**

M16 " je me suis occupé de toxicomanie parce que c'était des gens qui étaient désinsérés socialement et au moins j'avais l'impression de servir à quelque chose et de les réinsérer"

– **Diversification de la patientèle souhaitée :**

M2 "Je tiens à avoir ma patientèle de médecine générale c'est à dire un mélange de tout, de la petite vieille qui boit peut être un petit coup au méchant junkie qui vient prendre sa métha et qui est bien équilibré mais qui a d'autres problèmes"

### Éléments variables

– **Traits de caractère: personnalité :**

M19 "C'est que les gens me connaissent depuis longtemps donc ils savent que je râle, que je tempête, mais que au fond je suis prêt à tout entendre"

– **Vécu personnel :**

M20 "en fin forcément on n'est pas dans la même empathie qu'on le veuille ou non avec des gens qui nous ressemblent pas du tout ou qui ont des activités très différentes que de ceux avec qui on a des points communs forcément"

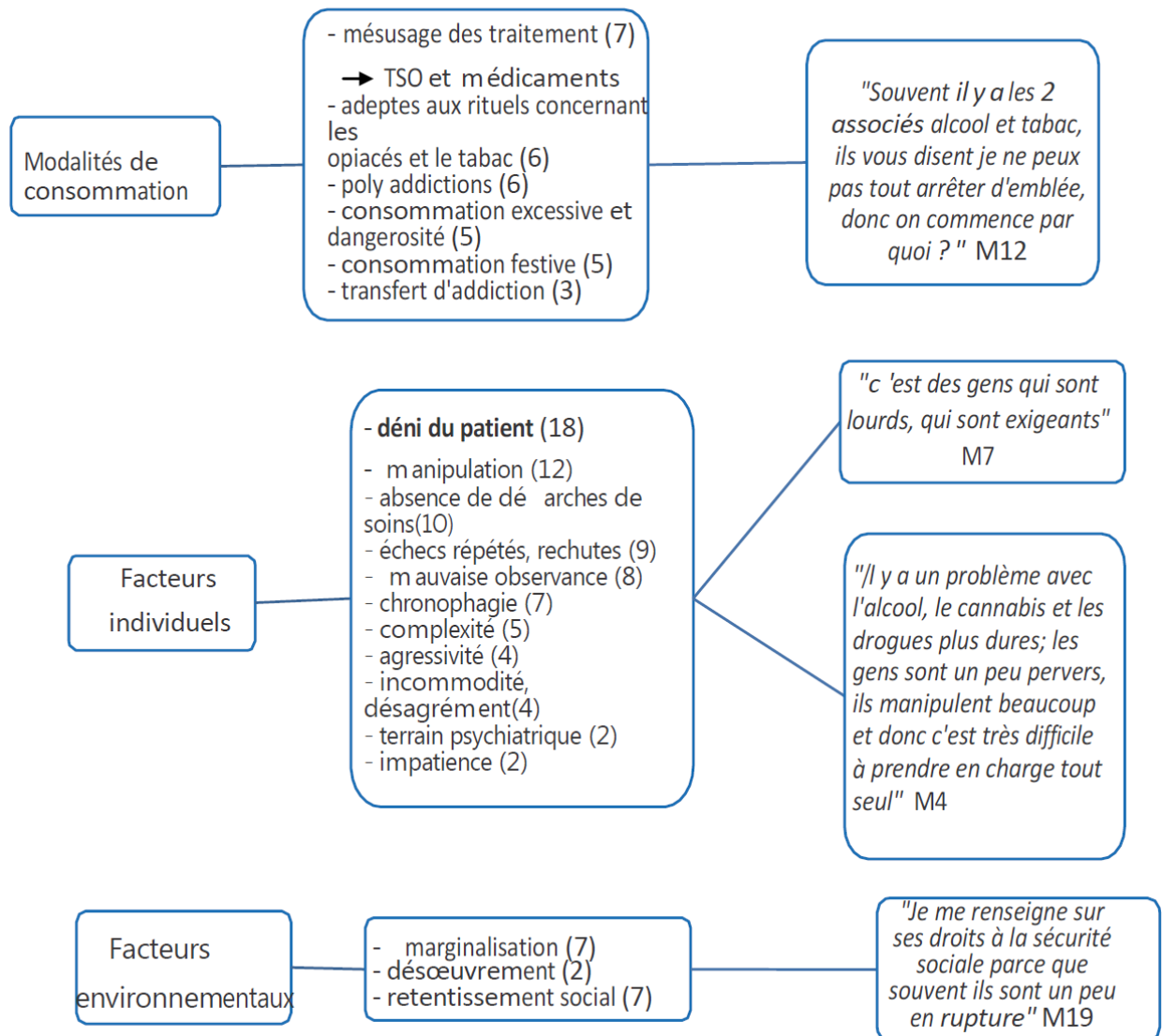
– **Age du médecin :**

M11 "Mon âge ; je suis agé c'est plus facile pour parler"

– Sexe médecin :

M14 "Mais ceux qui boivent elles le disent pas facilement quand même puisque je suis un homme"

5.2. Les spécificités personnelles des patients :



**Schéma 1: Les spécificités personnelles des patients**

L'évocation par 32 médecins du déni du patient , certaines explications sont avancées :

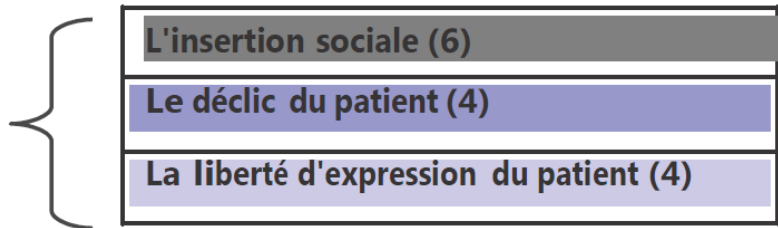
- L'absence de prise de conscience du caractère addictif (12)

- La crainte du jugement (7)
- Le manque d'information (3)
- La différence entre hommes et femmes (10)

M14 "Des femmes entre femmes peut être qu'il y a moins de tabou, elles se disent elle va moins me juger"

M3 "Le tabou, surtout pour les addictions aux drogues les gens ont du mal à en parler car il y a un sentiment de culpabilité et pour les drogues dites socialement mal vécues et reste un tabou ; l'alcool beaucoup. Le tabac ne va pas modifier le comportement social"

A contrario trois autres facteurs liés aux patients semblent favoriser une meilleure prise en charge



### 5.3. La relation de confiance médecin-malade :

Au regard de 31 médecins généralistes la relation de confiance qui s'établit dans la durée avec son malade est un appui considérable dans le repérage et la gestion de l'addiction.

M8 "Si il n'y pas une relation qui s'est établie au préalable ça me parait compliqué d'aborder ce sujet."

M17 " Nous on les connaît depuis 10/15 ans et ils n'ont pas envie d'aller voir quelqu'un d'autre alors qu'en ait il faudrait aller voir quelqu'un d'autre. Ils n'ont pas envie de faire plus loin que leur médecin généraliste "

## 6. Les représentations:

Les représentations des médecins auprès des patients sujets à une addiction varient d'un médecin à l'autre, elles constituent une sphère à part entière à détailler:

**M18** "Les gens ont encore trop peur des toxicomanes".

5 médecins estiment que leur dépistage est mis à défaut par un certain délit de faciès

**M13** "Je gère plus ça en terme de profil, mais voyez je me fais surprendre par des gens quelques fois".

3 médecins avouent avoir un manque d'ouverture d'esprit sur cette question.

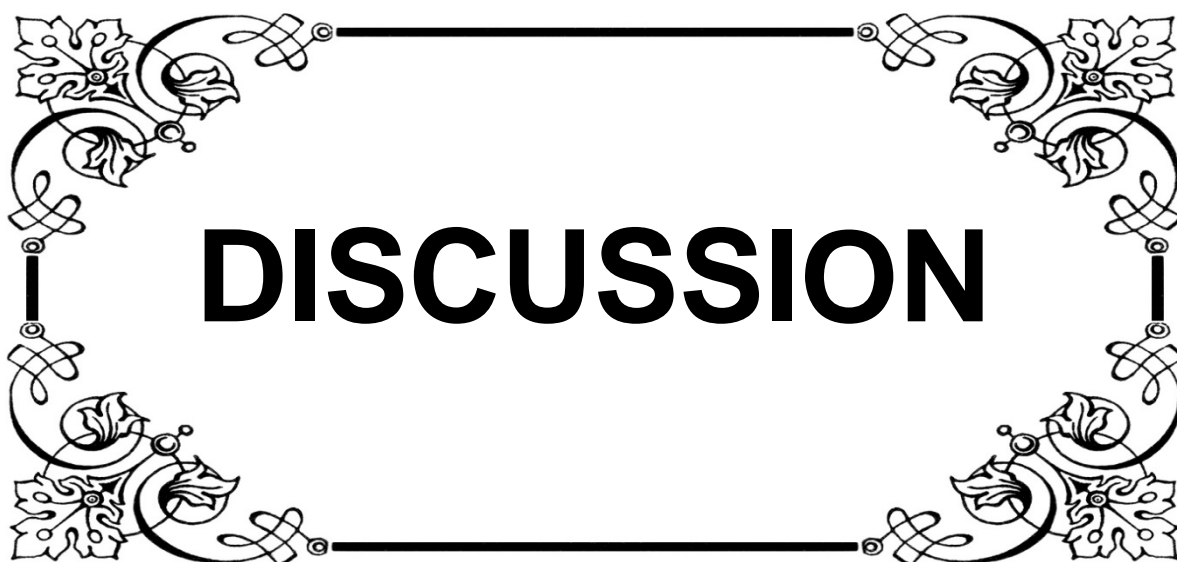
**M3** "Les freins dépendent du type de drogues, c'est plus difficile avec les drogues culpabilisantes, c'est plus facile avec les drogues pharmacologiquement reconnues comme légales (les médicaments) ou socialement non culpabilisantes (tabac) enfin moi je le vis comme ça.

D'autres à l'opposé considèrent l'addiction comme une maladie chronique (6)

**M19** "Je considère leur problème comme une maladie chronique comme le diabète ou l'hypertension et que je ne lâcherais pas un diabétique tant qu'il n'a pas à peu près équilibré son diabète parce que sinon dans 10/15 ans il sera très multi."

## 7. Les propositions et les besoins des médecins

Attitudes personnelles à améliorer	Attentes des médecins
<ul style="list-style-type: none"><li>• prendre le temps de dépister (6)</li><li>• favoriser la sensibilisation (2)</li><li>• acquérir de l'expérience (2)</li><li>• prise en charge sociale à enrichir (1)</li><li>• s'informer régulièrement (1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• une formation à adapter (10)</li><li>• un partenariat réel avec les confrères et réseaux (9)</li><li>• poser un cadre réglementaire, une traçabilité des patients (6)</li><li>• obtenir des tests utilisables en médecine générale (5)</li><li>• revalorisation de la consultation (3)</li></ul>



# DISCUSSION

Le résultat essentiel de notre étude est en accord avec l'étude de Pierre Gallois (11), selon laquelle les médecins généralistes sont aptes à prendre en charge les addictions sous réserve d'un savoir-faire et d'un savoir être.

Afin d'explorer les différentes modalités de cette prise en charge, l'approche qualitative par entretien individuel a retenu notre préférence pour cette étude, car elle ouvre sur la possibilité d'identifier des valeurs culturelles et des représentations variées.

Ce travail est original du fait que les études qualitatives existantes dans ce domaine ne portent que sur une substance psychoactive spécifique (12,22) ou sur une cible de médecins impliqués en addictologie (23) ou non généralistes (21). Or, il apparaît désormais que la prise en charge des consommations de SPA repose sur la base du comportement addictif, et la confrontation quotidienne de tous les médecins généralistes à cette problématique est une réalité.

Les biais d'une recherche qualitative résident en deux points majeurs : d'une part un risque d'interprétation erronée ou personnelle des entretiens et d'autre part la taille de l'échantillon qui n'est jamais statistiquement représentatif et qui semble rendre difficile la généralisation des résultats.(5)

**Analyse des résultats à partir des données socio-démographiques :**

Dans notre étude il y a une prédominance d'hommes par rapport aux femmes conformément aux données des études européennes (données de la démographie médicale en région Provence Alpes Côte d'Azur, retrouvées dans les statistiques publiées en 2013 par l'Ordre National des Médecins.).

Plusieurs publications (3) analysent les différences d'attitudes entre les généralistes femmes et hommes, il ressort que ces derniers sont plus impliqués dans la relation avec les patients et qu'ils proposent plus de suivi. Les hommes médecins semblent donc plus sensibles aux aspects psychosociaux, préventifs et éducatifs.

Dans notre travail les praticiens ont plus de facilité à aborder le thème des addictions, et ont plus de demandes spontanées de la part des patients alors que les médecins femmes ont plus de demandes de la part d'un nombre minime des patientes représentées par des cas sociaux . Le sexe du médecin semble donc avoir une influence sur le comportement du patient.

Les médecins généralistes qui exercent en activité régulière en région DERRA TAFILALT sont âgés en moyenne de 40,5 ans. Dans notre étude nous avons classé les médecins par tranche d'âge, sans préciser l'âge exact, à savoir une moyenne de 50 ans pour les médecins questionnés. Cela introduit un biais d'interprétation dans une enquête qualitative (14).

La densité des médecins généralistes à l'échelle de la région DERRA TAFILALT est faible a raison de un médecin pour 3381 habitants contre un médecin pour 1845 habitant au Maroc avec une nette concentration des médecins autour de l'axe Casa-Rabat (36). C'est en fonction de ces données que nous avons interrogés 10 médecins exerçant en zone urbaine et 30 en zone rurale.

Chaque pratique est différente : Le baromètre santé 2009 (24) précise que l'exercice en cabinet de groupe, le volume d'actes réalisés par jour (>20).

Notre travail qui est qualitatif, n'a pas permis d'établir un lien entre le nombre d'actes quotidiens et la prise en charge des conduites addictives. L'exercice en cabinet de groupe (2 cabinets) n'a pas été évalué. En admettant que la notion de classe populaire puisse être rattachée à des patients bénéficiant de l'AMO, parmi les 10 médecins déclarant voir des classes populaires, 7 sont réellement impliqués dans la prise en charge des addictions (renouvellement de traitement de substitution aux opiacés en particulier).

Au Maroc, l'enquête nationale en population générale sur les troubles mentaux et la toxicomanie avait estimé la prévalence de consommation de toxique était de 4,1%, avec un taux d'abus de 3% et un taux de dépendance de l'ordre de 2,8%. (25)

en milieu universitaire à Marrakech au cours de l'année 2005 une enquête a été mener auprès de 418 étudiants (276 masculins et 142 féminins) de l'université Caddi Ayyad de

Marrakech ; 24,6 % des étudiants étaient consommateurs de tabac, 9,8 % de cannabis, et 17,5 % d'alcool. La consommation masculine était prédominante, avec 86,4 % des tabagiques, 97,6 % pour le haschich, et 86,3 % pour l'alcool. L'âge de début d'usage de toxique coïncide avec l'adolescence (15 à 18 ans). Le mode de consommation était régulier chez 100 % des tabagiques, 51,2 % des usagers de haschich, et chez 11 % des consommateurs d'alcool ; de plus, 86,4 % des fumeurs étaient dépendants au tabac, 76,6 % de dépendants au cannabis, et 16,4 % dépendants à l'alcool. L'association toxicomanie et dépression était présente chez 28,1 % des fumeurs de dépendants au tabac, chez 35,4 % des dépendants au cannabis, et chez 58,3 % des dépendants à l'alcool. Un plan de lutte contre la toxicomanie s'impose, et surtout dans son volet préventif, pour pouvoir limiter ce phénomène et minimiser ses répercussions sur la population.(26)

Notre analyse étant qualitative il n'est pas possible de comparer nos résultats avec les chiffres précédents. Toutefois les tendances sont proches : la prédominance du tabac, secondairement l'alcool, puis le cannabis qui devient une consommation régulière plus que d'expérimentation par rapport aux autres SPA illicites. Nous avons volontairement exclu de notre étude les autres SPA illicites (amphétamines, ecstasy, LSD,...) qui sont très rares voir même inexistantes dans la zone de l'étude, ainsi que le mésusage des médicaments dont la gestion par les médecins est plus aisée malgré des difficultés propres. Cela peut constituer un biais d'analyse.

#### **Analyse des résultats à partir des différents entretiens :**

- L'addiction demeure pour les omnipraticiens un problème de santé publique préoccupant.

Un sondage dénommée EROPP (enquête sur les représentations, opinions et perception sur les psychotropes) a été réalisé en 2010, il concerne l'évolution et la perception des drogues chez les français (26). Trois quarts des français ne pensent pas qu'il soit possible de parvenir à un monde sans drogues. "Les jugements de valeurs que la population porte sur les usagers de drogues influencent fortement son opinion sur les politiques publiques". Ainsi le consommateur

d'héroïne se construit sur la dualité victime/délinquant. La perception des marocains semble avoir évolué au cours de cette décennie vers une plus grande appréhension des produits psychoactifs principalement sur le tabac et le cannabis. Cette enquête révèle la persistance d'une stigmatisation des toxicomanes par la population et une prise de conscience des conséquences induites par les SPA.

Dans notre travail nous avons mis en évidence cette stigmatisation des toxicomanes aussi par les médecins. Par ailleurs ils considèrent qu'il subsiste une banalisation de l'usage de certains produits (spécialement le tabac) par les patients. Pour une minorité de médecins ce sujet reste encore tabou: "Du côté des médecins on va dire peut être un manque d'esprit ouvert là-dessus" (M3)

Les circonstances et le déroulement de la consultation en médecine générale peuvent constituer des éléments freinant ou favorisant le dépistage et la prise en charge des conduites addictives.

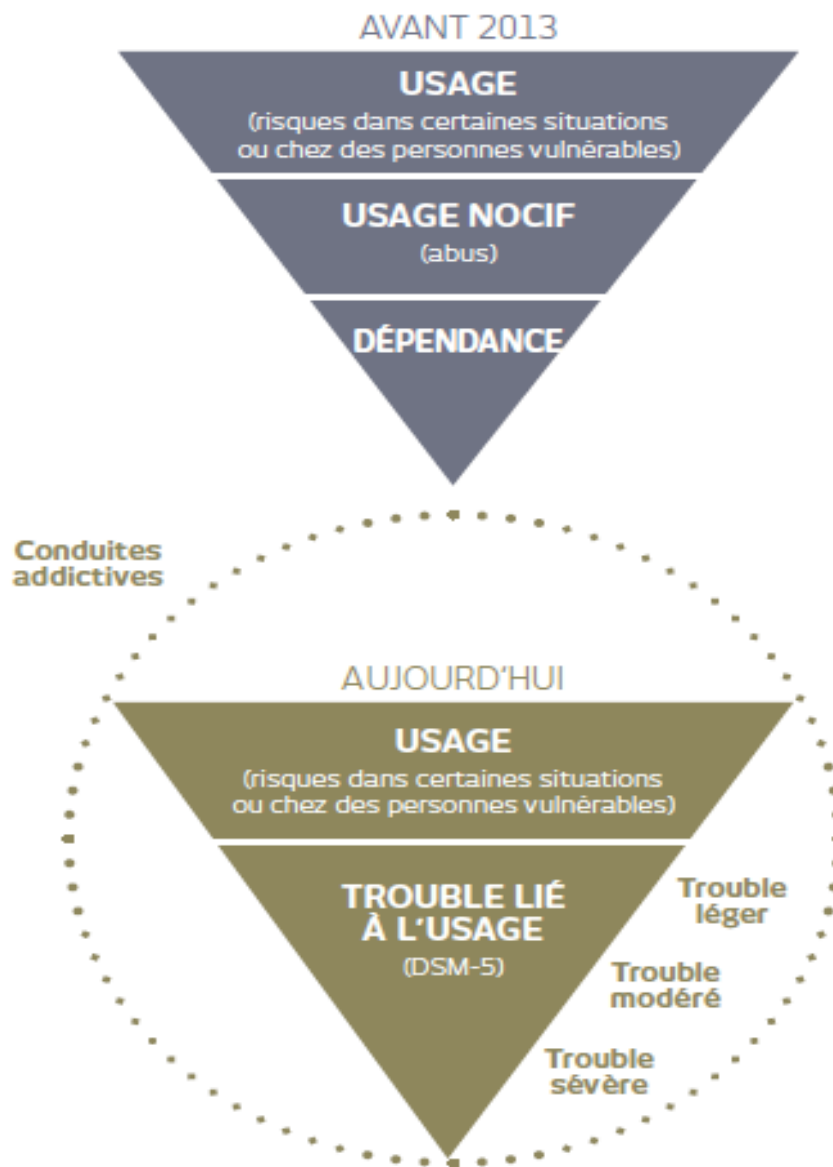
• Les principaux freins à la prise en charge

Dans notre recherche la position du médecin généraliste est claire : il est au centre pour le dépistage et éventuellement pour la prise en charge, mais il y a un décalage avec la réalité. Le principal frein pour la grande majorité des médecins est le déni du patient.

« On a plein de gens qui ont les autruches par rapport à leur consommation de toxiques » (M2O)

Pour les médecins questionnés, vouloir réaliser une intervention brève auprès d'un patient qui n'est pas en démarche de soins semble paradoxal.

Le nouveau plan gouvernemental désormais sa priorité sur la prévention. Au-delà du diagnostic et de la prise en charge des patients déjà dépendants, il convient d'orienter l'attention sur l'usage nocif tout autant désastreux sur les conséquences sanitaires et sociales que la dépendance. Ces mesures ciblent en priorité les jeunes, les femmes enceintes et les personnes précaires. Comme l'indique la pyramide de Skinner (annexe 1), la prévention est nécessaire en ce sens.



La pyramide de Skinner

Nous pouvons noter dans notre recherche un questionnement tabac/alcool quasi systématique, ainsi que du cannabis auprès des jeunes. Pourtant ces préconisations ne bénéficient pas encore d'une diffusion importante auprès des généralistes. Sur 10 médecins généralistes exerçant des suivis de grossesse seule une estime dépister les conduites addictives chez la femme enceinte.

Une étude faite en France démontre des freins similaires à la prise en charge des pratiques addictives chez les femmes enceintes auprès de gynécologues obstétriciens, pédiatres et sages-femmes. Le manque de temps et l'absence de guide sur les conduites à tenir sont les deux principaux freins incriminés. Le déni ou la culpabilité de la future mère est fortement plus présent (car il concerne également le tabac) et complique le dépistage. Ces freins ne sont donc pas spécifiques aux médecins généralistes.

Parmi les autres obstacles, le manque de temps, de formation et d'outils ainsi que l'isolement se combinent au sentiment d'impuissance du médecin qui finalement se sent peu armé pour agir.

En ce qui concerne le facteur temps, l'essai du praticien de mettre en place une consultation dédiée s'avère difficilement praticable en médecine générale, quelques médecins m'ont évoqué la non présentation du patient à cette consultation. "On n'a pas toutes les cartes, peut-être pas le temps " (M14)

Le diagnostic de dépendance est difficile à réaliser en premier recours par le médecin non spécialiste, les outils fiables et valides comme le DSM,( CIM 10 pour établir le diagnostic de dépendance aux SPA sont difficilement applicables en pratique clinique en médecine générale. (27)

Le manque d'outils utilisables en médecine générale est formellement signalé par 29 praticiens dont 26 qui n'ont pas la connaissance d'échelles validées. aucun de nos medecin ne connait le tests de dépistage et par conséquence ne l'utilise pas ( le test de Fagerstrôm pour déterminer le degré de dépendance nicotinique).

Le sentiment d'impuissance est principalement identifié par l'isolement du médecin tant par rapport aux réseaux qu'envers les services publics. Nous constatons que l'orientation vers un spécialiste est effectuée par la plupart des médecins, à un moment ou un autre dans le parcours du patient, en majorité vers un psychiatre, pneumologue. Plus de la moitié de nos médecins ne sont pas au courant de l'existence des Centres d'addictologie avant notre entretien.

• Les représentations :

En addictologie la préoccupation fondamentale des médecins est plus celle des attitudes, des comportements et du savoir être que des connaissances et du savoir-faire. (11)

Certains omnipraticiens avouent refuser la prise en charge de certaines addictions. Le manque de motivation, la lassitude des échecs répétés, la perte financière, le délit de faciès, le manque d'ouverture d'esprit et les spécificités des patients (manipulation, transfert ou co-addiction, mésusage et mauvaise observance de traitements, marginalisation, plus rarement agressivité, notion de tabou et impatience) compliquent la conduite de la consultation et constituent des freins considérables. Ceci met en évidence que les généralistes ont semble-t-il des craintes excessives concernant leurs patients au moment d'aborder un entretien sur l'addiction. "Je gère plus ça en terme de profil, mais voyez je me fais surprendre par des gens quelques fois" (M13)

• Les éléments facilitant l'abord de l'addiction apparaissent peu nombreux dans ce travail :

Une étude réalisée en 2003 en Île-de-France s'est intéressée à la relation médecin-malade mais de côté des patients. Le public fait confiance aux médecins en ce qui concerne le tabac, l'alcool et les drogues. Les répondants reconnaissent aux médecins généralistes la légitimité et les capacités pour intervenir dans les problèmes d'alcool mais cela reste un thème rarement abordé et la moitié des personnes interrogées ont un manque de connaissance sur la dangerosité des produits. (28)

Dans notre travail La plupart des médecins interviewés n'ont déclaré que la relation de confiance tenait une place importante vis à vis de l'approche addictive. Favoriser la

communication en privilégiant l'écoute, prendre le temps et ne porter aucun jugement y tient une place considérable.

"Le médecin généraliste connaît mieux les gens, les patients peuvent se confier petit à petit " (M11)

Le sentiment de légitimité, l'intérêt et l'expérience dans le domaine encouragent l'omnipraticien à cette prise en charge. "Il est clair que c'est une réponse qui est de terrain" (M18)

C'est dans la prise en charge globale que se trouve la solution, il est important de bien connaître son patient mais également son contexte social et son entourage. La prise en charge est par ailleurs pluridisciplinaire malgré les difficultés d'adresser à un confrère. (23)

Mais il y a une évolution non négligeable en matière d'addiction chez les médecins généralistes. En effet dans notre étude, le fait de considérer la dépendance à une SPA comme une maladie chronique change complètement la conduite à tenir. "C'est un malade à part entière" (M2)

• Les propositions suggérées par les interviewés :

Amplifier la formation initiale

Une étude réalisée en 1997 aux États-Unis (36) pointait la nécessité d'intégrer dans les études médicales dès le 1er cycle la notion de physiopathologie du comportement addictif. La thématique addiction devrait être intégrée à travers les différentes spécialités et non reléguée seulement à la pathologie psychiatrique où les étudiants considèrent que ce n'est pas applicable à tous les patients. Les auteurs proposent en 2ème cycle des stages, et des simulations avec des patients en utilisant les questionnaires validés de dépistage, à intégrer dans l'interrogatoire systématique, pour être plus à l'aise avec les addictions. Ils proposent pendant l'internat d'apprendre les modalités de prescription des différents traitements. Les futurs médecins doivent connaître: les dommages et maladies en rapport, les traitements, les facteur de risque d'addiction (environnement et individuel), le repérage de l'usage nocif avant le stade de dépendance, la sensibilisation, l'éducation, la communication et leur rôle dans la rechute.

Cette formation devrait avoir comme résultat de modifier les idées préconçues et d'améliorer la prise en charge des patients addictifs.

Les praticiens questionnés sur la gestion au long cours de ces patients addicts proposent une réduction des risques, un renforcement positif pour d'autres et l'un d'entre eux pratique l'entretien motivationnel. Ce dernier qui regroupe de nombreux éléments utilisés par les médecins, semble intéressant à développer dans les études médicales, notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient.

L'entretien motivationnel décrit différents niveaux de motivation. Il a été conçu par deux psychologues, Miller et Rollnick, dans le début des années 80. Il a été développé à partir du modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente (annexe 6). Il s'agit d'une méthode de communication directive, centrée sur la personne, et visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Elle fait référence pour l'alcool, le tabac comme pour les consommations de SPA illicites. L'objectif est de susciter une motivation intrinsèque. Tout passage d'une étape à la suivante doit être considéré comme une réussite.

Des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. (29,30)

Réviser la formation continue actuelle dans le cadre du développement professionnel continu Une étude qualitative (31) s'est penchée sur les attentes des médecins généralistes à l'égard de la consommation d'alcool. La formation se doit d'être interactive afin de partager et critiquer les expériences difficiles, de faire apparaître la notion de consommation à risque et la morbidité hors dépendance, de donner des repères simples au niveau des techniques de repérage et d'intervention brève, d'utiliser des mises en situation et enfin de donner un contenu rassurant sur l'acceptabilité par les patients d'un dialogue fréquent sur la consommation d'alcool.

Avec l'émergence de nouvelles molécules de synthèse, la limitation des traitements à la dépendance au cannabis et l'apparition de nouveaux traitements pour l'alcool ou substituts pour la cigarette il est primordial que les praticiens mettent à jour les connaissances.

La moitié des interviewés réclament une formation initiale et continue adaptée.

Cela pourrait s'envisager autour de groupes de Balint ou de groupe de paroles.

Des tests applicables et simples à l'usage du somaticien Le concept de Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB) créé au début des années 1980 par l'OMS et validé en 2006 par la DGS, vise à une réduction de la consommation excessive d'alcool. Grâce à cette intervention, associée à la diffusion du conseil minimal (annexe 7) pour le tabac il a été clairement démontré par de nombreuses études que le patient écoute et change de comportement une fois sur deux à trois.

(32)

Une intégration aux logiciels utilisée par le praticien de tests courts (Fagerstrôm pour le tabac, DETA/CAGE ou FACE pour l'alcool, DETC/CAGE ou CAST pour le cannabis) peut faciliter l'abord de l'addiction (annexe 8).

Une traçabilité du patient

Ce concept évoqué par plusieurs médecins peut se concevoir de la façon suivante. crier un carnet de suivi des patients sous traitement de substitution aux opiacés à faire signer par le prescripteur (médecin) et le délivreur (pharmacien). Ce carnet de suivi pourrait éviter les problèmes de manipulation ou de mésusage régulièrement énoncés et ralentissant la prise en charge. Ce document existait auparavant dans les Alpes Maritimes, il suffirait de le remettre en circulation.

- ♦ **Combattre l'isolement du médecin généraliste**

- Vis à vis des services publics:

L'omnipraticien s'estime seul et ressent nettement le besoin d'être soutenu dans cette prise en charge. Il considère naturellement qu'il s'agit d'un problème de santé publique, qu'une

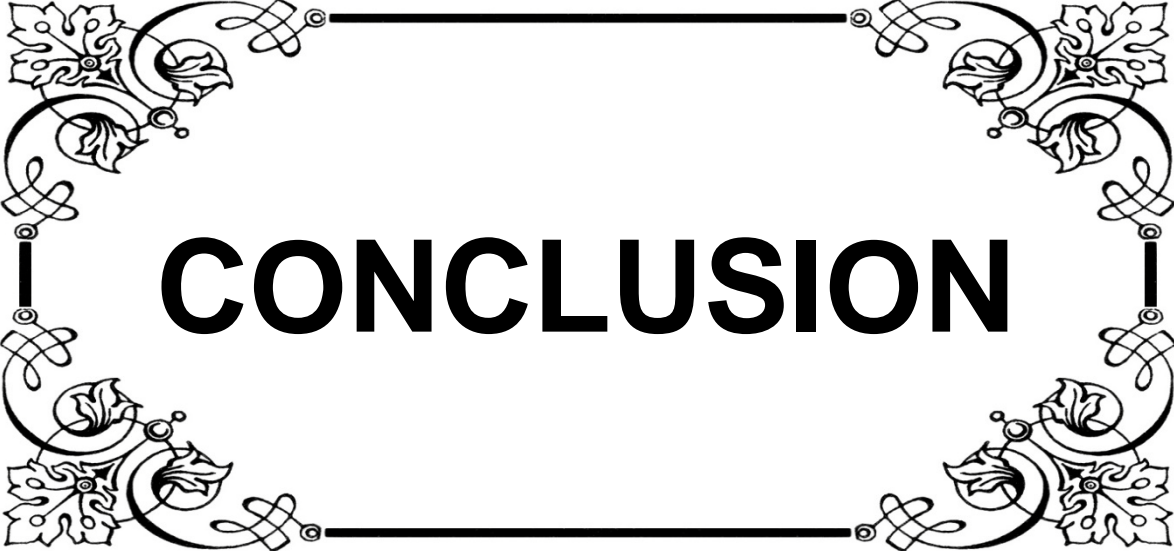
sensibilisation et qu'une information sont nécessaires. Il ne peut agir sans accompagnement. Les praticiens interrogés déclarent que la population est réceptive aux campagnes de sensibilisation diffusées en général par les médias.

Une valorisation des actes de prévention est une proposition effectuée par quelques médecins questionnés, cela aiderait le médecin à prendre le temps de dépister.

- Vis à vis des confrères et des structures spécialisées:

L'AFFSAPS confirme le rôle du médecin généraliste en tant que premier recours dans les sevrages. Elle recommande en cas d'échec de prise en charge du praticien de première ligne, une orientation vers un centre spécialisé en addictologie (33).

Il est bien établi par de nombreuses publications qu'une bonne prise en charge des addictions ne se limite pas à une formation adaptée mais implique un partenariat réel et un travail en équipe. (34) Renforcer la connaissance du paysage addictologie départemental et notamment du réseau paraît indispensable selon plusieurs médecins.



**CONCLUSION**

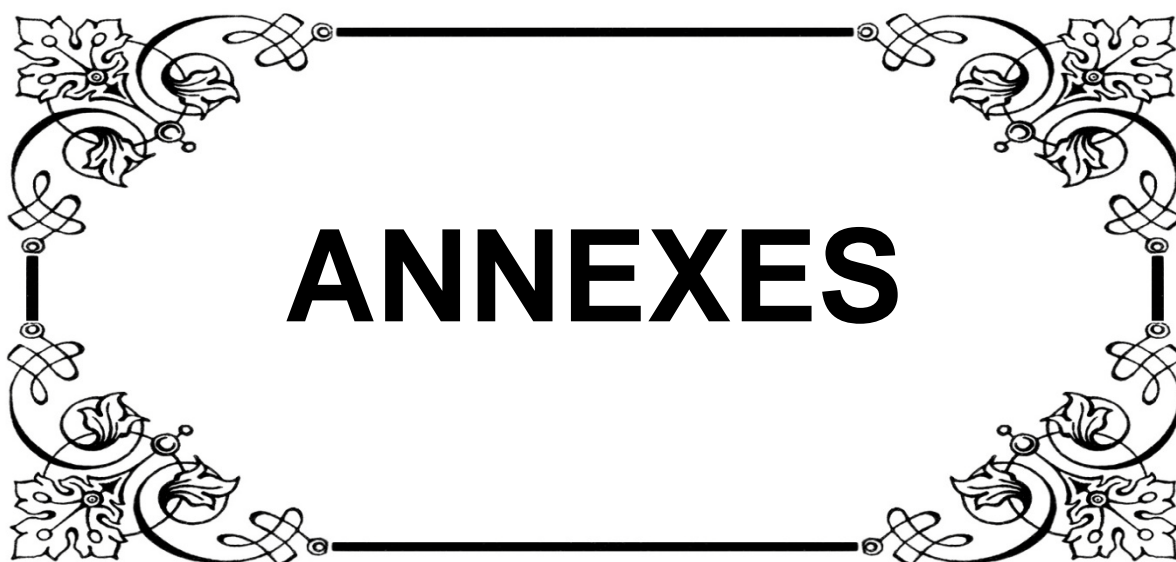
*L*e but de notre recherche était d'évaluer auprès des médecins généralistes, les freins au dépistage et à la prise en charge des principales addictions aux SPA ayant un impact important en terme de morbi-mortalité : le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne et les opiacés.

*L*a question posée était : « Quelles sont les réticences et les motivations des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge des addictions aux substances psychoactives? ».

*N*otre enquête qualitative a permis d'explorer le vécu et les attitudes des médecins généralistes vis à vis d'un sujet considéré comme tabou. L'intérêt de cette étude a été de faciliter l'expression libre des praticiens. Leurs réticences à cette prise en charge sont variables en fonction des SPA. Ainsi si la thématique tabac est facilement abordée, les difficultés semblent surgir pour l'alcool et encore bien plus pour les autres substances. Les principaux freins évoqués en lien avec le médecin, sont le manque de temps, de formation et d'outils ainsi que l'isolement et le sentiment d'impuissance. Ceux rattachés aux patients sont par ordre décroissant, le déni, la manipulation, les échecs répétés, la mauvaise observance et le comportement.

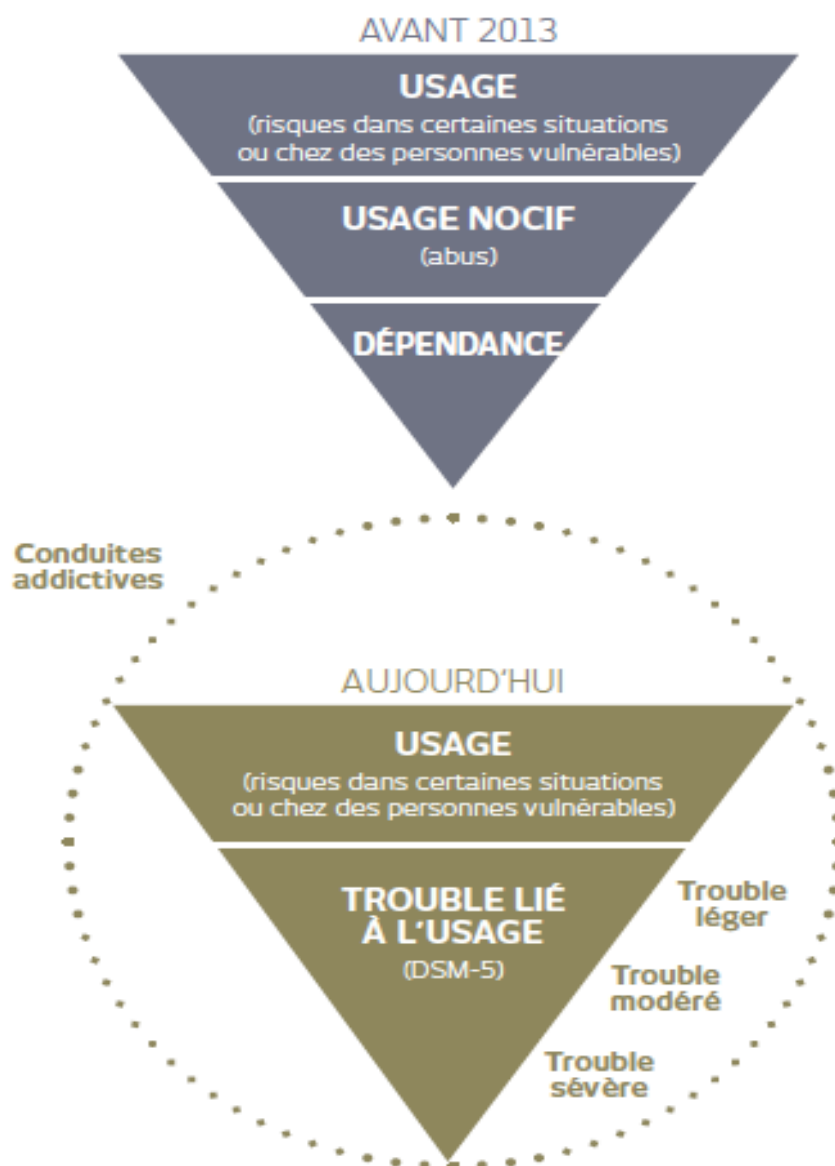
*L*es omnipraticiens sont sensibles aux évolutions de la pensée addictologie et aux nouvelles thérapeutiques qui s'y rattachent.

*U*ne formation plus précoce et continue adaptée, des tests courts et simples accessibles et une lutte contre l'isolement du médecin pourraient avoir comme résultat de modifier son attitude. Le réseau Addiction au Maroc pourrait s'approprier nos résultats afin de procéder à la mise en place d'outils adaptés et de stratégies d'accompagnement. L'évaluation à distance des changements de comportement pourrait se faire dans le cadre d'un audit.



# ANNEXES

## Annexe 1 : Le pyramide de Skinner



Source : Dr Marc Kreuter/Philippe Batel, Dossier L'Alcoolisme, Le généraliste no.235,

## Annexe 2: Critères de diagnostic de la dépendance selon le CIM-10

Présence de trois ou plus des manifestations ci-dessous, à un moment quelconque de l'année précédente :

1. Désir impératif ou sensation de compulsion pour la prise de substance
2. Difficulté à contrôler le comportement de prise de la substance en termes de début, de fin, ou de quantité utilisée
3. Présence d'un état de sevrage physiologique en cas d'arrêt ou de diminution de la prise, mis en évidence par les signes suivants:  
syndrome de sevrage caractéristique de la substance, prise de cette même substance (ou d'une substance étroitement apparentée) dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
4. Signes de tolérance, comme par exemple augmentation nécessaire de la dose de substance psychoactive pour obtenir les effets produits initialement par des doses plus faibles
5. Perte progressive d'intérêt pour d'autres plaisirs ou activités en raison de l'usage de substance psychoactive, temps de plus en plus important passé à se procurer ou à consommer la substance, ou à récupérer de ses effets
6. Poursuite de l'usage de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives, telles que lésions hépatiques dues à l'abus d'alcool, état dépressif résultant d'une utilisation massive ou atteinte des fonctions cognitives associée à la substance. On essaiera de déterminer si

l'utilisateur était réellement ou pouvait être conscient de la nature et de l'étendue des dommages.

*Source: OMS (1992) Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève, Organisation mondiale de la Sante*

### Annexe 3 : Critères d'abus et dépendance à une substance selon le DSM-IV

#### Abus d'une substance selon le DSM-IV

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents

#### Dépendance à une substance selon le DSM-IV

Présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Tolérance (quantité ou effet)
2. Sevrage (syndrome)

3. Substance souvent prise en quantité plus importante ou prolongée
4. Désir persistant
5. Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance
6. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants abandonnés
7. Utilisation de la substance poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent

*Source: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/1060/2072/Psequence=21>*

### Annexe 4 : DSM-V – critères proposés

Regroupement des critères d'abus et de dépendance avec:

Retrait du critère des problèmes légaux récurrents (abus) --> en raison de considérations culturelles qui rendent les critères difficiles à appliquer à l'échelle internationale

Ajout du critère de «craving»: désir impérieux de consommer

1. Incapacité de remplir des obligations importantes
2. Usage lorsque c'est physiquement dangereux
3. Problèmes interpersonnels ou sociaux conséquents
4. Tolérance
5. Sevrage
6. Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié
7. Désir ou efforts persistants pour diminuer
8. Beaucoup de temps consacré
9. Activités réduites au profit de la consommation

10. Continuer malgré le danger physique ou psychique

11. «Craving», désir impérieux

Le diagnostic exige entre deux et trois symptômes d'une liste de 11 sur 1 mois

= consommation modérée

Pour parler d'un trouble grave lié aux substances, il doit y avoir quatre ou plusieurs critères sur une durée de 1 mois.

*Source: Substance-Related and Addictive Disorders © 2013 American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing.*

*Baumgärtner G, Soyka M. DSM-5--what has changed in therapy or and research on substance- related and addictive disorders?Fortschr Neurol Psychiatr.2013Nov;;1(11):64,-54*

**Annexe 5:**

**Questionnaire AUDIT (acronyme de Alcohol use disorders test)**

**Questions : Score :**

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

Jamais 0

Une fois par mois ou moins 1

2 à 4 fois par mois 2

2 à 3 fois par semaine 3

Au moins 4 fois par semaine 4

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

3 ou 4 1

5 ou 6 2

7 ou 8 3

10 ou plus 4

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

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

**7.** Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

**8.** Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

**9.** Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non 0

Oui, mais pas au cours de l'année écoulée 2

Oui, au cours de l'année 4

**10.** Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non 0

Oui, mais pas au cours de l'année écoulée 2

Oui, au cours de l'année 4

**Résultat :**

*Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool*

*Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool (Société française d'alcoologie, 2001).*

**Annexe 6 :**

**Questionnaire ADOSPA**

**Repérer en quelques questions un usage nocif de substances  
psycho actives chez l'adolescent.**

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (Auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?
  
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous Détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
  
3. Avez-vous Oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
  
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes Seul(e) ?
  
5. Avez-vous déjà eu des Problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
  
6. Vos Amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives.

## Annexe 7 : Notre guide d'entretien

# THESE DE MEDECINE GENERALE

### CONTEXTE DU PROJET:

Les addictions sont aujourd'hui au Maroc comme dans beaucoup d'autres pays un **problème de santé publique majeur**. Elles sont responsables d'une multitude de dommages physiques, psychiques, sociaux et de vies gâchées chez les personnes dépendantes et dans leur entourage. Mais il s'agit de dommages évitables.

QUESTION POSEE: Quelles sont les réticences et les motivations des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge des addictions aux substances psychoactives ?

### OBJECTIF DE L'ETUDE:

Identifier les obstacles du médecin généraliste face à la prise en charge d'une addiction aux substances psycho actives.

Dans un second temps:

- Évaluer les facteurs facilitant l'abord des addictions en pratique.
- Recenser les propositions des médecins généralistes pour réduire ces freins

Votre participation à ce projet sera requise pour un entretien individuel d'environ 20/30 minutes au cours duquel il vous sera demandé de décrire par le biais de questions ouvertes/libres votre expérience et vos attentes sur le thème de l'addiction. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Cet entretien sera enregistré sur bande audio si vous acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. Il restera complètement anonyme. Je ne vous

appellerai pas par votre nom tout au long de notre interview. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision

ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront détruits.

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Consentement libre et éclairé

Je, ----- , déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : -----

Fait à ----- , le ----- 01-

Caractéristiques des participants (médecins généralistes)

1. Vous êtes un homme o une femme o

. Vous avez entre

0–30 ans o

30–40 ans o

40–50 ans o

50–60 ans o

60–70 ans o

3. Depuis combien d'années exercez-vous ? Ou votre date d'installation?

4. Vous exercez

En milieu urbain o

En milieu semi-rural/rural o

5. Vous recevez en consultations

< 15 patients/jour o

15– 5 patients/jour o

5–30 patients/jour o

> 30 patients/jour o

6. Sur le plan général comment définiriez-vous votre patientèle au niveau socio-économique (en terme de logement, revenus et activités) ainsi que leur tranche d'âge approximative?

7. Dans quelle ville avez-vous suivi vos études/votre internat ? Avez-vous une/des spécialités dans votre mode d'exercice?

8. Prenez-vous en charge des addictions?

Si oui : Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur la prise en charge des addictions? De quel type (séminaire, congrès, diplôme universitaire complémentaire)?

9. Connaissez-vous le réseau addictions

## Guide d'entretien

- ◆ A votre avis, dans votre patientèle quelle est l'importance des patients atteints d'une addiction aux substances psycho actives, en terme de prévalence?
  - Tabac? Alcool? Cannabis? Opiacés? Cocaïne?
  - Médicaments? Autres substances illicites?
  
- ◆ Selon vous, quelle est la place du médecin généraliste dans:
  - le dépistage des addictions (outils à disposition?)
  - leur prise en charge?
  
- ◆ Comment abordez vous lors de vos consultations le sujet des addictions?
  - devant quels tableaux cliniques/ motifs de consultations?
  - à quelle fréquence? (systématique, patient «estimé à risque»)
  - à quel moment de la consultation et de quelle manière?
  
- ◆ Quelles sont les difficultés rencontrées personnellement à ce dépistage?
  
- ◆ A contrario, quels sont les facteurs facilitant cet abord?
  
- ◆ Une fois la connaissance de l'addiction, quelle est votre prise en charge?
  - Tabac? Alcool? Cannabis? Opiacés? Cocaïne? autre...?
  
- ◆ Comment gérez-vous le patient addicte sur la durée?

Dans quelles circonstances faites vous appel à un spécialiste/centre de soins?

◆ D'après vous, qu'est-ce qui vous permettrait d'améliorer votre manière de prise en charge?

Que pourrait vous apporter les centres d'addictologie ?

◆ Pouvez-vous me décrire une situation marquante à laquelle vous avez été confronté depuis le début de votre carrière?

## Annexe 8 : Les différents types d'intervention

◆ Le conseil minimal (le tabac): Fumez vous? o oui o non

Avez vous l'intention d'arrêter? o oui o non

◆ CADRES : les caractéristiques de l'intervention brève (l'alcool)

Conseil : donner un conseil, un avis adapté, proposer une aide. (Advice)

Alliance: établir une alliance thérapeutique, basée sur l'empathie, la compréhension.  
(Emphathy)

Définir : il faut tout d'abord définir ensemble : (Feed-back)

- Les conséquences de la consommation ;
- Les modalités de la consommation ;
- Les liens entre les modalités de consommation et les conséquences ;
- Ainsi que les objectifs à atteindre.

Responsabilité : en rappelant au patient que sa consommation relève de sa responsabilité.

La décision de consommer, comme de modifier cette consommation, relève de son propre choix.

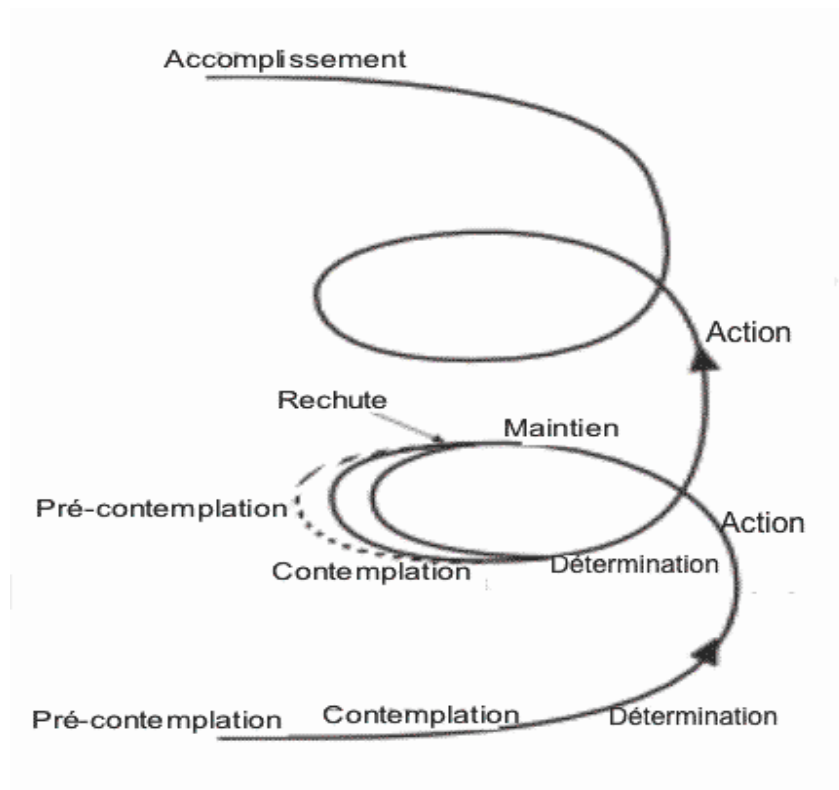
(Responsability)

Encourager : il convient d'encourager le patient, de le renforcer dans ses capacités à changer son comportement et à atteindre ses objectifs, de le valoriser, de développer le sentiment de sa propre efficacité. (Self-efficacy)

Stratégies : de lui proposer alors un éventail de stratégies thérapeutiques, dans lequel il peut choisir celles qui lui convient en fonction de ses propres objectifs. (Menu)

*Adaptation française du FRAMES de W.R. Miller par M. Reynaud. Source: SFA*

◆ L'entretien motivationnel (toutes SPA)



Les différents stades du changement: Le modèle transthéorique des étapes du changement de

James Prochaska et Carlo DiClemente (1983)

\_ **Pré contemplation:** consommateur satisfait ou indécis (n'envisage pas de changement de comportement)

\_ **Contemplation:** envisage de changer son comportement de consommation, faire face à son ambivalence («balance décisionnelle»)

\_ **Détermination :** décide de changer (donner des conseils/stratégies thérapeutiques)

- \_ **Action:** essaie de changer, change son comportement de consommation
  
- \_ **Anticiper a rechute:** éviter l'effet de «violation de l'abstinence» (ressenti comme un échec) et plutôt l'envisager comme une étape
  
- \_ **Maintien:** persévère dans son changement

## **Annexe 9 : Les tests courts utilisables en médecine générale**

### **Test de Fagerström (complet)**

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes	<b>3</b>
- 6 à 30 minutes	<b>2</b>
- 31 à 60 minutes	<b>1</b>
- Plus de 60 minutes	<b>0</b>

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

- Oui	<b>1</b>
- Non	<b>0</b>

3. A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- A la première de la journée	<b>1</b>
- A une autre	<b>0</b>

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- 10 ou moins	<b>0</b>
- 11 à 20	<b>1</b>
- 21 à 30	<b>2</b>
- 31 ou plus	<b>3</b>

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui	<b>1</b>
- Non	<b>0</b>

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

- Oui	<b>1</b>
- Non	<b>0</b>

#### **Interprétation : Dépendance :**

<b>Très faible</b>	<b>0-2</b>
<b>Faible</b>	<b>3-4</b>
<b>Moyenne</b>	<b>5</b>
<b>Forte</b>	<b>6-7</b>
<b>Très forte</b>	<b>8-10</b>

*d'après Faaersstrôm (G. de l'Homme, B. Lebeau)*

## Le Short tabac-test

o Deux questions:

1 Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

.10 ou moins : 0

.11 à 20 : 1

.21 à 30 :

.31 ou plus : 3

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

.moins de 5 minutes : 3

.6 à 30 minutes :

.31 à 60 minutes : 1

.après plus d'1 heure : 0

## Scores

\* 0-1 : pas de dépendance.

\* 2-3 : dépendance modérée / 4-5-6 : dépendance forte.

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

**Le questionnaire CAGE/DETA**

- 1- Avez vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- 2- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- 3- Avez déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- 4- Avez-vous eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Probabilité très élevée d'une consommation excessive ou d'une alcoolo-dépendance partir de items positifs.

*Traduction française du questionnaire CAGE, le DETA (acronyme de « diminuer, entourage, trop et alcool ») SFA*

**Le questionnaire FACE**

**o issu du programme Boire moins c'est mieux**

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois

	Score
<p><b>1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?</b></p> <p>Jamais <input type="checkbox"/> 0    une fois par mois <input type="checkbox"/> ou moins 1    2 à 4 fois <input type="checkbox"/> par mois 2    2 à 3 fois <input type="checkbox"/> par semaine 3    4 fois ou plus <input type="checkbox"/> par semaine 4</p>	
<p><b>2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?</b></p> <p>Un ou deux <input type="checkbox"/> 0    trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1    cinq ou six <input type="checkbox"/> 2    sept à neuf <input type="checkbox"/> 3    dix ou plus <input type="checkbox"/> 4</p>	
<p><b>3/ Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?</b></p> <p>Non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> 4</p>	
<p><b>4/ Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?</b></p> <p>Non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> 4</p>	
<p><b>5/ Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?</b></p> <p>Non <input type="checkbox"/> 0    oui <input type="checkbox"/> 4</p>	
<b>TOTAL</b>	

Interprétation :

o Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation dangereuse ;

o Pour les hommes, c'est un score supérieur ou égal à 5.

o Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

Source: SFA

**Le questionnaire DETC/CAGE Cannabis :**

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de cannabis ?
  2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de cannabis ?
  3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez trop de cannabis ?
  4. Avez-vous déjà eu besoin de fumer du cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?
- o Réponses positives (ou plus) sont évocatrices d'une consommation nocive.

*Source: Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents. Synthèse réalisée par Ivana Obradovic. OFDT/Fédération Addiction. 2013*

## Le questionnaire CAST: Cannabis Abuse Screening Test

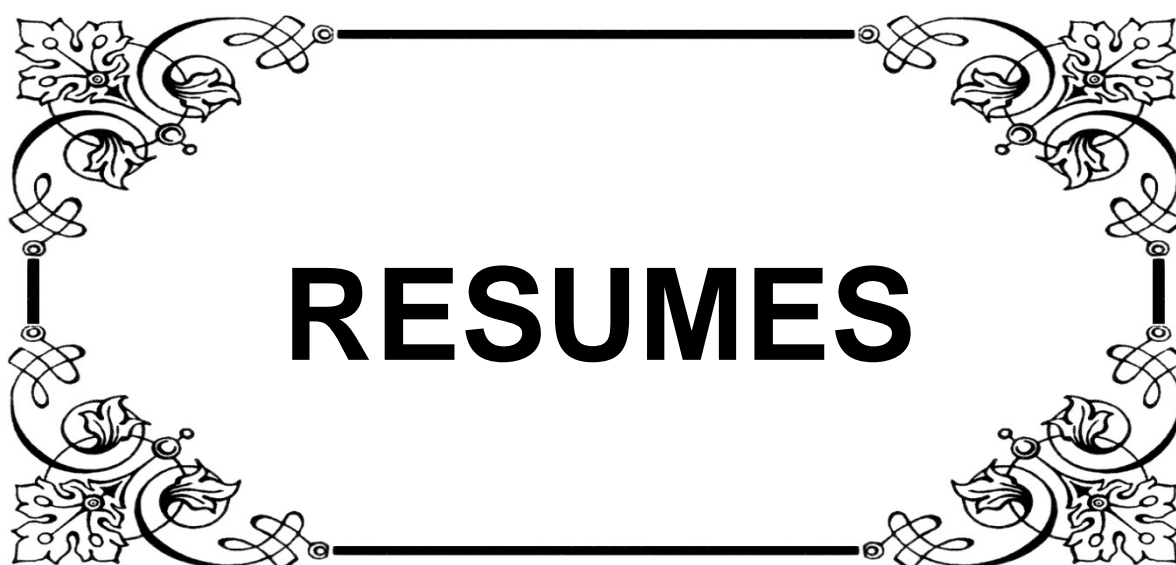
Score total de 0 à 6

- . 2 ou 3 = risque élevé d'usage problématique
- . > 4 = risque très élevé d'usage problématique

Une seule croix par ligne :

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? o oui o non
  
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ? o oui o non
  
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?  
o oui o non
  
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? o oui o non
  
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ? o oui o non
  
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école) ? o oui o non

*Source : Beck F., Legleye S., Reynaud M., Karila L*



# RESUMES

## Résumé

**Introduction:** Le trouble addictif est admis comme un dysfonctionnement du cerveau altéré par la prise chronique d'une substance psycho-active. Les addictions sont au Maroc un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux.

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les obstacles face au dépistage et la prise en charge des conduites addictives. Les objectifs secondaires sont de recenser les facteurs facilitant l'abord et d'analyser les propositions d'amélioration.

**Méthodes:** Une étude qualitative par entretien semi dirigé a été réalisée auprès de 40 médecins généralistes de la région Deraa Tafilalt

**Résultats :** Les omnipraticiens se positionnent au centre du dépistage et éventuellement de la prise en charge mais il persiste un décalage entre la théorie et les pratiques. Le principal obstacle évoqué est le déni du patient. Le manque de temps, de formation, d'outils et un isolement du médecin provoquent un sentiment d'impuissance. D'autres obstacles sont dépendants de leurs représentations. La relation de confiance, le fait de considérer l'addiction comme une maladie chronique ainsi que l'intérêt et l'expérience dans le domaine encouragent une meilleure prise en charge des patients.

**Conclusion :** Face à aux difficultés identifiées dans la prise en charge des conduites addictives, les médecins font des propositions d'amélioration: une formation initiale et continue adaptée, des tests simples accessibles et une lutte contre leur isolement par l'intervention du réseau addiction.

## **Abstract**

**Introduction:** The addictive disorder is admitted as an impaired brain dysfunction caused by a chronic intake of a psychoactive substance. In Morocco, Addictions are a major public health problem, with multiple impacts such as sanitary, medical and social impacts.

The main goal of this study is to identify the obstacles facing the screening and handling of the addictive behaviors. The secondary aims are to identify the factors making easy the approach to analyze the suggestions for improvement.

**Process:** A qualitative study by semi-directed interview was conducted alongside 40 general practitioners in the Deraa Tafilalt region.

**Results:** General practitioners are situated at the center of screening and potentially at handling the cases, but as always a gap between theory and practice persists. The main obstacle mentioned is the patient's denial. The lack of time, training, tools and medical isolation causes a feeling of helplessness. Other obstacles are dependent on their representations. The trust between the practitioner and the patient, believing that addiction is a chronic disease and interest and experience in the field are encouraging for a better patient care.

**Conclusion:** To face the identified challenges in the management of addictive behaviors, doctors suggest some improvements: adapted initial and continued training appropriate, simple and accessible tests and a fight against the patient's isolation by the intervention of an addiction network.

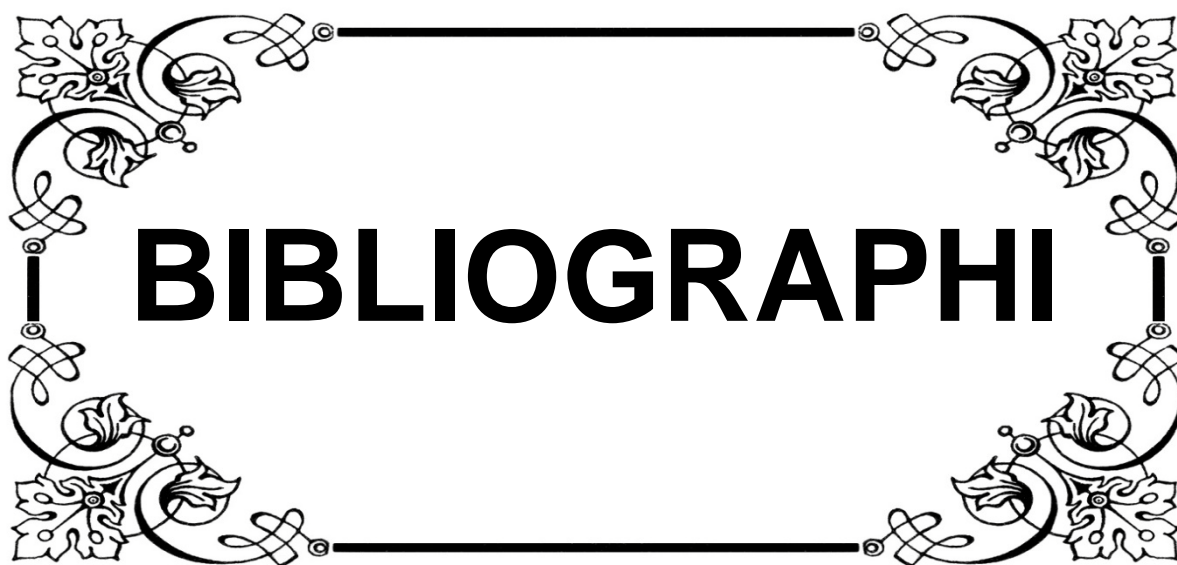
## ملخص

**مقدمة:** يعتبر اضطراب الإدمان على أنه ضعف وظيفي في المخ عن طريق أخذ مادة ذات تأثير نفسي مزمن. يشكل الإدمان في المغرب مشكلة صحية عامة كبيرة، مع تأثيرات متعددة، صحية وطبية واجتماعية.

**طريقة:** لقد أجريت الدراسة النوعية مبنية على حوارات نصف موجهة خصت 40 طبيب عام يمارسون بمنطقة درعة تافيلالت. وتمحور الاختبار وكذا التكليف حول الأطباء الممارسين ولكن لا يزال هناك فجوة بين ما هو نظري وما هو تطبيقي.

**نتائج:** الممارسين العاميين هم في مركز الفرز وربما الرعاية، ولكن هناك فجوة بين النظرية والممارسة. العقبة الرئيسية المذكورة هي إنكار المريض. نقص الوقت والتدريب والأدوات وعزل الطبيب يسبب الشعور بالعجز. العقبات الأخرى تعتمد على تمثيلهم. العلاقة بين الثقة، النظر في الإدمان على أنه مرض مزمن والاهتمام والخبرة في هذا المجال يشجع على رعاية أفضل للمرضى.

**خاتمة:** في مواجهة الصعوبات التي تم تحديدها في إدارة السلوك الإدماني، يقدم الأطباء مقترحات للتحسين للتدريب الأولي المستمر والمتواصل، اختبارات سهلة الوصول ومحاربة عزلتهم من خلال تدخل شبكة الإدمان.



# **BIBLIOGRAPHI**

1. **Centre d'addictologie Marrakech 2018**
2. **Aviel Goodman.**  
M.D. Addiction: definition and implications. Commentary.  
British Journal of Addiction (1990) 85, 1403–1408
3. **Mildt :** [http://www.drogues.gouv. r/comprendre-laddiction](http://www.drogues.gouv.r/comprendre-laddiction)
4. **Professeur Michel Reynaud,**  
Centre d'enseignement de Recherche et de Traitement des addictions, Approche commune  
Des Addictions
5. **Substance-Related and Addictive Disorders © 2013 American Psychiatric Association.**  
American Psychiatric Publishing.
6. **Baumgärtner G, Soyka M.**  
DSM-5— what has changed in therapy for and research on substance-related and addictive  
disorders? Fortschr Neurol Psychiatr. 013 Nov; 81(11):648–54
7. **Chaoui Hanane<sup>1,2</sup>, Rhalem Naima<sup>1,2</sup>, Badrane Narjis<sup>1</sup>, Soulaymani-Bencheikh Rachida<sup>1,3</sup>.**  
Toxicologie Maroc – 2011 –
8. **Lenoir M, Noble F.**  
Qu'apporte la neurobiologie aux addictions ? Presse Med. (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2016.02.021>
9. **Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance.**  
© Organisation mondiale de la Santé 2004
10. **Pr Bertrand Dautzenberg**  
Addiction et conduites dopantes.  
La revue du praticien, VOL58, 30 AVRIL 2008
11. **Delahaye.V,**  
Étude sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les étudiants de Paris 5,  
Thèse de médecine, Paris 2015

12. **Chen.K,Sheth.A,Elliott.D**  
Prevalence and correlates of past-year substance use ,abus and dependence in a suburban community sample of high-school students  
Addictive Behaviors,2004;vol:29,pp:413-23
13. **Beck F., Guignard R., Spilka S., et al.**  
Les niveaux d'usage des SPA en France en 2010.  
Tendances, 76, OFDT, juin 2011, 6 p.
14. **Chen.K, Sheth.A, Elliott.D**  
Prevalence and correlates of past-year substance use ,abus and dependence in a suburban community sample of high-school students  
Addictive Behaviors,2004;vol:29,pp:413-23
15. **Galliot- GUILLY. M**  
SPA de synthèse consommés dans les « raves parties »  
Annales pharmaceutiques françaises,2004 ; vol :62 ,pp :158-64
16. **Toufiq. J, Paes. M**  
La prévention de l'usage de SPA au Maroc.  
Les conduites addictives, conduites à risques : quels liens ? Masson, Paris 2002.
17. **Hirsch. A**  
La lutte contre la consommation de tabac : bases scientifiques.  
Rev. Epidemiol, santé publique, 2005 ; vol : 53, pp : 577-80
18. **Beck. A, Wright. F**  
Cognitive therapy of substance abuse.  
Guil Ford Press, New York, 1993.
19. **Touhami. M**  
Alcoholism in Morocco Reports from the social research institute of Alcohol studies  
Helsinki, 1989, 181: 547 - 58

20. **Angel. P ; Richard. D ; Valleur. M.**  
Abreges Addictions.  
Masson éd. 2000.P.145
21. **Site internet: Extraits de guide pour la recherche qualitative**  
<http://www.ernwaca.org/pana/RQ/r/interview.php>
22. **Aubin–Auger Isabelle et al.**  
Introduction à la recherche qualitative.  
Exercer 2008;84:142–5
23. **Mukamurera Joséphine et al.**  
Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Recherches qualitatives – Vol. 26(1), 2006, pp. 110–138. ISSN 1715–8705 – <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html> Réseau Sécurité Naissance PACA Est Haute Corse Monaco
24. **Gourani. M**  
Approche épidémiologique de l’addiction en milieu universitaire à Marrakech, thèse de médecine,  
Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 17/07–2007
25. **Guinet Maud.**  
Le médecin généraliste dans sa démarche de prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés.  
Thèse soutenue à Rennes en 011. Disponible à la BIUM
26. **Symons L et al.**  
L'implication des médecins généralistes dans la détection et la gestion des mésusages d'alcool, de drogues illicites, d'hypnotiques, de tranquillisants dans la population adulte belge.  
Revue Exercer, vol 24, n° 110 (suppl 3); p76–77.
27. **Catherine Reynaud–Maurupt, Dr Christiane Amiel et al.**  
Etude qualitative des freins au repérage précoce des conduites addictives chez la femme enceinte. Juillet 2011.

28. **Pestiau Dominique.**  
Genres et pratiques de première ligne. Santé conjugulée, octobre 007, n°4, p69-70
29. **Feldman.L ,Harvey.B ,Holowaty.P**  
Alcohol use beliefs and behaviors among high school students.  
J.Adolesc.Health.1999;24:48-58
30. **F. Manoudi\*, S. Boutabia, F. Asri, I. Tazi.**  
Annales Medico-Psychologiques 168 (2010) 698-701
31. **HAS. Note de cadrage. Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence.**  
Recommandation de bonne pratique. Mars 2001.
32. **Michaud Philippe et al.**  
Alcool, tabac, drogue: le public fait confiance aux médecins. La revue du praticien de médecine générale2003; tome 17, n°611: p605-608.
33. **Klamen Debra L., Miller Norman S.**  
Integration in Education for Addiction Medicine.  
Journal of Psychoactive Drugs July-September 1997; vol. 29 (3), p263-268.
34. **Site internet: [http://www.has-sante. r/portail/upload/docs/application/pdf /2008-10/memo\\_entretien\\_motivationnel.pdf](http://www.has-sante.r/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf)**
35. **Mychel Reynaud, Philippe Jean Parquet, Gilbert Lagrue.**  
Les Pratiques Addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport rédigé à la demande de Mr Joël Menard, Directeur Général de la Santé et remis à Mr Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Affaires Sociales. 09/07/1999
36. **Statistique et donnée de la santé publique au Maroc.**  
Economiste.com
37. **La démographie médicale en région Provence Alpes Côte d'Azur. Situation en 013.**  
Conseil de l'Ordre National des Médecins. Sous la direction du Dr Jean-François Rault, Président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale, réalisé par Gwénaëlle le Breton-Lerouvillois, Géographe de la Santé.

## قسم الطبيب

أُقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ،

بِإِذْنِ اللَّهِ وَسَعْيِي فِي إِنْقَادِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، مَسْخَرَةً كُلِّ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةِ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،

لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَتَأَبَّرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ الْمُسَخَّرِ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرُنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ

فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي،

نَقِيَّةً مِمَّا يَشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ.

أطروحة رقم 046

سنة 2018

## مواجهة الطبيب العام للإدمان الرئيسي للمواد ذات التأثير النفساني

### الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/04/06

من طرف

**السيد مصطفى غزوي**

المزداد في 20 يوليوز 1988 بأزرو

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

### الكلمات الأساسية :

إدمان - مواد ذات التأثير النفساني - فرز  
طبيب عام - دراسة نوعية.

### اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

**ف. منودي**

أستاذة في الطب النفسي

**ع. بنعلي**

أستاذ مبرز في الطب النفسي

**م. الزياني**

أستاذ مبرز في الطب الباطني

السيدة

السيد

السيد