



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les consommations de substances psychoactives chez les médecins
généralistes libéraux français.**

Étude de prévalence et comparaison aux données de la population générale.

Présentée et soutenue publiquement le 10 Octobre 2014 à 16h00
Au Pôle Recherche

Par Claire CESZYNSKI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Assesseurs :

Madame le Professeur FANTONI - QUINTON Sophie

Monsieur le Docteur MESSAADI Nassir

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur VERRIEST Olivier

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

API	Alcoolisation ponctuelle importante
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BS 2005	Baromètre Santé 2005
BS2010	Baromètre Santé 2010
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CIL	Correspondant Informatique et Libertés
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
IC	Intervalle de confiance
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisme Mondiale de la Santé
MG	Médecins généralistes
SPA	Substances psychoactives

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	2
I. Définition.....	2
A. Les substances psychoactives.....	2
B. Les comportements de consommations de SPA.....	3
II. Connaissances médicales sur les SPA.....	4
III. Contexte.....	5
IV. État des lieux des consommations de SPA au sein de la population générale.....	6
A. Le tabac.....	6
B. L'alcool.....	7
C. Le cannabis.....	7
V. État des lieux des consommations de SPA chez les médecins généralistes.....	9
VI. Objectifs de notre étude.....	11
Matériels et méthodes.....	12
I. Description de l'étude.....	12
A. Type d'étude.....	12
B. Caractéristiques de la population.....	12
1. Les critères d'inclusion.....	12
2. Les critères d'exclusion.....	12
II. Construction de l'échantillon.....	13
A. La procédure d'échantillonnage.....	13
B. Détermination de la taille de l'échantillon.....	13
1. Taille théorique de l'échantillon.....	13
2. Taille retenue de l'échantillon.....	14
III. Le questionnaire.....	15
A. Caractéristiques générales.....	15
B. Contenu du questionnaire.....	16
C. Pré-test.....	16
IV. Recueil des données.....	18
A. Le terrain d'enquête.....	18
B. Modalités de recueil.....	18
1. Situation 1 : appel pris par une secrétaire sur une plateforme téléphonique..	19
2. Situation 2 : appel pris par une secrétaire au cabinet médical.....	19
3. Situation 3 : appel pris par le médecin.....	20
C. Les relances téléphoniques.....	20
D. Aspects éthiques.....	21
V. Les indicateurs.....	22
A. Le tabac.....	22
B. L'alcool.....	22
C. Le cannabis.....	23
VI. Traitement des données.....	24
A. Test et méthodes statistiques.....	24
1. Saisie des réponses.....	24
2. Traitement statistique des données.....	24
a) Variables quantitatives.....	24
b) Variables qualitatives.....	24
c) Comparaison à la population générale.....	25
3. Source des données comparatives.....	25

B.	Les personnes exclues	25
C.	Données manquantes	26
VII.	Financement.....	26
Résultats	.....	27
I.	Taux de réponse.....	27
II.	Données démographiques	30
A.	Le sexe.....	30
B.	L'âge.....	30
C.	La zone géographique	31
D.	L'exercice médical	31
III.	Statistiques descriptives des consommations de SPA.....	33
A.	Le tabac	33
B.	L'alcool	34
1.	Fréquence des consommations d'alcool	34
2.	Le nombre de verre(s) standard(s) consommé(s).....	35
3.	L'alcoolisation ponctuelle importante (API)	36
4.	Les profils d'alcoolisation	37
C.	Le cannabis.....	39
IV.	Comparaison de nos résultats aux données de la population générale (<i>Annexe 35</i>)	41
A.	Le tabac	41
B.	L'alcool	41
C.	Le cannabis	42
Discussion	.....	43
I.	Les principaux résultats.....	43
A.	Objectif principal	43
B.	Objectif secondaire.....	43
II.	Le sujet de l'étude	44
III.	La validité de l'étude : points forts et limites	45
A.	La validité externe de l'étude	45
B.	La validité interne	46
1.	Les biais.....	46
a)	Biais de sélection	46
b)	Biais de déclaration.....	46
c)	Biais lié à l'enquêtrice	47
d)	Biais lié au refus de participation.....	47
2.	Puissance de l'étude	47
3.	Modalités de recueil des données	48
C.	Nombre de sujets nécessaires.....	48
IV.	Le questionnaire.....	49
A.	Évaluation de la consommation de tabac	49
B.	Évaluation de la consommation d'alcool	49
C.	Évaluation de la consommation de cannabis	50
V.	Les indicateurs.....	50
VI.	Les méthodes d'analyse et d'interprétation	50
VII.	Les problématiques liées à l'usage de SPA chez les médecins généralistes	51
Conclusion	.....	53
Références bibliographiques	.....	54
Annexes	.....	57
Annexe 1	: Effets résumés des SPA étudiés dans notre étude.	58
Annexe 2	: Critères d'usage nocif, d'abus et de dépendance à une substance psychoactive selon la Classification statistique internationale des maladies (CIM-10) et le DSM-IV. Critères d'addiction à une substance selon le DSM-V.....	59
Annexe 3	: Estimation du nombre d'expérimentateurs et pourcentage des consommateurs de SPA en population générale française	63
Annexe 4	: Le questionnaire de notre étude	64
Annexe 5	: Attestation de la thèse	66

Annexe 6 : Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) et AUDIT-C	67
Annexe 7 : Algorithme de classification des individus en profils d'alcoolisation selon l'AUDIT-C	68
Annexe 8 : Recommandations OMS de la consommation d'alcool	69
Annexe 9 : Attestation de déclaration CIL – Université Lille 2	70
Annexe 10 : Tableau statistique de répartition des MG interrogés selon le sexe	71
Annexe 11 : Tableau statistique sur l'âge des MG interrogés (en années)	71
Annexe 12 : Tableau de répartition des MG interrogés selon la région d'exercice.	72
Annexe 13 : Tableau de répartition des MG interrogés selon le secteur d'activité	72
Annexe 14 : Tableau de répartition selon le mode d'exercice.	72
Annexe 15 : Tableau statistique sur le temps de travail (en heures par semaine) des MG interrogés	73
Annexe 16 : Tableau statistique sur la fréquence de consommation de cigarettes chez les MG interrogés	73
Annexe 17 : Tableaux statistiques sur le nombre de cigarettes fumées par semaine chez les MG fumeurs quotidiens	73
Annexe 18 : Tableau statistique sur l'existence d'une consommation de produit nicotinique autre que la cigarette chez les MG interrogés	74
Annexe 19 : Tableau statistique sur la consommation d'autres produits contenant de la nicotine chez les MG interrogés	74
Annexe 20 : Tableau statistique sur la fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois chez les MG interrogés	75
Annexe 21 : Tableau statistique sur le nombre de verre(s) standard(s) consommé(s) par semaine chez les MG interrogés	75
Annexe 22 : Tableau statistique sur le nombre de verre(s) standard(s) consommé(s) lors d'une journée ordinaire chez les MG interrogés	75
Annexe 23 : Tableau statistique sur la fréquence d'alcoolisation ponctuelle importante (API) chez les MG interrogés	76
Annexe 24 : Tableau statistique et diagramme de la consommation d'alcool chez les MG interrogés (utilisé pour l'algorithme de classification)	76
Annexe 25 : Tableau statistique et diagramme de la volumétrie d'alcool hebdomadaire consommée chez les MG interrogés (utilisé pour l'algorithme de classification)	77
Annexe 26 : Tableau statistique et diagramme de répartition des MG interrogés sur leur fréquence de consommation de 6 VS ou plus au cours de l'année (utilisé pour l'algorithme de classification)	77
Annexe 27 : Tableaux statistiques du profil et de la classe d'alcoolisation des MG interrogés	78
Annexe 28 : Tableau statistique sur la fréquence de consommation de cannabis chez les MG interrogés	78
Annexe 29 : Tableaux statistiques sur la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours chez les MG interrogés	79
Annexe 30 : Tableau statistique sur le mode de consommation du cannabis chez les MG interrogés	79
Annexe 31 : Tableau statistique de l'usage quotidien d'alcool chez les MG interrogés (utilisé pour comparer aux pourcentages en population générale)	79
Annexe 32 : Tableau statistique des API mensuelles chez les MG interrogés (utilisé pour comparer aux pourcentages en population générale)	80
Annexe 33 : Tableau statistique des API hebdomadaires chez les MG interrogés (utilisé pour comparer aux pourcentages en population générale)	80
Annexe 34 : Tableau statistique de la consommation d'alcool à risque chronique ou avec dépendance chez les MG interrogés (utilisé pour comparer aux pourcentages en population générale)	80
Annexe 35 : Tableau statistique de comparaison des données obtenues chez les MG interrogés et celles de la population générale	81
Annexe 36 : Sélection de commentaires libres des MG interrogés par téléphone ou courriel	82
Annexe 37 : Tableau récapitulatif stratifié des données des questionnaires reçus	84

RÉSUMÉ

Contexte Le médecin généraliste (MG) est a priori conscient des risques encourus lors d'une consommation ponctuelle, régulière ou abusive d'une substance psychoactive (SPA). Notre objectif est de déterminer la prévalence en 2014 des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis chez les MG libéraux en France métropolitaine et de comparer nos résultats à ceux de la population générale.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, observationnelle, comparative, transversale. Un questionnaire a été réalisé du 20 janvier au 6 avril 2014 auprès de 400 MG libéraux français randomisés. Le questionnaire était effectué en priorité par téléphone mais pouvait être envoyé par courrier ou par courriel.

Résultats : Parmi les 215 MG interrogés, 66% sont des hommes. L'âge moyen est de 53 ans. 53% des MG n'ont jamais fumé, 30% sont sevrés. En comparaison à la population générale, 16,7% des MG sont fumeurs *versus* 32,2% ($p = 1,23 \times 10^{-6}$) et 8,4% des MG fument quotidiennement *versus* 28,3% ($p = 8,77 \times 10^{-11}$). Pour l'alcool, 13% consomment quotidiennement tandis que 5% sont abstinents. 12% des MG déclarent une alcoolisation ponctuelle importante mensuelle et 3% de manière hebdomadaire. Il n'existe pas de différence significative entre les MG interrogés et la population générale dans l'usage quotidien d'alcool ($p = 0,78$), ni dans l'alcoolisation ponctuelle importante mensuelle ou hebdomadaire. Selon l'AUDIT-C, 3% des MG sont à risque chronique ou d'alcoolisme dépendance *versus* 8,2% dans la population générale ($p = 0,008$). Concernant le cannabis, 74,4% des MG n'ont jamais consommé de cannabis *versus* 66,3% dans la population générale ($p = 0,015$). Une différence significative existe également entre les MG et la population générale pour l'expérimentation du cannabis (23,3% *versus* 27,5%, $p = 0,015$), l'usage actuel (0,5% *versus* 4,1%, $p = 0,015$) et l'usage récent (1,9% *versus* 2,1%, $p = 0,015$).

Conclusion : L'alcool est la SPA la plus consommée dans la population générale comme pour les MG interrogés. Dépister, prévenir et prendre en charge l'usage à risque des SPA chez les MG est indispensable puisque les problématiques qui en découlent sont nombreuses. L'Ordre National des Médecins a d'ores et déjà débuté un travail de réflexion sur ce sujet.

INTRODUCTION

I. Définition

A. Les substances psychoactives

Selon l'OMS, « une 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.

Cette 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.

Le terme « psychoactif » n'implique pas forcément une dépendance. »(1)

Les substances psychoactives (SPA) ont fait l'objet de nombreuses classifications, principalement selon leurs effets (Lewin, Delay et Deniker, Pelicier et Thuillier) ou le danger qu'elles représentent (OMS, le rapport PELLETIER et le rapport ROQUES).

Les SPA les plus courantes peuvent être réparties en différentes catégories (2) :

- Les déprimeurs : l'alcool, les hypnotiques et sédatifs, les solvants volatiles ;
- Les stimulants : la nicotine, les amphétamines, la cocaïne, l'ecstasy ;
- Les opioïdes : la morphine et l'héroïne ;
- Les hallucinogènes : le cannabis, le LSD ;

Les différentes SPA exercent leurs effets dans le cerveau selon différentes voies d'action (*Annexe 1*).

B. Les comportements de consommations de SPA

Les SPA sont un enjeu de santé publique. Leur usage va de l'occasionnel, au quotidien jusqu'à la dépendance.

Il est important de différencier les différents comportements de consommations de SPA.

Ces indicateurs, correspondant aux standards mondiaux (OEDT, OMS) sont (3):

- L'expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population) ;
- L'usage dans l'année (ou usage actuel) : consommation au moins une fois au cours de l'année. Pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps ;
- L'usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois ou au moins 120 fois au cours de l'année.

La Classification Internationale des Maladies (CIM10) de l'OMS et le Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM IV) de l'Association américaine de psychiatrie distinguent l'usage nocif (ou abus) de la dépendance. Le DSM V, paru en 2013, ne fait plus cette distinction et propose les critères d'addiction à une substance (*Annexe 2*).

II. Connaissances médicales sur les SPA

Nos connaissances médicales permettent de dire que :

- Le tabac présente des risques avérés pour la santé (cancers, maladies respiratoires, maladies cardio-vasculaires...). Le tabac est en lien direct ou un facteur de risque certain dans de nombreuses pathologies (4).
- La consommation d'alcool affecte l'état psychique et comportemental (effet désinhibiteur, erreur dans l'exécution de tâches), pouvant induire des prises de risque chez le consommateur. La consommation ponctuelle importante ou chronique d'alcool présente également des risques avérés pour la santé (cancers, maladies cardio-vasculaires, cirrhose, maladies neurologiques...) (5).
- Pour le cannabis, les risques d'une consommation régulière sont multiples : difficultés de concentration, perte de motivation, isolement social, troubles psychiques (anxiété, dépression, bouffées délirantes...) (6).
- Une dépendance peut rapidement s'installer, avec pour conséquences des difficultés importantes des champs relationnel, social, professionnel et judiciaire. Seul le tabac est à risque de dépendance mais sans détérioration de ces autres champs.
- La poly-consommation de SPA est le moyen de multiplier ou de gérer les effets des différents produits, ou de pallier un approvisionnement déficient en un produit. L'usage de multiples SPA augmente les conséquences néfastes sur le plan bio-psycho-social (7).

Formé à la gestion des risques des SPA, le médecin est a priori conscient des risques encourus lors d'une consommation ponctuelle, régulière ou abusive d'une SPA.

Toutefois, il n'est pas, lui-même, à l'abri d'un mésusage.

Plusieurs écrits montrent que les médecins présentant des symptômes de l'épuisement professionnel consomment davantage de SPA (8)(9)(10). Ces dernières peuvent être utilisées en réponse à ce mal-être.

III. Contexte

Dès le XIXème siècle, le médecin-clinicien William Osler rapportait une tendance à la consommation abusive de morphine chez les médecins pour soulager leur névralgie ou sciatique (11).

Depuis plusieurs décennies, parmi les SPA licites, le tabac et l'alcool sont les produits les plus consommés, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage quotidien (3).

Comme dans le reste du monde, le cannabis, classé comme stupéfiant, est le produit illicite le plus consommé en France (12)(13).

Il reste que peu d'études s'intéressent à la consommation des SPA dans la population médicale, notamment chez les médecins généralistes (MG).

Ce travail de recherche étudie la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis chez les MG en France métropolitaine.

Les étudiants en médecine et les médecins spécialistes d'organes ne sont pas étudiés dans cette étude, faute de moyens, et sont la population cible d'autres études déjà existantes (14)(15)(16)(17).

Notre étude se limite à la prévalence de trois SPA. En effet, les autres SPA sont nettement moins expérimentées ou consommées au sein de la population générale (*Annexe 3*).

IV. État des lieux des consommations de SPA au sein de la population générale

Depuis le début des années 1990, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) mène, en partenariat avec d'autres institutions dont l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), une série d'enquêtes appelées : « *Baromètre Santé* ». Ces enquêtes déclaratives, transversales, mesurent les niveaux de diffusion et d'usage des SPA en population générale.

Leur répétition dans le temps permet un suivi des évolutions des comportements de consommations des différentes SPA.

Le *Baromètre Santé 2010* (BS2010) est le dernier en date (18). Il a obtenu 27 653 réponses sur un échantillon aléatoire d'individus âgés de 18 à 75 ans.

Les résultats des SPA qui suivent sont issus des différentes analyses du *BS2010* (18)(19).

A. Le tabac

En 2010, 83 % des hommes et 71 % des femmes âgés de 18 à 75 ans déclarent avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie.

Entre 2005 et 2010, les fumeurs quotidiens passent de 28 à 30% de la population étudiée (33% des hommes et 27% des femmes). Cette évolution peut être expliquée par une hausse de la consommation de tabac chez les femmes de 45 à 64 ans (+ 6 points entre 2005 et 2010).

L'usage quotidien diminue nettement avec l'âge à partir de 30 ans. En effet, parmi les 26-34 ans, 48% des hommes et 36% des femmes fument quotidiennement. Entre 45 et 54 ans, ils sont 33% des hommes et 29% des femmes et 21% *versus* 15% entre 55 et 64 ans.

69% des fumeurs quotidiens déclarent fumer au moins dix cigarettes par jour (72% en 2005).

B. L'alcool

En 2010, parmi les 18-75 ans :

- 12% déclarent une consommation quotidienne au cours des 12 derniers mois ;
- 37% ont au moins une consommation par semaine mais non quotidienne ;
- 13% déclarent aucune consommation dans l'année écoulée ;
- les hommes sont davantage consommateurs. Ils sont trois fois plus nombreux à consommer quotidiennement de l'alcool (18% *versus* 6%) ;
- La consommation quotidienne concerne plus souvent des personnes de 45 ans et au-delà. Plus l'âge augmente, plus les écarts de prévalence entre hommes et femmes augmentent ;
- 36% déclarent un épisode de consommation d'au moins six verres en une même occasion durant l'année écoulée. Les hommes sont plus nombreux : 52% *versus* 21%. Les plus concernés sont les hommes de moins de 35 ans (64%) ; chez les femmes la prévalence est maximale chez les 20-25 ans (40%) ;
- Le test AUDIT-C, version courte du test Audit, a été mis au point sous l'égide de l'OMS pour repérer les consommateurs d'alcool à risque et classer les individus en profils d'alcoolisation (20).

Selon l'AUDIT-C, 37% sont des consommateurs occasionnels sans risque, 12% sont des consommateurs réguliers sans risque, 28% sont à risque ponctuel et 9% à risque chronique.

C. Le cannabis

Pour le cannabis, les résultats portent sur la population générale âgée de 18 à 64 ans.

En 2010, 33% de la population interrogée déclarent avoir déjà consommé au cours de leur vie le cannabis. Cette expérimentation est davantage retrouvée chez les hommes que chez les femmes (41% *versus* 25%).

L'usage actuel est déclaré chez 11% des hommes et 5% des femmes, soit 8% de la population.

L'usage récent, défini par au moins une consommation au cours des 30 derniers jours, concerne 4% de la population.

L'usage régulier, et donc à risque, concerne 2,1% de la population (3,4% chez les hommes et 0,9% chez les femmes). Cette proportion est stable entre 2005 et 2010.

Les usages récents et réguliers sont principalement présents chez les jeunes (18-25 ans).

La consommation de cannabis diminue avec l'âge. Au-delà de 45 ans, l'usage au cours de l'année s'avère très rare (2,4 % des 45-54 ans). Elle est quasiment nulle chez les personnes âgées de 55 à 64 ans (0,8 % des 55-64 ans).

V. **État des lieux des consommations de SPA chez les médecins généralistes**

En 2003 a été publié un *Baromètre Santé* réalisé auprès de 2 057 MG libéraux français (21).

Les résultats ont été comparés à ceux de la population générale et aux résultats obtenus lors du précédent *Baromètre Santé* publié en 1999.

Les principales conclusions concernant la consommation de SPA licites chez les MG sont :

- Près d'un MG sur trois (28,8%) déclare fumer ne serait-ce que de temps en temps *versus* 30,9% dans la population générale. L'usage du tabac a diminué depuis 1998 (37,9%).
- La consommation d'alcool régulière (consommer de l'alcool au moins 3 jours dans la semaine) concerne 30,3% des MG (stabilité depuis 1998). La consommation augmente avec l'âge comme dans la population générale ;
- La consommation de tabac et d'alcool est supérieure chez les hommes comme dans la population générale.

En 2006, un travail de recherche sur la santé des MG franciliens obtient comme résultats que 21% sont fumeurs, 11% consomment des boissons alcoolisées plus de 3 fois par semaine (22).

En 2008, l'étude « *Santé physique et psychique des médecins généralistes* » a été réalisée auprès de 1900 MG libéraux de cinq régions françaises (23).

Leurs principaux résultats concernant les comportements des MG face aux SPA sont :

- 18% des MG se déclarent fumeurs (4% occasionnellement et 14% quotidiennement). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à fumer régulièrement. Près de 34% des MG sont d'anciens fumeurs et 48% n'ont jamais fumé ;

- Plus de 8 MG sur 10 ont déclaré une consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, proportion conforme à celle observée en population générale dans le *BS2005* (85%) ;
- Les MG qui ont des consommations d'alcool à risque de dépendance sont également des fumeurs réguliers ou d'anciens fumeurs ;
- Chez les MG âgés de 35 à 44 ans, le risque d'alcoolisation ponctuel ou chronique sans dépendance est moins élevé qu'en population active globale (40% *versus* 52% chez les hommes et 11% *versus* 18% chez les femmes). Pour les plus de 55 ans, cet écart de prévalence est plus faible (39% *versus* 38% chez les hommes et 14% *versus* 12% chez les femmes) ;
- Aucun MG interrogé ne présente de risque de dépendance à l'alcool ;

Au 1^{er} juillet 2012, le rapport annuel de la CARMF recense 125 819 médecins cotisants dont 67 227 MG (24).

Parmi eux, 530 médecins sont déclarés en invalidité. L'âge moyen est de 56,09 ans. 40,31% de ces médecins le sont pour des motifs psychiatriques et/ou d'éthylisme et/ou de toxicomanie (39,48% en 2011).

Le nombre de médecins en invalidité pour motif d'éthylisme et/ou de toxicomanie n'est pas précisé.

Pour autant, ce chiffre de 40,31% nous interpelle.

Les principales autres causes recensées sont : les affections neurologiques (15,27%), les affections cancéreuses (11,15%), les affections cardiovasculaires (9,43%) et les affections traumatiques (7,38%).

Ces affections sont donc bien moins représentées par rapport aux causes psychiatriques et/ou d'éthylisme et/ou de toxicomanie.

Aussi, parmi les 1849 médecins déclarés en incapacité temporaire (indemnités journalières), 20,47% le sont pour des affections psychiatriques et/ou d'éthylisme et/ou de toxicomanie.

VI. Objectifs de notre étude

Les MG assurent le conseil minimal à l'arrêt des consommations de SPA et peuvent être acteurs dans l'aide au sevrage de ces substances chez leurs patients.

Grâce à leurs connaissances médicales, les MG maîtrisent les risques sanitaires encourus lors d'un usage régulier ou abusif de SPA. Hormis le tabac, ces consommations peuvent avoir également des conséquences sur le plan relationnel, social, professionnel et judiciaire.

Peu de données existent sur ce sujet. Afin d'améliorer la connaissance sur l'état des lieux chez les MG et avant d'envisager une prise en charge au sein de cette population, une mesure de prévalence est indispensable.

C'est l'objet de ce travail de recherche.

Nous nous sommes donc demandé qu'elle est, en 2014, la prévalence des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis chez les médecins généralistes en France métropolitaine. Cette question est l'objectif principal de ce travail de recherche.

L'objectif secondaire est de comparer les résultats obtenus dans notre étude aux résultats retrouvés au sein de la population générale française par l'intermédiaire du *BS2010* édité par l'INPES.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Description de l'étude

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, transversale. Cette étude de prévalence a été réalisée sous forme d'une enquête descriptive par questionnaire. Ce dernier a été proposé à un échantillon de médecins libéraux exerçant exclusivement ou non la médecine générale en France métropolitaine.

B. Caractéristiques de la population

1. Les critères d'inclusion

Pour être inclus dans l'étude, les MG devaient être tirés au sort au sein de la banque de données de la Plate-forme d'Aide Méthodologie du Service d'Information et des Archives médicales de la Clinique de Santé Publique du CHRU de Lille, parmi les médecins enregistrés comme exerçant la médecine générale libérale.

2. Les critères d'exclusion

Nous avons exclu les médecins randomisés n'exerçant pas une activité de Médecine Générale au moins partielle au moment de l'étude.

II. Construction de l'échantillon

Afin de disposer d'une puissance statistique suffisante, la taille de l'échantillon visée était de 400 individus.

A. La procédure d'échantillonnage

L'objectif de l'échantillonnage est d'obtenir un échantillon représentatif de la population d'intérêt, soit, dans cette étude, les MG libéraux, exclusifs ou non, en France métropolitaine.

Le terme « exclusifs ou non » fait référence aux activités partielles, libérales ou salariées, que le médecin peut exercer en complément de sa spécialité de Médecine Générale.

La Plate-forme d'Aide Méthodologie du Service d'Information et des Archives médicales de la Clinique de Santé Publique du CHRU de Lille a réalisé le tirage au sort des MG selon leur base de données.

B. Détermination de la taille de l'échantillon

1. Taille théorique de l'échantillon

Le calcul d'un nombre nécessaire de répondants a été réalisé afin d'estimer le nombre de sujets nécessaires « n » à tirer au sort pour constituer l'échantillon. Ce nombre de sujets nécessaires a été déterminé par la formule suivante (25) :

$$n = \frac{t^2 p(1-p)}{e^2}$$

Dans cette formule, qui suppose que les sujets soient tirés au sort :

- t est le coefficient de marge déduit du niveau de confiance. La valeur type du niveau de confiance à 95% sera 1,96.
- p représente le résultat du critère de jugement principal. En considérant le cas le plus défavorable, p est égal à 0,5. Dans ce cas, les répondants ne peuvent être départagés avec une répartition des réponses aux questions binaires à 50% (p = 0,5) et 50% (1-p = 0,5).

- e est la marge d'erreur que l'on se donne pour la grandeur que l'on veut estimer. Une valeur « e » de 10% est classiquement jugée acceptable pour ce type d'étude.

Le nombre de sujets nécessaire a donc été calculé à :

$$n = 1.96^2 \times 0.5 (1-0.5) / 0.1^2 = \underline{96 \text{ sujets}}$$

Tableau 1 : Taille « n » des échantillons pour un niveau de confiance s = 95% (t = 1.96)

Proportion « p »	« q=1-p »	Marge d'erreur « e »									
		0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09	0.1
0.1	0.9	3'457	864	384	216	138	96	71	54	43	35
0.2	0.8	6'147	1'537	683	384	246	171	125	96	76	61
0.3	0.7	8'067	2'017	896	504	323	224	165	126	100	81
0.4	0.6	9'220	2'305	1'024	576	369	256	188	144	114	92
0.5	0.5	9'604	2'401	1'067	600	384	267	196	150	119	96

Ce nombre de sujets a été rapporté au taux de réponse attendu. Selon les données de la Plate-forme d'Aide Méthodologique, le taux de réponse par sondage téléphonique est de 30%.

La taille minimale de l'échantillon à construire a donc été de :

$$\text{Échantillon} = N / 0,3 = 96 / 0,3 = \underline{320 \text{ MG}} \text{ à tirer au sort.}$$

2. Taille retenue de l'échantillon

Aux vues du thème abordé dans le questionnaire, le risque de non réponse pouvait être plus important dans notre étude. Le nombre de MG à tirer au sort a donc été porté à 400.

III. Le questionnaire

A. Caractéristiques générales

Afin de maximiser le taux de réponse ainsi que la pertinence des réponses recueillies, plusieurs critères ont été retenus lors de l'élaboration du questionnaire (26) :

- La présentation du questionnaire et les questions doivent occuper une feuille *recto-verso* au maximum, tout en restant agréable à lire ;
- Le questionnaire doit être composé de 20 questions maximum afin que la durée de remplissage soit la plus courte possible ;
- Le langage doit être clair dans la rédaction des questions ;
- Le questionnaire doit comporter un maximum de questions univoques ;
- Les modalités neutres du type « pas concerné » sont à proscrire ;
- L'anonymat dans le traitement des données doit être garanti ;
- L'envoi de la thèse finalisée sous format électronique doit être proposé au répondant.

Les questions du *BS2010* ont été étudiées attentivement afin d'avoir une évaluation des indicateurs similaires et une comparaison possible de notre population (27).

Notre questionnaire était composé de 16 questions (*Annexe 4*). Certaines questions pouvant être passées selon les réponses obtenues. Deux questions étaient à choix multiples.

Au final, le questionnaire durait en moyenne environ 3 minutes et 30 secondes.

Le questionnaire a été effectué en priorité par téléphone. Il pouvait être envoyé par courrier si le médecin le souhaitait.

Devant une demande importante d'envoi du questionnaire par courriel, un lien hypertexte dirigeant vers le questionnaire en ligne, anonyme, a été créé. Le questionnaire était logé sur le site LimeSurvey, logiciel libre de sondage en ligne. La mise en ligne du questionnaire a eu lieu le 25 février 2014.

Une attestation (*Annexe 5*) certifiant l'existence de l'étude a été signée par le Directeur de thèse et le Directeur du Département de Médecine Générale de la Faculté de médecine de Lille. Cette attestation était jointe au courrier ou au courriel contenant le lien hypertexte.

B. Contenu du questionnaire

La première partie renseigne les données démographiques (sexe, âge, département d'exercice) et professionnelles (secteur d'activité, mode d'exercice, heures travaillées).

La deuxième partie évalue la consommation tabagique en différenciant ceux qui n'avaient jamais fumé, les anciens fumeurs, les fumeurs occasionnels et les fumeurs quotidiens. Pour les fumeurs quotidiens, une quantification du nombre de cigarettes fumées par jour leur est demandée. Une consommation d'autres produits nicotiques (cigarillos, cigare, pipe, tabac à rouler, narguilé, cigarette électronique) est également recherchée dans le questionnaire.

La troisième partie étudie la consommation d'alcool. Dans notre étude, nous avons utilisé les 3 premières questions du test Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (*Annexe 6*) qui correspondent à l'axe de consommation du score AUDIT (20)(28)(29). Comme dans le *BS2010*, nous nous sommes servis de l'algorithme de classification en profil d'alcoolisation selon l'AUDIT-C (30) (*Annexe 7*). Après un rappel proposé du verre standard selon les recommandations de l'OMS (*Annexe 8*), nous avons demandé une quantification de la consommation hebdomadaire au MG interrogé (31).

La quatrième partie concerne l'usage de cannabis, en distinguant la non consommation, l'expérimentation, le sevrage, la consommation dans l'année ou dans le mois avec sa fréquence. La dernière question aborde le mode de consommation du cannabis (joint, douille/bang, ingrédient alimentaire, autres formes) (*Annexe 4*).

C. Pré-test

Le questionnaire a été testé auprès de 5 personnes. Ces personnes étaient :

- Le directeur de thèse, médecin généraliste ;
- Deux internes en médecine générale ;
- Deux personnes exerçant une profession non-médicale.

À la suite de la lecture du questionnaire, ces personnes ont donné leur appréciation sur la présentation générale, le contenu, la clarté et la rédaction des questions afin de minimiser les ambiguïtés.

Ce pré-test a permis de quantifier le temps de réponse au questionnaire à moins de 4 minutes.

Avant la diffusion du questionnaire, le pré-test a été soumis à la Plate-forme d'Aide Méthodologique pour correction et validation.

IV. Recueil des données

A. Le terrain d'enquête

L'enquête s'est déroulée du 20 janvier au 31 mars 2014, tous les jours de la semaine sauf le dimanche. Les horaires d'appels étaient aléatoires, fonction de l'emploi du temps professionnel de chacune des enquêtrices.

Quatre enquêtrices, dont l'auteur, ont été impliquées dans la réalisation de cette enquête.

Une formation pour préparer l'ensemble des enquêtrices a été réalisée par l'auteur. Cette formation a permis de présenter l'enquête, ses objectifs et sa finalité. Le questionnaire a été entièrement expliqué.

Le lien hypertexte vers le questionnaire anonyme, a été mis en ligne le 25 février 2014. Les réponses par ce lien ont été prises en compte jusqu'au 6 Avril 2014 inclus.

Les courriers ont été envoyés au fur et à mesure des demandes. Tous les courriers ont été envoyés depuis la même boîte postale. Chaque enveloppe comprenait :

- Un questionnaire imprimé sur une feuille *recto-verso* ;
- Une photocopie couleur de l'attestation signée ;
- Une enveloppe de retour affranchie comportant l'adresse de retour pré-écrite.

B. Modalités de recueil

Lors d'un appel, plusieurs interlocuteurs pouvaient être attendus :

- une secrétaire sur une plateforme téléphonique ;
- une secrétaire au cabinet médical ;
- le MG lui-même.

Les principales informations données par les enquêtrices pour obtenir une réponse étaient :

- identité de l'enquêtrice ;
- démarche téléphonique dans le cadre d'une thèse ;

- médecin tiré au sort par la Maison de la Recherche Clinique de Lille ;
- questionnaire secondairement anonymisé (lors d'une réponse par téléphone) ;
- durée du questionnaire inférieure à 4 minutes ;
- possibilité de rappeler ultérieurement ou d'envoi du questionnaire par courriel ou par courrier.

1. Situation 1 : appel pris par une secrétaire sur une plateforme téléphonique.

À la suite de la présentation du motif de l'appel, celle-ci pouvait :

- avoir un rôle de « barrage » en refusant l'enquête de la part du médecin ;
- temporiser l'appel en prenant un message avec les coordonnées de l'auteur ;
- donner un horaire d'appel où le médecin reprenait sa ligne téléphonique ;
- donner le contact courriel du médecin sans certifier sa réponse.

En l'absence d'appel de la part du médecin, la plateforme téléphonique était appelée dans les jours suivants pour connaître l'éventuelle réponse donnée par le médecin sur sa participation ou non à l'étude.

2. Situation 2 : appel pris par une secrétaire au cabinet médical.

À la suite de la présentation du motif de l'appel, celle-ci pouvait :

- avoir un rôle de « barrage » en refusant l'enquête de la part du médecin ;
- temporiser l'appel en prenant un message ou donner un nouvel horaire d'appel ;
- renvoyer l'appel au médecin ;
- donner le contact courriel du médecin sans certifier sa réponse ;
- donner le contact courriel du médecin après son accord pour y répondre ;
- proposer l'envoi de l'enquête par courrier si elle savait que le médecin y répondrait.

3. Situation 3 : appel pris par le médecin.

Après présentation du motif de l'appel, présentation du sujet et de la durée de l'enquête, le médecin pouvait :

- accepter l'enquête téléphonique ;
- refuser l'enquête.

Un nouvel horaire d'appel en fonction de ses disponibilités était proposé systématiquement en cas d'appel lors d'une consultation médicale ou d'indisponibilité au moment du contact.

En cas de refus ou d'hésitation de la part du médecin, le mode de réponse par le lien hypertexte sur Internet ou par courrier était proposé. Il pouvait alors refuser ou accepter sa participation.

En cas de refus de participation de sa part, le médecin était abandonné, le respect de la méthode aléatoire interdisant tout remplacement.

À la fin de chaque questionnaire répondu, une synthèse des résultats de l'enquête par courriel était proposée au médecin.

C. Les relances téléphoniques

Les appels qui sonnaient occupé étaient retentés dans la journée, plusieurs fois si nécessaire. Lorsque les enquêtrices atteignaient une messagerie, elles avaient pour consigne de ne laisser un message vocal uniquement sur la ligne d'un portable personnel avec les coordonnées de l'auteur.

Jusqu'à 15 tentatives étaient effectuées à des heures et des jours différents si besoin.

Plusieurs numéros de téléphone étaient erronés ou non donnés sur le listing des MG tirés au sort. Dans ce cas, le numéro de téléphone était recherché sur les pages jaunes ou secondairement en indiquant le nom du médecin et son lieu d'exercice dans un moteur de recherche sur Internet (Google®).

En l'absence de réponse à ces recherches, le MG était classé en « non-réponse ».

D. Aspects éthiques

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été enregistrée. Conformément à la demande de cet organisme, un enregistrement a été réalisé auprès du Correspondant Informatique et Libertés (CIL) de l'Université Lille 2 Droit et Santé (*Annexe 9*). L'autorisation ainsi obtenue est disponible sur le registre des traitements CIL de l'Université (32).

Ainsi, les données ont été protégées, n'ont été transmises à aucun tiers et seront conservées jusqu'à la date de soutenance de thèse.

Le questionnaire a été soumis au Comité de Protection des Personnes du Nord-Ouest mais ne nécessitait pas leur avis.

V. Les indicateurs

Les indicateurs de l'enquête sont ceux utilisés pour le *BS2010* par l'INPES correspondant aux standards européens (OEDT), soit (33) :

A. Le tabac

Pour le tabac, les indicateurs utilisés sont :

- L'usage occasionnel, ou quotidien avec une quantification du nombre de cigarettes consommées par jour.
- Le sevrage à la cigarette même si l'arrêt avait eu lieu il y a plus de vingt ans.
- L'usage (au moins occasionnel) d'autres produits contenant de la nicotine. Ces autres produits sont : le cigare, le cigarillo, la pipe, le tabac à rouler, la chicha ou la cigarette électronique.

B. L'alcool

Pour l'alcool, les indicateurs sont :

- L'usage quotidien au cours des douze derniers mois. Cet indicateur a été construit à partir de la question 10 de notre questionnaire.
- L'usage hebdomadaire au cours des douze derniers mois. Cet indicateur a été évalué lors de la question 11 de notre questionnaire.
- L'alcoolisation ponctuelle importante (API) mensuelle ou hebdomadaire c'est-à-dire, boire 6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par mois ou par semaine. Cette évaluation a été demandée lors de la question 13 de notre questionnaire.
- La consommation d'alcool à risque chronique ou avec dépendance est définie par le questionnaire AUDIT-C, indicateur synthétique d'alcoolisation en 3 items.

Le risque chronique est défini par le fait de consommer entre 22 et 48 verres par semaine pour les hommes et 15 et 48 verres par semaine pour les femmes, ou de déclarer boire 6 verres en une même occasion au moins une fois par semaine.

Le risque avec dépendance pour les hommes comme pour les femmes, est le fait de consommer 49 verres ou plus par semaine ou de boire, tous les jours ou presque, 6 verres standards ou plus en une même occasion (*Annexe 7*).

Le type d'alcool consommé n'a pas été recherché dans notre étude.

C. Le cannabis

Pour le cannabis, les indicateurs utilisés sont :

- L'expérimentation caractérise le fait d'en avoir consommé au moins une fois au cours de sa vie, même juste pour y goûter.
- L'usage actuel correspond à au moins une consommation dans les douze derniers mois.
- L'usage récent est défini par au moins une consommation dans les trente derniers jours.
- L'usage régulier est caractérisé par au moins 10 consommations dans les trente derniers jours.

VI. Traitement des données

A. Test et méthodes statistiques

1. Saisie des réponses

La saisie des données anonymes figurant sur les questionnaires de réponses a été effectuée manuellement dans un tableur informatisé grâce au logiciel MICROSOFT® Excel®.

Une relecture pour la vérification de la saisie des réponses a été effectuée en binôme avant l'analyse des données.

2. Traitement statistique des données

L'analyse statistique a été effectuée par la Plate-forme d'Aide Méthodologique de la Clinique de Santé Publique du CHRU de Lille après exportation et recodage numérique manuel des variables dans le tableur. Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel R version 3.2.0 (Copyright © 2013 The R Foundation for Statistical Computing).

a) Variables quantitatives

Pour les variables quantitatives, la mesure des paramètres de position (moyenne avec l'intervalle de confiance à 95%, médiane, 1^{er} et 3^{ème} quartile) a été réalisée. L'effectif, les valeurs manquantes et la valeur maximale et minimale ont été indiquées. Le paramètre de dispersion soit l'écart-type a également été mesuré.

Si la variable est continue, la représentation graphique a été faite en boîte à moustache (« box-plot ») ou en histogramme avec la courbe de densité. Si la variable est discrète, le diagramme en bâtons a été utilisé.

b) Variables qualitatives

Si la variable est qualitative, la mesure des effectifs, du pourcentage sur l'intervalle de confiance à 95% et des valeurs manquantes a été réalisée.

La représentation graphique d'une variable qualitative monovaluée mais également d'une variable qualitative ordonnée ou multivaluée était un diagramme en barres.

La représentation d'une variable qualitative binaire était faite par un diagramme circulaire ou « pie chart ».

c) Comparaison à la population générale

Enfin, nous avons comparé notre échantillon à la population générale.

Pour rechercher une association entre 2 variables, le test de Chi² de comparaison des effectifs de l'échantillon aux pourcentages théoriques de la population générale a été utilisé. Les conditions de validité du test étaient des effectifs théoriques supérieurs ou égaux à 5.

Le seuil de significativité était fixé à 0.05%.

- Si $p < 0.05$, le test est significatif. On peut donc mettre en évidence une différence statistiquement significative entre les pourcentages de notre échantillon et les pourcentages théoriques, soit la population générale, au risque 5%.
- Si $p > 0.05$, le test est non significatif. On ne peut pas conclure à une différence statistiquement significative entre les pourcentages de notre échantillon et les pourcentages théoriques, soit la population générale, au risque 5%.

3. Source des données comparatives

Les données utilisées pour comparer la population générale à celles des MG interrogés ont été obtenues par Jean-Baptiste RICHARD, Chargé d'études au Département Enquêtes et analyse statistique de l'INPES. Grâce à lui, nous avons pu obtenir les prévalences des différents indicateurs au niveau de la population générale âgée entre 30 et 70 ans.

B. Les personnes exclues

Lors de la période d'enquête, plusieurs MG tirés au sort ont été exclus de l'étude.

Ces médecins ont été exclus par leur mode d'exercice de la médecine, activité autre que la Médecine Générale :

- Médecins angiologues (n = 7)
- Médecins échographistes (n = 3)

- Médecin psychanalyste (n = 1)
- Médecin du travail (n = 1)
- Médecin esthétique (n = 1)
- Homéopathe exclusif (n = 1)
- Ostéopathe exclusif (n = 1)
- Nutritionniste exclusif (n = 1)

Les MG retraités (n = 5) ont également été exclus de l'échantillon.

Au total, 21 médecins ont été exclus de l'étude.

C. Données manquantes

Deux MG n'ont pas été joignables car ils étaient en cessation d'activité temporaire durant la période d'enquête.

Après multiples tentatives d'appels ou recherches infructueuses de nouveaux numéros d'appels correspondant au nom du médecin, 13 MG randomisés sont restés injoignables.

VII. Financement

Cette étude a été financée intégralement par l'auteur de la thèse.

RÉSULTATS

I. Taux de réponse

Parmi les 400 médecins tirés au sort, 215 MG ont répondu au questionnaire.

21 médecins ont été exclus de l'étude.

15 appels sont restés sans réponse car le MG était injoignable après multiples tentatives d'appels ou en cessation temporaire d'activité.

Ainsi, sur les 379 MG inclus, 215 ont répondu au questionnaire, constituant un taux de réponse de 56,7%.

Sur les 215 questionnaires remplis :

- 141 questionnaires ont été remplis par les enquêtrices sur appel téléphonique. Ils représentent 65.6% des questionnaires remplis ;
- 53 questionnaires ont été remplis par le lien hypertexte. Ils représentent 24.6% des questionnaires remplis. Ils étaient 82 MG à avoir cliqué sur ce lien. Ils étaient 95 à fournir leur courriel aux enquêtrices ;
- 21 réponses ont été reçues par courrier, représentant 9.8% des questionnaires remplis. 31 MG avaient reçu le questionnaire par courrier.

Seul deux questionnaires avaient une question sans réponse sur la totalité des questions. En effet, deux MG n'ont pas indiqué le nombre de verre(s) standard(s) hebdomadaire(s) consommé(s).

Ces données manquantes ont été prises en compte pour l'analyse.

Toutes les descriptions et analyses statistiques suivantes ont été effectuées sur les 215 questionnaires exploitables reçus.

D'autres secteurs d'activités à temps partiel étaient évoqués par les médecins inclus dans l'échantillon :

- Acupuncture : n = 4
- Médecin expert : n = 2
- Médecine générale à orientation nutrition / diabétologie : n = 2
- Médecin pompier : n = 1
- Sexologie : n = 2
- Urgentistes : n = 8
- Activité en soins de suite et réadaptation : n=1
- Tabacologue : n =1
- Addictologue : n = 1

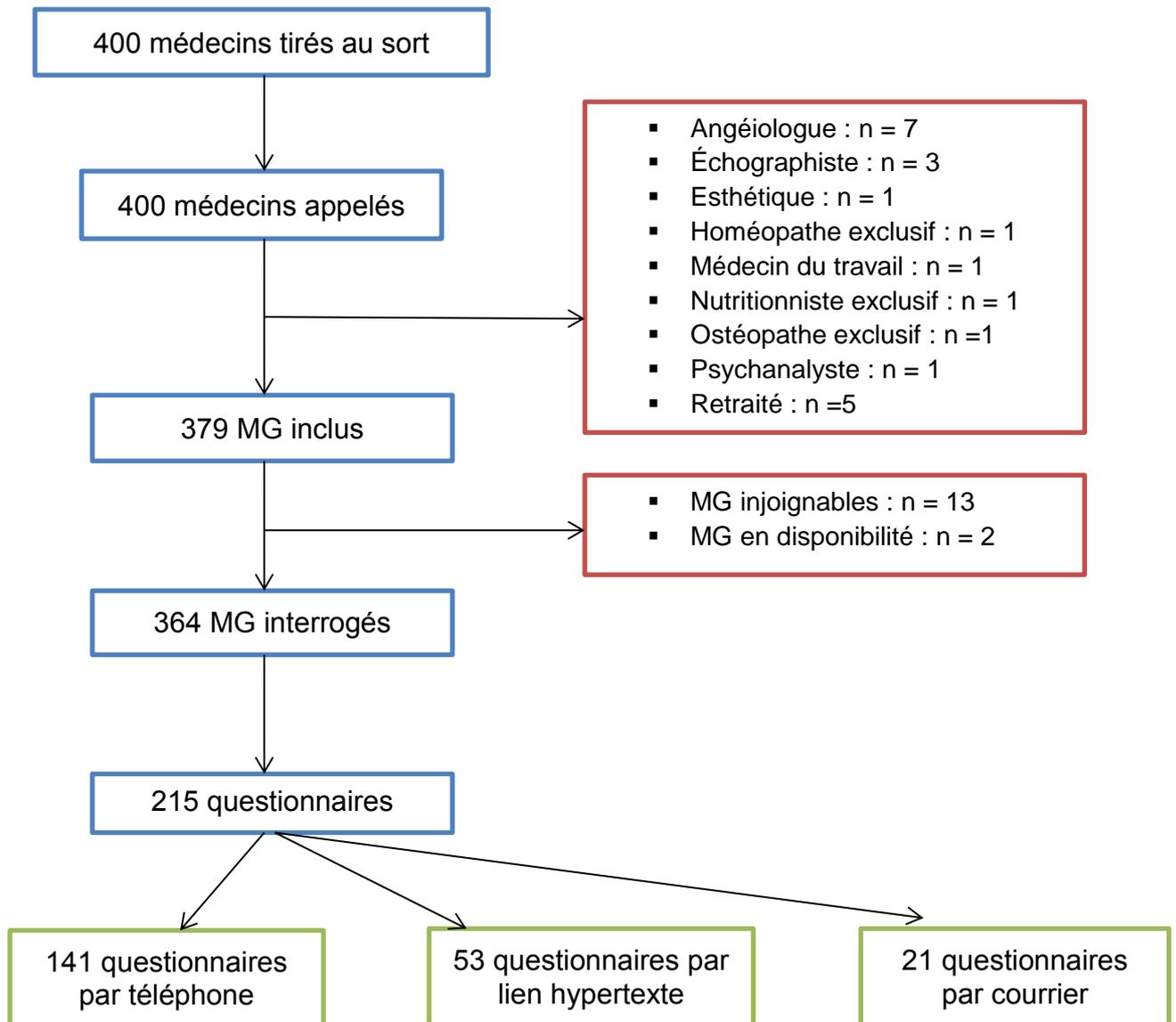


Figure 1 : Diagramme de flux.

II. Données démographiques

A. Le sexe

Parmi les MG interrogés, 66% sont des hommes (*Annexe 10*).

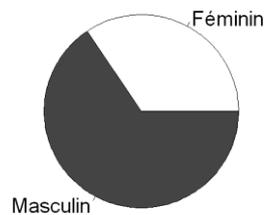


Figure 1 : Répartition des MG interrogés selon leur sexe.

B. L'âge

L'âge moyen est de 52,9 ans +/- 8,98 ans (écart-type) avec des extrêmes à 28 et 70 ans (*Annexe 11*).

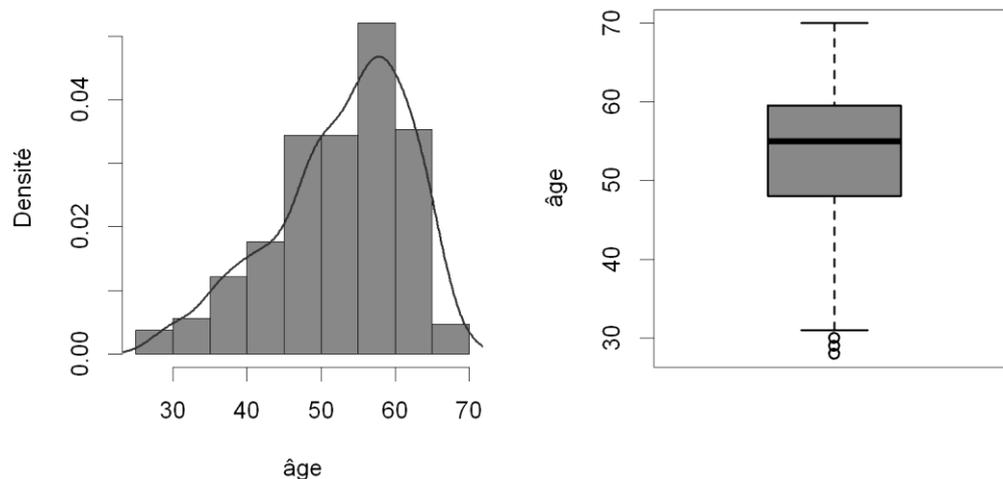


Figure 2 : Distribution des MG interrogés en fonction de leur âge.

C. La zone géographique

Les régions les plus représentées sont Paris Ile-de-France (13%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (11%). Au contraire, les régions les moins représentées sont l'Auvergne (2%), la Basse-Normandie (2%), le Limousin (<1%) et la Corse (<1%) (*Annexe 12*).

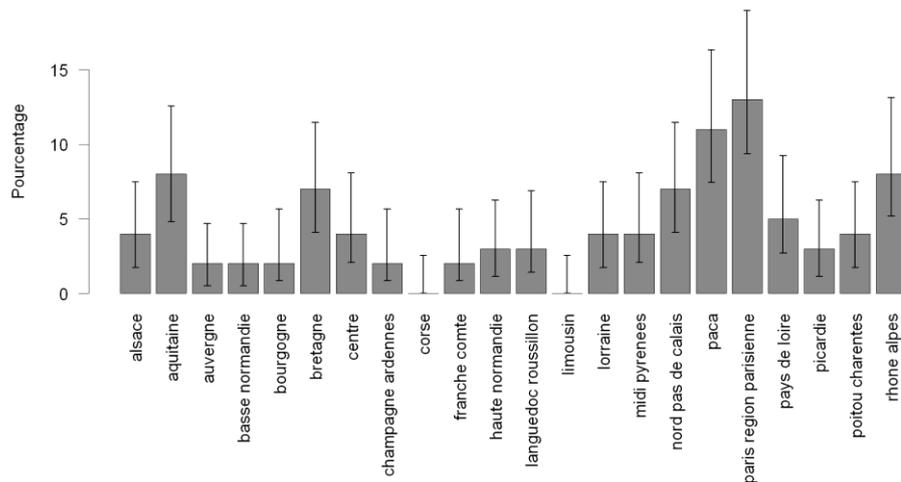


Figure 3 : Répartition géographique des MG interrogés.

D. L'exercice médical

Sur le plan professionnel, le secteur d'activité est majoritairement urbain avec 55% des MG interrogés. Ils sont 27% à exercer en zone semi rurale et 17% en zone rurale (*Annexe 13*).

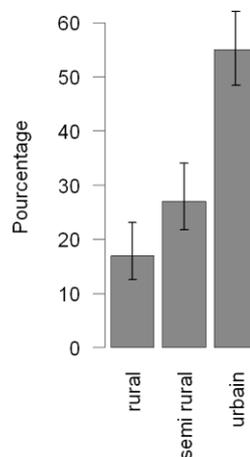


Figure 4: Distribution des MG interrogés selon leur secteur d'activité.

Parmi les MG interrogés, 59% ont une activité en groupe (*Annexe 14*).

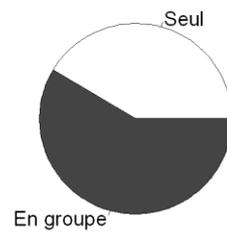


Figure 5 : Répartition des MG interrogés selon le mode d'exercice.

Le nombre d'heures travaillées est en moyenne de 53,3 heures +/- 13,22 heures par semaine. Les extrêmes sont à 120 heures (un homme âgé de 55 ans) et 24 heures par semaine (un homme âgé de 67 ans en préretraite) (*Annexe 15*).

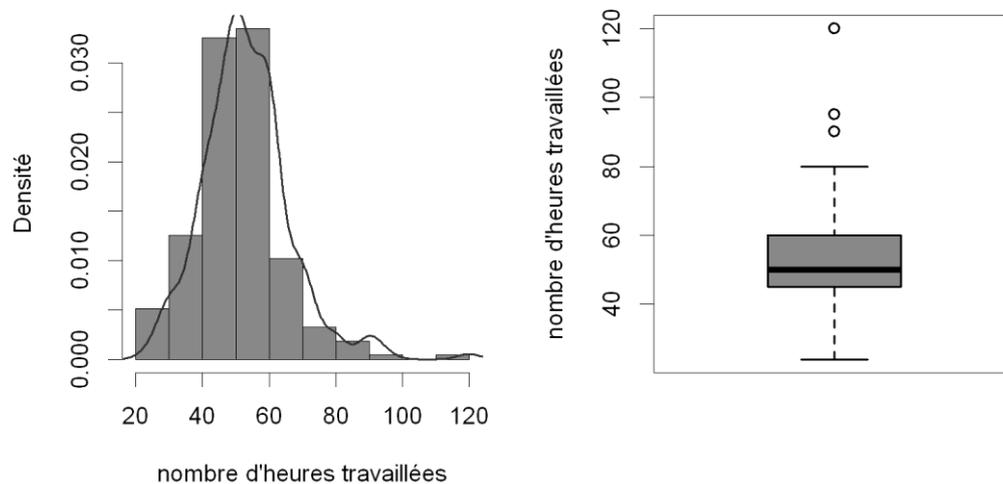


Figure 6 : Distribution des MG interrogés selon le temps de travail.

III. Statistiques descriptives des consommations de SPA

A. Le tabac

53% des MG interrogés déclarent n'avoir jamais fumé de cigarettes. 30% sont sevrés, 8% fument occasionnellement ou de manière festive et 8% quotidiennement (*Annexe 16*).

Parmi les MG fumeurs, 55% consomment entre 10 et 20 cigarettes par jour, 45% moins de 7 cigarettes par jour (*Annexe 17*).

La cigarette est davantage consommée par les hommes (n=22) que par les femmes (n=14).

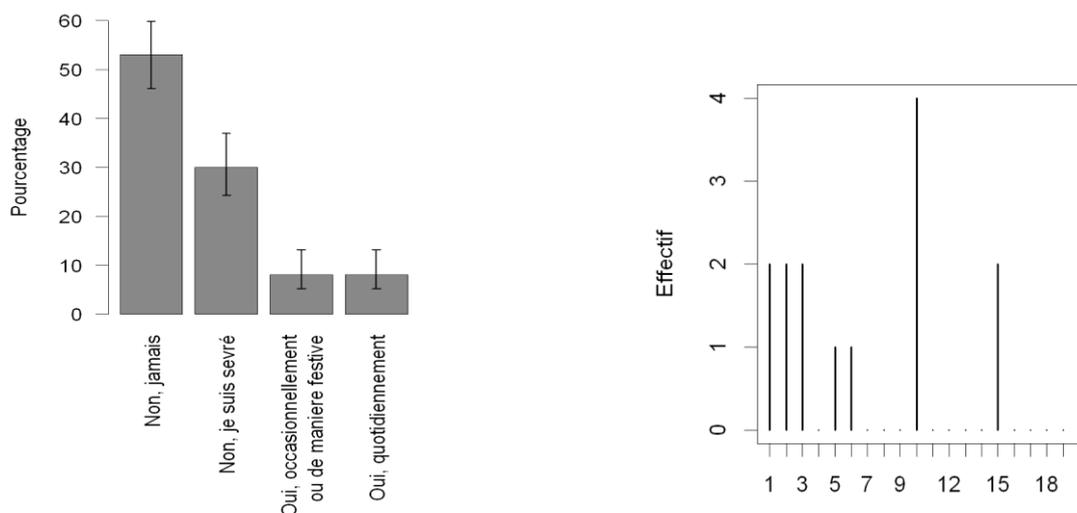


Figure 7 : Distribution de la consommation de cigarette et quantité de cigarettes fumées par jour chez les MG interrogés.

La consommation d'autres produits contenant de la nicotine est majoritairement masculine. Cinq hommes consomment des cigarillos, dix hommes fument le cigare et trois hommes fument la pipe. Le tabac à rouler est consommé par un homme et une femme. Aucun des MG interrogés ne consomme le narguilé. Enfin, la cigarette électronique / vapoteuse est utilisée par une femme et deux hommes (*Annexes 18 et 19*).

Au total, 47 MG interrogés soit 21,86% consomment de la nicotine de manière occasionnelle ou quotidienne (usage actuel).

B. L'alcool

1. Fréquence des consommations d'alcool

La prévalence de l'usage d'alcool dans l'année est de 94,9% chez les MG libéraux en France métropolitaine. Parmi ces derniers, 97,9% sont des hommes et 89,2% sont des femmes (*Annexe 20*).

La consommation quotidienne d'alcool est de 13% chez les MG interrogés. Cet usage est davantage masculin. Parmi les 74 femmes interrogées, 6 déclarent une consommation quotidienne. Chez les hommes, 22 déclarent une consommation quotidienne.

A l'inverse, 5,1% MG interrogés sont abstinents (8 femmes *versus* 3 hommes).

Parmi les 215 réponses, 40% déclarent consommer de l'alcool entre 2 fois par mois et 1 fois par semaine (n = 86).

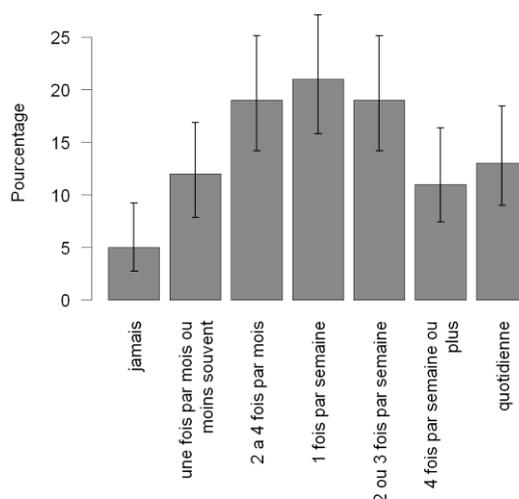


Figure 8 : Distribution de la fréquence de consommation d'alcool chez les MG interrogés.

31,6% des MG interrogés déclarant une consommation d'alcool 1 fois par semaine ou plus souvent sont âgés entre 50 et 60 ans.

Parmi les 28 MG ayant une consommation quotidienne d'alcool, 17 sont âgés entre 55 et 65 ans.

2. Le nombre de verre(s) standard(s) consommé(s)

Sur un effectif de 213 (2 valeurs manquantes), le nombre moyen de verres standards consommés par semaine est de 4,8 +/- 5,5.

Le nombre maximum de verres consommés est déclaré à 30 verres standards par deux hommes et une femme (*Annexe 21*).

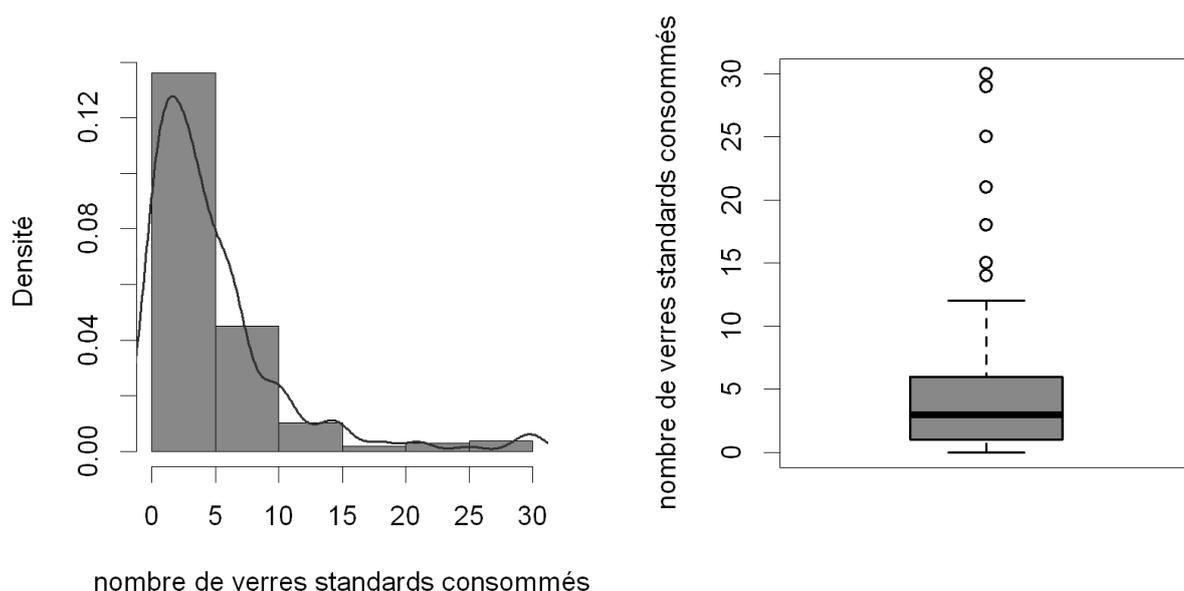


Figure 9 : Distribution des MG interrogés selon le nombre de verre(s) standard(s) consommé(s) par semaine.

Parmi les 215 MG interrogés, plus de la moitié (n=144) déclarent consommer 1 ou 2 verre(s) standard(s) lors d'une journée ordinaire (*Annexe 22*). Aucun MG n'a déclaré boire 10 verre(s) ou plus au cours d'une journée ordinaire.

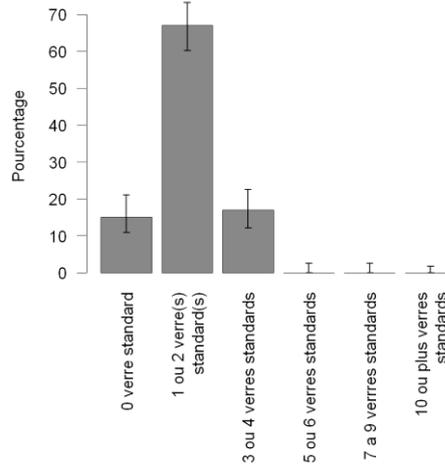


Figure 10 : Distribution des MG interrogés selon le nombre de verre(s) standard(s) consommé(s) une journée ordinaire.

3. L'alcoolisation ponctuelle importante (API)

Parmi les 215 MG interrogés, 60% déclarent n'avoir jamais consommé 6 verres ou plus en une même occasion durant l'année écoulée.

31 MG déclarent ce type de consommation au moins une fois par mois, soit 14% de notre échantillon. Les hommes sont plus nombreux à déclarer une API au moins mensuelle (n=25).

Une API hebdomadaire est déclarée par 3% de l'échantillon (3 hommes et 3 femmes) (*Annexe 23*).

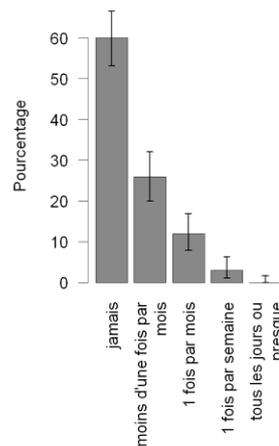


Figure 11 : Distribution de la fréquence des API chez les MG interrogés.

4. Les profils d'alcoolisation

Une construction en profils et classes de consommation d'alcool a été réalisée comme ceux utilisés dans d'autres rapports d'études (19) (30). En effet, ces répartitions permettent de repérer davantage les personnes ayant un risque lourd d'alcoolisation excessive, mais également celles ne présentant pas encore de troubles liés à leur consommation d'alcool bien qu'elle soit excessive.

Ainsi, les MG interrogés ont été classés en 6 profils de consommation d'alcool qui peuvent être regroupés en 4 classes (*Annexes 24 à 27*). Pour cela, nous avons utilisé l'algorithme de classification des individus en différents profils d'alcoolisation selon l'AUDIT-C validé (*Annexe 7*).

Les 6 profils de consommations d'alcool sont :

- Profil 1 : les non-consommateurs. Ils déclarent ne jamais consommer d'alcool.
On retrouve 11 MG dans ce profil soit 5,1% de l'échantillon.

- Profil 2 : les consommateurs occasionnels sans risque. Ils ne boivent jamais 6 verres ou plus en une même occasion et pas plus de 14 verres par semaine pour les femmes ou 21 verres pour les hommes. Ces consommateurs sont dits occasionnels car leur consommation est inférieure à 2 fois par semaine.
Ce profil comprend 79 MG soit 36,7% de l'échantillon.

- Profil 3 : les consommateurs réguliers sans risque. Il regroupe les personnes qui ne boivent jamais 6 verres ou plus en une même occasion et pas plus de 14 verres par semaine pour les femmes ou 21 verres pour les hommes. Ces consommateurs sont dits réguliers car leur consommation est supérieure ou égale à 2 fois par semaine.
Le profil 3 représente un effectif de 38 MG soit 17,7% de l'échantillon.

- Profil 4 : les consommateurs à risque ponctuel. Il regroupe les femmes qui boivent 15 verres ou plus par semaine et les hommes qui boivent 22 verres ou plus par semaine ou ceux qui boivent 6 verres ou plus en une même occasion une fois par mois au maximum.

On retrouve 80 MG dans ce profil soit 37,2% de l'échantillon.

Parmi ces 80 MG : 77,5% (n=62) sont des hommes, 28,8% (n=23) consomment quotidiennement ou occasionnellement un produit nicotinique (11,3% (n=9) ont une consommation quotidienne de cigarettes), 38,8% sont sevrés et 36,3% (n=29) ne consomment aucun produit nicotinique.

- Profil 5 : les consommateurs à risque chronique. Ce profil concerne .les femmes qui boivent entre 15 et 48 verres par semaine et les hommes qui boivent entre 22 et 48 verres, et/ou ceux qui boivent 6 verres ou plus entre 1 et 5 fois par semaine.

Ce profil comprend 7 MG (3 hommes *versus* 4 femmes) soit 3,3% de l'échantillon.

Parmi eux, 1 MG fume occasionnellement la cigarette, 3 sont sevrés et les autres ne sont pas consommateurs de produits nicotiniques.

- Profil 6 : les consommateurs à risque avec dépendance. Ce groupe comprend les personnes qui boivent 49 verres ou plus par semaine (quel que soit le sexe), et/ou 6 verres ou plus en une occasion tous les jours ou presque.

Aucun MG de l'échantillon ne répond à ce profil.

Suivant la répartition émise par l'IRDES, les 4 classes d'alcoolisation sont définies par (30) (34) :

- Classe 1 : les non-consommateurs (profil 1), représentée par 5,12% de notre population (n = 11).
- Classe 2 : les consommateurs sans risque d'alcoolisation excessive, représentée par 54,4% de notre population (n = 117).

- Classe 3 : les consommateurs à risque d'alcoolisation excessive représentée par 40,5% de notre population (n =87).
- Classe 4 : les consommateurs à risque d'alcool-dépendance, non présents dans notre population (n = 0).

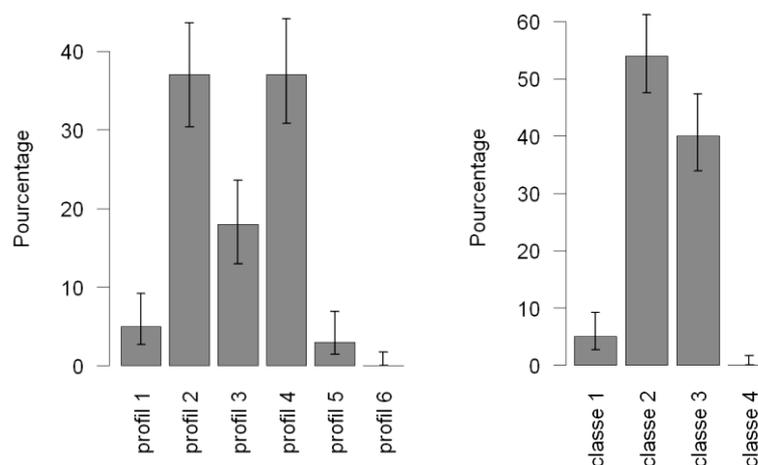


Figure 12 : Distribution des MG interrogés selon leur profil et leur classe d'alcoolisation.

Notre population est donc majoritairement sans risque d'alcoolisation excessive.

C. Le cannabis

Parmi les MG interrogés, 74% déclarent n'avoir jamais consommé de cannabis. Ils sont 22% (n=48) à avoir répondu « *j'ai testé comme beaucoup de personnes sans pour autant retenter l'expérience* ».

Deux hommes MG déclarent être sevrés.

L'usage actuel concerne 5 MG (âgées entre 30 et 47 ans), soit 2% de notre échantillon. Parmi eux, 4 ont eu une consommation au cours des 30 derniers jours et aucun ne présente un usage régulier (*Annexes 28 et 29*).

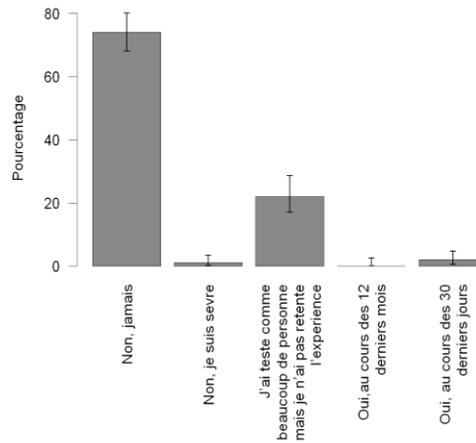


Figure 13 : Distribution de la fréquence de consommation de cannabis chez les MG interrogés.

Parmi les 141 hommes interrogés, 25,5% ont expérimenté ou ont un usage du cannabis. Elles sont 23% chez les femmes interrogées.

L'usage récent de cannabis n'est déclaré que par des hommes. Aucun d'entre eux ne consomme la cigarette ou l'alcool de manière quotidienne.

100% des MG interrogés ayant eu une expérience, un usage récent ou actuel du cannabis ont déclaré une consommation par joint. Un homme MG a également consommé le cannabis comme ingrédient alimentaire (*Annexe 30*).

Les autres formes d'utilisation du cannabis n'ont pas été déclarées par notre échantillon.

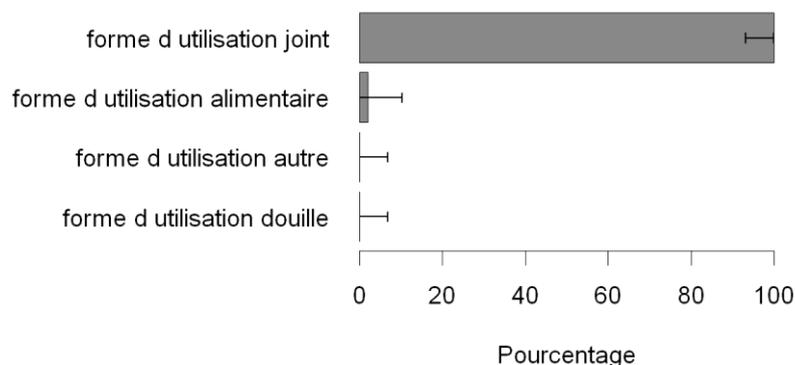


Figure 14 : Formes d'utilisation expérimentées pour le cannabis chez les MG interrogés.

IV. Comparaison de nos résultats aux données de la population générale (*Annexe 35*)

A. Le tabac

Il existe une différence significative entre le nombre de fumeurs de cigarettes chez les MG interrogés et celui de la population générale. 16,7% des MG sont fumeurs *versus* 32,2% dans la population générale avec $p = 1,23 \times 10^{-6}$.

Il existe également une différence significative sur la consommation quotidienne de cigarettes. En effet, 8,4% des MG fument quotidiennement *versus* 28,3% dans la population générale avec $p = 8,77 \times 10^{-11}$.

Nous pouvons donc conclure que les MG interrogés sont moins fumeurs que la population générale.

Concernant les produits nicotiques autres que la cigarette, les effectifs dans notre échantillon sont insuffisants et n'ont donc pas été analysés dans la comparaison avec les résultats obtenus dans la population générale.

B. L'alcool

L'usage quotidien d'alcool est déclaré chez 13% des MG interrogés *versus* 12,4% dans la population générale avec $p = 0,78$. Il n'existe donc pas de différence significative entre les MG interrogés et la population générale dans l'usage quotidien d'alcool (*Annexe 31*).

L'API mensuelle et l'API hebdomadaire sont retrouvées respectivement chez 14% des MG interrogés *versus* 15,9% dans la population générale et 3% *versus* 3,6%. Il n'existe pas de différence significative entre les MG interrogés et la population générale dans l'alcoolisation ponctuelle importante mensuelle ($p = 0,55$) et hebdomadaire ($p = 0,52$) (*Annexes 32 et 33*).

Il existe une différence significative dans le risque d'alcoolisation chronique ou d'alcoolisme dépendance selon l'AUDIT-C chez les MG interrogés et celui de la population générale. En effet, 3% des MG sont à risque chronique ou d'alcoolisme dépendance selon l'AUDIT-C *versus* 8,2% dans la population générale avec $p = 0,008$ (*Annexe 34*).

C. Le cannabis

Il existe des différences significatives sur les consommations de cannabis chez les MG interrogés et celles de la population générale (âgée entre 30 et 64 ans).

74,4% des MG n'ont jamais consommé de cannabis *versus* 66,3% dans la population générale ($p = 0,015$).

Il existe une différence significative dans l'expérimentation du cannabis. En effet, 23,3% des MG interrogés ont fait l'expérience de consommer du cannabis *versus* 27,5% dans la population générale ($p = 0,015$).

On retrouve également une différence significative entre les deux populations sur l'usage actuel et l'usage récent de cannabis. Pour l'usage actuel, 0,5% des MG *versus* 4,1% dans la population générale ($p = 0,015$) ont consommé du cannabis dans l'année. Pour l'usage récent c'est-à-dire dans les 30 derniers jours, il concerne 1,9% des MG *versus* 2,1% dans la population générale ($p = 0,015$).

Les MG interrogés sont donc moins expérimentateurs et consommateurs de cannabis que la population générale.

DISCUSSION

I. Les principaux résultats

A. Objectif principal

En abordant le thème des SPA, notre étude confirme que l'alcool est la substance la plus consommée par les MG. Parmi les MG interrogés, 13% déclarent une consommation quotidienne d'alcool tandis que 5% sont abstinents.

Comme l'étude « *Santé physique et psychique des médecins généralistes* » en 2008, notre étude ne retrouve aucun MG à risque de dépendance à l'alcool.

Nos résultats montrent une diminution de la consommation de tabac par rapport aux dernières études (21) (23). Un usage actuel de tabac est déclaré par 16% de notre échantillon (8% occasionnels, 8% quotidiens).

Parmi les MG interrogés, 74% déclarent n'avoir jamais consommé de cannabis, 23% ont fait l'expérience et 2% ont un usage actuel. Aucune personne de notre échantillon ne déclare un usage régulier.

La consommation de chacune des SPA est davantage déclarée chez les hommes MG.

B. Objectif secondaire

Comme pour les MG interrogés dans notre étude, l'alcool est la SPA la plus consommée dans la population générale (19).

Pour l'alcool, seule une différence significative existe entre les MG interrogés et la population générale sur le risque d'alcoolisation chronique ou alcoolodépendance (3% *versus* 8,2% avec $p < 0,05$). En ce sens, les MG sont donc moins à risque d'alcoolisation chronique ou alcoolodépendance.

Dans notre étude, les MG sont moins consommateurs de tabac que la population générale. Ils consomment également en moindre quantité le tabac.

Concernant le cannabis, il existe également des différences significatives entre les MG interrogés et la population générale. L'expérimentation, l'usage actuel et l'usage récent de cannabis sont davantage retrouvés dans la population générale.

II. Le sujet de l'étude

D'après certaines conversations avec les MG interrogés, le thème abordé dans cette étude semble rester « tabou » auprès de notre population d'étude (*Annexe 36*).

Pourtant, les MG sont des acteurs de premier rang dans la prévention, le repérage et la prise en charge des consommations à risque de SPA.

Dans notre étude, il ne s'agit pas de juger le comportement des MG libéraux. Notre démarche est de pointer le fait que les MG sont également consommateurs et d'observer si certains sont à risque de consommation chronique ou de dépendance à une ou plusieurs SPA, ce qui peut engendrer de multiples conséquences (sociales, somatiques, professionnelles...).

Connaître les comportements de santé des MG permet de développer les connaissances sur cette population, de mettre en relation ces comportements avec leurs pratiques et la prise en charge de leurs patients.

Il est légitime de réaliser un travail de recherche à ce sujet puisque peu d'études existent dans notre littérature.

Une recherche de consommations d'autres SPA aurait été intéressante, même évoquée par certains MG interrogés (usage détourné d'anxiolytique, autres drogues illicites...). Cependant, un taux de non-réponse et un biais de déclaration plus important semblaient inévitables.

III. La validité de l'étude : points forts et limites

A. La validité externe de l'étude

Les résultats de notre étude sont concordants avec ceux déjà existants dans la littérature.

La consommation de tabac continue de diminuer au sein de notre population et reste inférieure à la population générale (19). En 2003, 28,8% des MG déclaraient fumer au moins de temps en temps (21,86% dans notre étude) et cette fréquence de fumeurs parmi les professionnels de santé était plus faible qu'en population générale (21). La consommation de tabac reste davantage masculine. Les hypothèses émises sur cette tendance sont : la féminisation de la population médicale, l'apparition de la cigarette électronique, la hausse du prix des cigarettes, les actions de santé publique dans la lutte contre le tabagisme actif et passif ainsi que le rôle actif du MG dans la prévention du risque tabagique et son aide au sevrage pour ses patients. On peut également imaginer le rôle de la formation médicale continue. Elle peut en effet provoquer une prise de conscience et donc faciliter le sevrage du MG.

Concernant l'alcool, 64,2% des MG interrogés consomment au moins 1 fois dans la semaine. Ce résultat tend à montrer une augmentation de la consommation régulière d'alcool par rapport aux résultats du *BS2003* réalisé chez les MG (21). À cette époque, 51,1% avaient déclaré consommer 1 à 2 verres d'alcool au cours des sept derniers jours (la classification utilisée dans le *BS2003* ne correspond pas à celle utilisée dans la littérature et notre étude, car simplifiée pour leur analyse).

Dans le *BS1998*, 15,6% des MG déclaraient une consommation quotidienne d'alcool. Ils étaient 17,4% en 2003 (pas de différence significative entre 1998 et 2003). Ils sont 13% dans notre étude.

La consommation de tabac, d'alcool et de cannabis est supérieure chez les hommes MG comme dans la population générale (19).

Concernant le cannabis, l'expérimentation au cours de la vie est majoritairement voire quasi exclusivement retrouvée. L'usage régulier n'est déclaré par aucun MG interrogé.

L'extrapolation de nos résultats à l'ensemble des MG libéraux français semble donc applicable.

B. La validité interne

1. Les biais

a) Biais de sélection

La randomisation de l'échantillon a pour but de limiter le biais de sélection.

La mise à jour de la base de données utilisée par la Plate-forme d'aide Méthodologique de Lille pour réaliser la randomisation n'est pas connue. Dans notre échantillon, certains MG randomisés étaient retraités, certes depuis peu (moins d'un an) mais prouve un défaut de non réactualisation dans la base de données utilisée pour cette étude. Cependant, l'utilisation de cette base de données nous permettait une randomisation fiable pour notre étude.

Aussi, il existe dans notre étude un biais de non réponse. En effet, 13 MG randomisés étaient injoignables durant la période d'enquête. Néanmoins, ce nombre reste très marginal.

Enfin, nous admettons que la réponse au questionnaire dépendait du bon vouloir du MG lors de notre appel. Le volontariat créé un biais de sélection mais son existence est constante dans de nombreuses études valides. Le principal motif de refus à l'enquête était un manque de temps pour nous répondre. Nous pouvons alors nous questionner sur la fréquence des consommations de SPA chez ces MG peu disponibles.

b) Biais de déclaration

L'image péjorative de la consommation de SPA, notamment l'alcool et le cannabis, a pu influencer les réponses des MG interrogés. Le recueil de données peut donc contenir de fausses réponses ou une minimisation des consommations (davantage si le MG interrogés est dans le déni de ces consommations excessives de SPA), ce qui peut engendrer un biais de déclaration dans notre étude.

Certains MG ont refusé leur participation à l'étude après prise de connaissance du sujet. Quelques MG ont émis un doute sur l'authenticité de ce travail de recherche, c'est pourquoi une attestation a été co-signée par le Directeur de thèse et le Département de Médecine Générale de la Faculté (*Annexe 5*).

Nous pensons que ce biais est limité dans notre étude puisque les MG ne désirant pas donner ce type d'information ont refusé leur participation.

Les taux de réponse aux questions diffèrent peu selon le mode de recueil des données (téléphone, courriel et courrier). Hormis les questions sur la consommation d'alcool, nous pouvons donc supposer que le mode de recueil n'a pas engendré de biais de déclaration (*Annexe 37*).

c) Biais lié à l'enquêtrice

L'auteur de cette étude a réalisé le sondage téléphonique. Nous nous devons de le signaler car cela engendre un biais. En effet, la motivation et l'implication de l'auteur peuvent induire un biais lors de la réalisation du sondage. Aussi, le MG interrogé peut donner une valeur supérieure à l'auteur plutôt qu'à une personne indépendante.

Afin de limiter ce biais, trois enquêtrices ont aidé volontairement et bénévolement l'auteur de l'étude.

d) Biais lié au refus de participation

Certains MG contactés par téléphone ont refusé de participer à l'enquête à la suite ou non de la connaissance du sujet de l'étude.

Les raisons de leur refus recueillies étaient : un manque de temps, un « ras le bol » des sollicitations aux enquêtes/thèses, un désintérêt sur le sujet ou encore la non consommation de SPA.

Par ailleurs, nous avons constaté que 82 MG ont cliqué sur le lien hypertexte dirigeant vers le questionnaire en ligne sur Internet. Ces MG ont pour la plupart renseigné eux-mêmes leur courriel par téléphone (10 courriels ont été obtenus directement par la secrétaire). Pourtant, 53 MG ont répondu au questionnaire. On peut donc se questionner sur le motif de refus de participation à notre étude.

2. Puissance de l'étude

Notre étude a obtenu un fort taux de participation (56,7%).

Le fait d'annoncer notre étude par téléphone a probablement été un facteur déterminant dans l'obtention du taux de réponse par courriel ou courrier (envoi du questionnaire le jour ou le lendemain de l'accord de participation).

Notre enquête a éveillé la curiosité ou le désintérêt des MG interrogés (*Annexe 36*).

L'échantillon de notre étude a été randomisé. Il est donc représentatif de notre population cible, soit les MG libéraux.

Seules deux données sont manquantes sur la totalité des questionnaires remplis.

3. Modalités de recueil des données

Trois modes de recueil des données étaient possibles pour répondre à notre questionnaire : le téléphone, le courriel et le courrier.

Nous avons pour mission de privilégier le mode de recueil par téléphone. En effet, selon les épidémiologistes de la Plateforme d'Aide Méthodologique, le téléphone reste le moyen d'obtenir le meilleur taux de réponse (devant le courriel et le courrier).

Cependant, devant plusieurs demandes de réponse par courriel, un lien hypertexte a été mis en place avec la possibilité de répondre au questionnaire par son envoi dès l'obtention du courriel du médecin. Ce lien hypertexte a été mis en place le plus rapidement possible mais n'a pu être proposé aux MG interrogés que mi-février. Les MG appelées avant cette date n'ont pas eu la possibilité de répondre par ce lien. Pour autant, peu de MG avaient été contactées à ce moment-là et le courrier était toujours proposé, même si une réponse téléphonique était privilégiée.

La méthodologie de notre étude est claire. Le recueil des données par questionnaire est standardisé.

C. Nombre de sujets nécessaires

Nous avons estimé le nombre de MG à interroger à 320 en prenant compte une précision de 10% (marge d'erreur que l'on se donne pour la grandeur que l'on veut estimer). Ce taux est admis pour ce type d'étude et est communément choisi dans les enquêtes de thèse.

On peut se questionner sur la faisabilité de resserrer l'intervalle de confiance des résultats.

Pour une précision de 5%, le nombre de réponses nécessaires pour affirmer que l'enquête est représentative aurait dû être de 384, soit 1280 MG à inclure et à interroger après application du même taux de réponse attendu.

Les ressources disponibles au recueil des données ne permettaient pas de réaliser un échantillon aussi important.

Une précision de 10% reste donc valable pour nos résultats et la représentativité de l'étude.

IV. Le questionnaire

Les questions ont été formulées pour évaluer au mieux les consommations de SPA. Nous avons choisi des questions utilisées dans des tests validés, reconnus et exploités auprès de nombreuses études.

Nous avons choisi de restreindre le nombre de questions à poser. En effet, plus le questionnaire est long, plus le taux de participation diminue.

Néanmoins, notre questionnaire présente quelques imperfections.

A. Évaluation de la consommation de tabac

Pour le tabac, nous n'avons pas recherché la présence ou non de nicotine dans l'utilisation de la cigarette électronique. Cette dernière est de plus en plus utilisée comme moyen de substitution dans l'aide au sevrage tabagique. Nous aurions pu interroger les MG sur le but de cet usage.

B. Évaluation de la consommation d'alcool

Un rappel des recommandations de l'OMS du verre standard a été fait à chacun des MG interrogés sauf si celui-ci annonçait connaître ces normes (*Annexe 8*). Cependant, nous pouvons tout de même nous questionner sur les connaissances correctes de ces normes que nous n'avons pas vérifiées. Une question aurait pu être posée directement au MG sur ces connaissances du verre standard et de ses équivalences.

En effet, cette évaluation est importante notamment pour quantifier les consommations d'alcool et repérer les différents profils d'alcoolisation (*Annexes 6 et 7*) (27) (30) .

Aussi, certains MG interrogés, buveurs quotidiens, ont estimé leur consommation hebdomadaire à 30 VS, 1 ou 2 VS lors de l'estimation du nombre de verre(s) standard(s) lors d'une journée ordinaire et une consommation de 6 VS ou plus 1 fois par semaine. Cela exprime une consommation occasionnelle supérieure aux normes OMS.

C. Évaluation de la consommation de cannabis

Nous n'avons pas recherché si l'expérimentation ou la consommation de cannabis était sous forme d'herbe ou de résine.

V. Les indicateurs

Les indicateurs pour évaluer la consommation de SPA ont été repris de ceux utilisés par les institutions telles que l'INPES et l'OFDT (33). L'évaluation des consommations de SPA chez les MG interrogés dans notre étude est donc valide et nos résultats peuvent être mis en comparaison vis-à-vis de ceux obtenus dans la population générale lors du *BS2010*.

VI. Les méthodes d'analyse et d'interprétation

Notre étude a bénéficié de méthodes d'analyses réalisées par une plate-forme d'experts.

VII. Les problématiques liées à l'usage de SPA chez les médecins généralistes

De nombreuses problématiques découlent de l'usage, de l'abus et de la dépendance à une SPA. Les MG ne sont pas davantage protégés des risques et des conséquences encourus lors de l'usage de SPA.

Selon les analyses du *BS2010*, des problèmes liés à la situation professionnelle augmentent la consommation chez 36% les fumeurs, 9% des consommateurs d'alcool et 13% des consommateurs de cannabis (18).

Quelles sont les situations chez les MG provoquant l'usage de SPA ? Pour le MG, quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) déclenchant(s) ou le(s) facteur(s) aggravant(s) la ou les consommation(s) de SPA ?

Existe-t-il un lien de causalité entre le burn-out et l'usage de SPA chez les MG ?

Afin d'évoquer une répercussion des consommations de SPA sur l'activité professionnelle du MG, il aurait été intéressant de l'interroger avec les questions 5 et 10 du test AUDIT et les questions évaluant le burn-out grâce au Maslach Burn out Inventory (*Annexe 6*). Ce travail n'était pas réalisable dans le cadre de notre étude, faute de moyens et de temps, et pourrait donc être l'objet d'une autre étude.

Nous pouvons également nous questionner sur la prise en charge des patients des MG consommateurs de SPA.

En effet, les MG consommateurs de SPA font-ils davantage une prévention sur les consommations de SPA chez leurs patients ? Recherchent-ils ou réalisent-ils l'aide au sevrage chez leurs patients consommateurs ?

De notre population d'étude, les MG, découlent d'autres problématiques plus délicates. Elles se doivent d'être soulignées afin d'inciter nos lecteurs à la réflexion.

La législation française encadre la promotion, la vente et la consommation des SPA. Le MG ayant une activité libérale, est soumis à cette législation. Cependant, aucun contrôle réglementaire n'est effectué dans les lieux de son exercice ou encore dans sa faculté à l'exercer.

À notre connaissance, seul l'Ordre des Médecins peut intervenir dans l'usage de SPA par le MG. Par exemple, le MG peut être mis face à ses consommations de SPA à l'occasion d'une plainte ou le signalement d'une situation préoccupante par l'entourage privé ou professionnel.

Aussi, le MG est souvent son propre médecin traitant et assure donc sa prise en charge en cas de maladie. En 2008, 90% des médecins français n'avaient pas déclaré de médecin traitant (22) (35).

Ce fait est un obstacle inévitable à la prise en charge des MG consommateurs de SPA à risque (notamment en cas d'alcoolisation excessive, d'usage détourné de médicament ou de produits illicites).

Lorsque la santé du médecin (notamment sa santé mentale) est mise à mal, une prise en charge spécifique est nécessaire. Dans l'usage problématique de SPA, il convient de mettre en place des protocoles de soins adaptés (soins externes, hospitalisation) suggérant confidentialité et anonymat pour le MG.

Une réflexion sur le dépistage, le signalement et la prise en charge des MG consommateurs à risque, mais également une sensibilisation des MG aux pratiques addictives au sein de la profession semble indispensable.

Il suffit de constater les chiffres émis par la CARMF sur le nombre d'invalidité et des indemnités journalières dans le cadre de la prise de charge d'affections psychiatrique et/ou de toxicomanie.

Notre travail de recherche s'est limité à une mesure de prévalence des SPA chez les MG et une comparaison de nos résultats à ceux obtenus dans la population générale.

Les problématiques d'usage de SPA chez les MG sont nombreuses tant sur leurs conséquences que sur leurs prises en charge. D'autres études sont donc nécessaires afin de trouver des réponses à ces questionnements.

CONCLUSION

Le contrôle des différents usages de SPA est un enjeu et une priorité de santé publique. En effet, les consommations de SPA ne sont pas sans risque pour la santé. L'usage régulier ou abusif de SPA sont reconnus comme facteur de risque dans l'altération de l'état physique, psychique mais également comportemental de l'individu.

L'objectif premier de ce travail de recherche était d'estimer la prévalence des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis chez les MG libéraux de France métropolitaine. Nous avons également comparé nos résultats à ceux obtenus en population générale. S'il s'est avéré que les MG sont consommateurs de SPA, ils sont moins nombreux à consommer le tabac et le cannabis qu'en population générale. Concernant l'alcool, notre étude n'a pas trouvé de différence significative entre les MG et la population générale sauf sur le risque d'alcoolisation chronique ou alcoolo dépendance où le MG est moins à risque dans nos résultats.

L'usage, et davantage l'abus de SPA par les MG soulèvent de nombreuses problématiques dont nous avons discutées. Une réflexion sur l'usage des SPA chez les MG, qui peut être extrapolée à l'ensemble de la population médicale, est indispensable. En effet, la consommation excessive ou détournée de SPA engendre des difficultés importantes des champs relationnel, social, professionnel, sanitaire, ordinal et judiciaire qu'il convient de prévenir et d'assumer le plus rapidement possible.

En 2008, l'Ordre National des Médecins a débuté un travail sur le « médecin malade ». Une réflexion sur l'usage des SPA chez les médecins a été évoquée. Le développement de mesures préventives et de soutien pour ces médecins doit être pensé. Espérons que cette réflexion se poursuive.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS | Substances psychoactives [Internet]. [cité 30 juin 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/
2. OMS. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance : Résumé [Internet]. 2004. Disponible sur: www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_F.pdf
3. Produits - Toutes drogues - Consommation [Internet]. [cité 27 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/ttesdrog/conso.html>
4. Les risques du tabagisme actif / Les effets néfastes du tabac pour moi / Le tabac et moi / Page d'accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 27 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/Les-risques-du-tabagisme-actif>
5. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Alcool, effets sur la santé (Expertise collective). Paris: INSERM; 2001. 358 p.
6. OFDT. Risques, conséquences et effets liés aux usages de cannabis, In Cannabis Données Essentielles. 2006;88-109.
7. Polyconsommation - Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives [Internet]. [cité 27 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre-laddiction/risques/polyconsommation/>
8. Cathebras P, Begon A, Laporte S, Bois C. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Press Med.* 2004;(33):1569-74.
9. Ordre National des Médecins. Le médecin malade - Synthèse. Rapport de la Commission nationale permanente. 2008.
10. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission Prévention et Santé Publique. URML Ile-de-France [Internet]. 2007. Disponible sur: <http://www.urml-idf.org/public>
11. Wood WB. Osler's principles and practice of medicine (14th ed.). *Am J Public Health Nations Health.* juin 1943;33(6): 748.
12. ONUDC. Rapport mondial sur les drogues 2012 [Internet]. Publication des Nations Unies; Disponible sur: www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_French_web.pdf
13. EMCDDA | Prevalence maps — prevalence of drug use in Europe [Internet]. [cité 1 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/prevalence-maps>

14. Herault J. Consommation de substances psychoactives des internes en médecine, enquête auprès des facultés d'Angers et de Lyon [Thèse d'exercice : Médecine Générale]. Angers; 2012.
15. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale [Internet]. [cité 24 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765805000626>
16. Trichard A, Danel T, Sobaszek A. Epuisement professionnel et consommation de psychotropes chez les médecins hospitaliers. *Alcoologie et addictologie*. 2005;303-308.
17. Huynh P. Evaluation de la santé et des addictions (alcool, tabac, drogues, médicaments) et du comportement sexuel de la population de MED 3 des facultés de médecine du Nord-Pas-de-Calais en septembre 2013 [Thèse d'exercice : Médecine générale]. Lille 2 Droit et santé; 2014.
18. Baromètre santé 2010 [Internet]. [cité 27 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
19. François Beck, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Marie-Line Tovar, Stanislas Spilka. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 [Internet]. OFDT; 2011. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbr6.pdf>
20. Kristen Bush, MPH, Daniel R. Kivlahan, PhD, Mary B. McDonell, MS, Stephan D. Fihn, MD, MPH, Katharine A. Bradley, MD, MPH. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C) An effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *14 sept 1998;158:1789-1795*.
21. Gautier A. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. INPES;
22. Gillard L. La santé des généralistes. [Ile de France]; 2006.
23. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et résultats de la DREES. DREES; 2010.
24. CARMF. Rapport du directeur 2012.
25. Taille d'un échantillon aléatoire et Marge d'erreur - CMS-SPIP [Internet]. [cité 16 juin 2014]. Disponible sur: <http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/spip.php?article1641>
26. Singly F de. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Nathan. Paris; 1992. 126 p.
27. Saint-Denis : Inpes. Questionnaire du baromètre santé 2010. Jean-Marc Piton; 2013.
28. Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro. The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization; 2001.
29. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(11):2001-7.

30. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Latil E, Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale. Bulletin d'information en économie de la santé n°97. Août 2005. août 2005;(97):8.
31. Evaluer sa consommation d'alcool : Consommation d'alcool à risque - alcoolinfoservice - Alcool Info Service [Internet]. [cité 21 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/evaluer-consommation-alcool/consommation-a-risque>
32. Université Lille 2. C.I.L. - Registre des traitements [Internet]. [cité 25 août 2014]. Disponible sur: <https://intranet.univ-lille2.fr/administration-generale/cil/>
33. Beck F, Guignard R, Léon C, Richard J-B. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. coll. Etudes santé territoires; 2013.
34. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? IRDES. janv 2008;(QES n°129):6.
35. Leriche B. Le médecin malade - Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. 2008.

ANNEXES

Annexe 1 : Effets résumés des SPA étudiés dans notre étude.

➤ Substance : la nicotine

Mécanisme primaire d'action : Active les récepteurs cholinergiques nicotiniques. Augmente la synthèse et la libération de la dopamine.

Tolérance et sevrage : Des facteurs métaboliques ainsi que des modifications des récepteurs sont à l'origine de l'apparition de la tolérance. Sevrage caractérisé par : irritabilité, hostilité, anxiété, dysphorie, humeur dépressive, bradycardie, augmentation de l'appétit.

Usage prolongé : Les effets du tabagisme sur la santé sont bien connus ; il est difficile de dissocier les effets de la nicotine de ceux des autres constituants du tabac.

➤ Substance : l'éthanol

Mécanisme primaire d'action : Augmente les effets inhibiteurs du Gaba et diminue les effets excitateurs du glutamate. Effets renforçateurs probablement liés à une augmentation d'activité de la voie dopaminergique mésolimbique.

Tolérance et sevrage : La tolérance apparaît par suite d'une augmentation du métabolisme hépatique et de modifications des récepteurs cérébraux.

Les symptômes de sevrage en cas d'usage chronique peuvent être: tremblements, sudation, asthénie, agitation, céphalées, nausées, vomissements, convulsions, delirium tremens.

Usage prolongé : Altération de la fonction et de la structure cérébrales, en particulier du cortex préfrontal ; déficit cognitif ; diminution du volume cérébral.

➤ Substance : les cannabinoïdes

Mécanisme primaire d'action : Activent les récepteurs cannabinoïdes. Augmentent en outre l'activité dopaminergique de la voie mésolimbique.

Tolérance et sevrage : La tolérance vis-à-vis de la plupart des effets apparaît rapidement. Les symptômes de sevrage sont rares, peut-être en raison de la longueur de la demi-vie des cannabinoïdes.

Usage prolongé : L'exposition de longue durée au cannabis est susceptible d'entraîner un déficit cognitif durable. Il existe également un risque d'exacerbation des maladies mentales.

Source : OMS. *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance : Résumé* [Internet]. 2004. Disponible sur: www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_F.pdf

Annexe 2 : Critères d'usage nocif, d'abus et de dépendance à une substance psychoactive selon la Classification statistique internationale des maladies (CIM-10) et le DSM-IV. Critères d'addiction à une substance selon le DSM-V.

- Définition de l'usage nocif de la CIM-10

L'utilisation nocive pour la santé (CIM-10) correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé.

Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques.

Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives.

La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

- Critères de dépendance de la CIM-10

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).

Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

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

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;

6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives. La tolérance à la nicotine se manifeste par l'absence de nausées, d'étourdissements et d'autres symptômes caractéristiques, malgré l'utilisation de quantités substantielles de nicotine, ou par une diminution des effets, alors que l'utilisation se poursuit avec des doses inchangées de nicotine. L'arrêt de l'utilisation de la nicotine entraîne des signes de sevrage.

La CIM-10 propose une catégorie spécifique pour la dépendance au tabac, à partir de la définition précédente.

- Critères de dépendance au tabac de la CIM-10

La dépendance au tabac est classée sous la rubrique

« Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ».

Le diagnostic de dépendance au tabac peut être posé lors de la présence simultanée de trois (ou plus) des manifestations suivantes, pendant un mois continu :

1. forte envie / désir impérieux de consommer du tabac ;
2. perte de contrôle sur la consommation, tentatives infructueuses / souhait permanent de réduire/contrôler sa consommation tabagique ;
3. symptômes de manque physique lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation de tabac ;
4. développement d'une tolérance ;
5. abandon des centres d'intérêt ou de divertissements en faveur de la consommation de tabac ;
6. maintien de la consommation malgré les méfaits du tabagisme.

- Critères de sevrage à la nicotine selon la CIM-10

Pour poser le diagnostic de sevrage à la nicotine, la CIM-10 exige la présence d'au moins deux des signes suivants :

1. envie impérieuse de tabac (craving) ;
2. malaise / état de faiblesse ;
3. anxiété ;
4. humeur dysphorique ;
5. irritabilité / agitation ;
6. insomnie ;
7. augmentation de l'appétit ;
8. toux ;
9. ulcérations buccales ;
10. difficultés de concentration.

La CIM-10 consacre un chapitre aux troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho actives (chapitre V, F10-F19).

Source : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/corrige_annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf

CRITERES DE L'ABUS SELON DSM-IV (1991)

A. L'abus est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et caractérisé par la 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 (absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, exclusion temporaires ou définitives de l'école, négligence des tâches ménagères courantes).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'un véhicule) ;
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation de la substance (arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication chronique).

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

CRITERES DE LA DEPENDANCE SELON DSM-IV

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

1. Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
2. Comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
 - b. La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
3. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé
4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
5. Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;
7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents) ;
 Sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).

DSM-V

Trouble de l'usage des substances psychoactives
Utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une
dégradation ou à une détresse cliniquement significative

1. Incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
2. Usage dans des situations dans lesquelles celui-ci est physiquement dangereux.
3. Usage poursuivi malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents, causés ou aggravés par les effets de la substance.
4. Tolérance :
 - Besoin d'augmenter notablement les quantités de substance pour atteindre l'intoxication ou les effets désirés.
 - Effet diminué lors de l'usage continu.
5. Sevrage :
 - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
 - Substance consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
6. Substance prise en quantité plus importante et pendant une période plus longue que prévue.
7. Désir persistant, effets infructueux pour arrêter ou contrôler l'usage de la substance.
8. Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets.
9. Importantes activités sociales, professionnelles ou de loisir sont arrêtées ou réduites à cause de l'usage de la substance.
10. Usage de la substance poursuivi malgré l'existence de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents.
11. Existence d'un craving ou d'un désir fort ou d'une pulsion à consommer.

Modéré : 2-3 critères positifs

Sévère : 4 critères positifs ou plus

Sources :

<http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/287.pdf>

http://wwwold.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R613/A13730/Presentationpartie1.pdf

Annexe 3 : Estimation du nombre d'expérimentateurs et pourcentage des consommateurs de SPA en population générale française

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans (2011)

	Expérimentateurs	dont usagers dans l'année	dont réguliers	dont quotidiens
Alcool	44,4 M	41,2 M	8,8 M	5,0 M
Tabac	35,5 M	15,8 M	13,4 M	13,4 M
Cannabis	13,4 M	3,8 M	1,2 M	550 000
Cocaïne	1,5 M	400 000	//	//
Ecstasy	1,1 M	150 000	//	//
Héroïne	500 000	//	//	//

Note : Le nombre d'individus de 11-75 ans en 2010 est d'environ 49 millions.

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (service médical du rectorat de Toulouse)

Tableau 2 - Expérimentation de substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18 à 64 ans (en %)

	Ensemble	18-25 ans	26-44 ans	45-64 ans	Hommes	Femmes
Alcool	94,9	91,8	94,1	96,7	96,5	93,3
Tabac	78,3	76,3	79,6	77,9	82,7	74,2
Cannabis	32,8	47,3	44,2	16,7	40,5	25,4
Poppers	5,3	10,8	7,2	1,5	7,2	3,4
Cocaïne	3,8	6,0	5,4	1,5	5,5	2,2
Ch. hallucinogènes	3,2	4,9	4,6	1,2	4,9	1,6
Ecstasy	2,7	4,2	4,4	0,4	4,0	1,4
Colles et solvants	1,9	2,7	2,6	0,9	2,7	1,1
LSD	1,8	2,1	2,3	1,1	2,7	0,9
Amphétamines	1,7	2,1	2,1	1,3	2,2	1,3
Héroïne	1,2	1,4	1,8	0,7	1,9	0,6

Lecture : 94,9 % des 18-64 ans déclarent avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie

Source : Baromètre santé 2010, INPES, exploitation OFDT

Annexe 4 : Le questionnaire de notre étude

Estimer la prévalence de consommation de tabac, alcool et cannabis chez les médecins généralistes libéraux français.

1. Quel est votre sexe ? Homme Femme
2. Quel est votre âge ?ans
3. Dans quel département exercez-vous ?
4. Quel est votre secteur d'activité ?
 Urbain Semi rural Rural
5. Comment exercez-vous votre activité ?
 Seul(e) En groupe
6. Combien d'heures travaillez-vous par semaine ? heures/semaine
7. Êtes-vous fumeur/-euse de cigarettes ?
 Oui, quotidiennement
 Oui, occasionnellement ou de manière festive
 Non, je suis sevré (*allez directement question 9*)
 Non, jamais (*allez directement question 9*)
8. Si vous êtes fumeur/-euse, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
.....
9. Fumez-vous ou consommez-vous les produits suivants ? (*plusieurs réponses possibles*)
 Cigarillos Cigare Pipe Tabac à rouler
 Narguilé / chicha Cigarette électronique / vapoteuse
 Vous ne consommez aucun de ces produits.
10. Au cours des 12 derniers mois, quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool (vin, bière, alcool fort, cidre, champagne,) ?
 Jamais
 1 fois / mois ou moins souvent
 2 à 4 fois / mois
 1 fois / semaine
 2 ou 3 fois / semaine
 4 fois par semaine ou plus
 Quotidienne

Rappel sur les normes OMS : Un verre standard (8 à 10g d'alcool pur) équivaut à :

- un shot de 3cl d'alcool fort à 45° (vodka, whisky)
- un verre dosé à un volume de pastis à 45° (3 cL) pour 5 volumes d'eau
- un apéritif à 18° (7cl)
- un ballon de vin à 12° (10 cl) / d'une flûte de champagne à 12° (10 cl)
- un verre de bière « forte » à environ 8,5° (12,5 cl)
- un demi de bière à 5° (25 cl) / d'un demi de cidre à 5° (25 cl)

11. Au cours des 12 derniers mois, quelle est votre consommation d'alcool hebdomadaire ?verre(s) standard(s) / semaine

12. Combien de verre(s) standard(s) buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 0
- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- 7 à 9
- 10 ou plus

13. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres standards ou plus en une même occasion ?

- Jamais
- Moins d'une fois / mois
- 1 fois / mois
- 1 fois / semaine
- Tous les jours ou presque

14. Etes-vous consommateur /-trice de cannabis ?

- Oui, au cours des 30 derniers jours
- Oui, au cours des 12 derniers mois (*passez à la question 16*)
- J'ai testé comme beaucoup de personnes mais je n'ai pas retenté l'expérience (*passez à la question 16*)
- Non, je suis sevré (*passez à la question 16*)
- Non, jamais (*le questionnaire est terminé*)

15. Au cours des trente derniers jours, combien de fois avez-vous consommé du cannabis ?fois

16. Si vous êtes consommateur /-trice ou ancien consommateur /-trice, quelle forme d'utilisation avez-vous déjà expérimentée ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Joint
- Douille / bang
- Ingrédient alimentaire
- Autres formes

Annexe 5 : Attestation de la thèse

Cher Confrère, Chère Conscœur,

Melle CESZYNSKI Claire, interne de Médecine Générale à la Faculté de médecine H.WAREMBOURG de Lille réalise un questionnaire dans le cadre de sa thèse sous ma direction.

L'objectif principal de son travail est d'estimer les consommations de tabac, alcool et cannabis chez les médecins généralistes libéraux et secondairement de comparer ces résultats à ceux de la population générale.

Par ce travail, elle souhaite savoir si les médecins sont moins, tout autant ou plus à risque d'être dépendant à une ou plusieurs substance(s) psycho-active(s). Elle cherchera également à mettre en évidence des facteurs de risque tels que le nombre d'heures hebdomadaire travaillées, le secteur d'activité, et le mode d'exercice.

Vous avez été tiré au sort par la Maison de la recherche clinique de Lille qui a réalisé la randomisation pour cette étude.

Vous êtes donc au centre de ce projet!

Il s'agit d'un questionnaire anonyme, qui demande moins de 5 minutes de votre attention (questionnaire chronométré).

Je vous remercie par avance pour votre engagement et votre aide à l'élaboration de ce travail.

Veuillez cliquer sur le lien affiché dans le mail afin d'être redirigé vers le questionnaire.


Dr VERRIEST Olivier

Faculté de médecine

Melle CESZYNSKI Claire

06.32.44.88.49.

claire.ceszynski@hotmail.fr



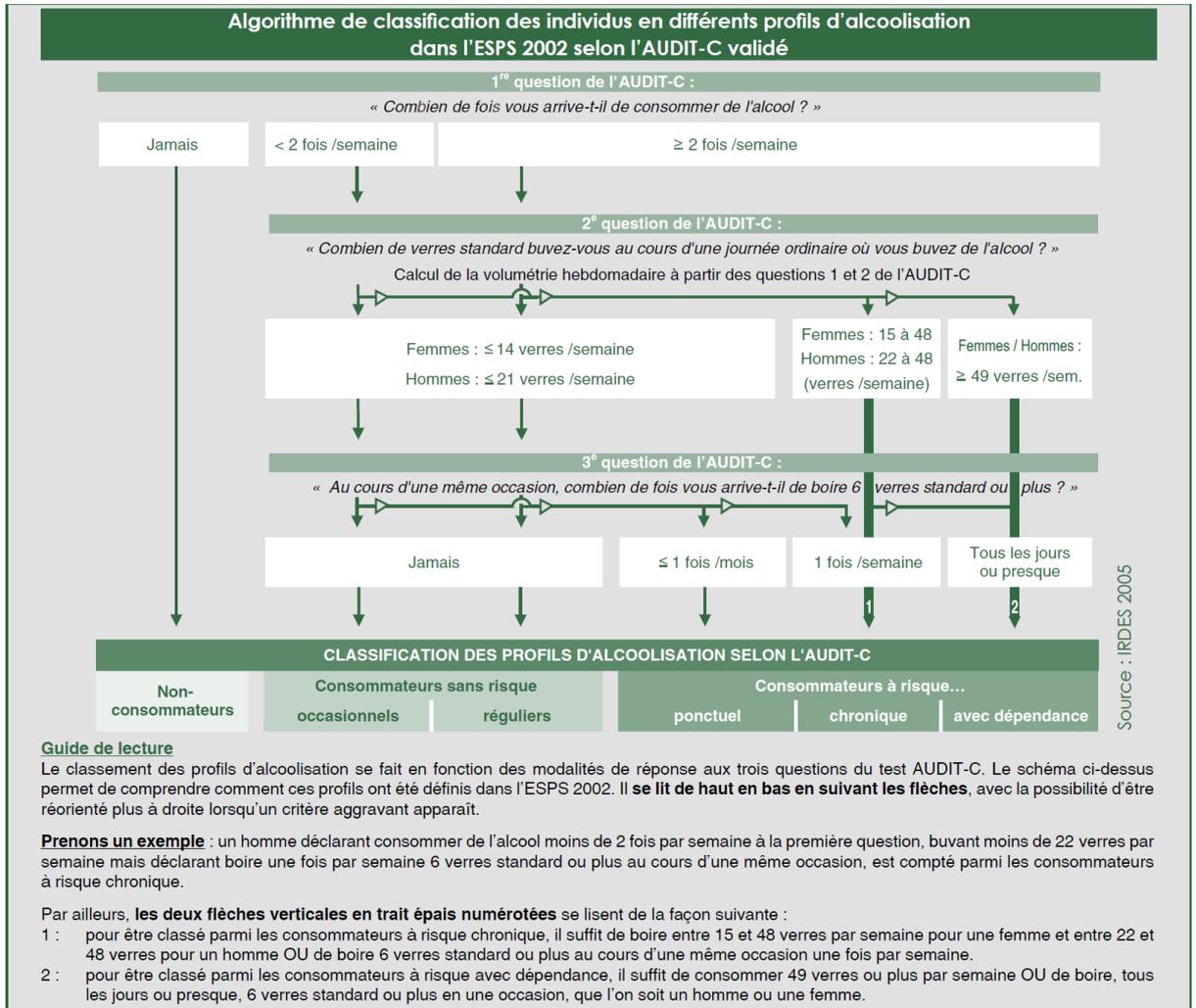
PS : si vous souhaitez recevoir par mail le résumé des résultats de la thèse par mail, n'hésitez pas à en informer Melle CESZYNSKI pour qu'elle puisse vous le transmettre après sa soutenance.

Annexe 6 : Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) et AUDIT-C

Questions	Score				
	0	1	2	3	4
1- Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool?	Jamais	1 fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois/semaine	4 fois/semaine ou plus
2- Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique ou vous buvez?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3- Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
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	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
5- Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-telle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
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	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
7- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
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	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour ou presque
9- Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu?	Non		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois
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		Oui, mais pas dans les 12 derniers mois		Oui, au cours des 12 derniers mois

En gras, les questions retenues par l'AUDIT-C

Annexe 7 : Algorithme de classification des individus en profils d'alcoolisation selon l'AUDIT-C



Annexe 8 : Recommandations OMS de la consommation d'alcool

Les experts de l'Organisation Mondiale de la Santé ont défini des repères qui permettent de distinguer une consommation à faible risque d'une consommation à risque plus élevé. Bien évidemment, plus on dépasse ces repères, plus le risque est important.



Ainsi, on peut donner les recommandations suivantes :

Pour les consommations régulières

- pas plus de 2 verres standard (ou unités d'alcool) par jour en moyenne pour les femmes, soit 14 verres standard par semaine
- pas plus de 3 verres standard (ou unités d'alcool) par jour en moyenne pour les hommes, soit 21 verres standard par semaine

Pour les consommations occasionnelles

- pas plus de 4 verres standard (ou unités d'alcool) en une seule occasion

Au moins un jour par semaine sans alcool

Ces recommandations ne sont pas des niveaux de consommation à atteindre mais des maxima à ne pas dépasser. Il faut savoir que pour les cancers, le risque augmente dès 1 verre par jour.

Par ailleurs, il est fortement recommandé de ne pas boire du tout d'alcool dans les situations suivantes :

- pendant toute la durée de la grossesse et de l'allaitement,
- pendant l'enfance, l'adolescence et toute la période de croissance,
- quand on conduit un véhicule ou une machine,
- quand on exerce une activité qui nécessite de la vigilance,
- quand on prend certains médicaments (voir la notice),
- dans certaines maladies aiguës ou chroniques (hépatite, pancréatite, épilepsie, etc.)

Annexe 9 : Attestation de déclaration CIL – Université Lille 2



Université Lille 2
Droit et Santé



Composante ou service concerné : Faculté de Médecine Département de Médecine Générale	
Interlocuteur(s) : Directeur du Département de Médecine Générale	
Type de déclaration :	normale
N° de déclaration	
Traitement n°2014-28	Enquête de prévalence
Date de mise en œuvre :	01/01/14
Finalité principale	La thèse de Madame Claire Ceszynski sous la direction du Docteur Verriest vise à mesurer la consommation de substances psycho-actives chez les médecins généralistes libéraux français.
Détail des finalités du traitement	<ul style="list-style-type: none"> – détermination d'un échantillon de 400 médecins généralistes libéraux répartis sur toute la France, – constitution du fichier de médecins nécessaire à la réalisation de l'enquête, – sollicitation des médecins et recueil du consentement – élaboration d'un formulaire d'enquête anonyme
Service chargé de la mise en œuvre	Département de Médecine Générale
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Le droit d'accès ne peut s'opérer que sur les coordonnées des médecins sélectionnés pour cette étude et pendant la durée de l'étude. Les données à caractère personnel seront détruites à l'issue de la soutenance de la thèse. Les demandes doivent se faire directement auprès de Mme Claire Ceszynski.
Catégories de personnes concernées par le traitement	Échantillon de 400 médecins généralistes libéraux français

	Catégories de données traitées	Détails des données traitées
Données traitées	Données nominatives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nom, prénom ▪ sexe, age ▪ spécialité ▪ adresse ▪ téléphone
	Données techniques	Accepte (ou pas) de répondre à l'enquête A répondu à l'enquête
Catégories de destinataires	Catégories de destinataires	Données concernées
	Département de Médecine Générale Directeur de Thèse Mme Claire Ceszynski	Toutes
Sécurité confidentialité	Le fichier enquête est anonyme, le fichier des médecins sera détruit après la soutenance de la thèse prévue en octobre 2014.	
Documents annexes	Questionnaire de la thèse	

Annexe 10 : Tableau statistique de répartition des MG interrogés selon le sexe.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Féminin	74	34	[28.17-41.23]
Masculin	141	66	[58.7-71.83]
Total valides	215	100	-

Annexe 11 : Tableau statistique sur l'âge des MG interrogés (en années).

	Valeur
Effectif	215
Moyenne	52.874
Écart type	8.983
IC 95%	[51.667 ; 54.082]
Minimum	28
Quartile 1	48
Médiane	55
Quartile 3	59.5
Maximum	70
Manquante	0

Annexe 12 : Tableau de répartition des MG interrogés selon la région d'exercice.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Alsace	8	4	[1.74-7.47]
Aquitaine	17	8	[4.81-12.57]
Auvergne	4	2	[0.51-4.69]
Basse-Normandie	4	2	[0.51-4.69]
Bourgogne	5	2	[0.86-5.64]
Bretagne	15	7	[4.1-11.47]
Centre	9	4	[2.06-8.06]
Champagne-Ardenne	5	2	[0.86-5.64]
Corse	1	0	[0.01-2.56]
Franche-Comté	5	2	[0.86-5.64]
Haute-Normandie	6	3	[1.14-6.26]
Languedoc-Roussillon	7	3	[1.43-6.87]
Limousin	1	0	[0.01-2.56]
Lorraine	8	4	[1.74-7.47]
Midi-Pyrénées	9	4	[2.06-8.06]
Nord-Pas-de Calais	15	7	[4.1-11.47]
PACA	24	11	[7.43-16.34]
Paris Ile-de-France	29	13	[9.36-18.96]
Pays de Loire	11	5	[2.71-9.22]
Picardie	6	3	[1.14-6.26]
Poitou-Charentes	8	4	[1.74-7.47]
Rhône-Alpes	18	8	[5.18-13.12]
Total valides	215	100	-

Annexe 13 : Tableau de répartition des MG interrogés selon le secteur d'activité.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Rural	37	17	[12.55-23.07]
Semi rural	59	27	[21.7-34.01]
Urbain	119	55	[48.44-62.07]
Total valides	215	100	-

Annexe 14 : Tableau de répartition selon le mode d'exercice.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Seul	89	41	[34.8-48.31]
En groupe	126	59	[51.69-65.2]
Total valides	215	100	-

Annexe 15 : Tableau statistique sur le temps de travail (en heures par semaine) des MG interrogés.

	Valeur
Effectif	215
Moyenne	53.298
Écart type	13.222
IC 95%	[51.52 ; 55.075]
Minimum	24
Quartile 1	45
Médiane	50
Quartile 3	60
Maximum	120
Manquante	0

Annexe 16 : Tableau statistique sur la fréquence de consommation de cigarettes chez les MG interrogés.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non, jamais	114	53	[46.13-59.81]
Non, je suis sevré	65	30	[24.27-36.92]
Oui, occasionnellement ou de manière festive	18	8	[5.18-13.12]
Oui, quotidiennement	18	8	[5.18-13.12]
Total valides	215	100	-

Annexe 17 : Tableaux statistiques sur le nombre de cigarettes fumées par semaine chez les MG fumeurs quotidiens.

	Valeur
Effectif	18
Moyenne	9.611
Écart type	7.18
IC 95%	[6.041 ; 13.18]
Minimum	1
Quartile 1	3
Médiane	10
Quartile 3	15
Maximum	20
Manquante	197

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
1	2	11	[1.38-34.71]
2	2	11	[1.38-34.71]
3	2	11	[1.38-34.71]
5	1	6	[0.14-27.29]
6	1	6	[0.14-27.29]
10	4	22	[6.41-47.64]
15	2	11	[1.38-34.71]
20	4	22	[6.41-47.64]
Total valides	18	100	-
Manquante	197	-	-

Annexe 18 : Tableau statistique sur l'existence d'une consommation de produit nicotinique autre que la cigarette chez les MG interrogés

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	20	9	[5.92-14.2]
Oui	195	91	[85.8-94.08]
Total valides	215	100	-

Annexe 19 : Tableau statistique sur la consommation d'autres produits contenant de la nicotine chez les MG interrogés

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
consommation de cigare	10	5	[2.38-8.64]	215	0
consommation de cigarillos	5	2	[0.86-5.64]	215	0
consommation de pipe	3	1	[0.29-4.02]	215	0
consommation de tabac à rouler	2	1	[0.11-3.32]	215	0
consommation vapoteuse/cig. électronique	3	1	[0.29-4.02]	215	0
consommation de narguilé/chicha	0	0	[0-1.7]	215	0

Annexe 20 : Tableau statistique sur la fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois chez les MG interrogés

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
jamais	11	5	[2.71-9.22]
une fois par mois ou moins souvent	25	12	[7.81-16.87]
2 à 4 fois par mois	41	19	[14.17-25.1]
1 fois par semaine	45	21	[15.82-27.1]
2 ou 3 fois par semaine	41	19	[14.17-25.1]
4 fois par semaine ou plus	24	11	[7.43-16.34]
quotidienne	28	13	[8.97-18.44]
Total. valides	215	100	-

Annexe 21 : Tableau statistique sur le nombre de verre(s) standard(s) consommé(s) par semaine chez les MG interrogés

	Valeur
Effectif	213
Moyenne	4.825
Écart type	5.529
IC 95%	[4.078 ; 5.572]
Minimum	0
Quartile 1	1
Médiane	3
Quartile 3	6
Maximum	30
Manquante	2

Annexe 22: Tableau statistique sur le nombre de verre(s) standard(s) consommé(s) lors d'une journée ordinaire chez les MG interrogés

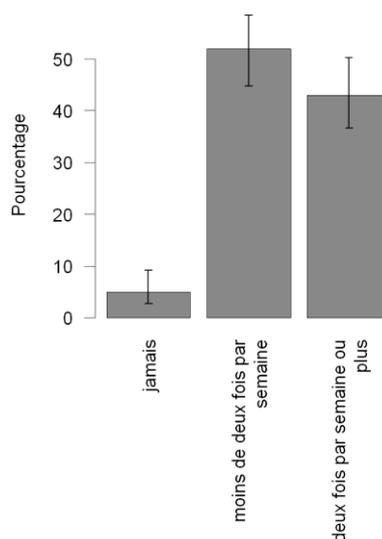
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0 verre standard	33	15	[10.94-21.03]
1 ou 2 verre(s) standard(s)	144	67	[60.2-73.13]
3 ou 4 verres standards	36	17	[12.15-22.56]
5 ou 6 verres standards	1	0	[0.01-2.56]
7 à 9 verres standards	1	0	[0.01-2.56]
10 verres standards ou plus	0	0	[0-1.7]
Total.valides	215	100	0

Annexe 23 : Tableau statistique sur la fréquence d'alcoolisation ponctuelle importante (API) chez les MG interrogés

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
jamais	129	60	[53.1-66.54]
moins d'une fois par mois	55	26	[20-32.05]
1 fois par mois	25	12	[7.81-16.87]
1 fois par semaine	6	3	[1.14-6.26]
tous les jours ou presque	0	0	[0-1.7]
Total.valides	215	100	-

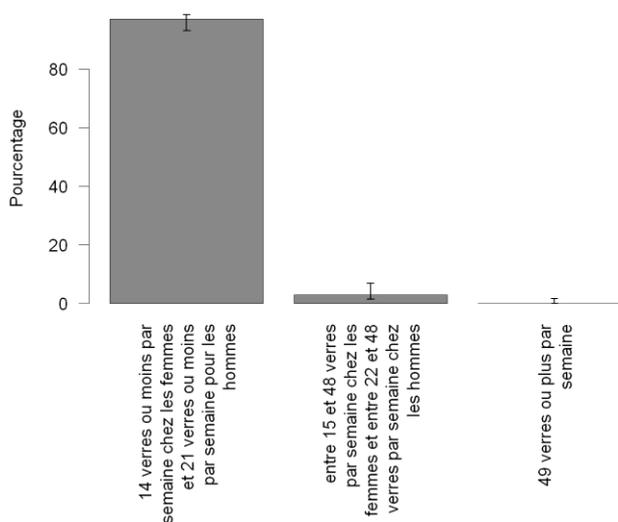
Annexe 24 : Tableau statistique et diagramme de la consommation d'alcool chez les MG interrogés (utilisé pour l'algorithme de classification)

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
jamais	11	5	[2.71-9.22]
moins de deux fois par semaine	111	52	[44.75-58.45]
deux fois par semaine ou plus	93	43	[36.58-50.17]
Total.valides	215	100	-



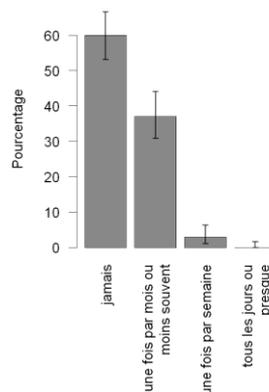
Annexe 25 : Tableau statistique et diagramme de la volumétrie d'alcool hebdomadaire consommée chez les MG interrogés (utilisé pour l'algorithme de classification)

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
14 verres ou moins par semaine chez les femmes et 21 verres ou moins par semaine pour les hommes	208	97	[93.13-98.57]
entre 15 et 48 verres par semaine chez les femmes et entre 22 et 48 verres par semaine chez les hommes	7	3	[1.43-6.87]
49 verres ou plus par semaine	0	0	[0-1.7]
Total.valides	215	100	-



Annexe 26 : Tableau statistique et diagramme de répartition des MG interrogés sur leur fréquence de consommation de 6 VS ou plus au cours de l'année (utilisé pour l'algorithme de classification)

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
jamais	129	60	[53.1-66.54]
une fois par mois ou moins souvent	80	37	[30.81-44.08]
une fois par semaine	6	3	[1.14-6.26]
tous les jours ou presque	0	0	[0-1.7]
Total.valides	215	100	-



Annexe 27 : Tableaux statistiques du profil et de la classe d'alcoolisation des MG interrogés.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Profil 1	11	5	[2.71-9.22]
Profil 2	79	37	[30.37-43.61]
Profil 3	38	18	[12.95-23.58]
Profil 4	80	37	[30.81-44.08]
Profil 5	7	3	[1.43-6.87]
Profil 6	0	0	[0-1.7]
Total.valides	215	100	-

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Classe 1	11	5	[2.71-9.22]
Classe 2	117	54	[47.51-61.17]
Classe 3	87	40	[33.9-47.37]
Classe 4	0	0	[0-1.7]
Total.valides	215	100	-

Annexe 28 : Tableau statistique sur la fréquence de consommation de cannabis chez les MG interrogés

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non, jamais	160	74	[67.95-80]
Non, je suis sevré	2	1	[0.11-3.32]
J'ai testé comme beaucoup de personne mais je n'ai pas retenté l'expérience	48	22	[17.06-28.6]
Oui, au cours des 12 derniers mois	1	0	[0.01-2.56]
Oui, au cours des 30 derniers jours	4	2	[0.51-4.69]
Total. valides	215	100	-

Annexe 29 : Tableaux statistiques sur la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours chez les MG interrogés

	Valeur
Effectif	4
Moyenne	2.5
Écart type	0.577
IC 95%	[1.581 ; 3.419]
Minimum	2
Quartile 1	2
Médiane	2.5
Quartile 3	3
Maximum	3
Manquante	211

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
2	2	50	[6.76-93.24]
3	2	50	[6.76-93.24]
Total.valides	4	100	-
Manquantes	211	-	-

Annexe 30 : Tableau statistique sur le mode de consommation du cannabis chez les MG interrogés

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Joint	52	100	[93.15-100]	52	163
Alimentaire	1	2	[0.05-10.26]	52	163
Douille / bang	0	0	[0-6.85]	52	163
Autre forme	0	0	[0-6.85]	52	163

Annexe 31 : Tableau statistique de l'usage quotidien d'alcool chez les MG interrogés (utilisé pour comparer aux pourcentages en population générale)

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	187	87	[81.56-91.03]
Oui	28	13	[8.97-18.44]
Total.valides	215	100	-

Annexe 32 : Tableau statistique des API mensuelles chez les MG interrogés (utilisé pour comparer aux pourcentages en population générale)

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	184	86	[80-89.85]
Oui	31	14	[10.15-20]
Total.valides	215	100	-

Annexe 33 : Tableau statistique des API hebdomadaires chez les MG interrogés (utilisé pour comparer aux pourcentages en population générale)

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	209	97	[93.74-98.86]
Oui	6	3	[1.14-6.26]
Total.valides	215	100	-

Annexe 34 : Tableau statistique de la consommation d'alcool à risque chronique ou avec dépendance chez les MG interrogés (utilisé pour comparer aux pourcentages en population générale)

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Non	208	97	[93.13-98.57]
Oui	7	3	[1.43-6.87]
Total.valides	215	100	-

Annexe 35 : Tableau statistique de comparaison des données obtenues chez les MG interrogés et celles de la population générale.

	Pourcentages théoriques (pop générale) 30-70 ans	Effectifs échantillon	Pourcentages échantillon 28-70 ans	Test de comparaison des effectifs de l'échantillon aux pourcentages théoriques de la population générale
Effectifs	19 236		215,00	
Tabac				
Fumeurs (quotidiens ou occasionnels)	32,2	36	16,7%	p = 1,23.10⁽⁻⁶⁾
Non-fumeurs	67,8	179	83,3%	
Quotidien	28,3	18	8,4%	p = 8,77.10⁽⁻¹¹⁾
Pas quotidien (non-fumeurs + occasionnels)	71,7	197	91,6%	
Quotidien de 10 cigarettes/jour ou +	8,1	Effectifs insuffisants		
Ancien fumeur quotidien	26,3	Pas d'information		
<i>Parmi les fumeurs (n=6 021)</i>				
Fumeur de tabac à rouler	22,8	Effectifs insuffisants		
Fumeur de cigarette	85,1	Déjà fait		
Fumeur de cigarillos	8,3	Effectifs insuffisants		
Fumeur de cigares	6,6	Effectifs insuffisants		
Fumeur de pipe	1,7	Effectifs insuffisants		
Fumeur de chicha	2,2	Effectifs insuffisants		
Alcool				
Usage quotidien	12,4	28	13,0%	p = 0,7816
	87,6	187	87,0%	
API mensuelle	15,9	31	14,0%	p = 0,5525
	84,1	184	86,0%	
API hebdomadaire	3,6	6	3,0%	p = 0,5241
	96,4	209	97,0%	
AUDIT-C : risque chronique ou de dépendance	8,2	7	3,0%	p = 0,008234
	91,8	208	97,0%	
Cannabis (30-64 ans ; n=17 281)				
Aucune conso	66,3	160	74,4%	p = 0.015
Expérimentation	27,5	50	23,3%	
Dans l'année	4,1	1	0,5%	
Dans le mois	2,1	4	1,9%	

Annexe 36 : Sélection de commentaires libres des MG interrogés par téléphone ou courriel.

Commentaires téléphoniques :

Mr N : « J'avoue ne pas être loin du burn-out. A l'heure actuelle, je tiens grâce à ma femme. Si elle n'était pas là, je ne sais pas où je serai à l'heure actuelle....Je dors 2-3 heures par nuit...je suis usé... »

Mr J : « Oh oui, j'ai consommé du cannabis une fois il y a 20-25 ans, quand j'avais votre âge »

Mr V : « Non, désolé, je n'ai jamais essayé le cannabis, il faudrait que je demande à mon fils... »

Mr B : « Je ne suis pas de patients en addictologie... je ne consomme rien, vous pouvez mettre non à tout et cela ne regarde personne. Au revoir »

Mr A : « Je prends mon verre détente mais cela peut facilement devenir une habitude et j'augmentais mes consommations donc j'avoue avoir calmé mes consommations »

Mr R : « Depuis 2-3 ans, j'ai beaucoup de difficulté à trouver un remplaçant, je suis fatigué. Donc effectivement, le verre du soir fait plaisir... »

Mr B : « Qu'est ce qui me prouve votre identité par téléphone... votre sujet est du domaine de la vie privée tout de même. Envoyez-le-moi par courrier avec une attestation certifiant votre travail et peut être j'y répondrai »

Mr X : « je trouve votre étude très intéressante, pour une fois que cela concerne les médecins et pas nos patients, votre sujet risque de ne pas plaire à certains »

Mme C : « il est vrai que si j'ai eu une grosse journée ou si elle a été difficile sur le plan moral j'ai tendance à boire un verre ou un apéritif en rentrant à la maison. »

Mr M : « depuis 15 ans, j'ai totalement arrêté les bitures »

Mme H : « votre sujet est très intéressant »

Mr C : « Vous pouvez mettre non à tout. Vous perdez votre temps. Ce sujet ne concerne pas les médecins. Vous feriez mieux de faire un travail lourd, une étude de cas, quelque chose d'intéressant plutôt que ce sujet. Moi mon travail de thèse a été publié dans une revue de rhumatologie, j'en étais fier. » Mr C a refusé de répondre à l'enquête.

Mme S : « je ne consomme rien car j'ai un problème cardiaque depuis l'âge de 8 ans. »

Mme I : « j'ai été accro au STILNOX®, mais je me suis rendue compte de ma dépendance et j'ai réussi à arrêter. Vous auriez demandé les consommations de

médicaments, ça aurait été jackpot. Beaucoup des amis confrères/consoeurs tiennent grâce à un psychotrope/anxiolytique »

Mr B : « Ah, avant ce week-end je vous aurai dit que je n'ai jamais essayé le cannabis mais nous sommes allés avec des amis à Amsterdam donc, oui, j'ai consommé deux fois au cours de ces trente derniers jours »

Commentaires reçus par courriel :

Mme G : « Questionnaire envoyé. Bon courage. Cordialement »

Mr T : « Bon courage et bonne thèse. N'hésitez pas à m'en envoyer une copie. Confraternellement »

Mr P : « Bonsoir, comme convenu j'ai répondu à votre questionnaire. En espérant qu'il a été bien transmis. Bon courage. Bien confraternellement »

Mr C : « Bonsoir, répondu à votre questionnaire ce soir, serais intéressé par vos conclusions. Bon courage. Cordialement »

Mr J : « Merci de bien vouloir m'adresser par mail les résultats de votre thèse, le questionnaire a éveillé ma curiosité! Bien confraternellement. »

Mr E : « Je suis très (agréablement) surpris d'avoir été randomisé pour votre étude ; quelqu'un aurait-il vendu la mèche ? Je suis curieux de connaître les résultats de votre étude, pourriez-vous me les faire parvenir ? Meilleurs vœux de réussite pour la suite de votre cursus. Confraternellement »

Annexe 37 : Tableau récapitulatif stratifié des données des questionnaires reçus

Variables	Modalités	téléphone n=141	courrier n=21	internet n=53	NA
RÉPONSE QUESTIONNAIRE					Valeurs manquantes = 0
	téléphone	100% (n=141)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	courrier	0% (n=0)	100% (n=21)	0% (n=0)	
	internet	0% (n=0)	0% (n=0)	100% (n=53)	
SEXE		66% (n=93)	71% (n=15)	62% (n=33)	Valeurs manquantes = 0
ÂGE		52.84 +/- 9.2	53.05 +/- 7.8	52.89 +/- 8.99	Valeurs manquantes = 0
RÉGION					Valeurs manquantes = 0
	alsace	4% (n=6)	0% (n=0)	4% (n=2)	
	aquitaine	8% (n=11)	14% (n=3)	6% (n=3)	
	auvergne	2% (n=3)	0% (n=0)	2% (n=1)	
	basse normandie	3% (n=4)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	bourgogne	3% (n=4)	5% (n=1)	0% (n=0)	
	bretagne	6% (n=9)	5% (n=1)	9% (n=5)	
	centre	4% (n=5)	5% (n=1)	6% (n=3)	
	champagne ardennes	4% (n=5)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	corse	1% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	franche comte	1% (n=2)	5% (n=1)	4% (n=2)	
	haute normandie	2% (n=3)	10% (n=2)	2% (n=1)	
	languedoc roussillon	1% (n=2)	0% (n=0)	9% (n=5)	
	limousin	1% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
	lorraine	4% (n=5)	0% (n=0)	6% (n=3)	
	midi pyrenees	6% (n=8)	0% (n=0)	2% (n=1)	
	nord pas de calais	9% (n=12)	10% (n=2)	2% (n=1)	
	paca	15% (n=21)	0% (n=0)	6% (n=3)	
	paris region parisienne	11% (n=16)	19% (n=4)	17% (n=9)	
	pays de loire	4% (n=5)	14% (n=3)	6% (n=3)	
	picardie	3% (n=4)	0% (n=0)	4% (n=2)	
	poitou charentes	3% (n=4)	5% (n=1)	6% (n=3)	
	rhone alpes	7% (n=10)	10% (n=2)	11% (n=6)	

SECTEUR D'ACTIVITÉ				Valeurs manquantes = 0
	rural	15% (n=21)	14% (n=3)	25% (n=13)
	semi rural	28% (n=39)	24% (n=5)	28% (n=15)
	urbain	57% (n=81)	62% (n=13)	47% (n=25)
ACTIVITÉ				Valeurs manquantes = 0
	Seul	42% (n=59)	38% (n=8)	42% (n=22)
	En groupe	58% (n=82)	62% (n=13)	58% (n=31)
NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES		54.53 +/- 13.94	50.57 +/- 10.61	51.09 +/- 11.88
CONSOMMATEUR DE CIGARETTES				Valeurs manquantes = 0
	Non, jamais	47% (n=66)	71% (n=15)	62% (n=33)
	Non, je suis sevré	34% (n=48)	29% (n=6)	21% (n=11)
	Oui, occasionnellement ou de manière festive	11% (n=15)	0% (n=0)	6% (n=3)
	Oui, quotidiennement	9% (n=12)	0% (n=0)	11% (n=6)
NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES		8.5 +/- 6.88	NaN +/- NA	11.83 +/- 7.88
TYPE DE PRODUITS CONSOMMÉS				
	consommation de cigarillos	4% (n=5)	0% (n=0)	0% (n=0)
	consommation de cigare	6% (n=8)	0% (n=0)	4% (n=2)
	consommation de pipe	1% (n=1)	5% (n=1)	2% (n=1)
	consommation de tabac à rouler	1% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)
	consommation de narguilé/chicha	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
	consommation de vapoteuse/cigarette électronique	2% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)
AUCUNE CONSOMMATION		89% (n=126)	90% (n=19)	94% (n=50)
FRÉQUENCE DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL				Valeurs manquantes = 0
	jamais	6% (n=9)	0% (n=0)	4% (n=2)
	une fois par mois ou moins souvent	13% (n=18)	10% (n=2)	9% (n=5)
	2 à 4 fois par mois	16% (n=23)	10% (n=2)	30% (n=16)
	1 fois par semaine	21% (n=29)	19% (n=4)	23% (n=12)
	2 ou 3 fois par semaine	26% (n=36)	24% (n=5)	0% (n=0)
	4 fois par semaine ou plus	9% (n=13)	5% (n=1)	19% (n=10)
	quotidienne	9% (n=13)	33% (n=7)	15% (n=8)
NOMBRE DE VERRES STANDARDS CONSOMMÉS		4.6 +/- 5.32	7.42 +/- 8.63	4.43 +/- 4.35

NOMBRE DE VERRES STANDARDS CONSOMMÉS				Valeurs manquantes = 0
0 verre standard	14% (n=20)	14% (n=3)	19% (n=10)	
1 ou 2 verre(s) standard(s)	69% (n=97)	71% (n=15)	60% (n=32)	
3 ou 4 verres standards	16% (n=23)	10% (n=2)	21% (n=11)	
5 ou 6 verres standards	0% (n=0)	5% (n=1)	0% (n=0)	
7 à 9 verres standards	1% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
10 ou plus verres standards	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	
NOMBRE D'API (6 VERRES STANDARDS CONSOMMES)				Valeurs manquantes = 0
jamais	57% (n=81)	57% (n=12)	68% (n=36)	
moins d'une fois par mois	26% (n=36)	24% (n=5)	26% (n=14)	
1 fois par mois	15% (n=21)	10% (n=2)	4% (n=2)	
1 fois par semaine	2% (n=3)	10% (n=2)	2% (n=1)	
tous les jours ou presque	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	
CONSOMMATEUR DE CANNABIS				Valeurs manquantes = 0
Non, jamais	68% (n=96)	95% (n=20)	83% (n=44)	
Non, je suis sevré	1% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)	
J'ai testé comme beaucoup de personnes mais je n'ai pas retenté l'expérience	28% (n=39)	5% (n=1)	15% (n=8)	
Oui, au cours des 12 derniers mois	1% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)	
Oui, au cours des 30 derniers jours	2% (n=3)	0% (n=0)	2% (n=1)	
CONSOMMATION LE DERNIER MOIS				Valeurs manquantes = 211
	2.67 +/- 0.58	NaN +/- NA	2 +/- NA	
FORME D'UTILISATION DU CANNABIS				
forme d'utilisation joint	100% (n=45)	100% (n=1)	100% (n=6)	Valeurs manquantes = 163
forme d'utilisation douille	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 163
forme d'utilisation alimentaire	0% (n=0)	0% (n=0)	17% (n=1)	Valeurs manquantes = 163
forme d'utilisation autre	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	Valeurs manquantes = 163
RÉPONSE À LA QUESTION 1 DE L'AUDIT C				Valeurs manquantes = 0
jamais	6% (n=9)	0% (n=0)	4% (n=2)	
moins de deux fois par semaine	50% (n=70)	38% (n=8)	62% (n=33)	
deux fois par semaine ou plus	44% (n=62)	62% (n=13)	34% (n=18)	
RÉPONSE À LA QUESTION 2 DE L'AUDIT C				Valeurs manquantes = 0
14 verres ou moins par semaine chez les femmes et 21 verres ou moins par semaine pour les hommes	98% (n=138)	90% (n=19)	96% (n=51)	
entre 15 et 48 verres par semaine chez les femmes et entre 22 et 48 verres par semaine chez les hommes	2% (n=3)	10% (n=2)	4% (n=2)	
49 verres ou plus par semaine	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	

RÉPONSE À LA QUESTION 3 DE L'AUDIT C				Valeurs manquantes = 0
jamais	57% (n=81)	57% (n=12)	68% (n=36)	
une fois par mois ou moins souvent	40% (n=57)	33% (n=7)	30% (n=16)	
une fois par semaine	2% (n=3)	10% (n=2)	2% (n=1)	
tous les jours ou presque	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	
CLASSE ALCOOLISATION				Valeurs manquantes = 0
classe 1	6% (n=9)	0% (n=0)	4% (n=2)	
classe 2	51% (n=72)	57% (n=12)	62% (n=33)	
classe 3	43% (n=60)	43% (n=9)	34% (n=18)	
classe 4	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	
PROFIL ALCOOLISATION				Valeurs manquantes = 0
profil 1	6% (n=9)	0% (n=0)	4% (n=2)	
profil 2	34% (n=48)	33% (n=7)	45% (n=24)	
profil 3	17% (n=24)	24% (n=5)	17% (n=9)	
profil 4	40% (n=57)	33% (n=7)	30% (n=16)	
profil 5	2% (n=3)	10% (n=2)	4% (n=2)	
profil 6	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)	
USAGE QUOTIDIEN				Valeurs manquantes = 0
	9% (n=13)	33% (n=7)	15% (n=8)	
API MENS				Valeurs manquantes = 0
	17% (n=24)	19% (n=4)	6% (n=3)	
API HEBDO				Valeurs manquantes = 0
	2% (n=3)	10% (n=2)	2% (n=1)	
AUDIT C				Valeurs manquantes = 0
	2% (n=3)	10% (n=2)	4% (n=2)	

AUTEUR : Nom : CESZYNSKI

Prénom : CLAIRE

Date de Soutenance : 10 Octobre 2014

Titre de la Thèse : Les consommations de substances psychoactives chez les médecins généralistes libéraux français.

Étude de prévalence et comparaison aux données de la population générale.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Addiction, tabac, alcool, cannabis

Résumé :

Contexte Le médecin généraliste (MG) est a priori conscient des risques encourus lors d'une consommation ponctuelle, régulière ou abusive d'une substance psychoactive (SPA). Notre objectif est de déterminer la prévalence en 2014 des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis chez les MG libéraux en France métropolitaine et de comparer nos résultats à ceux de la population générale.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, observationnelle, comparative, transversale. Un questionnaire a été réalisé du 20 janvier au 6 avril 2014 auprès de 400 MG libéraux français randomisés. Le questionnaire était effectué en priorité par téléphone mais pouvait être envoyé par courrier ou par courriel.

Résultats : Parmi les 215 MG interrogés, 66% sont des hommes. L'âge moyen est de 53 ans. 53% des MG n'ont jamais fumé, 30% sont sevrés. En comparaison à la population générale, 16,7% des MG sont fumeurs *versus* 32,2% ($p = 1,23 \times 10^{-6}$) et 8,4% des MG fument quotidiennement *versus* 28,3% ($p = 8,77 \times 10^{-11}$). Pour l'alcool, 13% consomment quotidiennement tandis que 5% sont abstinentes. 12% des MG déclarent une alcoolisation ponctuelle importante mensuelle et 3% de manière hebdomadaire. Il n'existe pas de différence significative entre les MG interrogés et la population générale dans l'usage quotidien d'alcool ($p = 0,78$), ni dans l'alcoolisation ponctuelle importante mensuelle ou hebdomadaire. Selon l'AUDIT-C, 3% des MG sont à risque chronique ou d'alcoolisme dépendance *versus* 8,2% dans la population générale ($p = 0,008$). Concernant le cannabis, 74,4% des MG n'ont jamais consommé de cannabis *versus* 66,3% dans la population générale ($p = 0,015$). Une différence significative existe également entre les MG et la population générale pour l'expérimentation du cannabis (23,3% *versus* 27,5%, $p = 0,015$), l'usage actuel (0,5% *versus* 4,1%, $p = 0,015$) et l'usage récent (1,9% *versus* 2,1%, $p = 0,015$).

Conclusion : L'alcool est la SPA la plus consommée dans la population générale comme pour les MG interrogés. Dépister, prévenir et prendre en charge l'usage à risque des SPA chez les MG est indispensable puisque les problématiques qui en découlent sont nombreuses. L'Ordre National des Médecins a d'ores et déjà débuté un travail de réflexion sur ce sujet.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

**Assesseurs : Madame le Professeur FANTONI – QUINTON Sophie
Monsieur le Docteur MESSAADI Nasir**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur VERRIEST Olivier