



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Déterminer les éléments qui permettent aux internes en fin de
SASPAS d'acquérir les compétences nécessaires à
l'accompagnement des patient(e)s ayant une problématique avec
l'alcool**

Présentée et soutenue publiquement le 11 Octobre 2022 à 16h
au Pôle Formation
par Thomas MONIEZ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseur :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur José DELANNOY

Avertissement

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

Table des matières

Liste des abréviations	6
Résumé	7
INTRODUCTION	8
PREMIERE PARTIE : L'ALCOOL	8
I) Epidémiologie.....	8
1) Consommation d'alcool en France.....	8
2) Consommation d'alcool dans les Hauts-de-France	9
3) Impact en santé publique de la consommation d'alcool	9
II) Définition.....	10
1) L'abstinence ou le non usage	10
2) Usage simple	10
3) Le mésusage	10
4) Evaluation de la consommation d'alcool	12
5) Norme OMS.....	12
III) Les risques de l'alcool.....	13
1) Conséquences à court terme	13
a) Conséquences somatiques.....	13
b) Accident de la voie publique	13
c) Risques psychosociaux	14
2) Les conséquences à moyen et long terme	14
a) Les cancers	14
b) Maladies cardiovasculaires	15
c) Atteintes de système digestif	15
d) Atteintes neurologiques.....	15
e) Autres (12).....	16
3) Syndrome de sevrage en alcool (12,19)	16
IV) Repérage précoce et intervention brève en Médecine générale (RPIB).....	18
V) Prise en charge d'un sevrage en alcool	19
1) En ambulatoire	19
a) Contre-indications	20
b) Modalités (19,24,25)	20
VI) Traitements du maintien de l'abstinence/ Réduction de consommation	22
VII) Structures d'accueil des patients alcoolo dépendants.....	23

1) CSAPA (27).....	23
2) Centre hospitaliers	24
3) Rôles des Médecins généralistes.....	25
DEUXIEME PARTIE : évaluation par compétences des internes en médecine générale durant le SASPAS.....	26
I) Compétences.....	26
1) Définition.....	26
2) Historique de la naissance des compétences (30)	26
3) Les six compétences génériques (31).....	27
a) Education prévention, santé individuelle et communautaire :.....	27
b) Premier recours, urgences :	28
c) Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient :	28
d) Compétence relation, communication, approche centrée patient	29
e) Approche globale, prise en compte de la complexité.....	30
f) Compétence professionnalisme.....	31
II) Le SASPAS	32
1) Définition.....	32
2) La supervision indirecte.....	33
3) Impact du SASPAS pour l'interne et le Maitre de stage universitaire.....	33
4) Les niveaux de compétences attendus en fin de SASPAS	34
TROISIEME PARTIE : Le niveau de compétences nécessaire à la prise en charge d'un patient présentant une problématique avec l'alcool	35
Rationnel de l'étude	36
Matériel et méthode	37
Type d'étude :.....	37
Critères d'inclusions	37
Données collectées :.....	38
Critère du jugement principal :	39
Critères de jugement secondaires :.....	40
Statistiques :	43
RESULTATS.....	44
Caractéristiques de la population	44
Formation théorique	44
Formation spécifique.....	44
Connaissances théoriques.....	45
Données sur les MSU.....	45

Autoévaluation des compétences par les internes.....	47
Comparaison entre les groupes	50
DISCUSSION	52
CONCLUSION	56
ANNEXES.....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	65

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de mise sur le marché
CIM 10	Classification internationale des maladies, 10 ^{ème} révision
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DES	Diplôme d'étude spécialisé
DMG	Département de médecine générale
DS	Dérivation standard
DU	Diplôme universitaire
EBM	Evidence based medicine
FST	Formation spécialisée transversale
IC	Intervalle de confiance
MG	Médecine générale
MSU	Maitre de stage universitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
RSCA	Récit de Situation Complexe Authentique
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

Résumé

Contexte : La consommation d'alcool est une problématique majeure en France et surtout dans les Hauts-De-France. En 2009 l'alcool était la 2^{ème} cause de mortalité évitable après le tabac et serait également responsable de 49000 décès par an. La prise en charge des patients qui présentent une problématique avec l'alcool nécessite des compétences particulières en addictologie.

Méthode : Nous avons mené une étude descriptive transversale, monocentrique, réalisée auprès des internes de médecine générale de l'université de Lille en fin de 5^{ème} semestre terminant leur SASPAS, basée sur un questionnaire d'auto évaluation des compétences. A partir de la note obtenue à l'évaluation des compétences, nous avons créé 2 groupes d'internes. Nous avons comparé ces deux groupes pour voir si le score de compétences était influencé par : la formation théorique durant l'internat, la formation spécifique en addictologie, la note de l'évaluation du savoir et la formation par le MSU durant le SASPAS.

Résultats : Sur les 26 internes ayant répondu au questionnaire 88,5%(n=23/26) des internes avaient une note de compétences supérieure à la moyenne. Le groupe 1 était composé de 23 internes dont le score de compétences était supérieur à la moyenne et le groupe 2 composé de 3 internes dont le score était inférieur à la moyenne.

Nous n'avons pas montré de différence significative entre les 2 groupes pour la formation théorique durant l'internat, la formation spécifique, et la note de l'évaluation du savoir. Nous avons mis en évidence une différence significative entre les deux groupes pour le critère « rôle du MSU ».

Conclusion : Notre étude a mis en évidence que le principal déterminant permettant l'acquisition des compétences dans la prise en charge par les internes des patients ayant une problématique avec l'alcool, semble être la formation pratique par le MSU durant le stage de SASPAS. Nous n'avons pas mis en évidence de rôle significatif de la formation théorique, des connaissances théoriques et la réalisation d'un stage en addictologie possiblement par un manque de puissance. Ces résultats confirment la réelle valeur ajoutée du stage en SASPAS qui est un pilier dans la formation des internes en médecine générale.

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : L'ALCOOL

I) Epidémiologie

Dans notre pays, la consommation d'alcool diminue régulièrement depuis plusieurs décennies mais l'alcool reste l'une des trois premières causes de mortalité évitable (1,2) . En 2009 l'alcool était la 2^{ème} cause de mortalité évitable après le tabac, et serait également responsable de 49000 décès par an. (3)

1) Consommation d'alcool en France

Depuis 1961, la consommation d'alcool est passée de 26.0 litres d'alcool pur en moyenne annuelle par habitant âgé de plus de 15 ans et plus à 11.7 litres en 2017. (1)

En 2017, 86.5% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois et 40 % 1 fois par semaine soit 8.7 millions d'usagers réguliers et 10 % de consommateur quotidien soit 4.6 millions pour les usages quotidiens. (4)

2) Consommation d'alcool dans les Hauts-de-France

En 2017, dans les Hauts-de-France, 11,5 % des adultes de 18 à 75 ans consommaient quotidiennement de l'alcool (prévalence significativement plus élevée que la moyenne des autres régions métropolitaines) et 15 % consommaient 6 verres ou plus en une seule occasion au moins une fois par mois (comparable à la prévalence moyenne de France métropolitaine). (5)

Les taux d'incidence et de mortalité des cancers associés à l'alcool (lèvres-bouche-pharynx, œsophage et larynx) étaient plus élevés chez les hommes et supérieurs à la moyenne nationale. (5)

Le taux de mortalité cumulé, associé aux principales pathologies liées à la consommation d'alcool (cancers des voies aéro-digestives supérieures, cirrhose du foie, psychose alcoolique et addiction à l'alcool) était de 22,5 pour 100 000 habitants chez les femmes et de 77,0 pour 100 000 habitants chez les hommes. Ces taux étaient supérieurs à ceux des autres régions. (5)

3) Impact en santé publique de la consommation d'alcool

La consommation d'alcool serait responsable en 2012 de 580 000 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (6,7). Le coût social de l'alcool est estimé à 120 milliards d'euros par an. (8)

Une étude récente a montré qu'en 2015, près de 28 000 nouveaux cas de cancer étaient attribuables à la consommation d'alcool en France, soit 8 % des nouveaux cas, toutes localisations confondues. L'alcool est ainsi le second facteur de risque évitable de cancers après le tabac. (9)

II) Définition

1) L'abstinence ou le non usage

C'est l'absence de consommation de toute boisson alcoolisée.

2) Usage simple

Il correspond à une consommation simple, à faible risque individuel ; il peut être occasionnel, intermittent ou continu. (10)

3) Le mésusage

Il comprend les 3 catégories suivantes :

- L'usage à risque : consommation supérieure aux seuils de dangerosité définis par l'OMS, il ne présente pas encore de conséquences, mais est susceptible d'aller vers un usage nocif. Il s'agit d'une consommation régulière supérieure à 2 verres par jour (10,11)
- L'usage nocif : c'est l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool (10,11)
- L'usage avec dépendance : c'est la perte de la maîtrise de la consommation. Elle peut s'accompagner de dépendance physique qui est l'apparition d'un syndrome de sevrage éthylique dont l'expression est variable au moment de la suspension de la consommation d'alcool. (10,11)

Le diagnostic de certitude de dépendance se fait lorsqu'au moins trois des manifestations suivantes sont présentes en même temps au cours de la dernière année (selon la CIM 10) (12) :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive (craving)
- Difficultés à contrôler l'usage de la substance
- Syndrome de sevrage physiologique lorsque le sujet diminue ou arrête la consommation
- Tolérance : c'est-à-dire devoir augmenter la consommation du produit pour obtenir les mêmes effets,
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'usage de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

4) Evaluation de la consommation d'alcool

Un verre-standard est défini par une quantité d'alcool pur de 10 grammes correspondant approximativement à 10 cl de vin, à 25 cl de bière à 5 % vol, ou à 2.5 cl d'alcool à 40 % vol. (10)



5) Norme OMS

Avant 2017 les recommandations étaient de 3 verres par jour pour les hommes et 2 verres par jour pour les femmes, et maximum 4 par occasion. (11)

En 2017, le travail d'expertise scientifique mené par Santé publique France et l'Institut National du Cancer a permis d'élaborer de nouveaux repères de consommation à moindre risque : si l'on consomme de l'alcool, c'est maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour, et des jours dans la semaine sans consommation. (13)

Ces repères permettent désormais aux Français de faire le choix éclairé d'une consommation à moindre risque pour leur santé, sachant que les risques existent dès le premier verre. (13)

III) Les risques de l'alcool

1) Conséquences à court terme

a) Conséquences somatiques

Les conséquences à court terme dépendent de l'alcoolémie.

A dose faible, l'alcool donne une sensation de détente, d'euphorie, de désinhibition voire d'excitation, avec une diminution des réflexes, et une réduction du champ visuel.

(14)

A dose plus forte, une sensation d'ivresse s'installe, mauvaise coordination des mouvements (syndrome cérébelleux), dysarthrie, diminution de la vigilance, hypothermie et amnésie. (14)

A très forte dose, le consommateur s'expose au risque de coma éthylique caractérisé par un coma calme, avec hypotension artérielle, hypotonie, hypothermie, mydriase bilatérale, symétrique, peu réactive et sans signes de localisation. (14)

b) Accident de la voie publique

L'alcool est responsable de 30 % de la mortalité routière, le risque d'être responsable d'un accident mortel est multiplié par 17.8. (15)

De plus les accidents impliquant de l'alcool sont les plus graves, le nombre de personnes tuées pour 100 blessés hospitalisés est de 23 pour les accidents avec alcool contre 10 pour les accidents sans alcool. (15)

c) Risques psychosociaux

Auto agressivité, hétéro agressivité, et notamment violence conjugale, rapports sexuels non protégés et/ou non désirés. (14)

2) Les conséquences à moyen et long terme

Même en cas de faible consommation d'alcool, sans alcoolo dépendance, l'alcool a une influence sur le développement de nombreuses pathologies.

a) Les cancers

L'alcool fait partie du groupe 1 de la liste des éléments cancérigènes, c'est un cancérigène avéré (16). Comme dit précédemment, 8% des cancers sont attribuables à l'alcool (11% des cancers chez les hommes et 4.5% chez les femmes) soit 28000 cancers sur les 352000 nouveaux cancers atteignant les adultes de plus de 30 ans annuellement. (16)

Sept localisations de cancers ont un lien avéré avec la consommation d'alcool.

Sur les 28000 nouveaux cas de cancer annuellement, 8 081 concerne le cancer du sein qui est le plus fréquent des cancers attribuables à l'alcool, suivi du cancer colorectal (6 654 cas), de la cavité buccale et du pharynx (5 675 cas), du foie (4 355 cas) de l'œsophage (1 807 cas) et du larynx (1 284 cas). (9,17)

b) Maladies cardiovasculaires

La consommation régulière d'alcool augmente la pression artérielle. Une étude a montré une réduction significative de l'hypertension artérielle chez les consommateurs de plus de 3 unités d'alcool par jour, lors de l'arrêt de la consommation d'alcool. (18)

L'alcool favorise également les risques d'accidents vasculaires cérébraux, et le risque de fibrillation atriale. (14)

c) Atteintes de système digestif

La consommation d'alcool est également responsable d'atteintes hépatiques (Hépatite alcoolique aigüe, stéatose hépatique, cirrhose), d'atteintes au niveau du pancréas (Pancréatite aigüe, pancréatite chronique calcifiante), de reflux gastro œsophagien et d'œsophagite. (12)

d) Atteintes neurologiques

La consommation chronique d'alcool peut être responsable de troubles cognitifs sévères tel que le syndrome de Korsakoff qui s'exprime par : fabulation, anosognosie, amnésie antérograde, désorientation spatio-temporelle, fausse reconnaissance. Il fait suite à une encéphalopathie de Gayet Wernicke non traitée. (12)

L'alcool est également responsable de crises convulsives lors du sevrage, de polyneuropathies sensitivomotrices et des encéphalopathies carentielles et métaboliques (Encéphalopathie de Gayet Wernicke, Syndrome de démyélinisation osmotique). (12)

e) Autres (12)

Rhumatologiques : Nécrose de la tête fémorale, ostéoporose

Hématologiques : Macrocytose, anémie, thrombopénie, leucopénie

Métaboliques : Hypoglycémie, dénutrition, hypertriglycémie, hyper uricémie et goutte, troubles ioniques (hypokaliémie hyponatrémie,)

Dermatologiques : Aggravation d'un psoriasis,

Psychiatriques : Episode dépressif caractérisé, troubles anxieux secondaires, aggravation de troubles psychiatriques préexistants, conduites suicidaires, troubles du comportement, conduites à risque

Obstétricales : Syndrome d'alcoolisation fœtale et autres troubles

Génitales : Dysfonctions sexuelles.

3) Syndrome de sevrage en alcool (12,19)

Les signes de sevrage apparaissent chez certains patients dépendants lorsque l'alcoolémie décroît ou est nulle. Au moins un tiers des patients dépendants n'ont aucun symptôme de sevrage lors d'un arrêt de consommation.

Les premiers symptômes apparaissent dans les heures qui suivent l'arrêt de la consommation, souvent le matin au réveil chez les sujets avec forte dépendance. Les signes sont au maximum dans les 72 premières heures et peuvent se voir jusqu'au 7-10^{ème} jour après l'arrêt de l'alcool.

Les signes évocateurs sont : des tremblements, des sueurs profuses, de l'anxiété et des vomissements.

Les autres signes sont : insomnie, cauchemars, irritabilité, agitation, tachycardie, hypertension artérielle, nausées, anorexie et diarrhées.

Ces signes disparaissent avec la prise de quelques verres d'alcool ou la prise de benzodiazépines.

Ces symptômes peuvent mener, en l'absence de prévention ou de traitement adapté, à des crises convulsives ou un délirium tremens avec un risque de mortalité non négligeable.

Le delirium tremens est un état de confusion agitée et délirante :

- Syndrome confusionnel
- Agitation
- Tremblements majeurs
- Propos incohérents avec un délire onirique et un vécu délirant intense
- Des hallucinations pluri sensorielles, surtout visuelles avec de manière caractéristique des zoopsies, ou un vécu de scène d'agression
- Sueurs profuses, modification de la tension, tachycardie

IV) Repérage précoce et intervention brève en **Médecine générale (RPIB)**

Le RPIB développé par l'OMS consiste à identifier des consommations à risque.

Il s'agit d'une action de prévention secondaire qui vise à repérer les consommateurs à risque, de façon précoce, au moins une fois par an, chez tous les patients puis amener le consommateur d'alcool qui est dans le mésusage à réduire sa consommation. (20)

L'intervention brève est dispensée individuellement, en un temps court de 5 à 20 minutes. Après l'évaluation de la consommation et son éventuel retentissement, plusieurs éléments sont transmis à la personne dans le cadre de l'intervention brève, notamment : les résultats de l'évaluation, la définition d'un verre standard, les repères de consommation, une information sur les risques liés à la consommation, les avantages à diminuer la consommation d'alcool et fixer des objectifs avec le patient en lui donnant le libre choix. (20)

Il faut présenter au patient des méthodes de réduction de consommation s'il le souhaite, ainsi que l'orienter vers les structures spécialisées si besoin. Il est également important de proposer une réévaluation lors d'un autre entretien. (20)

Selon plusieurs études le RPIB semble être efficace et être un déclencheur de réduction de consommation chez certains patients. (21,22)

V) Prise en charge d'un sevrage en alcool

La recommandation de bonne pratique de la Société française d'alcoologie publiée en 2015, indique que « les objectifs principaux de la prise en charge du mésusage de l'alcool sont d'éviter l'évolution vers des complications et de réduire les dommages consécutifs à ce comportement, diminuant ainsi la mortalité due à ces troubles, leur importante morbidité, qu'elle soit somatique, psychologique ou sociale et d'améliorer la qualité de vie des patients ». (10,23)

Le sevrage en alcool peut être réalisé en ambulatoire ainsi qu'en hospitalisation, le choix se fera en fonction des antécédents du patient, les contre-indications qu'il présente à un sevrage en ambulatoire. (19)

Tout syndrome d'alcool dépendance justifie un sevrage, il doit être réalisé sans urgence, à condition que le patient s'implique dans un projet dont le sevrage n'est que la première étape. (19)

Les contre-indications au sevrage immédiat sont l'absence totale de demande et de motivation du patient, les situations de crise (affective sociale et professionnelle), et l'absence projet thérapeutique et social. (19)

1) En ambulatoire

Le sevrage en ambulatoire doit respecter les contre-indications, celui-ci à l'avantage de permettre au patient de poursuivre son activité professionnelle si nécessaire ainsi que le maintien des relations familiales et sociales. (19)

Il est souvent mieux accepté que l'hospitalisation.

a) Contre-indications

Les contre-indications doivent être recherchées pour permettre une prise en charge optimale du patient.

La présence de dépendance aux benzodiazépines, de poly toxicomanies ou encore des antécédents d'échec de sevrage ambulatoire, une hospitalisation est nécessaire.

(19)

Si le patient présente des antécédents de crises convulsives, de délirium tremens, des pathologies somatiques graves (insuffisance hépato cellulaire, insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque), une grossesse en cours ou qu'il présente un syndrome dépressif grave, le sevrage devrait se faire en hospitalisation. (19)

De même, s'il est isolé sur le plan familial, ou que son entourage n'adhère pas au projet de soins il serait préférable de réaliser le sevrage en hospitalisation. (19)

b) Modalités (19,24,25)

En ambulatoire, le sevrage se fait sans urgence, lorsque la période semble idéale pour le patient ainsi que pour le médecin.

L'éducation du patient est primordiale, afin qu'il soit informé des signes de manque, des risques, ainsi que les effets des médicaments.

Les apports hydriques doivent être suffisants (2litres par jour) mais sans hyperhydratation qui peut être nocive.

Les benzodiazépines sont aujourd'hui le traitement médicamenteux de première intention du syndrome de sevrage alcoolique. Les benzodiazépines réduisent l'incidence, la sévérité et les complications du syndrome de sevrage.

La voie orale doit être privilégiée. Deux schémas types de prescription sont possibles :

- La prescription de doses fixes réparties sur 24 heures : en général de 2 à 4 comprimés de diazépam 10 par jour pendant 2 à 3 jours, puis une réduction en 4 à 7 jours et arrêt.
- Il est possible de prescrire, 6 comprimés de diazépam 10 mg le premier jour en diminuant d'un comprimé par jour jusqu'à l'arrêt.

Le traitement doit être adapté à la symptomatologie et à la tolérance clinique. Le score de Cushman permet d'évaluer les signes de manque et d'adapter la posologie des benzodiazépines. (26)

SCORE DE GRAVITE:ECHELLE DE CUSHMAN

SCORE	0	1	2	3
FREQUENCE CARDIAQUE	<80	80-100	100-120	>120
TA	<135	136-145	146-155	>156
TREMBLEMENTS	AUCUN	MAINS	MEMBRES SUPERIEURS	GENERALISES
SUEURS	AUCUNES	PAUMES	PAUMES ET FRONT	GENERALISEES
AGITATION	AUCUNE	DISCRETE	GENERALISEES ET INCONTROLABLES	HALLUCINATIONS
Total				

Cushman < 5 : Valium = 0

Cushman entre 5 et 7 : Valium toutes les 4 heures

Cushman > 7 : Valium toutes les 3 heures

VI) Traitements du maintien de l'abstinence/

Réduction de consommation

Dans le maintien d'abstinence en alcool, 3 médicaments ont l'AMM : (25)

- L'ACAMPROSATE (Aotal) 333mg, 3 à 6 comprimés par jour, pour une durée de 1 an. Il réduit le risque de consommer de l'alcool et augmente la durée cumulée d'abstinence
- Le NALTREXONE (Revia) 50mg. 1 à 2 comprimés par jour, pour une durée de 3 à 6 mois. Le naltrexone ne diminue pas le risque de récurrence de dépendance, mais limite le nombre de jours de consommation massive.
- DISULFIRAME (Esperal). Aujourd'hui le disulfirame n'est plus utilisé en raison de la crainte d'effets secondaires graves (risque de décès).

Dans la réduction de consommation :(25)

- NALMEFENE (Selincro) 18mg : 1 comprimé chaque jour, 2 h avant la consommation habituelle d'alcool. Prescription pour 6 mois. L'effet recherché est la réduction des craving chez les patients souhaitant une gestion des consommations.

Dans la réduction et l'abstinence en alcool : (25)

- BACLOFENE : 5 mg, 3 fois par jour jusqu'à 80mg par jour, avec une augmentation progressive des doses.

VII) Structures d'accueil des patients alcoolodépendants

1) CSAPA (27)

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent, pour les personnes ayant, une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage
- La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives
- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.

Ils peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substance.

Les centres assurent des soins ambulatoires, et peuvent également gérer des services de soins résidentiels dans un cadre individuel ou collectif tels les réseaux d'appartements thérapeutiques, les centres thérapeutiques résidentiels, les réseaux de famille d'accueil.

Les CSAPA accueillent gratuitement voire anonymement toute personne qui souhaite être aidée. L'accueil est basé sur le volontariat des personnes. Une orientation suite à une mesure judiciaire (injonction de soins par exemple) est néanmoins possible. Les CSAPA permettent de faire le lien avec les centres de cure afin de réaliser des sevrages ambulatoires ou en hospitalisation. (27)

Les CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) accueillent toute personne en difficulté avec un usage de substances illicites qui ne sont pas encore dans le soin. (12)

Les CJC (consultations jeunes consommateurs) personnes mineures ou jeunes majeures présentant des difficultés en lien avec un comportement avec ou sans substance. (12)

Les groupes d'entraide : associations de patients, ils valorisent le soutien mutuel et facilitent le lien social, dont le principal objectif est de lutter contre l'isolement. (12)

2) Centre hospitaliers

Au niveau des centres hospitaliers nous avons plusieurs intervenants :(12)

- Consultations d'addictologie
- Equipes hospitalières de liaison et de soins en addicto (ELSA)
- Les structures d'hospitalisation des ELSA, des lits de sevrages simples parfois lits sevrages compliqués
- Les soins de suite et de réadaptation addictologique (SSRA) post hospitalisation, ont pour objectif de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

3) Rôles des Médecins généralistes

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le repérage et la prise en charge du mésusage (10). Il a un rôle de coordination des soins autour du patient, et est aussi le référent de leur entourage. (10)

Le médecin généraliste est défini comme pivot de la prise en charge, sa place se situe aussi bien dans le repérage, le sevrage que dans le maintien de l'abstinence. Ils doivent être formés au repérage précoce et à l'accompagnement des patients présentant une problématique à l'alcool. (10)

Cette mission est donnée aux médecins généralistes car ce sont eux qui voient les patients le plus souvent. (28)

DEUXIEME PARTIE : évaluation par compétences des internes en médecine générale durant le SASPAS

I) Compétences

1) Définition

Une compétence est un « savoir agir » complexe modulable, adaptable (non figé), pour aborder une situation clinique ou professionnelle authentique et complexe. Elle est le résultat de la combinaison (savoir mobiliser, savoir combiner et savoir transposer) de différents types de ressources internes et externes (savoirs, savoirs faire, qualités personnelles, ressources de l'environnement) en vue de résoudre une situation problème. (29)

2) Historique de la naissance des compétences (30)

Le concept d'apprentissage par compétences est apparu aux Etats-Unis dans les années 1960.

Depuis 1974 les médecins généralistes ont réfléchi sur le contenu de leur spécialité et les compétences requises pour exercer leur métier. Le programme du 3e cycle des études médicales en médecine générale est centré sur la notion de compétence, à la suite d'un rapport d'évaluation de 1997 qui encourage une formation centrée sur les compétences professionnelles.

Cette notion de compétence a été mise en place lors de la création du DES de MG en 2004. Les départements de médecine générale (DMG) ont progressivement intégré la méthode d'apprentissage par compétences dans leurs enseignements.

Le référentiel métier et compétences des médecins généralistes a été publié en 2009 sous la direction du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Cela a abouti à la dénomination et à la description des six compétences génériques transversales de médecine générale et de leurs composantes.

3) Les six compétences génériques (31)

a) Education prévention, santé individuelle et communautaire :

Capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention :

- Actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies et à réduire les séquelles d'une maladie
- Posture qui place le patient en position de sujet et s'engageant dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences
- Déterminant le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour le patient et pour soi-même, en tenant compte des possibilités de chacun.

b) Premier recours, urgences :

Capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient : son âge, son sexe ou toute autre caractéristique, en organisant une accessibilité optimale :

- Gérant les situations les plus fréquentes aux différents stades d'évolution (aigues ou chroniques)
- Intervenant si nécessaire dans le contexte d'urgence réelle ou ressentie ou dans les situations médicales non programmées
- Hiérarchisant et gérant simultanément des demandes, des plaintes et des pathologies multiples, aigues ou chroniques chez le même patient
- Exécutant avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents dans le contexte du premier recours.

c) Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient :

Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement :

- Etant le référent du patient dans l'espace et la durée
- Utilisant judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient
- Prenant en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement
- Collaborant avec les différents acteurs médico sociaux dans l'intérêt du patient

- Mettant en place et entretenant une relation médecin patient évolutive mutualisée, en redéfinition continue
- Organisant son activité en fonction de ses objectifs

d) Compétence relation, communication, approche centrée patient

Capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients :

- Menant des entretiens avec tout type de patients et leur entourage, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication
- Construisant et maintenant à travers ces contacts une relation avec le patient et/ou son entourage, en étant attentif à rester dans le cadre professionnel et en se questionnant sur ses propres capacités et limites relationnelles
- Respectant les différentes législations et code déontologique concernant les droits du malade et les devoirs du médecin
- Communiquant avec les autres professionnels de santé et médico-sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci, en utilisant le média le plus judicieux en fonction du problème dans son contexte
- Communiquant avec les institutionnels dans l'intérêt du patient.

e) Approche globale, prise en compte de la complexité

Capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de Médecine Générale :

- Adoptant des postures différentes en fonction des situations : soins, accompagnement, soutien, éducation, prévention, réparation, ...
- Identifiant, évaluant, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs (bio-psycho-social et culturel, pour les prendre en compte dans la décision
- Élaborant un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient. C'est à dire intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel à l'analyse de la situation
- Négociant une décision adaptée à la situation et partagée avec le patient
- Évaluant les décisions et leurs conséquences, à court, moyen et long terme
- Tentant de cogérer avec le patient des plaintes et des pathologies aiguës et chroniques de manière hiérarchisée.

f) Compétence professionnalisme

Capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient :

- Agissant avec altruisme, et sans discrimination
- Favorisant l'accès équitable aux soins pour tous
- Assumant ses responsabilités et en explicitant ses décisions en informant honnêtement les patients, y compris de ses conflits d'intérêts
- Respectant la personne humaine en tenant compte en premier lieu du mieux-être du patient et en favorisant son libre choix, son autonomie et une réflexion éthique
- Fondant ses choix sur l'intérêt du patient mais aussi sur la gestion pertinente des ressources de soins
- Garantissant la confidentialité des échanges avec les patients
- Améliorant ses compétences professionnelles par l'identification de ses besoins de formation et intégrant ses acquis à sa pratique
- Contribuant et participant à la formation des professionnels de santé
- Collaborant avec les autres professionnels de soins dans le respect de leurs compétences
- Gérant son temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle
- Gérant son outil de travail

II) Le SASPAS

1) Définition

En 2003, le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisé (SASPAS), 2e stage de 6 mois en médecine générale, est institué de manière facultative dans le 3e cycle. Le SASPAS est devenu obligatoire pour les internes de médecine générale depuis la réforme du 3e cycle de novembre 2017. (32,33)

En SASPAS, le principal outil pédagogique est la supervision indirecte, entretien au cours duquel le maître de stage fournit une rétroaction à l'interne à propos des situations cliniques rencontrées. Cela consiste à guider l'étudiant dans l'autoévaluation de sa performance, l'aider à analyser les déterminants et les conséquences de ses décisions et à comprendre comment il peut améliorer ses futures prises en charge. (32)

La circulaire DGS-DES du 26 avril 2004 fixe le cadre du SASPAS : l'interne doit recevoir en consultation entre 6 et 12 patients par demie journée et une séance de supervision indirecte avec le maître de stage universitaire (MSU) doit être organisée de façon régulière. (34)

Les études réalisées sur le SASPAS, pour la plupart issues de travaux de thèse, montraient un bilan globalement positif concernant la perception de développement des compétences professionnelles au cours du stage et la satisfaction des internes. (35)

2) La supervision indirecte

D'après le guide du CNGE, la supervision indirecte est menée au moyen d'entretiens pédagogiques réguliers (la fréquence exacte n'est pas définie) où sont revus les dossiers des patients que l'interne a pris en charge. Afin d'éviter la perte d'informations, la supervision doit être la plus rapprochée possible des consultations réalisées : si possible le soir, au plus tard dans les 48h, et idéalement quotidienne. Le temps consacré par le MSU et l'interne peut aussi dépendre du nombre de patients vus, du niveau de difficulté rencontré. La charte des MSU éditée par le CNGE en 2012 stipule que la supervision indirecte doit être régulièrement effectuée et couvrir tous les actes réalisés par l'interne. (32)

3) Impact du SASPAS pour l'interne et le Maitre de stage universitaire

La maîtrise de SASPAS semble épanouir les MSU dans leur pratique quotidienne. La charge de travail répartie différemment favorisait la diversification des activités médicales, l'enseignement, la détente et le perfectionnement professionnel. (36)

Le stage chez le praticien est un moment capital dans le DES car c'est au cours de ce stage que les internes perçoivent réellement l'intérêt des Récits de Situation Complexe Authentique (RSCA), du tutorat pédagogique, et la cohérence du système pédagogique mis en place pour l'acquisition de leurs compétences professionnelles et leur évaluation.(36)

Les rétroactions encouragent la réflexivité des internes, elles permettent de valider leur décision quand elles sont pertinentes ou dans le cas contraire de leur apporter des

pistes d'amélioration. Les rétroactions favorisent l'acquisition des compétences et augmentent le sentiment d'efficacité personnelle de l'interne.(37)

Il a été montré une association significative entre la progression du niveau de compétence perçu et la présence d'une supervision.(36)

4) Les niveaux de compétences attendus en fin de SASPAS

Les internes sont évalués à la fin du SASPAS avec une grille d'autoévaluation basée sur les 6 domaines de compétences. Ils doivent indiquer pour chaque compétence si elle est acquise, en cours d'acquisition ou non acquise. (38)

A la fin du SASPAS, ils doivent avoir acquis la majorité des compétences.

TROISIEME PARTIE : Le niveau de compétences

nécessaire à la prise en charge d'un patient présentant une

problématique avec l'alcool

En reprenant la grille d'autoévaluation par compétences des internes en fin de SASPAS nous l'avons transposée au domaine alcool afin de faire ressortir les compétences nécessaires à l'accompagnement des patients présentant une problématique avec l'alcool. (39)

Le niveau de compétences suffisant pour prendre en charge un patient présentant une problématique avec l'alcool a été élaboré à partir des 6 domaines de compétences.

Repérage, éducation, prévention : L'interne en fin de SASPAS doit être capable de repérer les patients présentant une problématique avec l'alcool, et il doit également éduquer les patients sur l'alcool et ses risques. Lorsqu'il y a un mésusage il doit rechercher une dépendance à l'alcool.

Orientation et prise en charge : Il doit connaître les structures d'accueil tel que les CSAPA, connaître les différents intervenants de son secteur afin de se constituer un réseau de soins. Les thérapeutiques disponibles et leurs indications doivent être connues.

Gestion de l'urgence : Il doit également connaître les urgences, les rechercher, tel que le syndrome de sevrage, le risque suicidaire et orienter vers les bonnes structures si cela est nécessaire.

Relation centrée patient et Communication : Il doit s'intéresser au patient, son entourage, rechercher ce que le patient souhaite faire ou ne pas faire et instaurer une

relation de confiance avec le patient. Il doit se donner le temps dans la prise en charge, organiser le suivi, orienter le patient vers les bons professionnels si cela est nécessaire.

Le professionnalisme : Il doit faire preuve d'altruisme, être responsable de ses décisions, et chercher à améliorer ses compétences lorsque cela est nécessaire.

Rationnel de l'étude

La prise en charge d'un patient présentant une problématique avec l'alcool nécessite des compétences particulières que l'interne acquière tout au long de sa formation et plus particulièrement lors de son stage SASPAS.

De ce fait, nous avons décidé d'évaluer quels étaient les déterminants qui permettent aux internes d'acquérir ces compétences. Les déterminants que nous avons étudiés étaient : les connaissances théoriques, la formation théorique, une formation spécialisée en addictologie, et le rôle du MSU pendant le SASPAS.

Matériel et méthode

Type d'étude :

Notre étude a pour but d'évaluer les déterminants qui permettent aux internes d'acquérir les compétences nécessaires à l'accompagnement des patients présentant une problématique avec l'alcool.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, monocentrique.

Les internes ont été interrogé via un questionnaire en ligne créé sur Lime Survey. Le questionnaire était disponible d'Avril 2022 à fin Mai 2022 sur le groupe de discussion en ligne de la promotion 2019. (Annexe 1)

Le questionnaire a été déclaré et validé par la CNIL, référence registre DPO : 2022-138.

Critères d'inclusions :

Tous les internes en 5e semestre de la promotion 2019 en fin de SASPAS inscrit à l'université de Lille, ayant répondu au questionnaire entre Avril et fin Mai 2022 ont été inclus. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Données collectées :

Les informations collectées comportaient :

- Des informations sur l'interne et le maitre de stage: âge, sexe, lieu de SASPAS, mode d'exercice du maitre de stage
- Des informations sur les formations en addictologie reçues par l'interne
- Une évaluation des connaissances théoriques en addictologie : connaissance de l'intervention brève, de l'évaluation de la consommation d'alcool des patients, sur les unités standard d'alcool, sur les normes de consommation d'alcool à ne pas dépasser, sur les contre-indications au sevrage ambulatoire en alcool, sur les perturbations biologiques liées à l'alcool, sur les signes physiques du sevrage en alcool, sur les structures d'accueils en addictologies
- Une auto évaluation des compétences pratiques durant le SASPAS : sur le repérage, l'éducation, l'utilisation du réseau, l'orientation, la gestion des urgences, l'utilisation des thérapeutiques médicamenteuses, l'intérêt porté à l'environnement du patient, le respect des choix et préférences du patient, l'instauration d'une relation de confiance avec le patient, la gestion du temps, l'organisation du suivi, la responsabilité, et le professionnalisme
- Des informations sur le stage SASPAS et le maitre de stage : sur l'activité du MSU en addictologie, sur la formation de l'interne par le MSU, sur la qualité des rétroactions, et sur la fréquence des rétroactions.

Critère du jugement principal :

Le critère de jugement principal était le nombre d'internes compétents dans la prise en charge des patients présentant une problématique avec l'alcool.

Le critère d'évaluation était le pourcentage d'internes ayant une note supérieure à la moyenne (37.5/75) à l'évaluation des compétences.

Au total, les 6 domaines de compétences ont été évaluées sur 25 critères : repérage, l'éducation, l'utilisation du réseau, l'orientation, la gestion des urgences, l'utilisation des thérapeutiques médicamenteuses, l'intérêt porté à l'environnement du patient, au choix et préférences du patient, l'instauration d'une relation de confiance avec le patient, la gestion du temps, l'organisation du suivi, la responsabilité et le professionnalisme.

Pour chaque critère de compétences l'interne devait répondre s'il recherchait : jamais (0 point), parfois (1 point), souvent (2 points) ou toujours (3 points). Ce qui permettait d'établir une note de compétences sur 75 points.

Les internes étaient ensuite séparés en 2 groupes :

- Le groupe 1 : avec une note de compétences supérieure à 37.5/75
- Le groupe 2 : avec une note de compétences inférieure à 37.5/75

Critères de jugement secondaires :

Les critères de jugement secondaires étaient :

- La description de la population de l'étude. Les critères d'évaluation étaient l'âge moyen en années, le sexe en pourcentage et valeur absolue, lieu de SASPAS en pourcentage et valeur absolue, mode d'exercice du maître de stage en pourcentage et valeur absolue
- L'évaluations des 4 déterminants suivants dans l'acquisition des compétences :
 - La formation théorique
 - Les connaissances théoriques
 - La formation spécifique en addictologie
 - Le rôle du MSU durant le SASPAS

La formation théorique : l'interne devait indiquer s'il avait reçu oui ou non une formation théorique en addictologie durant son internat.

Les connaissances théoriques : ont été évaluées par les items suivants, la connaissance : de l'intervention brève, sur les unités standard d'alcool, sur les normes de consommation d'alcool à ne pas dépasser, sur les contre-indications au sevrage ambulatoire en alcool, sur les perturbations biologiques liées à l'alcool, sur les signes physiques du sevrage en alcool, sur les structures d'accueils en addictologie. Les questions étaient rédigées sous forme de QCM. Il était attribué 1 point par item correct ce qui permettait d'établir une note sur 31.

Pour la formation spécifique : les internes devaient répondre par oui ou par non s'ils avaient réalisé un DU, FST ou stage en addictologie.

Le rôle du MSU durant le SASPAS a été évalué par une note sur 17 points:

- Son activité dans la prise en charge des patients présentant une problématique avec l'alcool :
 - Pas du tout = 0 point
 - Peu (1 ou 2 patients sur le semestre) = 1 point
 - Régulièrement (1 patient par mois) = 2 points
 - Fréquemment (> 1 patient par semaine) = 3 points
 - Activité principale (> 1 patient par jour) = 4 points.

- L'intervention du MSU lorsque l'interne était face à un patient qui présentait une problématique avec l'alcool
 - Toujours = 3 points
 - Souvent = 2 points
 - Parfois = 1 point
 - Jamais = 0 point.

- Son implication dans la formation des internes a été évaluée par :
 - La formation sur l'intervention brève (0 ou 1 point)
 - La formation sur les différentes structures d'accueil (0 ou 1 point)
 - La formation sur les contre-indications au sevrage ambulatoire (0 ou 1 point)
 - La formation sur les thérapeutiques médicamenteuses (0 ou 1 point).

- L'interne devait évaluer si les rétroactions ont permis de mieux accompagner les patients :
 - Tout à fait = 3 points
 - Plutôt d'accord = 2 points
 - Plus pas d'accord = 1 point
 - Pas du tout d'accord = 0 point

- La fréquence des rétroactions pour les patients présentant une problématique d'alcool :
 - Pour chaque consultation = 3 points
 - Pour la majorité des consultations = 2 points
 - Pour quelques consultations = 1 point
 - Pour aucune consultation = 0 point.

Ensuite il a été étudié la distribution de ces 4 déterminants au sein des internes du groupe 1 et du groupe 2.

Statistiques :

L'effectif total de notre étude ne repose pas sur une hypothèse statistique dans cette étude transversale, mais sur le nombre d'internes ayant répondu au questionnaire.

Il s'agit d'un échantillon représentatif de la population d'étude : les internes en fin de SASPAS de l'université de Lille.

La répartition normale ou non des valeurs a été vérifiée par un test de Shapiro-Wilk.

Les fréquences sont exprimées en pourcentage (intervalle de confiance à 95%). Les données sont exprimées en moyenne (\pm écart-type) si les valeurs suivent une répartition normale, et en médiane (quartile1-quartile 3) dans le cas contraire.

Les données sont analysées par le logiciel EXCEL (Microsoft, Inc.) et l'analyse statistique par le logiciel BIOSTATGV. Pour la comparaison des variables quantitatives le test de Student a été utilisé. Pour comparer les variables qualitatives le test exact de Fisher a été utilisé.

RESULTATS

Caractéristiques de la population

Au total 26 internes ont participé à l'étude, l'âge médian était de 27,5 ans (27-28), Il y avait 73,1% (56,0-90,1) de femmes (n=19/26) et il y avait 26,9% (9,9-44,0) d'hommes (n=7/26).

Il y avait 53,8% (34,7-73,0) des internes qui avaient réalisé leur SASPAS en milieu rural (n=14/26) contre 46,2% (27,0-65,3) en milieu urbain (n=12/26).

Le MSU exerçait seul dans 15,4% (1,5-29,3) des cas (n=4/26), dans un groupe pluri professionnel pour 30,8% (13,0-48,5) des cas (n=8/26), dans un groupe mono professionnel pour 15,4% (1,5-29,3) des cas (n=4/26) et enfin dans une MSP pour 38,5% (19,8-57,2) des cas (n=10/26).

Formation théorique

Durant l'internat 57,7% (38,7-76,7) des internes ont reçu une formation théorique en addictologie lors des cours organisés par la faculté (n=15/26), et 42,3% (23,3-61,3) disent ne pas en avoir reçu (n=11/26).

Formation spécifique

Il y avait 11,5% (0-23,8) des internes qui avaient reçu une formation spécifique sous forme d'un stage en addictologie (n=3/26).

Connaissances théoriques

A l'évaluation des connaissances théoriques la note moyenne était de 24,8 sur 31 (\pm 2,7).

Il y avait 38,5% (19,8-57,2) des internes qui connaissaient les normes actuelles de consommation d'alcool (n=10/26). Puis 34,6% (19,6-49,6) des internes ne connaissaient que les anciennes normes de consommation (n=9/26). Enfin 26,9% (9,9-44,0) des internes ne connaissaient pas les normes de consommation d'alcool (n=7/26).

De plus, 84,6% (70,7-98,5) des internes savaient évaluer correctement la consommation d'alcool des patients (n=22/26).

Seul 7,7% (0,0-17,9) des internes connaissaient les actions et indications des différentes structures d'accueil des patients présentant une problématique avec l'alcool (n=2/26).

Données sur les MSU

Durant le SASPAS, 84,4% (70,7-98,5) des internes avaient pris en charge un patient qui nécessitait un sevrage éthylique (n=22/26).

Concernant la fréquence des consultations pour un motif de problématique avec l'alcool : 7,7% (0-17,9) des MSU qui voyaient plus d'un patient par jour avec une problématique à l'alcool (n=2/26), puis 3,8% (0-11,2) en voyaient plus d'un par semaine (n=1/26), puis 23,1% (6,9-39,3) en voyaient au moins un par mois (n=6/26), puis 61,5% (42,8-80,2) en voyaient un ou deux sur le semestre (n=16/26), et enfin 3,8% (0-11,2) n'en voyaient aucun (n=1/26).

Lorsque les internes travaillaient en supervision indirecte et prenaient en charge un patient pour une problématique avec l'alcool, 34,4% (16,3-52,9) demandaient souvent des conseils à leur MSU (n=9/26), 34,4% (16,3-52,9) demandaient parfois des conseils à leur MSU (n=9/26) et enfin 30,8% (13,0-48,5) ne demandaient jamais de conseils à leur MSU (n=8/26).

Pour 65,4% (47,1-83,7) des internes les rétroactions de leur MSU étaient jugées bénéfiques pour l'accompagnement des patients présentant une problématique avec l'alcool (n=17/26).

Lorsque les internes étaient confrontés à des patients qui présentaient une problématique avec l'alcool, pour 50% (30,8-69,2) des internes il y avait une rétroaction pour chaque consultation (n=13/26), pour 23,1% (6,9-39,3) des internes il y avait une rétroaction pour la majorité des consultations (n=6/26), pour 19,2% (4,1-34,4) des internes il y avait une rétroaction pour quelques consultations (n=5/26) et enfin pour 7,7% (0-17,9) des internes il n'y avait aucune rétroaction (n=2/26).

Au niveau de la formation théorique, 23,1% (6,9-39,3) des internes ont été formés sur l'intervention brève par leur MSU (n=6/26), 30,8% (13,0-48,5) ont été formés sur les différentes structures d'accueil par leur MSU (n=8/26), 19,2% (4,1-34,4) ont été formés sur les contres indications au sevrage ambulatoire par leur MSU (5/26), et enfin 61,5% (42,8-80,2) ont été formés sur les thérapeutiques disponibles (n=16/26).

Au total, le score de formation par le MSU, regroupant la formation théorique, la fréquence des rétroactions, la supervision indirecte, le suivi des patients présentant une problématique avec l'alcool, nous donne un score sur 17 points. La moyenne des scores était de 7.9 sur 17 ($\pm 3,1$).

Autoévaluation des compétences par les internes

Sur les 25 critères de compétences évalués, la note moyenne des internes était 44,5 sur 75 ($\pm 6,9$).

Au total 88,5% (76,2-100) des internes avaient une note de compétences supérieur à la moyenne (n=23/26).

Nous avons regroupé les réponses des internes pour chaque critère de compétence dans le tableau 1.

	Toujours=3 points	Souvent=2 points	Parfois=1 point	Jamais= 0 point
Recherche d'une consommation d'alcool en cas d'anomalie biologique	12(46.2%)	9(34.6%)	5(19.2%)	0
Recherche d'une consommation d'alcool en cas de pathologie somatique évocatrice	2(7.7%)	10(38.5%)	11(42.3%)	3(11.5)
Recherche d'une consommation d'alcool en cas de pathologie psychiatrique	2(7.7%)	13(50.0%)	9(34.6%)	2(7.7%) ^a
Recherche de mésusage en cas de consommation	10(38.5%)	16(61.5%)	0	0
Recherche d'une dépendance en cas de mésusage	11(42.3%)	13(50.0%)	2(7.7%)	0
Utilisation du RPIB	0	1(3.9%)	5(19.2%)	20(76.9%) ^b
Evaluation de la consommation d'alcool	1(3.9%)	16(61.5%)	8(30.8%)	1(3.9%) ^c
Education sur les normes de consommation	0	11(42.3%)	12(46.2%)	3(11.5%) ^d
Information du patient sur les risques de l'alcool	0	14(53.9%)	11(42.3%)	1(3.9%) ^e
Orientation vers les professionnels adaptés	3(11.5%)	8(30.8%)	13(50.0%)	2(7.7%)
Adressage vers une structure spécialisé	1(3.9%)	3(11.5%)	15(57.7%)	7(26.9%)
Constitution d'un réseau durant le SASPAS ^f	2(7.7%)			24(92.3%)
Accompagnement d'un sevrage en alcool ^g	22(84.6%)			4(15.4%)
Orientation adaptée lors du syndrome de sevrage	2(7.7%)	12(46.2%)	10(38.5%)	2(7.7%)
Repérage des CI au sevrage ambulatoire	4(15.4%)	9(34.6%)	12(46.2%)	1(3.9%) ^h
Recherche d'IDS en cas de troubles thymiques	20(76.9%)	6(23.1%)	0	0
Initiation des thérapeutiques ⁱ	19(73.1%)			7(26.9%)
Instauration d'une relation de confiance	6(23.1%)	9(34.6%)	11(42.3%)	0
Evaluation de l'environnement du patient	11(42.3%)	10(38.5%)	5(19.2%)	0
Laisser exprimer les choix du patient	18(69.2%)	7(26.9%)	1(3.9%)	0
Respect des choix et des préférences	26(100%)	0	0	0
Proposition d'une consultation dédiée	5(19.2%)	11(42.3%)	6(23.1%)	4(15.4%) ^j
Organisation du suivi	6(23.1%)	16(61.5%)	4(15.4%)	0
Implication dans la prise en charge	4(15.4%)	10(38.5%)	11(42.3%)	1(3.9%)
Amélioration des compétences	7(26.9%)	12(46.2%)	7(26.9%)	0

Tableau 1 : Résultats de l'autoévaluation des compétences par les internes.

a : 1 interne pour gène, 1 pour oubli. b : manque de connaissance 16(61.5%), Manque de temps 3(11.5%), Oubli 1(3.9%). c : oubli 1(3.9%). d : Manque de temps 2(7.7%), Oubli 1(3.9%). e : Manque de temps 1. f : Oui(7.7%), Non(92.3%). g : Oui(84.6%), Non(15.4%). h : Oubli. i : Oui(73.1%) Non(26.9%). j : Manque de temps 1(3.9%) oubli 3(11.54%)

Il y avait 92,3% (82,1-100) des internes qui travaillaient avec des structures spécialisées (n=23/26). Parmi eux 79,2% (62,9-95,4) avec le CSAPA (n=19/23), 4,2% (0-12,2) avec une équipe de liaison en addictologie (n=4/23), 41,7% (21,9-61,4) avec un centre de cure (n=10/23), 25,0% (7,7-42,3) avec un service d'addictologie (n=6/23), ensuite 8,3% (0-19,4) avec un service de psychiatrie (n=2/23), et enfin 29,2% (11,0.-47,4) avec un service d'hôpital de jour.

Durant le SASPAS, 73,1% (56,0-90,1) ont orienté des patients vers des structures spécialisées (n=19/26). Parmi ceux qui n'ont pas orienté les patients vers des structures spécialisées, c'était soit par manque de temps pour 42,9% des internes (n=3/7) soit parce qu'ils n'en connaissaient pas pour 42,9% d'entre eux (n= 3/7) soit parce que les structures étaient absentes de leur territoire pour 14,2% (n= 1/7).

Il y avait 65,4% (47,1-84,7) des internes qui avaient déjà instauré une thérapeutique dans le cadre d'un sevrage, d'une réduction ou d'une abstinence en alcool (n=17/26). Parmi eux 70,6% (48,9-92,2) ont prescrit des benzodiazépines (n=12/17), 47,1% (23,3-70,8) ont prescrit de l'Acamprosate (n=8/17), 11,8% (0-27,1) ont prescrit du Nalméfène (n=2/17), 5,9%(0-17,1) ont prescrit du Chlorhydrate de Naltrexone (n=1/17), et enfin 5.9% (0-17,1) ont prescrit du Disulfiram (n=1/17) et aucun d'entre eux n'avait instauré de Baclofène durant leur SASPAS.

Il y avait 34,6%(16,3-52,9) des internes qui n'avait jamais prescrit de thérapeutique dans le cadre d'un sevrage, d'une réduction ou d'une abstinence en alcool (n=9/26). Parmi eux, 44,4%(12,0-76,9) ne maîtrisaient pas ces thérapeutiques (n=4/9), 33,3% (2,5-64,1) n'en avaient pas eu l'occasion (n=3/9), et enfin 7,7% (0-17,9) ne maîtrisaient pas ces thérapeutiques et n'avaient pas eu l'occasion de les prescrire (n=2/9).

Comparaison entre les groupes

A partir de la note obtenue à l'évaluation des compétences, nous avons donc créé 2 groupes d'internes, le groupe 1 composé de 23 internes dont le score de compétence était supérieur à la moyenne (37.5/75) et le groupe 2 composé de 3 internes dont le score était inférieur à la moyenne.

Nous avons comparé ces deux groupes pour voir si le score de compétences était influencé par : la formation théorique durant l'internat, la formation spécifique en addictologie, la note de l'évaluation du savoir et la formation par le MSU durant le SASPAS.

➤ Formation théorique :

Parmi les internes du groupe 1, 60,9% (40,9-80,8) des internes avaient reçu une formation théorique durant l'internat (n=14/23) contre 33,3% (0-86,7) des internes du groupe 2 (n=1/3), il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

➤ Formation spécifique :

Il y avait 8,7% (0-20,2) des internes du groupe 1 qui avaient eu une formation spécifique en addictologie (n=2/23), contre 33,3% (0-86,7) des internes du groupe 2 (n=1/3). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux.

➤ Connaissances théoriques :

La note moyenne des internes du groupe 1 à l'évaluation du savoir était de 24.8/31 ($\pm 2,8$), contre 25/31 ($\pm 2,0$) pour les internes du groupe 2. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

➤ Rôle des MSU :

Dans le groupe 1, le score moyen des MSU était de 8,3/17 ($\pm 3,0$), contre 5/17 ($\pm 2,0$) dans le groupe 2. Il existe une différence significative entre les scores des MSU du groupe 1 comparé au groupe 2 (p value = 0.042).

Determinants	Groupe 1	Groupe 2	P value
Formation théorique %(IC)	60,9 (40,9-80,8)	33,3 (0-86,7)	0,56
Formation Spécifique %(IC)	8,7 (0-20,2)	33,3 (0-86,7)	0,22
Note des connaissances théoriques Moyenne/31(\pmDS)	24,8(\pm 2,8)	25(\pm 2)	0,55
Rôle des MSU Moyenne/17 (\pmDS)	8,3(\pm 3,0)	5(\pm 2,0)	0,042

Tableau 2 : Récapitulatif des principaux résultats

DISCUSSION

Cette étude nous a permis de montrer que la majorité des internes en 5^e semestre de médecine générale de l'Université de Lille avaient le niveau de compétences requis à la prise en charge des patients présentant une problématique avec l'alcool, en effet 23 des 26 internes avaient un score de compétence supérieur à la moyenne. Cela reflète une formation complète pendant l'ensemble du cursus de l'externat à l'internat au sein de la faculté de Lille. Ces résultats sont plus favorables que ceux retrouvés dans l'étude de Djengue et al. (40), réalisée en 2015, qui retrouvait que 75% des internes n'avaient pas la moyenne à l'évaluation des connaissances théoriques et pratiques sur 580 internes à l'échelon national, de plus l'étude de Bouchez(41) réalisée en 2019 où 85% des MG interrogés estimaient ne pas être suffisamment formés en addictologie. Ces résultats sont difficilement comparables à notre étude en raison de la méthode d'évaluation qui diffère car les internes n'étaient pas évalués par niveau de compétence. Mais cette différence pourrait s'expliquer potentiellement par une formation en addictologie plus importante à l'université de Lille puisque notre région est particulièrement concernée par les problèmes liés à l'alcool (5) ou le fait que le SASPAS soit devenu obligatoire en 2017 (32).

Au niveau de la formation théorique durant l'internat, 57.7% des internes disaient avoir reçu une formation théorique en addictologie durant l'internat. Ce résultat peut sembler étonnant puisqu'un module d'enseignement théorique en addictologie est prévu durant le DES de médecine générale pour tous les internes de Lille. Néanmoins l'étude ayant été réalisée durant le 5^e semestres certains internes n'avaient peut-être pas encore bénéficié de cet enseignement. Par ailleurs les enseignements

dispensés durant les groupes d'échange de pratique sont très hétérogènes entre les groupes et peuvent parfois traiter du thème de l'addictologie. Le fait d'avoir reçu une formation théorique en addictologie ne semble pas être un déterminant majeur pour l'acquisition des compétences en addictologie puisqu'il n'y avait pas de différence entre les plus compétents et les moins compétents.

Il n'a pas été montré de différence significative sur l'acquisition des compétences lorsque les internes avaient eu une formation spécifique en addictologie durant leur internat, ce résultat reste étonnant mais il peut s'expliquer par le fait que les stages en addictologie sont peu accessibles durant l'internat du fait d'un nombre de places limitées. De plus ce résultat peut s'expliquer par un manque de puissance étant donné que le groupe était composé uniquement de 3 personnes dont une qui avait fait un stage d'addictologie. Dans l'étude de Djengue et al (40) ils ont montré que le fait d'avoir eu une formation spécifique en addictologie a amélioré de façon statistiquement significative les résultats au test d'évaluation des connaissances et des pratiques.

Au niveau des connaissances théoriques, tous les internes ont eu la moyenne à l'évaluation ce qui montre une amélioration de la formation théorique puisque dans l'étude de Djengue et al(40), 77,5% des internes n'ont pas eu la moyenne à l'évaluation des connaissances théoriques. Mais malgré cela on a retrouvé des lacunes non négligeables à la prise en charge optimale des patients, notamment 61,5% des internes ne connaissaient pas les nouvelles normes de consommation en alcool à ne pas dépasser, alors qu'il s'agit d'un message de prévention diffusé dans les médias à destination de la population générale. Il existe également des lacunes concernant les connaissances des différentes structures en addictologie que seul 7.7% connaissaient, ce qui est confirmé par l'étude de Bouchez,(41) dans son étude 89,5%(n=331) des

médecins généralistes interrogés ne se sentaient pas correctement informés des actions menées par les structures d'addictologie. Ces deux points pourraient mériter un accent supplémentaire lors des cours dispensés par la faculté.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant cette évaluation des connaissances théoriques. Cela semble logique du fait que tous les internes ont reçu la même formation durant l'externat lors de la préparation aux ECN basé sur le référentiel du collège des enseignants en psychiatrie, ainsi que pendant les cours de l'internat.

Ces résultats impliquent que la formation théorique est nécessaire mais non suffisante à l'acquisition des compétences, c'est surtout la formation pratique de l'interne qui le rend compétent pour prendre en charge les patients avec une problématique alcool.

En effet nous avons mis en évidence une différence significative entre les deux groupes, les internes les plus compétents avaient un MSU qui les formait mieux du point de vue théorique et pratique comparativement aux internes qui avaient un niveau de compétences inférieur.

Plus le MSU avait une activité d'addictologie, plus il formait ses internes, plus il utilisait la supervision indirecte et plus faisait des rétroactions, plus l'interne était compétent.

Le rôle du MSU durant le SASPAS est donc prépondérant à l'acquisition des compétences par les internes. Cela concorde avec l'étude de Lajzerowicz et al.(32), qui montrait une association significative entre la progression des compétences perçues et la présence d'une supervision. Ceci est également confirmé par l'étude nationale de Hernandez et al (42), auprès de 1749 internes de médecine générale, qui précise l'importance déterminante du stage chez le praticien pour l'amélioration du sentiment de maîtrise des compétences.

Ces résultats confirment la réelle valeur ajoutée du stage en SASPAS qui est un pilier dans la formation des internes en médecine générale. Ces résultats appliqués au domaine de l'addictologie doivent probablement pouvoir se transposer aux nombreux domaines de compétences que l'interne doit acquérir tout au long de sa formation mais nécessiteraient des études supplémentaires pour être prouvés.

La force de cette étude est son caractère original, en effet il existe peu d'études qui traitent de l'acquisition des compétences en addictologie des internes de médecine générale. Cette étude permet d'avoir des pistes concrètes pour l'amélioration de l'acquisition des compétences en addictologie des internes de médecine générale.

Les faiblesses de cette étude sont le faible effectif, même si le taux de réponse est tout de même de 25% des internes en SASPAS à Lille au moment de l'étude, ce qui permet de réaliser un échantillon représentatif de la population cible. Le biais de mémorisation lié au caractère rétrospectif du recueil des données a été limité car les internes ont été interrogés durant le dernier mois de stage de SASPAS. Un biais de sélection est possible car les internes ayant répondu au questionnaire n'ont pas été tirés au sort mais ont répondu sur la base du volontariat.

CONCLUSION

Notre étude a mis en évidence que le principal déterminant permettant l'acquisition des compétences dans la prise en charge des patients ayant une problématique avec l'alcool par les internes, semble être la formation pratique par le MSU durant le stage de SASPAS. Nous n'avons pas mis en évidence de rôle significatif de la formation théorique, des connaissances théoriques et la réalisation d'un stage en addictologie.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

1) Quel est votre âge ?

2) Vous êtes :

Un homme

Une femme

Autre

3) Quel est votre lieu de stage en SASPAS?

Urbain

Rural

4) Quel type d'exercice ?

Seul

En groupe pluri-professionnel

En groupe mono-professionnel

MSP

Autre préciser....

5) Avez-vous reçu une formation théorique en addictologie pendant l'internat ?

Oui

Non

6) Avez-vous reçu une formation spécifique en addictologie pendant l'internat (DU/ DESC / stage en addictologie)?

Oui

Non

Si oui, quel type de formation ?

DU / DESC

Stage hospitalier en addictologie

Stage ambulatoire en addictologie

7) Connaissez-vous les principes de l'intervention brève ?

Oui Non

8) Savez-vous évaluer la consommation déclarée d'alcool d'un(e) patient(e) ?

Oui Non

9) Selon vous à quoi correspond un verre standard d'alcool ? (Plusieurs réponses possibles)

10g d'alcool pur

4 cl de pastis à 45°

2.5cl de whisky à 40°

10cl de vin à 12°

25cl de bière à 8 °

10) Selon vous quelles sont les normes françaises actuelles de consommation d'alcool à ne pas dépasser?

21 verres par semaine pour tout le monde avec 2 jours sans alcool

21 verres par semaine pour les hommes et 14 verres pour les femmes avec 2 jours sans alcool

10 verres par semaine pour tout le monde avec 2 jours sans alcool

10 verres par semaine pour les hommes et 6 verres pour les femmes avec 2 jours sans alcool

11) Parmi les items suivant, selon vous lesquels sont des contre-indications au sevrage ambulatoire en alcool ?

Polyaddictions (le fait de consommer, avec une certaine fréquence, au moins deux substances psychoactives)

Antécédents de delirium tremens

Premier sevrage en ambulatoire

Consommation de tabac associée

Antécédent d'échec de sevrage en ambulatoire

Dépendance aux benzodiazépines

Troubles psychiatriques

Isolement social

Comorbidités importantes

12) Selon vous, les perturbations biologiques liées à l'alcool sont :

- Anémie microcytaire
- Anémie macrocytaire
- Thrombocytose
- Thrombopénie
- Hypertriglycéridémie
- Hypotriglycéridémie
- ALAT/ASAT augmentés
- GGT augmentés

13) Selon vous quels sont les signes physiques faisant évoquer un sevrage en alcool ?

- Insomnie
- Tremblements
- Sueurs
- Bradycardie
- Hypotension artérielle
- Constipation

14) Quel(s) outil(s) de repérage, utilisez-vous ?

- Entretien simple
- Entretien avec utilisation d'outils

Si vous utilisez des outils, lesquels ?

- AUDIT
- AUDIT-C
- FACE
- DETA
- CRAFFT
- Autre(s) questionnaire(s) :

15) Lorsque mon patient présentait des anomalies biologiques évocatrices (GGT, VGM, Triglycérides etc.) j'ai interrogé mon(a) patient(e) sur sa consommation d'alcool?

- Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Manque de temps Oubli Gène

16) Lorsque mon(a) patient(e) présentait une pathologie somatique évocatrice (HTA, diabète, psoriasis) j'ai recherché une consommation d'alcool ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Manque de temps Oubli Gène

17) Lorsque mon(a) patient(e) présentait des troubles psychiatriques, j'ai recherché une consommation d'alcool ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Manque de temps Oubli Gène

18) Lorsqu'un(e) patient(e) avait une consommation d'alcool j'ai recherché un mésusage ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Manque de temps Oubli Gène

19) Lorsqu'un(e) patient(e) présentait un mésusage j'ai recherché une dépendance ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Manque de temps Oubli Gène

20) La HAS recommande l'utilisation d'un outil d'aide au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève (RPIB) concernant l'alcool, le cannabis et le tabac chez l'adulte, utilisez-vous cet outil dans votre pratique courante ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Je ne connais pas Manque de temps Oubli Gène

21) Pendant mon SASPAS j'ai évalué la consommation d'alcool de mes patient(e)s ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Manque de temps Oubli Gène

22) Pendant mon SASPAS j'ai éduqué les patient(e)s sur les normes de consommation à ne pas dépasser?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Manque de temps Oubli Gène

23) Pendant mon SASPAS j'ai informé mes patient(e)s sur les risques d'une consommation d'alcool ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Je ne connais pas Manque de temps Oubli Gène

24) J'ai su orienter les patients vers les professionnels adaptés?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Je ne connais pas Manque de temps Oubli Gène
 Professionnels non présent

25) Parmi les structures de prise en charge en addictologie, quelles sont celles avec lesquelles vous travaillez ?

- CSAPA*
- Equipes de liaison (ELSA*, UMA*)
- Centres d'hospitalisation (Cure, Post-cure, hébergement mère-nourrisson)
- Sevrage dans un service de médecine (centre hospitalier)
- Sevrage dans un hôpital psychiatrique
- Hôpital de Jour d'addictologie (HDJ)
- Aucune des structures ci-dessus n'est présente sur le territoire
- Aucune de ces structures

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

ELSA* : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie,

UMA* : Unité Mobile d'Alcoologie

26) Estimez-vous être correctement informé sur les indications et les actions menées par ces différentes structures ?

- Oui
- Non

27) Pendant mon SASPAS j'ai adressé des patient(e)s présentant une problématique avec l'alcool vers l'une des structures suscitées ?

- Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Manque de temps Oubli ne connaît pas structures absentes du territoire

28) Pendant mon SASPAS je me suis constitué un réseau qui m'a permis d'adresser un(e) patient(e) présentant une problématique avec l'alcool nécessitant une prise en charge spécialisée ?

- oui non

29) Pendant mon SASPAS j'ai accompagné des patient(e)s qui nécessitaient un sevrage ?

- oui non

30) J'ai orienté ces patient(e)s vers la prise en charge la plus adaptée (Urgences, spécialiste, sevrage ambulatoire) ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

31) J'ai repéré les contre-indications au sevrage ambulatoire ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Manque de temps Oubli autre

32) En cas de troubles thymiques j'ai recherché des idées noires ou des idées suicidaires ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Manque de temps Oubli Gène

33) J'ai initié des thérapeutiques pour aider à la réduction de la consommation, à l'abstinence, au sevrage en ambulatoire?

Oui Non

Si oui lesquelles :

SELINCRO (nalmefene)

AOTAL (acamprosate)

BACLOCUR (baclofene)

REVIA (chlorhydrate de naltrexone)

ESPERAL (disulfirame)

Benzodiazépines

Si non pourquoi ?

Jamais eu l'occasion d'initier ces thérapeutiques

Ne maîtrise pas ces thérapeutiques

34) Pendant mon SASPAS j'ai su instaurer une relation de confiance avec un(e) patient(e) qui présentait une problématique avec l'alcool ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : difficile Manque de temps autre

35) En cas de consommation d'alcool, je me suis intéressé à l'environnement familial et socio professionnel du patient?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Pas utile Manque de temps Oubli Gène

36) Lors de la prise en charge d'un(e) patient(e) présentant une problématique à l'alcool j'ai laissé le/la patient(e) exprimer ses choix et ses préférences?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : Pas utile Manque de temps Oubli

37) Lors de la prise en charge d'un(e) patient(e) présentant une problématique à l'alcool j'ai respecté ses choix et ses préférences?

oui non

38) Lors du repérage d'un(e) patient(e) présentant une problématique avec l'alcool, j'ai proposé une consultation dédiée?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi : c'est au patient de demander Oubli manque de temps

39) En cas de problématique avec l'alcool, organisez-vous un suivi régulier avec le/la patient(e) ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi :

c'est au patient d'organiser Oubli Gène

40) Pendant mon SASPAS j'ai su m'impliquer dans la prise en charge d'un(e) patient(e) présentant une problématique avec l'alcool ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

41) Face une situation de problématique à l'alcool ou je me trouvais en difficulté, j'ai cherché à améliorer mes compétences ? (Recherches, avis des confrères, formation)

Toujours Souvent Parfois Jamais

Si jamais pourquoi :

Manque de temps Oubli pas intéressé

42) Votre maitre de stage accompagnait-il des patient(e)s présentant une problématique avec l'alcool au cabinet?

Pas du tout

Peu (1 ou 2 sur le semestre)

Régulièrement (1 fois par mois)

Fréquemment (> 1 fois par semaine)

Activité principale (> 1 fois par jour)

43) Pour la prise en charge des patient(e)s avec une problématique liée à l'alcool, avez-vous appelé votre maître de stage pour des conseils sur la prise en charge ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

44) La rétroaction avec votre MSU vous a-t'elle permis de mieux accompagner les patient(e) présentant une problématique avec l'alcool ?

Tout à fait Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

45) Votre maître de stage vous a-t'il informé sur :

- **L'intervention brève ?**

Oui Non

- **Les différentes structures d'accueil ?**

Oui Non

- **Les contre-indications au sevrage ambulatoire ?**

Oui Non

- **Les thérapeutiques médicamenteuses disponibles**

Oui Non

46) Pour les situations vécu d'un(e) patient(e) avec un problème d'alcool, à quelle fréquence les rétroactions avaient elles lieu avec votre maître de stage lors de la supervision indirecte?

Pour chaque consultation en supervision indirecte

Pour la majorité des consultations en supervision indirecte

Pour quelques consultations en supervision indirecte

Pour aucune consultation en supervision indirecte

BIBLIOGRAPHIE

1. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. août 2013;23(4):588-93.
2. Houssin PD. Alcool et santé : un bilan pour renforcer une politique de santé efficace. *INSE*. 2006;(34-35):16.
3. Alcool [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool>
4. Richard JB. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *BEH*. 2019;5-6:89-97.
5. SPF. Bulletin de santé publique alcool dans les Hauts-de-France. Janvier 2020. [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-dans-les-hauts-de-france.-janvier-2020>
6. Paille F. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *BEH*. 2015;(24-25):10.
7. Consommation excessive d'alcool en France : conséquences sanitaires et humaines importantes. *Rev Prescrire*. mai 2017;37(403):384.
8. Kopp P. Le coût social des drogues en France. *OFTD*. 2015;10.
9. Shield KD, Marant Micallef C, Hill C, Touvier M, Arwidson P, Bonaldi C, et al. New cancer cases in France in 2015 attributable to different levels of alcohol consumption. *Addict Abingdon Engl*. févr 2018;113(2):247-56.
10. SFA - Société Française d'Alcoologie [Internet]. [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A10>
11. Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10e révision (CIM-10). *HAS*. 2014;
12. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
13. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? [Internet]. [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>
14. Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ? [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>
15. L'alcool et la conduite | Sécurité Routière [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.securite-routiere.gouv.fr/dangers-de-la-route/lalcool-et-la-conduite>
16. Classification du CIRC | Cancer et environnement [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/478-Classification-des-substances-cancerogenes.ce.aspx>

17. Alcool et cancer | Cancer et environnement [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/294-Alcool-et-cancer.ce.aspx>
18. Roerecke M, Kaczorowski J, Tobe SW, Gmel G, Hasan OSM, Rehm J. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 1 févr 2017;2(2):e108-20.
19. Sevrage simple en alcool. *Soc Francaise Alcoologie*. 2006;
20. Intervention brève en alcoologie [Internet]. FMC-HGE. 2008 [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2008-paris/intervention-breve-en-alcoologie/>
21. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Drugs and Alcohol Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 18 avr 2007 [cité 6 avr 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004148.pub3>
22. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol Alcohol*. 1 janv 2014;49(1):66-78.
23. Benyamina A, Reynaud M. Stratégie de prise en charge de l'alcoolodépendance en ambulatoire : quel suivi et quelle durée de traitement ? *L'Encéphale*. févr 2016;42(1):67-73.
24. VIDAL - Alcool : sevrage - Prise en charge [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1502/alcool_sevrage/prise_en_charge/
25. Chavagnat JJ, Lévy-Chavagnat D. Les médicaments du sevrage et de la réduction de la consommation. *Actual Pharm*. févr 2015;54(543):26-34.
26. Robert DP, Debré IR. Utilisation de la grille de CUSHMAN dans le sevrage simple d'alcool. :12.
27. CSAPA [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. [cité 14 sept 2021]. Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/csapa/>
28. MALICHER E. Rôle et place du médecin généraliste dans l'accompagnement / la prise en charge des problèmes d'alcool. PARIS DIDEROT; 2017.
29. Bideau C, Arnould P, Raineri F, Coindard G. Apprentissage par compétences I Éducation. *Exercer*. 2018;142:8.
30. frappé paul, Attali C. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. *Exercer*. 2010;21(91):41.
31. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 24(108):8.
32. Lajzerowicz C. Les modalités de réalisation de la supervision indirecte in-fluencent la progression des compétences de l'interne en SASPAS. *Exercer*. 2019;(158):472.
33. Article 34 - Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. [cité 20 juill 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000034425503/
34. Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004. :4.

36. brabant yann, Allory E. Évaluation du SASPAS par les MSU dix ans après sa mise en place. *Exercer*. 2014;25(112):512-53.
37. Lajzerowicz C, Vincent YM, Jung C. La supervision indirecte idéale d'après l'expérience des internes en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. *Pédagogie Médicale*. févr 2018;19(1):27-35.
38. Houdard G, Ménard D, Dumoitier N. DES de médecine générale : un nouvel outil pour évaluer les niveaux de compétences. *Exercer*. 2016;27(127):9.
39. Houdard G, Ménard D, Dumoitier N. DES de médecine générale : un nouvel outil pour évaluer les niveaux de compétences. *Exercer*. 2016;27(127):7.
40. Djengué A, Pham AD, Kowalski V, Burri C. L'alcoologie et les futurs médecins généralistes français: Évaluation des connaissances, des pratiques et de la formation reçue en fin d'internat. *Psychotropes*. 2017;23(1):89.
41. Bouchez H. Dépistage des troubles de l'usage des substances psychoactives par les médecins généralistes [Thèse]. amien; 2019.
42. Hernandez E, Bagourd E, Tremeau AL, Bolot AL, Laporte C, Moreno JP. Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale. *Pédagogie Médicale*. août 2017;18(3):109-20.

AUTEUR(E) : Nom : MONIEZ**Prénom : Thomas****Date de soutenance : 11 Octobre 2022**

Titre de la thèse : Déterminer les éléments qui permettent aux internes en fin de SASPAS d'acquérir les compétences nécessaires à l'accompagnement des patient(e)s ayant une problématique avec l'alcool.

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »**Cadre de classement :** *Médecine générale***DES + FST/option :** *Médecine générale***Mots-clés :** Alcool, SASPAS, compétences**Résumé :**

Contexte : La consommation d'alcool est une problématique majeure en France et surtout dans les Hauts-De-France. En 2009 l'alcool était la 2^{ème} cause de mortalité évitable après le tabac et serait également responsable de 49000 décès par an. La prise en charge des patients qui présentent une problématique avec l'alcool nécessite des compétences particulières en addictologie.

Méthode : Nous avons mené une étude descriptive transversale, monocentrique, réalisée auprès des internes de médecine générale de l'université de Lille en fin de 5^{ème} semestre terminant leur SASPAS, basée sur un questionnaire d'auto évaluation des compétences. A partir de la note obtenue à l'évaluation des compétences, nous avons créé 2 groupes d'internes. Nous avons comparé ces deux groupes pour voir si le score de compétences était influencé par : la formation théorique durant l'internat, la formation spécifique en addictologie, la note de l'évaluation du savoir et la formation par le MSU durant le SASPAS.

Résultats : Sur les 26 internes ayant répondu au questionnaire 88,5%(n=23/26) des internes avaient une note de compétences supérieure à la moyenne. Le groupe 1 était composé de 23 internes dont le score de compétences était supérieur à la moyenne et le groupe 2 composé de 3 internes dont le score était inférieur à la moyenne. Nous n'avons pas montré de différence significative entre les 2 groupes pour la formation théorique durant l'internat, la formation spécifique, et la note de l'évaluation du savoir. Nous avons mis en évidence une différence significative entre les deux groupes pour le critère « rôle du MSU ».

Conclusion : Notre étude a mis en évidence que le principal déterminant permettant l'acquisition des compétences dans la prise en charge par les internes des patients ayant une problématique avec l'alcool, semble être la formation pratique par le MSU durant le stage de SASPAS. Nous n'avons pas mis en évidence de rôle significatif de la formation théorique, des connaissances théoriques et la réalisation d'un stage en addictologie possiblement par un manque de puissance. Ces résultats confirment la réelle valeur ajoutée du stage en SASPAS qui est un pilier dans la formation des internes en médecine générale.

Composition du Jury :**Président :** Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**Assesseur :** Monsieur le Professeur Marc BAYEN**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur José DELANNOY