

“Up To Date”

Use of psychoactive substances in adults: **P**revention and **T**reatment by general practitioners and **O**ccupational physicians; **DATA** retri**E**val

Rapport final

Avril 2015



“Up To Date”

Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATa retriEval

UNIVERSITE DE LIEGE

Marc VANMEERBEEK

Philippe MAIRIAUX

André LEMAÎTRE

Marc ANSSEAU

Frédéric KETTERER

Danièle PIRENNE

Isabelle DEMARET

INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTE PUBLIQUE

Viviane VAN CASTEREN

Nicole BOFFIN

Jérôme ANTOINE

UNIVERSITEIT ANTWERPEN

Roy REMMEN

Lieve PEREMANS

Geert DOM

Kathleen VAN ROYEN

Linda SYMONS

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Lode GODDERIS

Marie-Claire LAMBRECHTS

VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN vzw

Marie-Claire LAMBRECHTS

1 Contexte

En 2013, 6% de la population belge âgée de 15 ans ou plus avait une consommation excessive d'alcool. La notion de consommation excessive se réfère aux normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui admet comme raisonnable une consommation de deux unités d'alcool par jour pour une femme, et de trois unités pour un homme [1]. Le chiffre de consommation excessive monte à 13% si on considère la consommation hebdomadaire, pour laquelle l'OMS considère que plus de 14 unités d'alcool pour une femme, et plus de 21 unités pour un homme sont nocives pour la santé. Si l'on se réfère à la consommation problématique découlant des réponses au questionnaire CAGE, un instrument de dépistage de l'abus chronique d'alcool, ce sont 10,5% de la population qui sont concernés (14,6% des hommes et 6,3% des femmes)¹. De plus, 15% des personnes interrogées avaient déjà consommé du cannabis et 5% une autre drogue illégale [1]. Environ 15% de la population avaient consommé des substances psychoactives au cours des deux semaines précédant l'enquête : hypnotiques (9%), tranquillisants (7%) et antidépresseurs (6%) ; les femmes consommaient plus que les hommes (20% contre 10%) [2].

Dans le monde du travail, les données internationales rapportent une utilisation fréquente de substances psychoactives liée au contexte de travail, entraînant une majoration du risque d'accident et une perte de productivité [3]. En Belgique, 15% des travailleurs boivent trop, par rapport aux normes de l'OMS [4]. Les données manquent cependant pour les autres substances, mais le taux de consommation dans la population générale est probablement extrapolable à la population au travail.

Parmi l'offre diversifiée de soins ambulatoires, les médecins généralistes (MG) apparaissent comme des acteurs importants tant pour la détection que pour la prise en charge des problèmes en raison de leur place de première ligne dans le système de santé. De façon similaire, on attend des médecins du travail (MT) un rôle de promoteurs de la santé et de la sécurité sur les lieux de travail, y compris en ce qui concerne les usages problématiques de substances (Convention Collective de Travail n° 100) [5].

Les données manquent quant à l'attitude, le comportement, ou les connaissances par rapport aux usages problématiques par ces deux acteurs. Peu de choses sont connues quant à leurs ressources et leurs stratégies pour gérer ces problèmes, de même que concernant leur intérêt ou leurs attitudes en ce domaine.

1.1 Objectifs

Le consortium UP TO DATE a cherché à donner la parole à ces médecins pour comprendre leur point de vue sur la question. De plus, les autres professionnels du domaine ont été interrogés pour savoir s'ils considéraient les MG et les MT comme des partenaires utiles et fiables. Cette étude a porté sur l'ensemble du territoire, dans les deux communautés linguistiques principales du pays.

L'objectif de cette recherche était de savoir : 1) quelles est la demande de soins en première ligne ? 2) quelle est l'étendue de l'investissement des MG et des MT dans le domaine des abus de substances ? 3) quelles ressources utilisent-ils pour fournir une réponse appropriée à tous les types de demandes auxquelles ils sont confrontés ?

Le consortium de recherche a utilisé tant des méthodes qualitatives que quantitatives pour atteindre ses objectifs.

1.2 Précisions

Les enquêtes dans les deux professions, MG et MT, ont toujours considéré la prise en charge de la population adulte, dans les limites d'âge de la population active, soit de 18 à 65 ans. De cette façon, les enquêtes dans les deux professions médicales ont pu être conduites de façon symétrique. Les substances considérées étaient l'alcool, les hypnotiques, les tranquillisants et les drogues illégales.

¹ CAGE est un acronyme de **C**utdown, **A**nnoyed, **G**uilty and **E**ye-opener. Deux réponses positives indiquent un problème d'alcool

Parmi ces dernières, il est rapidement apparu que le cannabis devait faire l'objet d'un traitement différencié.

La notion d'« usage problématique » fait référence à la définition donnée par la *Public Health Association* de Colombie britannique, dans laquelle l'usage des substances se situe sur un continuum (figure 1) [6].

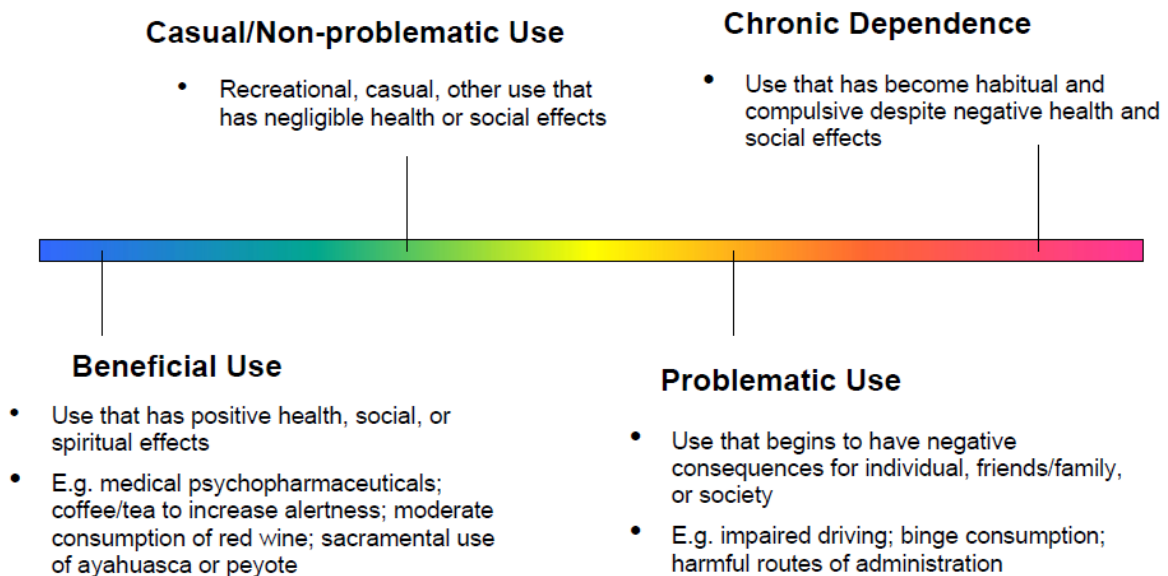


Figure 1 : Spectrum of psychoactive substance use [6]

De façon plus concrète, les définitions suivantes sont d'application dans ce document:

- Dans la population générale, une consommation est problématique lorsqu'elle dépasse les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : en moyenne, moins de 14 unités/semaine pour une femme et moins de 21 unités/semaine pour un homme, pas de *binge drinking*; deux jours ou plus sans alcool/semaine ;
- Pour les hypnotiques et les tranquillisants, une consommation est problématique lorsqu'elle n'a pas été prescrite par un médecin, ou lorsqu'elle est consommée à une dose supérieure à la dose prescrite ;
- Enfin, le mésusage des drogues illégales a été considéré tel lorsqu'une demande d'aide est formulée par le patient/travailleur, ou par son entourage, par un médecin ou par décision de justice.

1.3 Méthodes

Le travail a été divisé en sept volets.

1.3.1 Revue de littérature

Une revue systématique a été faite sur les recommandations internationales à propos du dépistage et de l'intervention, pour les MG et les MT. Les modèles de référence et de collaboration ont également été recherchés, entre MG et MT d'une part, entre ces praticiens et les centres spécialisés d'autre part.

1.3.2 Caractéristiques de la population consultant en médecine générale et présentant un abus de substances

Des données sur l'usage problématique de substances et sur le statut d'emploi des personnes identifiées ont été recueillies en collaboration avec les MG du réseau des médecins vigies, coordonné par l'Institut scientifique de Santé publique (ISP).

1.3.3 Attitudes et expériences des MG (volet 3) et des MT (volet 4) en matière de détection, d'approche et de gestion des abus de substances

Ces deux volets de l'étude, construits de façon symétrique dans les deux professions, avaient pour but de décrire les attitudes et les expériences des médecins de terrain, dans différents contextes de travail.

1.3.3.1 Étude qualitative

L'étude qualitative a servi d'approche exploratoire. Elle a cherché à comprendre en profondeur le point de vue des médecins, qu'ils prennent ou non en charge des patients qui ont un usage problématique de substances. Afin d'obtenir une vue complète et précise de leurs points de vue, le modèle intégré de changement de Hein De Vries (*I-Change Model*) a été utilisé pour construire le guide d'entretien et réaliser l'analyse thématique des transcriptions d'entretiens [7].

1.3.3.2 Étude quantitative

Un questionnaire a été diffusé auprès d'un échantillon représentatif des MG et des MT afin de trianguler les résultats de l'analyse qualitative et identifier des profils particuliers de médecins. Le même modèle théorique a été conservé pour des raisons de cohérence entre les parties qualitative et quantitative de l'étude.

1.3.4 Vue en miroir

Différents professionnels impliqués eux aussi dans la gestion des abus de substances ont été interrogés sur leur collaboration (existante ou souhaitée) avec les MG et les MT. Les propositions d'amélioration ont été recueillies par la méthode des groupes nominaux, organisés à cet effet de façon monodisciplinaire. Les professions interrogées appartenaient au monde des soins (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux), au monde du travail (représentants des employeurs, syndicalistes, conseillers en prévention internes et externes) ou au monde de la justice (services judiciaires et de protection de la jeunesse).

1.3.5 Comparaison internationale

Ce volet a tenté de retrouver dans la littérature scientifique publiée des expériences ayant fait leurs preuves à l'étranger quant à une amélioration de l'implication des MG et des MT dans la gestion des abus de substances.

1.3.6 Valorisation

Afin de diffuser les résultats des volets précédents auprès des médecins de terrain et des décideurs, et de confronter ces résultats à leurs expériences pratiques, des rencontres locales ont été organisées par les chercheurs en suivant la méthode LSI (*Large Scale Intervention*) [8]. Une rencontre finale a été organisée à Bruxelles le 23 janvier 2015 au SPF Emploi, Travail et Concertation sociale pour l'ensemble des acteurs et des décideurs.

1.4 Références

1. Gisle L, & Demarest S, (éd.). **Enquête de Santé 2013. Rapport 2: Comportements de Santé et Style de Vie**. Bruxelles. Institut Scientifique de Santé Publique; 2015.
2. Van der Heyden J & Charafeddine R, (éd.). **Enquête de Santé 2013. Rapport 1: Santé et Bien-Être**. Bruxelles. Institut Scientifique de Santé Publique; 2014.
3. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Rehm, Gmel G, et al. **Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence**. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health 2012.
4. Securex. Le baromètre annuel sur la consommation d'alcool. Communiqué de Presse, 18/12/2013.
5. **Convention collective de travail N° 100 du 1^{er} avril 2009 concernant la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise**. <http://www.cnt-nar.be/CCT-COORD/cct-100.pdf>
6. **A Public Health Approach To Drug Control in Canada. Discussion Paper**. In. Victoria, BC: Health Officers Council of British Columbia; 2005.
7. **The I-Change Model** [<http://www.maastricht-university.eu/hein.devries/interests/i-change-model>]

8. van der Zouwen T: **Building an evidence based practical guide to Large Scale Interventions : towards sustainable organisational change with the whole system.** Delft: Eburon; 2011.

2 Revue de la littérature

Kathleen Van Royen¹ Lieve Peremans¹ Roy Remmen¹ Marc Vanmeerbeek² Lode Godderis³
Philippe Mairiaux⁴

¹ Eerstelijns - en interdisciplinaire zorg Antwerpen, Universiteit Antwerpen

² Département de Médecine générale, Université de Liège

³ Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven

⁴ Santé au travail et Education pour la santé, Université de Liège

Une revue systématique de la littérature a été réalisée, recherchant les recommandations de bonne pratique publiées entre 2002 et 2012 concernant, d'une part, les méthodes de dépistage et de gestion des abus de substances (alcool, hypnotiques et tranquillisants, drogues illicites), et, d'autre part, la collaboration entre MG et MT.

2.1 Méthode

Neuf questions ont été formulées, suivant la méthode PICO ; les critères de qualité ADAPTE [8] ont été utilisés pour sélectionner les recommandations parmi les *Guidelines International Network* (GIN), *US National Guidelines Clearinghouse* (NGC) et certains sites professionnels publiant des recommandations pour les MG ou les MT. Seules les recommandations applicables à la population adulte (18-65 ans) et publiées en français, néerlandais, anglais, allemand et espagnol ont été retenues ; leur qualité a été appréciée de façon indépendante par deux chercheurs par la méthode AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Education*) [9]. Dans une seconde étape, une recherche a été opérée dans les bases de données Medline, The Cochrane Library et PsycINFO, pour y chercher les dernières recommandations publiées entre 2009 et 2012. Leur qualité a été évaluée par la checklist SIGN pour les revues systématiques [10]. Les recommandations utilisées dans le texte sont classées suivant les critères résumés ci-dessous dans le tableau 1, où le chiffre désigne le grade des recommandations, et la lettre désigne le niveau de preuve.

Table 1 : Classification des recommandations

	Grade des recommandations	Avantages / Inconvénients et risques	Qualité méthodologique des études	Implications
1 A	Recommandation forte Niveau de preuve fort	Avantages nettement supérieurs aux inconvénients ou risques	Études randomisées contrôlées (RCT) sans limitations, ou preuves convaincantes d'études observationnelles	Recommandation forte, pouvant être appliquée à la plupart des patients et dans la plupart des circonstances
1 B	Recommandation forte Niveau de preuve intermédiaire	Avantages nettement supérieurs aux inconvénients ou risques	RCT avec limitations, ou preuves convaincantes d'études observationnelles	Recommandation forte, pouvant être appliquée à la plupart des patients et dans la plupart des circonstances
1 C	Recommandation forte Niveau de preuve faible ou très faible	Avantages nettement supérieurs aux inconvénients ou risques	Études observationnelles ou études de cas	Recommandation forte, pouvant évoluer en fonction de l'apparition de niveaux de preuve supérieurs

2 A	Recommandation faible Niveau de preuve fort	Avantages et inconvénients/risques s'équilibrent	RCT sans limitations, ou preuves convaincantes d'études observationnelles	Recommandation faible ; l'attitude peut différer selon les circonstances, les patients, les valeurs sociétales
2 B	Recommandation faible Niveau de preuve intermédiaire	Avantages et inconvénients/risques s'équilibrent	RCT sans limitations, ou preuves convaincantes d'études observationnelles	Recommandation faible ; l'attitude peut différer selon les circonstances, les patients, les valeurs sociétales
2 C	Recommandation faible Niveau de preuve faible ou très faible	Incertitude quant à la balance avantages / inconvénients et risques	Études observationnelles ou études de cas	Recommandation très faible, des alternatives sont à considérer

2.2 Résultats

Vingt recommandations et 43 revues systématiques ont été incluses. Bien que la recherche ait inclus la médecine du travail, aucun guide de pratique concernant la gestion des abus de substances par les médecins du travail n'a été trouvé ; seules quelques recommandations concernant la détection de la prise d'alcool sur le lieu de travail ont été identifiées.

2.2.1 Question 1 : Quelles sont les méthodes de détection du mésusage d'alcool en médecine générale et en médecine du travail ?

2.2.1.1 Qui dépister ?

En soins primaires, un dépistage généralisé n'est ni faisable, ni souhaitable. L'attention doit se porter sur les personnes à risque accru d'usage problématique. Un dépistage ciblé est indiqué en cas de signes directs (p.ex. odeur d'alcool) ou indirects (p.ex. problèmes de sommeil, anxiété) pouvant faire suspecter une consommation. Grade 2C.

Un dépistage universel est par contre indiqué de façon périodique chez les femmes enceintes ou en âge de procréer. Le mésusage devrait idéalement être identifié avant la grossesse, afin de pouvoir initier un changement préalable à cette dernière. Grade 1B.

Un dépistage systématique et des mesures d'intervention appropriées devraient être mises en place de façon large pour les postes de travail à risque. Grade 2C.

2.2.1.2 Quels outils utiliser ?

En soins primaires, la forme courte du questionnaire AUDIT (AUDIT-C, ou les trois premières questions du questionnaire AUDIT) est recommandée pour la détection chez les adultes. Grade 2C.

Table 2 : Questionnaire AUDIT-C

<p>A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcooliques ?</p> <p>Lorsque vous consommez des boissons alcooliques, combien en consommez-vous un jour typique où vous buvez ?</p> <p>Au cours d'une même occasion, combien de fois vous est-il arrivé de boire six boissons alcoolisées (= boissons standard) ou plus ?</p>

Les tests TWEAK et T-ACE (ou AUDIT-C) peuvent être utilisés lors de consultations prénatales. Grade 2B.

Table 3 : Questionnaire T-ACE

<p>Tolérance (Tolerance) : « Combien de verres prenez-vous avant d'en ressentir l'effet ? » (plus de 2 verres donnent un pointage de 2; 2 verres ou moins donnent un pointage de 0).</p> <p>Dérangement (Annoyance) : « Est-ce que les gens vous dérangent en critiquant votre consommation d'alcool ? » (si Oui, pointage de 1).</p> <p>Diminution (Cut Down) : « Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool ? » (si Oui, pointage de 1).</p> <p>Réveil (Eye Opener) : « Avez-vous déjà eu le réflexe de prendre un verre dès votre réveil pour stabiliser vos nerfs ou éliminer votre gueule de bois ? » (si Oui, pointage de 1).</p>

Table 4 : Questionnaire TWEAK

<p>Tolérance (Tolerance) : « Combien de verres prenez-vous avant d'en ressentir l'effet ? » (deux ou plus donnent un pointage de 2 ; ou « Combien de verres pouvez-vous tolérer ? » (six ou plus donnent un pointage de 2.</p> <p>Inquiétude (Worry) : « Est-ce que vos amis se sont déjà inquiétés ou plaints de votre consommation d'alcool au cours de la dernière année ? » (si Oui, pointage de 1)</p> <p>Réveil (Eye opener) : « Avez-vous déjà pris un verre dès le saut du lit ? » (si Oui, pointage de 1)</p> <p>Amnésie (Amnesia) : « Est-ce que quelqu'un vous a déjà rapporté des choses que vous avez dites ou faites alors que vous aviez bu mais dont vous êtes incapable de vous rappeler ? » (si Oui, pointage de 1).</p> <p>Diminution (Cut down) : « Avez-vous parfois l'impression que vous devez diminuer votre consommation ? » (si Oui, pointage de 1).</p>

Les tests de laboratoires ne sont pas recommandés en dépistage du mésusage d'alcool. Grade 2C.

Les mesures directes de concentration d'alcool dans l'air expiré ou dans le sang sont des marqueurs utiles de l'usage récent et de l'intoxication alcoolique. Elles peuvent être utiles dans le dépistage sur les lieux de travail.

2.2.2 Question 2 : Quels sont les modèles de référence et de collaboration entre MG, MT et les centres spécialisés dans la prise en charge du mésusage d'alcool ?

2.2.2.1 Qui référer ?

Les MG devraient référer les patients pour des soins spécialisés en cas de :

- Symptômes de sevrage sévères comme le syndrome de Wernicke-Korsakov [11, 12] ;
- Symptômes neurologiques inexplicables pendant le sevrage [11] ;
- Un score AUDIT ≥ 20 ou en cas de dépendance avérée à l'alcool (modérée ou sévère) (ou score AUDIT-C > 8). *Grade 2C* [12-15] ;
- Comorbidité psychiatrique requérant un traitement complexe (p.ex. problèmes mentaux liés à l'abus d'alcool). *Grade 2C* [12-14] ;
- Comorbidité physique ne pouvant être prise en charge en soins primaires (p.ex. pathologie hépatique, cardiomyopathie, neuropathie). *Grade 1B* [13, 14] ;
- Choix du MG ou demande du patient. *Grade 2C* [12, 13] ;
- Plusieurs interventions brèves n'ont pas donné de résultat. *Grade 2C* [13-16] ;
- L'intervention brève qui serait indiquée n'est pas effectuée par le MG. [13] ;
- Le patient pourrait bénéficier d'une évaluation plus approfondie de sa consommation et des problèmes qui y sont liés, ou d'un entretien motivationnel. *Grade 2A* [15] ;
- Traitement antérieur pour un problème lié à l'alcool. *Grade 2A* [15] ;
- Grossesse (référence à une unité hospitalière spécialisée). [17].

2.2.2.2 A qui référer?

En général, les patients devraient être renvoyés vers une institution spécialisée dans le traitement des addictions, ou une organisation de self-help comme les Alcooliques anonymes (AA). [12, 13] ;

Les patients présentant une comorbidité psychiatrique (dépression, anxiété, problèmes relationnels, psychose, etc.) devraient être envoyés à des travailleurs sociaux, psychologues de 1^e ligne ou une institution psychiatrique. *Pas de grade* [12] ;

En cas d'intoxication aiguë, ou de symptômes de sevrage sévères, une hospitalisation est indiquée. *Pas de grade* [12] ;

Les patients dépendants devraient être encouragés à fréquenter les AA. *Grade C* [11].

Les médecins du travail devraient renvoyer les personnes présentant un mésusage à des spécialistes de la dépendance alcoolique. *Grade 2* [18].

2.2.3 Question 3 : Quelles sont les méthodes de prise en charge utilisables par les MG et les MT pour la prise en charge des patients alcooliques adultes ?

2.2.3.1 Evaluation de la consommation d'alcool

Quand une consommation est détectée, le MG doit effectuer une évaluation personnalisée afin de choisir le traitement ou la référence appropriée [13, 19, 20].

Si le MT détecte une consommation lors d'un test respiratoire, le patient devrait être orienté vers un clinicien habilité à diagnostiquer et prendre en charge les problèmes liés à l'alcool [11, 18].

2.2.3.2 Traitement non pharmacologique

Une approche par paliers est recommandée pour choisir les interventions psychosociales, comprenant l'évaluation, le suivi, la mise en place d'un plan de traitement et son renforcement en cas d'absence de réponse positive [11, 17].

Les MG devraient délivrer une intervention brève pour les personnes qui présentent un comportement à risque vis-à-vis de l'alcool et chez les personnes non dépendantes qui présentent des problèmes liés à leur consommation (consommation nuisible ou dangereuse). *Grade 1A* [11, 13, 15, 17]. Ce type d'intervention n'est pas recommandé pour des problèmes graves ou en cas de dépendance.

L'intervention brève devrait également être utilisée dans les consultations prénatales de routine pour réduire la consommation des femmes enceintes. *Grade 1B* [11, 17, 21].

L'intervention brève peut être utilisée dans les situations à risque dans les milieux de travail, mais pas isolément [17].

L'intervention brève devrait être basée sur un cadre dont la validité a été prouvée (FRAMES ou FLAGS) [11, 13, 14, 17].

Table 5 : Méthode FRAMES

<p>Feed back : informer sur les problèmes présentés du fait de l'alcool ;</p> <p>Responsability : rappeler que rien ne peut se faire sans une décision personnelle ;</p> <p>Advice : donner son avis personnel de médecin ;</p> <p>Menu of change : donner le choix entre différentes stratégies de réduction de consommation et de suivi ;</p> <p>Empathy : avoir une attitude chaleureuse, compréhensive, ni autoritaire, ni culpabilisante ;</p> <p>Self-efficacy : insister sur les capacités personnelles du patient pour renforcer sa motivation.</p>

2.2.3.3 Traitement pharmacologique

Le sevrage ambulatoire est approprié pour ceux dont on peut prédire un décours assez facile : support social proche, pas d'antécédents de complications sévères d'un sevrage antérieur, absence de comorbidité médicale ou psychiatrique, ou autre trouble lié à l'abus de substances. *Grade 2A* [17].

Le sevrage ambulatoire doit être suivi de façon rapprochée, quotidienne, par une évaluation standardisée (test urinaire ou respiratoire) par un médecin ou une infirmière. *Grade 2A* [15].

Les benzodiazépines, utilisées pendant 7 jours, constituent le meilleur moyen de gérer les symptômes de sevrage par les MG. *Grade 1A* [11, 12, 15, 17, 18, 22].

Le sevrage seul ne prévient pas les rechutes, une prise en charge complémentaire est nécessaire. *Grade 2A* [17].

Les MG ne devraient pas gérer le sevrage chez les femmes enceintes, qui seront adressées pour ce faire à un hôpital général [17].

2.2.3.4 *Traitement d'entretien*

Certains patients bénéficient utilement d'une participation au long cours à des groupes de self-help (p.ex. AA). *Grade 2C* [17, 18, 20].

L'acamprosate est recommandé dans la suite du sevrage, en combinaison avec des interventions psychosociales. *Grade 2C* [11, 12, 18]. Bien que ce traitement soit habituellement initié par un spécialiste, il est habituellement poursuivi par le MG durant un an ; il peut être initié par le MG si nécessaire [11, 20].

Le disulfiram oral peut être utilisé dans la prévention des rechutes, à condition que les patients soient informés de la nécessité d'une abstinence totale, et des dangers de l'utilisation concomitante d'alcool. *Grade 2C* [11, 12, 18].

Il est recommandé que les centres de soins primaires gardent un contact à long terme avec des patients précédemment traités par des services spécialisés en alcoologie [11, 17, 20].

2.2.4 Question 4 : Quelles sont les méthodes de détection de l'usage des drogues illégales par les MG et les MT ?

2.2.4.1 *Qui dépister ?*

La question de l'usage récent de drogues devrait être posée en cas de symptômes en suggérant l'usage : p.ex. douleur précordiale aigue chez un sujet jeune, psychose aigue, troubles de l'humeur ou du sommeil [23-25].

Les femmes enceintes et en âge de procréer devraient être dépistées régulièrement. *Grade 1A* [26].

2.2.4.2 *Quels outils utiliser ?*

Les tests biologiques (sur urine ou prélèvement oral) peuvent confirmer l'usage de drogues; ils doivent être utilisés dans une évaluation plus large de la problématique. Ils ne permettent pas de distinguer les utilisateurs réguliers des utilisateurs occasionnels [23-25].

Des outils psychométriques sont utiles en complément de l'évaluation, mais ne peuvent pas être utilisés pour le diagnostic de l'utilisation de drogue [27].

Pour les femmes enceintes, lorsqu'un dépistage est indiqué, le test urinaire est préféré. *Grade 1A* [26].

2.2.5 Question 5 : Quels sont les modèles de référence et de collaboration entre MG, MT et centres spécialisés dans la prise en charge de l'usage de drogues illicites ?

2.2.5.1 *Qui référer et à qui ?*

Avant le sevrage aux opioïdes, il est recommandé de déterminer le niveau et la sévérité de la dépendance, ainsi que l'usage concomitant d'autres substances (alcool, benzodiazépines, stimulants) [28]. Il est recommandé de référer pour un traitement spécialisé si [27]:

- Pas de résultat d'un précédent sevrage antérieur en ambulatoire;
- Comorbidités physique ou mentale nécessitant des soins médicaux ou de nursing ;

- Sevrage simultané de plusieurs substances (ex. alcool et benzodiazépines) ;
- Problèmes sociaux limitant le bénéfice d'un sevrage ambulatoire.

Le traitement pharmacologique devrait être largement accessible, et donc également en soins primaires.

Les femmes enceintes doivent être adressées à des obstétriciens et/ou sages-femmes spécialisés ou collaborant avec des services spécialisés en addictions [23].

2.2.6 Question 6 : Quelles sont les méthodes utilisables par les MG et les MT pour la prise en charge des patients abusant de drogues illicites ?

2.2.6.1 *Evaluation individuelle*

La prise en charge en soins primaires est indiquée si le patient [15]

- Refuse le recours à un service spécialisé ;
- Présente des comorbidités sérieuses ;
- A déjà consulté plusieurs fois un niveau de soins spécialisés sans progrès notable.

Une évaluation globale est requise avant de choisir un traitement ; il faut confirmer la dépendance aux opioïdes par l'anamnèse et l'examen clinique, et par le dépistage par tests biologiques [15, 22, 23, 27, 29].

Il n'y a pas d'agent pharmacologique qui traite la dépendance à la cocaïne ou aux amphétamines [30]. La gestion des conditions psychosociales doit être envisagée, notamment en situation d'urgence, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies de couple, etc. [25].

Pour le cannabis, il semble que tous les types de psychothérapies, individuelles ou en groupe, ont un effet intéressant, mais les conclusions ne sont pas claires [31].

2.2.6.2 *Traitement pharmacologique*

Le sevrage des opioïdes est rarement obtenu et le traitement de substitution par un agoniste est l'option de choix. *Grade 2A* [15, 27, 29]. La méthadone est la substance de choix (*Grade 1A* [15, 29]), y compris durant la grossesse. Dans ce dernier cas, la buprénorphine constitue une alternative, bien qu'il y ait moins de preuves de son innocuité (*Grade 1A* [26, 29]).

Les interventions psychosociales appropriées doivent accompagner le traitement de substitution. *Grade 2A* [15, 27, 29].

Pour les patients ne prenant pas de traitement de substitution, le traitement antagoniste par naltrexone peut être considéré dans les suites du sevrage [29].

2.2.7 Question 7 : Quelles sont les méthodes de détection de l'abus d'hypnotiques et tranquillisants utilisables par les MG et les MT ?

2.2.7.1 *Qui détecter ?*

Pour détecter un abus, les MG doivent être attentif au : [32]

- Risque d'abus avec une médication potentiellement addictive, spécialement chez les patients à risque. Dans ces situations, le MG doit évaluer régulièrement le risque de dépendance.
- Comportement spécifique de patients qui demandent l'exploration de possibles abus.

Toutes les femmes enceintes et en âge de procréer devraient être dépistées périodiquement. *Grade 1A* [26].

2.2.7.2 *Outils de détection*

Identifier les patients à risque avec le test *Two-Item Conjoint Screening* (TICS). *Grade 1C* [32]. Quand le testing est indiqué cliniquement pour des femmes enceintes, le dépistage urinaire est la meilleure méthode. *Grade 2A* [26].

Table 6 : Test TICS

Au cours de la dernière année, avez-vous bu, ou consommé des médicaments, plus que vous ne le vouliez ?
Avez-vous ressenti le désir ou la nécessité d'arrêter de boire ou de consommer des médicaments durant la dernière année ?

2.2.8 Question 8 : Quels sont les modèles de référence et de collaboration entre MG, MT et centres spécialisés dans la prise en charge de l'abus de médicaments psychotropes ?

En fonction de ses compétences, le MG devrait demander l'aide de cliniciens spécialisés dans le traitement de patients abusant de substance, ainsi qu'une assistance psychosociale. Si la consommation est liée à une douleur, il faut référer à un centre de la douleur [32]. Un avis spécialisé est requis si le patient a [33]:

- une histoire de dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues ;
- des désordres psychiatriques ou médicaux concomitants ;
- des antécédents de crises d'épilepsie lors de sevrages antérieurs.

Une collaboration avec les pharmaciens est utile. *Grade 1C* [32].

2.2.9 Question 9 : Quelles sont les méthodes utilisables par les MG et les MT pour la prise en charge des patients abusant de médicaments psychotropes ?

Avant tout traitement une évaluation est recommandée.

Le sevrage de benzodiazépines ou de drogues Z (zolpidem, zopiclone) peut-être géré en soins primaires si : (*Pas de grade* [33])

- La volonté, la confiance et le support social sont présents ;
- Il n'y a pas d'antécédents on de sevrage compliqué ;
- Les patients sont d'accord d'être suivi régulièrement.

Interventions

- Option 1 : intervention minimale. Commencer par une information minimale générale et un conseil. *Pas de grade* [34], *Grade B* [35].
- Option 2 : réduction graduelle des doses. Évaluer d'abord si le patient peut arrêter sa consommation sans remplacement par du diazépam. Le sevrage doit être graduel : réduction de 5 à 10 % toutes les une à deux semaines, en accord avec la sévérité des symptômes de sevrage *Grade 1A* [15, 22, 32, 35]. Il faut gérer l'anxiété, la dépression et l'insomnie.

2.3 Discussion

Cette étude n'a pris en compte que les guides de pratique clinique et les revues systématiques de la littérature, à l'exclusion d'autres niveaux de preuve ou de la littérature grise. D'une façon générale, la qualité des guides de pratique était faible, en particulier pour la méthodologie de développement, l'applicabilité et l'implication des décideurs ; cette remarque vaut pour nombre de guides de pratique clinique [36].

L'importance du rôle des médecins du travail a pu être partiellement occultée par le focus placé sur la détection et la gestion des abus de substances. Cependant, les études menées dans ce contexte qui ont été identifiées péchaient souvent par manque de rigueur méthodologique [37].

Quelques recommandations sont basées sur de nombreuses preuves et dans divers environnements, comme l'utilisation du test AUDIT en soins primaires. De nombreuses autres recommandations sont basées sur des réunions de consensus et présentent dès lors un plus faible niveau de preuve. En particulier, des études évaluant l'efficacité des instruments de détection du mésusage de substances en médecine générale ou en médecine du travail manquent encore.

A notre connaissance, cette étude est la première à explorer les ressources et stratégies pour la collaboration entre les soins primaires et la médecine du travail en cas d'abus de substances, et entre la médecine du travail et les services spécialisés de prise en charge des abus de substances. Malheureusement, il faut constater le manque de standards et de recommandations en ce domaine. Quelques études font état de l'amélioration de la collaboration entre MG et MT [38]. Il existe une demande des deux côtés mais l'amélioration dépendra d'une meilleure compréhension en profondeur des rôles, contraintes et niveau d'influences respectifs [39, 40]. Les MT sont au centre d'un débat éthique à propos du dépistage de l'usage de substances, qui oppose les points de vue des travailleurs et des employeurs [41].

Des études précisant la place et le type d'interventions sur les lieux de travail, dans le cadre de la médecine du travail, et en collaboration avec les structures existantes de prise en charge, sont vivement souhaitables. Au vu du nombre de patients non pris en charge actuellement, toutes les opportunités permettant d'améliorer cette situation doivent être investiguées. D'autres parties de ce rapport indiquent en effet que nombre de patients en situation d'abus de substances sont encore au travail où ils présentent certainement un risque pour leurs collègues et pour eux-mêmes.

2.4 Bibliographie

1. Gisle L, Hesse E, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J, Tafforeau J: **Health Interview survey, 2008**. In. Brussels: Scientific Institute of Public Health; 2010.
2. **Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings**. In: *NSDUH Series H-41*. Rockville, MD; 2011.
3. Shahandeh B: **Alcohol and drug problems at work. The shift to prevention**. Geneva: International Labour Organization; 2003.
4. **Het alcoholgebruik van de Belgische werknemer**. In. Brussel: Securex; 2008.
5. **A New Approach to Managing Illegal Psychoactive Substances in Canada**. In. Ottawa: Canadian Public Health Association; 2014.
6. **The I-Change Model** [<http://www.maastricht-university.eu/hein.devries/interests/i-change-model>]
7. **What is LSI** [<http://www.largescaleinterventions.com/english%20version/intro%20What%20is%20LSI.htm>]
8. **Manual for Guideline Adaptation. Version 1.0** [<http://www.adapte.org/www/upload/actualite/pdf/Manual%20&%20Toolkit.pdf>]
9. The AGREE Collaboration: **Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II**. 2009.
10. **Methodology checklist 1: systematic reviews and meta-analyses** [<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/checklist1.html>]
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): **The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline**. In. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2003.
12. Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher P, Njoo K, Boomsma LJ: **Problematisch alcoholgebruik (M10)**. *Huisarts Wet* 2005, **48**(6):284-285.
13. J. Michels SH, G. Dom, M. Goossens, G. Van Hal, P. Van Royen: **Problematisch alcoholgebruik. Aanpak door de huisarts**. *Gevalideerd door CEBAM in februari 2011* 2011.
14. **Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking (PH 24)** [<http://guidance.nice.org.uk/PH24>]
15. VA/DoD - Department of Veteran Affairs DoD: **clinical practice guideline for management of substance use disorders (SUD)**. In. Washington (DC): Department of Veteran Affairs, Department of Defense; 2009: 158 p.

16. **Stoornissen in het gebruik van alcohol (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken)**
[<http://nhg.artsennet.nl/web/file?uuid=11e6873f-b30d-496f-b7de-25d16fd051a4&owner=40b26d44-3397-4e5b-8e84-5be19f29449d>]
17. Australian Government Department of Health and Ageing: **Guidelines for the treatment of alcohol problems**. In.; 2009.
18. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ **Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol**. In. Utrecht: Trimbos Instituut; 2009.
19. **Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG 115)** [<http://www.nice.org.uk/CG115>]
20. **Alcohol - problem drinking (Prodigy)**
[http://prodigy.clarity.co.uk/alcohol_problem_drinking]
21. Carson G, Vitale Cox L, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, Koren G, et al.: **SOCG Clinical practice guideline: Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. No 245**. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2010, **32**(8).
22. VAD - Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen: **Richtlijnen bij het voorschrijven van benzodiazepines aan illegale druggebruikers**. In. Belgium; 2008.
23. **Opioid dependence (Prodigy)** [http://prodigy.clarity.co.uk/opioid_dependence]
24. **Screening for illicit drug use: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force. NGC:006245**
[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12148&nbr=6245]
25. **Drug misuse: psychosocial interventions (CG51)** [<http://guidance.nice.org.uk/CG51>]
26. **Substance use in pregnancy. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. NGC:008510** [<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=33136>]
27. **Drug misuse: opioid detoxification (CG52)** [<http://guidance.nice.org.uk/CG52>]
28. **Drug misuse – opioid detoxification | Guidance and guidelines | NICE**
[<http://www.nice.org.uk/guidance/CG52>]
29. World Health Organisation: **Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence**. In. Switzerland; 2009.
30. Amato L, Minozzi S, Pani PP, Davoli M: **Antipsychotic medications for cocaine dependence**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, **Issue 3**.
31. Denis C, Lavie E, Fatseas M, Auriacombe M: **Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, **Issue 3**.
32. P. Chevalier MD, P. Dereau, D. Duray, J. Gailly, D. Paulus, M. Vanhalewyn: **Geneesmiddelenverslaving**. . *Gevalideerd door CEBAM in januari 2009* 2009.
33. National Health Service - NHS Clinical Knowledge Summaries (CKS): **Benzodiazepine and z-drug withdrawal - Management**. In. UK; 2009.
34. **NHG Standaard – Slaapproblemen en slaappmiddelen (M23)**
[http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M23_svk.htm]
35. Psychopharmacology BAf: **Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology**. In. 2004; 2004.
36. Alonso-Coello P, Irfan A, Sola I, Gich I, Delgado-Noguera M, Rigau D, Tort S, Bonfill X, Burgers J, Schunemann H: **The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies**. In: *Quality & safety in health care. Volume 19*, edn. England; 2010: e58.
37. Webb G, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R, Havard A: **A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems**. In: *Addiction. Volume 104*, edn. England; 2009: 365-377.

38. Buijs P, Van Amstel R, FJ VD: **Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation** *Occup Environ Med* 1999, **56**:709–713.
39. Beaumont DG: **The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study.** *Occup Med* 2003, **S3**:249–253.
40. Mairiaux P, Vanmeerbeek M, Schippers N, Denoël P, Tiedtke C, Mortelmans K, Donceel P: **Amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle.** In. Brussels: Federal Public Service Employment, Labour and Social Dialogue; 2011.
41. Shahandeh B, Caborn J: **Ethical issues in workplace drug testing in Europe.** In. Geneva: International Labour Office; 2003.

3 Caractéristiques de la population consultant en médecine générale et présentant un abus de substances

Nicole Boffin¹, Jérôme Antoine¹, Viviane Van Casteren¹, Marc Vanmeerbeek², André Lemaître³, Frédéric Ketterer², Lieve Peremans⁴

¹ Institut scientifique de Santé publique

² Département de Médecine générale, Université de Liège

³ Institut des Sciences Humaines et Sociales, Criminologie, Université de Liège

⁴ Eerstelijns - en interdisciplinaire zorg Antwerpen, Universiteit Antwerpen

3.1 Introduction

En Belgique, la consommation de substances dans la population générale est évaluée dans les enquêtes de santé par interview, réalisées par l'Institut scientifique de Santé publique (ISP). La dernière a été réalisée en 2013 et ses résultats viennent d'être publiés [1-3]. L'ISP s'occupe également du *Belgian Treatment Demand Indicator Register* (BTDIR), qui fait partie de l'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA).

Le consortium a initié une collaboration avec l'ISP pour évaluer dans quelle mesure l'abus de substances est aujourd'hui pris en charge par les médecins généralistes (MG). Le réseau belge de médecins vigies a été utilisé pour récolter ces informations. Ce réseau couvre l'entièreté du pays et comprend approximativement 150 MG volontaires qui récoltent des données cliniques en routine pour la surveillance de problèmes de santé spécifiques [4]. Les données récoltées sont notées chaque semaine sur un formulaire d'enregistrement standardisé.

Cette étude pilote avait pour but de décrire les caractéristiques de la population entre 18 et 65 ans traitée pour abus de substances en médecine générale, les traitements reçus et le résultat à cinq mois. L'objectif supplémentaire était de décrire le statut d'emploi des patients au moment de l'enregistrement et cinq mois plus tard. Cette étude n'est pas une étude de prévalence ; elle ne peut donner une idée de la charge de travail en médecine générale.

3.2 Méthode

Un formulaire d'enregistrement a été développé en étroite collaboration entre les chercheurs du consortium Up to Date et de l'ISP.

Ce formulaire reprenait :

- Les substances (alcool, cannabis, opiacés, méthadone, cocaïne, ecstasy, hypnotiques, tranquillisants, antidouleurs) dont l'usage était problématique dans les quatre dernières semaines ou sur une période plus longue, et le nombre d'années d'usage problématique.
- Les problèmes liés à l'abus de substances : physiques, psychologiques, au niveau de l'emploi et au niveau social.
- Le statut d'emploi durant les quatre dernières semaines, la profession, et si pertinent les raisons de non emploi : chômage, retraite, congé de maladie, invalidité, étudiants, sans profession.
- La prise en charge en cours, par le MG, dans un centre ambulatoire ou résidentiel, par un professionnel de santé mentale. Dans tous les cas la technique utilisée (intervention brève traitement médicamenteux ou non) était enregistrée. Une note précisant si le contact enregistré était le premier pour l'abus de substances, et si le patient était référé à un spécialiste, et, si oui, au quel.

L'enregistrement a eu lieu de mai à octobre 2013 de façon hebdomadaire. Des données de suivi ont été collectées pour tous les patients cinq mois après le premier enregistrement. Les critères d'inclusion

et les définitions de l'abus de substances étaient joints sur une feuille d'instruction adressée au médecin vigie. Une définition leur a été donnée pour le *binge drinking* et pour l'intervention brève. Il leur était demandé d'enregistrer tous les patients de 18 à 65 ans qu'ils traitaient pour abus de substances. Les médecins ont reçu une liste de tous leurs patients enregistrés en février 2014 de façon à compléter ou corriger leur liste.

3.3 Résultats

3.3.1 Participants

104 des 139 pratiques de médecins vigies existantes ont participé à l'enquête, et 479 patients ont été enregistrés, dont 396 étaient toujours suivis à la fin de la période d'enregistrement (figure 1). 322 patients (67 %) avaient encore eu un contact ou plus avec le MG durant les cinq mois de suivi, dont 183 durant le dernier mois. 66 % des patients étaient des hommes et 34 % des femmes. L'âge moyen était de 47 ans. 35 % de la population avait de 45 à 54 ans (tableau 1).

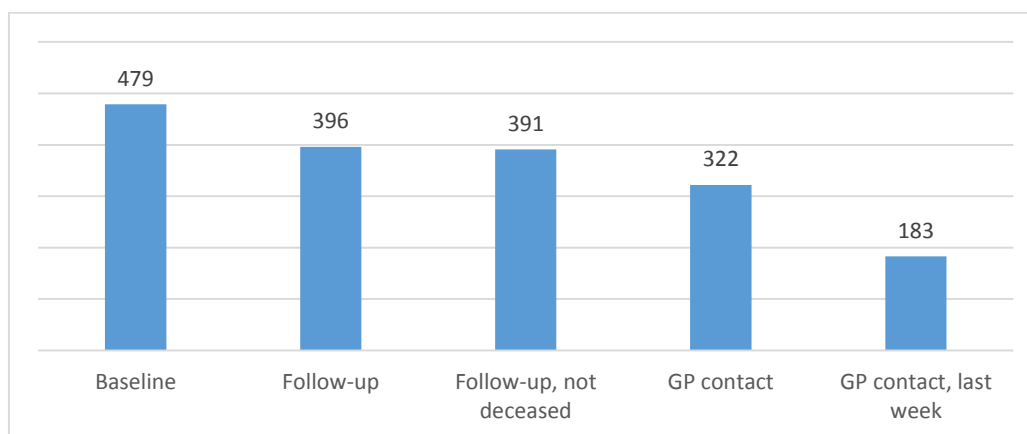


Figure 1 : Study data flow

Tableau 1

Age groups	%
<25	5
25-34	17
35-44	20
45-54	35
55-64	23

3.3.2 Substances utilisées

47 % des patients ne consommaient que de l'alcool, 23 % consommaient de l'alcool et une autre substance. 47 % des patients étaient abstinents dans le dernier mois.

24 % des patients étaient pris en charge pour la première fois, les autres étaient déjà en traitement. La durée de l'abus de substances était très longue pour la plupart des patients : 57% abusait depuis plus de 10 ans (tableau 2). Seul 3 % des patients n'avaient de problème ni physique, ni mental, ni social, lié à l'abus de substances.

Tableau 2

Durée de l'abus de substance (années)	%
<1	5
2-4	18
5-9	21
10-19	35
>20	21

Les problèmes liés à l'abus de substances sont listés dans le tableau 3.

Tableau3 : Caractéristiques des patients (N=479)

	Total
Sexe	N(%)
Homme	315 (66.5)
Femme	159 (33.5)
Age	
<25	24 (5.0)
25-34	82 (17.1)
35-44	96 (20.0)
45-54	166 (34.7)
55-64	111 (23.2)
Abus de substance	305(63.7)
Usage problématique de substances	
Alcool	336 (70.2)
Binge drinking	22(4.6)
Alcool, sans binge drinking	314(65.6)
alcool seul	226(47.2)
Cannabis	102(21.3)
Opiacés	61(12.7)
Méthadone	53(11.1)
Cocaïne	39(8.1)
Ecstasy	9(1.9)
DROGUES (cannabis et/ou opiacés et/ou cocaïne et/ou ecstasy)	139(29.0)
Psychostimulants	18(3.8)
Hypnotiques	46(9.6)
Tranquillisants	75(15.7)
Antidouleurs opiacés	34(7.1)
drogues (1 ou > 4)	168(35.1)
Autres substances	6(1.3)
Durée d'usage problématique (années)	
1 et moins	16(4.3)
2-4	64(17.2)
5-9	80(21.5)
10-19	129(34.6)
20+	84(22.5)
Problèmes liés à l'abus de substances	
Problèmes physiques	
Gastro-intestinal	110(23.0)
Blessures (accidentelles ou dues à la violence)	87(18.2)
Cardiovasculaire	51(10.7)
Respiratoire	24(5.0)
Autres	52(10.7)
PROBLEMES PHYSIQUES SEULEMENT	233(48.6)
Problèmes Psychologiques	
Dépression	223(46.6)

Anxiété	196(40.9)
Troubles du sommeil	172(35.9)
Problèmes de mémoire et de concentration	110(23.0)
Tentative de suicide	29(6.1)
Risque suicidaire	25(5.2)
Autres	31(6.5)
PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES SEULEMENT	378(78.9)
Problèmes au travail (pour ceux qui sont au travail)	
Problèmes relationnels	54(30.0)
Absentéisme	37(20.6)
Menace de licenciement	17(9.4)
Changement de poste de travail	14(7.8)
Autres	5(2.8)
PROBLEMES AU TRAVAIL SEULEMENT	91(50.6)
Problèmes sociaux	
Avec le/la partenaire, les proches	265(55.3)
Problèmes judiciaires	66(13.8)
Problèmes financiers	140(29.2)
Isolement social	110(23.0)
Autres	13(2.7)
PROBLEMES SOCIAUX SEULEMENT	351(73.3)
TOUS	466(97.3)

Seuls 40% des patients étaient encore au travail (tableau 4).

Tableau 4

Statut d'emploi	%
Au travail	39,3
Chômage	15,1
Congé de maladie	9,4
Incapacité permanente	19,2
Étudiant	1,5
Retraité	6,1
Sans revenus	9,4

3.3.3 Prise en charge

Lors de l'enregistrement, 69% des MG déclarent réaliser une intervention brève, 53% offrent un traitement non médicamenteux ou un support psychologique, et 61% un traitement médicamenteux. Un patient sur 2 est pris en charge par le MG seul, principalement en cas d'abus d'une seule substance (OR 2.4 [CI 1.1-5.6]), ou en cas de problèmes d'intensité basse ou modérée liés à l'abus (problèmes physiques, psychologiques, au travail ou d'ordre social) (OR 5.5 [CI 2.5-12.1]).

En cas de première prise en charge du problème d'abus, le MG traite seul 14% des cas seulement. Seuls 5% des patients ne voient qu'un thérapeute spécialisé.

3.4 Limites de l'étude

Quelques données du recueil sont incohérentes, p.ex. pas de problème physique mentionné alors qu'il est fait état d'une référence pour ces problèmes, intervention brève signalée pour des traitements spécialisés ; les données concernant des traitements antérieurs sont manquantes dans 9% des cas.

De leur propre avis, 29% des médecins-vigies sont au-dessus de la moyenne en ce qui concerne le nombre de patients qui présentent un abus de substances, le type d'abus, et leur propre expertise en ce domaine. Le formulaire d'enregistrement a été jugé trop long et complexe ; plus de définitions de termes devraient être fournies (ex. prise en charge de l'abus de substance, nouvel épisode/épisode en cours). Que faire des patients connus mais non suivis pendant la période d'enregistrement ?

3.5 Conclusion

Les MG prennent en charge les patients avec un abus de substance, au moyen de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Ils sont le seul thérapeute dans la moitié des cas, surtout en cas de problèmes modérément complexes : patients plus âgés, plus souvent encore au travail, n'abusant que d'une seule substance (en majorité l'alcool) mais pour une période prolongée, déjà en traitement (au moment de l'enregistrement) et plus souvent abstinent au cours du mois précédent l'enregistrement. Il s'agit donc le plus souvent de situations relativement stables.

Quatre-vingt pourcents des médecins-vigies pensent qu'un enregistrement régulier de ces problèmes est réalisable.

3.6 Bibliographie

[1] Gisle L. **La consommation d'alcool**. Dans : Gisle L, Demarest S (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. WIV-ISP, Bruxelles, 2014

[2] Gisle L. **L'usage de drogues**. Dans : Gisle L, Demarest S (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. WIV-ISP, Bruxelles, 2014

[3] Gisle L. **Santé mentale**. Dans : Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014

[4] Nicole Boffin, Sarah Moreels and Viviane Van Casteren. **The Belgian network of Sentinel General Practices between 2007 and 2012: a short report**. Brussels, Institute of Public Health, November 2013.

4 Quels facteurs influencent les pratiques des médecins généralistes en matière d'abus de substances ? Approches qualitative et quantitative

Frédéric Ketterer¹, Linda Symons², Marie-Claire Lambrechts³, Philippe Mairiaux⁴, Lode Godderis^{3,5}, Lieve Peremans^{2,6}, Roy Remmen², Marc Vanmeerbeek¹

¹ Department of General Practice/Family Medicine, University of Liege

² Department of Primary and Interdisciplinary Care, University of Antwerp

³ KU Leuven, University of Leuven, Centre for Environment and Health

⁴ Department of Occupational Health and Health Promotion, University of Liege

⁵ IDEWE, External Service for Prevention and Protection at Work

⁶ Department of Public Health, Vrije Universiteit Brussels

⁷ Vereniging coor Alcohol- en andere Drugproblemen

4.1 Méthodes

Le « Integrated Model for Change » de Hein De Vries (I-Change Model) a été utilisé comme base conceptuelle pour étudier l'ensemble des facteurs qui sous-tendent la décision d'un MG de prendre en charge ou non un patient abusant de substances [1] (figure 1).

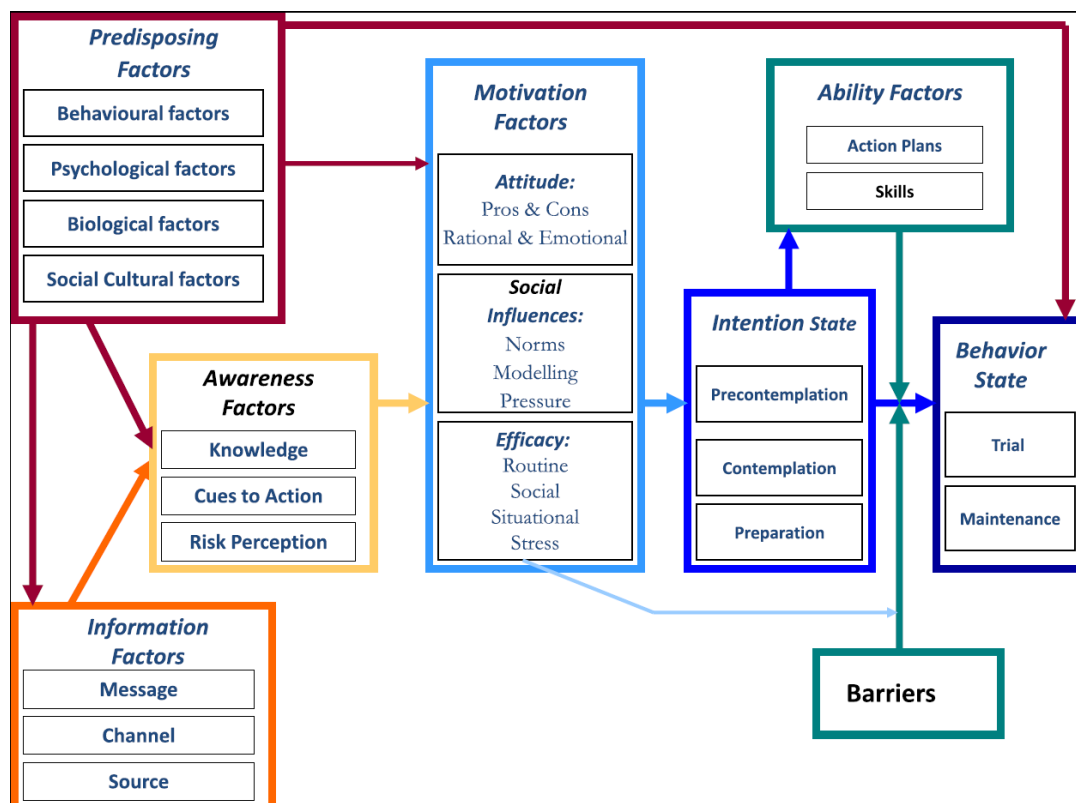


Figure 1 : Le I-Change Model [1]

Ce modèle a déjà été utilisé pour étudier des situations cliniques complexes, tant chez des patients que chez des professionnels de santé [2-5].

4.1.1 Etude qualitative

Vingt MG ont été recrutés pour un entretien individuel approfondi, dans les provinces de Liège et Anvers, après une brève enquête portant sur leur pratique. L'échantillon a été sélectionné de façon à obtenir une grande diversité de profils sociodémographiques (ancienneté, sexe, pratique solo ou associative, mode de financement de la pratique) et d'expériences en matière de prise en charge d'abus de substances. Les entretiens ne portaient que sur une seule substance par entretien, choisie d'après l'expérience particulière du MG.

L'I-Change Model a servi de base pour la réalisation du guide d'entretien et pour l'analyse thématique des entretiens.

4.1.2 Etude quantitative

Afin de conserver une cohérence entre la phase exploratoire et la phase quantitative de l'étude, l'I-Change Model a été conservé comme structure du questionnaire. Les données qualitatives ont servi à centrer les questions autour des éléments qui semblaient les plus discriminants entre MG. D'autres éléments ont été ajoutés sur base de la littérature et de l'expérience professionnelle des uns et des autres. La dernière question interrogeait les MG quant à la pratique réelle de prise en charge de patients abusant de substances. Une grande partie des questions ont été subdivisées en quatre modalités de réponse selon les substances : l'alcool, les psychotropes, les drogues illégales et le cannabis (ce dernier faisant l'objet d'un traitement particulier par les MG).

54 questions étaient réparties dans les différentes catégories de l'I-Change model. La majorité du questionnaire était composée d'échelles de Likert à cinq modalités. Parmi les questions ouvertes, l'une d'entre elles portait sur les critères sur lesquels se basaient les MG pour définir la consommation d'une substance comme étant abusive.

Le questionnaire a ensuite été diffusé de manière postale à un échantillon aléatoire de 2567 MG sélectionnés dans une liste de MG francophones et néerlandophones ; une version en ligne a également été utilisée, promue via divers réseaux : les sociétés scientifiques de MG, lettres ou journaux d'information périodique à destination des MG, réseaux professionnels, etc. La passation du questionnaire a été faite de septembre à novembre 2013.

L'analyse a consisté d'abord en une analyse descriptive, ensuite en une série de tris croisés entre les différents constituants du I-Change Model permettant d'expliquer la prise en charge ou non des patients abusant de telle ou telle substance. Cette analyse a été réalisée avec, de manière systématique, le fait de voir ou non des patients abusant de la substance considérée comme variable à expliquer. L'ensemble des variables comprises dans les différentes parties du modèle ont ainsi été testées en tant que variables explicatives. Suite à ce premier travail d'analyse univariée, les variables considérées comme significatives suivant le test du χ^2 ont été retenues et intégrées à une régression logistique afin de mesurer le poids et l'importance de chacune d'entre elles comparativement aux autres (analyse multivariée). Les analyses univariée et multivariée ont été réalisées substance par substance.

4.2 Résultats

Vingt MG ont été interrogés personnellement au cours d'entretiens approfondis (table 1) ; 413 MG ont répondu à l'enquête quantitative (table 2).

Table 1 : Population de l'enquête qualitative

Sexe	Hommes	10
	Femmes	10
Langue	Francophones	10
	Néerlandophones	10
Ancienneté	<10	5

	10-30	10
	>30	5
Mode de pratique	Solo	7
	Groupes mono-disciplinaire	8
	Association pluridisciplinaire (MM)	5

Table 2 : Population de l'enquête quantitative

Sexe	Hommes	54,3%
	Femmes	45,7%
Langue	Francophones	49,9%
	Néerlandophones	50,1%
Âge	<40	28,2%
	40-55	38,8%
	>55	33%
Mode de pratique	Solo	42%
	Groupes mono-disciplinaires	35,6%
	Groupes pluridisciplinaires (dont Maisons médicales)	22,4%

La proportion de MG voyant des patients abusant de substances varie fortement selon la substance considérée (table 3).

Table 3 :

Voient des patients	%	N
abusant d'alcool	88,7	336
abusant de tranquillisants et d'hypnotiques	88,8	332
abusant de cannabis	54,1	191
abusant d'autres drogues illégales	43,2	147

4.2.1 Définition de la consommation abusive

Les MG avaient une difficulté à identifier une consommation problématique avant qu'elle ne se matérialise par ses conséquences sanitaires (dépendance) ou sociales. Néanmoins, dans le cas de l'alcool et des tranquillisants et somnifères, une part non négligeable de MG évoquaient les quantités consommées. En revanche, dans le cas des drogues illégales – *a fortiori* en excluant le cannabis – une dimension non purement sanitaire s'exprimait, puisque plus d'un MG sur 2 considérait alors toute consommation comme abusive en soi.

4.2.2 Facteurs de prédisposition

Dans les entretiens, une pratique urbaine, un niveau socioéconomique bas parmi les patients ou une plus grande proportion de migrants, une population plus jeune, des problèmes psychiatriques ou sociaux ont été décrits comme favorisant le fait de devoir prendre en charge des abus de substances. Certains MG considéraient que le système de paiement forfaitaire du MG tendait à augmenter le nombre de patients pris en charge. Ces éléments n'ont pas été confirmés par l'analyse quantitative.

4.2.3 Facteurs de conscientisation

Dans l'enquête qualitative, l'utilisation de littérature spécifique pour guider l'action était rare, de même que l'utilisation de tests de dépistage. Le vocabulaire utilisé mêlait sans beaucoup de distinction « mésusage », « addiction » ou « usage problématique ». La référence la mieux connue était la quantité maximale recommandée par l'OMS en matière de boissons alcoolisées.

Les compétences relationnelles du MG, bien qu'incontournables dans ce type de prise en charge, semblaient plus souvent liées à la personnalité du MG qu'à des formations spécifiques, principalement en Wallonie. Le niveau de formation dans le domaine était très hétérogène. L'âge et l'expérience jouaient souvent en faveur de la prise en charge.

4.2.4 Facteurs motivationnels et représentations de l'abus de substance

L'histoire personnelle de chaque médecin, une expérience d'abus chez un proche étaient des facteurs importants dans la volonté de prendre en charge des abus de substances, surtout pour les drogues illégales ; dans les entretiens, il arrivait aussi que l'expérience personnelle du MG amène à plus d'intransigeance face à cette thématique. La capacité à gérer ses émotions personnelles et son temps de travail, étaient également importantes ; la crainte de l'épuisement et du burnout, liée à la prise en charge prolongée de patients difficiles étaient fort présentes. Le sentiment d'efficacité personnelle était lié à la qualité de la relation avec le patient, à la confiance dans ses propres compétences, et à une gestion positive de ses propres émotions. La satisfaction liée à ces prises en charge n'était pas souvent au rendez-vous, mais les succès engrangés contribuaient fortement à donner du sens à leur travail de médecin.

Deux profils de MG sont apparus : soit ils considéraient les abus de substances comme une maladie chronique, faisant partie des problèmes que leur métier appelle à gérer, soit ils voyaient les patients au travers de jugements moraux, mettant en exergue leur responsabilité dans les dommages personnels et sociaux observés.

Alors que les MG considéraient que les abus de tranquillisants, de somnifères, ainsi que d'alcool, font partie de leur travail, une plus faible proportion émettait cet avis concernant les drogues illégales, exception faite du cannabis. La différence entre les différentes substances se retrouvait aussi quant à la question de savoir s'il était difficile d'aborder les abus de manière constructive, où plus de MG appuyaient cette proposition dans le cas des drogues illégales que dans le cas de l'alcool ou des tranquillisants et somnifères. Le sentiment d'impuissance ressenti par les MG face aux abus était plus marqué dans le cas des drogues illégales que dans celui des autres substances. L'abus de psychotropes partageait les MG : certains le voyaient comme un problème émergent, d'autres étaient plus tolérants, surtout vis-à-vis des personnes âgées ; certains ressentaient une certaine culpabilité d'avoir initié la prise de ces médicaments.

Table 4 : Variables d'attitude des MG (en %)

Questions		non	neutre	oui
En tant que MG, je trouve que c'est mon travail de prendre en charge les abus de	Alcool	7,2	6,7	86,1
	Tranquillisants et somnifères	4,7	4,9	90,4
	Cannabis	17,8	12,3	69,9
	Autres drogues illégales	37,9	12,1	50
Il m'est difficile d'aborder de manière constructive les abus de	Alcool	61,8	7,2	31
	Tranquillisants et somnifères	61,1	10,3	28,6
	Cannabis	53,6	9,6	36,8
	Autres drogues illégales	48,8	13	38,2
Je me sens souvent impuissant face aux abus de	Alcool	29	13,8	57,2
	Tranquillisants et somnifères	29,3	17	53,7
	Cannabis	21,6	23,6	54,8

	Autres drogues illégales	16,8	15,3	67,9
--	--------------------------	------	------	------

4.2.5 Processus motivationnel du MG

Les MG se fiaient à leur compétence clinique pour détecter un abus de substances, mais certains signes semblent communs à plusieurs médecins : demandes répétées de certificats d'absence au travail, de prescription de psychotropes, stigmates physiques, traumatismes, plaintes des proches, ou plus simplement leur intuition professionnelle (« *gut feelings* »).

En raison de la crainte – notamment – d'une rupture de la relation thérapeutique, les MG choisissaient soigneusement le moment d'aborder la question de l'abus avec leurs patients, ou faisaient des propositions de dialogue en attendant un moment propice selon eux. Cette approche progressive est comparable au cycle motivationnel de Prochaska et DiClemente [6].

4.2.6 Facteurs d'habilitation

La grande majorité des MG considérait qu'une prise en charge efficace des patients qui abusent de substances ne pouvait se faire que par l'entremise d'une prise en charge multidisciplinaire, *a fortiori* pour les drogues illégales, comme, par exemple, dans les centres pluridisciplinaires (maisons médicales). Ici, le cas des tranquillisants et somnifères se distinguait par une proportion de MG en accord avec cette proposition inférieure à 50%. Les structures de prise en charge psychologiques ont été décrites comme trop rares et trop coûteuses pour les patients.

Les MG étaient le plus souvent d'accord pour affirmer qu'ils étaient les mieux placés pour assurer la coordination des soins concernant l'alcool, les psychotropes et le cannabis ; dans le cas des drogues illégales, un MG sur deux émettait un avis divergent.

Des groupes de soutien pour les MG étaient vivement souhaités en cas de prise en charge des patients abuseurs, de façon à gérer les embûches de la prise en charge et à gérer les sentiments d'impuissance ou de découragement souvent ressentis.

Table 5 : Soutiens souhaités par les MG (en %)

		non	neutre	oui
Pour ces problèmes d'abus de substance, je voudrais bénéficier d'un soutien spécifique dans un groupe de pairs (type coaching) pour éviter l'épuisement professionnel		15,2	25,3	59,5
Des interventions ou des GLEM m'aident à me former quant à la prise en charge des patients qui abusent de	Alcool	8	12,5	79,5
	Tranquillisants et somnifères	8,3	15,1	76,6
	Cannabis	8,1	16,7	75,2
	Autres drogues illégales	11,8	17,1	71,1
Il faudrait augmenter les possibilités d'accueil pour l'abus de substances	Dans les centres spécialisés ambulatoires	4	13	83
	Dans les centres spécialisés résidentiels	8,5	18,4	73,1

4.2.7 Facteurs prédictifs de l'implication des MG dans la prise en charge des abus de substances

La modélisation des régressions logistiques a été réalisée en ne tenant compte que des variables corrélées significativement à la variable à expliquer, dichotomique, qui consistait à voir ou non en consultation des patients abusant de la substance considérée. Pour chacune des quatre régressions logistiques (une par catégorie de substances), le modèle a été paramétré de manière à ce que ce soit la modalité « voir des patients qui abusent de la substance » qui soit investiguée.

4.2.7.1 *Alcool*

Le nombre de sources de connaissances sur la problématique est nettement prédictif de l'investissement du MG dans la prise en charge (5 sources de connaissance : OR 3.66 [0.99-13.51] $p < .05$). Lorsque les MG déclarent ne pas approfondir le sujet quand le patient ne veut pas changer son comportement (OR 0.55 [0.16, 1.87] $p < .05$) ou qu'il leur paraît difficile d'aborder le sujet de manière constructive (OR 0.28 [0.06, 1.39] $p < .05$), cela diminue la probabilité qu'ils voient ce genre de patients en consultation.

4.2.7.2 *Psychotropes*

Les MG qui approfondissent le sujet lors de la consultation même quand le patient ne veut pas changer son comportement ont plus de chances de voir des patients qui abusent de tranquillisants et de somnifères que ceux qui sont neutres quant à la question (OR 1.75 [0.75, 4.05] $p < .05$). A l'inverse, ceux qui considèrent qu'il est plus difficile de parler d'abus de substances que de problèmes physiques ont moins de chances de voir des patients qui abusent de ces substances (OR 0.44 [0.20, 0.94] $p < .05$).

4.2.7.3 *Cannabis*

Les MG qui disaient aborder la question de la consommation de cannabis dans leur pratique ont logiquement plus de chances de voir des patients abuseurs que ceux qui déclarent ne pas aborder la question de cette consommation avec leurs patients (OR 4.91 [1.81, 13.33] $p < .01$). De même, ceux qui ont déclaré qu'aborder la question n'était pas plus difficile que de parler de problèmes physiques ont une probabilité supérieure de prise en charge (OR 2.49 [0.83, 7.48] $p < .05$). Ceux qui ont déclaré avoir besoin d'un nombre important de formations complémentaires ont une probabilité moindre de prise en charge que ceux n'expriment pas ce besoin (OR 0.34 [0.13, 0.90] $p < .05$).

4.2.7.4 *Autres drogues illégales*

Les facteurs prédisposants se retrouvent mis en lumière, puisque l'expérience personnelle de l'abus de drogues illégales (soi-même ou quelqu'un de son entourage) – même si elle ne concerne que 11,2% des MG interrogés – possède un fort pouvoir prédictif du fait de voir des patients abusant de ces substances (OR 16.59 [3.07, 89.58] $p < .01$).

Parmi les facteurs motivationnels, les MG qui déclarent que les patients les consultent souvent/toujours spontanément pour un abus de drogues illégales ont plus de chances de voir des patients abuseurs (OR 4.56 [0.41, 50.90] $p < .05$) – la relation inverse se retrouvant également, puisque les MG qui déclaraient que cela n'arrive jamais ou rarement ont moins de chances de voir ces mêmes patients (OR 0.15 [0.04, 0.57] $p < .001$). En outre, moins les MG considéraient qu'il faudrait augmenter les capacités d'accueil dans les centres spécialisés résidentiels, plus ils avaient de chances de voir des patients abuseurs (OR 8.12 [1.04, 63.10] $p < .01$).

4.3 Discussion

L'hétérogénéité des avis quant à la prise en charge de patients abuseurs est explicable par les attitudes personnelles des MG, la disponibilité des ressources pour les patients et des structures de support pour les médecins, et le niveau de formation atteint par ces derniers. La protection dont ils souhaitaient s'entourer pour prévenir leur propre épuisement, et aussi la possibilité d'une prise en charge partagée avec d'autres thérapeutes, étaient assez centrales dans les réponses.

4.3.1 Place prépondérante des représentations

Parmi les éléments motivationnels, celui qui est commun aux quatre substances renvoie à la place du patient. Dans l'enquête quantitative, le fait d'être consulté spontanément par un patient pour un problème d'abus est systématiquement revenu comme variable significative dans le cas des quatre substances investiguées, ce qui suggère que ces MG sont perçus ou connus comme ouverts à ce type de problématique. En ce sens, c'est un élément incontournable, à même de favoriser l'implication du MG dans la prise en charge de l'abus, mais qui dans ce cas peut souligner aussi une passivité des MG face à la thématique.

Parmi les autres facteurs motivationnels, les attitudes et le sentiment d'auto-efficacité semblaient particulièrement importants dans l'intention des MG de s'impliquer vis-à-vis des patients abusant d'une substance. Ces patients touchent les MG dans leur personnalité-même, et suscitent des jugements moraux ; en conséquence, il a été observé une variété de représentations des patients qui se situent sur un continuum entre le malade chronique dont le MG considère qu'il doit s'occuper par nature, et la personne moralement déviante (par sa propre faute). Cette dernière représentation rend évidemment moins probable la prise en charge de tels patients.

L'attitude des MG apparaît globalement favorable concernant les patients abusant d'alcool et de tranquillisants et de somnifères ; il en est autrement lorsqu'il est question de cannabis ou des autres drogues illégales. Ces substances provoquent un plus grand clivage entre les médecins interrogés, puisque seulement un MG sur deux considère que c'est son travail de prendre en charge les abus de drogues illégales – alors que 9 MG sur 10 sont d'accord lorsqu'il est question de tranquillisants et de somnifères et 8 sur 10 pour l'alcool. Du fait même de cette distinction, environ un MG sur deux est aussi en désaccord avec l'idée que le MG est le mieux placé pour assurer la coordination des soins pour les patients abusant de drogues illégales. Les représentations concernant les patients abusant de drogues illégales faisaient la part plus importante aux stéréotypes déjà décrits [7-12]. Les travaux de Goffman soulignent qu'un phénomène de stigmatisation amène à associer, à la déviance d'origine, l'ajout d'autres qualificatifs dépréciatifs ; ainsi, dans le cas de notre étude, l'abus de substance était alors associé à la violence ou au manque de fiabilité [12].

Les représentations et l'acceptabilité sociale des différentes substances dépendent pour part de leur statut légal (l'alcool et les psychotropes sont plus acceptables) et pour part de leur prévalence (le cannabis est socialement plus toléré en dépit de son caractère illégal).

L'âge et l'expérience tendent à permettre aux MG de s'impliquer plus dans la problématique, tout en sachant davantage se protéger soi-même. De plus, la perception d'un rôle défini, de limites claires quant aux responsabilités, protégeait les MG des sentiments de frustration, déception et impuissance.

La littérature ne soutient pas totalement la différence de prévalence perçue entre différents lieux de pratique [13]. Le lien entre précarité et abus de substances est lui aussi controversé [11, 14]. Les MG ne semblaient pas conscients que leurs propres attitudes pouvaient biaiser leur perception des patients.

4.3.2 Place de la formation spécifique

La question des connaissances sur la thématique reste un élément important : exception faite des tranquillisants et somnifères, dans le cas des trois autres substances, plus le nombre de sources de connaissances du MG augmente, plus la probabilité de voir des patients abusant de substances s'accroît. En parallèle, le développement de guidelines adaptées aux réalités vécues constituait la mesure à mettre en œuvre à l'avenir la plus plébiscitée.

Quant aux formations dont les MG disaient avoir le plus besoin, l'une d'entre elles ressortait plus particulièrement : les thérapies les plus adaptées vers lesquelles orienter ces patients (73,4% des suffrages).

L'effet important des qualités personnelles du médecin en matière de gestion de ses émotions, son expérience de vie personnelle, la prise en compte de son propre bien-être, ont déjà été signalés. Bombeke *et al* ont pointé l'effet prépondérant du concept de "*doctor as person*" dans le développement du centrage patient chez des étudiants en médecine [15]. Ce concept, le cinquième composant du centrage patient défini par Mead et Bower, décrit la conscience de l'influence de ses propres qualités sur la façon de pratiquer le métier [16].

En outre, les résultats obtenus permettaient de souligner les besoins des MG, les supports et procédures qu'il serait possible de développer pour faciliter la prise en charge des abus de substances par les MG. Ces éléments semblaient d'autant plus importants que plus d'un MG sur deux disait se sentir souvent impuissant face aux patients. Pour pallier quelque peu à ces difficultés, les MG exprimaient le souhait d'être soutenus, notamment par l'entremise de GLEM ou d'interventions consacrées à la prise en charge de l'abus de substances, ainsi que par un soutien entre pairs, de manière plus générale.

Dans cette optique, des interventions qui renforcent l'introspection, un coaching ou une forme de tutorat qui permettent de renforcer la bienveillance envers soi-même seraient intéressantes. Des compétences spécifiques sont nécessaires pour maintenir la relation de confiance médecin-patient ; le respect mutuel est de mise. Le développement personnel, prenant en compte les émotions et la souffrance des soignants, le développement de la pleine conscience, ont été présentés comme des qualités qui devraient être enseignées et entretenues pour maintenir le centrage patient. Un tutorat et une forme de coaching sont à cet égard aussi importants que des ateliers théoriques et pratiques, tant en formation initiale qu'en formation continuée, ainsi qu'il a déjà été mentionné par divers auteurs [17-23]. Pour l'instant, ces techniques semblent plus présentes dans le curriculum en Flandre qu'en Wallonie.

4.3.3 Collaboration

L'importance du travail pluridisciplinaire était aussi soulignée dans l'étude comme facilitateur de la prise en charge. De nombreux MG ont sollicité de plus grandes capacités d'accueil dans les centres spécialisés – qu'ils soient résidentiels ou ambulatoires, ce qui peut être interprété à la fois comme une volonté de collaboration, ou une volonté de référer ces patients pour ne plus avoir à s'en occuper. Dans la régression logistique pour les drogues illégales, ceux qui étaient d'accord avec le fait d'accroître les capacités d'accueil des centres étaient ceux qui avaient la plus faible probabilité de voir des patients abuseurs de ces substances.

L'addiction est un phénomène complexe qui inclut des composantes médicales, sociales et psychologiques. Sa prise en charge doit englober ces trois niveaux, et les MG interrogés ont logiquement fait part de leur souhait de collaboration dans ces domaines. Les possibilités offertes actuellement ne permettent de rencontrer cette demande que de façon partielle.

4.4 Conclusions

L'amélioration des pratiques en médecine générale est souvent décrite comme une affaire de formation ou de développement d'instruments. Mais les recommandations et les outils mis à disposition sont de peu d'intérêt pour ceux qui ont une motivation faible au départ à s'investir dans la problématique. Cette étude a montré l'hétérogénéité du corps médical à cet égard. Les jugements moraux, les peurs diverses, le sentiment d'impuissance parasitaient la relation thérapeutique. Ce point devrait être mieux pris en compte dans la formation initiale. Pour ceux qui sont déjà engagés dans la pratique, des ateliers et des lieux d'échange de pratique dans un climat de confiance seraient souhaitables pour briser l'isolement des thérapeutes et réduire le risque de burnout, particulièrement fréquent chez ces professionnels [24-26].

Enfin, l'amélioration de la prise en charge des abus de substances en médecine générale ne repose pas uniquement sur les compétences des MG, mais aussi sur les mesures politiques, ainsi qu'il a également déjà été démontré dans d'autres problèmes de santé mentale [27].

4.5 Bibliographie

1. **The I-Change Model** [<http://www.maastricht-university.eu/hein.devries/interests/i-change-model>]
2. de Vries H, Mudde A, Leijs I, Charlton A, Vartiainen E, Buijs G, Clemente MP, Storm H, Gonzalez Navarro A, Nebot M *et al*: **The European Smoking Prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention.** *Health Educ Res* 2003, **18**(5):611-626.
3. de Vries H, Mesters I, van de Steeg H, Honing C: **The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated ChangeModel.** *Patient Educ Couns* 2005, **56**(2):154–165.
4. Goebbels AF, Nicholson JM, Walsh K, De Vries H: **Teachers' reporting of suspected child abuse and neglect: behaviour and determinants.** *Health Educ Res* 2008, **23**(6):941-951.
5. Segaar D, Bolman C, Willemsen M, De Vries H: **Identifying determinants of protocol adoption by midwives: a comprehensive approach.** *Health Educ Res* 2007, **22**(1):14-26.
6. Prochaska JO, Velicer WF: **The transtheoretical model of health behavior change.** *Am J Health Promot* 1997, **12**(1):38-48.
7. Deehan A, Taylor C, Strang J: **The general practitioner, the drug misuser, and the alcohol misuser: major differences in general practitioner activity, therapeutic commitment, and 'shared care' proposals.** *Br J Gen Pract* 1997, **47**(424):705-709.
8. Strang J, McCambridge J, Platts S, Groves P: **Engaging the reluctant GP in care of the opiate misuser: Pilot study of change-orientated reflective listening (CORL).** *Fam Pract* 2004, **21**(2):150-154.
9. McCambridge J, Platts S, Whooley D, Strang J: **Encouraging GP alcohol intervention: pilot study of change-orientated reflective listening (CORL).** *Alcohol Alcohol* 2004, **39**(2):146-149.
10. Room R: **Stigma, social inequality and alcohol and drug use.** *Drug and alcohol review* 2005, **24**(2):143-155.
11. Hans SL: **Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women.** *Clin Perinatol* 1999, **26**(1):55-74.
12. Goffman E: **Stigmaté : les usages sociaux des handicaps:** Les Éditions de Minuit; 1975.
13. Schifano F: **Is urbanization a risk factor for substance misuse?** *Current opinion in psychiatry* 2008, **21**(4):391-397.
14. Metsch LR, Pollack HA: **Welfare reform and substance abuse.** *Milbank Q* 2005, **83**(1):65-99.
15. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P: **Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers.** *Med Educ* 2010, **44**(7):662-673.
16. Mead N, Bower P: **Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature.** *Soc Sci Med* 2000, **51**(7):1087-1110.
17. Deehan A, Templeton L, Taylor C, Drummond C, Strang J: **Low detection rates, negative attitudes and the failure to meet the "Health of the Nation" alcohol targets: findings from a national survey of GPs in England and Wales.** *Drug and alcohol review* 1998, **17**(3):249-258.
18. O'Connor PG, Nyquist JG, McLellan AT: **Integrating addiction medicine into graduate medical education in primary care: the time has come.** *Ann Intern Med* 2011, **154**(1):56-59.
19. Babor TF, Higgins-Biddle JC: **Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health.** *Addiction* 2000, **95**(5):677-686.
20. Botelho RJ, Skinner HA, Williams GC, Wilson D: **Patients with alcohol problems in primary care: understanding their resistance and motivating change.** *Prim Care* 1999, **26**(2):279-298.
21. Sandlow LJ, Dos Santos SR: **Addiction medicine and continuing medical education.** *J Psychoactive Drugs* 1997, **29**(3):275-284.
22. Peters C, Wilson D, Bruneau A, Butt P, Hart S, Mayhew J: **Alcohol risk assessment and intervention for family physicians. Project of the College of Family Physicians of Canada.** *Can Fam Physician* 1996, **42**:681-689.

23. Durand MA: **General practice involvement in the management of alcohol misuse: dynamics and resistances.** *Drug Alcohol Depend* 1994, **35**(3):181-189.
24. Kacenenbogen N, Offermans AM, Roland M: **[Burnout of general practitioners in Belgium: societal consequences and paths to solutions].** *Rev Med Brux* 2011, **32**(4):413-423.
25. Lesage FX, Berjot S, Altintas E, Paty B: **Burnout Among Occupational Physicians: A Threat to Occupational Health Systems?--A Nationwide Cross-sectional Survey.** *Ann Occup Hyg* 2013, **57**(7):913-919.
26. Vedsted P, Sokolowski I, Olesen F: **Open Access to General Practice Was Associated with Burnout among General Practitioners.** *International journal of family medicine* 2013, **2013**:383602.
27. Roberts JH: **Improving primary health care services for young people experiencing psychological distress and mental health problems: a personal reflection on lessons learnt from Australia and England.** *Primary health care research & development* 2012, **13**(4):318-326.

5 Quels sont les facteurs qui influencent la prise en charge par les médecins du travail de l'abus de substances chez les travailleurs ?

Résumé du WP4

Marie-Claire Lambrechts ^{1,2}, Frédéric Ketterer ³, Linda Symons ⁴, Philippe Mairiaux ⁵, Lieve Peremans ^{4,6,7}, Roy Remmen ⁴, Marc Vanmeerbeek ³, Lode Godderis ^{1,8}

¹ Centre for Environment and Health, KU Leuven, University of Leuven

² Association for Alcohol and other Drug problems, VAD

³ Department of General Practice/Family Medicine, University of Liege

⁴ Department of Primary and Interdisciplinary Care, University of Antwerp

⁵ Department of Public Health Sciences, University of Liege

⁶ Department of Public Health, Vrije Universiteit Brussel

⁷ Department of Nursing and Midwifery, University of Antwerp

⁸ IDEWE, External Service for Prevention and Protection at Work

5.1 Introduction

L'impact de l'usage de substances au sein de la société est important. En 2010, l'usage d'alcool était le troisième facteur de risque de maladie et d'invalidité [1]. Selon les chiffres les plus récents de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y a eu en 2012 environ 3,3 millions de décès dans le monde qui étaient imputables à la consommation d'alcool. Il existe un lien de cause à effet entre la consommation nocive d'alcool et plus de deux cents maladies et incidents liés à l'alcool [2]. La consommation de drogues illégales entraîne elle aussi un coût de santé croissant. La consommation de substances psychoactives est d'ailleurs un problème qui est sous-estimé dans de nombreux pays européens. C'est également le cas en Belgique, où l'usage de substances psychoactives est très élevé.

La consommation problématique de substances peut mettre en danger la santé, la sécurité et la productivité du travailleur et de son entourage. Les coûts mesurables liés à l'abus d'alcool au sein de l'Union Européenne suite aux absences, au chômage et aux années de travail perdues par les travailleurs étaient estimés en 2010 à 74,1 milliards d'euros, soit 47% du coût social total [3]. La Convention collective de Travail n° 100 (CCT 100) oblige depuis 2010 les entreprises privées belges à disposer d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues, mais cela se limite généralement dans la pratique à une déclaration d'intention [4].

Les médecins du travail (MT) sont des acteurs de première ligne importants pour la prévention et la prise en charge de l'usage problématique de substances. Pourtant, on ne sait que peu de choses à ce sujet. Il n'existe d'ailleurs pas de directives spécifiques pour les MT. Qu'est-ce qui les pousse à agir ou non ? Quelle est leur attitude lorsqu'ils se retrouvent confrontés à un abus de substances chez des travailleurs ? Cette étude a étudié les facteurs qui influencent le comportement des médecins du travail dans ce contexte.

5.2 Méthode

L'étude comprenait un volet qualitatif et un volet quantitatif (Tableau 1). Entre septembre 2012 et janvier 2013, des entretiens approfondis ont été réalisés auprès de 16 médecins du travail, sélectionnés en fonction de leur langue, leur âge, leur sexe, leur expérience de travail en tant que MT, le type de service de prévention, et la taille et le type de l'entreprise. Nous avons utilisé à cet effet une feuille de route basée sur un questionnaire semi-structuré, et un cas du MT interrogé. Cette feuille de

route a été rédigée par consensus entre les chercheurs, et elle était basée sur l'Integrated Model of Change (I-Change Model) de de Vries [5]. De tels modèles peuvent aider à comprendre les facteurs complexes qui influencent le comportement des professionnels de la santé. Tous les entretiens ont duré entre 1,5 et 2 heures, et ont été enregistrés et retranscrits avec le consentement éclairé du MT. Le traitement a été réalisé au moyen de l' « Analyse interprétative phénoménologique » (IPA), qui permet de combiner la collecte de données au moyen d'entretiens approfondis avec les cadres théoriques existants [6].

Tableau 1 : aperçu organisation / méthode des études qualitative et quantitative

Étude qualitative	Étude quantitative
<ul style="list-style-type: none"> • 16 médecins du travail (critères : langue, âge, sexe, expérience en tant que MT, type de service de prévention, taille et type d'entreprise) • Lieu : environnement de travail du MT • Période : second semestre 2012 • Entretien semi-structuré, basé sur le modèle I-Change et un cas • Entretiens : 1,5 à 2 heures, retranscription des enregistrements (consentement éclairé) • Analyse interprétative phénoménologique • Logiciel NVivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire en ligne (69 questions) • Envoyé à tous les MT belges (n=1002) • Collaboration avec les organismes de coordination (BBvAg, VWVA, SSSTr, VVIB-AMTI) • Période : fin 2013 (y compris rappel et mailing aux SEPP) • Statistique descriptive, analyse de régression logistique univariée et multivariée • Logiciel SPSS 22

L'étude qualitative a révélé que les médecins du travail agissent de manière différente en fonction du type de drogue [7]. Les MT avaient beaucoup d'expérience en matière de consommation d'alcool et de substances psychoactives, et ils en connaissaient les effets. Par contre, pour les drogues illégales, ce n'était presque pas le cas. Leur prise en charge était principalement influencée par des facteurs contextuels (comme la culture de prévention au sein de l'entreprise et l'existence d'une politique en matière d'alcool et de drogues). Les attitudes concernant le rôle du MT et les aptitudes de celui-ci (ou son manque d'aptitudes) étaient des facteurs déterminants. La plupart des MT ont indiqué souhaiter s'investir dans la promotion de la santé. Le manque de temps et la focalisation sur la visite médicale périodique se sont révélés être les principaux obstacles, surtout pour les MT des services externes pour la prévention et la protection au travail (SEPP).

Sur base des enseignements de l'étude qualitative, et avec le I-Change Model pour cadre théorique, un questionnaire en ligne a été rédigé (logiciel Survey Monkey). L'enquête a été diffusée en collaboration avec les organismes de coordination des MT. Soixante-neuf questions leur ont été soumises, principalement sur base d'échelles de Likert à 5 points (allant de « jamais » à « quotidiennement » ; de « du tout pas d'accord » à « tout à fait d'accord »). Pour le traitement des résultats, nous avons utilisé la statistique descriptive, et l'analyse de régression logistique univariée et multivariée (SPSS 22).

5.3 Résultats

5.3.1 Taux de réponse

Environ 30% des médecins du travail ont participé. Les résultats de 274 MT ont été conservés pour analyse. Après comparaison avec les données de 1002 MT chez CO-Prev (l'organisation sectorielle des services de prévention), l'échantillon s'est avéré représentatif pour la langue (NL : n=176, FR : n=98), pour l'âge (48 ans en moyenne) et pour le sexe (M : 38,5%; F : 61,5%). Proportionnellement, il y avait dans le groupe des médecins du travail francophones plus de femmes et plus de MT de plus de 55 ans. La plupart des MT (84%) travaillaient exclusivement pour des SEPP, et avaient une expérience professionnelle moyenne de 17 ans. Répartis en plusieurs catégories, 30,5% étaient employés comme

MT depuis 1 à 10 ans, 32% entre 11 et 20 ans, et 37,5% entre 21 et 38 ans. Ces chiffres correspondent eux aussi aux données de CO-Prev.

5.3.2 Expérience en matière de consommation problématique chez les travailleurs

Les médecins du travail sont surtout confrontés à une consommation problématique d'alcool (62,4%), et de somnifères et tranquillisants (39,4%) chez les travailleurs, et moins à beaucoup moins à une consommation de cannabis (26,3%) et d'autres drogues illégales (6,1%). Le caractère problématique de l'usage de substances est surtout déterminé par des critères liés au travail (ex. risques de sécurité), suivis des effets sur la santé et de l'importance de la consommation. Pour l'alcool et les somnifères et tranquillisants, l'usage n'est considéré que par 8% des MT comme répondant à la définition de l'abus. Pour le cannabis, il est vrai que ce chiffre est plus élevé (37,9%), mais il reste considérablement inférieur à celui des autres drogues illégales (82,8%).

5.3.3 Connaissances, attitudes et aptitudes

Les médecins du travail tirent leurs connaissances principalement de séminaires, de leur formation initiale en médecine, et d'internet. En moyenne, ils ont besoin d'environ trois formations complémentaires, dont une au sujet des drogues illégales. 53% des MT ont plus de difficultés à parler de problèmes d'abus de substances que de problèmes physiques. Les MT n'ont pas l'impression de s'imposer lorsqu'ils abordent l'usage problématique, ni de mettre ainsi en péril la relation de confiance avec le travailleur. Cependant, ils se sentent souvent impuissants. Une proportion considérable (32%) indique disposer d'aptitudes de communication spécifiques insuffisantes. C'est surtout le cas parmi les MT francophones (significatif, corrélation Spearman : ,351). Les MT souhaitent surtout des formations sur le renvoi efficace vers un autre médecin et sur des aptitudes comme la communication et l'entretien motivationnel.

5.3.4 Promotion de la santé

Les médecins du travail se trouvent aussi bien placés que les autres professionnels de soins de santé pour interroger le travailleur sur son usage de substances (Tableau 2). Près de la moitié des MT participants juge frustrant de ne pas pouvoir aller au-delà des missions légales, qui mettent l'accent sur les visites médicales périodiques. C'est également ce qui ressort du constat que les MT sont plus nombreux à estimer que c'est leur rôle de faire de la prévention individuelle ciblée afin d'éviter l'abus de substances (88%) qu'à ne le faire que lorsque cela entraîne des conséquences au travail (51%).

Tableau 2 : « J'estime être aussi bien placé que les autres professionnels de soins de santé pour interroger le travailleur sur sa consommation de ... » :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Alcool (n=270)	1,5	5,2	7,0	14,1	72,2
Cannabis (n=269)	1,1	8,2	11,5	37,5	41,6
Autres drogues illégales (n=268)	1,9	10,4	10,8	35,8	41,0
Somnifères et tranquillisants (n=265)	1,1	5,7	8,7	39,6	44,9

5.3.5 Prise en charge et référence

Les risques de sécurité sont les principales raisons pour intervenir. Il n'existe pas de directives d'encadrement. Les MT sont des médecins orientés vers la prévention. Pour toutes les drogues, ils renvoient le plus souvent vers des médecins généralistes et des centres spécialisés ambulatoires, et, dans une moindre mesure, vers des psychiatres et psychologues privés. Les MT estiment que sans assistance psychosociale, tant à l'intérieur (ex. le conseiller en prévention aspects psychosociaux) qu'à l'extérieur de l'entreprise, ils ne sont pas en mesure d'aider les travailleurs de manière efficace.

Cependant, les capacités d'accueil dans les centres spécialisés (surtout ambulatoires) doivent être augmentées.

5.3.6 Rôle des MT dans une politique en matière d'alcool et de drogues

La plupart des médecins du travail estiment jouer un rôle moteur dans l'élaboration (68,6%) et la mise en œuvre (73,6%) d'une politique en matière d'alcool et de drogues. En réalité, c'est cependant un nombre considérablement plus réduit qui y est impliqué (Tableau 3). Il n'a pas été constaté de différences significatives en fonction de l'âge, du sexe, de l'expérience de travail et du type de service de prévention. La probabilité que des médecins du travail néerlandophones soient impliqués dans une telle mise en œuvre est plus élevée (Odds ratio, 2,6 ; 95 CI, 1,55-4,52). C'est également le cas pour les MT qui disposent de connaissances plus importantes en matière d'alcool et de drogues (Odds ratio, 4,7 ; 95 CI, 1,65- 13,32).

Tableau 3 : A quelle fréquence les MT ont-ils été impliqués ces 3 dernières années dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique ?

En %	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Élaboration	16,4	27,2	34,0	14,0	8,4
Mise en œuvre	21,2	28,0	29,6	14,4	6,8

L'analyse multivariée révèle que le soutien social, et surtout certains facteurs contextuels, expliquent dans une large mesure la probabilité d'une implication du MT dans la mise en œuvre d'une politique en matière d'alcool et de drogues. Un modèle multivarié avec **3 facteurs de soutien social explique 26%** (R^2 de Nagelkerke)² de cette implication. Ces facteurs sont : 1/chances données au travailleurs à consommation problématique par la direction de l'entreprise (Odds ratio, 2,1 ; CI 1,27-3,51) ; 2/soutien actif de la direction de l'entreprise (Odds ratio, 1,6 ; CI ,97-2,51, non significatif) ; et 3/soutien des syndicats (Odds ratio, 1,7 ; CI 1,11-2,69).

Un modèle multivarié avec **3 facteurs contextuels explique 37%** (R^2 de Nagelkerke), de manière significative pour les trois facteurs : 1/recevoir suffisamment de temps de la part du service de prévention (Odds ratio, 2,2 ; CI 1,49-3,23) ; 2/soutien par l'existence d'une politique concrète en matière d'alcool et de drogues (Odds ratio, 2,9 ; CI 1,82-4,58), et 3/sujet plus facilement abordable grâce à la CCT 100 (Odds ratio, 2 ; CI 1,27-3,18) (Tableau 4).

Tableau 4 : Modèle avec facteurs contextuels et implication du MT dans la mise en œuvre d'une politique A&D

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	260,824 ^a	,274	,366

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
voltijd2	,787	,197	16,008	1	,000	2,198	1,494	3,232
steubel2	1,059	,235	20,318	1	,000	2,884	1,820	4,572
caobespr2	,701	,235	8,874	1	,003	2,016	1,271	3,197
Constant	-5,070	,830	37,325	1	,000	,006		

a. Variable(s) entered on step 1: voltijd2, steubel2, caobespr2.

² Le R^2 de Nagelkerke est une pseudomesure R^2 , comparable au R^2 de l'analyse de régression linéaire.

Dans aucun des deux modèles, on ne trouve de différences significatives en fonction de l'âge, du sexe, de la langue, des années de travail en tant que MT et du type de service de prévention.

5.3.7 Communication et collaboration avec les médecins généralistes

En réalité, les médecins du travail collaborent peu avec les généralistes. Pour l'alcool, seuls 19% des MT indiquent le faire au moins une fois par mois, et c'est encore moins pour les autres drogues. Pourtant, la plupart des MT estiment que les généralistes sont les mieux placés pour coordonner les soins aux travailleurs qui abusent de substances. Cependant, lorsque les MT renvoient vers le généraliste, ils souhaitent être tenus au courant. D'après les MT, de nombreux obstacles entravent la collaboration. Ainsi, les médecins généralistes ne savent pas exactement ce que font les MT (52,6%) et ils ne donnent pas de feedback (44,6%). Les MT trouvent aussi que les généralistes les considèrent souvent comme des médecins-contrôleurs (37,5%) et pensent qu'ils essaient de maintenir les patients au travail malgré d'éventuels problèmes fonctionnels (33%). Enfin, certains problèmes pratiques jouent également un rôle (31%).

5.3.8 Amélioration de la prise en charge de l'abus de substances

Les médecins du travail estiment qu'il est important de réaliser les propositions suivantes :

- Le développement de directives adaptées à la pratique quotidienne
- Une politique claire en matière d'alcool et de drogues qui soit appliquée dans chaque entreprise
- L'organisation de campagnes d'information pour la population sur les risques de l'abus de substances
- Favoriser et stimuler la communication et le soin partagé entre la médecine du travail et le secteur curatif
- Élargir l'offre d'assistance
- Favoriser la collaboration entre généralistes et médecins du travail

5.4 Conclusions

Les résultats du volet de recherche quantitatif confirment dans une large mesure les résultats de l'étude qualitative. Les médecins du travail en Belgique constituent un groupe relativement homogène sur le plan de la prévention et de la prise en charge de l'abus de substances chez les travailleurs. L'engagement des MT est largement influencé par leurs attitudes en matière d'abus au travail et par leurs connaissances.

Ce qui fait la différence, c'est principalement le fait de ressentir un soutien social lors de leurs interventions, ainsi que les facteurs contextuels facilitants. Ces facteurs augmentent la probabilité que les médecins du travail soient effectivement impliqués dans des initiatives visant à prévenir ou à prendre en charge rapidement l'abus de substances.

Des recommandations, basées notamment sur d'autres workpackages de cette étude, sont reprises plus loin dans ce résumé.

5.5 Bibliographie

[1] Lim, S.S. et al. (2012). A **comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010**. The Lancet, 380: 2224-60.

[2] World Health Organization (2014). **Global Status Report on Alcohol and Health**. Geneva: WHO.

[3] Rehm, J., Shield, K.D., Rehm, M.X., Gmel, G. & Frick, U. (2012). **Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence**. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

[4] **Convention collective de travail N° 100 du 1^{er} avril 2009 concernant la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise.** <http://www.cnt-nar.be/CCT-COORD/cct-100.pdf>

[5] De Vries H. **I-Change Model.** <http://www.maastricht-university.eu/hein.devries/interests/i-change-model>

[6] Larkin M, Watts S, Clifton E. **Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis.** Qual Res Psychol 2006;3:102-120.

[7] Lambrechts et al. (2015). **The approach taken to substance abuse by occupational physicians: A qualitative study on influencing factors.** Journal of Occupational and Environmental Medicine. In press. .

6 Le rôle des MG et des MT vu par les autres acteurs impliqués dans la prise en charge des patients qui abusent de substances

Isabelle Demaret^{1,2}, Marc Vanmeerbeek³, Marc Anseau¹, André Lemaître²

¹ Department of psychiatry and medical psychology, University of Liege

² Sociological Research and Intervention Centre (CRIS), University of Liege

³ Department of General Practice/Family Medicine, University of Liege

6.1 Introduction

Après les chapitres consacrés à la place et au rôle des MG et des MT de leur rôle et représentations dans la gestion de l'abus de substances, il a paru intéressant de prendre l'avis des autres acteurs qui peuvent être concernés par la problématique. Ces autres acteurs se répartissent en trois groupes : le secteur de la santé (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, pharmaciens) ; le monde du travail (représentants des employeurs, des travailleurs, conseillers en prévention interne et externes) ; le secteur judiciaire et de la protection de la jeunesse. Très peu de choses sont connues sur la façon dont ces acteurs perçoivent le rôle des MG et des MT, ni comment ils interagissent avec eux, ni quels sont leurs souhaits d'amélioration concernant une possible collaboration.

6.2 Méthode

La méthode du groupe nominal a été utilisée pour recueillir l'avis des différents professionnels. Cette méthode permet, dans un temps limité, de générer un maximum de propositions et de les faire prioriser par le groupe [1-3]. Dix-huit rencontres de groupe ont été planifiées, soit une pour chacune des neuf professions citées plus haut et dans chacun des deux groupes linguistiques. Tous les groupes étaient donc mono-disciplinaires, de façon à identifier clairement l'avis d'une profession sur la question posée.

Bien que la technique du groupe nominal suppose une réunion présentielle, certaines professions ont été consultées par e-mail, l'organisation d'une rencontre s'étant avérée impossible ; ceci concerne les psychiatres, le secteur judiciaire, les conseillers en prévention internes. La méthode a donc été adaptée à cet exercice en essayant de conserver au mieux ses caractéristiques : génération individuelle de propositions sur une question, vote et priorisation des propositions par les participants, la reformulation et la synthèse des propositions étant dans ce cas effectuée par les chercheurs.

L'analyse des données a été effectuée par l'équipe francophone (ID, MV) après traduction et contre-traduction des propositions des groupes néerlandophones. Les propositions ont été catégorisées en thèmes et sous-thèmes, et leur importance relative pour la population étudiée a été calculée, d'une part par rapport au degré de priorité exprimé par les points donnés lors des votes, et, d'autre part, selon la popularité des propositions (nombre de votes).

6.3 Résultats

Soixante-huit participants ont été réunis dans huit groupes présentiels et quatre groupes virtuels (votes par e-mail) (tableau 1). Ensemble, ils ont produit 184 propositions concernant les MG et 147 concernant les MT. Ces propositions ont été groupées en quatre thèmes, 13 catégories et 43 sous-catégories pour les MG, et quatre thèmes, 9 catégories et 37 sous-catégories pour les MT (tables 2 et 3). Les thèmes ont été classés par ordre centrifuge, du MG ou du MT (formation, attitude) jusqu'à l'organisation du système de santé.

Table 1 : Nombre de participants aux groupes nominaux

Professions	Groupes francophones	Groupes néerlandophones
-------------	----------------------	-------------------------

Travailleurs sociaux	Groupe	6	Groupe	6
Psychologues	Groupe	6	Groupe	4
Représentants des employeurs	Groupe	4	-	-
Conseillers en prévention internes	Groupe	8	Mail	3
Délégués syndicaux	Groupe	8	-	-
Conseillers en prévention externes	Groupe	5	-	-
Psychiatres	Mail	5	Mail	6
Secteur judiciaire	Mail	7	-	-
Pharmaciens	Mail	6	-	-
	Total	49	Total	19

6.3.1 Propositions concernant les MG

Le tableau 2 reprend les 10 catégories de propositions qui ont reçu le plus grand nombre de points dans les groupes nominaux, ce qui représente 49% des propositions émises.

Un effort de communication avec d'autres professionnels a été demandé aux MG, soit au sein des services de prévention et protection au travail (SPP), demandes qui logiquement émanaient des représentants du monde du travail, soit avec d'autres travailleurs psycho-médicosociaux, demandes qui, elles, émanaient des représentants du secteur des soins. Ces dernières concernaient l'échange d'informations relatives aux patients, le dialogue avec ces travailleurs, le travail en réseau, la collaboration avec les services spécialisés et la coordination des soins.

Selon les participants aux groupes nominaux, les MG devraient, dans leur action, être plus vigilants et plus réactifs avec les patients qui abusent d'une substance. Le monde du travail a demandé une plus grande vigilance pour les risques encourus sur le lieu de travail, dont les MG ne leur semblent pas assez conscients – discours qui se retrouvait également chez les MT dans le volet précédant de l'étude. Les autres propositions concernaient la prévention et le suivi longitudinal et global des patients.

En matière de formation, il a été demandé que les MG aient une meilleure connaissance du réseau d'intervenants spécialisés, ainsi qu'une meilleure connaissance de la problématique alcool/drogues afin d'oser prendre en charge ces patients.

Parmi les catégories non citées dans le tableau, et donc ayant obtenu un moindre rang de priorité, il faut citer les facteurs d'attitude des MG envers la problématique : compréhension du problème, absence de jugement, attention au contexte social et familial.

6.3.2 Propositions concernant les MT

Le tableau 3 reprend les 10 catégories de propositions qui ont reçu le plus grand nombre de points dans les groupes nominaux, ce qui représente 54% des propositions émises.

Plusieurs propositions concernaient l'action des MT envers le travailleur : prévention des risques liés à la consommation sur les lieux de travail, information du travailleurs sur ces risques, attention portée à la situation sociale du travailleur, et, enfin, – propositions provenant surtout du secteur des soins – aide et protection du travailleur pour gérer adéquatement l'écartement puis le retour au travail, et, entre autres, le protéger des pressions exercées par les employeurs.

Il a été demandé aux MT, tout comme aux MG, d'être plus en contact avec d'autres professionnels. Le contexte étant différent, c'est d'abord une communication à l'intérieur de l'entreprise qui est demandée (SPP, travailleurs sociaux, personne de confiance, syndicats, représentants de l'employeur). Il s'agit d'un ensemble très vaste de propositions visant à la prévention (des risques, ou en amont, de la consommation), l'information, la recherche de solutions au niveau individuel. Un des objectifs est de travailler la culture d'entreprise vis-à-vis de la problématique alcool/drogues. Ensuite, les MT

devraient se tourner vers des collaborations extérieures à l'entreprise (MG, services de santé mentale, services sociaux).

En matière de formation et d'attitude, les propositions viennent surtout du secteur de la santé. Il a été demandé aux MT d'avoir un regard compréhensif et non stigmatisant sur les patients, et de mieux connaître la réalité complexe des addictions. Ils devraient idéalement pouvoir dépister les cas problématiques, et initier le dialogue avec le travailleur afin que ce dernier se fasse prendre en charge pour son problème de consommation, et ainsi éviter une crise aiguë au sein de l'entreprise. L'accompagnement lors de la reprise du travail est jugé également souhaitable.

Certains participants ont également souhaité que la convention collective de travail 100 (CCT 100) soit d'application dans leur secteur. D'autres ont souhaité une meilleure accessibilité et une meilleure personnalisation des MT.

6.4 Discussion

Les difficultés de recrutement ont été importantes pour rassembler les participants, particulièrement pour certaines professions, pour lesquelles il a fallu aménager une procédure de consultation alternative par mail, essayant de respecter au mieux l'esprit de la technique du groupe nominal. Ces difficultés ont été particulièrement marquées du côté néerlandophone. Les groupes de pharmaciens n'ont jamais pu être réunis.

Pour les MG, les demandes concernent leur rôle principal de soignants. Il leur est demandé d'être présents et actifs dans la problématique alcool/drogues, d'y jouer un rôle central et global, prenant en compte les différentes facettes médico-psychosociales du problème. En revanche, il ne leur est pas demandé de prendre ces patients en charge seuls ; au contraire, la référence vers des centres ou des thérapeutes spécialisés est vivement souhaitée, tout en gardant le contact avec le patient et avec les autres intervenants. Pour atteindre ces objectifs, une meilleure formation à la réalité complexe de la problématique et une connaissance des ressources du réseau sont nécessaires. Le monde du travail a souhaité que les MG soient plus conscients des risques encourus sur le lieu de travail en raison de l'abus de substances ; les ressources présentes en entreprise ou en médecine du travail étaient jugées méconnues des MG.

Pour les MT, la crainte principale est la majoration du risque au travail lié à la consommation. Pour y faire face, les participants aux groupes nominaux ont souhaité voir les MT plus impliqués, d'une part dans la prévention, la détection et l'information sur des abus en entreprise, et, d'autre part, dans la recherche de solutions pratiques pour le patient : aménagement ou écartement du poste de travail, référence à un thérapeute, aide à la réintégration au travail si elle est possible.

6.5 Conclusion

Ces propositions traduisent une certaine méfiance des professionnels interrogés vis-à-vis des MG, suspectés de parfois fermer les yeux, voire de refuser de prendre en charge ces patients. Ils ont été vivement appelés à reprendre leur place dans la prise en charge. Les propositions concernant les MT étaient globalement plus attendues et confortent le rôle actif dans ce domaine particulier de la santé qui est le leur.

6.6 Bibliographie

1. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH (eds.): **Group techniques for program planning: A guide to nominal group and Delphi processes**. Glenview, Ill.: Scott, Foresman; 1975.
2. Van de Ven AH, Delbecq AL: **The nominal group as a research instrument for exploratory health studies**. *Am J Public Health* 1972, **62**(3):337-342.
3. Letrilliart L, Vanmeerbeek M: **A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ?** *Exercer* 2011, **99**:170-177.

Table 2 : Propositions émises par les groupes nominaux concernant les MG (10 catégories les plus importantes)

N	Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Poids relatif	N points	N votes	Nb de prop.	Nb de prop. Secteur santé	Nb de prop. Monde travail	Nb de prop. Secteur judiciaire	Nb de prop. FR	Nb de prop. NL	Nb de professions
1	Contact MG avec autres professionnels	Contact avec Services de prévention et protection au travail (SPP)	Collaboration avec SPP	10%	105	33	9	0	9	0	6	3	3
2	Action MG avec patients	Diagnostic	Gérer rapidement et efficacement problèmes alcool/drogues	8%	80	21	8	6	2	0	3	5	5
3	Contact MG avec autres professionnels	Contact avec autres travailleurs santé et sociaux	Collaboration avec autres travailleurs santé et sociaux	7%	73	25	19	19	0	0	7	12	3
4	Contact MG avec autres professionnels	Contact avec autres travailleurs santé et sociaux	Coordination des soins au patient	6%	63	20	9	7	2	0	7	2	5
5	Action MG avec patients	Prendre le contexte en compte	Prendre en compte les risques au travail	6%	59	20	8	0	8	0	7	1	3
6	Action MG avec patients	Prévention des addictions	Prévention des problèmes alcool/drogues	5%	56	20	6	3	2	1	5	1	5
7	Formation et attitude MG sur addictions	Formation spécifique des MG	Connaissance du réseau	4%	41	12	6	5	1	0	4	2	4
8	Formation et attitude MG sur addictions	Attitude des MG à propos des addictions	Accepter de prendre en charge problèmes addictions	4%	39	12	9	7	2	0	4	5	5
9	Action MG avec patients	Prendre en charge problèmes alcool/drogues	Suivi patient pendant et après soins spécialisés	4%	37	12	9	8	1	0	4	5	4
10	Contact MG avec autres professionnels	Contact avec autres travailleurs santé et sociaux	Référence aux services spécialisés	4%	37	12	8	6	1	1	7	1	5

Table 3 : Propositions émises par les groupes nominaux concernant les MT (10 catégories les plus importantes)

N	Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Poids relatif	N points	N votes	Nb de prop.	Nb de prop. Secteur santé	Nb de prop. from monde travail	Nb de prop. Secteur judiciaire	Nb de prop. FR	Nb de prop. NL	Nb de profes-sions
1	Action du MT envers le travailleur	Adaptation du travail au problème	Adapter le travail pour prévenir les risques	8,4%	72	19	8	3	2	3	7	1	4
2	Contact du MT avec d'autres professionnels	Contacts au sein de l'entreprise	Collaboration avec SPP	6,9%	59	19	11	2	9	0	9	2	5
3	Contact du MT avec d'autres professionnels	Contacts au sein de l'entreprise	Collaboration avec les employeurs	6,7%	57	20	13	3	9	1	8	5	6
4	Contact du MT avec d'autres professionnels	Contacts en dehors de l'entreprise	Collaboration avec les MG	6,5%	56	19	7	1	6	0	6	1	5
5	Action du MT envers le travailleur	Suivi du travailleur	Écoute et compréhension de la situation du travailleur	6,3%	54	17	5	1	4	0	3	2	3
6	Formation et attitude du Mt envers les addictions	Attitude du MT envers les addictions	Tolérance et non jugement	5,7%	49	15	6	5	1	0	4	2	4
7	Action du MT envers le travailleur	Prévention des risques	Information sur les risques alcool/drogues	5,4%	46	14	6	2	4	0	5	1	4
8	Action du MT envers le travailleur	Adaptation du travail au problème	Adaptation du travail pour aider le travailleur	5,4%	46	15	6	5	1	0	5	1	4
9	Contact du MT avec d'autres professionnels	Contacts au sein de l'entreprise	Prévention active au sein de l'entreprise	4,6%	39,5	14	10	2	8	0	7	3	6
10	Contact du MT avec d'autres professionnels	Contacts en dehors de l'entreprise	Référence aux travailleurs sociaux et de santé	4,3%	37	14	7	4	2	1	6	1	4

7 Améliorer l'implication des MG et des MT. Que retirer d'autres expériences menées à l'étranger ?

Marie-Astrid Berrewaerts, Frédéric Ketterer, Marc Vanmeerbeek.

Département de médecine générale, Université de Liège

7.1 Introduction

Après avoir étudié les facteurs influençant le comportement des MG et des MT face aux abus de substances, et après avoir pris l'avis des autres acteurs du domaine, il restait à chercher si des expériences avaient déjà été menées dans d'autres pays pour impliquer davantage et mieux les MG et MT dans la prise en charge des patients.

7.2 Méthodologie

La recherche de telles expériences s'est effectuée de deux façons. Tout d'abord, une recherche de littérature classique sur le moteur de recherche Pubmed, utilisant les mots clés structurés du MeSH. Cette façon de procéder garantissait de retrouver les expériences suffisamment bien construites pour être publiées, et menées par des équipes ayant accès à ce niveau de publication. Ensuite, une série d'experts du domaine ont été contactés personnellement par courrier électronique afin de signaler des expériences non publiées dans les médias précédemment explorés ; ces experts étaient les représentants nationaux de l'EMCDDA³ (22 experts), des collègues académiques impliqués dans un projet COST sur la réduction des risques liés à l'alcool (13 experts), des experts ayant travaillé au consensus EQUUS (*Consensus on Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction*) (56 experts)⁴, et des experts du réseau T3E (Drug Addiction Europe Exchange Training)⁵ (16 experts).

Pour être considérés, les textes soumis devaient concerner l'accroissement de l'implication des MG et/ou des MT dans la prise en charge de l'abus de substances (alcool, psychotropes, drogues illégales), la collaboration entre eux ou avec d'autres acteurs, avoir fait l'objet d'une évaluation, être écrits en français, néerlandais ou anglais, et être applicable dans un contexte de vie ou de travail de type occidental.

7.3 Résultats

Au terme de la recherche, seulement six publications ou rapports ont été retenus : quatre pour l'alcool, un pour le cannabis et un pour les opioïdes ; aucun texte ne concerne les psychotropes. Le processus de sélection des textes est résumé dans la figure 1. Il faut noter qu'aucun texte rapportant un programme évalué ne concerne spécifiquement les MT (un seul concerne à la fois MG et MT).

³ EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/countries>

⁴ Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/equs_main_report_en.pdf

⁵ T3E <http://www.t3e-eu.org/>

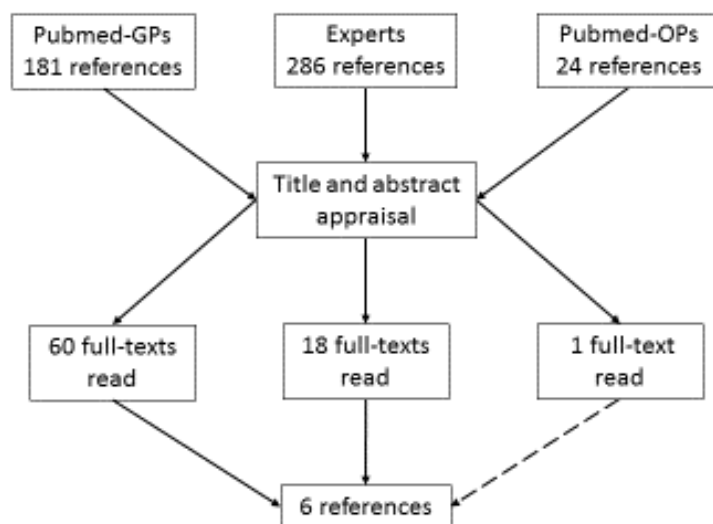


Figure 1 : Processus de sélection des textes

7.3.1 Méthodes utilisées

7.3.1.1 Implication personnelle des MG

L'implication des MG se réalisait surtout dans les étapes préliminaires des programmes. Des sessions de formation aux techniques de dépistage et à l'intervention brève étaient organisées [1,2]. Des méthodes de formation différentes étaient utilisées, successivement ou selon les souhaits des MG : ateliers animés par des formateurs externes, groupes de pairs sur les lieux de pratique [1], sessions de formation interactives ou discussions de cas [2,3], information plus générale sur l'intérêt d'une approche systématique, sur la relation de confiance médecin-patient, formation à l'utilisation d'outils [3]. Ces sessions de formation duraient de 2 heures à deux jours (dans ce cas, pour des MT) [4-6].

Une technique originale a été utilisée au Royaume-Uni pour motiver des MG appartenant au « noyau dur » des MG ne prenant pas du tout en charge ce type de problématique. Une adaptation des principes de l'entretien motivationnel a été utilisée par téléphone avec ces MG, par un intervenant spécialement formé à cette technique.

7.3.1.2 Outils spécifiques

Des logiciels d'enregistrement des données cliniques, de rappel ou de support de formation, ont été utilisés [1].

Le programme français « Boire moins, c'est mieux » (BMCM) a développé de nouveaux outils pour l'information préalable des patients. Le questionnaire AUDIT a été traduit et validé en français, et le questionnaire FACE (*Fast Alcohol Consumption Evaluation*) a été développé pour faciliter le travail de dépistage par les médecins [3].

7.3.1.3 Implication des autorités

Le programme français BMCM a concerné l'ensemble du pays, durant une longue période [3]. Les autorités de santé aux niveaux national, régional ou local, en ont été les partenaires à divers moments, de même que les associations professionnelles. Une information aux professionnels a été réalisée par des publications dans des revues professionnelles largement consultées par ces médecins, ainsi qu'une information au public via la presse grand public.

7.3.1.4 Incitants

La plupart des programmes prévoient une rétribution financière pour les médecins participants [1,3-6]. Elle pouvait être liée soit au nombre de patients inclus, et supérieure en cas d'intervention brève par rapport au screening [1-3], soit via une rétribution forfaitaire pour la participation à l'étude [4-6].

Ces incitants avaient pour but de rétribuer le temps supplémentaire de consultation [1]. Ils semblaient avoir plus d'effet sur l'intervention elle-même que sur la participation aux formations [3].

Un programme prévoyait des points de formation continuée, et une invitation au restaurant [2].

Parmi les stratégies de mobilisation et de suivi, le téléphone a été jugé supérieur au recrutement par voie postale [3]. Cibler des MG résistants à la prise en charge des abus de substances s'est révélé une stratégie payante, pourvu que le contact avec ces médecins respecte un protocole particulier abordant leur propre ambivalence [4,5].

7.3.2 Résultats obtenus

Bien que les mesures soient difficiles, et la pérennité des résultats ne soit pas garantie, certains programmes ont obtenu des résultats intéressants.

7.3.2.1 Motivation des MG

Les motivations à assister se répartissaient de la participation à un groupe de pairs (importance en cas du leadership de certains MG) jusqu'à la plus commune attente de l'amélioration de la prise en charge de certains patients [1].

Les MG se sont montrés plus intéressés par des compétences cliniques que par des apports théoriques [1,2]. Ceci pouvait aller jusqu'à une préférence pour un coaching ou une formation individuelle [1]. L'étude australienne a montré de bons résultats sur le sentiment d'auto-efficacité des MG, à la fois dans l'identification des patients que dans les conseils à leur prodiguer [2].

L'approche originale basée sur une adaptation de l'entretien motivationnel à destination des MG, associée à une information pratique, a montré un accroissement significatif du nombre de patients identifiés ayant un problème lié à l'utilisation de cannabis ou d'opioïdes. Le bénéfice observé dépend probablement de la combinaison d'une augmentation de la vigilance des MG liée à l'information, de l'augmentation de leur motivation et de leur légitimité à intervenir compte tenu des nouvelles connaissances. L'augmentation mesurée de la motivation n'était pas statistiquement significative [4,5]. Il faut noter qu'aucun effet n'a été noté pour l'alcool avec cette technique [6]. Il est possible que ceci s'explique par la plus grande tolérance culturelle et sociale pour cette substance, et par le vécu émotionnel tant du médecin que du patient [1].

7.3.2.2 Facteurs organisationnels

Dans le programme néo-zélandais, son succès a été attribué en partie au programme informatique d'enregistrement et de support [1]. Tant dans ce programme que dans le programme français, les pratiques qui disposaient de personnel et de temps dédiés au dépistage ont été plus à même de mettre en œuvre les activités proposées et leur enregistrement [1,3]. De meilleurs résultats ont été enregistrés lorsqu'une action dans la communauté de vie des patients était associée au programme [3].

7.4 Conclusions

L'amélioration de la prise en charge des abus de substances par les MG demande des actions au niveau de la formation, de la motivation et de l'organisation des soins.

Les méthodes de formation devraient être adaptées aux préférences des MG. L'acquisition de nouvelles compétences cliniques est leur demande principale, et ceci est le mieux atteint en petits groupes ou en formation individuelle.

Le travail sur la motivation, dont l'importance a été soulignée nettement dans le volet spécifique consacré aux MG dans cette étude, est le composant le plus original, et le moins pratiqué, à considérer dans une amélioration de la situation actuelle. Il est remarquable de constater qu'une méthode bien connue de motivation des patients au changement soit également applicable aux médecins.

En réponse à la plainte récurrente du manque de temps des médecins, deux des études ont souligné l'importance et l'efficacité d'assistants de pratique. Ce métier n'a pas encore droit de cité en Belgique, mais cette étude met en lumière un intérêt de ce type de collaboration.

Les incitants sont intéressants à considérer. Si la prise en charge des abus de substances est perçue comme un travail supplémentaire, il est logique qu'une demande de rémunération adéquate se fasse jour. En dehors du cadre d'expérimentations, une telle demande a pourtant peu de chances d'aboutir, si ce n'est dans un cadre plus large de revalorisation du métier de MG. Ces considérations sortent quelque peu du cadre de cette étude. En revanche, le support de pairs dans des petits groupes, déjà cité dans d'autres volets de cette étude, a toute sa place comme soutien à la pratique.

7.5 Bibliographie

1. Gifford H, Paton S, Cvitanovic L, McMenamin J, Newton C. **Is routine alcohol screening and brief intervention feasible in a New Zealand primary care environment?** *N Z Med J.* 2012; 125(1354):17–25.
2. Proude EM, Conigrave KM, Haber PS. **Effectiveness of skills-based training using the Drink-less package to increase family practitioner confidence in intervening for alcohol use disorders.** *BMC Med Educ.* 2006; 6(1):8.
3. Michaud P, Dewost AV, Fouilland P, Arfaoui S, Fauvel G. **Phase IV Study in France.** In: HEATHER Nick. **WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care: Report on phase IV collaborative: Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care.** World Health Organization, Geneva, 2006, pp. 131-144.
4. Strang J. **Engaging the reluctant GP in care of the opiate misuser: Pilot study of change-orientated reflective listening (CORL).** *Fam Pract.* 2004 Apr 1; 21(2):150–4.
5. McCambridge J, Strang J, Platts S, Witton J. **Cannabis use and the GP: brief motivational intervention increases clinical enquiry by GPs in a pilot study.** *Br J Gen Pract.* 2003 Aug; 53(493):637-9.
6. McCambridge J. **Encouraging GP alcohol intervention: pilot study of change-orientated reflective listening (CORL).** *Alcohol Alcohol.* 2004 Mar 1; 39(2):146–9.

8 Valorisation

Marie-Claire Lambrechts^{1,2}, Frédéric Ketterer³, Marc Vanmeerbeek³

¹Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, VAD

²Centrum Omgeving en Gezondheid, KU Leuven

³Département de Médecine générale, Université de Liège

8.1 Importance de la valorisation

Les programmes de recherche de BELSPO ont pour but de fournir des données fiables et validées, permettant de prendre des décisions appropriées dans divers terrains d'application. Cette phase de valorisation a pour but de communiquer les résultats de la recherche aux médecins participants, avant la publication des rapports finaux. De plus, une conférence finale est organisée pour permettre aux commanditaires de prendre connaissance de ces résultats. Ce processus a pour but de permettre une discussion et récolter des commentaires en vue de la rédaction de recommandations ; les différents stakeholders impliqués seront ainsi des relais pour la transposition de ces recommandations dans la pratique quotidienne.

Nous définissons le terme « valorisation » selon Salah et Galipeau : « *un processus permettant d'utiliser des connaissances scientifiques dans la pratique. La valorisation consiste à rendre des résultats de recherche **utilisables et pertinents**, afin d'augmenter la probabilité de leur utilisation par des tiers* » [1]. La valorisation n'est donc pas un processus statique ; les diverses activités organisées confèrent une valeur ajoutée à la recherche par les interactions entre les chercheurs et les praticiens de terrain. Le *Nederlandse Adviesraad voor Wetenschap, Technologie en Innovatie (AWTI)* insiste sur les objectifs culturels, démocratiques et sociétaux, et pas seulement commerciaux de ce type de processus. La valeur ajoutée au niveau social est particulièrement importante dans le domaine de la recherche dans le domaine des soins de santé [2].

Les connaissances peuvent être valorisées dans les pratiques professionnelles directement, par les professionnels, ou indirectement, par l'intermédiaire d'organisations. Dans certains cas, un processus d'adaptation aux pratiques doit être réalisé ; cette adaptation, qui nécessite des changements, implique une collaboration entre les organisations de terrain, les chercheurs et l'administration tout au long du processus, depuis la formulation des objectifs jusqu'à l'intégration des résultats dans la pratique. L'objectif de transposition dans les pratiques n'est pas toujours une réalité ; les praticiens ne trouvent pas aisément les données scientifiques, ou les mettent tardivement en pratique, en raison d'un manque de capacité de recherche spécifique. De plus, les chercheurs ont tendance à présenter leurs résultats de façon abstraite, alors que les praticiens ont besoin de résultats clairs et concrets [3].

8.2 Méthode

Le degré de participation est une donnée importante du processus de valorisation ; nous nous sommes inspirés de la méthode « *Large scale interventions* » (LSI) pour le favoriser. Dans cette méthode, les stakeholders sont impliqués dans toutes les phases du processus de changement ; l'approche implique la participation active de tous les intervenants (organisations, communauté et son environnement) pour mettre en place des changements durables. Un mix de travaux en petits et grands groupes est mis en place. Le nombre de personnes impliquées peut varier fortement, de quelques dizaines à plusieurs milliers [4].

8.3 Le processus de valorisation

Le processus de valorisation a comporté **trois initiatives**, permettant de communiquer les résultats de la recherche Up to Date à des médecins généralistes (MG), des médecins du travail (MT), et enfin à d'autres stakeholders lors d'une conférence finale.

8.3.1 Les médecins généralistes

8.3.1.1 Organisation

En collaboration avec les sociétés de MG (Domus Medica et la Société scientifique de médecine générale – SSMG), des responsables de GLEM/LOK (Groupe Local d’Evaluation Médicale / Lokale Kwaliteitskringen) ont été contactés. Nous avons reçu 32 réponses positives (3 GLEM et 29 LOK), parmi lesquels une sélection a été réalisée sur base de leur localisation (urbaine/rurale) et de contingences pratiques (dates disponibles). Les MG participants travaillaient en solo (39), en duo (12) ou en groupe (12). Les rencontres ont duré de 1,5 à 2 heures selon les groupes.

8.3.1.2 Résultats et commentaires

Après une courte introduction à propos de la recherche Up to Date, les résultats des enquêtes chez les MG ont été présentés et discutés. Compte tenu de l’abondance des résultats, une sélection a été faite, prenant en compte ceux qui étaient les plus significatifs et pertinents pour la pratique : 1) consommation d’alcool/drogues en pratique ; 2) influence des connaissances et des attitudes ; 3) communication et collaboration avec les MT. Les commentaires émis ont permis un ajustement (souvent par addition) des résultats de la recherche sur base de l’expérience des participants.

8.3.1.2.1 Usage d’alcool/drogues en pratique de MG : profil des patients

Le profil des patients que rencontrent les MG a été présenté sur base des données de l’étude auprès des médecins-vigies (chapitre 3) et des enquêtes auprès des MG (chapitre 4). Les types de prise en charge, tels que décrits dans le chapitre 3 ont également été cités : intervention brève, traitement pharmacologique, soutien non-pharmacologique/psychologique.

Le tableau ci-dessous reprend ce profil de patients ; les phrases en gras représentent l’apport des GLEM/LOK

Profil de patients abusant de substances: révision après avis des MG (*)

Le patient est un utilisateur au long cours (> 10 ans). **Ce profil a été relativisé, ça dépend du type de drogue.**

Prédominance du sexe masculin. **Le nombre de femmes concernées est en augmentation.**

Surtout alcool et hypnotiques/tranquillisants. **Question lors des GLEM/LOK : ceci est-il un usage problématique, et quand ?**

L’usage du cannabis est plus fréquent que ce qui est présenté, et est souvent banalisé par l’utilisateur (donc pas de demande d’aide, contrairement aux autres drogues illicites, moins fréquemment utilisées)

Souvent encore au travail

Note à propos des chiffres : pas de dépistage systématique en pratique

(*) En gras, les ajouts résultant de la consultation des MG

8.3.1.2.2 Connaissances et attitudes des MG

Le rôle des connaissances et attitudes a été présenté, au départ des résultats des enquêtes, comme des facteurs influençant le comportement des MG dans leur approche des patients ayant un usage problématique de substances.

Connaissances, après prise d’avis : CONFIRMATION et COMPLEMENTS (*)

Sources de connaissances des MG

Formation initiale (62,3%) : **à relativiser (limité, souvent ancienne)**

Colloques/séminaires (58,6%)

Internet (41,1%)

Besoin de formations complémentaires :

Thérapies les plus appropriées où référer ces patients (73,4%)

Signaux d’alerte d’abus de drogues illégales (47%)

Intervention minimale/brève (42,1%)

Différences entre les sortes de substances

Formation professionnelle (communication, entretien motivationnel) : possibilités de formation et d’entretien de la compétence.

(*)En gras, les ajouts résultant de la consultation des MG

Attitudes quant au rôle des MG, après prise d'avis : CONFIRMATION et COMPLEMENTS (*)

- Les MG pensent que les soins aux patients abusant de substances font partie de leur travail, surtout pour l'alcool, les hypnotiques et les tranquillisants.
- Les MG trouvent plus difficile de parler des abus de substances que de s'occuper des problèmes physiques.
- Les MG ne sont pas d'accord avec l'affirmation qu'il est difficile d'aborder les abus de manière constructive.
- Les MG ne sont pas d'accord avec l'affirmation qu'aborder les abus de substances comporte un risque de rupture de la relation thérapeutique avec le patient.
- Les MG se sentent souvent impuissants face à des patients qui abusent de substances.
- Facteurs facilitateurs : soutien personnel, formation, augmentation de l'offre de soins ambulatoires et résidentiels.
- **Discussion sur l'intérêt de dépistage systématique ou ciblé ? Des recommandations sont nécessaires.**
- **Les MG devraient plutôt dépister et référer.**
- **Réaffirmation de l'existence d'un goulot d'étranglement à l'entrée de la 2^e ligne de soins**

(*)En gras, les ajouts résultant de la consultation des MG

8.3.1.2.3 Communication/collaboration avec les MT

Enfin, les obstacles les plus importants concernant la collaboration/communication avec les MT ont été abordés.

Obstacles à la communication/collaboration avec les MT après prise d'avis : CONFIRMATION et RENFORCEMENT des obstacles identifiés (*)

MÉDECINS GÉNÉRALISTES	%	N
Je ne connais pas le nom ni les coordonnées du MT	72,2	285
Je voudrais collaborer, c'est juste un problème pratique pour se contacter	44,8	177
Je ne reçois pas de feedback de la part du MT	42,8	169
Je n'ai pas l'autorisation du patient pour contacter le MT	37,5	148
Je n'y pense pas	34,7	137
MÉDECINS DU TRAVAIL	%	N
Les MG ne savent pas précisément en quoi consiste mon travail	52,6	132
Je ne reçois pas de feedback de la part du MG	44,6	112
Les MG me voient comme un médecin-contrôleur	37,5	94
Les MG essaient de maintenir leur patient au travail sans tenir compte des conséquences au travail	33,1	83
Je voudrais collaborer, c'est juste un problème pratique pour se contacter	31,1	78
Source : Up to Date, WP 3 & 4		

Les MG et les patients se méfient des MT en raison d'une possible perte de confidentialité envers l'employeur.

(*)En gras, les ajouts résultant de la consultation des MG

8.3.2 Médecins du travail

Contrairement aux généralistes, il avait été prévu de rencontrer les MT en une seule occasion. Malgré la coopération des organisations coudées, le taux de réponse a été très limité, et nous a contraints à annuler cette initiative.

8.4 Conférence de clôture

8.4.1 Organisation et programme

La conférence de clôture a eu lieu le 23 janvier 2015 au SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. La publicité en avait été faite auprès des stakeholders via différents canaux. Le programme associait des résultats de la recherche et l'intégration/discussion des commentaires des MG et des MT. Les données

de prévalence les plus récentes quant à la consommation d'alcool/drogues ont été présentées. Une discussion générale a terminé le programme.

Cent vingt-neuf personnes se sont inscrites. Ce groupe hétérogène reflétait la diversité des stakeholders actifs dans le domaine : soignants et travailleurs en prévention du secteur alcool/drogues, chercheurs, décideurs, police/justice, bien-être et santé. Les MT étaient proportionnellement les plus nombreux, peut-être en raison de l'annonce faite antérieurement de la phase de valorisation prévue en décembre 2014. Le score global attribué à cette conférence a été de **8,3/10**. Les participants ont particulièrement apprécié les présentations, tant sur la forme que pour leur contenu (particulièrement les deux présentations pratiques). L'organisation pratique (infrastructure, restauration, localisation) a également été appréciée.

Discussions

Durant les discussions, un certain nombre de propositions ont été explicitées. Les participants avaient ensuite la possibilité de les scorer individuellement. Enfin, un temps était prévu pour des propositions écrites supplémentaires, qui a été bien utilisé.

Thèmes des propositions :

1. Sensibiliser la population adulte à la problématique alcool/drogues ;
2. œuvrer pour une politique concrète alcool/drogues au travail ;
3. dépistage systématique (par voie électronique) par les MG et les MT ;
4. possibilité de consultation entre MG et MT ;
5. soutien des MG et des MT pour la prévention et la prise en charge.

Pour la mise en pratique, voir ci-dessous les recommandations.

8.4.2 Evaluation de processus de la valorisation

Cette phase de valorisation fut un succès, tant par le nombre et la variété des participants, que par l'évaluation qu'ils en ont faite ; l'expérience peut sûrement être répétée dans des projets similaires. La méthode LSI a contribué à ce succès. Cette approche suppose une participation active des stakeholders dans les diverses phases des changements à opérer dans le domaine de la problématique alcool/drogues.

Dans le projet Up to Date, ceci a été réalisé par le retour des résultats dans le comité de pilotage, et, surtout, par la phase de valorisation active terminale, et non depuis la phase initiale comme prévu par la méthode LSI. La confrontation des résultats à la pratique rencontrée dans les GLEM/LOK s'est révélée intéressante, et mériterait d'être répétée ; la discussion avec les collègues MG sur ces thèmes, au départ des résultats de recherche, a été particulièrement précieuse. La conférence finale a été également appréciée positivement.

Il serait intéressant de voir dans quelle mesure la participation des stakeholders pourrait être améliorée dans de futurs projets.

Un rapport complet de la phase de valorisation (21 p) et ses annexes (13 p) est disponible en français et néerlandais.

8.5 Références

[1] Steenssens, S. & Gijssels, C. **Valorisatie van onderzoek in de humane en sociale wetenschappen: bepaling van het onderzoeksobject.** In Gijssels, Caroline en Steenssens, Katrien (eds.) (2011). Naar waarde geschat. Valorisatie van onderzoek in de humane en sociale wetenschappen. AWTI (2007). Alfa en Gamma stralen. Valorisatiebeleid voor de Alfa- en Gammawetenschappen. Den Haag: Adviesraad voor Wetenschap, Technologie en Innovatie.

[2] AWTI (2007). **Alfa en Gamma stralen. Valorisatiebeleid voor de Alfa- en Gammawetenschappen.** Den Haag: Adviesraad voor Wetenschap, Technologie en Innovatie.

[3] Cultuurforum 2020 (2013). **Geïntegreerd verslag van de gesprekstafels ‘Kennisgebaseerd beleid en praktijk’**. Kortrijk, 27/5/2013. <https://cjsm.be/cultuur/sites/cjsm.cultuur/files/public/cf2013-verslag-sessie007.pdf>

[4] Zouwen, van der T. (2011). **Building an evidence based practical guide to Large Scale Interventions. Towards sustainable organizational change with the whole system**. Delft: Eburon Academic Publishers.

8.6 Recommandations

Pour terminer, nous suggérons un certain nombre de recommandations, sur base de la rencontre avec les MG et les stakeholders lors de la conférence finale.

- Une sensibilisation accrue des adultes (principalement), mais aussi des jeunes, à propos des l’usage d’alcool et des autres drogues est indiquée ;
- Le cannabis est perçu différemment des autres drogues illégales, par les usagers comme par les travailleurs de santé ; il faut en tenir compte pour la prévention et la prise en charge ;
- La question du dépistage systématique ou ciblé de l’alcool et des autres drogues par les MG et les MT doit être mise en débat ;
- Élaborer une politique alcool/drogues concrète ;
- Les MG et les MT doivent être mieux soutenus dans leurs actions de prévention et de prise en charge de l’alcool/drogues, p.ex. par l’organisation d’échanges d’expériences entre MG et MT, par une attention accrue à la problématique lors de leur formation ;
- Les MG et les MT doivent apprendre à mieux se connaître et à mieux communiquer ;
- Un travail multidisciplinaire est nécessaire ;
- Plus de dialogue est souhaitable entre tous les acteurs concernés par la problématique alcool/drogues.

9 Recommandations au terme de cette étude

Au terme de cette étude, un certain nombre de lignes de force se dégagent. Les recommandations suivantes devraient permettre de faire évoluer la situation actuelle vers une amélioration de la prise en charge par les MG, dans les milieux de vie des personnes, et de la gestion par les MT, dans le cadre de leur mission de maintien de la santé et de la sécurité des travailleurs sur leur lieu de travail. L'orientation de recherches ultérieures possibles est également mentionnée.

Ces recommandations forment un tout cohérent. L'efficacité attendue dépend autant de la qualité des actions qui seraient mises en œuvre que de leur articulation, et donc de leur mise en place dans un cadre général progressif dans le temps.

9.1 Recommandations communes aux MG et aux MT

9.1.1 La formation des médecins devrait comporter un volet consacré à la problématique alcool-drogues

Une proportion non négligeable de médecins généralistes et du travail éprouve des difficultés dans la prise en charge des problématiques alcool-drogues (AOD), que ce soit dans la conceptualisation de la problématique, dans la façon concrète de gérer des patients/travailleurs ou de mener une action de prévention de l'usage problématique au travail.

Un temps dédié aux problématiques AOD devrait faire partie de la formation initiale de tous les médecins, comprenant, d'une part, une partie théorique et, d'autre part, des mises en situation permettant aux étudiants de s'approprier les techniques relationnelles et motivationnelles de base (*key learning outcomes*), en particulier dans la partie francophone du pays.

Pour les MG en exercice qui le souhaitent, des formations similaires sont déjà disponibles. Il conviendrait d'en rendre l'existence plus visible. Des propositions d'informations ciblées, combinées à une approche motivationnelle, pourraient être proposées à des MG prenant peu part à ces prises en charge.

9.1.2 Les termes et définitions liés à la problématique AOD devraient être enseignés

Les représentations de la problématique AOD sont encore régulièrement marquées par les représentations personnelles des MG, elles-mêmes fruits de leur éducation, de leurs expériences personnelles et professionnelles, plus que de connaissances médicales *stricto sensu*. Les notions d'usage nocif, ou problématique, de dépendance sont insuffisamment connues de certains d'entre eux, de même que les tests simples de dépistage.

A l'instar des MG, les MT n'opèrent pas réellement de distinction entre les termes liés à différents types d'usages (nocif, problématique, dépendance). Leur définition de l'abus est principalement corrélée à son interaction avec le travail. Néanmoins, dans le cas de l'alcool, il est recommandé d'employer les termes *ad hoc* afin de décrire les habitudes de consommation dangereuses et nocives liées au contexte de travail.

En conséquence, dans la prévention et l'approche des drogues illégales, il est recommandé de faire la distinction entre le cannabis et les autres drogues illégales.

Les termes à privilégier pour décrire les habitudes de consommation dangereuses et néfastes sont la consommation d'alcool dangereuse, la consommation d'alcool nocive, l'alcoolisation aiguë épisodique et la dépendance alcoolique, plutôt que des termes comme usage d'alcool, mésusage et alcoolisme (Primary Health Care European Project on Alcohol, PHEPA guidelines, 2007).

9.1.3 La collaboration entre MG et MT devrait être encouragée concrètement

Plusieurs volets de cette recherche ont largement montré le manque de communication et de collaboration entre les MG et les MT. La confiance entre ces deux professions a souvent été décrite comme minimale.

Un cadre de référence pour la collaboration entre MG et MT devrait être impulsé. L'étude a souligné l'absence de guides de bonne pratique pour la collaboration entre MG et MT ; ici également, la rédaction de tels guides, basés sur un consensus entre représentants des deux parties devrait débiter. Les MG interrogés dans la recherche soulignaient également la difficulté qui était la leur à identifier clairement les MT et à avoir les moyens concrets de les contacter.

Compte tenu des difficultés rapportées dans des travaux antérieurs, un message clair devrait émaner des autorités de santé et de la santé au travail. Une meilleure connaissance réciproque est de nature à améliorer la situation ; des expériences existent déjà, qui rassemblent des MG et des MT (groupes trio SSMG, invitations de MT dans des GLEMs de MG). De telles rencontres sont de nature à réduire les préjugés, à augmenter la connaissance réciproque, à construire un savoir commun.

Il est souhaitable que la médecine du travail soit mieux visible dans les facultés dès la formation initiale. Des séances de formation communes aux MG et aux MT concernant la gestion des abus de substances chez les patients/travailleurs permettraient une meilleure interconnaissance et, *in fine*, une plus grande facilité de collaboration entre ces professionnels de santé.

9.1.4 Les possibilités de référence des patients dans des structures adaptées devraient être élargies

Les MG et les MT interrogés dans les enquêtes ont régulièrement fait état de difficultés à référer les patients dont ils ont la charge à des thérapeutes spécialisés.

Les listes d'attente des structures adéquates sont souvent trop longues, alors que le moment où le patient est prêt à faire le pas d'une prise en charge spécialisée ne représente souvent qu'une fenêtre étroite de temps. Des occasions sont manquées à cette occasion, lorsque le temps s'étire trop entre le souhait du patient de se faire prendre en charge dans de telles structures et la possibilité pratique de le faire. Les MG se retrouvent alors souvent seuls, et parfois aux limites de leurs compétences. De même, le fait de savoir que la prise en charge dans des structures spécialisées risque de s'avérer difficile peut constituer un frein à aborder le sujet de l'abus de substance avec le patient. Les conséquences de ce retard de prise en charge spécialisée sont alors dommageables pour les patients et pour les médecins.

Le prix des prises en charge spécialisées – notamment par les psychologues privés – a également été cité comme un obstacle pour les patients. Les centres de santé mentale publics sont financièrement plus accessibles, mais leurs capacités d'accueil sont limitées. Des modalités permettant de prendre en compte la situation financière délicate d'un plus grand nombre de patients seraient bienvenues.

9.2 Recommandations concernant les médecins généralistes

9.2.1 Les formations proposées aux MG devraient toujours associer le dépistage, l'intervention brève et les modalités de référence à d'autres intervenants

Les techniques relationnelles et communicationnelles permettant d'initier une prise en charge et de réaliser un premier bilan sont, elles aussi, insuffisamment répandues parmi les MG.

Il serait illogique, et sans doute contre-productif, voire dangereux tant pour les patients que pour les médecins, de former ces derniers au dépistage et à l'utilisation des outils adaptés sans poursuivre immédiatement par une formation à l'intervention brève et à la référence à des thérapeutes plus spécialisés.

Dans la littérature scientifique, dépistage et intervention brève sont toujours associés. Selon les compétences et les préférences des médecins, les patients seraient référés plus ou moins rapidement à des thérapeutes spécialisés dans la prise en charge des problématiques AOD. L'étude réalisée par questionnaires soulignait que le besoin de formation le plus plébiscité par les MG concernait les thérapies les plus adaptées vers lesquelles orienter les patients en situation d'abus de substances, signe de ces besoins de formation des MG.

Les MG devraient être informés des souhaits émis par divers intervenants et thérapeutes, dont c'est la spécialité de prendre en charge ces problématiques, de rester un des partenaires actifs dans le soutien au patient. Un MG peut parfaitement se cantonner aux aspects strictement biomédicaux d'une prise en charge plus globale (ex : gestion des comorbidités physiques, dépistage d'infections opportunistes), à condition de rester en lien avec les autres thérapeutes, et d'être dans une prise en charge concertée.

9.2.2 Des recommandations de bonne pratique adaptées devraient être élaborées

Les MG interrogés dans nos enquêtes se sont prononcés en faveur de la mise à disposition de recommandations qui reflètent fidèlement les situations qui sont rencontrées le plus souvent en première ligne, et ce pour différentes substances : alcool, cannabis, psychotropes, opiacés.

L'étude de la littérature concernant de telles recommandations, réalisée en 2013 dans le cadre de cette recherche, pourrait constituer un bon point de départ, de même que la recommandation de Domus Medica sur l'usage problématique d'alcool. Une actualisation serait cependant nécessaire. Une procédure de consensus par la méthode Delphi pourrait aboutir à la rédaction des recommandations pratiques sur les points pour lesquels il n'existe pas, à l'heure actuelle, de preuves suffisamment établies.

Ces recommandations devraient permettre de choisir les techniques et opportunités de dépistage, les modalités d'intervention de différentes intensités, et les circonstances où il est pertinent de référer à d'autres thérapeutes.

Ces nouvelles recommandations devraient être validées, dans les deux principales langues nationales, par le CEBAM, et mises à disposition de façon large et intuitive, par exemple sur la plateforme EBMPpracticeNET.

Les outils informatiques comportant des tests de dépistage, les recommandations, etc., pourraient utilement être intégrés aux divers logiciels utilisés par les MG (label e-Health) et les MT.

9.2.3 La recherche de l'usage problématique de substances pourrait être ajoutée à la check-list du DMG+ des médecins généralistes

Le fossé entre le nombre d'usagers problématiques et le nombre de personnes prises en charge pour ces problèmes est important et nécessite une approche volontariste pour être comblé. Le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) a établi la check-list actuelle du volet préventif du dossier médical global sur base de l'efficacité scientifiquement prouvée de procédures préventives.

Il n'y a pas d'indication dans la littérature actuelle d'un dépistage généralisé de l'abus de substances dans la population générale. Domus Medica travaille actuellement à un rapport de consensus sur les recommandations en matière de *screening – brief intervention (SBI)*. Une fois ce document disponible (et traduit en français), rien ne s'opposerait à l'introduction d'un item concernant l'abus de substances, qui viendrait compléter l'actuel libellé un peu vague de « santé mentale ».

9.2.4 Les MG qui s'engagent dans la prise en charge des problèmes AOD doivent être soutenus

Même parmi les MG qui acceptent de prendre en charge les problématiques AOD chez leurs patients, le travail est souvent extrêmement long, difficile et non couronné de succès dans une proportion importante de cas. La démotivation des médecins, le sentiment de manque d'efficacité, voire l'épuisement professionnel (burnout), sont des menaces réelles.

Afin de minimiser ce risque, un encadrement spécifique doit pouvoir être proposé à tout MG, qu'il en manifeste le souhait ou non. A cet égard, une attention et une bienveillance mutuelles sont nécessaires au sein de la profession, afin d'identifier des médecins en souffrance qui ne demanderaient pas spontanément de l'aide. Diverses formules adaptées sont envisageables : groupes de pairs pour

échange d'expériences (intervisions), formation continuée, GLEMs ; un coaching individuel peut être nécessaire dans certaines situations.

9.3 Recommandations concernant les médecins du travail

9.3.1 Les MT ont besoin d'une formation spécifique aux problèmes AOD dans la formation continuée

La plupart des MT évoquaient des difficultés à aborder le sujet de l'usage de substances en comparaison des problèmes de santé physiques. Les MT se sentaient souvent impuissants dans la gestion des abus de substances. Ils avaient besoin spécifiquement d'une formation concernant les possibilités de recours efficaces et une formation aux compétences à la communication et à l'entretien motivationnel.

Dès lors, investir dans la formation et les compétences communicationnelles des MT au sujet des problèmes AOD des travailleurs semble nécessaire à l'avenir.

9.3.2 Un dépistage systématique de l'usage d'alcool et des drogues illégales devrait être pratiqué pour les travailleurs employés dans des fonctions de sécurité

PHEPA recommande que l'identification des consommations d'alcool dangereuses ou nocives et l'alcoolisation aiguë épisodique s'adresse à tous les patients adultes des établissements de soins de santé primaire. A cette fin, AUDIT-C est considéré comme un outil efficace dans différentes circonstances. Dans une revue systématique des interventions sur le lieu de travail pour des problèmes liés à l'alcool, Webb *et al* concluent que l'intervention brève, souvent utilisée en soins primaires « a le potentiel pour produire des résultats bénéfiques ». Pour environ la moitié des MT interrogés dans cette étude, une frustration résultait du fait de ne pas pouvoir faire plus que leurs tâches légales avec un centrage sur une surveillance de la santé périodique, fondée sur une évaluation des risques professionnels.

9.3.3 Des recommandations de bonne pratique adaptées au rôle individuel des MT devraient être élaborées

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de recommandations de bonne pratique fondées sur des preuves à destination des MT, concernant l'approche individuelle des travailleurs ayant des problèmes d'alcool ou de drogues. Il existe des preuves concernant le dépistage de la consommation d'alcool qui engendre des risques au travail, néanmoins ces preuves ne sont pas claires. Il semble opportun d'élaborer des recommandations de bonne pratique fondées sur des preuves quant au dépistage d'alcool et des autres drogues par les MT.

L'élaboration de recommandations de bonne pratique concernant l'utilisation de AUDIT-C et de l'intervention brève par les MT constitue une autre recommandation.

Enfin, discuter du rôle des MT dans la promotion de la santé (concernant l'alcool et les drogues) sur le lieu de travail (incluant le dépistage systématique de chaque travailleur ?) s'avère également une piste d'amélioration pour l'avenir.

Il semblerait également que toute révision des exigences officielles en matière de formation des MT par le SPF du Travail et de l'Emploi devrait inclure des exigences spécifiques concernant la gestion d'usage problématique d'alcool et/ou de drogues en milieu de travail.

Enfin, il est recommandé d'inclure, dans le processus d'assurance qualité des services de prévention internes et externes, le développement professionnel continu des MT et du personnel paramédical dans le champ des abus de substances (également l'introduction de l'accréditation).

9.3.4 Evaluer l'implémentation de la CCT 100

L'anniversaire des cinq ans de la CCT 100, tout proche, devrait être l'occasion de son évaluation par les partenaires sociaux. L'étude a révélé une influence positive sur la prévention et la gestion des abus de

substances parmi les MT interrogés. Il reste à confirmer cette impression par une évaluation plus large et objective.

Un approfondissement et un plus grand niveau de concrétisation de la politique d'entreprise vis-à-vis des consommations sont sans doute souhaitables là où la CCT 100 est déjà d'application. Un élargissement de son champ d'application serait probablement utile aux entreprises qui ne l'appliquent pas encore (organisations publiques et secteur de l'éducation).

La mise en place de la seconde phase de la CCT100 sera aussi nécessaire, pour une matérialisation d'une politique AOD effective soutenant le rôle du MT.

9.3.5 Promouvoir une approche multidisciplinaire à l'intérieur de l'entreprise

Afin de promouvoir une approche multidisciplinaire à l'intérieur de l'entreprise gérant les problèmes AOD, il est recommandé que la gestion de ces problèmes par les MT implique une collaboration proche avec un conseiller en prévention chargé des aspects psycho-sociaux et le département des Ressources humaines.

9.3.6 Une place pour la prise en compte spécifique des usages problématiques de substances devrait faire partie des plans de réinsertion au travail lors d'une incapacité de plus de trois mois

9.4 Synthèse des recommandations

Les pages suivantes présentent un tableau synthétique des recommandations de l'étude Up to Date (tableau 1).

Table 1 : Synthèse des recommandations de l'étude Up to Date

Recommandations communes aux MG et aux MT	
<p>La formation des médecins devrait comporter un volet consacré à la problématique alcool-drogues Formation initiale : information théorique et mises en situation permettant de s'approprier les techniques relationnelles et motivationnelles de base Formation continuée : rendre les formations existantes plus visibles. Approche motivationnelle spécifique aux MG hésitants</p>	
<p>Les termes et définitions liés à la problématique AOD devraient être enseignés Les termes à privilégier pour décrire les habitudes de consommation dangereuses et néfastes sont la consommation d'alcool dangereuse, la consommation d'alcool nocive, l'alcoolisation aiguë épisodique et la dépendance alcoolique, plutôt que des termes comme usage d'alcool, mésusage et alcoolisme</p>	
<p>La collaboration entre MG et MT devrait être encouragée concrètement Rédaction de guides de bonne pratique pour la collaboration entre MG et MT Communication claire des autorités de santé et de la santé au travail en faveur des avantages de cette collaboration Favoriser les rencontres</p>	
<p>Les possibilités de référence des patients dans des structures adaptées devraient être élargies Réduction des listes d'attente Prise en charge financière par l'assurance maladie</p>	
Recommandations concernant les MG	Recommandations concernant les MT
<p>Les formations proposées aux MG devraient toujours associer le dépistage, l'intervention brève et les modalités de référence à d'autres intervenants Outils de dépistage Panel des thérapies et des thérapeutes disponibles Recommandations pour prise en charge des aspects biomédicaux</p>	<p>Les MT ont besoin d'une formation spécifique aux problèmes AOD dans la formation continuée Possibilités de recours efficaces Formation aux compétences à la communication et à l'entretien motivationnel</p>
<p>Des recommandations de bonne pratique adaptées devraient être élaborées Situations prévalentes en première ligne, différentes substances Consensus pour les points sans preuves EBM Validation et mise à disposition par le CEBAM Intégration aux outils informatiques existants</p>	<p>Un dépistage systématique de l'usage d'alcool et des drogues illégales devrait être pratiqué pour les travailleurs employés dans des fonctions de sécurité</p>
<p>La recherche de l'usage problématique de substances pourrait être ajoutée à la check-list du DMG+ des médecins généralistes Dès qu'il existe un consensus sur les recommandations en matière de <i>screening – brief intervention (SBI)</i></p>	<p>Des recommandations de bonne pratique adaptées au rôle individuel des MT devraient être élaborées Utilisation de AUDIT-C et de l'intervention brève par les MT Rôle des MT dans la promotion de la santé</p>

<p>Les MG qui s'engagent dans la prise en charge des problèmes AOD doivent être soutenus Groupes de pairs (intervisions), formation continuée, GLEMs, coaching individuel</p>	<p>Evaluer l'implémentation de la CCT 100 Approfondissement et plus grand niveau de concrétisation de l'application de la CCT 100 Elargissement de son champ d'application aux organisations publiques et au secteur de l'éducation</p>
	<p>Promouvoir une approche multidisciplinaire à l'intérieur de l'entreprise Conseiller en prévention chargé des aspects psycho-sociaux Département des Ressources humaines</p>
	<p>Une place pour la prise en compte spécifique des usages problématiques de substances devrait faire partie des plans de réinsertion au travail lors d'une incapacité de plus de trois mois</p>