

Groupe Conduites à risques

Coordinateur Philippe Binder

recherches en cours au 27/04/2012

COMPOSITION

AUDIER, BARON, BINDER, BIRAULT, BONNET, deVAUGELADE, DUMAS-REAM, HEINTZ, LEMERCIER, SORBE, VALETTE

PROBLEMATIQUE GENERALE

Dans notre champ de travail, le rôle spécifique du MG se situe à plusieurs niveaux et les questions qui sont à éclaircir paraissent être :

- éviter le commencement d'une conduite à risque
 - quel moment est le plus propice ?
 - comment assurer un repérage précoce des conduites à risque,
- être en lien avec le dispositif spécialisé,
 - quelle est la nature de ce lien ?
 - comment le développer ?
- assurer un niveau de prise en charge ou un suivi
 - quel est le niveau d'investissement possible ?
 - avant ou après structure ?
 - Comment éviter une aggravation ou une rechute ?
 - Comment aider au cheminement d'amélioration ?
 - Comment intégrer le système relationnel familial ?

la recherche en ces domaines est donc un effort de compréhension (études d'observations) et des essais d'intervention (études interventionnelles)

PERSPECTIVES

(en grisé ce qui est achevé)

Conduites à risque Adolescents

- ? (n°2) Quels sont les déterminants de l'expression de ses problèmes chez les ados en difficulté ? création et validation d'un questionnaire (Marie-Lan Esnault-Prunier)
- ? (n°3) Quels sont les déterminants de l'expression de ses problèmes chez les ados en difficulté ? enquête régionale comparée (Chimène Wandji)
- ? (n°4) La consultation des MG améliore-t-elle le mal-être des ados en difficulté ? (Laurent Carof)

Dépendance à l'alcool

- ? (n°6) Le Baclofène est-il utile pour traiter les malades de l'alcool : mise en place du PHRC Bacloville (Arnaud Faurie) (Vincent Jedat ?)
- ?

Drogues illicites

- ? (n°1) Quelles sont les possibilités de sevrage opiacé en ambulatoire ? (Bertrand Briel)
- ? (n°5) Pourquoi la BHD est-elle si peu génériquée ? étude des prescripteurs (Thomas Beneytout)
- ? (n°7) étude des usagers (Pierre MUSCAT) étude des pharmaciens (...) étude de l'efficacité biologique(...)
- ? (n°8) Quels sont les critères des patients pour choisir ou non leur médecin traitant comme prescripteur de TSO ? » (Virginie Martin)
- ? (n°14) Création d'un Site Internet Cannabis pour les professionnels de santé primaire (Nelly LANSON)
- (n°13) Quels sont les éléments sociologiques intervenant dans la relation entre médecins généralistes et consommateurs de produits illicites? (Xavier Lemerrier Master 1 sociologie)

Stratégie de réseau

- ? (n°9) Quel impact peut avoir la visite d'un DSP sur les pratiques des MG en addictologie dans un territoire donné ? (Elodie FooChanChin)
- ? (n°10) et sur les admissions aux urgences hospitalières (Ivan Rafei)
- ? (n°11) De quel type de « réseau » de soutien le patient alcoolique dispose dans l'année qui suit 3 semaines de cure avec hébergement ? (Eugénie Saumur)
- ? (n°12) Existe-t-il des facteurs déterminant /corrélés/ liés / prédictif/ au suivi de longue durée ? (Alexandra Suant) que deviennent ceux qui ne sont plus suivi ?
- ? Quelle influence les consultations psy ont-elles sur les comportements ? (analyse des données TALOS) (.....)

Addiction au tabac

- ? (n°15) Etude « Addicstatine » dans le sevrage tabagique (PHRC présenté par le Pr MC Pérault-Pochat, et intégrant Xavier Lemerrier)

Résumés des ETUDES ET RECHERCHES

RECHERCHES en cours :

6	BACLOFENE ET ALCOOL Le Baclofène est-il un traitement utile dans les addictions à l'alcool ? (PHRC national) Mise en place d'une étude en double aveugle contre placebo.							BINDER-BONNET-AUDIER- interne: FAURIE Arnaud arnaud.faurie@gmail.com		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<p><i>Le cadre de la thèse à l'intérieur du PHRC est mieux défini. Il s'agit de suivre l'instauration et le développement du PHRC en s'intéressant aux 9 médecins investigateurs. L'interne s'attachera à situer et mesurer les écarts au protocole idéal puis d'en connaître les justifications. L'interne doit commencer à segmenter les temps du protocole et d'envisager la grille d'interrogation : adhésion et connaissance du protocole / recrutement des patients / suivi des patients/ levée de l'insu et suivi ultérieur.</i></p> <p><i>Fiche de thèse à faire</i></p>										

1	SEVRAGE OPIACE AMBULATOIRE Quel est le niveau d'observance à un protocole de sevrage ambulatoire des opiacés de 11 jours en médecine générale ?							BINDER- Interne : BRUEL Bertrand bertrand.brue@etu.univ-poitiers.fr		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<p><i>Les résultats montrent</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - la difficulté de faire du rétrospectif - la possibilité de pratiquer des sevrage ambulatoire d'opiacé en MG - la forte proportion de sortie du protocole - la pauvreté de caractéristiques prédictives d'échec : cocaïne et opiacé non sniffé (à affiner) <p><i>Publication dans une revue en langue française et présentation en congrès (Binder)</i></p>										

5	BUPRENORPHINE GÉNÉRIQUE (1) Coté médecin, le nombre de toxicomanes rencontrés fait-il varier le taux de générique prescrit ? Côté patients, existent-il des critères de mésusage discriminant le générique du princeps ?							BINDER-VALETTE- interne BENEYTOUT Thomas thomas.beneytout@wanadoo.fr		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<p><i>L'interne doit finaliser sa présentation orale pour sa soutenance. Discussion autour d'un écart possible entre la prescription du médecin et la délivrance du pharmacien en termes de responsabilité. Calculs effectués par une équipe à Limoges dont les coordonnées sont à fournir pour affiner éventuellement le travail.</i></p> <p><i>Publication dans une revue à définir et présentation en congrès (Binder)</i></p> <p><i>Transmission du travail à Pierre MUSCAT.</i></p>										

7	BUPRENORPHINE GÉNÉRIQUE (2) Quels sont les critères des usagers qui leur font préférer princeps ou générique de la Buprénorphine ? . Etude quantitative transversale en pharmacie auprès des clients recevant un TSO.							BINDER- interne MUSCAT pierre p4muscat@gmail.com		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<p><i>En relais de BENEYTOUT</i></p> <p><i>En biblio, l'interne doit éplucher très attentivement les rares articles étudiant la préférence du générique par le toxicomane. Puis il s'attachera à étudier les articles sur les attitudes des patients envers les génériques en général.</i></p> <p><i>L'étude d'enquête sera à mener auprès des toxicomanes rencontrés en pharmacie en dissociant les préférences alléguées des effets somatiques rapportés sans oublier d'inclure des éléments d'environnement. Il rencontrera Jaafari pour inclure un questionnaire d'Insight.</i></p> <p><i>Fiche de thèse à faire</i></p>										

8	MG ET ADDICTIONS Quels sont les critères des patients dépendant des opiacés pour choisir ou non leur médecin traitant comme prescripteur de TSO ? »							LEMERCIER Interne : MARTIN Virginie virginie.martin@etu.univ-poitiers.fr		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<p><i>Méthode qualitative présentée. La démarche trop directive doit être revue</i></p>										

2-3	CONFIANCE DES ADOS A RISQUES Existe-t-il des conditions favorisant la confiance de l'adolescent présentant un comportement à risque envers les adultes et plus particulièrement son médecin traitant ?							BINDER-HEINTZ- Internes : WANDJI Chimène chimene.wandji@yahoo.fr		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<i>Etude suspendue à un imbroglio administratif incertain . Envisager 2°voir 3° interne pour le traitement des données si l'étude concerne les 11-13-15 ans de l'Alsace et du Poitou-Charente.</i>										

4	SOUCIS ET MAL-ETRE. SOCRATE 3 1- Le ressenti de mal-être des adolescents ayant des soucis s'améliore-t-il à l'issue d'une consultation de MG ? 2- Si oui, cette amélioration est elle plus importante chez ceux qui ont déclaré un souci psychologique que chez ceux qui n'en ont pas déclaré ? 3- Le MG estime t-il mieux le mal être des adolescents qui ont déclaré des soucis psychologiques que le mal-être de ceux qui n'en ont pas déclaré ?							BINDER-AUDIER interne : CAROF Laurent laurentcarof@wanadoo.fr		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<i>Si la thèse se doit de présenter tous les résultats, l'article et la présentation à Nice doit focaliser impérativement sur la question 1 et 2. Pour la réalisation d'un article (cosigné) dans la revue américaine ANNALS OF FAMILY MEDICINE. IF >4 , l'interne référencera le raisonnement du contexte que Binder lui adressera. Diaporama de Nice à construire.</i>										

9	DSP délégué de santé publique Une démarche personnalisée de rencontre individuelle peut-elle atteindre plus de 85% des médecins et des pharmaciens d'un territoire donné ? Quelles sont les attitudes des médecins vis-à-vis des patients addictifs ? celles-ci s'écartent-elles des attitudes enregistrées par le Baromètre santé national de l'INPES ? Quelle proportion de médecins vont s'engager dans une dynamique de réseau ?							BINDER-deVAUGELADE interne : FOO-CHAN-CHIN Elodie elodief19@hotmail.com		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<i>Rapport sur les expériences connues et les premiers résultats enregistrés sur le terrain par rapport au baromètre Santé MG national. Préciser le mode opératoire du Baromètre Santé national. L'exploitation des données fera l'objet d'un travail quantitatif avec Jean DeVaugelade lors de la fin de la campagne Deux-Sèvres intégral</i>										

12	Données TALOS Existe-t-il des facteurs déterminant /corrélés/ liés / prédictif/ au suivi de longue durée dans un réseau de soin primaire addiction ?							BINDER-SORBE-CHABAUD interne : SUANT Alexandra alexsuant@hotmail.com		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<i>En attente de réponse à l'appel d'offre SETHS sollicité il serait utile de voir dans la littérature les études concernant les patients alcooliques qui décrochent des suivis . les méthodes pour les retrouver et leur situation : améliorées ou dégradées.</i>										

11	LES DIMENSIONS DU RESEAU RESSOURCE DU PATIENT ALCOOLIQUE SEVRE La fréquence de contact relationnel avec des ressources spécialisées ou non favorise-t-elle le maintien de l'abstinence alcoolique après une cure en établissement avec hébergement d'au moins 3 semaines ?							BINDER CC : deVAUGELADE Jean jeandevaugelade@wanadoo.fr Interne: SAUMUR Eugénie eugenesaumur@hotmail.fr		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<i>1Pas de changement en raison de l'absence du chef de clinique et de l'interne 1- asseoir des arguments bibliographiques (bonne initiative de classement présenté au groupe) 2- structurer la base de la méthode et du questionnaire à partir de la biblio . Faire lien avec Jafaari pour inclure l'étude de l'Insight 3- rencontrer les responsables des établissements Fiche de thèse à faire</i>										

10	Admission hospitalières avec addictions Une sensibilisation exhaustive des MG et pharmaciens aux orientations « addictions » sur un bassin hospitalier modifie-t-il le recours aux urgences hospitalières pour conduites addictives ?							BINDER Interne: RAFEI Yvan ivanrafei@aol.com		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<i>Présenter le projet</i>										

13	Quels sont les éléments sociologiques intervenant dans la relation entre médecins généralistes et consommateurs de produits illicites Étude qualitative							BINDER – GAUSSOT (fac socio) CC : LEMERCIER Xavier Master 1 xavierlemercier@m.e.com		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée	
<i>Présenter le projet</i>										

14	Création d'un Site Internet Cannabis pour les professionnels de santé primaire Montage d'un site cannabis francophone. Travail sur le fond et la forme. Partenariat national avec experts nationaux, DGS et budget de la fondation Pfizer obtenu						BINDER Interne: LANSON Nelly nelly.lanson@etu.univ-poitiers.fr		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée
<p><i>Se cantonner à la création du site et son ergonomie pour les MG. L'étude de son efficacité opérationnelle en consultation sera réalisée dans une seconde thèse.</i></p> <p><i>Fiche de thèse à faire mais sur un mode différent d'un programme de recherche</i></p>									
15	ADDICSTATINE Le xxx est-il un traitement utile dans les addictions au tabac ? (PHRC Poitiers) Mise en place d'une étude en double aveugle contre placebo.						BINDER CC : LEMERCIER Xavier xavierlemercier@me.com		
idée	thème	biblio	question	objectif	méthode	en cours	achevée	présentée	publiée
PHRC en attente d'acceptation									

PROJETS en attente :

- **Afin de créer une fiche de recherche, mademoiselle PANDRAUD doit voir avec DeVaugelade pour constituer sa fiche de recherche en réduisant son champ d'investigation actuellement beaucoup trop large.**
-
- Projet : exploitation du forum ADOC : attente d'interne
- Projet : Contenu de la consultation d'un ado qui revient sur RDV après avoir été dépisté (attente d'interne)
- Projet d'évaluation des psychologues : attente d'interne
- Etude de biblio sur la mesure d'impact de la lecture des informations reçues par les MG selon leur source : DGS. AFFSAPS. INPES. CONSEIL ORDRE, UNIVERSITE, FMC, LABO
- Efficacité pédagogique des diaporamas.
- Pour une grille commune d'évaluation de la dépression en médecine générale.(...)

LES FICHES DE RECHERCHE

n°6	BACLOFÈNE ET ALCOOL
Perspective :	-d'une part tous les indicateurs les plus récents des consommations d'alcool des jeunes en région Poitou Charente sont statistiquement significativement plus élevés que ceux du pays (données OFDT Escapad 2008). Le phénomène alcool concerne donc particulièrement notre région. -D'autre part nous saisissons ici une opportunité pour participer comme investigateur à une étude multicentrique coordonnée par un médecin généraliste. Ce peut être une introduction utile au montage futur d'un PHRC à Poitiers avec le CIC. Le lien déjà opérationnel avec le réseau régional addiction du Poitou-Charente en facilitera la tâche.
Equipe locale:	Responsable : Philippe BINDER – assistants : Christophe BONNET- Régis AUDIER – Thésard : Arnaud FAURIE arnaud.faurie@gmail.com
Collaborations :	Coordonateur: Pr Philippe Jaury – Université Paris Descartes Faculté de Médecine, Investigateurs : ? Pr Hector Falcoff - Université Paris Descartes, Département de Médecine Générale. ? Dr Philippe Binder- Département de Médecine Générale Faculté Poitiers. ? Dr Renaud de Beaurepaire-chef de service de Psychiatrie-Hôpital Paul Guiraud. ? Dr Djamila Hariti- Coordinatrice du département addiction du Réseau Santé Paris Nord. ? Dr Patrick de la Selle- Généraliste, Réseau addiction Montpellier. ? Dr Philippe Grunberg-Généraliste CSAPA 93. ? Dr Alain Bardoux-Généraliste, Réseau Généraliste et Toxicomanie, Lille.
Financement :	PHRC Paris
Problématique :	Depuis 1993, le baclofène montre une efficacité dans la diminution de la consommation OH, l'anxiété et la dépression associée, et le « craving », mais les études portent sur un suivi maximal à 3 mois et le produit est hors AMM.

Bibliographie :	Faite par Ph JAURY ainsi que les premières études
Question :	Le Baclofène est-il un traitement utile dans les addictions à l'alcool ?
Objectifs :	Evaluer l'efficacité du Baclofène dans le maintien de l'abstinence d'alcool (= consommation normale ou nulle selon les normes de l'OMS) à un an du baclofène comparé au placebo. Caractériser les patients répondeurs(échelle anxiété et dépression hamilton + échelle craving- posologie optimale -tolérance
Méthode :	étude randomisée en double aveugle contre placebo en multicentrique . dans laquelle nous intervenons comme centre investigateur Recrutement dans les réseaux de medecins généralistes 40 MG en France avec 3-4 patients chacun soit 125 patients au total Lille 5 ; Paris Nord 10 , le 93 :5 et Montpellier 5 ; Poitiers 10 ou+
Rés attendus :	Intérêt du Baclofène dans le maintien de l'abstinence d'alcool .
Stade en cours :	PHRC accepté en juin 2011 démarrage janvier 2012
Présentation :	
Publication :	Participation à l'article ? ou article sur le montage ?

n°5	BUPRENORPHINE GENERIQUE (1)
Perspective :	La grande majorité des traitements de substitution des opiacés est générée par les médecins généralistes. Le taux de mésusage de ce médicament est important et semble-t-il croissant. L'implication des MG et des pharmaciens est d'autant plus nécessaire pour ajuster au mieux ces prises en charge. -Le générique semble mieux accepté par ceux qui investissent le soin. Est-ce réel ? cet attrait peut-il être utilisé lors des baisses de dosage ou de préparation au sevrage ? -La faible place donnée au générique suit-elle un raisonnement, des faits ou des représentations ? cf cette étude :
Equipe locale:	Responsable :Philippe BINDER -Assistant : Thierry VALETTE : Thésard :Thomas BENEYTOUT
Collaborations :	CPAM/ CNAM/ AFSSAPS
Financement :	A voir si nécessaire
Problématique :	La BHD est le seul médicament dont le niveau générique n'a pas dépassé 30% alors que les autres médicaments atteignent 82%. La faible part de BHD générique est elle due au métabolisme particulier du produit, à la psychologie du médecin, au conditionnement du patient, ou au raisonnement du pharmacien ? Dans la recherche des diverses causes possibles cette première étude focalise sur un aspect du rôle des prescripteurs et un autre sur le rôle des patientsdes patients.
Bibliographie :	Faite : Travail sur la littérature et enquête sur le dossier d'AMM du générique
Question :	Côté médecin, le nombre de toxicomanes rencontrés fait-il varier le taux de générique prescrit ? Côté patients, existent-t-il des critères de mésusage discriminant le générique du princeps ?
Objectifs :	Mettre en évidence des critères les principales raisons du faible usage des génériques de la BHD
Méthode :	Etude descriptive transversale comparant les données CPAM du 17 de nov 2009 et de nov 2010
Rés attendus :	Le mésusage se rencontrerait surtout chez les utilisateurs du princeps. Plus les médecins prescrivent de la BHD plus ils utiliseraient le générique.
Stade en cours :	terminée
Présentation :	Thèse 2012. Journées Régionales de Tours 2012. Congrès de Nice 2012
Publication :	Prévue au moins en langue française. Exercer.

n°7	BUPRENORPHINE GENERIQUE (2)
Perspective :	La grande majorité des traitements de substitution des opiacés est générée par les médecins généralistes. Le taux de mésusage de ce médicament est important et semble-t-il croissant. L'implication des MG et des pharmaciens est d'autant plus nécessaire pour ajuster au mieux ces prises en charge. -Le générique semble mieux accepté par ceux qui investissent le soin. Est-ce réel ? cet attrait peut-

	il être utilisé lors des baisses de dosage ou de préparation au sevrage ? -La faible place donnée au générique suit-elle un raisonnement, des faits ou des représentations ? cf cette étude :
Equipe locale:	Responsable :Philippe BINDER -Assistant : ... : Thésard :Pierre MUSCAT
Collaborations :	Pharmacie . Jafaari ?
Financement :	Non nécessaire.
Problématique :	La BHD est le seul médicament dont le niveau générique n'a pas dépassé 30% alors que les autres médicaments atteignent 82%. La faible part de BHD générique est elle due au métabolisme particulier du produit, à la psychologie du médecin, au conditionnement du patient, ou au raisonnement du pharmacien ? Dans la recherche des diverses causes possibles cette seconde étude focalise sur le rôle des patients vus en pharmacie
Bibliographie :	Travail sur la littérature
Question :	Côté patients, existent-t-il des critères de mésusage discriminant le générique du princeps ?
Objectifs :	Mettre en évidence les critères des principales raisons du faible usage des génériques de la BHD
Méthode :	Etude descriptive transversale en pharmacie
Rés attendus :	????
Stade en cours :	biblio
Présentation :	---
Publication :	Article

n°1	SEVRAGES OPIACES AMBULATOIRES
Perspective :	Même si cela reste assez confidentiel, il existe des médecins généraliste qui réalisent avec succès des sevrages ambulatoires des opiacés. L'exploration de ces pratiques dont le coût médico-social est très faible mérite d'être étudié et valorisé. Il ne faut cependant pas perdre de vue le suivi à terme toujours difficile dans cette population particulière. On propose de faire un premier travail rétrospectif (cf cette étude) dans un cabinet de MG aboutissant à une méthode et fiche de suivi utilisable pour une autre étude prospective ensuite dans plusieurs cabinets différents.
Equipe locale:	Responsable :Philippe BINDER -Collaborateur- Thésard : Bertrand BRUEL
Collaborations :	-
Financement :	-
Problématique :	Depuis 1996 et l'arrivée de la substitution opiacée, les sevrages ambulatoires ne sont pratiquement plus réalisés. N'y a-t-il plus d'indication ? ne sont-ils plus praticables en MG ?
Bibliographie :	Bertrand BRUEL : quasi absence de référence depuis 1998
Question :	Thèse BRUEL : Quel est le niveau d'observance à un protocole de sevrage ambulatoire des opiacés de 11 jours en médecine générale ?
Objectifs :	Montrer qu'un protocole de sevrage des opiacés est réalisable en médecine générale Dégager les déterminants principaux des patients ayant réalisé le protocole complet (protocole de 11 jours)
Méthode :	Étude descriptive transversale rétrospective de tous les patients dépendants aux opiacés engagés dans un protocole de sevrage dans un cabinet médical entre 2008 et 2010
Rés attendus :	L'analyse des dossiers va permettre de montrer la faisabilité d'un protocole de sevrage en ambulatoire, et nous l'espérons de dégager les principaux critères en conditionnant la réussite
Stade en cours :	Analyse des données sur Epi Info 6
Présentation :	
Publication :	Prévue en Français

n°8	MG et ADDICTIONS
<p>Perspective :</p>	<p>La mobilisation des médecins généralistes dans la prise en charge des addictions est très particulière en France. 40% ne s'investiraient pas dans le sevrage tabagique, 50% dans le sevrage alcool et plus de 60% dans les accompagnements de toxicomanes. Par ailleurs les courbes de mobilisation sont quasi asymptotiques et particulièrement pour les pratiques substitutives. 8% seulement des médecins généralistes assurent 50% des prescriptions de traitement substitutifs. A partir de ce constat de nombreuses questions peuvent être isolées. Pourquoi existe-t-il de telles différences de pratiques entre médecins généralistes ? La prise en charge des addictions, et en particulier des toxicomanes fait elle partie du domaine de compétence de la médecine générale ? Quelles sont les différences entre les différentes pathologies addictives ? En quoi les prises en charge de ces pathologies sont-elles différentes de celles d'autres pathologies chroniques ? Quelles sont les origines de ces différences ? Notre projet de recherche a donc pour objectif d'apporter un éclairage sur ces disparités, de les appréhender par le biais d'une approche multidisciplinaire (médicale, psychologique, sociologique, etc.) afin de proposer d'éventuelles améliorations des prises en charge des addictions et d'améliorer leur lisibilité.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une première étude (détaillée ici) permettra de mieux comprendre les déterminants sociologiques de ces différences d'attitudes. - La suite reste à déterminer mais les questions restent nombreuses. La perspective reste celle d'améliorer la compréhension des pratiques des généralistes face aux addictions.
<p>Equipe locale:</p>	<p>responsable Xavier LEMERCIER, Assistants :Olivier KANDEL, Philippe BINDER, - thésard virginie MARTIN</p>
<p>Collaborations :</p>	<p>Réseau ICARES du 17, Département de sociologie UFR SHA Poitiers</p>
<p>Financement :</p>	<p>-</p>
<p>Problématique :</p>	<p>Les pratiques des médecins généralistes français sont très diversifiées en ce qui concerne la prise en charge des addictions. Cela va du « refus affiché » de prise en charge, à la « prise en charge assouplie » respectant l'autonomie du patient, en passant pas la « prise en charge réservée » imposant des conditions strictes. Le statut de « profession » du médecin généraliste, ses représentations concernant les addictions, ses difficultés de gestion d'une demande considérée comme illégitime émanant d'un « mauvais patient » qui n'est pas en demande de soins, ou encore ses représentations vis à vis de la transgression de la loi sont les différents éléments qui, sur le plan, sociologique, sont autant de points qui peuvent expliquer les difficultés et les disparités de pratiques. Pourtant, la formation des généralistes à la prise en charge globale, leur disponibilité de professionnel de santé de premier recours devraient leur permettre une prise en charge beaucoup mieux partagée et plus consensuelle en amonts, en amont et/ou en complément des médecins spécialisés.</p>
<p>Bibliographie :</p>	<p>Réalisée : 45 références</p>
<p>Question :</p>	<p>Quels sont les déterminants sociaux des rapports qu'entretiennent les médecins généralistes avec les patients souffrant de troubles addictifs et consommateurs de produits illicites ?</p>
<p>Objectifs :</p>	<p>Nous cherchons à mettre en évidence la place et l'articulation de différents concepts dans la relation singulière qui s'établit entre les médecins généralistes et les patients toxicomanes qui les consultent:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le médecin a acquis dans l'histoire un statut de « profession » et bénéficie du monopole de la prise en charge de la santé de la population. En quoi de statut de « profession » influence-t-il la relation médecin-patient ? Comment intervient « l'effritement » de l'hégémonie de la médecine dans cette relation ? - La relation médecin-patient est une relation qualifiée d'inégale au sein de laquelle nous souhaitons mettre en évidence l'influence des différences des caractéristiques sociales des deux protagonistes. - Les addictions et les prises de risques soulèvent dans la population générale mais aussi chez les médecins un certain nombre de représentations. Le patient souffre alors

	d'un stigmat e imputable à la fois à la pathologie addictive et au fait que nombre de patients toxicomanes ne se présentent pas comme « de bons malades en demande de soins », bousculant ainsi la nature même de la relation thérapeutique avec les médecins généralistes qu'ils consultent.
Méthode :	Réalisation d'une enquête de terrain qualitative. <u>Terrain</u> : médecins généralistes exerçant en soins primaires ambulatoires. <u>Méthode de recueil des données</u> : réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés à partir d'un guide d'entretien conçu en amont mais qui restera évolutif afin de permettre la prise en compte de nouvelles données issues des discours (démarche inductive) +/- réalisation d'entretiens collectifs en amont (focus group). Recueil des discours par enregistrement audio puis retranscription <i>in extenso</i> permettant ensuite l'analyse thématique du corpus.
Rés attendus :	
Stade en cours :	Début des entretiens
Présentation :	
Publication :	Ce travail sera poursuivi et complété par une 2 ^{ème} phase d'enquête en master 2 de sociologie. L'objectif sera de proposer un article à l'issue de ces 2 phases. Nous n'excluons pas de proposer un 1 ^{er} article à l'issue de la 1 ^{ère} phase.

n°12	SUIVI AMBULATOIRE A MOYEN TERME- « TALOS »
Perspective :	<p>Depuis 1988 des MG confrontés au problème du suivi des toxicomanies puis des addictions au sens large, se sont organisés pour faire face à la difficulté de ces prises en charges. Avec les partenaires intervenant dans ce champ ils se sont constitués en réseau dans le 17 . Ce dernier, subventionné depuis 1991, a pu être financé de façon régulière à partir d'avril 2006.</p> <p>Pour le développement de ce réseau, un effort d'évaluation important du devenir des patients a été développé. Pour cela un questionnaire relevant les données-patient a été construit en concertation multiprofessionnelle de façon à pouvoir mesurer l'évolution du patient dans les domaines de son insertion, de ses relations, de son addiction et de sa santé .Depuis cette date, les médecins généralistes du réseau addiction saisissent tous les 6 mois dans un serveur commun les données des patients inclus dans ce réseau de suivi ambulatoire.</p> <p>Or un nombre important de patients interrompent leur suivi. Dès lors se posent les questions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- L'interruption du suivi des patients vient-il d'un arrêt des relevés des médecins ou d'une perte de vue des patients ? 2- Les patients perdus de vue ont-ils mieux ou moins bien amélioré leur qualité de vie que les patients suivis au long cours ? 3- La durée du suivi ambulatoire d'un patient en addiction est-elle liée à une amélioration de la qualité de sa vie ? 4- Existe-t-il des facteurs déterminant /corrélés/ liés / prédictif/ à ce suivi de longue durée ? (cf cette étude)
Equipe locale:	Responsable :Philippe BINDER - Assistant : Gilles SORBE - Thésard : Alexandra SUANT alexsuant@hotmail.com
Collaborations :	Réseau ICARES du 17- Dr Francis CHABAUD
Financement :	Réseau ICARES- compléments à trouver sur appels d'offre
Problématique :	En addiction, l'évaluation du devenir des patients est une des clés de compréhension de l'efficacité des programmes et des investissements dans les choix de santé publique. Ce qui rend nécessaire la construction d'outils d'évaluation. L'outil informatique « TALOS » ayant été construit de façon consensuelle et basé sur les progrès attendus par les intervenants dans le réseau, il est maintenant nécessaire d'en extraire les données utiles
Bibliographie :	Non faite
Question :	<p>-La durée du suivi ambulatoire d'un patient en addiction est-elle liée à une amélioration des indices d'insertion, de relation, de santé et de son addiction ?</p> <p>-Existe-t-il des facteurs déterminant / corrélés/ liés / prédictif/ à ce suivi de longue durée ?</p>
Objectifs :	Mettre en évidence les principaux déterminants d'une évolution positive des patients suivis dans un réseau de soin addiction régional.
Méthode :	Exploitation rétrospective des données TALOS sur 4 ans de 2006 à 2010. (557 patients enregistrés)
Rés attendus :	Il existe dès le 1° bilan des éléments permettant de prédire la durée d'un suivi
Stade en cours :	Recueil des données
Présentation :	
Publication :	Prévue en anglais

n°2-3	CONFIANCE DES ADOS A RISQUES
Perspective :	<p>Nous continuons les travaux visant à une meilleure prise en compte du mal-être des adolescents pour que les médecins généralistes puissent les aider à passer un cap ou des crises.</p> <p>Nous avons mesuré le niveau de mal-être des adolescents en population générale (étude LYCOLL-2000), élaboré une méthode de dépistage (test TSTS cafard) et d'attitudes adaptées en cabinet de médecine générale (référentiel ADOC 2004), étudié la modification d'attitude possible à obtenir chez les médecins (étude OUTIL79-2005) et l'impact de transmission de la méthode (étude IMPACT-2007). Le test a été intégré dans les recommandations de l'HAS(2005).</p> <p>Nous avons mesuré le faible impact de la sensibilisation du MG sur le ressenti de l'adolescent consultant (SOCRATE I-2009) Puis nous avons mis en évidence que l'ado qui consulte se sent mieux, surtout sil vient seul, que le généraliste sous estime cet effet et que le tiers n'entrave pas son expression. (SOCRATE II-2012)</p> <p>. Nous poursuivons actuellement plusieurs pistes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -le développement du contenu de la consultation particulière d'un adolescent dépisté et à qui on a donné un RDV -l'étude du profil des 22% des adolescents se disant en mal-être. (SOCRATE III) <p>-l'exploration du niveau de confiance des ados envers les adultes et les MG en particulier selon leur niveau de mal-être. : (cf cette étude)</p>
Equipe locale:	<p>Philippe BINDER, Assistant : Anne- Laure HEINTZ- Thésard Marie-Lan ESNAULT partie A Thésard, Chimène WANDJI partie B et C</p>
Collaborations :	Pr MARCELLI-Pr INGRAND-Dr ROUX(académie)-HBSC-OFDT- Maison des ados
Financement :	Partenariat OFDT
Problématique :	<p>Les ados vivant un mal-être ou bien ayant des conduites à risque paraissent avoir des rapports avec les adultes différents des autres jeunes. Cela suggère que les conditions de l'instauration d'une relation positive sont différentes. Or la prise en charge ou l'accompagnement passent par une nécessaire confiance. Instaurer celle-ci fait appel à une meilleure connaissance des conditions dans lesquelles elle peut se développer.</p>
Bibliographie :	<p>La biblio est assez riche sur les relations adulte-MG mais rare sur le rapport Ado-MG. Elle se limite à montrer que les conditions de la confiance permettant à un ado de se confier à son médecin généraliste sont semblables à celles des adultes mais avec des pondérations différentes. Les plus jeunes sont plus sensibles à la confidentialité et aux informations délivrées et ceux qui souffrent de maladie chronique sont plus intéressés par l'implication parentale. Aucune étude n'aborde apparemment les conditions de la confiance selon le niveau de prise de risque ou de mal-être.</p>
Question :	Existe-t-il des conditions favorisant la confiance de l'adolescent présentant un comportement à risque envers les adultes et plus particulièrement son médecin traitant ?
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> -Dégager les éléments de la confiance vu du coté des ados afin de voir comment le médecin généraliste peut modifier son approche pour être un meilleur acteur de prévention des comportements à risque des adolescents par une meilleure relation en consultation -Obtenir quelques éléments de représentation de la médecine générale et des comportements à risque, vu par les ados
Méthode :	<p>Afin d'affiner au mieux les nuances de ressenti ou d'opinion selon le niveau des conduites à risques ou le mal-être ressenti, l'exploration de la confiance des adolescents envers les adultes passe d'abord par une enquête épidémiologique de grande envergure. L'opportunité de se joindre à l'enquête internationale HBSC va permettre cette analyse. Il y a donc trois étapes distinctes</p> <p>A-élaborer une échelle de la confiance Ado-Adulte et/ ou Ado-MG et la tester (cf cette étude)</p> <p>B-L'intégrer à l'étude épidémiologique HBSC si possible en plusieurs régions ou pays différents</p> <p>C-analyser les données</p>
Rés attendus :	Mettre en évidence deux ou trois éléments majeurs aisément transmissibles permettant d'aider le médecin généraliste à améliorer l'accueil de l'adolescent et favoriser sa confiance pour aborder entre autre ses comportements à risque
Stade en cours:	Phase 1 : Biblio, questionnaire et traitement des données de l'étude de faisabilité sur 150 ado de seconde réalisé en juin 2011.
Présentation :	journée de TOURS 2012 et Nice 2012
Publication :	Publication prévue en anglais

n°4	SOUCIS ET MAL-ETRE. SOCRATE 3
Perspective :	<p>Nous continuons les travaux visant à une meilleure prise en compte du mal-être des adolescents pour que les médecins généralistes puissent les aider à passer un cap ou des crises.</p> <p>Nous avons mesuré le niveau de mal-être des adolescents en population générale (étude LYCOLL-2000), élaboré une méthode de dépistage (test TSTS cafard) et d'attitudes adaptées en cabinet de médecine générale (référentiel ADOC 2004), étudié la modification d'attitude possible à obtenir chez les médecins (étude OUTIL79-2005) et l'impact de transmission de la méthode (étude IMPACT-2007). Le test a été intégré dans les recommandations de l'HAS(2005).</p> <p>Nous avons mesuré le faible impact de la sensibilisation du MG sur le ressenti de l'adolescent consultant (SOCRATE I-2009) Puis nous avons mis en évidence que l'ado qui consulte se sent mieux, surtout sil vient seul, que le généraliste sous estime cet effet et que le tiers n'entrave pas son expression. (SOCRATE II-2012)</p> <p>Nous poursuivons plusieurs pistes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -le développement du contenu de la consultation particulière d'un adolescent dépisté et à qui on a donné un RDV -l'exploration du niveau de confiance des ados envers les adultes et les MG en particulier selon leur niveau de mal-être. : - l'étude du profil des 22% des adolescents se disant en mal-être. (SOCRATE III) (cf cette étude)
Equipe locale:	Responsable :Philippe BINDER- Assistant : Régis AUDIER et Isabelle DUMAS-REAM - Thésard : Laurent CAROF. Collaborateur :Pierre INGRAND
Collaborations :	Pr INGRAND
Financement :	
Problématique :	<p>Socrate II a montré que l'adolescent qui consulte se sent mieux, surtout sil vient seul, que le généraliste sous estime cet effet et que Le tiers n'entrave pas son expression. Il est maintenant intéressant de focaliser sur les 22% des ados consultants qui ressentent des soucis (même si ce n'est pas un motif et s'il ne veulent pas en parler)</p>
Bibliographie :	Celle de Socrate II complétée
Question :	<p>1- Le ressenti de mal-être des adolescents ayant des soucis s'améliore-t-il à l'issue d'une consultation de MG ?</p> <p>2- Si oui, cette amélioration est elle plus importante chez ceux qui ont déclaré un souci psychologique que chez ceux qui n'en ont pas déclaré ?</p> <p>3- Le MG estime t-il mieux le mal être des adolescents qui ont déclaré des soucis psychologiques que le mal-être de ceux qui n'en ont pas déclaré ?</p>
Objectifs :	Mesurer les évolutions de ressenti des ados ayant des soucis lors d'une consultation de médecine générale et les écart de représentations entre l'ado et le médecin.
Méthode :	Analyse des données de SOCRATE
Rés attendus :	<p>Le ressenti de mal-être des adolescents s'améliore à l'issue d'une consultation de MG quel qu'en soit le motif.</p> <p>Cette amélioration est significativement plus importante chez ceux qui ont des soucis que chez ceux qui n'en ont pas.</p> <p>Le MG sur-estime le mal-être des ado mais moins celui des ados qui ont des soucis que le mal-être de ceux qui n'ont pas.</p>
Stade en cours:	Données en exploitation
Présentation :	journée de TOURS 2012 et Nice 2012
Publication :	Publication prévue en anglais

n°9	Intervention d'un Délégué de santé publique auprès des MG
Perspective :	<p>Depuis 1988 des MG confrontés au problème du suivi des toxicomanies puis des addictions au sens large, se sont organisés pour faire face à la difficulté de ces prises en charges. Avec les partenaires intervenant dans ce champ ils se sont constitués en réseau dans le 17 . Ce dernier, subventionné depuis 1991, a pu être financé de façon régulière à partir d'avril 2006. Puis l'ARS a régionalisé l'expertise du réseau addiction.</p> <p>Afin de faire connaître au mieux les possibilités d'intervenir de manière simple en MG le réseau régional a recruté un Délégué de santé publique . Nouveau métier déjà expérimenté à Bordeaux. La mise en place de ce professionnel sur un territoire peu structuré favorise les initiatives et interactions au bénéfice du patient</p>
Equipe locale:	Responsable :Philippe BINDER - Assistant : Catherine TILLY - Thésard : Elodie FCC elodief19@hotmail.com
Collaborations :	Réseau ICARES du 17- et équipe de NIORT
Financement :	Réseau ICARES- contrat ARS
Problématique :	<p>En addiction, le lien entre les intervenants est une donnée essentielle. Pour le favoriser, un nouveau métier de délégué de santé publique a été créé. L'étude de cette expérience sur l'agglomération de Niort , s'inspirant d'un travail fait en Gironde pourrait dégager des perspectives utiles aux médecins généralistes. Il est proposé de mesurer l'impact de cette visite. Dans un premier temps on mesure le taux de pénétration de la démarche dans une population donnée et on recueille l'état d'esprit vis-à-vis de l'alcoologie.</p> <p>Dans un second temps on mesure les modifications d'attitude qui ont pu être provoquée par cette mise en lien personnalisée avec le dispositif.</p>
Bibliographie :	Non faite
Question :	<p>Une démarche personnalisée de rencontre individuelle peut-elle atteindre plus de 85% des médecins et des pharmaciens d'un territoire donné ?</p> <p>Quelles sont les attitudes des médecins vis-à-vis des patients addictifs ? celles-ci s'écartent-elles des attitudes enregistrées par le Baromètre santé national de l'INPES ?</p> <p>Quelle proportion de médecins vont s'engager dans une dynamique de réseau ?</p>
Objectifs :	A définir
Méthode :	Analyse descriptive sur une population complète d'un territoire donné effectuée par l'intervention d'un DSP.
Rés attendus :	Taux de pénétration sup à 85% - attitudes similaires au baromètre Santé
Stade en cours :	Biblio et relevé en cours
Présentation :	journée de TOURS 2012
Publication :	

n°11	LES DIMENSIONS DU RÉSEAU RELATIONNEL, DU PATIENT ALCOOLIQUE SEVRÉ EN INSTITUTION
Perspective :	<p>Dans le cadre de la promotion des réseaux, il est temps de se tourner vers le point de vue du patient. Cette étude se penche précisément sur la réalité du réseau ressource que construit ou utilise le patient après un sevrage institutionnel.</p> <p>L'accompagnement du patient alcoolodépendant en sortie de cure est un suivi au long cours, au moins 1 an, il nécessite de faire un bilan de la cure, une relecture de son existence, un projet thérapeutique, de rythmer le suivi, l'intervention de la famille, des amis, une réhabilitation sociale et professionnelle, une coordination des différents intervenants, des différentes associations, mais qu'en est-il de la réalité? Comment un patient en sortie de cure arrive-t-il à se reconstruire un réseau nécessaire au maintien de l'abstinence?</p> <p>Le médecin généraliste se retrouve-t-il au cœur des différents intervenants? Est-il une personne ressource pour le patient en sortie de cure? Le nombre croissant de consultations chez le médecin généraliste est-il en corrélation avec le maintien de l'abstinence?</p> <p>-Coordination des différents intervenants</p>
Equipe locale:	<p>Responsable : Philippe BINDER - Assistant : Thésard : Eugénie SAUMUR . eugeniesaumur@hotmail.fr</p>
Collaborations :	<p>Philippe LEGRAND au Centre alpha, Patrick Fasseur au Shale et le réseau ICARES. Association Vie Libre</p> <p>Première étude : questionnaire et méthode de suivi. Première thèse sur les 6 premiers mois Seconde étude sur le suivi de longue durée au-delà de 6 mois avec thèse relais</p>
Financement :	aucun
Problématique :	<p>Il a été montré que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ la spécialisation du thérapeute n'influence pas le résultat du suivi : Plusieurs études ont montré l'impact positif d'interventions non spécifiques en matière de suivi coordonné ou de prise en charge. Le suivi après cure se fait par différents intervenants, choix du patient, professionnels et non professionnels. <i>„Alcool, après la cure?“ P EMERIAUD, P GALLOIS, médecine, novembre 2005.</i> <p>Conclusions convergentes d'une quarantaine d'études : tous les malades sont améliorés, en terme de consommation déclarée et de conduite de vie, sans qu'aucun traitement ou mode de prise en charge n'ait montré d'avantage statistiquement significatif, seulement une décision de prise en charge quelle qu'elle soit. N'a-tu pas une méta-analyse sur cela ?</p> <p>Dans un dossier « alcoolodépendance » de P Batel, l'intervention du soignant multiplie par 3 les chances d'amélioration, et de maintien de l'abstinence référence ?</p> <p>Dans un document de la SFA de 2009, sur l'accompagnement du patient alcoolodépendant, l'élément central de réussite et de maintien de l'abstinence reste la motivation du patient. Les approches qui ont la meilleure efficacité dans le traitement de l'alcoolodépendance sont très variables : entretien motivationnel (Psychiatre, médecins généralistes, psychologues), l'implication des proches, participation à des groupes d'entraides, certains traitements... C'est donc la diversification de la prise en charge et les différents intervenants qui en font le succès.</p> <p><i>Drummond DC, Thom B et al. - Specialist versus general practitioner treatment of problem drinkers. Lancet 1990 ; 336 : 915-918</i>: la spécialisation du thérapeute n'influence pas le maintien de l'abstinence. Ok solide</p> <ul style="list-style-type: none"> ✍ le nombre des alliés thérapeutiques serait un atout du soutien : conférence de consensus de mars 2001 <p><i>Ways of coping, addictive overlaps and relapses amongst abstinent alcoholics G. De´camps a,*, N. Scroccaro a, N. Battaglia b, Annales Médico-Psychologiques 167 (2009) 491-496</i>: la recherche de soutien social semble favoriser le maintien de l'abstinence.</p> <p>Pour le président de l'association Vie Libre, il est indiscutable que le nombre d'intervenants augmente les chances de maintien de l'abstinence en augmentant les chances de trouver LA « personne ressource » indispensable (attention ce n'est qu'une opinion ou une expérience)</p>

	<p>De nombreuses études ont montré des facteurs de risque de rechute: autres addictions, mais aussi des problèmes sociaux et interpersonnels, Il existe une multiplicité des personnes agissant sur la décision du patient de se soigner (<i>thèse TERRADE</i>) <i>Prise en charge et suivi des patient alcoolo dépendant P Batel FMC Nantes 2002</i>: le choix du nombre et de la qualité des intervenants devrait s'effectuer selon trois règles simples:la disponibilité de l'offre de soins(les réseaux d'addictologie ne sont pas similaires en fonction des régions), sa faisabilité (financière et géographique), et bien entendu l'adhésion du patient.</p> <p>✍ dans le domaine de la dépression il a été montré que la fréquence de contact relationnel diminuait le passage à l'acte suicidaire: OMS 2002: la disparition du contact relationnel majore le risque de passage à l'acte</p> <p><i>Prévention des passages à l'acte suicidaire : émergence d'un nouveau paradigme:Dr. Frédéric Pochard et Marc Grassin</i>:l'isolement social des relations familiales appauvries, le manque de communication sont des FDR de passage à l'acte; l'attachement spirituel et la famille sont des facteurs protecteurs Ok si référence complète</p> <p>✍ maintien de l'abstinence après une cure: existence de facteurs favorisants.</p> <p>Recherche en cours</p> <p>On cherche donc à montrer que, dans les caractéristiques du dispositif de soutien jouant un rôle dans le maintien de l'abstinence, la seule fréquence des contacts pourrait être un facteur essentiel.</p>
Bibliographie :	En cours : chercher les études descriptives des types d'intervenant et de leur fréquence d'intervention moins que la qualité de leur intervention. (option large au-delà du dispositif spécialisé.)
Question :	La fréquence de contact relationnel avec des personnes ressources spécialisées ou non favorise-t-elle le maintien de l'abstinence alcoolique après une cure en établissement avec hébergement d'au moins 3 semaines.
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier ce qui peut être nommé « les ressources relationnelles » bien au-delà des spécialisées ou des médicales Doc joint listing des différents intervenants - Définir une méthode pour pratiquer les inclusions. - Etablir un processus de suivi incluant les bilans semestriels TALOS - Identifier l'impact de la fréquence de consultation du MG dans ces ressources relationnelles
Méthode :	Etude de cohorte au sortir d'établissement de cure avec hébergement d'au moins 3 semaines pendant 6 mois à renouveler si succès
Rés attendus :	La multiplication des contacts ressources améliore le maintien de l'abstinence alcoolique
Stade en cours :	Biblio et question
Présentation :	aucune
Publication :	Après réception des données au 6° mois

INTERNES DEMANDEURS

sylvie.pandraud@orange.fr

Alcolisme des personnes âgées et MG ? : Caroline Morot : caro.morot@gmail.com

CORRESPONDANTS CNGE

Addiction en général:

Lille : Nassir MESSAADI nassirme@hotmail.com Benjamin De Neuville : deneuilleben@orange.fr et Christophe.berkhout@numericable.fr

Cannabis :

Clermont Ferrand :Projet « Cannabic ». Contact :Dr Catherine LAPORTE (catherinelaporte63@gmail.com ; 06 11 37 55 52)

Héroïnomanie chez les marins-pêcheurs

Brest : Contact : Le Reste : lereste-jy@aliceadsl.fr

Contraception chez les ados:

Brest : Contact : Le Reste lereste-jy@aliceadsl.fr

Responsable national

Rouen : Alain Mercier : A.mercier@univ-rouen.fr

RESSOURCES FINANCIERES

- Appel d'offre fondation Pfizer
- DSP : contrat ARS –Relais 17

CONGRES

- ? Journées de TOURS 2012
- ? Congrès de NICE 2012