

Original Article

**The general practitioner in charge of addictive behavior: An exploratory study in Monastir city, Tunisia.
Le médecin généraliste face aux conduites addictives : Une étude exploratrice à Monastir, Tunisie.**Gniwa Omezzine Rim¹, Bouali Walid², Zarrouk Lazhar², Sriha Belguith Asma³.

1: Department of Family medicine college of medicine, Monastir, Tunisia.
2: Department of Psychiatry ,Tahar Sfar Hospital, Mahdia, Tunisia.
3: Department of Epidemiology Fattouma Bourguiba Hospital, Monastir, Tunisia
* Corresponding author
Correspondence to:
omezzinerim14@gmail.com
Publication data:
Submitted: January 2,2021
Accepted: April 28,2021
Online: May 30 ,2021

This article was subject to full peer-review.



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License 4.0 (CCBY-NC) allowing to share and adapt.
Share: copy and redistribute the material in any medium or format.
Adapt: remix, transform, and build upon the licensed material.
The work provided must be properly cited and cannot be used for commercial purpose.

Abstract**Background**

Recent reports confirmed that more than 22% of adult world population are suffering from addiction. Tobacco and alcohol use remain the most prevalent addictive behaviors reported in Tunisia. The management of addiction is a multidisciplinary team concept. This entity may be underdiagnosed due to perception default at the first line of management.

The aim of this study was to identify the limiting factors for addictive behavior approach in general practitioner (GP) clinic.

Methods

A cross-sectional study involved 84 GPs in the city of Monastir, Tunisia. Self-reported questionnaire was designed to survey the prevalence of patients with detectable addictive behavior among the outpatient GP clinic visitors.

Results

The participation rate was 93.3% (84/90). The prevalence of addictive behaviors was variable (38-59.5%). Tobacco use was the most common addiction (91.7%). More than seventy percent of questioned GPs were regularly consulting patients with known addictive behavior. The diagnosis was incidental in 7% of cases. Sixty percent of patients had predisposing factors for addiction. Diagnostic with screening difficulties for addictive behavior were independently related to doctor's age >40 (OR = 6.51; p = 0.005), exercise in private clinic (OR= 6.46; p=0.004). Thirty-three percent of GPs were more involved in addiction monitoring. The use of assessment scales was noted in 15%. Young physician age (OR=5.20; p=0.002) and the absence postgraduate diploma in addictology (OR=9.66; p=0.01) were significantly associated addiction management avoidance.

Conclusion

This study aimed to assess of the attitude of GP in Monastir city regarding the addictive behaviors of their patients. The diagnosis and the management of addiction is not standardized for these health practitioners and this will not contribute to the battle against this social entity.

Key words

Addictive behavior; general practitioner; perception ; exploration.

Introduction

La Médecine Générale constitue la première ligne de soins. Sans aucune restriction pour les patients ; elle devrait répondre aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologiques, sociales, et culturelles [1].

Le médecin généraliste est formé à travailler en première ligne du système de santé et à initier les soins pour tout problème de santé présenté par le patient. Il intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, favorisant une intervention appropriée et efficace.

Son rôle est déterminant dans le dépistage, le repérage et la prise en charge de plusieurs pathologies particulièrement celles qui constituent un problème de santé publique. Ceci devrait être le cas des conduites addictives (CA).

L'addictologie, une science qui ne cesse de se développer, contribue énormément à la pratique médicale non seulement en matière de dépistage et de prévention mais aussi au traitement des formes chroniques et invalidantes [2,3].

L'objectif de cette étude était d'évaluer les perceptions des médecins généralistes et leurs pratiques face aux conduites addictives et d'identifier les obstacles face à un dépistage et une prise en charge plus efficace des dépendances.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et analytique. L'objectif était d'évaluer les pratiques professionnelles dans la prise en charge des conduites addictives auprès des médecins généralistes de la ville de Monastir en Tunisie sur une période de 1 mois (Octobre 2020).

Nous avons inclus dans ce travail 84 médecins généralistes exerçant dans le secteur public et privé. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme préparé au département de Médecine de Famille de la Faculté de Médecine de Monastir. Le questionnaire comportait des items permettant d'explorer les connaissances en addictologie des médecins participants et leurs et leurs conduite pratique face aux principales dépendances (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne).

La saisie des données a été réalisée en utilisant le logiciel SPSS dans sa 21ème version. L'analyse des données était faite par le test de chi-deux (χ^2) pour la comparaison des fréquences et à la régression logistique pour l'analyse multivariée. Les résultats des facteurs associés au dépistage et à la réticence de prise en charge des conduites addictives étaient exprimés en Odds Ratio (OR) ajustés avec leurs intervalles de confiance à 95 %. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Résultats

Étude descriptive

Parmi les 90 médecins ayant reçu le questionnaire, 84 ont répondu (93.3%). Dix médecins (11.9%) ont répondu au questionnaire en format papier contre 74 (88%) en format électronique.

Tous les questionnaires inclus étaient correctement remplis. Notre échantillon était composé de 52,4% d'hommes. La majorité des participants (78.6%) étaient âgés de moins de 50 ans.

Soixante-dix pourcents des médecins avaient une ancienneté inférieure à 20 ans. La participation des médecins du secteur public était estimée à 57%. Seulement huit médecins étaient diplômés en addictologie (Mastère ou Certificats d'Études Complémentaires) (Tableau1).

Le dépistage des CA à l'examen clinique des patients était noté avec 70% des médecins questionnés. Cette attitude était systématique dans 7% des cas et à la demande dans 9.5% des cas. Près de la moitié des participants (47.6%) rapportaient des difficultés de dépistage. Le manque d'expérience (57%), une consultation chargée (54.8%), refus de prise en charge (5.9%) étaient les difficultés les plus fréquemment signalées .

Le tiers des participant avaient une expérience dans le suivi des CA avec recours systématique aux échelles de dépistage et d'évaluation.

La prévalence des CA chez les consultants était jugée très élevée par 38% des médecins participants. La dépendance au Tabac était la conduite addictive la plus fréquemment observée (91.7%).

Les principales substances addictives et la perception des médecins participant quant à leurs fréquences sont résumées dans le tableau 2.

Afin d'améliorer leurs pratiques dans la prise en charge de CA, les participants proposaient d'acquérir plus d'expérience (96.4%) en favorisant la formation continue (90.5%) et les partenariats avec les collègues (73,8%).

Table 1 : Les caractéristiques de la population

	n	%	
Sexe	M	44	52.4
	F	40	47.6
Age	20-30	01	1.2
	30-40	43	51.2
	40-50	22	26.2
	50-60	17	20.2
	60-70	01	1.2
Ancienneté d'exercice	5-10	30	35.7
	10-20	29	34.5
	>20	25	29.8
Milieu d'exercice	Urbain	66	78.6
	Rural	18	21.4
Mode d'exercice	Libre pratique	36	42.9
	Santé publique	48	57.1
Effectif de la patientèle	<15	13	15.5
	15-25	42	50
	25-30	13	15.5
	>30	16	19
Formation en addictologie	Diplôme en addictologie	08	13.1
	Autres Formations en addictologie	52	61.9
Autres formations diplômantes	Gériatrie	26	30.9
	Hémopathie	07	8.3
	Tabacologie	01	1.2
	Sexologie	01	1.2
	Autres	03	3.5

Étude analytique

Les facteurs associés à une attitude du médecin généraliste plutôt en faveur du dépistage et de la prise en charge des CA en analyse univariée étaient : un âge supérieur à 40 ans ($p=0.01$), l'exercice en libre pratique ($p=0.001$), l'ancienneté d'exercice supérieure à 10 ans ($p=0.004$), la formation en addictologie

($p=0.01$), les patients jugés à risque ($p<0.001$), l'abord du sujet d'addiction par le médecin ($p=0.03$), l'absence de difficulté à dépister les CA ($p=0.01$).

L'analyse multivariée objectivait trois facteurs significativement associés au dépistage des CA de façon indépendante : l'âge du médecin supérieur à 40 ans, L'exercice en libre pratique et le fait qu'il s'agit d'un devoir du médecin (Tableau 3).

Table 2 : Fréquence d'usage estimée des différentes substances addictives

	Tabac	Alcool	Cannabis	Opiacé	Cocaïne
Prévalence					
Faible		3.6	13.1	44	58.3
Moyenne	1.2	25	36.9	40.5	27.4
Elevée	98.8	71.4	48.8	2.4	
Pas de connaissance			1.2	13.1	14.3
Consommation fréquente					
Chez les jeunes	19	16.7	84.5	60.7	64.2
Chez les adultes	47.6	63.1	13.1	32.1	31
Pas de différence	33.4	20.2	2.4	7.2	4.8
Consommation fréquente					
Hommes	92.9	97.6	95.2	95.2	94
Femmes				1.2	3.6
Pas de différence	7.1	2.4	4.8	3.6	2.4
Examen clinique et bilan					
Oui	73.8	90.5	56	77.4	77.4
Non	22.2	9.5	44	22.6	22.6
Prise en charge					
Oui	69	42.9	15.5	4.8	
Non	31	57.1	84.5	95.2	100
Envoie à un spécialiste					
Parfois	77.4	52.4	27.4	14.3	10.7
Toujours	22.6	47.6	72.6	85.7	89.3

La difficulté à aborder les addictions et le besoin de partenariat avec les collègues étaient des facteurs liés à l'absence de prise en charge, mais sans corrélation statistiquement significative ($p=0.1$; $p=0.7$ respectivement). Les autres facteurs associés à l'absence de prise en charge des CA étaient : l'âge inférieur à 40 ans ($p=0.002$), le travail en santé publique ($p=0.01$), l'exercice de médecine générale de moins de 10 ans ($p=0.01$), l'absence de formation diplômante en addictologie ($p=0.009$) et le besoin de formation continue adaptée ($p=0.02$). Après une analyse multivariée, l'âge inférieur à 40 ans et l'absence de diplôme en addictologie étaient deux facteurs indépendants associés à la réticence en prise en charge (Tableau 4).

Table 3 : Les facteurs associés à l'intention de dépistage des conduites addictives

	Analyse Univariée			Analyse Multivariée	
	Oui (%)	Non (%)	p	OR ajusté [IC 95%]	p
sexe					
Homme	59.3	36	0.05		
Femme	47.7	64			
Age du médecin > 40 ans					
Oui	55.9	28	0.01	6.51 [1.73 – 24.47]	0.005
Non	44.1	72			
Exercice en libre pratique					
Oui	54.2	16	0.001	6.46 [1.79 – 23.28]	0.004
Non	45.8	84			
Effectif de la patientèle < 15					
Oui	13.6	16	0.7		
Non	86.4	84			
Ancienneté d'exercice > 10 ans					
Oui	69.5	36	0.004		
Non	30.5	64			
Formation en addictologie					
Oui	79.7	52	0.01		
Non	20.3	48			
Patient jugé « à risque »					
Oui	89.8	0	<0.001		
Non	10.2	100			
Sujet abordé par le médecin					
Oui	57.6	32	0.03		
Non	42.4	68			
Intention préventive					
Oui	84.7	84			
Non	15.3	16	0.9		
Absence de difficulté de dépister les addictions					
Oui	61	32			
Non	39	68			
Sentiment d'obligation professionnelle					
Oui	50.8	12	0.01	7.41 [1.90-28.88]	0.004
Non	49.2	88	0.001		

Tableau 4 : Facteurs associés à une réticence pour la prise en charge des

	Analyse Univariée		p	Analyse Multivariée	
	Oui (%)	Non (%)		OR ajusté [IC 95%]	p
Sexe					
Homme	50	57.1	0.5		
Femme	50	42.9			
Age du médecin < 40 ans					
Oui	64.3	28.6	0.002	5,20 [1,79-15,07]	0.002
Non	35.7	71.4			
Exercice en santé publique					
Oui	66.1	39.3	0.01		
Non	33.9	60.7			
Effectif de la patientèle > 25					
Oui	39.3	25	0.1		
Non	60.7	75			
Ancienneté d'exercice < 10 ans					
Oui	50	21.4	0.01		
Non	50	78.6			
Absence de diplôme en addictologie					
Oui	96.4	78.6	0.009	9,66 [1,57-59,28]	0.01
Non	3.6	21.4			
Difficulté à aborder les CA					
Oui	53.6	35.7	0.1		
Non	46.4	64.3			
Besoin de formation continue adaptée					
Oui					
Non	89.2	92.8	0.7		
Besoin de partenariat avec les collègues					
Oui	10.7	7.2			
Non					
	66.1	89.3	0.02		
	33.9	10.7			

Discussion

La dépendance au tabac ou à l'association tabac-alcool était la plus fréquemment observée dans notre étude (91.7%). Dans la littérature, c'est de loin la plus fréquente des poly-consommations [4]. Avec une population tabagique de 35%, la Tunisie est le premier consommateur arabe de tabac [5].

La consommation abusive d'alcool est à l'origine d'environ 2,5 millions de décès par an dans le monde. Notre étude démontre une fréquence estimée considérable pour la consommation de boissons alcoolisées dans une population de patientèle d'un certain niveau socioéconomique. Ces chiffres devraient certainement être majorés sur un échantillon plus représentatif.

La Tunisie est le premier consommateur arabe d'alcool selon l'OMS [6]. Une prédominance marquée pour l'adulte jeune de sexe masculin était toujours rapportée. Cependant, la dépendance aux substances sus-citées semble être étendue à des catégories d'âge plus jeune surtout scolaire avec une tendance à la parité pour les deux sexes [7].

Il en est de même pour le cannabis dont la fréquence d'usage repérée était estimée à plus de 40%. Le rapport mondial de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), a montré une augmentation de la consommation globale de cannabis de 16% au cours des dix dernières années [8]. Les consommations de la cocaïne et des opiacées étaient plus faiblement repérées dans notre étude.

La perception des conduites addictives pourrait être sous-estimée et mal documentée. Ceci est essentiellement en rapport avec l'absence d'usage d'outils pouvant transformer cette perception en une information médicale archivable. Selon plusieurs études, l'utilisation de questionnaire de pistage de consommation de tabac ou d'alcool n'est que 12 à 30% en consultation de médecine générale [9-11].

Quant à l'utilisation des questionnaires standardisés de repérage des consommations de la drogue, elle reste marginalisée et concerne seulement 2% des médecins généralistes. Les tests courts peuvent avoir une meilleure efficacité pour le repérage et la perception des dépendances. Les questions courtes et directes sont souvent plus objectives et faciles à délivrer [12,13].

Une formation des médecins sur la nécessité d'utiliser les questionnaires d'évaluation des conduites addictives chez leurs patients serait intéressante. L'usage de ces outils est capital pour la prise en charge.

Le repérage des conduites addictives est significativement corrélé à l'âge du praticien et aux années d'expérience. L'usage systématique d'outils de perception est plus observé chez les femmes médecins. Certains auteurs observaient plus de difficultés de perception chez les jeunes médecins pourtant plus proches de leur formation initiale [14].

Les praticiens du secteur privé pourraient avoir plus de temps pour les activités de repérage vu le nombre de consultations nettement inférieur à celui observé en secteur public. Le manque de temps en consultation surchargées était un facteur limitant pour le dépistage de la dépendance en dehors des centres de soins addictologiques [15].

Dans notre étude, le patient ne révélait spontanément ces conduites que dans 9.5% des cas. En médecine générale, le patient n'arrive quasiment jamais avec une demande d'aide pour dépendance comme on peut le voir dans les soins secondaires en addictologie. Cet aspect fondamental, marque une différence majeure entre les soins primaires et spécialisés et génère une réticence à aborder le sujet en consultation de médecine générale et en conséquence un défaut de perception et de prise en charge [16]. Dans notre étude, le sentiment d'obligation professionnel et le respect de la déontologie étaient significativement corrélés au diagnostic de dépendances.

La discussion avec les patients dépendants, les conseils de changement de mode de vie à risque et la référence des cas de dépendance avérés aux centres spécialisés sont des tâches habituelles du médecin généraliste qui semblent être délaissées [17,18]. Le concept de la prise en charge multidisciplinaire impliquant des professionnels de santé spécialisés en addictologie ne laisse que peu de place pour l'omnipraticien [19,20].

Le manque de formation en addictologie était fortement associé à la réticence de prise en charge des conduites addictives dans notre série ($p=0.01$). En effet, l'étude en addictologie n'est représentée qu'en partie dans le premier cycle des études médicales en Tunisie. Les autres formations et études complémentaires restent assez souvent inaccessibles aux médecins généralistes vu la centralisation des cours et des critères d'éligibilité qui favorise la candidature de jeunes spécialistes.

Notre étude n'était pas à l'abri de quelques insuffisances liées à une sélection forcée des médecins. La taille de l'échantillon était juste représentative du nombre total de médecins généralistes exerçant à la région de Monastir.

Le choix des items du questionnaire s'est basé sur une recherche non exhaustive des données de la littérature. Ceci pourrait avoir généré une confusion entre l'usage simple à la dépendance dans l'évaluation des conduites addictives.

Conclusion

L'originalité de notre travail découle du fait qu'il n'existe pas, à nos connaissances, d'études récentes portant sur l'évaluation des pratiques addictives en première ligne en Tunisie. Les études qualitatives existantes ou ne ciblaient que les médecins spécialistes. Cette étude montre que le repérage et la prise en charge des conduites addictives par les médecins généralistes ne semblent pas suffisants. Une formation plus précoce, continue et adaptée, des tests de dépistage courts et simples et une lutte contre l'isolement du médecin généraliste pourraient améliorer sa pratique face aux dépendances.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1] Loxterkamp D. Entre les lignes, hors du cadre : la valeur ajoutée d'un médecin généraliste: Conférence Dr Ian McWhinney 2019. *Can Fam Physician*. 2019 ;65 :879-82.
- [2] Banz BC, Yip SW, Yau YH, Potenza MN. Behavioral addictions in addiction medicine: from mechanisms to practical considerations. *Prog Brain Res*. 2016 ;223 :311-28.
- [3] Dor B, Paquet E, Orban T, Dubois AF, Schmetts A, Pitchot W. Alcohol dependence in primary care: A clinical approach by the GP. *Rev Med Liege*. 2019 ;74 :287-93. French.
- [4] Fakhfakh R, Hsairi M, Maalej M, Achour N, Nacef T. Tobacco use in Tunisia: behaviour and awareness. *Bull World Health Organ*. 2002;80:350-6.
- [5] Harizi C, El-Awa F, Ghedira H, Audera-Lopez C, Fakhfakh R. Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in Tunisia: Progress and challenges. *Tob Prev Cessat*. 2020;6:72.
- [6] Ben Abdelaziz A, Nouira H, Mili M, Safer M, Zaafrane F, Sakly N, Ben Abdelaziz A. Alcohol consumption among health sciences students at the University of Monastir (Tunisia, 2014). *Tunis Med*. 2018 ;96:571-83.
- [7] Del Monte P, Foppiani L, Cafferata C, Marugo A, Bernasconi D. Primary "empty sella" in adults: endocrine findings. *Endocr J*. 2006; 53:803-9.
- [8] Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, rapport mondial sur les drogues 2018 [Internet]. Vienne; 2018 [cité 10 mars 2019] Disponible sur: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_French.
- [9] Jackson SE, Garnett C, Brown J. Prevalence and correlates of receipt by smokers of general practitioner advice on smoking cessation in England: a cross-sectional survey of adults. *Addiction*. 2021 ; 116: 358-72.
- [10] Collins C, Finegan P, O'Riordan M. An online survey of Irish general practitioner experience of and attitude toward managing problem alcohol use. *BMC Fam Pract*. 2018;19:200.
- [11] Zanaboni P, Fagerlund AJ. Patients' use and experiences with e-consultation and other digital health services with their general practitioner in Norway: results from an online survey. *BMJ Open*. 2020 ;10:e034773.
- [12] Griffiths MD, Szabo A, Terry A. The exercise addiction inventory: a quick and easy screening tool for health practitioners. *Br J Sports Med*. 2005 ;39:e30.
- [13] Palamar JJ, Acosta P. On the efficacy of online drug surveys during the time of COVID-19. *Subst Abuse*. 2020;41:283-85.
- [14] Khalsa SS, Adolphs R, Cameron OG, Critchley HD, Davenport PW, Feinstein JS, et al. Interception and Mental Health: A Roadmap. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2018 ;3:501-13.
- [15] Huynh C, Ngamini Ngui A, Kalrouz S, Lesage A, Fleury MD. Factors associated with high use of general practitioner and psychiatrist services among patients attending an addiction rehabilitation center. *BMC Psychiatry*. 2016 22;16:258.
- [16] Foster KT, Beltz AM. Advancing statistical analysis of ambulatory assessment data in the study of addictive behavior: A primer on three person-oriented techniques. *Addict Behav*. 2018 ;83:25-34.
- [17] O'Regan A, Hayes P, O'Connor R, Casey M, O'Dwyer P, Culhane A, O'Donnell P, Stack G, Cuddihy J, O'Connell B, O'Flynn J, Cullen W, O'Doherty J, O'Connell M, Glynn L. The University of Limerick Education and Research Network for General Practice (ULEARN-GP): practice characteristics and general practitioner perspectives. *BMC Fam Pract*. 2020 ;21:25.
- [18] Dimitrijević I, Popović N, Sabljak V, Škodrić-Trifunović V, Dimitrijević N. Food addiction-diagnosis and treatment. *Psychiatr Danub*. 2015;27:101-6.
- [19] Karanges EA, Suraev A, Elias N, Manocha R, McGregor JS. Knowledge and attitudes of Australian general practitioners towards medicinal cannabis: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2018 3;8(7):e022101.
- [20] Crowley D, Collins C, Delargy I, Laird E, Van Hout MC. Irish general practitioner attitudes toward decriminalisation and medical use of cannabis: results from a national survey. *Harm Reduct J*. 2017 13;14:4.