

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2024

N° : 48

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État Mention DES

De Médecine Générale

PAR

JOY MILRED Sylvia

Née le 20/08/1996 à Mulhouse

**OBSTACLES A L'ABORD DE LA CONSOMMATION DE
SUBSTANCE PSYCHOACTIVE EN MEDECINE
GENERALE : ETUDE QUALITATIVE SUR LA PRATIQUE
DES MEDECINS GENERALISTES D'ALSACE**

Président du jury : Pr Laurence LALANNE, Professeure des Universités de Strasbourg

Directeur de thèse : Dr Sophie RABOURDIN, Médecin Généraliste à Strasbourg

Assesseur : Pr Thomas VOGEL, Professeur des Universités de Strasbourg



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Première Vice Doyenne de la Faculté** Mme CHARLOUX Anne
- **Doyens honoraires :** (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Séïamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de HautePierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de HautePierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de HautePierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de HautePierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Héléne	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de HautePierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de HautePierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de HautePierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de HautePierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine intensive-réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
wOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

*: CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - Csp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Illes		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHAARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
CERLINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKLACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Haute pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	---

B3 – MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
 Pr Ass. GUILLOU Philippe
 Pr Ass. HILD Philippe
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr CHAMBE Juliette
 Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr DELACOUR Chloé
 Dr GIACOMINI Antoine
 Dr HERZOG Florent
 Dr HOLLANDER David
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth
 Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de HautePierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de HautePierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérald (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. Interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Mollère - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

1 SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

2 REMERCIEMENTS

A la présidente du jury,

A Madame la Professeure Laurence LALANNE, pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et de m'avoir accueillie au sein de vos consultations, veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Thomas VOGEL, pour les formidables six mois passés à la Robertsau, pour vous être rendu disponible pour ma thèse et d'avoir accepté de participer à mon jury, recevez à cette occasion, mes sincères remerciements.

Au Docteur Sophie RABOURDIN, merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse.

Pour ton appui, ton aide, ton encadrement et ta disponibilité tout au long de l'achèvement de ce travail. Merci pour ta bienveillance, ta pédagogie et tes précieux conseils pendant mon travail en cabinet à tes côtés.

A ma précieuse famille,

A Maman et Papa, un grand merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Pour tous les sacrifices et tous les choix que vous avez fait, qui m'ont permis d'arriver là où je suis aujourd'hui. Pour votre soutien et votre aide au quotidien. Merci pour tout !

A Lydia et Pauline, mes deux grandes sœurs. Merci pour les encouragements, votre présence quotidienne et les appels en visioconférence pour être à jour sur les potins familiaux. Pour les souvenirs d'enfance, les voyages et week-ends inoubliables, et pour tout ce qui nous attend, un grand merci.

A Sophia, Larissa et Vanessa, aux meilleures cousines. Que ce soit lors des réunions de famille, des sorties ensembles ou à travers les rires échangés, je vous suis tellement reconnaissante pour chacun de ces moments. Merci énormément d'avoir fait le déplacement depuis Londres pour assister à ma thèse.

A Alex, un message tout particulier pour le parrain parfait. Merci pour ton affection et ton soutien depuis le premier jour. Ta constante présence lors de moments importants de ma vie a fait toute la différence pour moi et je te suis infiniment reconnaissante d'avoir été là.

A mes deux grand-mères,

Appama, merci pour tes prières quotidiennes et ton soutien sans faille.

Mummy, j'espère que ce travail te rendra fière. Continue de veiller sur nous tous de là-haut.

A tous les autres membres de ma famille, que ce soit par vos encouragements, vos conseils ou tout simplement par votre présence, merci d'avoir contribué à mon évolution personnelle.

A mes amis,

A Sturm, mon pilier depuis la fin des années lycée. Plus de dix ans de moments partagés, de rires, de soirées, de défis relevés et de débats inutiles. A ton appartement qui est devenu ma deuxième maison, à nos apéros et goûters réguliers, à nos films médiocres sur le canapé et à tout ce qui reste à venir. Merci pour cette amitié durable et pour tous les moments où j'ai pu compter sur toi.

A Laurie, toi qui es là depuis de nombreuses années. Pour tous les moments passés depuis le lycée, les fous rires et les retrouvailles sans fin, merci d'être présente tout simplement.

A Alan et Florian, mes acolytes depuis le collège. Merci de faire de chacun de nos rendez-vous des moments inoubliables. A encore plus de soirées jusqu'à l'aube, aux accidents de vin rouge renversé et d'insultes en tout genre. Merci Maître Boutine et merci à notre gendarme préféré. Petite pensée à **Alex** qui a rejoint l'équipe en cours de route.

A Suzie, Mélanie et Judith, merci de votre soutien et de vos encouragements depuis les premières années de médecine. Tellement fière d'être devenue docteure à vos côtés.

A Marion et Charlotte, un grand merci d'avoir été là. Pour mon futur pied-à-terre à Brest et aux promenades avec mon cocker favori.

A Apo, Helene et Solène, grâce à vous l'externat a été mémorable. A tous nos souvenirs, à tous nos apéros en terrasse et à tous nos éclats de rire, merci infiniment.

A Amandine, merci pour ton soutien à travers tous nos restos mensuels. A mon futur jacuzzi dans ton appartement à Dubaï et à toutes les nouvelles adresses qu'il nous reste à tester.

A Manon, merci pour tous les moments dans notre mini carrière de brancardière. A tous nos repas surchargés et aux dépenses au-dessus de nos moyens. Tellement fière de ce que tu deviens.

A Clotilde, à ma deuxième directrice de thèse ! Merci pour tout. Rien n'aurait été possible sans ton aide et ton soutien quotidien. Cette thèse existe en partie grâce à tes nombreux conseils. Pour chaque erreur corrigée, pour chacune de tes relectures, pour chaque message de motivation, un grand merci du fond du cœur. A nos futurs weekends à Annecy en compagnie de notre chère **Mathilde**.

A Ines, Lisa, Marine et Yogesh, la team parfaite pour affronter les urgences adultes. Le semestre n'aurait pas eu la même valeur sans vous à mes côtés. Aux nombreuses anecdotes que nous pouvons désormais raconter et à nos fréquentes retrouvailles. Petite pensée aux pires « médecins » que nous avons pu croiser, pour les remercier de nous avoir fait comprendre ce que nous ne voulons absolument pas devenir. Merci d'être encore présent dans mon quotidien.

A Aurélie et Jennifer, mon gros coup de cœur de mes années d'internat. Merci pour votre soutien sans faille et vos encouragements. Merci de m'avoir fait prendre du poids à travers tous les gâteaux maison, les paquets de bonbons et les tablettes de chocolat. A votre bonne humeur permanente et votre bienveillance à travers les insultes, merci infiniment.

A Hidaya, la meilleure urgentiste devenue une amie. A tous tes conseils et ta gentillesse à toute épreuve, un grand merci.

A Elodie, merci d'être toi. Avec ta bienveillance et ton franc parler, ne change surtout pas. Merci pour ton soutien à travers tes délicieux chocolats suisse.

A Sophie, Chiara, Anaïs, Anne Cath, Audrey, Laura, Camille, Anaïs, Béné et Jonas, cette équipe fabuleuse qui a fait du semestre d'urgence, un moment inoubliable. Merci pour votre soutien et vos conseils.

A Barbara, un grand merci pour ton immense aide pour ma thèse. A tous les potins que tu adores entendre, à tous tes mauvais goûts musicaux et à tes choix de restaurant douteux, je sais que j'ai à faire à une pépite. N'oublions pas tes talents de déménageur avec une petite pensée pour **Marine**. Merci pour tout.

A Sarah, alias Gary, merci d'avoir vu un patient par heure. Ta lenteur restera gravée dans ma mémoire. Merci pour ta gentillesse et ta bonne humeur.

A Manon et Yvette, les dernières magnifiques rencontres de mon internat. Merci d'avoir été là et surtout d'avoir rendu la pédiatrie beaucoup plus fun.

3 TABLE DES MATIÈRES

1	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	13
2	REMERCIEMENTS	14
3	TABLE DES MATIÈRES.....	19
4	LISTE DES ABREVIATIONS.....	23
5	INTRODUCTION	24
5.1.	L'ADDICTION	25
5.1.1.	GENERALITES : DEFINITION	25
5.1.2.	LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA)	27
5.1.3.	PHYSIOPATHOLOGIE	28
5.1.4.	ÉPIDEMIOLOGIE	31
5.1.5.	CONSEQUENCES SANITAIRES	32
5.2.	LA REALITE DU TERRAIN : LE MEDECIN GENERALISTE.....	33
5.2.1.	LE STATUT	33
5.2.2.	OUTILS A DISPOSITION.....	33
5.2.3.	CONTEXTE D'EXERCICE ACTUEL	36
6	MATERIEL ET METHODE.....	38
6.1.	TYPE D'ETUDE	38
6.2.	POPULATION ETUDIEE	38
6.2.1.	CRITERES D'INCLUSION	38
6.2.2.	CRITERES D'EXCLUSION.....	39
6.2.3.	METHODE DE RECRUTEMENT DES MEDECINS GENERALISTES.....	39
6.3.	RECUEIL DES DONNEES.....	40
6.3.1.	DEROULEMENT DES ENTRETIENS	40
6.3.2.	GUIDE D'ENTRETIEN.....	40
6.4.	ANALYSE DES DONNEES	41
6.5.	ASPECT ETHIQUE ET REGLEMENTAIRES.....	42
7	RESULTATS.....	44
7.1.	OBSTACLES LIES AUX PATIENTS	46
7.1.1.	COMPORTEMENT ET ATTITUDE DU PATIENT	46
7.1.1.1.	ATTITUDE DESINVOLTE	46
7.1.1.2.	PATIENT REFRACTAIRE.....	47
7.1.1.3.	PAS DE PRISE DE CONSCIENCE OU DENI	47
7.1.1.4.	MENACES ET CHANTAGE AFFECTIF	48
7.1.2.	MANQUE D'IMPLICATION ET DE RIGUEUR	48

7.1.2.1.	MANQUE D'INTERET ET DE MOTIVATION.....	49
7.1.2.2.	ORIENTATION PAR UN TIERS.....	49
7.1.3.	MANQUE DE CONNAISSANCES DES PATIENTS	50
7.1.4.	NON ABORD PAR PEUR DE STIGMATISATION.....	50
7.1.5.	ATTENTE D'UN POINT D'APPEL CLINIQUE.....	51
7.1.6.	CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DES PATIENTS.....	51
7.1.6.1.	CLASSE SOCIALE	51
7.1.6.2.	AGE DU PATIENT.....	52
7.2.	OBSTACLES LIES AUX MEDECINS.....	52
7.2.1.	TEMPS DE CONSULTATION.....	52
7.2.2.	ATTITUDE DU MEDECIN	53
7.2.2.1.	STIGMATISATION DU SUJET	54
7.2.2.2.	MAUVAISES EXPERIENCES.....	55
7.2.2.3.	MEDECINS DEPASSES	55
7.2.3.	DESINTERET DU SUJET.....	56
7.2.4.	MANQUE DE COMPETENCE PRATIQUE ET DE CONNAISSANCES DES STRUCTURES DE REORIENTATION	57
7.2.4.1.	MANQUE DE PREVENTION AVEC MANQUE D'INQUIETUDE	58
7.2.5.	MANQUE DE CONFIANCE ENVERS LE PATIENT.....	59
7.2.6.	SUJET INTRUSIF ET TABOU	59
7.2.7.	PAS D'OUTILS DE DEPISTAGE A LA PORTEE DES MEDECINS.....	60
7.2.8.	MAUVAISES TECHNIQUES DE COMMUNICATION	61
7.2.9.	IMPRESSION DE MANIPULATION PAR LE PATIENT.....	61
7.2.10.	OUBLI	62
7.2.11.	STATUT DE MEDECIN REMPLAÇANT	62
7.3.	OBSTACLES LIES AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	63
7.3.1.	BANALISATION DU TABAC	63
7.3.2.	MECONNAISSANCE DU PRODUIT	64
7.3.3.	HABITUDE DE PRESCRIPTION	64
7.3.4.	TABOU DE L'ALCOOL.....	65
7.3.5.	PEUR DU PRODUIT OU DES PRODUITS DE SUBSTITUTION	65
7.4.	PISTE D'AMELIORATION DANS LE DEPISTAGE ET DANS LA PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES	66
7.4.1.	FACTEURS FACILITANTS	66
7.4.1.1.	ABSENCE DE JUGEMENTS ET DESTIGMATISER LE SUJET	66
7.4.1.2.	TRAVAIL EN PLURIDISCIPLINARITE	67
7.4.1.3.	TRAVAIL SUR LA RELATION DE CONFIANCE	68
7.4.1.4.	SOUTIEN DU POUVOIR PUBLIC.....	69
7.4.1.5.	SOULIGNER TOUTE SORTE DE PROGRES	69

7.4.1.6.	ÊTRE EMPATHIQUE	70
7.4.1.7.	PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT.....	70
7.4.1.7.1.	ACCEPTATION DE LA MALADIE PAR LE PATIENT	70
7.4.1.7.2.	ÉVOLUTION DU PATIENT	71
7.4.1.7.3.	SECRET MEDICAL	71
7.4.1.7.4.	CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES.....	71
7.4.2.	SUGGESTIONS D'AMELIORATION	72
7.4.2.1.	AMELIORATION DES TECHNIQUES DE COMMUNICATION.....	72
7.4.2.2.	AMELIORATION DU SUIVI	75
7.4.2.3.	UTILISATION DU ROLE PRINCIPAL DU MEDECIN GENERALISTE	75
7.4.2.4.	AMELIORATION DE LA FORMATION	77
7.4.2.5.	AMELIORER SON INTERET POUR LE SUJET	77
7.4.2.6.	TRAVAIL EN PLURIDISCIPLINARITE	77
7.4.2.7.	TRAVAIL DE PREVENTION.....	79
7.4.2.8.	UTILISER LA SALLE D'ATTENTE COMME LIEU D'INFORMATION	79
7.4.2.9.	SURVEILLANCE ET QUESTIONNEMENT DES ORDONNANCES	80
7.4.2.10.	TRAVAIL SUR LA MOTIVATION DU PATIENT.....	80
7.4.2.11.	CHANGEMENT DE VISION DE LA SOCIETE.....	80
7.4.2.12.	ÉCHANGER AVEC LE PATIENT POUR AMELIORER LEUR PRISE EN CHARGE	81
7.4.2.13.	PROPOSER DES ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES	81
7.4.2.14.	AMELIORATION DE L'ACCESSIBILITE ET DE LA RAPIDITE DES SOINS.....	82
7.4.2.15.	OUTILS DE DEPISTAGE	82
8	DISCUSSION	83
8.1.	OBJECTIF PRINCIPAL	83
8.1.1.	OBSTACLES LIES AUX PATIENTS.....	83
8.1.2.	OBSTACLES LIES AUX MEDECINS	86
8.1.3.	OBSTACLES LIES AUX SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	90
8.2.	OBJECTIFS SECONDAIRES.....	92
8.2.1.	FACTEURS FACILITANTS	92
8.2.2.	AMELIORATION	95
8.3.	FORCES ET LIMITES	100
8.3.1.	METHODOLOGIE	100
8.3.2.	POPULATION ETUDIEE	101
8.3.3.	RECUEIL DES DONNEES	101
8.3.4.	INVESTIGATEUR PRINCIPALE	102
8.3.5.	ANALYSE DES DONNEES	102
9	CONCLUSION.....	104
10	ANNEXES.....	106

10.1.	ANNEXE 1 : DSM V.....	106
10.2.	ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	107
10.3.	ANNEXE 3 : DOCUMENT D'INFORMATION	109
10.4.	ANNEXE 4 : DOCUMENT DE CONSENTEMENT	111
11	BIBLIOGRAPHIE	112
12	RESUME	117

4 LISTE DES ABBREVIATIONS

ALT : Association de Lutte contre la Toxicomanie

ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe

CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé

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

DSM : Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux

DU : Diplôme Universitaire

GHB : Gamma-HydroxyButyrate

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

LSD : Diétylamide de l'acide Lysergide

MDMA : MethylèneDioxyMétamphétAmine

ODFT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SCMR : Salle de Consommation à Moindre Risque

SPA : Substances Psychoactives

THC : Delta-9-TetraHydroCannabinol

5 INTRODUCTION

La prévention des addictions est devenue une priorité nationale compte tenu des coûts liés au mésusage des substances psychoactives (SPA) et de la morbi mortalité associée. Ainsi, au vu des enjeux de santé publique, il semble essentiel qu'un repérage précoce des conduites addictives soit réalisé avec une prise en charge adéquate et des réponses adaptées. Les professionnels de santé sont plus que jamais appelés à s'investir dans la prise en charge des pratiques addictives et notamment le médecin généraliste du fait de sa position de médecin de famille, au cœur des quartiers.

Néanmoins, l'approche de ce sujet, par le médecin généraliste, auprès des patients semble encore être très difficile. Les signes évocateurs de dépendance sont nombreux et aspécifiques donc il n'est pas simple de reconnaître les symptômes extérieurs et de poser le diagnostic d'addiction. Les sauts d'humeur ou l'agressivité soudaine, l'isolement ou la dépression, la négligence vestimentaire, l'augmentation de l'absentéisme, etc. sont des signes qui doivent nous faire penser à un véritable problème d'addiction (1).

Par ailleurs, l'accès aux soins est devenu difficile pour les patients, qui ne trouvent plus de médecin généraliste disponible. La demande de soins est de plus en plus impérieuse alors que le nombre de praticiens décroît. Ainsi, les médecins doivent trouver un équilibre entre assurer une disponibilité pour tous ses patients et offrir des soins de qualité.

Il s'avère ainsi pertinent de se questionner sur les points de vue de ces derniers et les facteurs qui les poussent à aborder ou non les consommations de SPA.

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes. L'objectif principal est d'identifier les obstacles rencontrés par ces derniers face au dépistage et à la prise en charge d'une addiction aux substances psychoactives.

Secondairement, nous nous intéressons à l'évaluation des facteurs simplifiant l'approche du thème en consultation, et nous recensons les propositions d'amélioration rapportées par les médecins généralistes pour réduire les freins au dépistage et pour proposer une prise en charge adéquate.

5.1. L'ADDICTION

5.1.1. Généralités : définition

En 1990, devant l'usage croissant du terme « addiction », le psychiatre américain Aviel Goodman propose une définition moderne (2) : « l'addiction est un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer un plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». Selon l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), l'addiction se situe donc entre l'impulsion, c'est-à-dire une recherche d'un bien-être ou d'une gratification immédiate ; et la compulsion, c'est-à-dire le soulagement des tensions et la réduction des affects pénibles (3). Cette définition souligne la dimension évolutive et adaptative du comportement et du processus de l'addiction.

Ainsi, Aviel Goodman décrit un ensemble de critères d'inclusion de comportement permettant de définir le trouble addictif. Tout d'abord, l'impossibilité de résister aux impulsions avec une sensation croissante de tension précédant le début du comportement à risque. Puis, un plaisir ou un soulagement au cours du comportement avec une sensation de perte de contrôle. Enfin, plusieurs autres critères sont décrits et présents le plus souvent simultanément :

- La préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation ;
- L'intensité et la durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine ;
- Des tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement ;
- De consacrer un temps important pour préparer ou se remettre des épisodes ;

- La survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales et ces activités sont souvent sacrifiées du fait du comportement ;
- La perpétuation du comportement bien qu'il cause ou aggrave un problème d'ordre social, financier, psychologique ou psychique ;
- Une tolérance marquée avec un besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré ou la diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité ;
- Une agitation ou une irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

Certains éléments de ce syndrome durent plus d'un mois et les épisodes se répètent pendant une période plus longue.

Les critères de définition du DSM (Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux de l'association de psychiatrie américaine) et de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé) succèdent à cette première formulation.

En 1994, le DSM IV introduit la notion d'usage, d'usage nocif (abus) et de dépendance (4). L'usage se réfère à une consommation de substances, sans complications somatiques, ni de dommages pour l'individu. L'usage nocif ou abus correspond à un mode de consommation d'une substance, préjudiciable à la santé car à l'origine de dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux (5). Il caractérise une impossibilité de s'empêcher de consommer avec le plus souvent une désapprobation de la part d'autrui et des conséquences sociales négatives. Et enfin, la dépendance est définie d'une part par la dépendance physique qui correspond à un besoin de consommer pour éviter le syndrome de sevrage, c'est-à-dire les symptômes provoqués par le manque ; et qui se caractérise par une tolérance, c'est-à-dire la nécessité de consommer plus pour ressentir les effets de la consommation. Elle est définie d'autre part par la dépendance psychique, qui est le besoin de maintenir une sensation de plaisir

et qui se traduit par ce qu'on appelle le « craving », qui correspond à une envie irrésistible de consommer pour éviter le malaise psychique.

La version publiée en 2013 abandonne la définition catégorielle usage, abus (usage nocif) et dépendance pour parler de pratiques ou conduites addictives et de rassembler les termes d'abus et de dépendance sous la notion de « troubles liés à l'usage de substances », faible, modéré ou sévère, selon le nombre de critères présents. (6) (cf annexe 1)

5.1.2. Les substances psychoactives (SPA)

L'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie relevaient initialement de champs cliniques distincts mais ont été progressivement réunis au sein de conduites addictives avec un regroupement conceptuel et nosographique sous le nom de substance psychoactives (SPA) (7).

Les substances psychoactives regroupent donc à la fois les drogues licites, comme le tabac, l'alcool, les opiacés, les produits de substitution, les médicaments psychotropes tels que les hypnotiques, les benzodiazépines, les antidépresseurs (SPA détournées de leur usage), etc mais aussi les drogues illicites, comme le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, l'ecstasy ou MDMA, amphétamine, etc (6).

Les substances psychoactives sont des produits qui ont un effet sur le cerveau et qui modifient certaines de ses fonctions, notamment en altérant la conscience, les sensations, les émotions et humeur ou encore la perception qu'elle soit visuelle, auditive, tactile ou gustative (8).

Elles sont classées en différentes catégories selon leurs effets qu'elles procurent (9,10) :

- Effet stimulant : ce sont des substances qui causent de l'excitation et de l'agitation avec la recherche d'un sentiment de toute puissance, d'une énergie manquante ou d'une euphorie artificielle. Elles peuvent en parallèle augmenter l'anxiété et le sentiment de panique, notamment après la sensation d'euphorie, qui peut se suivre d'une phase nommée « crash » ou « descente », pouvant occasionner ou exacerber un état dépressif. Il existe deux classes,

les stimulants majeurs comme les amphétamines ou la cocaïne, et les stimulants mineurs comme la nicotine.

- Effet dépresseur : ce sont des substances qui agissent sur le système nerveux central en engourdisant le cerveau, en ralentissant le fonctionnement du corps et en déformant les perceptions. On y retrouve l'alcool, le GHB, les opioïdes (morphine, héroïne, produit de synthèse) et les benzodiazépines (lorazépam, diazépam). Elles sont surtout utilisées pour favoriser le sommeil, se calmer ou diminuer l'inhibition et obtenir un état d'euphorie.

Elles peuvent, pour certaines, augmenter les symptômes dépressifs en cas d'un terrain sous-jacent propice et peuvent causer des symptômes de sevrage physique importants lorsqu'elles sont arrêtées brutalement après instauration d'une dépendance.

- Effet perturbateur : ce sont des substances qui causent une désorientation temporo-spatiale et modifient le fonctionnement des sens avec une modification des perceptions.

On y retrouve le cannabis, les champignons, la kétamine, la MDMA ou Ecstasy et le LSD. Elles sont utilisées pour rechercher une sensation d'euphorie, pour « planer » c'est-à-dire rechercher une sensation de détachement et également pour leur important pouvoir hallucinogène. Elles peuvent, notamment pour la prise régulière de cannabis, provoquer des symptômes psychotiques avec des pertes de contact avec la réalité, augmenter l'anxiété et le risque de dépression avec en parallèle une diminution de l'effet des antidépresseurs. L'usage des hallucinogènes peut diminuer les fonctions cognitives pour plus de 24 heures.

5.1.3. Physiopathologie

De nombreuses zones du cerveau peuvent être affectées par les SPA, et avec elles, les fonctions psychiques et physiques qu'elles activent (raisonnement, mémoire, sensation, vision, coordination, douleur) (11). Le circuit de la récompense occupe un rôle central dans la mise en place et le maintien d'une addiction. Trois systèmes de neurones (dopaminergiques,

sérotoninergiques et noradrénergiques) interviennent pour réguler ce circuit et le dysfonctionnement de l'un d'entre eux peut générer l'addiction. Les substances psychoactives perturbent la transmission, entre les neurones, par les neurotransmetteurs, des informations responsables de nos perceptions, de nos sensations ou émotions. Ainsi, celles-ci sont modifiées, aiguës ou atténuées.

Certaines SPA ont la propriété d'imiter les neurotransmetteurs naturellement présents dans le cerveau pour se substituer à eux dans les récepteurs naturels (11). Par exemple, la morphine va fixer sur les récepteurs à endorphine, la nicotine sur les récepteurs à acétylcholine, le THC sur les récepteurs cannabinoïdes du système endocannabinoïde.

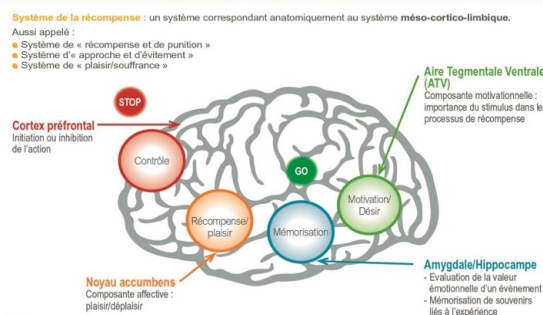
Pour expliquer la difficulté des usagers à arrêter ou contrôler leur consommation, un neurotransmetteur joue un rôle central : la dopamine (12). En effet, toutes les substances addictives ont pour effet d'augmenter la concentration de dopamine au sein des régions cérébrales formant les circuits de récompense. Cette libération de dopamine procure un afflux de plaisir mais en contrepartie de ce plaisir, la substance va demander au cerveau de continuer de consommer. Ainsi, chez la personne dépendante, l'absence de substance ou de stimulation va créer un manque. Ces personnes présenteraient également un défaut de plasticité des synapses, qui ne parviendrait pas à se réorganiser entre eux pour contrecarrer les modifications cérébrales provoquées par la SPA. Ceci expliquerait le comportement nocif de ces usagers, malgré les contraintes vécues et la perte de contrôle qui s'installe.

Des stimuli associés de manière répétée à la consommation des SPA, comme un lieu ou un moment de la journée toujours identique (c'est-à-dire le conditionnement), peuvent également à terme, activer la libération de dopamine, avant même la prise de la drogue. C'est ainsi qu'une dépendance psychique peut se créer et qui explique comment les signaux de l'environnement (publicité, odeur) peuvent déclencher une rechute même après une longue période d'abstinence.

Selon l'INSERM (13), l'addiction reposerait sur un processus neurobiologique en plusieurs étapes. La première consisterait à la recherche du plaisir, qui passe par l'activation de la voie meso-cortico-limbique, qui correspond au système/circuit de récompense. Il est constitué du noyau accubens, du cortex préfrontal et de l'aire tegmentaire ventrale qui contient les neurones producteurs de dopamine. Ce circuit de récompense va être activé par la répétition des consommations de SPA, entraînant donc un conditionnement positif ainsi que la modification des récepteurs aux endorphines. Ceux-là deviendront moins sensibles aux neurotransmetteurs endogènes et seront plus réceptifs aux molécules exogènes, comme les SPA.

La deuxième étape consisterait à un état émotionnel négatif, appelé dysphorie. En effet, au fur et à mesure des consommations, le taux de dopamine libéré va diminuer et un stress biologique va être créé par l'activation du réseau cérébral centré par l'amygdale (14). L'utilisateur ne sera plus dans une recherche de plaisir, comme initialement, mais plutôt dans la recherche d'une situation d'évitement de cet état de dysphorie. On parle à ce moment d'accoutumance. La troisième étape est celle de la perte de contrôle. L'utilisateur n'est plus capable de s'autoréguler. La consommation devient ainsi de plus en plus fréquente avec l'impossibilité de se restreindre. Il s'agit d'une atteinte du cortex préfrontal, qui joue un rôle majeur dans les jugements et les prises de décision. Des vulnérabilités individuelles existeraient néanmoins, avec notamment des facteurs prédisposants génétiques et environnementaux, qui détermineraient l'effet des consommations sur la personne. Ainsi, pour une même consommation de SPA, on ne retrouverait pas les mêmes effets d'une personne à l'autre.

Les 4 mécanismes cérébraux impliqués dans le mécanisme addictif



5.1.4. Épidémiologie

La consommation de substances psychoactives en population générale constitue un véritable problème de santé publique. En effet, elle est responsable, non seulement, d'une morbidité et d'une mortalité élevées, mais également, d'une conséquence néfaste sur le plan social.

Selon l'Observatoire Français des Drogues et Tendances addictives (OFDT), plusieurs millions de personnes sont concernées en France (16). La population adulte qui présenterait un risque chronique d'addiction à l'alcool est de 8% et celle présentant une addiction au tabac est de 27%, soit un quart de la population.

Selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) (17), le tabac est la première substance psychoactive consommée en France : 27% de la population de 18-75ans et plus de 21% de collégiens assurent avoir déjà expérimenté une cigarette. L'alcool est la deuxième substance psychoactive consommée : 10% de la population et plus de 60% des collégiens ont déjà consommé de l'alcool. L'usage problématique ou la dépendance au cannabis concernerait 11% de la population âgée de 18 à 64 ans. L'usage régulier de cocaïne, freebase ou crack, concernerait 1,6% des adultes français. Les usagers problématiques de drogues, toutes substances illicites confondues, seraient de 350 000 en France, parmi lesquels environ un tiers rapporte avoir pratiqué une injection intraveineuse au cours de l'année écoulée.

La crise sanitaire de 2020 a bouleversé le fonctionnement de notre société. Distanciation sociale, confinement, réorganisation du travail, instabilité économique etc. le tout créant un climat fortement anxiogène (18). Dans ce contexte, on observe une hausse de la consommation des substances psychoactives au sein de certaines populations, notamment les personnes déjà prise en charge pour leurs pratiques addictives, les personnes ayant perdu leur emploi ou rencontrant des difficultés financières ou encore les personnes se sentant isolées (18).

A contrario, des baisses de consommation de SPA ont été constatées chez les personnes dont les usages ne se faisaient que majoritairement au cours des rencontres entre amis, des fêtes ou de repas au restaurant.

5.1.5. Conséquences sanitaires

Les conduites addictives sont un véritable problème de santé publique. Elles sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité élevées mais également de conséquences néfastes sur le plan social. En effet, elles entraînent un coût social, qui correspond au coût financier, conséquences de la consommation des substances psychoactives et du trafic de drogues. Il s'élève à 156 milliards d'euros pour le tabac, à 102 milliards d'euros pour l'alcool et à 7,7 milliards d'euros pour les substances illicites (19). Selon une étude publiée en juillet 2023, l'OFDT évalue le coût externe comme l'essentiel du coût social. Ce coût externe correspond aux valeurs des vies humaines perdues, à la perte de la qualité de vie ou encore aux pertes de production des entreprises et des administrations. Les pertes de vies humaines sont la principale composante du coût externe des drogues. Le coût des soins arrive en deuxième position et est évalué à plus de 24 milliards d'euros. L'OFDT évalue à plus de 7 milliards le déficit public engendré par le tabac, l'alcool et les drogues illicites (20). C'est donc un véritable enjeu de santé publique.

Selon le site de Santé Publique France, les risques sanitaires varient suivant la durée d'usage, l'âge lors des consommations, la nature des produits, leur composition, leur mode de consommation, la quantité et le contexte de consommation. A court terme, les risques sont surtout des intoxications aiguës, des accidents ou des violences. A plus long terme, la consommation régulière entraîne l'installation d'une dépendance, des infections, des maladies chroniques comme le cancer pulmonaire ou la cirrhose hépatique, mais aussi des maladies cardiovasculaires. Elle peut également être associée à des difficultés sociales et économiques et ainsi favoriser des troubles psychiatriques, comme la dépression ou la schizophrénie (21).

5.2. LA REALITE DU TERRAIN : LE MEDECIN GENERALISTE

5.2.1. Le statut

Le médecin généraliste est au cœur du dispositif des soins primaires. Il agit pour favoriser la structuration du parcours de soin des patients, en coordination avec les acteurs agissant en premier recours, dans l'optique d'une réponse adéquate aux besoins du patient (22). Il permet d'assurer une continuité des soins, en permettant un travail pluridisciplinaire, notamment chez les patients atteints de maladies chroniques ou en situation de précarité sociale. Le rôle du médecin généraliste est, entre autres, d'assurer pour ses patients la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Il a le rôle d'orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins disponible afin d'assurer la coordination des soins. Il doit contribuer aux actions de prévention et de dépistage afin de participer aux missions de service public (23).

5.2.2. Outils à disposition

Le domaine de l'addictologie étant une problématique très spécifique, il existe plusieurs outils à la portée des médecins généralistes pour traiter ce sujet.

Le médecin généraliste bénéficie initialement d'une formation au cours de ses années d'études. Il y apprend notamment à faire le conseil minimal face à ses patients. Celui-ci consiste, en une démarche très rapide et efficace, de s'entretenir avec les patients, d'encourager les tentatives d'arrêt et de soutenir le patient dans sa démarche (24). Par exemple, il peut débiter l'abord par une simple question comme « Avez-vous déjà pensé à arrêter de fumer ? ».

Le médecin généraliste peut aussi utiliser l'entretien motivationnel. Cette méthode est un entretien guidé, centré sur le patient, pour l'encourager à changer de comportement. C'est une

méthode intentionnellement directive, dans le but d'aider au changement et de résoudre l'ambivalence du patient face à un comportement nocif pour sa santé (25). Il se décrit en plusieurs étapes. Premièrement, il s'agit d'explorer le comportement qui pose soucis et les conséquences qui en découlent pour le patient mais aussi pour l'entourage. Il est important dans ce premier temps de faire preuve d'empathie. Par exemple, le médecin peut demander au patient de lui raconter sa problématique avec une question ouverte comme « Parlez-moi de votre histoire avec l'alcool ». Ensuite, il faut exposer la balance motivationnelle en insistant sur les avantages du changement et les désavantages de la consommation. Dans ce cas-là, le médecin peut recueillir les attentes du patient et pointer du doigt l'ambivalence de son comportement. Enfin, il faut anticiper le futur avec une projection dans l'avenir et la fixation d'objectifs sur le long terme. Il est primordial pour le médecin de renforcer le discours du changement et de celui de la liberté des choix. Par exemple, le médecin peut demander au patient « Où est ce que vous voyez dans quelques années, si vous sortez du comportement de dépendance ? »

Les médecins généralistes peuvent aussi choisir de compléter leur formation, à travers différents moyens. Il existe tout d'abord la Capacité de Médecine d'Addictologie Clinique, qui est un diplôme, avec un enseignement sur deux ans, destiné aux médecins généralistes afin d'acquérir des connaissances et des compétences nécessaires pour repérer et traiter les conduites addictives. Il permet également de faire des stages au sein de centre de soin addictologique afin de se familiariser avec la prise en charge des différentes conduites addictives (26).

Il existe également le Diplôme Universitaire (DU) Addiction, Psychiatrie, VIH et Hépatites, avec un enseignement d'un an, qui vise à apporter une formation universitaire théorique et pratique, sur la prise en charge de troubles infectieux conjointement avec les conduites addictives et les troubles psychiatriques. Elle permet d'acquérir des compétences transversales dans la prise en charge et l'accompagnement de ces patients (27).

Il existe également des formations disponibles en lignes, qui permettent aux médecins généralistes d'acquérir des compétences pour accompagner les personnes confrontées à ces addictions et contribuer à la lutte contre ce problème de santé publique (28). Les médecins généralistes sont soumis à une obligation de formation continue. Celle-ci est proposée par des organismes indépendants, sur divers thématiques dont celles des addictions.

Le médecin généraliste peut orienter ses patients vers des centres de soins dédiés, au sein desquels, les spécialistes y sont réunis. Il existe, sur le plan national, les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou plus localement à Strasbourg, les associations comme l'ITHAQUE ou l'Association de Lutte contre la Toxicomanie (ALT). Ces centres ont pour objectifs principaux d'accueillir, de soigner et de soutenir les personnes en situation d'addictions et leur entourage. Ils vont notamment développer des actions de prévention et de réduction des risques en proposant l'accès à une Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR) (29). Les CSAPA permettent de faire le point, avec des professionnels, sur les difficultés rencontrées et proposent un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée ou vers la mise en place d'un traitement de substitution. Grâce à la pluridisciplinarité des équipes qui y travaillent, le patient bénéficie d'une prise en charge globale, à la fois psychologique, sociale, éducative et médicale. Plusieurs types d'approches sont proposés : individuelles, collectives et familiales. L'accompagnement sera mis en place en fonction de ce qui convient le plus aux besoins du patient (30). Pour les consommateurs de drogues injectables, il existe également des lieux où les patients peuvent se faire dépister (VIH, hépatite B et C, IST), gratuitement. Ce sont les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic, CeGIDD (31).

Le médecin peut également faire appel à des équipes paramédicales, notamment des infirmières ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe). C'est un dispositif qui a pour but d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques, en médecine de ville. En effet, il existe un protocole

de coopération permettant la délégation des actes ou des activités des médecins généralistes vers des infirmières déléguées à la santé publique, au sein même d'un cabinet médical (32).

Ce projet permet d'offrir aux patients, grâce à l'éducation thérapeutique, un suivi et une écoute approfondie sur un temps plus long que celui d'une consultation médicale de suivi.

5.2.3. Contexte d'exercice actuel

L'offre de soin en France pose une problématique de grande ampleur, à l'heure actuelle. En effet, notre pays reste marqué par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé. Il existe, malgré un bon niveau de santé, des écarts selon les territoires et les catégories socio-professionnelles. Les inégalités concernent l'exposition aux risques mais aussi l'accès à l'offre de soins. Celui-ci peut être limité par des obstacles financiers ou par une insuffisance d'offre proposée (33). En effet, tous les territoires ne bénéficient pas du même niveau de couverture de leurs besoins. Les tensions démographiques risquent encore de s'aggraver dans les prochaines années en raison d'une diminution probable du nombre de médecins généralistes en exercice. Ainsi, il faut craindre un accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins et le développement des déserts médicaux sur le territoire national.

Cette notion de désert médical renvoie à une double dimension. Il existe une dimension spatiale liée à la densité de professionnels de santé sur le territoire. Ainsi, l'éloignement géographique entre les patients et leur médecin implique de longues distances à parcourir pour consulter. On trouve également une dimension temporelle, liée au nombre de patients par médecins. Ainsi, plus un médecin a de patients, moins il a de temps à accorder à chacun d'eux (34).

Ces déserts médicaux ont pour conséquences la majoration des files d'attente avant les consultations, au risque d'une dégradation de l'état médical des patients, le déport vers les urgences médicales ou encore la difficulté croissante de trouver un médecin traitant.

Dans le domaine des conduites addictives, comme abordé précédemment, il existe des centres de soin et d'accompagnement. Ceux-ci sont malheureusement peu nombreux et de ce fait rarement accessible. Il n'y pas assez de centres de soins, au vu de la demande. Les patients se retrouvent ainsi souvent sur liste d'attente. Dans ce contexte, les médecins généralistes orientent peu et suivent leurs patients comme ils peuvent (35).

6 MATERIEL ET METHODE

6.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative, menée par des entretiens individuels semi-dirigés, auprès de médecins généralistes, en activité en Alsace, lors du mois de janvier 2024. Dans cette étude, l'objectif était de recueillir le point de vue de différents médecins généralistes, sur les fondements qui les motivent, ou non, à parler de la problématique des addictions avec leurs patients. Ainsi, pour se faire, la méthode de l'étude qualitative est la plus adéquate pour donner un état des lieux du ressenti et du vécu des participants. La forme ouverte des entretiens individuels semi dirigés permettait au médecin interviewé de pouvoir s'exprimer librement et de nous partager sa perception du sujet, guidée par les questions préalablement rédigées dans un guide d'entretien (cf annexe 2).

6.2. Population étudiée

Nous avons réalisé notre étude auprès de médecins généralistes en activité dans la région Grand Est. Le recrutement de ces derniers a été réalisé de façon à diversifier les caractéristiques sociodémographiques et le type de prise en charge des patients addicts, afin d'obtenir la plus grande variabilité possible dans les réponses à notre question de recherche.

6.2.1. Critères d'inclusion

Notre étude a été constituée de médecins généralistes ayant obtenu leur Diplôme d'Études Spécialisées en médecine générale, dans une des facultés de France métropolitaine. Les participants étaient en activité en Alsace au moment du recueil de données, c'est-à-dire au mois de janvier 2024. La région a été choisie pour une question de facilité de recueil des données. Nous avons recherché une variation maximale des critères suivants : le genre ; la tranche d'âge ; le nombre d'années d'expérience ; le type, le milieu et la structure d'exercice. Nous avons ainsi

sélectionné une population basée sur un échantillonnage raisonné à variation maximale. Nous nous sommes uniquement souciées des médecins généralistes car ils sont les piliers dans la pratique du dépistage des conduites addictives et ont une place centrale dans leur prise en charge.

6.2.2. Critères d'exclusion

Nous n'avons pas inclus dans cette étude, les médecins généralistes exerçant dans d'autres régions que celle du Grand Est, les internes de médecine, les médecins généralistes ayant une carrière hospitalière ou exerçant au sein de structures spécialisées en addictologie (CSAPA, service d'addictologie), les médecins retraités ou encore les médecins n'ayant pas donné leur accord pour la participation à cette étude. Nous nous sommes concentrées sur le point de vue des médecins de soins primaires.

6.2.3. Méthode de recrutement des médecins généralistes

Le recrutement des médecins généralistes a été fait à partir de connaissances de l'investigatrice principale. Ils ont été contactés par téléphone ou par mail afin de leur présenter l'objet de recherche de l'étude, d'obtenir leur consentement et de convenir d'une date d'entretien, après les avoir informés que la durée de l'entretien était d'environ quinze à trente minutes. Le lieu des entretiens a été choisi par le médecin, à sa convenance personnelle. Ils se sont déroulés soit en présentiel sur leur lieu de travail, soit par téléphone pour permettre plus de flexibilité aux médecins. Plus de la moitié des entretiens ont eu lieu en présentiel. Toutes les enquêtes ont été réalisées par l'investigatrice. Pour éviter tout malaise et permettre une liberté de parole aux médecins généralistes, seuls des entretiens individuels ont été organisés. Aucun entretien de groupe n'a été planifié.

Nous n'avions pas défini à l'avance le nombre d'entretien à réaliser. Nous sommes allées jusqu'au principe de saturation des données afin de récolter le plus de données possible. L'inclusion du panel s'est donc arrêtée lors de la saturation des données, ce qui se réfère au moment où un nouvel entretien n'apporte plus aucune nouvelle information. Nous sommes arrivées à saturation des données au bout de huit entretiens mais nous avons réalisés deux entretiens supplémentaires pour bien confirmer l'absence de nouvelles informations.

6.3. Recueil des données

6.3.1. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été menés lors du mois de janvier 2024, sous forme d'entretien individuel semi-dirigé, aiguillé par les questions d'un guide d'entretien écrit par l'investigatrice principale. Avant chaque entretien, les médecins généralistes étaient prévenus qu'ils pouvaient interrompre l'entretien s'ils se sentaient mal à l'aise ou s'ils ne souhaitent plus poursuivre. Les médecins ont également été avertis que toutes les données seraient anonymisées. Les entretiens ont été enregistrés au moyen de deux smartphones, via l'application Dictaphone. Ces deux moyens ont été utilisés afin d'éviter tout risque de perte de données éventuelles. Les enregistrements ont été conservés sur l'ordinateur portable de l'investigatrice le temps de l'enquête puis ont été détruits après l'analyse des entretiens. Ils ont été retranscrits manuellement via le logiciel de texte Microsoft Word, avec en parallèle, une anonymisation des données en utilisant la lettre M et un numéro pour chacun des médecins.

6.3.2. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été créé pour les entretiens semi-dirigés. Les questions ont été rédigées avant tout entretien avec les praticiens. Il a été réalisé à l'aide de l'analyse bibliographique de multiples articles et thèses sur des thématiques similaires (36,37). Ce guide possède deux parties permettant de diviser l'entretien en deux temps.

La première partie, quantitative, a permis de recueillir les caractéristiques des participants. Elle comporte des questions sur le sexe, l'âge, le type et le lieu d'activité, le mode d'exercice et le nombre d'années d'expérience.

La deuxième partie, plutôt qualitative, comporte neuf questions ouvertes, qui ont servi d'idées directrices au cours des entretiens. Nous nous sommes intéressées initialement à l'expérience personnelle du praticien avec ses méthodes de dépistage des conduites addictives et son ressenti sur celui-ci. Ensuite, nous avons abordé les obstacles rencontrés lors du dépistage avec le ressenti du médecin généraliste et les changements qu'il ferait si nécessaire. Puis, au contraire, nous avons abordé les expériences positives rencontrées au cours de leur consultation portant sur la thématique des conduites addictives avec notamment la dénomination des facteurs facilitants. Enfin, nous nous sommes interrogées sur la place du spécialiste dans le dépistage et la prise en charge des addictions.

La fin de l'entretien a permis de recueillir, auprès des médecins généralistes, les suggestions pour permettre l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des addictions. Ce guide a évolué au cours des différents entretiens pour être enrichi et permettre le recueil d'un maximum de données possibles.

6.4. Analyse des données

Dans cette étude qualitative, nous avons réalisé une analyse thématique, sans utiliser de logiciel d'analyse de données. Nous avons analysé les entretiens afin d'isoler les verbatims que nous avons utilisé pour la définition de différentes thématiques. Celles-ci ont été ensuite regroupées en catégories puis à nouveau en sous catégories.

Au cours de la retranscription, nous avons procédé à l'anonymisation des données, en attribuant de manière aléatoire, à chaque praticien, la lettre M et un chiffre allant de 1 à 10. Ainsi, les

praticiens ont été nommés de M1 à M10. Nous avons utilisé ces noms de code au cours de l'analyse des résultats et de la discussion. L'anonymisation des données passait également par une désidentification des propos tenus par les praticiens, toujours dans le même objectif de garantir l'absolu anonymat. Delà, l'analyse des retranscriptions a été réalisée.

Les entretiens ont été étudiés afin de dégager des grandes thématiques et des sous catégories pour classer les réponses à notre problématique de recherche. Nous avons commencé par une analyse ouverte, après chaque entretien, pour pouvoir distinguer différents champs de perception de l'analyse des verbatims. Par la suite, nous avons réalisé une analyse axiale entre ces différents champs, afin de les classer en thèmes et sous thèmes. Ces derniers ont été appuyés par différentes citations retenues lors des divers entretiens. Nous avons terminé par une analyse sélective, nous permettant de faire ressortir l'archétype explicatif, qui prend en compte les différents axes abordés au cours de la consultation.

6.5. Aspect éthique et réglementaires

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer, car nous ne connaissons pas les médecins généralistes interrogés. Ces derniers étaient informés avant l'entretien qu'ils étaient interrogés dans le but de concrétiser une thèse de médecine générale.

Une information claire, exhaustive et compréhensible a été donnée en amont de l'entretien. Le consentement des participants a été recueilli de manière totalement libre, et ce, la veille de l'entretien (cf annexe 3 et 4). Les médecins généralistes étaient informés de leur possibilité de retirer leur consentement à tout moment de l'entretien, sans avoir de justification à fournir.

Suite aux renseignements que nous avons donnés dans le Lime Survey sur les « Formalités réglementaires 2023 en recherche en santé » (38), notre étude n'incluant que les professionnels

de santé et portant uniquement sur la pratique professionnelle, n'a pas nécessité de déclaration auprès du CNIL.

Elle n'impliquait pas non plus de recherches engageant la personne humaine, hors du cadre de la loi Jardé, ainsi nous n'avons pas demandé l'accord auprès du comité d'éthique.

7 RESULTATS

Dans le cadre de cet exercice de recherche, nous avons donc réalisé dix entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes d'Alsace. Il nous a fallu huit entretiens pour arriver à la saturation des données mais nous avons réalisé deux entretiens supplémentaires pour bien confirmer l'absence de nouvelles informations. Tous les médecins contactés ont accepté de participer à l'étude et ils ont tous été mis au courant de l'objectif de l'étude.

Le tableau 1 ci-dessous reprend les différentes caractéristiques des participants interrogés : le genre, l'âge, les années d'exercice, le mode d'exercice, s'il existe une formation en addictologie, le nombre de consultation par jour et parmi elles, le nombre de consultation spécifique aux conduites addictives.

Les participants sont âgés de 28 à 62 ans. Nous avons interrogé six femmes et quatre hommes. Sur les dix entretiens, six ont été réalisés en présentiel et quatre ont été fait en visioconférence. Tous les participants étaient des médecins thésés ayant au moins une année de pratique. Nous avons interrogé des médecins généralistes exerçant dans trois milieux d'exercice différents : urbain, semi-rural et rural. Ils avaient différents modes d'exercices : cabinet de groupe, association médicale, cabinet seul ou maison de santé.

Sur les dix médecins généralistes interrogés, seul deux d'entre eux avaient une formation spécifique en addictologie. L'un avait passé le Diplôme Universitaire Addiction à sa sortie de l'internat et le second avait une capacité d'addictologie depuis maintenant vingt ans.

TABLEAU 1 - Caractéristiques de la population interrogée

Nom	Genre	Tranche d'âge	Années d'exercices	Type d'exercice	Milieu d'exercice	Nombre de patients	Consultation avec pour thématique les conduites addictives	Formation particulière en addiction
M1	Masculin	20-30ans	0-5ans	Remplaçante (maison de santé)	Urbain	>30 par jour	0-5 par jour	Aucune
M2	Féminin	31-40ans	11-15ans	Installée (cabinet associé)	Urbain	15-25 par jour	0-5 par jour	Aucune
M3	Féminin	20-30ans	0-5ans	Remplaçante (cabinet associé)	Urbain	<15 par jour	0-5 par jour	Aucune
M4	Féminin	41-50ans	11-15ans	Installée (cabinet associé)	Urbain	15-25 par jour	0-5 par jour	Aucune
M5	Féminin	31-40ans	6-10ans	Installée (maison de santé)	Semi rural	>30 par jour	0-5 par jour	DU psychiatrie addiction hépatite et VIH
M6	Masculin	>60ans	>25ans	Installé (association médicale)	Semi rural	<15 par jour	6-10 par jour	FFI en psychiatrie, formation tabacologue, capacité d'addictologie, DES addictologie, diplôme de spécialité supplémentaire en addictologie
M7	Féminin	20-30ans	0-5ans	Remplaçante (Cabinet associé)	Semi rural	15-25 par jour	0-5 par jour	Aucune
M8	Féminin	20-30ans	0-5ans	Remplaçante (Cabinet associé)	Semi rural	15-25 par jour	0-5 par jour	Aucune
M9	Masculin	31-40ans	11-15ans	Installé (cabinet seul)	Rural	15-25 par jour	0-5 par jour	Aucune
M10	Masculin	31-40ans	0-5ans	Installé (cabinet associé)	Semi rural	>30 par jour	0-5 par jour	Aucune

Analyse thématique

Les différents entretiens réalisés ont permis ainsi d'apprécier à quelle mesure la problématique des addictions est prise en compte lors de consultation en médecine générale.

Nous avons donc analysé les entretiens réalisés afin de répondre à notre objectif principal.

Ainsi, nous avons regroupé les obstacles mis en évidence dans le dépistage et la prise en charge d'une addiction aux substances psychoactives, en trois thématiques principales.

Chacune de ces thématiques a été divisée en sous-thème, avec pour illustration, l'intégration de citations issues des verbatims d'entretiens.

7.1. Obstacles liés aux patients

L'abord de la consommation des substances psychoactives dépend de chaque patient que le médecin généraliste reçoit en consultation. Chaque patient est une entité à part entière et a sa propre manière de voir et d'intégrer les différentes problématiques auxquelles il fait face.

7.1.1. Comportement et attitude du patient

Tout d'abord, la consultation dépend de l'état général et du comportement que le patient présente en consultation. Les médecins rapportent devoir s'adapter aux comportements de ces patients, qui pour la plupart des cas, n'aident pas lors de la consultation.

7.1.1.1. Attitude désinvolte

Si le patient est en mode désinvolte avec un comportement hostile, les médecins généralistes n'ont pas forcément l'aisance nécessaire pour aborder le sujet.

- *M1 : « les gens se braquent assez facilement et disent « comme tout le monde » donc je n'ai pas de problème. »*
- *M1 : « les gens ne disent pas forcément la vérité. »*
- *M1 : « Ça dépend vraiment du patient que j'ai en face de moi, de ce qu'il dégage, de son comportement, qui ferait que je serais à l'aise ou non. »*
- *M5 : « La consultation dépend de ce que va amener le patient. La plupart du temps, il ne ramène rien et quand c'est moi qui aborde le sujet, c'est pour la plupart des cas, infructueux. »*
- *M6 : « La consultation dépend du patient, il y a des patients avec qui c'est facile d'aborder le sujet et d'autres où ça va être plus compliqué. »*
- *M9 : « Ça dépend beaucoup de l'état d'esprit des patients. »*

7.1.1.2. Patient réfractaire

Les médecins généralistes mettent en avant le fait d'être souvent confrontés à des patients réfractaires. Des patients qui se braquent facilement et qui s'obstinent à rester sur leurs positions.

- M6 : « *Les patients consommateurs ont souvent l'impression de se faire moraliser par leur médecin traitant, même si c'est bienveillant, donc ils montent vite sur leurs grands chevaux. »*
- M6 : « *Quand on pousse un patient qui ne veut pas changer, il va avoir le réflexe d'autodétermination c'est-à-dire qu'il va décider de ne pas changer à ce moment-là car ce n'est pas lui qui l'a décidé. »*
- M10 : « *S'ils ne sont pas prêts d'eux même, à faire un sevrage, cela ne changera rien qu'on les pousse. »*

7.1.1.3. Pas de prise de conscience ou déni

Il est souvent difficile de leur faire comprendre l'importance d'un sevrage. La plupart des patients minimise leurs consommations ou la banalise. Il y a souvent une insouciance associée à une imprudence chez ces patients consommateurs.

- M3 : « *Même pour faire de l'accompagnement c'est compliqué. Déjà leur faire comprendre que ce sont des risques, c'est déjà difficile et ça ne marche qu'une fois sur dix car ils ne s'en rendent pas compte des conséquences par derrière. »*
- M3 : « *Quand j'aborde le sujet des consommations, le patient est toujours un peu dans la déni de sa consommation. Il me disait qu'il buvait 4 bières par jour et pour lui c'était normal, il n'était pas alcoolique. »*

- M4 : « Les résultats des EFR étaient catastrophiques mais la patiente ne comprenait pas pourquoi il fallait qu'elle arrête le tabac, elle considérait n'avoir aucun problèmes de souffle. »
- M6 : « Il y en a qui viennent et qui disent qu'ils ne considèrent pas leur place dans un centre d'addictologie car ils disent ne pas avoir de problèmes d'addiction. »
- M7 : « La difficulté repose dans le fait de faire rendre compte au patient, que les consommations sont parfois dans l'excès, par rapport à ce qu'il faudrait. »

7.1.1.4. Menaces et chantage affectif

Les médecins généralistes rapportent parfois la présence d'un chantage affectif, avec la menace de se mettre en danger ou de mettre fin à leurs jours, s'ils n'obtiennent pas ce qu'ils demandent. Les médecins savent que, du fait des produits, les patients peuvent malheureusement mettre en œuvre leurs menaces.

- M8 : « Elle m'a même clairement dit qu'elle ne voulait pas s'en passer pour aller mieux et que si je ne lui faisais pas de prescription, elle savait elle-même où aller en chercher. »
- M8 : « Il m'a dit que si je ne lui prescrivais rien tout de suite pour ses insomnies, il allait mettre fin à sa vie. »
- M10 : « J'ai déjà reçu des menaces de la part des patients. Dans ce contexte-là, je me sens quand même dans l'obligation de leur prescrire ce qu'il leur faut, car je ne veux pas me sentir responsable s'ils leur arrivent quoi que ce soit. »

7.1.2. Manque d'implication et de rigueur

La plupart du temps, les patients ne se sentent pas prêts pour débiter un sevrage, donc ne veulent pas s'impliquer dedans. Les médecins généralistes rapportent souvent une grosse part d'irresponsabilité avec un manque d'envie.

7.1.2.1. Manque d'intérêt et de motivation

Le manque de motivation est souvent un critère majeur de l'échec du sevrage. Les médecins généralistes rapportent avoir beaucoup plus envie de fournir des efforts auprès de patients motivés à changer qu'envers ceux qui ne le sont pas.

- *M3 : « Le patient n'était pas du tout motivé pour un sevrage en tabac même s'il savait qu'il fallait car il était BPCO. »*
- *M9 : « Il n'était pas très ouvert à la discussion et pas très disponible à en parler. Il n'en avait clairement rien à faire. »*
- *M9 : « Des gens qui sont motivés et qui ont envie d'avancer, on a plus envie de l'aider que quelqu'un à qui il faut aller tirer les vers du nez. »*
- *M10 : « Il n'a pas voulu parler de cette consommation par la suite, il n'était pas prêt pour débiter un sevrage. »*

7.1.2.2. Orientation par un tiers

Les médecins généralistes voient souvent des patients addicts envoyés par un tiers extérieur, que ce soit la famille, des confrères spécialistes ou encore la justice. Dans ce contexte de motivation extrinsèque, le suivi est pour la plupart des cas infructueux car la motivation n'émane pas du patient lui-même.

- *M6 : « Quand le patient considère qu'il n'y a pas de problèmes de consommation lors d'une consultation avec une thématique tournée vers l'addictologie, c'est que c'est plutôt la famille qui pousse derrière ou un tiers externe (la justice, d'autres spécialistes types cardiologue ou pneumologue). Dans ces cas-là, la consultation, et le suivi d'ailleurs, ne servent à rien car la motivation n'émane pas du patient donc rien n'avancera. »*

7.1.3. Manque de connaissances des patients

La plupart des patients n'ont pas conscience du danger des consommations du fait d'un manque de connaissance sur le sujet. Ils n'ont pas eu assez d'informations, de prévention ou n'ont souvent pas compris la dangerosité du produit.

- M2 « *Il y avait des signes de manque dès qu'il arrêta de consommer mais le patient n'a jamais fait le lien entre les deux.* »
- M7 : « *Les gens n'ont pas forcément connaissance, notamment pour l'alcool, des seuils de consommation.* »

7.1.4. Non abord par peur de stigmatisation

Le sujet des addictions est toujours quelque chose de tabou dans notre société. C'est donc rarement abordé par le patient. Quand ce dernier ne se sent pas dans une relation de confiance ou ne se sent pas à l'aise au cours des consultations, il ne va pas aborder le sujet.

- M1 : « *L'alcool c'est quelque chose de très tabou donc généralement ce n'est pas eux qui posent la question.* »
- M1 : « *C'est rarement le patient qui vient avec sa problématique d'addicto.* »
- M3 : « *C'est vraiment à nous de le rechercher car les gens ne vont pas nous le dire spontanément.* »
- M7 : « *Il y a cette gêne ou les patients ne se sentent peut-être pas en confiance car c'est encore très stigmatisé et donc ne l'abordent pas d'eux-mêmes.* »
- M9 : « *Les patients n'ont personne d'autres vers qui se tourner. Le patient se retrouve du coup seul face à ses addictions.* »

7.1.5. Attente d'un point d'appel clinique

Les patients attendent souvent l'arrivée d'un incident sur leur santé ou dans leur vie sociale, pour parler de leur consommation à leur médecin. La plupart des cas, il faut un évènement intercurrent grave pour qu'ils se posent la question d'un sevrage.

- *M7 : « J'avais abordé l'arrêt de la consommation en donnant juste le conseil minimal, mais ça n'avait pas pris. Le patient est venu me revoir après un séjour à l'hôpital pour détresse respiratoire. Cet incident-là lui avait permis de trouver la motivation pour débiter un sevrage. »*
- *M8 : « Je n'ai jamais eu, pour l'instant, un patient qui a abordé le sujet avant que ce soit devenu critique et que je l'apprenne via une hospitalisation »*

7.1.6. Catégorie socio-professionnelle des patients

Les médecins généralistes reçoivent des patients de toutes catégories confondues. Ils rapportent ne pas aborder forcément les mêmes sujets ou de la même manière, selon les différentes catégories socio-professionnelles.

7.1.6.1. Classe sociale

Selon les différentes classes, les patients ne rendent pas la même image. Les médecins généralistes disent parfois se fier sur l'apparence pour aborder le sujet ou non.

- *M1 : « C'est peut-être aussi là où j'exerce car on va dire que la population est un peu plus privilégiée donc propre sur elle, donc je pose moins la question. »*
- *M9 : « Le jour où je ne consulte que sur rendez-vous, les patients ne sont pas les mêmes que lorsque je consulte sans. Ils sont plus apprêtés et font généralement partie de la*

classe moyenne, stables et rangés dans leur vie. Je ne pose pas forcément toujours la question lors de ces rendez-vous. »

7.1.6.2. Age du patient

La manière d'approche ne sera pas la même selon l'âge du patient. Certains se disent plus à l'aise avec les jeunes et d'autres plus à l'aise avec les personnes âgées. Les médecins rapportent également que ce qui se dit durant la consultation dépend de la présence d'une troisième personne, notamment quand les jeunes patients sont accompagnés de leur parents.

- *M1 : « Je suis plus à l'aise pour parler avec des gens âgés. Ils savent que je leur pose la question pour leur bien »*
- *M2 : « J'adresse au spécialiste, la plupart du temps, quand ce sont des jeunes. Je n'arrive pas à avoir le tact nécessaire avec eux. »*
- *M7 : « Ce qui est un peu plus gênant, ce sont parfois les adolescents qui sont venu avec leurs parents et donc ce n'est pas toujours évident de poser la question. »*
- *M9 : « Les jeunes n'ont pas forcément envie de parler de leurs consommations devant les parents. »*

7.2. Obstacles liés aux médecins

Tous les médecins généralistes ne travaillent pas de la même façon. Chacun priorise les problématiques qu'ils estiment avoir de l'importance lors d'une consultation. Ainsi, les médecins généralistes ne vont pas tous porter de l'intérêt ou consacrer du temps aux addictions. C'est donc médecin dépendant.

7.2.1. Temps de consultation

Une consultation dure en moyenne entre quinze à vingt minutes. Les médecins généralistes qui ont un planning de plus en plus chargé n'ont pas la possibilité d'accumuler du retard.

Par conséquent, ils ne peuvent pas forcément aborder le sujet des consommations à toutes les consultations, notamment si le patient vient déjà avec plusieurs doléances.

- M1 : « *Le problème en médecine générale c'est qu'on n'a pas le temps.* »
- M2 : « *J'avoue que je n'y pense pas pendant ma consultation, parce qu'on manque de temps, il faut qu'on se focalise sur le problème pour lequel il est venu.* »
- M3 : « *On manque de temps, donc quand j'aborde le sujet c'est vite fait en fin de consultation.* »
- M7 : « *On n'a pas forcément le temps d'explorer franchement les consommations pendant nos consultations.* »
- M9 : « *Lors de nos consultations, il y a une difficulté de temps.* »
- M10 : « *Même si on a une réponse positive à nos questions, comment on accueille cette réponse et quel temps a-t-on pour la prendre en charge ?* »

7.2.2. Attitude du médecin

L'attitude du médecin, tout comme celui du patient, joue un rôle important lors de ces consultations. Celui-ci est de plus en plus désemparé et un désarroi s'installe face à l'augmentation des consommateurs et devant la simple circulation du produit.

- M6 : « *J'essayais d'être le plus empathique possible, et d'être le plus bienveillant, mais j'avais quand même un réflexe réparateur de soignant qui revenait en surface.* »
- M9 : « *Si je pose la question, c'est uniquement pour compléter le dossier. Je pose la question de manière frontale, sans vraiment tourner autour du pot.* »
- M9 : « *J'essayais de m'investir, de poser des questions. Avec certains le feeling passe mais avec d'autre ça ne passe pas donc ils ne reviennent pas.* »
- M10 : « *On ne peut même pas appeler ça les produits illicites désormais vu comment ils circulent facilement et la facilité d'accès du produit.* »

7.2.2.1. Stigmatisation du sujet

Le sujet est encore stigmatisé chez les médecins généralistes. Ces derniers considèrent que les patients consommateurs se mettent en difficulté volontairement et qu'ils pourraient arrêter seuls s'ils le veulent. Ils sont souvent dans le jugement de valeurs et dans un mode moral.

- M6 : « On considère parfois que les patients se mettent en difficulté volontairement, qu'ils pourraient facilement ne pas consommer d'alcool, de tabac ou d'héroïne. »
- M6 : « On aborde le sujet la plupart du temps sur un mode moral, on veut lui faire la morale, alors que ça ne va pas l'aider. »
- M7 : « Ils n'ont souvent pas le même regard vis-à-vis de ces patients que les diabétiques ou les personnes obèses, à qui on pourrait aussi facilement faire la morale sur leur hygiène de vie. C'est donc encore beaucoup stigmatisé. »
- M9 : « J'avoue que je ne prends pas en charge ce genre de patient qui sont souvent dans la manipulation. »
- M10 : « J'aborde le sujet en fonction du faciès du patient. »

Les médecins posent la question des consommations devant des tableaux cliniques évocateurs ou devant des motifs qu'ils considèrent comme psychiatrique.

- M2 : « Je ne pose la question de la consommation d'alcool uniquement chez les gens qui perdent facilement le contrôle sur eux-même ou sur les autres, ou encore chez les gens qui s'isolent et qui sont souvent sujets à des nombreuses crises d'angoisses. »
- M3 : « J'avoue que je n'aborde pas spontanément le sujet mais seulement s'il y a un point d'appel. »
- M5 : « C'est plutôt s'il y a quelque chose qui me fait tilter que je pose la question. Si j'ai un patient d'un profil particulier ou des anomalies biologiques. S'il n'a pas d'antécédents psychiatriques, je n'aborde pas le sujet. »

- M8 : « *Je ne pose pas la question de manière systématique mais plutôt quand j'ai un doute sur le tableau clinique ou que les personnes reviennent pour le même motif.* »

Certains médecins généralistes rapportent parfois craindre ce genre de patient, notamment leur réaction, s'ils abordent le sujet ou s'ils refusent de leur prescrire le traitement demandé.

- M2 : « *Si je ne connais pas la personne et que j'ai un profil un peu particulier, potentiellement violent, voire psychotique, je ne vais pas chercher les difficultés chez ces gens-là.* »
- M6 : « *Ce n'est jamais facile d'aborder le sujet, on a toujours peur de la réaction des patients.* »

7.2.2.2. Mauvaises expériences

Les médecins généralistes avec de l'expérience racontent souvent avoir gardé des mauvais souvenirs de ce genre de consultation qui leur a laissé un sentiment d'échec.

- M2 : « *J'avoue que dans ma pratique, les bonnes expériences sont très rares.* »
- M5 : « *J'ai eu plusieurs mauvaises expériences.* »
- M9 : « *J'en garde vraiment une expérience désagréable.* »

Ils décrivent dans ce contexte, un sentiment d'être mis en difficulté lors de ces consultations.

- M9 : « *Je suis la plupart du temps en difficulté lors de ces consultations.* »
- M10 : « *Je peux dire en revanche que j'ai été mis en difficulté car j'ai posé la question ou que j'ai abordé le sujet.* »

7.2.2.3. Médecins dépassés

Certains s'estiment totalement dépassés par ce genre de consultation et considèrent que l'abord et la prise en charge des conduites addictives dépassent le rôle du médecin généraliste.

- M9 : « J'estime que cette prise en charge dépasse un peu mon rôle. Je pense que c'est trop complexe pour nous. »
- M10 : « Je ne pense pas que ce soit mon rôle. Il existe des spécialistes pour ça. »

7.2.3. Désintérêt du sujet

Les médecins généralistes estiment que ce genre de consultations est rapide et répétitive, avec peu de dialogue, donc inintéressant.

- M9 : « Ce sont des consultations assez répétitives, du fait aussi de la nature des produits qu'on prescrit. Ce sont des produits qu'on prescrit pour 28 jours donc ils reviennent souvent et souhaitent que la consultation se finisse rapidement. »

Ils avouent ne pas du tout être intéressés par ce domaine donc dépistent peu les patients. Ils se trouvent indifférents face à l'addictologie donc font preuve d'un manque de motivation.

- M1 : « j'avoue que ce n'est pas quelque chose qui me passionne donc que je ne vais pas y consacrer forcément beaucoup de temps. »
- M1 : « Ce n'est pas le sujet le plus attrayant donc je ne pense pas être la seule à ne pas être attirée par ce sujet. »
- M2 : « J'avoue que je ne m'implique pas énormément. Dans le contexte des addictions, on travaille pour changer des habitudes et changer les habitudes, c'est très compliqué. Je n'ai pas la motivation qui va avec. »
- M2 : « Chez des personnalités déviantes, je ne pense pas qu'un conseil minimal ou un simple entretien puisse changer grand-chose. Donc je n'aborde simplement pas le sujet. »
- M8 : « Je n'ai jamais creusé les addictions plus que ça. Ça ne m'intéresse pas plus que ça. »

- M9 : « J'avoue-je le note quelque part à un moment donné et après on l'oublie. Plusieurs années après je ne sais pas si c'est encore d'actualités ou non ; et je ne pose plus la question. »
- M9 : « L'addictologie et surtout les consultations abordant les traitements de substitution ne m'attirent pas beaucoup. »
- M9 : « Ce n'est pas le genre de consultation que j'aime faire et ce n'est pas ce genre de médecine que j'imagine faire. »
- M9 : « C'est donc un milieu que je n'investis pas beaucoup. »
- M10 : « A-t-on envie, voulons-nous, nous occuper de ce genre de patients ? »
- M10 : « La plupart du temps s'ils ne veulent pas parler de leurs consommation, je ne me prends pas la tête et je laisse tomber. »

7.2.4. Manque de compétence pratique et de connaissances des structures de réorientation

Les médecins généralistes avouent également faire face à une méconnaissance du sujet. Il existe chez eux un sentiment d'impuissance face à leur manque de compétence dans ce domaine. Ils considèrent ne pas avoir en main suffisamment d'informations pour une prise en charge correcte et une réorientation adéquate.

- M1 : « Des outils de dépistage, honnêtement, non je n'en connais pas. Il doit y avoir des scores mais je ne les utilise jamais. »
- M1 : « Je ne connais que le CSAPA. Je ne connais pas d'autres ressources. »
- M3 : « Je ne prévois pas de consultation particulière car je n'ai pas assez à dire ou à leur faire dire pour que ça prenne le temps d'une consultation. »
- M6 : « C'est probablement aussi par méconnaissance du sujet. Ce n'est pas encore très enseigné. »

- M6 : « Le suivi pourrait se faire chez le médecin généraliste mais il faudrait qu'il soit bien formé et avec un minimum de compétences en termes de communication et de connaissances des addictions. »
- M7 : « Je suis à l'aise dans le sevrage simple et débutant mais dès qu'il faut aller un peu plus loin, je ne me sens pas du tout compétente. »
- M8 : « Si le patient ne m'en parle pas, je n'en parle pas, je n'ai pas encore assez de matière pour aborder le sujet de moi-même. »
- M9 : « Lors de nos consultations, il y a des difficultés de connaissance sur les addictions. Si on ne sait pas trop quoi faire par la suite, on ne va pas leur poser les questions. »
- M9 : « Je ne me sens pas suffisamment informé, ni compétent pour prendre en charge ces patients. »
- M10 : « A-t-on nous même les capacité de nous occuper de ce genre de patients ? »

7.2.4.1. Manque de prévention avec manque d'inquiétude

En général, du fait d'un manque de formation et d'un manque de prévention sur le domaine, les médecins généralistes font souvent preuve d'un défaut d'inquiétude, entraînant ainsi la poursuite des consommations chez les patients.

- M2 : « Tant que ça ne décompense pas, on se dit que la consommation est contrôlée, donc il n'y a pas forcément besoin ou d'envie d'arrêter. »
- M4 : « J'ai plein de personnes âgées sous somnifères mais que je n'arrête pas car ces gens ont souvent des vies brisées. Je ne pourrais pas dire que c'est une addiction dans ce contexte-là, mais d'une certaine manière si, parce qu'ils ne vont jamais l'arrêter comme ça. »

7.2.5. Manque de confiance envers le patient

Dans ce sujet, les médecins généralistes font preuve d'un défaitisme et doute sur la fiabilité du patient. De ce fait, il découle parfois un manque d'investissement. Ils rapportent un manque de confiance envers la réussite du patient voire du patient lui-même.

- *M1 : « Honnêtement des cas positifs je n'en ai pas beaucoup. Dans la plupart des cas, ils rechutent. J'ai l'impression que c'est une peine perdue donc je n'ai pas envie de m'investir complètement et en vain. »*
- *M1 : « Ce combat n'est pas ma priorité. »*
- *M3 : « De toute façon, s'ils ne sont pas motivés à arrêter d'eux même, je n'insiste pas. »*
- *M4 : « J'aurais pu proposer une orientation dans un centre de suivi mais s'ils ont déjà du mal à reconnaître leur trouble, ils ne vont pas forcément y aller. »*
- *M7 : « C'est sûr qu'après on reste quand même sur du déclaratif donc le patient ne dira pas forcément la vérité. »*
- *M8 : « On reste dépendant de ce que les gens nous racontent. S'ils ne veulent rien nous dire, même si on creuse, il ne nous dira pas forcément la vérité mais ce que l'on veut entendre. »*

7.2.6. Sujet intrusif et tabou

Ce sujet reste encore très tabou dans notre société. Les médecins généralistes décrivent une gêne à l'abord du sujet ou encore d'avoir le sentiment d'être intrusif.

- *M1 : « C'est vrai que c'est un sujet, quand je l'aborde, je ne me sens pas du tout à l'aise. C'est quelque chose de très désagréable. »*
- *M1 : « Une sensation de gêne car j'ai l'impression que c'est quelque chose de très intrusive. »*

- M3 : « Ce n'est pas toujours facile à aborder, c'est comme un cheveu sur la soupe quand la consultation n'est pas en rapport. »
- M4 : « En général, ce n'est pas le truc où je suis le plus à l'aise. »
- M4 : « Ce n'est pas quelque chose qui va venir facilement au cours de la consultation, souvent par gêne, donc c'est quelque chose que je vais mettre en lien avec autre chose. »
- M5 : « C'est sincèrement un peu dur de poser la question à des patients chez qui on pense qu'il n'y a pas de consommation et on sait que la question va paraître bizarre. J'avoue que c'est parfois délicat et c'est un frein pour moi. »
- M8 : « En parler un peu de manière frontale, je ne me sens pas à l'aise. »
- M7 : « Je suis toujours un peu gênée d'aborder le sujet. Je le compare souvent aux IST. Pour moi, ces questions sont toujours un peu gênantes. En fonction de comment le patient perçoit la question, c'est souvent assez compliqué. »
- M9 : « Moi je ne m'y sens pas à l'aise. »

7.2.7. Pas d'outils de dépistage à la portée des médecins

Plus des trois quarts des médecins généralistes interrogés déclarent ne connaître aucun outil de dépistage et d'en utiliser aucun de ceux existant.

- M1 : « Je ne connais pas d'outils de dépistage et je n'en utilise pas. »
- M2 : « Je n'utilise pas d'outils de dépistage, je connais seulement le questionnaire de Fagerström, que j'utilise peu voire pas du tout. »
- M3 : « Je connais le test de Fagerström, je sais qu'il existe des unités d'alcool mais je ne les utilise pas énormément. »
- M4 : « Je n'utilise pas d'outils de dépistage, je n'en connais pas beaucoup. »
- M5 : « Je n'utilise jamais d'échelles ou des questionnaires. Pas d'outils de dépistage. »

- M7 : « *Il existe des questionnaires mais je ne les utilise pas. Il y a l'AUDIT pour l'alcool mais je ne l'utilise pas.* »
- M8 : « *Je n'utilise pas d'outils de dépistage. Je n'en connais pas beaucoup.* »
- M9 : « *Je n'utilise aucuns outils de dépistage.* »

7.2.8. Mauvaises techniques de communication

Les médecins généralistes interrogés ne s'estiment pas suffisamment formé sur la capacité à communiquer, notamment avec ce genre de patients. Ils déplorent ne pas avoir de stratégies de communication adéquates pour faire face aux consultations abordant la thématique des addictions.

- M6 : « *On n'a pas non plus d'habilité de communication avec les patients. On n'apprend pas à communiquer avec les patients. On considère que c'est quelque chose de naturel, de quelque chose qui tombe sous le sens, mais enfaite non, il y a des approches de communication, des stratégies de communication.* »
- M8 : « *J'ai découvert les obstacles de la communication avec le patient et je me suis rendu compte que je pratique tous ces obstacles et donc que c'est pour ça que ça ne marche pas. Au contraire, on pousse le patient à se retrancher dans ses convictions.* »
- M9 : « *On a une espèce de croyance chez les médecins généralistes qu'on n'a pas besoin d'apprendre à communiquer avec le patient.* »

7.2.9. Impression de manipulation par le patient

Les médecins généralistes font face à un sentiment d'échec lorsque le patient retombe dans ses travers, mais en parallèle, ils ont l'impression de s'être fait manipuler. Ils se sentent ainsi bernés et s'en veulent d'avoir cru le patient et d'avoir été naïfs.

- M1 : « *Ce sont des gens qui sont faux.* »

- M4 : « Je ne me sens pas compétent car je suis assez naïf sur ce sujet donc je me laisse facilement embobiner. »
- M5 : « Une fois qu'on se fait manipuler par le patient, après avoir passé beaucoup de temps à le suivre, je ne me sens plus de le faire. »
- M9 : « Je donne beaucoup de mon temps pour les soins de mes patients mais être manipulé, je trouve ça vraiment très désagréable. »
- M9 : « Ceux avec qui j'arrivais à me lier, je m'imaginai un lien de confiance, en tous cas, dans le sens où je pensais qu'on pouvait travailler sur quelque chose, mais finalement, on a toujours cette impression de finir en échec car ils arrivent toujours à se fournir chez quelqu'un ou finissent par mentir. »
- M10 : « On a l'impression aussi qu'on se fait manipuler souvent par ces patients. »

7.2.10. Oubli

Certains médecins rapportent tout simplement ne pas penser à poser la question ; notamment par manque d'habitude d'aborder la question.

- M7 : « Vu que je me concentre sur la problématique emmenée par le patient, j'oublie facilement de poser la question sur les consommations, si le sujet n'est pas abordé. »
- M8 : « Ce n'est pas encore devenu une habitude de poser la question sur les consommations. Ça viendra sûrement avec l'expérience. »
- M10 : « Je n'y pense simplement pas à chaque consultation. »

7.2.11. Statut de médecin remplaçant

Les médecins remplaçants interrogés ne se sentent pas assez légitime de poser la question. Ils rapportent ne pas non plus avoir le besoin de poser la question, vu qu'ils ne les suivront pas au long cours.

- M1 : « *Je ne suis que médecin remplaçant donc je n'aborde pas le sujet avec ces patients que je ne reverrais pas.* »
- M7 : « *Les patients n'aiment pas s'ouvrir aux remplaçants.* »
- M8 : « *Je travaille en tant que remplaçante, je ne reprends pas tout le dossier de chaque patient lors des consultations.* »

7.3. Obstacles liés aux substances psychoactives

Dans les consultations abordant la thématique des conduites addictives, l'abord des consommations dépend également du produit consommé.

7.3.1. Banalisation du tabac

Le tabac fait partie des mœurs de la société donc l'abord est beaucoup plus simple. Il n'est souvent pas considéré comme une drogue, que ce soit par les patients ou les médecins.

- M1 : « *Pour la cigarette, les gens viennent plus facilement aborder le sujet et demander de l'aide. La consommation est intégrée dans la société.* »
- M3 : « *Le plus couramment rencontré c'est le tabac, c'est tellement fréquent qu'on ne pense pas forcément que c'est une addiction.* »
- M6 : « *C'est relativement plus facile d'aborder la question du tabac en médecine générale, mais ça ne l'est pas encore pour les autres substances.* »
- M6 : « *Le tabac est un objectif de santé publique mais pas sans raison. On ne le dit pas assez souvent mais c'est souvent l'addiction qui dure le plus longtemps et c'est souvent celle qui fait le plus de dégâts en morbi-mortalité.* »

7.3.2. Méconnaissance du produit

Les médecins généralistes ont souvent peu l'habitude d'être confrontés à certaines de ces substances. De ce fait, ils se retrouvent assez vite perdus quand le patient nécessite des informations assez spécifiques.

- *M1 : « Du fait de la petite expérience et du quartier « bourgeois » où je travaille, je n'ai que très peu de patients consommateurs de drogues dures. »*
- *M1 : « Moi je ne suis pas très familière avec les drogues donc quand les patients m'en parlent, je ne suis pas assez informée sur la manière de les consommer ou sur les choses comme ça. »*
- *M7 : « Je ne maîtrise pas forcément les autres drogues (mise à part le tabac et l'alcool) donc j'avoue que je ne pose pas la question systématiquement. »*
- *M8 : « Les addictions que je rencontre le plus sont à l'héroïne mais j'avoue que je ne m'y connais pas beaucoup. »*

7.3.3. Habitude de prescription

Les médecins généralistes qui suivent les patients sur le long terme ont du mal à leur faire arrêter un produit qu'ils prennent depuis de nombreuses années, notamment des médicaments prescrits pour des insomnies ou de l'anxiété. Les patients, habitués à prendre le traitement sur le long cours, refusent également, l'arrêt ou l'essai d'un nouveau produit.

- *M1 : « Le médecin change rarement ses habitudes de prescriptions car il ne veut pas contrarier le patient ou celui-ci veut absolument son médicament habituel. »*
- *M2 : « Je laisse les somnifères, notamment chez la personne âgée, car elle a l'habitude de son comprimé et ne peut plus dormir sans, depuis de nombreuses années. »*
- *M6 : « Si vous saviez le nombre de consultation où j'ai essayé de modifier les prescriptions chez certains des personnes âgées que je suis. J'ai bien dit essayé. »*

7.3.4. Tabou de l'alcool

Contrairement au tabac, l'alcool est encore un sujet tabou dans notre société. Les patients n'osent pas en parler et préfèrent mentir ou cacher leurs consommations.

- *M3 : « Concernant l'alcool, la consommation est plus dure à faire avouer aux gens. »*
- *M5 : « Le sujet de l'alcool est encore tabou, elle ne rentre pas facilement dans la discussion. »*
- *M9 : « Quand je n'ai pas l'impression que le patient a une consommation d'alcool, je ne pose pas la question parce que les gens sont vite contrariés quand on les prend pour des alcooliques. »*

7.3.5. Peur du produit ou des produits de substitution

Certains médecins généralistes ne souhaitent pas faire des prescriptions pour les médicaments de substitutions et ne souhaite pas suivre les patients addicts dans le cadre d'un sevrage.

- *M2 : « Dès que j'ai un patient qui souhaite faire un sevrage autre que le tabac, je l'informe que je ne fais pas ça. »*
- *M4 : « Je ne fais pas les ordonnances de Subutex ou autre, j'ai été stricte dès le début avec ma patientèle. Je ne veux pas de ce genre de patientèle. »*

7.4. Piste d'amélioration dans le dépistage et dans la prise en charge des conduites addictives

L'analyse des différents entretiens réalisés a également permis d'avoir des réponses à nos objectifs secondaires. Ainsi, nous avons, premièrement, pu évaluer les facteurs facilitant l'approche des médecins généralistes lors de l'abord des conduites addictives en consultation. Secondairement, nous avons pu recenser les propositions d'améliorations rapportées par les médecins généralistes, afin de réduire les freins au dépistage et permettre une prise en charge adéquate des patients consommateurs des substances psychoactives.

Chacun des différents sous-thèmes sera également illustré par des citations issues des verbatims d'entretiens.

7.4.1. Facteurs facilitants

De nombreux facteurs facilitants ont été cités par les médecins généralistes interrogés. Ils estiment que ce sont des éléments qui les aident au quotidien, dans l'abord et dans la prise en charge des patients addicts.

7.4.1.1. Absence de jugement et déstigmatiser le sujet

Les médecins généralistes interrogés rapportent qu'il faudrait aborder le sujet sans aucun jugement de valeur. Ils estiment que le meilleur moyen d'aider le patient addict est de le traiter comme n'importe quel autre patient malade. Il ne faut plus que ce soit un sujet tabou.

- M1 : « *Il faudrait essayer de ne pas avoir de tabou. D'aborder ce sujet vraiment comme on n'aborde n'importe quel autre sujet.* »
- M4 : « *Il ne faut pas qu'on hésite à poser la question et il ne faut pas qu'on ait nos préjugés avant les consultations. Il faudrait rester le plus ouvert possible.* »

7.4.1.2. Travail en pluridisciplinarité

Le travail en pluridisciplinarité permet d'aider tout autant le patient, que le médecin. Chacun joue son rôle et permet au patient d'avoir un suivi complet et spécifique. Le médecin est également aidé par les avis complémentaires des différents intervenants.

- *M1 : « Je fais toujours appel à un spécialiste. J'ai besoin d'avoir une équipe pluridisciplinaire autour de moi. »*
- *M2 : « Je travaille souvent en coordination avec l'infirmière ASALEE, avec qui, on fait souvent des mois à thème. Souvent le fait qu'elle, elle les suive, qu'elle reprenne avec eux leurs histoires, de reparler de leurs habitudes, c'est une forme d'enveloppement autour d'eux, qui marche assez bien. »*
- *M3 : « S'ils sont motivés à un changement, je leur donne les coordonnées d'une infirmière ASALEE qui pourra les aider. »*
- *M3 : « Je connais mes limites. Dès que ça devient trop spécifique pour moi, j'adresse systématiquement vers un centre de suivi. »*
- *M4 : « Je ne me sens pas très à l'aise sur ce sujet, donc j'oriente facilement vers une infirmière ASALEE ou vers un spécialiste. »*
- *M4 : « Je fais très peu toute seule car être le seul référent peut souvent engendrer une espèce de connivence. Je vais facilement croire le patient. Alors que quand il y a une troisième intervenant, il y souvent les choses qui sont remis en perspectives et la troisième partie pourra nous dire son point de vue. »*
- *M5 : « Toute l'équipe pluridisciplinaire rencontre le patient et on a régulièrement des réunions mensuelles où on va discuter du patient. Cela permet d'avoir différents points de vue et permettre une prise en charge plus complète du patient. »*
- *M7 : « Donc je travaille plutôt en pluridisciplinarité. Il y a plein de moyens maintenant donc c'est dommage de ne pas les utiliser. »*

7.4.1.3. Travail sur la relation de confiance

Un des facteurs facilitants qui aide le plus les médecins généralistes est la relation de confiance qu'ils établissent avec le patient. Avoir un bon contact avec le patient permet à celui-ci de se confier et de partager ses problématiques. Les médecins généralistes interrogés parlent de cette relation comme le pilier de la consultation.

- *M2 : « Quand on les suit depuis longtemps, quand on a une vraie relation avec eux, ils ont aussi une relation de confiance avec nous, donc à ce moment ils sentent la bienveillance et la volonté qu'on a d'améliorer leur vie et non pas d'être dans le côté sanction. »*
- *M4 : « Un facteur facilitant c'est la confiance que peuvent avoir les gens auprès de vous. Si on les écoute, ils vont nous raconter un peu leur vie. Une fois qu'on n'a vraiment leur confiance, je les suis autant que je peux. »*
- *M4 : « Je dirais que c'est surtout la relation de confiance, qui est le pilier de ce genre de consultation. »*
- *M5 : « C'est aussi le lien de confiance établi avec le patient qui facilite l'abord du sujet. »*
- *M6 : « Il faut toujours construire l'engagement. C'est valable pour toutes les consultations mais surtout en addictologie. Il faut faire en sorte que la relation thérapeutique se mette en place avec le patient car sinon on ne peut pas avancer. »*
- *M8 : « La relation de confiance est très importante dans ce sujet. »*
- *M8 : « Un des facteurs facilitants c'est le contact avec la personne. Comment il ressent et comment il voit les choses. S'il est à l'aise là-dessus, qu'il a pris conscience qu'il y avait un problème et qu'il a confiance en nous, c'est plus simple d'en discuter avec lui. »*

- M9 : « *Un des facteurs facilitants, c'est vraiment la qualité de la relation qu'on a avec le patient. »*
- M9 : « *Si on a une relation médecin patient saine dès le début avec une transparence complète, des deux côtés, c'est quand même un grand atout. »*

7.4.1.4.Soutien du pouvoir public

Ce sont souvent les moyens utilisés par la sécurité sociale pour aider les patients addicts, par exemple utiliser les aides proposées par la sécurité sociale, l'État ou les campagnes de prévention. Il y a des événements annuels universels avec des mois dans l'année où il est proposé de ne pas consommer (Dry January pour le mois sans alcool ou encore le mois de novembre pour le mois sans tabac pour la cigarette).

- M2 : « *Utiliser ce genre d'évènements (mois sans tabac, mois sans alcool), c'est génial car c'est universel et donc ça permet de les aborder avec tout le monde. Le patient considère que vu que tout le monde en parle, c'est le moment d'en discuter. »*
- M9 : « *Il y a quand même beaucoup de choses qui sont déjà faites. Par exemple, des mois qui sont consacrés à ces problématiques. »*
- M9 : « *Il y a des examens qui sont régulièrement proposés aux assurés sociaux. »*

7.4.1.5.Souligner toute sorte de progrès

Féliciter le patient devant toute sorte de progrès motive le patient à persévérer dans son sevrage. Le patient sent ainsi que le médecin est intégré dans son sevrage et ça l'aide à le poursuivre.

- M5 : « *Lors de ma dernière consultation, le patient était très fier de me dire qu'il n'avait pas consommé cette dernière semaine. Ce qui est déjà très fort pour lui. Il ne faut donc pas hésiter à souligner toute victoire, même si elles sont minimes pour nous, elles peuvent être significative pour le patient. »*

7.4.1.6. Être empathique

Pour être d'une aide au patient, le médecin généraliste doit avoir une place d'écoute et faire preuve d'empathie. Il faut chercher à comprendre le cheminement du patient : de la première consommation jusqu'au moment où il est venu consulter.

- M8 : « *Il faut qu'on ait une place d'écoute pour comprendre déjà ce qui se passe et de cibler le problème, car en général, les addictions ce n'est qu'une partie des problèmes. »*
- M8 : « *Il faut qu'on arrive à cibler le problème de fond et qu'on sache les orienter correctement, en fonction de la profondeur de la problématique. »*

7.4.1.7. Prise en charge globale du patient

Il est important de prendre en compte le patient dans sa globalité et ne pas seulement le définir par ses addictions.

7.4.1.7.1. Acceptation de la maladie par le patient

L'acceptation du trouble de l'usage par le patient permet déjà de franchir une première étape dans les soins. Le patient montre ainsi sa volonté de s'en sortir et les médecins généralistes estiment avoir plus de motivation à fournir leur aide dans ces situations-là.

- M9 : « *Quand on sait qu'en face on a quelqu'un qui accepte la dépendance au produit comme étant une maladie et qui cherche sincèrement une porte de sortie, la prise en charge est beaucoup plus facile. »*
- M10 : « *Un patient qui a compris qu'il était malade, pour moi c'est déjà une victoire. Une fois que les choses sont posées, on peut commencer à avancer vers le sevrage. »*

7.4.1.7.2. Évolution du patient

En médecine générale, les médecins suivent les patients sur le long cours. Cela permet de voir les patients évoluer et grandir au cours des différentes consultations.

- *M4 : « J'aime bien suivre les patients sur le long cours, surtout les patients consommateurs. Tu les revois plusieurs années après, totalement clean, comme si cette période de leur vie n'avait jamais existé. »*
- *M9 : « Ce qui est bien en médecine générale, c'est qu'on voit les gens évoluer. Les gens qui étaient initialement fermés à la discussion vont parfois changer d'avis et décider d'en parler. A ce moment-là, il faut profiter de l'occasion. »*

7.4.1.7.3. Secret médical

Les médecins généralistes insistent sur l'importance de préciser l'existence du secret médical aux patients, pour les aider à s'ouvrir davantage. Il est important aussi, selon les médecins interrogés, de passer le relais si ce sont des patients que l'on connaît. En effet, les patients peuvent douter du secret médical dans ce contexte et donc ne s'ouvriront pas autant que nécessaire.

- *M5 : « Quand c'est la famille ou des gens qu'on connaît, c'est là notre limite. On sait qu'on ne sera pas objectif donc on passe la main. »*
- *M6 : « Ils s'ouvrent plus à nous une fois qu'on leur explique que rien ne sortira de la consultation. »*

7.4.1.7.4. Catégories socio-professionnelles

La compréhension des dangers de la consommation est meilleure au niveau des catégories socio-professionnelles élevées.

Le sevrage sera d'autant mieux abouti, si le patient comprend pourquoi il est nécessaire de faire un sevrage. Ainsi, l'adhérence au sevrage est également plus simple dans les catégories socio-professionnelles élevées.

- *M3 : « Un des facteurs facilitants, ce sont souvent les catégories socio-professionnelles élevées. C'est beaucoup plus facile chez eux de leur faire comprendre et qu'il adhère au sevrage. »*

7.4.2. Suggestions d'amélioration

Au cours des différents entretiens, les médecins généralistes interrogés ont pu partager différentes pistes d'amélioration, afin de permettre un dépistage précoce et une prise en charge adéquate.

7.4.2.1. Amélioration des techniques de communication

Il faudrait aborder le sujet systématiquement lors des consultations et non pas seulement en présence de tableaux cliniques évocateurs. Les médecins généralistes le font déjà systématiquement pour les nouveaux patients. Ainsi, ceci permettrait de faire un repérage précoce de la problématique.

- *M1 : « Sur les nouveaux patients j'essaye dans l'inventaire, de faire les antécédents et d'inclure la consommation de substances. »*
- *M3 : « Parfois, rien que le fait de poser la question, on a beaucoup de réponses. Ça ne va pas forcément sortir dès la première consultation mais parfois la graine est semée et elle peut germer plus tard. »*
- *M4 : « Il y a pleins de raisons d'en parler et énormément de situations où on peut amener le sujet. »*

- M5 : « L'expérience aide, à force de faire et de considérer la question des addictions « comme normal », cela aide pendant la consultation. »
- M6 : « Les études montrent que poser la question des addictions, notamment du tabac, avec des questions sur l'avenir des consommations, permet déjà d'avoir un impact sur la consommation des patients. »
- M6 : « Il n'y a pas forcément besoin de choses très compliquées pour faire baisser, de manière très significative, la consommation des patients. Il faudrait toujours déjà aborder le sujet. »
- M9 : « Il faudrait poser cette question à nos patients au même titre que les violences par exemple. Ça devrait faire partie de nos interrogatoires. Il faudrait réussir à le systématiser »

Le médecin généraliste doit oser poser la question devant chaque patient, notamment s'il y a une grosse suspicion d'addiction. Il ne faut pas qu'il soit dans le déni.

- M4 : « Il ne faut pas qu'on soit dans le déni face à un patient qui a clairement une addiction. Il faut qu'on lui pose au moins la question. »
- M9 : « Je fais le conseil minimal dès que j'ai un doute sur une consommation. »

Selon les médecins généralistes interrogés, il serait intéressant d'améliorer la façon d'aborder le sujet. Soit en assistant à des formations sur des stratégies de communications pour améliorer les techniques de communication ou encore en perfectionnant l'interrogatoire avec par exemple des questions plus ouvertes.

- M3 : « Je fais des formations de communications pour faire du réparation précoce et une intervention brève. On va travailler sur comment aborder la problématique avec le patient. »

- M6 : « Je fais des formations d'entretiens motivationnels. C'est important de les apprendre car c'est souvent ça qui font qu'on va se prendre les pieds dans le tapis et que ça ne va pas bien se passer quand on va aborder la consommation du patient. »
- M6 : « Il faudrait utiliser des approches de communication qui soient plus collaboratives et respectueuses vis-à-vis de l'autonomie du patient. »
- M7 : « Mais là où je suis le plus embêté c'est plutôt dans la formulation de la question. Je leur pose plutôt des questions fermées quand j'aborde le sujet. C'est donc souvent assez réducteur. Il y a donc un changement possible dans la façon d'aborder les consommations. »
- M10 : « Il faut les pousser le plus possible vers un discours plus élaboré »

Il faudrait changer l'approche des médecins envers les patients et apprendre de nouvelles stratégies d'abord. Il est important que chacun des médecins fournisse un effort pour une prise en charge correcte avec l'intégration du patient.

- M6 : « A notre époque, l'autorité du médecin envers le patient a beaucoup baissé. Donc les stratégies d'autorité marchent moins souvent. Il est donc temps d'apprendre de nouvelles stratégies de communication. C'est mieux pour les deux cotés, pour nous et pour la relation avec le patient. »
- M7 : « Avoir leur confiance et les intégrer dans leur prise en charge permet une meilleure adhérence à ce qu'on leur propose. »
- M9 : « Au-delà des connaissances d'addictologie, il faudrait former le médecin généraliste à des stratégies de communication, car l'abord et la prise en charge des addictions est vraiment cruciale. »
- M9 : « L'amélioration passe par chacun de nous, à travers nos pratiques. »

7.4.2.2. Amélioration du suivi

Lorsqu'une addiction est signalée en fin de consultation ou lors d'une consultation pour un autre motif, il serait intéressant de refixer un temps de discussion lors d'un autre rendez-vous afin de rentrer plus dans les détails de la consommation du patient.

- *M1 : « Il faudrait qu'on refixe un temps où on sait qu'on ne parlerait que de cette problématique. »*
- *M6 : « Quand ils viennent pour une addiction, il faudrait prévoir une autre consultation où il faudrait faire un tour d'horizon de toutes les consommations possibles. »*
- *M9 : « Je propose un nouvel rendez-vous car il va y avoir toute l'histoire de l'addiction à refaire et ça prend du temps. »*

Il faudrait, le plus possible, essayer de suivre le patient sur le long cours. Cela permettrait de favoriser l'installation d'une relation de confiance et ainsi un meilleur suivi. Le nomadisme médical serait ainsi évité dans ce contexte.

- *M5 : « Plus on suit le patient longtemps, plus il sait qu'il peut tout nous raconter. Ainsi, il partagera plus facilement les obstacles qu'ils rencontrent. »*
- *M8 : « C'est moins gênant et plus facile d'en parler quand on connaît le patient. »*
- *M9 : « Une relation de confiance qui préexiste avec le patient aide significativement au cours de la prise en charge du sevrage. »*

7.4.2.3. Utilisation du rôle principal du médecin généraliste

Le médecin généraliste joue un rôle central dans ce domaine, comme l'ont souligné chacun des médecins généralistes interrogés. Il est le premier maillon de la chaîne mais également le dernier.

C'est le pilier dans le dépistage et dans la prise en charge des conduites addictives et ce rôle fait partie intégrante du devoir du médecin généraliste. Chacun devrait utiliser ce rôle de manière proactive.

- M1 : « *Le médecin généraliste est central dans cette problématique car c'est lui qui va orienter vers les structures adaptées et envoyer vers les autres intermédiaires. C'est le premier maillon du filet.* »
- M1 : « *Il faudrait qu'on soit proactifs, surtout avec les nouvelles générations où les risques addictifs sont présents très régulièrement et très tôt.* »
- M2 : « *On a une place centrale dans la prise en charge des addictions, notamment chez les jeunes, qui ne consultent que les médecins généralistes et ne voient que rarement les spécialistes.* »
- M3 : « *La place du médecin généraliste est importante surtout au niveau de la prévention et du dépistage, afin de reconnaître quand il y a une addiction.* »
- M4 : « *Dans l'échelle de la prise en charge, notre place est primordiale. Il faudrait qu'on l'utilise beaucoup plus.* »
- M5 : « *La place du médecin généraliste est fondamentale. Soit on peut dépister et passer le relais, soit on peut dépister et s'en occuper. Je pense qu'on a notre pleine place à occuper dans ce sujet.* »
- M6 : « *La place du médecin généraliste devrait être centrale parce que dans une patientèle lambda, le pourcentage de patients en difficulté avec une SPA est très élevé. Ce n'est pas négligeable donc il faudrait au moins l'aborder en consultation.* »
- M7 : « *On est en première ligne dans ce combat parce qu'on est ceux qui voyons le patient le plus souvent dans son parcours de soin.* »
- M10 : « *La place du médecin généraliste est plus que prioritaire. Il peut vraiment faire une différence dans la prise en charge du patient.* »

7.4.2.4. Amélioration de la formation

Une formation de qualité permettrait aux médecins généralistes d'assurer une meilleure aisance en consultation abordant les conduites addictives.

- *M1 : « Il faudrait peut-être que je m'informe un peu plus, peut-être faire une formation plus complète, de façon plus volontaire. »*
- *M3 : « Il faudrait un peu plus de formation, y compris pendant les études. On n'en a pas beaucoup mise à part pour l'alcool et le tabac. On est donc facilement un peu perdu. »*
- *M5 : « Le meilleur moyen de faciliter l'abord serait d'améliorer la formation des internes, c'est à dire la formation des futurs médecins. Mais aussi la formation de tous les professionnels et pas que les généralistes, pour qu'ils puissent juste entendre la consommation de drogues. »*

7.4.2.5. Améliorer son intérêt pour le sujet

Chaque médecin généraliste devrait essayer de nourrir l'intérêt porté à ce domaine, afin de faciliter l'abord des conduites addictives en consultation.

- *M1 : « Le fait d'avoir un intérêt plus grand aiderait probablement à s'investir davantage. »*

7.4.2.6. Travail en pluridisciplinarité

Le travail en interdisciplinarité permet une prise en charge complète et une meilleure intégration du patient dans celle-ci. Elle permet également la proposition de solution plus spécifique aux différentes problématiques, si nécessaire.

- *M4 : « Travailler à plusieurs permettrait même au patient de l'intégrer dans une prise en charge. »*

- M5 : « *Il se peut qu'en face à des situations complexes, ce qu'on propose en médecine générale ne suffise pas, il faut donc faire, le plus rapidement possible, des relais auprès de centre de suivi adéquat. »*
- M7 : « *Les addictions sont souvent multifactorielles. C'est possible de faire un sevrage mais s'il n'y a pas de suivi par derrière, c'est quand même difficile pour le patient de gérer. »*
- M10 : « *Il doit travailler avec les centres d'addictologie, pour un suivi plus régulier et un peu plus strict que les autres spécialistes. »*

Dans ce domaine, il est important de savoir se retirer au bon moment et de passer le relais aux spécialistes.

- M9 : « *C'est une force de se dire que ce n'est pas un domaine que j'investis beaucoup. Si je sens que c'est une histoire compliquée, j'adresse facilement à un spécialiste. »*
- M10 : « *J'explique que moi je ne suis pas compétent pour ça, mais que je vais les adresser vers un confrère spécialiste. »*

Pour permettre un meilleur relais auprès des spécialistes, il faudrait qu'il existe un réseau plus clair ou un accès direct à ces réseaux d'aide. Il faudrait que chacun sache le rôle de l'autre dans la prise en charge du patient.

- M4 : « *Pour la prise en charge, ça serait beaucoup plus facile s'il y avait un réseau plus clair. Ça serait vraiment plus intéressant de savoir qui fait quoi. Ça améliorerait facilement la prise en charge. »*
- M4 : « *On ne posera pas la question au patient, si on ne sait pas quoi faire par la suite ou à qui envoyer. »*

- M8 : « Je pense que ce serait plus simple s'il existait des réseaux ou des personnes à qui où pourrait s'adresser directement. D'avoir un contact ou une ligne directe pour pouvoir adresser le patient rapidement. »

7.4.2.7.Travail de prévention

L'objectif d'un travail de prévention correcte et dès le plus jeune âge serait de faire un repérage précoce et d'éviter d'arriver à des situations critiques par la suite.

- M1 : « Il faudrait l'aborder le plus tôt possible. C'est un fléau qui commence dès le plus jeune âge, notamment chez des patients ayant un entourage consommateur. »
- M2 : « Il faut leur en parler tôt. En général, on les secoue une première fois en leur disant d'un peu réfléchir et ensuite ils reviennent plus facilement pour travailler ensemble. »
- M2 : « Il faut qu'on arrive à mettre cette prévention déjà dans notre tête, comme pour la vaccination ou la prévention cardio-vasculaire. »
- M3 : « Il faudrait faire plus de campagnes de prévention, notamment dès le lycée, car c'est l'âge un peu clé pour le début des consommations et le début des addictions. »
- M7 : « Il y a quand même, ces dernières années, beaucoup plus de campagnes de prévention. Je ne sais pas si elles sont efficaces mais on en parle quand même beaucoup plus, ce qui permet l'ouverture du discours avec le patient. »
- M8 : « Les gens ne connaissent pas forcément les seuils de normalité de la consommation d'alcool. On pourrait peut-être plus insister de ce côté-là. »

7.4.2.8.Utiliser la salle d'attente comme lieu d'information

Il faudrait utiliser chacun des moyens à disposition pour faire de la prévention ou faire passer des informations, par exemple la salle d'attente.

- M3 : « Pourquoi pas mettre des affiches de prévention en salle d'attente pour les inciter à en parler durant la consultation. Et des brochures d'informations. »

7.4.2.9. Surveillance et questionnement des ordonnances

Le médecin généraliste devrait faire attention à tous les médicaments qu'il initie ou encore refaire un point sur chacune des ordonnances du patient, le plus régulièrement possible.

- M1 : « Il faut aussi qu'on fasse attention à tous les traitements qu'on initie. Par exemple, pour les traitements anxiolytiques ou hypnotiques, il faudrait les éviter au maximum pour éviter qu'ils tombent sur les addictions médicamenteuses. »

7.4.2.10. Travail sur la motivation du patient

Un des facteurs facilitants est représenté par la motivation du patient. Il faudrait que le médecin généraliste travaille en collaboration avec le patient sur cette motivation qu'il doit faire fructifier.

- M3 : « Le facteur facilitant c'est quand les gens sont déjà motivés de base, qu'ils se sont rendu compte qu'il fallait arrêter et qu'ils sont prêts à en parler et à chercher des pistes pour s'améliorer. »
- M10 : « Un des facteurs facilitants c'est la volonté du patient à changer. C'est le principal facteur si on veut avancer dans la prise en charge du patient. S'il est motivé, on sera nous aussi plus motivé à la prise en charge. »

7.4.2.11. Changement de vision de la société

Un des médecins généralistes interrogés voit un changement de manière large, avec une complète redéfinition de la société.

- M5 : « L'amélioration numéro 1 serait le changement de paradigme de la société : il faut qu'on travaille avec ces patients comme ce qu'on fait avec les autres. Il faut que la société les accepte »

7.4.2.12. Échanger avec le patient pour améliorer leur prise en charge

Le meilleur moyen d'améliorer la prise en charge du patient est de l'intégrer dans celle-ci et de pouvoir discuter avec lui, des différentes manières d'optimiser ses soins.

- M5 : « La discussion s'est favorablement et rapidement ouverte avec les usagers, sur leur pratique, permettant de mettre en place des choses pour améliorer les risques dus à la consommation. »
- M8 : « Les échanges réguliers avec le consommateur permet même une amélioration de la qualité des relations. C'est ainsi bénéfique des deux côtés. »

L'intégration des patients dans leur prise en charge implique ainsi qu'il faut accepter le patient avec son addiction et travailler avec lui, pour réduire les risques liés à la consommation, au maximum.

- M5 : « Faire de la prévention et de la réduction de risques avec la délivrance de matériels de shoot en consultation. Ce qui est très novateur en médecine générale. »
- M5 : « Il faut qu'on fasse de la réduction de risque, sans que ce soit considéré comme un encouragement à la consommation. »

7.4.2.13. Proposer des alternatives non médicamenteuses

Actuellement, il existe de nombreuses alternatives non médicamenteuses dans différents domaines. Il serait intéressant d'en proposer aux patients, qui ne sont pas correctement aidés par les traitements médicamenteux.

- M7 : « Je sais que dans le tabac, il y a aussi d'autres alternatives pour aider au sevrage, notamment non médicamenteuses, comme l'hypnose donc on peut aussi le proposer au patient. »

7.4.2.14. Amélioration de l'accessibilité et de la rapidité des soins

Pour permettre de soutenir la motivation du patient dans son sevrage, il faudrait une meilleure accessibilité des soins. Celle-ci permettrait également aux médecins, de faciliter l'orientation du patient.

- M4 : « Il faudrait qu'on puisse réduire le délai de prise en charge, de pouvoir voir un médecin rapidement, afin de permettre le maintien de la motivation chez le patient. »
- M8 : « Il faudrait une meilleure accessibilité des soins, pour le patient mais également pour le praticien, qu'il sache vers qui s'adresser. »

7.4.2.15. Outils de dépistage

Il faudrait créer des questionnaires que les médecins puissent utiliser comme trame lors des consultations d'addictologie ou bien avoir des outils biologiques d'aide à la prise en charge. Le médecin généraliste devrait connaître les outils de dépistage à sa disposition, qui lui faciliterait l'abord de la problématique.

- M8 : « Il faudrait qu'il y ait également des questionnaires pour faciliter l'entrevue, qu'on puisse avoir un exemple à suivre. »

8 DISCUSSION

8.1. Objectif principal

L'objectif principal de notre travail était d'identifier les obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge d'une addiction aux substances psychoactives.

8.1.1. Obstacles liés aux patients

Nous nous sommes intéressés tout d'abord aux freins liés aux patients. Les médecins généralistes interrogés mettaient en avant plusieurs obstacles prédominants.

Premièrement, l'attitude et le comportement du patient jouent un rôle primordial dans la perception du malade par le médecin. Une attitude désinvolte associée à un comportement hostile et des menaces ou un chantage affectif ne met pas le médecin généraliste dans une position adéquate pour aborder le sujet des conduites addictives. En effet, différents articles scientifiques mettent en évidence qu'une mauvaise gestion de l'agressivité du patient a plus tendance à entraîner des conséquences négatives envers l'équipe soignante, tant physiques et psychologiques, tels que le stress, la culpabilité, la peur ou la colère (39). Les médecins généralistes font également souvent face à un patient réfractaire ou dans le déni, sans prise de conscience des dangers de son comportement. En effet, cette réputation peu flatteuse de ces patients est mise en évidence sur le site du CAIRN, dans un article traitant le déni en addictologie (40). Dans ce contexte-là, il est souvent difficile de leur faire comprendre l'intérêt, pour leur état de santé, d'arrêter les consommations. La plupart des patients minimise ou banalise leurs consommations. L'insouciance des patients est, dans la majorité des cas, retrouvée en consultation.

Ce qui nous emmène à notre deuxième obstacle prépondérant, le manque d'implication et de rigueur du patient addict, dans sa prise en charge. Les médecins généralistes rapportent que le patient consommateur montre rarement son envie pour le changement, soit par manque d'intérêt pour le sevrage avec l'absence de motivation pour changer son quotidien, soit par la présence d'une motivation plutôt extrinsèque et non pas émanant du patient. En effet, les psychiatres Dr Laqueille et Dr Richa mettent en avant dans leurs études, que les patients conscients de leur trouble sont néanmoins peu demandeurs d'aide, malgré la sévérité du pronostic (41). Le manque de motivation et d'implication dans le sevrage est un des critères principaux de l'échec du sevrage. D'un côté, par le patient qui n'est pas impliqué dans son sevrage, et de l'autre côté, par le médecin qui ne fournit pas les efforts nécessaires s'il a en face de lui, un patient non-enthousiaste. Les médecins généralistes rapportent que les situations où les patients qui viennent consulter à cause de la pression de l'entourage ou qui sont envoyés par un tiers sont souvent infructueuses, en raison de l'absence d'une réelle motivation de la part du patient. En effet, d'après l'étude du Dr Milliard, les sevrages débutés par des motivations extrinsèques sont à l'origine de plus d'abandon et présentent les moins bons résultats sur le long terme. Les patients orientés par un tiers et l'amotivation qu'ils présentent sont reliés à davantage de conséquences négatives (42).

Le troisième obstacle prédominant retrouvé chez les médecins généralistes interrogés, est le non-abord du sujet par le patient par manque de connaissance sur l'avancée critique de son état de santé ou par peur d'une stigmatisation de la part du médecin. Le patient n'a souvent pas notion du danger appartenant aux produits qu'ils consomment, la plupart du temps par un manque de savoir sur le sujet. Ils n'ont pas forcément eu assez d'informations ou de prévention dans le domaine. Ainsi, dans la plupart des cas, ils attendent souvent l'arrivée d'un évènement intercurrent grave, que ce soit dans leur vie sociale ou concernant leur santé, avant d'en discuter

avec leur médecin. Dans la littérature scientifique, le terme « d'insight » est souvent utilisé pour les patients avec des troubles psychiatriques. Celui-ci est employé pour parler de la perception et de la conscience de son propre trouble. Les études du Pr Yen et de ses collègues ont permis de montrer que le manque d'insight est très fréquent chez les patients dépendants. En effet, les résultats de ces études ont montré que 72,6% des participants (patients consommateurs) ont un faible insight contre 27,4% des patients lambdas qui ont un insight dans les normes (43). Le sujet de la dépendance est encore très controversé dans notre société. Les préjugés et la discrimination envers les patients conduisent souvent à des sentiments de désespoir et de honte chez ces personnes, qui luttent pour composer avec leur situation et ainsi créant un sérieux obstacle au diagnostic et au traitement. La peur d'une stigmatisation affecte sérieusement le bien être des personnes qui y sont exposées et celle-ci change profondément la perception qu'elles ont d'elles-mêmes (44). Selon le centre de lutte contre les addictions, 40% des personnes souffrant d'une dépendance ne consulterait pas de médecin du fait de la peur d'une stigmatisation (45).

Le dernier obstacle prédominant est la catégorie socio-professionnelle des patients. En effet, les médecins interrogés avouent encore se fier à l'apparence du patient et ne pas aborder forcément les mêmes sujets ou de la même manière, selon les profils des patients. Or, différentes études prouvent que les addictions aux substances psychoactives peuvent toucher toutes les catégories sociales. Nous nous sommes appuyés sur l'évaluation de l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT), qui met en évidence le caractère multi-social des addictions. Il existerait bien des facteurs de vulnérabilité qui entraîneraient une addiction, notamment le milieu social et les antécédents d'addiction dans la famille, mais des patients n'ayant aucun facteur de vulnérabilité et ayant des vies stables dans les classes supérieures,

développeraient également des addictions. Dans ce contexte, on retrouve surtout un climat de pression et d'exigences sociales (46).

8.1.2. Obstacles liés aux médecins

Les consultations en médecine générale sont évidemment médecin-dépendant car chaque praticien a sa propre façon de faire. Tous les médecins généralistes ne vont pas forcément aborder le sujet des addictions, pour distinctes raisons. Les médecins généralistes interrogés rapportent la présence de nombreux freins, lors des consultations.

Le premier frein rapporté par la plupart des médecins interrogés est le manque de temps en consultation. En effet, les consultations de médecine générale ne peuvent pas durer plus de vingt minutes si le médecin souhaite rester à jour dans son planning et ne pas accumuler de retard. Les consultations liées à une thématique d'addiction sont considérées comme étant très chronophage et le médecin a souvent l'impression d'être pressé par le temps et ne pas réaliser une consultation d'addictologie correctement. Notamment quand ce sont des nouveaux patients car il faut que le patient soit suffisamment en confiance pour se livrer. Ce manque de temps est à prendre en compte dans un secteur en constant sous-effectif médical et n'est absolument pas spécifique de la problématique addictologique mais semble plus marqué dans ce domaine, comme le rapporte le site de santé publique France (47).

L'attitude du médecin envers ses patients joue également un rôle déterminant dans la prise en charge de patients addicts. Les médecins généralistes sont actuellement dépassés par ce genre de consultation. Ils sont désemparés devant l'augmentation des patients dépendants et estiment sortir de leur rôle lorsqu'ils prennent en charge ce genre de patient. Ils décrivent la plupart du temps un sentiment d'être mise en échec avec des souvenirs de mauvaises expériences.

Les médecins décrivent une impression de perte de temps en raison de la rechute du patient après le début d'un sevrage. Ce sentiment d'incompétence est normal selon le Dr Broers dans la revue médicale (48). En effet, les différentes émotions décrites par les médecins dans ces situations incluent notamment un sentiment de frustration, de colère voire une crainte de manipulation du patient. En effet, ils pensent s'être fait berner par le patient et s'en veulent par la suite d'avoir cru le patient et d'avoir été naïfs (48). Certains psychiatres ont analysé ces situations de rechute et considèrent qu'il ne faut pas prendre pour échec ces situations mais au contraire, qu'elles font partie intégrante du processus de récupération et que dans ces cas-là, il faut soutenir la personne pour qu'elle traverse ce processus et qu'elle apprenne davantage sur ses forces et ses faiblesses (49). Les médecins rapportent, du fait de mauvaises expériences, craindre ce genre de profil de patients. En effet, plusieurs d'entre eux décrivent des situations tendues en cabinet avec des menaces et de l'agressivité particulièrement lors de consultation pour le renouvellement des traitements de substitution. Ainsi, il existe des médecins généralistes qui refusent ce genre de consultation, alors que cela est considéré comme un refus de soins par la HAS (50).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, ce domaine est encore très stigmatisé. Et les médecins n'échappent pas à la règle. En effet, ces derniers ne considèrent pas forcément ce genre de patients comme des malades à proprement parler. Les médecins émettent souvent des jugements de valeurs et pensent que ces patients se mettent volontairement en difficulté. Des internes en médecine générale de Brest ont fait une étude montrant que des étiquettes collées aux patientx entraînent souvent des stéréotypes négatifs comme la croyance que la maladie est attribuable au patient ou peut mener à de la discrimination (51). Ainsi, ceci favoriserait des comportements hostiles envers le patient et une exclusion de celui-ci. Selon la National Institutes of Health, les médecins en pratique active devraient être fortement sensibilisés à

l'importance de minimiser la stigmatisation, tant du point de vue de leurs enseignements aux étudiants que dans leur pratique au quotidien (52).

Les médecins généralistes interrogés rapportent pour la plupart un manque d'intérêt dans ce domaine et donc un manque d'investissement. Ils ne dépistent que peu, voire pas du tout, les patients qui viennent en consultation. Ce manque d'intérêt semble être la conséquence de plusieurs raisons réunies. Tout d'abord, les médecins généralistes estiment ne pas avoir eu de formation adéquate lors de leur parcours. En effet, mise à part quelques heures de cours durant leur cursus, l'addictologie n'est pas abordée régulièrement et les stages dans des services dédiés sont très rares. Ce manque de formation est repris dans l'article du Dr Djengue, qui s'est renseigné auprès d'internes de médecine générale. Le manque de confiance ressenti par les internes avec un sentiment d'inaptitude à gérer ce genre de situation est au premier plan (53). De ce manque de formation découle un manque d'inquiétude de la part des médecins généralistes, associé à une prévention insuffisante, notamment en de l'absence d'outils de dépistage à la portée des médecins. Ce manque de prévention ne se contente pas d'empêcher les malades d'accéder à l'information mais elle entraîne également des conséquences graves sur la santé physique ou psychique, sur la vie au quotidien et sur la société tout entière. Ainsi, la HAS valorise la nécessité d'un élargissement des compétences du médecin en matière de prévention (54). Les médecins généralistes rapportent qu'une autre des raisons de ce désintérêt dans ce domaine est le manque de croyance sur la réussite des patients. En effet, ils font souvent preuve d'un défaitisme et émettent des doutes sur la crédibilité des patients. De ce fait découle également un manque d'investissement. Selon le sociologue Robert K. Merton, cette attitude est un mécanisme d'évasion du médecin. En effet, selon lui, le défaitisme et la résignation permettent aux praticiens d'échapper aux exigences de la société et de se détacher des situations d'échec (55).

Un des principaux freins rapportés par les médecins généralistes interrogés est le manque de stratégie de communication appropriée pour faire face aux consultations traitant les addictions. En effet, les généralistes considèrent ce sujet comme étant intrusif dans la vie intime du patient et de ce fait rapportent une gêne et une malaisance lors de l'abord au cours des consultations. Les médecins interrogés regrettent un déficit d'apprentissage sur la capacité à communiquer, notamment avec ces patients. L'un d'entre eux illustre ses propos avec l'exemple de l'internat de médecine en Suisse, où les internes ont, pendant leur cursus, des cours basés sur l'apprentissage de différentes techniques de dialogues patients-médecin et doivent valider un examen mettant en évidence les compétences de communication et d'échanges avec les patients. Comme le souligne également le site du Cairn, la communication est un aspect fondamental des soins et plus particulièrement en addictologie. Celle-ci permet aux médecins de tisser un lien avec le patient, qui une fois en confiance, va se livrer et ainsi le processus de soins peut débiter le plus rapidement possible (56).

Le dernier frein majeur distingué est le statut du médecin remplaçant. En effet, ces médecins remplaçants n'approfondissent pas ce domaine avec les patients car ils ne se sentent pas légitime à le faire. Ils estiment que la relation de confiance n'est pas encore installée pour pouvoir aborder le sujet. D'autres estiment ne pas traiter le sujet, si ce n'est pas flagrant, en raison d'un suivi qui ne se fera pas sur le long terme. En effet, prendre en charge un patient addict relève d'un suivi chronique et les médecins remplaçants rapportent une frustration de dépister ces patients et d'ensuite de passer la main au médecin traitant. Comme le soulignent plusieurs thèses de médecine, ce statut de médecin remplaçant peut en effet porter préjudice dans la relation de confiance que le patient aimerait avoir, avant d'aborder le sujet. Il peut aussi être bénéfique, notamment quand le remplaçant applique un regard externe sur les dossiers des patients et permet ainsi d'aborder le sujet si celui-ci n'a jamais été abordé.

Le patient peut souvent, dans ce domaine, être plus à l'aise face à un inconnu que s'il était face à son médecin traitant habituel (57,58).

8.1.3. Obstacles liés aux substances psychoactives

Il existe dans le dépistage et la prise en charge des conduites addictives, des obstacles liés au produit consommé ainsi que des inégalités de dépistage selon les substances. En effet, les médecins ne dépistent pas toutes les conduites addictives de la même manière.

Premièrement, une banalisation de la consommation du tabac est actuellement observée dans notre société. Elle fait partie intégrante des mœurs sociales. A tort, elle n'est, pour la plupart des cas, pas considérée comme une drogue, que ce soit du côté médical ou patient. En effet, les patients n'envisagent pas le tabac comme une addiction et estiment pouvoir arrêter la consommation quand ils le veulent. Les médecins ont aussi tendance à sous-estimer la consommation de tabac, notamment chez les patients de longue date. En effet, ils vont le noter dans le dossier et ne plus en reparler régulièrement. Ils ne vont pas forcément proposer d'autres alternatives à la cigarette ou proposer un suivi auprès de spécialistes. L'académie nationale de médecine met en garde contre cette banalisation, qui augmente considérablement les difficultés à l'arrêt du tabac, du fait de la présence d'une permanente tentation. Elle souligne également l'affligeante première position de la France, au sein de l'Union européenne, concernant le taux de fumeurs chez les plus jeunes (59).

Les médecins généralistes font, le plus ordinairement, des suivis de patients sur le long terme. Ainsi, lors de renouvellements d'ordonnances, ils ne remettent pas forcément en question les médicaments prescrit depuis de nombreuses années. Ils suivent énormément de personnes âgées et ce sont elles qui présentent le plus de risques pour des addictions médicamenteuses,

notamment lorsqu'il y a des antalgiques ou des anxiolytiques sur l'ordonnance. Dans ce contexte, deux experts ont développé l'outil STOPP & START pour évaluer les traitements médicamenteux prescrits chez les patients de plus de 65ans et éviter les interactions médicamenteuses. L'objectif est d'arrêter les prescriptions potentiellement inappropriées et inutiles (versant STOPP) et d'introduire des traitements qui sont absents mais utiles (versant START) (60). Il a été démontré que cet outil, simple et rapide, permet de faire une démarche systématique avec des dialogues intégrant le patient et une réflexion sur la pertinence des médicaments chroniques (61).

Contrairement au tabac qui fait partie des mœurs de la société, le trouble lié à l'usage d'alcool est encore un sujet très tabou. Les patients sont rarement à l'aise lorsque les médecins abordent ce sujet. Ils préfèrent soit ne pas l'évoquer, soit mentir sur leurs consommations. Comme le confirme la HAS, le dialogue sur la consommation d'alcool et ses risques restent encore très difficile mais constitue une véritable question de santé publique sur laquelle le personnel médical peut agir avec des actions diversifiées (62). L'objectif serait de permettre à chaque personne de bénéficier d'une information juste et claire sur le sujet, de favoriser un repérage précoce de la consommation d'alcool et de les accompagner le mieux possible pour diminuer les risques (63).

Les médecins généralistes interrogés font souvent face à une multitude de produits psychoactives différents les uns des autres. Ils ne sont pas, pour la plupart des cas, formés à la prise en charge de patients consommateur de ces produits et sont souvent peu confrontés à ce type de produit donc sont vite limités quand il s'agit de communiquer des informations spécifiques. Or, le centre de lutte contre les drogues et les conduites addictives met bien en avant le facteur protecteur de la connaissance des produits et de leurs risques. En effet, devant

la diffusion d'informations erronées ou de messages inappropriés par les médias ou les adultes, il est primordial que le personnel médical, en contact avec les plus jeunes, soit à jour dans les informations. La promotion des connaissances scientifiques sur les effets des substances psychoactives devrait être un enjeu prioritaire dans la stratégie de lutte contre les conduites addictives (64).

8.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude étaient, tout d'abord, d'évaluer les facteurs facilitant l'approche des médecins généralistes en pratique lors de l'abord des conduites addictives, puis de recenser les propositions d'amélioration rapportées par les médecins pour réduire les freins au dépistage et proposer une prise en charge adéquate, afin de limiter les conduites addictives.

8.2.1. Facteurs facilitants

Les facteurs facilitants sont des situations ou des outils que le médecin généraliste peut utiliser pour faciliter l'approche auprès des patients et aborder le sujet des addictions.

Un des facteurs facilitants primordial est l'absence de jugements de la part du médecin généraliste qui conduit à une relation de confiance. Puisque le praticien ne considère pas le sujet des addictions comme tabou et estime le patient addict comme n'importe quel malade, il s'installe plus facilement une relation de confiance patient-médecin lors de la consultation, au cours de laquelle, le patient se livre plus facilement. En effet, ce dernier ressent l'empathie du médecin et comprend le rôle aidant du médecin. Cette relation de confiance est le pilier de toutes les consultations en médecine générale mais joue vraiment un rôle prépondérant en

addictologie. En effet, comme le souligne le Dr Santin dans une étude sur l'éthique dans la médecine, l'étymologie du mot confiance signifie « avoir foi en quelque chose/quelqu'un ». Il s'agit de se fier à l'autre, à l'inconnu et de se confier pleinement. Les moyens de cette confiance seront propres à chaque relation (65). Donner sa confiance au soignant permet l'acceptation de sa démarche clinique et la réalisation d'un travail de soin. Accorder sa confiance au malade c'est comprendre sa demande de soins et la respecter. Si le médecin demande la confiance du malade sans lui donner la sienne, ceci serait pernicieux et délétère dans cette relation, qui est fragile dès le départ. Seule la réciprocité permet de s'engager mutuellement, de s'en remettre à l'autre et de collaborer (65). La confiance est nécessaire mais pas suffisante à elle seule, à l'établissement de la relation. Il faut plusieurs autres cartes réunies pour faire perdurer cette relation, notamment le respect, l'écoute, l'honnêteté et la bienveillance. Il est primordial, pour le médecin, d'être dans l'attention constante, de souligner et féliciter tous les progrès fait par le patient, même s'ils sont minimes. Cela permet la réjouissance du patient et ainsi la persévérance dans le sevrage (66). L'acceptation, par le patient, de son trouble lié à l'usage d'une substance, comme étant une maladie est déjà une grande étape dans son processus de soins. Cela peut être considérée comme un appel à l'aide et témoigne d'une motivation pour un changement.

L'addictologie est un des domaines qui fait entrer en jeu plusieurs intervenants. Il est ainsi primordial, tant pour le médecin que pour le patient, de travailler en pluridisciplinarité. Cela permet l'intégration du patient dans une équipe avec des intervenants aux rôles bien définis et de l'aider sur des points distincts. Le médecin va plus facilement aborder le sujet quand il travaille proche d'un centre de soin addictologique ou s'il est en contact avec des addictologues ou des infirmières spécialisées. En effet, il sait qu'il pourra orienter ses patients plus facilement s'il fait partie d'un réseau de soignants. Les équipes de différents Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) mettent en avant cette

pluridisciplinarité qui est au cœur du dispositif de soins. Cette prise en charge cordonnée, individualisée, sociale, éducative, médicale et psychologique des patients permet de réunir les conditions nécessaires pour faciliter la rupture avec le comportement de dépendance mais aussi pour faire la prévention de la récurrence (67). Chaque professionnel exerce en fonction de sa formation et de ses compétences, une place précise au sein du dispositif multidisciplinaire. Cela est fondé sur l'idée qu'aucun professionnel ne peut assurer seul, une prise en charge aussi complexe que celle des personnes addictives. Il est ainsi primordial de travailler en articulation avec différents intervenants pour confronter les points de vue, afin d'arriver à une prise en charge rigoureuse (68).

Il est essentiel de prendre en compte le patient dans sa globalité et ne pas seulement le définir par ses addictions. Ce qui est intéressant en médecine générale, ce sont les suivis des patients sur le long cours. Ainsi, l'évolution des patients addictives au fur et à mesure des consultations sur de nombreuses années, peut être observée. La fierté du médecin généraliste devant un patient sevré depuis de nombreuses années permet de lui donner la motivation pour entreprendre des sevrages chez d'autres patients et avoir un œil plus attentif sur ce sujet.

Il est important, lors de ces consultations, d'insister sur un point : le secret médical. En effet, la réaffirmation du secret médical lors des entretiens semble être un facteur déterminant auprès des patients, afin qu'ils soient réassurés sur la complète confidentialité des échanges. Dans sa thèse de médecine, Dr Aujay évoque les non-dits sur le plan psychologique, dont la révélation représente une mise à nu, avec les mêmes implications qu'un déshabillage, au sens propre du terme, lors d'une consultation. Elle souligne ainsi le respect du secret face à l'entrée dans l'intimité du patient (69).

Nous avons vu précédemment que les addictions touchent les patients dans n'importe quelle classe sociale. Toutefois, un des facteurs facilitants la prise en charge des addictions, ce sont les patients faisant partie des classes sociales supérieures et ayant un niveau scolaire correcte. En effet, ceux-là ont un niveau de compréhension des dangers de la consommation plus élevé avec une adhérence au sevrage plus facile, au vu d'une clairvoyance de la situation. Comme le rapporte le site de Santé Publique France, la précarité sociale affecte toute prise en charge. Il est ainsi important d'évaluer son impact, notamment en addictologie, pour proposer un accompagnement correspondant au besoin du patient (70).

8.2.2. Amélioration

Différentes pistes d'amélioration ont été suggérées par les médecins généralistes interrogés pour permettre un dépistage précoce et proposer une prise en charge adéquate aux patients addicts afin de limiter leurs conduites addictives.

Il faudrait tout d'abord améliorer les stratégies de communication des médecins généralistes. En effet, ils devraient s'intéresser à bonifier la façon d'aborder le sujet, en suivant par exemple des formations sur les stratégies de communication. En effet, la communication médecin-malade fait partie intégrante de la pratique en médecine générale. Dans le contexte des maladies chroniques, la communication efficace entre le médecin et le patient est considérée comme un élément essentiel dans la prise en charge au long cours. Elle permet d'améliorer l'observance thérapeutique et la qualité de vie du patient tout en renforçant la relation de confiance. La meilleure technique de communication se base sur une approche centrée sur les besoins du patient avec une écoute active et une attention portée à la communication infra verbale, comme le souligne les Dr Triki et Gargouri dans leurs articles (71). Construire une relation d'écoute

active représente le fait de réellement vouloir comprendre le message que le patient souhaite faire passer, en l'écouter dans ses discours avec le respect des temps de silence, en observant les éléments de la communication non verbale du patient et en faisant preuve de compréhension et d'encouragement à l'égard du patient. Il faut poser des questions ouvertes lors des consultations afin d'inciter le patient à fournir le plus d'informations sur son état. Il faut que le médecin prenne ensuite un temps pour reformuler les mots du patient afin que celui-ci comprenne que le praticien a pris conscience de sa réalité et que tout le monde se retrouve sur la même longueur d'onde. Puis, il faut un temps pour valider les propos du patient pour que celui-ci se sente en confiance pour libérer la parole et que le médecin se positionne en collaborateur. Et enfin, prendre un temps pour résumer et faire une synthèse de ce qui a été entendu et compris durant l'échange. Il est important également d'acquérir la compétence émotionnelle, notamment en addictologie, afin d'analyser l'impact des émotions du patient sur ses comportements et son raisonnement. Il faut pour cela identifier l'émotion, la comprendre, l'exprimer, la réguler et enfin l'utiliser (71). Ces stratégies de communication médecin-malade sont des piliers dans l'amélioration de la qualité des soins.

Le médecin généraliste possède un rôle central dans le dépistage précoce et la prise en charge des patients dans ce domaine. Il est essentiel que ce dernier joue son rôle et l'utilise à bon escient. En effet, il est dans la plupart des cas, le premier maillon de la chaîne de soins que le patient consulte. Ainsi, si le patient vient parler de ses addictions pour la première fois, il ne faudrait pas hésiter à proposer un autre rendez-vous pour parler plus en détails de ses consommations et ainsi favoriser le suivi sur le long terme, qui est beaucoup plus efficient que le nomadisme médical car il permettrait d'améliorer l'installation d'une relation de confiance. En effet, les revues scientifiques mettent en évidence que les patients adeptes du nomadisme médical, c'est à dire la pratique où les patients changent fréquemment de médecins ou de lieu

de soins, sont ceux qui accordent peu de confiance à leur médecin car ils ne se sentent pas écoutés et estiment que les informations fournies par le médecin sont insuffisantes (72). Ce nomadisme médical est devenu une réalité de plus en plus courante dans notre société car le patient souhaite avoir des réponses à ses questions rapidement et de façon complète. Il serait intéressant ainsi que le médecin généraliste complète sa formation dans ce domaine, afin d'acquérir le plus de compétences possibles pour pouvoir répondre aux attentes des patients. Une meilleure formation permettrait aux médecins généralistes de majorer leur intérêt dans ce domaine et par la même occasion, d'obtenir une meilleure aisance lors des consultations abordant les conduites addictives. Ainsi, pour faire face à ce problème de santé publique et aider les médecins généralistes, de nombreuses propositions ont été faites dans le plan santé 2018-2022 pour favoriser le recours à des professionnels de santé du secteur primaire (73).

Par exemple, réduire les inégalités sociales de santé avec des stratégies de prévention ciblant les populations vulnérables ou encore améliorer la réduction des risques en installant des salles de consommation à moindre risque et en instaurant un accompagnement lors des événements festifs.

Un renforcement de la formation du personnel soignant a été proposé afin d'assurer un socle minimal de formation sur les conduites addictives car la formation initiale était très faible. L'idée est d'avoir une formation continue, comme dans tous les domaines de médecine, avec également la possibilité de réaliser des formations à distance. L'objectif est de renforcer la formation sur le thème des addictions ainsi que sur les approches motivationnelles, afin de systématiser et de renforcer le dépistage des conduites addictives par le professionnel de premier recours avec un repérage précoce et une intervention brève (RPIB). Une des pistes d'amélioration primordial serait donc de fournir un travail de prévention plus important et ce dès le plus jeune âge pour une prise de conscience au moment le plus opportun. Par exemple,

une des idées serait d'utiliser la salle d'attente pour faire passer des messages de prévention à travers des affiches de prévention ou bien d'utiliser des questionnaires de dépistage chez les patients consommateurs modérés ou usagers à risques afin de leur faire prendre conscience des risques qu'ils encourent s'ils poursuivent leur consommation. Effectuer ainsi un travail de réduction de risque dès le début de la consommation. Un moyen de prévention des addictions, notamment médicamenteuses est également la surveillance et le questionnement régulier des ordonnances, grâce à l'application STOPP/START que nous avons abordée plus haut. D'après plusieurs méta analyses publiés dans la revue Cochrane, l'approche la plus efficace reste le RPIB (74). En effet, cette technique permet en un temps limité, d'évoquer un déterminant de santé avec un patient afin d'encourager un changement de comportement favorable sur la santé. Les objectifs sont, selon la HAS, de prévenir ou de retarder l'entrée dans les conduites addictives, de réduire les risques et dommages liés à ces pratiques, d'améliorer la qualité de vie des patients consommateurs et de les accompagner vers les ressources spécialisées (75). Ainsi, cela nous amène à notre prochaine piste d'amélioration.

Il faudrait promouvoir le travail en pluridisciplinarité. Cela permet une prise en charge complète et sur différents points de vue, comme nous l'avons vu précédemment. Il existe déjà, au sein des cabinets de médecine générale, des microstructures addictions. Celles-ci ont été créés afin d'améliorer les capacités de prise en charge des personnes présentant une conduite addictive, dans le champ des soins primaires et nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Elles sont composées à minima d'un médecin généraliste, d'un psychologue et d'un travailleur social (76). Il est important pour les médecins de connaître leurs limites et d'aviser, en orientant le patient vers un spécialiste dans ce domaine, qui répondra plus correctement aux demandes du patient. Ils existent, à notre époque, plusieurs moyens de contacter les différents confrères. Il serait donc dommage de s'en priver. Le point de progression principal repose sur l'amélioration

de l'accessibilité au réseau de spécialistes. En effet, il faudrait un réseau plus clair avec la connaissance des rôles de chacun et un réseau plus accessible avec des délais de consultation court, pour permettre le maintien de la motivation du patient au sevrage initié. Le travail en équipe permet de simplifier des prises en charges souvent très éclatées et permet de faire profiter aux patients d'une unité de soignants avec des collaborations transversales mises en place (77).

Le dernier point d'amélioration que nous allons évoquer est le travail sur la motivation du patient. En effet, celui-ci est le facteur principal dans la réussite du sevrage du patient. Il est important que le médecin généraliste travaille en collaboration avec le patient, qu'il l'intègre dans sa prise en charge au travers d'échanges réguliers, afin d'optimiser les soins et d'atteindre la finalité souhaitée par les deux côtés. Il se peut que le médecin soit confronté à des patients menaçants et agressifs. Il est alors important de connaître des stratégies de désamorçage afin de se sortir des situations à risque de violence et d'avancer avec le patient, comme le conseille la haute autorité de santé (78). Un des outils à la disposition du médecin généraliste est l'entretien motivationnel. Comme nous l'avons évoqué en première partie de ce travail, cet outil est une ressource psychologique conçues par deux psychologues, Miller et Rollnick en 1991. Elle représente un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement (79). Ce style d'intervention est particulièrement adapté dans les situations où une personne est ambivalente face à un changement de comportement ; comportement qui pourrait avoir des conséquences importante sur sa santé ou sa situation sociale. Cette ambivalence est naturelle devant toute perspective de changement. Il faut donc qu'au cours de cet entretien motivationnel, l'intervenant cherche l'évitement du réflexe correcteur afin de soutenir l'autonomie du patient. Il faut que l'entretien soit centré sur le patient et qu'elle se déroule dans une atmosphère empathique et valorisante. L'entretien motivationnel est orienté vers un objectif déterminé donc il est directionnel. En

effet, il vise à augmenter la motivation au changement du patient, le tout dans le respect des valeurs propres et des perceptions de celui-ci. L'approche motivationnelle se présente par le biais de quatre processus, qui entrent en jeu successivement, mais qui se superposent dans l'accompagnement du patient. On y retrouve l'engagement dans la relation, la focalisation, l'évocation et la planification (80).

8.3. Forces et limites

8.3.1. Méthodologie

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative afin de dépister les obstacles à la prise en charge des conduites addictives, en explorant au plus près, le ressenti des médecins généralistes et d'obtenir un point de vue authentique. Cependant, cette méthodologie ne permet pas de hiérarchiser les obstacles ou encore de mettre en évidence des associations statistiquement significatives, contrairement aux études quantitatives. Cette étude a été faite au moyen de dix entretiens individuels semi dirigés. Ainsi, nous avons pu recueillir l'opinion des médecins sans contraintes mais sans trop diverger de l'objet de l'étude. L'anonymat des participants a été garanti dès le début des entretiens afin qu'ils puissent s'exprimer librement. L'effectif de dix médecins généralistes peut sembler faible au premier abord mais la force de notre étude est l'obtention d'une saturation des données. Ainsi, ce n'était plus la peine de réaliser davantage d'entretien car nous avons obtenu la garantie de validité interne.

Nous avons conscience que les médecins généralistes interrogés ne représentent qu'un petit échantillon de la population et ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population des médecins généralistes. Mais ce critère n'est pas l'objectif des études qualitatives. Le but dans cette étude est surtout de collecter distincts profils de médecins pour obtenir la plus grande diversité de réponses.

8.3.2. Population étudiée

Notre population d'étude s'est limitée aux médecins généralistes du Grand-Est. Ainsi, l'analyse des obstacles liés aux patients a été faite au travers des points de vue des médecins. Nous avons supposé, avant les entretiens, que les médecins interrogés avaient certaines connaissances dans le domaine de l'addictologie ou un intérêt pour faire avancer la prise en charge des patients consommateurs. Il serait également pertinent d'explorer les obstacles à l'abord des conduites addictives, mais en se basant sur le point de vue des patients eux-mêmes. Nous pourrions aussi envisager de recueillir l'avis de spécialistes et notamment les techniques utilisées par les addictologues.

8.3.3. Recueil des données

Les entretiens auprès des médecins généralistes ont eu lieu au cours du mois de janvier 2024. Un des obstacles rencontrés lors de ce recueil a été de trouver des médecins généralistes qui acceptaient de consacrer une vingtaine de minutes pour répondre aux questions. Les médecins contactés via leur adresse électronique ou via leur secrétaire sont restés sans réponses, encore à l'heure actuelle. Ainsi, il a fallu que l'investigateur principal fasse appel à des contacts médecins ou à ses amis étudiants en médecine et en stage chez des praticiens, afin d'être mis en relation directement avec le médecin généraliste. Ceci a très bien fonctionné car tous les médecins contactés via leur numéro de téléphone personnel ont répondu favorablement à notre requête. Ils ont été prévenus au préalable que l'entretien ne durerait pas plus d'une trentaine de minutes. Un document d'information et de consentement pour la participation à cette étude a été envoyé la veille de chaque entretien. Celui-ci conseillait les médecins généralistes de ne pas faire de recherches spécifiques sur le sujet afin d'éviter toute influence lors des réponses et permettre des réponses en toute objectivité. La majorité des médecins ont ainsi joué le jeu. Les

entretiens ont eu lieu pour la plupart en présentiel. Les médecins qui n'étaient pas sûr du créneau qu'ils pouvaient consacrer ont préféré appeler en visioconférence, après que nous nous soyons mis d'accord sur nos disponibilités. Ainsi, même si nous n'étions pas en présentiel, la présence d'une vidéoconférence a permis de recueillir les informations non verbales, comme les mimiques du médecin ou son attitude. Nous avons privilégié des questions ouvertes afin que le médecin puisse être libre de communiquer des informations plutôt larges, mais cela peut entraîner une perte d'information dans l'étendu des renseignements fournis par les médecins. Il faut également ajouter que certains médecins interrogés ont omis de communiquer des détails sur leurs prise en charge et leur façon de consulter, afin d'éviter des jugements de valeurs de notre part, qui sommes des inconnus face à eux. Les entretiens individuels ont également permis la liberté de la parole et l'absence de jugements de la part de leurs confrères. Tout comme le principe de l'anonymisation des entretiens.

8.3.4. Investigateur principale

Les entretiens ont été exécutés par l'investigateur principale, qui est interne en médecine générale. Il est important de souligner l'inexpérience de l'investigatrice en matière d'étude qualitative. Ainsi, il est possible que les entretiens aient été écourtés ou soient étoffés. L'investigatrice a dû faire preuve d'impartialité au cours de entretiens, afin de ne pas orienter les réponses des médecins généralistes interrogés. Il est fort admissible que cette neutralité n'a pas été respecté au cours de certains entretiens, du fait de partage d'opinions lors de discussions avec le médecin.

8.3.5. Analyse des données

Cette étude a été faite afin de mieux comprendre le point de vue des médecins généralistes d'Alsace concernant l'abord de la problématique des conduites addictives lors de leur consultation. Un des points faibles de notre étude est l'absence de triangulation des données,

qui correspond à l'analyse des résultats obtenus, par au minimum deux techniques de recueil de données distinctes, afin de limiter la subjectivité des interprétations. En effet, au cours de notre étude, la même personne a réalisé les entretiens mais aussi leurs analyses.

Il aurait été intéressant que la personne réalisant les entretiens ne soit pas influencée par les analyses des entretiens précédents. Pour pallier cette faiblesse, nous nous sommes mis en contact avec des avis extérieurs, en totale anonymat, lors de l'analyse des résultats.

9 CONCLUSION

L'objectif de notre recherche était d'évaluer, auprès des médecins généralistes, les obstacles au dépistage et à la prise en charge des addictions aux substances psychoactives, entraînant des complications sanitaires et sociales importantes. C'est donc un enjeu majeur de santé publique ayant un impact important en termes de morbi-mortalité.

Cette étude qualitative nous a donné l'occasion de recueillir le vécu des médecins généralistes dans ce domaine et cela nous a conforté dans notre hypothèse de la persistance de difficultés, pour les médecins généralistes, à aborder la problématique des addictions avec leurs patients. En effet, le manque de temps lors des consultations, de connaissances approfondies, et d'un réel intérêt pour le sujet entraîne un sentiment d'illégitimité chez les médecins, qui n'abordent que rarement le sujet.

La prise en charge étant complexe et pluridisciplinaire, elle dépend également de plusieurs déterminants liés au patient lui-même, notamment son attitude générale et sa motivation au sevrage, perçues par le médecin. En effet, si celui-ci ressent un manque de motivation de la part du patient et que celui-ci présente une attitude désinvolte et agressive, le médecin ne se sent pas dans de bonnes conditions, pour évoquer le sujet des consommations.

La réticence des médecins généralistes dans l'abord et la prise en charge des conduites addictives est également variable en fonction de la substance psychoactive impliquée. La thématique du tabac semble facilement abordée, alors que celle de l'alcool et des autres substances paraît plus difficile.

Une formation plus complète et continue, une accessibilité aux soins plus rapide, un réseau d'intervenants plus clair et un encouragement au travail pluridisciplinaire sont des pistes que nous pouvons envisager pour modifier l'attitude du médecin qui se sent isolé et dépassé.

L'objectif serait de sensibiliser tous les praticiens en activité, au repérage précoce et à l'intervention brève, afin de limiter les dommages physiques, psychiques et sociaux dus aux consommations, le plus précocement possible.

Il serait intéressant de compléter cette étude avec d'autres travaux de recherche se basant sur les obstacles à l'abord des conduites addictives mais selon le point de vue des patients eux-mêmes. Ainsi, nous pourrions améliorer la relation médecin-malade et le processus de soins qui en découle.

VU
Strasbourg, le 14/03/2024
La présidente du jury de thèse
Professeure Laurence LALANNE



VU et approuvé
Strasbourg, le..... 18 MARS 2024.....
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILLA



10 ANNEXES

10.1. Annexe 1 : DSM V

Il y a « trouble » quand au moins deux des onze critères suivants se manifestent au cours d'une période de 12 mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
3. Craving ou désir urgent de consommer.
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
5. Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
 - Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - Effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
6. Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants
 - Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance
 - La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
7. Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé
8. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
9. Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
10. Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit.
11. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

La sévérité des troubles dépend du nombre de critères constatés :

2-3 critères : trouble léger

4-5 critères : trouble modéré

6 critères ou plus : trouble sévère.

10.2. Annexe 2 : Guide d'entretien

I- Caractéristiques des participants

1. Quel est votre sexe ?
 - Homme
 - Femme

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?
 - 20- 30 ans
 - 31- 40 ans
 - 41-50 ans
 - 51- 60 ans
 - > 60 ans

3. Depuis combien d'années exercez-vous ?
 - 0-5 ans
 - 6-10 ans
 - 11-15 ans
 - 16-20 ans
 - 21-25ans
 - > 25 ans

4. Quel est votre type d'exercice médical et dans quelle structure exercez-vous ?
 - Médecin remplaçant
 - Médecin installé
 - Cabinet (seul OU associé ?)
 - Maison de santé
 - Association médicale
 - Autre :

5. Dans quel milieu travaillez-vous ?
 - Urbain
 - Semi rural
 - Rural

6. En une journée, combien de patients viennent consulter ?
 - < 15 patients par jour
 - 15-25 patients par jour
 - 26-30 patients par jour
 - > 30 patients par jour

7. Sur ces consultations, combien abordent, en moyenne, la thématique des conduites addictives ?
 - 0 – 5
 - 6 – 10
 - 11 – 15
 - > 15

8. Avez-vous une expérience particulière sur la prise en charge des addictions (DU, FST, formation...)?
9. Dans votre lieu d'exercice, savez-vous s'il existe un CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou autre centre de suivi?

II- Guide d'entretien

(Substances psychoactives soit réglementées (tabac, alcool...), soit détournées de leur usage (médicaments, poppers, colles, solvants...) ou soit illicites (cannabis, cocaïne, ecstasy...).

1. Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation liée à une problématique de consommation de substances psychoactives (SPA)? Est-ce que c'est vous qui avez abordé le sujet ou est-ce le patient?
2. Selon vous, quelle est la place du médecin généraliste dans le dépistage des addictions aux SPA et dans leur prise en charge? Quelles sont les addictions aux SPA les plus couramment rencontrées en consultation?
3. Comment abordez-vous le sujet des addictions aux SPA, lors de vos consultations? Est-ce que c'est systématique ou uniquement lors de tableaux cliniques/motifs de consultation spécifique?
4. A quel moment de la consultation abordez-vous le sujet? Prévoyez-vous une consultation particulière pour ce sujet? Quels outils de dépistage connaissez-vous et lesquels utilisez-vous?
5. Avez-vous des situations où vous étiez en difficulté lors de vos consultations (*par exemple où vous aviez suspecté une addiction mais que vous n'avez pas posé la question*)? Quels sont les facteurs qui vous freinent lors des dépistages des conduites addictives? Quel était votre ressenti face à cette situation et qu'est-ce que vous auriez fait différemment?
6. A contrario, quelle sont les expériences positives, des situations de repérage précoce ou de situation où vous étiez à l'aise? Quels ont été les facteurs facilitants cette fois-ci?
7. Une fois l'addiction aux SPA diagnostiquée, quelle est votre prise en charge? Dans quelles circonstances faites-vous appel à un spécialiste/centre de soin?
8. D'après vous, quelles sont vos attentes ou vos suggestions qui permettraient d'améliorer le dépistage et/ou la prise en charge des addictions aux SPA?
9. Avez-vous quelque chose à rajouter ou une situation marquante à raconter?

10.3. Annexe 3 : Document d'information

Intitulé de la structure : Département universitaire de médecine générale de Strasbourg (67)

1) Note d'information

Coordinateur de la recherche : Dr Sophie RABOURDIN

Investigateur : Madame Sylvia JOYMILRED

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e)s à participer à une étude menée par la Faculté de Médecine de Strasbourg. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e)s à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conservez une copie de ce formulaire.

2) Procédure de l'étude

Vous vous entretenez avec l'investigateur au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre les obstacles à l'abord des consommations de substances psychoactives. Cette étude ne nécessite pas de déclaration auprès de la CNIL, incluant uniquement des professionnels de santé et portant sur leurs pratiques professionnelles.

3) Risque de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostic ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

4) Bénéfices potentiels de l'étude

Amélioration du dépistage et de la prise en charge des conduites addictives

5) Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire

6) Rémunération et indemnisation

Absence de toute rémunération ou de toute indemnisation

7) Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigateur principal. A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

8) Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle la Faculté de Médecine de Strasbourg et l'investigateur Sylvia JOYMILRED vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement de la page suivante.

10.4. Annexe 4 : Document de consentement**LETTRE DE CONSENTEMENT**

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de la recherche en santé : amélioration de la prise en charge des conduites addictives. J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement l'investigateur. J'ai été informé(e) que les données recueillies durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche. J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté. J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci. Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leur responsabilité légale. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la Loi.

Nom :

Lieu et date :

Signature :

11 BIBLIOGRAPHIE

1. Les addictions en milieu professionnel - Addict' AIDE Pro [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Quels signes doivent m'alerter sur la dépendance d'un collaborateur ? Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/pro/question/quels-signes-doivent-malerter-sur-la-dependance-dun-collaborateur/>
2. Couteron JP. Chapitre 10. Le concept d'addiction. In: Addictologie [Internet]. Paris: Dunod; 2019 [cité 16 nov 2023]. p. 107-17. (Aide-Mémoire; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/addictologie--9782100788408-p-107.htm>
3. Snapshot [Internet]. [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: <https://france.filgoodhealth.com/fr/dossiers/les-addictions-comportementales-9#:~:text=Selon%20le%20psychiatre%20am%C3%A9ricain%20Goodman,en%20d%C3%A9pit%20des%20cons%C3%A9quences%20n%C3%A9gatives%20%C2%BB.>
4. Jc D, M N. Une brève histoire de l'addiction. *Alcoologie Addictologie*. 15 juin 2016;38(2):93-102.
5. annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf
6. Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2023]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf>
7. Sladana P. Usage des substances psychoactives : prévention en milieu professionnel. 2022;
8. Fournier V. Drogues et conduites addictives. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES); 2014. 224 p.
9. fiches-d-education-psychologique-et-d-autosoins-sur-l-anxiete-et-la-depression-f.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2023]. Disponible sur: <https://ciusssmcq.ca/telechargement/1760/fiches-d-education-psychologique-et-d-autosoins-sur-l-anxiete-et-la-depression-f>
10. Snapshot [Internet]. [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/addictologie--9782100788408-page-107.htm>
11. Que nous dit la science des addictions ? | MILDECA [Internet]. [cité 28 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/que-nous-dit-la-science-des-addictions#:~:text=Les%20substances%20psychoactives%20lib%C3%A8rent%20la,cerveau%20de%20continuer%20de%20consommer.>
12. Fondation pour la Recherche Médicale [Internet]. [cité 28 nov 2023]. Addictologie : mieux comprendre les mécanismes cérébraux de l'addiction. Disponible sur: <https://www.frm.org/nos-publications/actualites/addictologie-mieux-comprendre-mecanismes-cerebraux-addiction>
13. Inserm [Internet]. [cité 28 nov 2023]. Addictions · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
14. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 7 nov 2023]. Addictions. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
15. Les addictions [Internet]. Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC). [cité 28 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-addictions/>
16. Système de récompense et addiction - YouTube [Internet]. [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>

17. Addictions. Quelques données chiffrées - Risques - INRS [Internet]. [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/addictions/donnees-chiffrees.html>
18. Covid-19 : isolement et conditions de travail favorisent les conduites addictives | MILDECA [Internet]. [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/covid-19-isolement-et-conditions-de-travail-favorisent-les-conduites-addictives>
19. Tabac, alcool, drogues illicites : une estimation de leur coût social | vie-publique.fr [Internet]. 2023 [cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/290739-tabac-alcool-drogues-illicites-une-estimation-de-leur-cout-social>
20. Le coût social des drogues : estimation en France en 2019 - OFDT [Internet]. [cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/methode/le-cout-social-des-drogues-estimation-en-france-en-2019/>
21. Quels sont les risques sanitaires associés à la consommation de drogues illicites ? [Internet]. [cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/drogues-illicites/articles/quels-sont-les-risques-sanitaires-associes-a-la-consommation-de-drogues-illicites>
22. fiche_11-ps.pdf [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_11-ps.pdf
23. Titre III : Profession de médecin (Articles L4130-1 à L4135-2) - Légifrance [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155058/
24. Arvers - 2010 - Place du médecin généraliste dans la prévention de.pdf [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <http://www.remede.org/communaute/photos/877ab25f9cdd12bb55bf46bb7a827f64/CMJ2011-ArversPh.pdf>
25. Appliquer quelques concepts simples de l'entretien motivationnel dans la pratique psychiatrique au quotidien | Cairn.info [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psn-2012-1-page-51.htm#:~:text=L%27entretien%20motivationnel%20est%20une,les%20troubles%20addictifs%20%5B32%5D.>
26. ALI SAS. UFR Médecine. Sophie AIT SI ALI; [cité 29 févr 2024]. Capacité de Médecine d'Addictologie Clinique. Disponible sur: <https://medecine.univ-nantes.fr/formation-initiale/3e-cycle/capacite-de-medecine-daddictologie-clinique>
27. Formations universitaires en addictologie | Grand Est Addictions [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.grandestaddictions.org/formations-universitaires-en-addictologie#:~:text=DIU%20Addiction%2C%20Psychiatrie%2C%20VIH%20et%20h%2C3%A9patites&text=Objectif%20de%20la%20formation%20%3A%20Cette,addictives%20et%20les%20troubles%20psychiatriques.>
28. Addictions aux substances licites [Internet]. Graad santé. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://graad-sante.fr/formation/addictions-avec-substances-licites/>
29. L'association - Association Ithaque [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ithaque-asso.fr/l-association.html>
30. Drogues Info Service [Internet]. [cité 29 févr 2024]. L'aide spécialisée ambulatoire. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/L-aide-specialisee-ambulatoire>
31. Les CeGIDD (ex CDAG) | Fil santé jeunes [Internet]. 2016 [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.filsantejeunes.com/les-cegidd-ex-cdag-6680>
32. Asalée [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <http://www.asalee.org/>
33. dossier_sns_2017_axe2bis.pdf [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_axe2bis.pdf

34. Qu'est-ce qu'un désert médical, quelles actions des pouvoirs publics ? | vie-publique.fr [Internet]. 2022 [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-queelles-actions-des-pouvoirs-publics>
35. Fiche-Reperes-CSAPA-Etapes-accompagnement-et-soins-Temporalite-et-fin-de-suivi.pdf [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-CSAPA-Etapes-accompagnement-et-soins-Temporalite-et-fin-de-suivi.pdf>
36. Benkiran - Le médecin généraliste face aux principales addict.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01232248/document>
37. Lallemand - 2023 - Déterminants influençant l'abord des conduites add.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03987737/document>
38. Formalités réglementaires 2023 en recherche en santé [Internet]. [cité 16 févr 2024]. Disponible sur: <https://sondagesv3.unistra.fr/index.php/473879>
39. mathieu. Comment interpréter les réactions des patients agressifs dans les services de soins ? [Internet]. AFPC Formation. [cité 22 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.afpc-formation.com/article/comment-interpreter-les-reactions-des-patients-agressifs-dans-les-services-de-soins/>
40. Capart N. Le silence de l'« addict ». *Res Psychoanal.* 2016;22(2):200a-8a.
41. Laqueille X, Richa S. Le positionnement thérapeutique en addictologie: Quelques réflexions à partir de la pratique. *Laennec.* 13 mai 2019;Tome 67(2):30-40.
42. Milliard - Motivations au sevrage alcoolique parmi la populat.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01146028/document>
43. De Sousa C, Romo L, Excoffier A, Guichard JP. Lien entre Motivation et Insight dans la prise en charge des addictions. *The link between motivations and insight in the management of addictions. Psychotropes.* 2011;17(3-4):145-61.
44. Lutte contre la stigmatisation | CAMH [Internet]. [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/agent-du-changement/lutte-contre-la-stigmatisation>
45. stigma-rimer-fra.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/primer-reduce-substance-use-stigma-health-system/stigma-rimer-fra.pdf>
46. CNRS Le journal [Internet]. [cité 23 févr 2024]. La société des addictions. Disponible sur: <https://lejournel.cnrs.fr/articles/la-societe-des-addictions>
47. Baromètres de Santé publique France [Internet]. [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france>
48. Broers B. Patients dépendants : quelques conseils pour ne pas s'essouffler... *Rev Med Suisse.* 30 janv 2013;371(4):273-4.
49. Nos Pensées [Internet]. 2022 [cité 23 févr 2024]. Les rechutes dans les addictions : causes, phases et mythes. Disponible sur: <https://nospensees.fr/les-rechutes-dans-les-addictions-causes-phases-et-mythes/>
50. asud-brochure-TSO-2020-02.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <http://www.asud.org/wp-content/uploads/2020/11/asud-brochure-TSO-2020-02.pdf>
51. Bouyssi A, Prebois S, Rougé-Bugat ME, Dupouy J, Driot D. Stigmatisation des patients atteints d'un trouble mental par les internes de médecine générale : une enquête nationale. *L'Encéphale.* 1 févr 2023;49(1):65-71.
52. Dubin RE, Kaplan A, Graves L, Ng VK. Reconnaître la stigmatisation. *Can Fam Physician.* déc 2017;63(12):913-5.
53. Djengué A, Pham AD, Kowalski V, Burri C. L'alcoolologie et les futurs médecins généralistes français. Évaluation des connaissances, des pratiques et de la formation reçue en fin d'internat. *Psychotropes.* 2017;23(1):89-109.
54. 20211201-politique-prevention-en-sante.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible

- sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-12/20211201-politique-prevention-en-sante.pdf>
55. Langlois E. Les traitements de substitution vus par les patients: quels sont les enseignements de leur expérience?
 56. Lambrette G, Delannoy G. L'approche stratégique face aux addictions. Une contribution pragmatique à la lumière des travaux de Gregory Bateson. *Thérapie Fam.* 2016;37(2):171-86.
 57. Andrieux GM. Le ressenti des patients face à un médecin généraliste remplaçant. Partie 1: étude qualitative. 2020;
 58. Faedo C. Les représentations du médecin généraliste remplaçant par les patients: analyse qualitative. 2018;
 59. La lutte contre le tabac – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/la-lutte-contre-le-tabac/>
 60. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* déc 2015;15(90):323-36.
 61. 2019_MCC_STOPP&START.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/MCC/2019_MCC_STOPP%26START.pdf?t=1563883398
 62. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Alcool : accompagner chaque personne à diminuer son risque. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3470432/en/alcool-accompagner-chaque-personne-a-diminuer-son-risque
 63. Les addictions en milieu professionnel - Addict'AIDE Pro [Internet]. [cité 25 févr 2024]. L'alcoolisme est toujours un sujet tabou en entreprise 'PREVENTICA). Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/pro/mag/lalcoolisme-est-toujours-un-sujet-tabou-en-entreprise-preventica/>
 64. Facteurs de risque, facteurs de protection | MILDECA [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/facteurs-de-risque-facteurs-de-protection>
 65. La relation de soin : une question de confiance ? | editorial | Espace éthique/Ile-de-France [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance#:~:text=Accorder%20sa%20confiance%20au%20malade,d%C3%A9%20cette%20relation%20fragile.>
 66. Persévérer | Tabacstop [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.tabacstop.be/fumeurs/pers%C3%A9v%C3%A9rer>
 67. L'équipe pluridisciplinaire | APS Contact [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.aps-contact.fr/association/equipe>
 68. Le dispositif de soins en addictologie | MILDECA [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>
 69. Aujay V. Exploration des facteurs psychosociaux associés à une plainte somatique: attentes et vécu des patients en consultation de médecine générale. 2023;
 70. SPF. De la précarité aux inégalités sociales : les enjeux d'une lutte contre l'injustice sociale. [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/de-la-precarite-aux-inegalites-sociales-les-enjeux-d-une-lutte-contre-l-injustice-sociale>
 71. Gargouri et al. - STRATEGIES POUR UNE MEILLEURE COMMUNICATION MEDECI.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/article01-32.pdf>
 72. Grandperrin T. Évaluation du profil des patients à risque de nomadisme médical dans

un service d'urgences. 3 oct 2018;47.

73. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022.

74. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2007 [cité 26 févr 2024];(2). Disponible sur:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub3/full>

75. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 26 févr 2024]. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-brve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte

76. 2PAO : Plateforme Professionnelle Addiction Occitanie [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Les MicroStructures Médicales Addictions (MSMA). Disponible sur:

<https://2pao.fr/index.php/nos-actions/les-microstructures-medicales-addictions-msma/>

77. Karas R, Dupouy J. 18. Équipe de liaison et de soins en addictologie en psychiatrie. In: *Pratiques cliniques en addictologie* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2017 [cité 26 févr 2024]. p. 171-82. (Les Précis). Disponible sur: <https://www.cairn.info/pratiques-cliniques-en-addictologie--9782257206749-p-171.htm>

78. outil_05_desamorçage.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_05_desamorçage.pdf

79. L'entretien motivationnel expliqué par le programme ELIPS à Genève aux HUG - HUG [Internet]. [cité 26 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/elips/entretien-motivationnel>

80. Qu'est-ce que c'est ? [Internet]. AFDEM. 2014 [cité 26 févr 2024]. Disponible sur: <https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/>

12 RESUME

INTRODUCTION : La consommation de substances psychoactives entraîne des complications sanitaires et sociales importantes. C'est un enjeu majeur de santé publique avec un impact important en termes de morbi-mortalité. Les médecins généralistes sont au cœur de la prévention mais font face à de nombreux obstacles au dépistage et à la prise en charge des conduites addictives.

OBJECTIF : L'objectif principal de cette étude était de s'intéresser aux obstacles rencontrés par les médecins généralistes d'Alsace, face au dépistage et à la prise en charge d'une addiction aux substances psychoactives. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les facteurs simplifiants l'approche des médecins lors de l'abord des conduites addictives et de recenser les pistes d'amélioration, pour réduire les freins au dépistage et proposer une prise en charge adéquate.

METHODE : Une étude qualitative a été réalisée par l'intermédiaire d'entretiens semi dirigés, auprès de médecins généralistes exerçant en Alsace, au cours du mois de janvier 2024.

RESULTATS : Nous avons interrogés dix médecins généralistes afin d'arriver à une saturation des données. Cette étude nous a confirmé la présence de difficultés à l'abord des problématiques d'addiction, par les médecins généralistes. Il existe des obstacles liés aux patients, notamment leur attitude et leur manque de motivation. On retrouve des obstacles liés aux médecins avec notamment le manque de formation, le manque de temps en consultation ou le désintérêt du sujet. On retrouve également des obstacles liés aux substances psychoactives avec notamment une facilité à aborder le tabac, contrairement au reste des substances. Les médecins généralistes ont proposé différentes pistes d'amélioration afin d'optimiser leur prise en charge, notamment une amélioration de leur formation et une meilleure accessibilité des soins.

CONCLUSION : Les médecins généralistes mettent en évidence de nombreux obstacles dans la pratique du dépistage des conduites addictives. Face à ces difficultés identifiées, ils proposent néanmoins plusieurs pistes d'amélioration pour optimiser leur prise en charge, notamment le perfectionnement de leur formation, l'amélioration de l'accessibilité des soins et l'encouragement d'un travail pluridisciplinaire.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots clés : Addiction, Obstacles, Substance psychoactives (SPA), Dépistage, Médecins généralistes

Président : Pr Laurence LALANNE (PU-PH de Psychiatrie et Addictologie)

Assesseurs : Pr Thomas VOGEL (PU-PH), Dr Sophie RABOURDIN (directrice de thèse)

Adresse de l'auteur : 2 rue de Nomeny, 67100 STRASBOURG

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : JOYNIER Prénom : SYLVIA

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À STRASBOURG , le 15/03/2024

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.