

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

La place des SMRA (Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie) dans le suivi de patients présentant une addiction sévère : Représentations et vécu des médecins généralistes

Enquête qualitative par entretiens individuels dans la subdivision d'Angers

HAMELIN Charline

Née le 10/08/1995 à ANGERS (49)

& VIDAL Pierrick

Né le 16/06/1994 à Saint-Etienne (42)

Sous la direction de Mme ANGOULVANT Cécile & Mme JAGUENEAU Cendrine

Monsieur le Professeur Laurent Connan

| Président

Madame le Docteur Cécile ANGOULVANT

| Directrice

Madame le Docteur Cendrine JAGUENEAU

| Directrice

Monsieur le Docteur David Le Boulanger

| Membre

Soutenue publiquement le 12 Juin 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée HAMELIN Charline déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiante le **15/02/2025**

Je, soussigné VIDAL Pierrick déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiant le **15/02/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) 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 déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS COMMUNS

Au président de jury, Monsieur le Professeur CONNAN. Merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider notre jury de thèse et pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

A notre directrice de thèse, Madame le Docteur ANGOULVANT. Merci pour votre accompagnement depuis le début de notre travail et pour vos conseils qui nous ont permis de développer notre réflexion sur ce travail de thèse.

A notre directrice de thèse, Madame le Docteur JAGUENEAU. Merci pour ton aide précieuse et pour avoir enrichi notre travail de ton expertise d'addictologue. Merci de nous avoir fait découvrir l'addictologie avec bienveillance et passion.

Au membre du jury, Monsieur le Docteur LE BOULANGER. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail et pour votre présence aujourd'hui.

Aux médecins généralistes de cette étude. Merci pour le temps que vous nous avez accordé et vos riches témoignages. Sans vous ce travail n'aurait pas été possible.

REMERCIEMENTS Charline

A mon mari, Kévin, merci pour ton soutien sans faille depuis notre première année de médecine. Je peux clairement dire que je ne serais pas médecin aujourd'hui si je ne t'avais pas rencontré. Merci pour tout, de me soutenir dans mes projets, et de me donner la force et l'inspiration pour être un meilleur médecin. Je suis fière de l'urgentiste que tu deviens. Tes patients et futurs collègues auront de la chance de t'avoir. Mention spéciale à nos premiers bébés Twix et Pirouette qui adoucissent notre quotidien (la plupart du temps !).

A mes parents, Violène & Philippe, merci pour les valeurs que vous nous avez apprises. En ce jour, c'est surtout celle du travail qui a compté. Comme vous dites : "il faut manger son caribou enragé" ! Merci pour l'amour que vous nous portez, les moments de réconfort, merci d'avoir dormi avec moi en première année de médecine quand j'avais besoin de présence, merci de m'avoir emmenée à mes examens pour me rassurer jusqu'au bout en écoutant "Are you gonna go my way" de Lenny Kravitz à fond ! Je vous aime très fort et je suis fière d'être votre fille. Maman, merci d'être encore à 30 ans ma correctrice d'orthographe préférée. Papa, merci pour ton aide à la préparation de l'oral !

A mes sœurs, Enora & Marine, mes meilleures amies, celles avec qui je partage tout. Nos week-ends annuels du 15 Août (qui ne sont au final jamais le 15 Août) sont à chaque fois un moment très attendu et ne sont pas près de s'arrêter ! Merci de m'avoir écoutée, conseillée, encouragée. Je suis très fière des femmes que vous êtes devenues et j'ai hâte de voir ce que la vie vous réserve. Je vous aime et vous souhaite le meilleur.

A mes grands-parents, tontons et tatas, merci pour tous les souvenirs d'enfance que je chérirais pour toujours. Les vacances à Saint-Malo, les glaces à Intra-Muros, la pêche aux coquillages, les sorties shopping et cinémas, les pique-niques, les week-ends à Paris...

A ma belle-famille, Olivier & Myriam, Morgan & Océane, merci pour votre soutien, votre écoute et vos conseils. Merci pour les week-ends en famille et les fous-rires. J'ai gagné une deuxième famille en or et je suis très heureuse que vous fassiez partie de ma vie.

A notre famille de cœur, Elise, Maxime & Camille. La vie à Angers serait bien triste sans vous. Vous êtes devenus des personnes très importantes pour nous (merci le confinement < 10 km !). Merci de nous avoir supporté même en lendemain de garde ! On vous aime très fort et on est très heureux de continuer cette aventure avec vous au Lion ! Mention spéciale à notre relectrice officielle des thèses Hamelin !

A mon amie d'enfance, Lise (Marie-Louise pour les intimes), merci pour toutes ces années d'amitié. On rêvait au lycée de nos futurs maris, de nos enfants, de nos métiers, j'ai du mal à croire qu'on y est arrivées ! Me voilà aujourd'hui marraine de ton fils Gabriel, et prête à célébrer ton mariage avec Kévin. Je vous aime très fort tous les trois !

A mon Yannou, merci pour ces belles années d'amitié. Je n'oublie pas nos déjeuners à refaire le monde à Grand Quartier puis nos longs appels quand tu es parti ! Je suis très heureuse de te compter parmi mes amis les plus proches.

A mes copines d'externat de Rennes, Alix, Marine, Lise & Camille, les journées en ophtalmo n'auraient pas été les mêmes sans vous ! Alix, merci pour ces souvenirs en gynéco, à trier les bios toute la journée dans une ambiance de folie ! Marine, merci pour ton soutien, notamment dans le service de nutrition où je pense avoir passé mes pires journées !! Lise, je suis tellement fière de toi et de ton changement de voie, quel courage tu as eu ! Tu m'inspires beaucoup, je te souhaite beaucoup de bonheur et de réussite en tant que dentiste ! Camille, je te souhaite le meilleur dans ta carrière d'urgentiste !!

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie durant mon externat à Rennes, notamment Dr Guichard qui a été une grande source d'inspiration et de soutien, et qui m'a fait découvrir l'hypnothérapie en médecine générale.

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie durant mon internat à Angers, Dr Moreul, Dr Rivault, Dr Merienne, Dr Bertrand, Dr Gendry. Merci pour votre bienveillance, pour vos conseils, merci de prendre le temps de nous accueillir dans vos cabinets, merci pour votre implication dans notre formation.

Aux médecins du DMG d'Angers, je garde en tête notamment les sessions de GEAP qui ont été très enrichissantes, et qui m'ont donné l'envie de poursuivre des groupes d'échange et de pratique une fois installée.

REMERCIEMENTS Charline

Au personnel du service d'urgences de Château-Gontier, certains d'entre vous sont devenus de vrais amis aujourd'hui. J'appréhendais énormément de retourner dans un service d'urgences après mon externat, mais vous m'avez montré que j'avais tort. Vous avez une bienveillance folle, j'ai adoré mes 6 mois d'interne avec vous (et mon année de PHC !). Merci pour votre empathie et votre humanité. Vous m'avez prouvé que la médecine d'urgence pouvait être « bien-traitante ».

Au personnel du SMRA « Les Euménides », un grand merci pour ce semestre à vos côtés. Jamais je ne me serai imaginée choisir un stage en addictologie pendant mon internat. Et pourtant, ces 4 jours de découverte de "stage de prise en compte de la souffrance psychique" m'ont donné envie d'en voir plus, et je n'ai pas été déçue. J'ai énormément appris sur la relation médecin/patient grâce à vous tous.

A l'équipe de médecine polyvalente de Château-Gontier, Dr Dambrune, Dr Audureau, Dr Ouattara, Dr Landron, j'ai adoré ce semestre avec vous, j'y ai énormément appris. Merci pour votre bienveillance à notre égard ! Je garde de ce stage un excellent souvenir.

A mes futurs associés : Dr Ferron, Dr Graindorge, Dr Viot, Dr Desnos, il me tarde de commencer cette nouvelle aventure à vos côtés !! Je suis tellement heureuse de rejoindre officiellement votre équipe !

A mon « co-thésard », Pierrick, merci pour ton aide à la réalisation de cette thèse, 3 ans après nous y voilà ! On en a rêvé ! Je te souhaite le meilleur dans ta carrière de médecin, et dans ta vie personnelle également, l'un ne va pas sans l'autre ;)

Et enfin, aux patients dont j'ai croisé la route un jour, merci. J'ai appris grâce à vous tous et je continue encore !

REMERCIEMENTS Pierrick

Ces remerciements sont le fruit de nombreuses années et d'un cheminement que je n'aurais pu parcourir sans un soutien précieux. Je souhaite exprimer ma gratitude à toutes celles et ceux qui ont marqué ce parcours.

À ma mère, Marianne. Ta présence constante a été un fil rouge tout au long de ma vie et de mes études. À mon père, Olivier. Tu as forgé mon esprit, même si tu es parti aussi vite que tu as vécu ta vie.

À mes deux petites sœurs, Sophie et Chloé, devenues grandes par l'âge et la maturité, mais qui, à mes yeux, resteront toujours mes petites sœurs. Je vous dois mon enfance. L'aînée a su ouvrir le chemin, tandis que l'autre apportait une joyeuse diversion.

J'ai également une pensée émue pour ceux qui sont partis, Aitatxi, Papi, Mami, qui m'ont transmis une part essentielle de la vie et ont laissé derrière eux un monde d'opportunités.

Un immense merci à tous mes colocataires ! Il y en a eu tellement. Je pense d'abord à ceux de Sainté, avec qui j'ai partagé certains des meilleurs moments de ma vie. Un salut spécial à "Allez les Vert", au premier coloc Geoffroy, puis à Zoé et Pierre. Sans oublier tous les colocs de passage : Matthieu, Pierre, Rebeca, Cécile et Etienne.

Les colocataires en Sarthe, Mayenne, et Maine-et-Loire ont aussi été fondamentaux. Vous êtes nombreux et je vous remercie tous. La plupart d'entre vous m'ont réellement appris à devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Une dédicace particulière à Arthur, Noémie, Mélanie, Lucile, Valentine, et Tanguy, notamment lors de ce premier semestre d'urgence en Mayenne, à six dans une maison bien trop grande... Une expérience inoubliable.

À mes amis, rencontrés à Saint-Etienne, qui m'ont accompagné durant toutes mes études et continuent d'être présents. Mathieu, Etienne, et les filles en culotte... Aurore, Cécile, Heloise, Ksénia, Lucie, Laura. Avec vous, on rit tellement, les moments partagés sont tout simplement géniaux.

À mes amis de VM, amis d'enfance et pour toujours. Il est impossible d'imaginer la suite sans vous. Aurélien, Antoine, Gabriel, Guillaume, Melvin, c'est vous qui me lancez les hauts défis et me poussez à me dépasser.

Je remercie chaleureusement mes Confrères et Consœurs, qu'ils soient du passé, du présent ou du futur. Vous êtes le reflet de ce travail et de ces études. J'ai tant appris à vos côtés, et je continue d'apprendre chaque jour. En tant qu'interne dans de nombreux services à travers les trois départements, j'ai eu la chance de vivre une multitude d'expériences différentes et enrichissantes. Une pensée particulière pour le CSAPA, car le présent est important.

Enfin, merci à toi, Charline, de m'avoir rejoint dans cette aventure de thèse. Ce travail n'aurait tout simplement pas pu se concrétiser sans toi.

Liste des abréviations

[illegible]

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

1. Epidémiologie

2. Concept de l'addiction

- 2.1. Définition de Aviel Goodman
- 2.2. Critères du DSM-V
- 2.3. Classification de la CIM-10
- 2.4. Le modèle biopsychosocial de Couteron
- 2.5. Le triangle d'Olievenstein
- 2.6. Bases neurobiologiques de l'addiction

3. L'offre de soins en addictologie

- 3.1. Organisation de l'offre de soins en addictologie
- 3.2. La place des SMRA

MÉTHODES

1. Population d'étude

2. Guide d'entretien

3. Déroulement des entretiens

4. Analyse du contenu

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

- 1.1. Recrutement de la population
- 1.2. Description de la population de médecins généralistes

2. Représentation des addictions par les médecins généralistes

- 2.1. Caractéristiques des patients
- 2.2. Les dommages secondaires à la consommation de substances psychoactives
 - 2.2.1. Les dommages somatiques
 - 2.2.2. Les dommages psychologiques
 - 2.2.3. Les dommages familiaux
 - 2.2.4. Les dommages en lien avec l'emploi
 - 2.2.5. Les dommages judiciaires

3. La place du médecin généraliste dans l'accompagnement des patients souffrant d'addictions

- 3.1. Les rôles du médecin généraliste
 - 3.1.1. Prise en charge globale et accompagnement des patients
 - 3.1.2. Médecin de premier recours
 - 3.1.3. Coordination des soins
 - 3.1.4. Rôle de la formation continue
- 3.2. L'investissement émotionnel des médecins généralistes
- 3.3. Les difficultés des consultations addictologiques en médecine générale

- 3.3.1. Difficultés de communication
- 3.3.2. Sous-estimation des consommations
- 3.3.3. Consultations irrégulières et désorganisées
- 3.3.4. Difficultés administratives
- 3.3.5. L'entourage des patients

4. Représentation des SMRA par les médecins généralistes

- 4.1. Perception des SMRA
 - 4.1.1. Types d'addictions prises en charges
 - 4.1.2. Intérêt des SMRA pour les patients
- 4.2. Objectifs des SMRA vus par les médecins généralistes
 - 4.2.1. Objectif de sevrage ou de contrôle des consommations
 - 4.2.2. Objectif d'éducation thérapeutique
 - 4.2.3. Objectif de réinsertion sociale et réadaptation
 - 4.2.4. Absence d'attente des SMRA
- 4.3. L'adressage des patients en SMRA
 - 4.3.1. L'origine de la demande
 - 4.3.2. Les critères d'adressage en SMRA selon les médecins généralistes
 - 4.3.3. Contre-indication à un séjour en SMRA d'après les médecins généralistes
 - 4.3.4. Difficultés d'adressage en SMRA
- 4.4. Bénéfices des SMRA
 - 4.4.1. Abstinence ou contrôle des consommations
 - 4.4.2. Amélioration sur les plans psychologiques, physiques et sociaux
 - 4.4.3. Suivi médical régulier
 - 4.4.4. Absence de bénéfices
- 4.5. Suivi post-SMRA
 - 4.5.1. Traitement médicamenteux
 - 4.5.2. Suivi addictologique
 - 4.5.3. Absence de suivi
- 4.6. Proposition d'amélioration du suivi post-SMRA par les médecins généralistes

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

- 1.1. Forces de l'étude
 - 1.1.1. Sujet original
 - 1.1.2. Respect des critères COREQ
 - 1.1.3. Résultats variés
 - 1.1.4. Adaptation du guide d'entretien
- 1.2. Limites de l'étude
 - 1.2.1. Biais de mémoire
 - 1.2.2. Difficultés liées aux entretiens semi-directifs

2. Définition et représentations des addictions

- 2.1. Représentations des médecins généralistes face à la théorie
- 2.2. Difficultés des consultations
 - 2.2.1. Consultations non honorées
 - 2.2.2. Sentiment de manipulation ressenti par les médecins
 - 2.2.3. Sous-estimation des consommations

3. L'accompagnement du patient présentant une pathologie addictive

- 3.1. Le médecin généraliste en premier recours
- 3.2. Positionnement du médecin dans le suivi de pathologie chronique
- 3.3. Place de l'éducation thérapeutique dans les addictions
- 3.4. La place centrale du médecin généraliste dans la coordination des soins

4. Représentations et perceptions des SMRA par les médecins généralistes

- 4.1. Confusion dans la dénomination des structures addictologiques
- 4.2. Vision similaires des objectifs et missions des SMRA
- 4.3. Représentations des SMRA
 - 4.3.1. Divergence d'opinions sur l'intérêt des SMRA
 - 4.3.2. Coût économique et social des addictions
- 4.4. Problématiques d'accès aux soins
 - 4.4.1. Délais de prise en charge
 - 4.4.2. Les voies de recours des médecins généralistes
- 4.5. Vision commune des critères d'adressage en SMRA

5. Perspectives

- 5.1. Plusieurs visions de l'addiction
- 5.2. Création d'un annuaire pour adresser un patient en SMRA

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

**La place des SMRA (Soins Médicaux et de Réadaptation en
Addictologie) dans le suivi de patients présentant une
addiction sévère :
Représentations et vécu des médecins généralistes.**

Charline HAMELIN & Pierrick VIDAL

Bibliographie : Charline HAMELIN & Pierrick VIDAL

Guide d'entretien : Pierrick VIDAL

Planification des entretiens : Charline HAMELIN & Pierrick VIDAL

Retranscription des entretiens : Charline HAMELIN & Pierrick VIDAL

Codage des entretiens : Charline HAMELIN & Pierrick VIDAL

Introduction : Charline HAMELIN

Résultats : Charline HAMELIN

Discussion : Charline HAMELIN & Pierrick VIDAL

Conclusion : Pierrick VIDAL

INTRODUCTION

1. Epidémiologie

Les pathologies addictives constituent un enjeu de santé publique majeur et une priorité des politiques de santé en France, par leurs fréquences très élevées, et par le côté "évitable" des conséquences qu'elles entraînent. La consommation d'alcool et le tabagisme sont à l'origine de plus de 115 000 décès par an en France, dont 41 000 décès attribuables à l'alcool et 75 000 au tabac en 2015. Ils constituent ainsi les deux premières causes de mortalité évitable (1). Pour les substances psychoactives en dehors du cannabis, on estime 342 000 usagers, souvent polyconsommateurs, dont 129 000 ont pratiqué une injection intraveineuse avec pour conséquence 503 décès en 2019 (2).

2. Concept de l'addiction

Il existe une multitude de définitions et d'approches : biologiques et médicales, psychologiques, sociologiques.

2.1. Définition de Aviel Goodman

Aviel Goodman propose en 1990 la définition suivante : c'est "un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du 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" (3). Cette définition place la perte de contrôle au centre du questionnement. Il a ainsi proposé une liste de critères diagnostiques, comprenant quatre critères principaux : impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement, tension croissante avant d'initier le

comportement, plaisir ou soulagement au moment de l'action, sensation de perte de contrôle pendant le comportement ; et une liste de neuf critères secondaires (annexe 1).

Plusieurs définitions ont succédé à celle-ci. Parmi elles, on retrouve notamment les critères du DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé).

2.2. Critères du DSM-V

Les critères du DSM-V (annexe 2), permettent de classer les addictions en trois degrés de sévérité en se basant sur 11 critères. La présence d'au moins deux d'entre eux au cours d'une période d'un an définit l'addiction (4). Parmi ces 11 critères, on retrouve :

- La substance est prise en quantité plus importante que prévue.
- Le désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance.
- Un temps important passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance.
- La notion de *craving* apparaît : besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance.
- L'utilisation de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures.
- La réduction voire l'abandon des activités sociales, occupationnelles à cause de l'utilisation de la substance.
- L'utilisation répétée de la substance malgré un danger physique.
- L'apparition d'une tolérance à la substance : augmentation des quantités pour obtenir l'effet désiré.
- La notion de sevrage à l'arrêt de la substance.

Ensuite, la sévérité de l'addiction sera fonction du nombre de critères cochés : addiction légère (2-3 symptômes), modérée (4-5 symptômes), sévère (6 ou plus). La dépendance correspond à 4 critères ou plus.

2.3. Classification de la CIM-10

La classification de la CIM-10 différencie l'usage nocif de la dépendance (5). L'utilisation nocive d'une substance correspond à un mode de consommation préjudiciable à la santé (physique ou psychique), pouvant mener à des conséquences sociales négatives ou à des critiques. Elle est caractérisée par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en « un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités ». Il correspond à un désir puissant, parfois compulsif, de consommer une substance.

Le diagnostic est posé quand 3 des 6 critères suivants sont présents (annexe 3) :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance.
- Syndrome de sevrage lorsque le sujet diminue ou arrête la consommation.
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance.
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt.
- Poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences nocives.

2.4. Le modèle biopsychosocial de Couteron

Le caractère multifactoriel de l'addiction est établi depuis longtemps. La notion du modèle biopsychosocial dans le concept d'addiction décrit par Couteron (3) implique :

- Des facteurs neurobiologiques : « leurres pharmacologiques » que jouent les substances psychoactives dans les systèmes de neuro-médiation des différents circuits concernés, et notamment le circuit de la récompense.

- Des facteurs psychologiques : la recherche de sensations, l'impulsivité, l'évitement de l'autre ou recherche d'une intensification du plaisir, automédication ou transgression.
- Des facteurs sociaux, liés au contexte social et sociétal, influencent la relation d'un individu aux substances et aux déclencheurs de satisfaction dont il dispose.

En se basant sur ce modèle biopsychosocial, on peut facilement déduire que la prévention et la prise en charge des conduites addictives nécessiteront la participation de très nombreux acteurs des champs sanitaire, médico-social, associatif, éducatif... Parmi ces acteurs, les médecins généralistes libéraux occupent une place centrale. Ils sont parmi les premiers professionnels à entrer en contact avec les patients lorsqu'apparaissent ou sont dépistés des problèmes de santé liés à des conduites addictives. Ils participent activement au repérage précoce des conduites addictives, la mise en place et la coordination d'une prise en charge adaptée auprès des patients concernés, mais aussi dans le suivi de ces personnes, qui s'inscrit le plus souvent sur du long terme (6). D'ailleurs, l'accompagnement du patient présentant une pathologie addictive entre dans la première des onze familles de situations types identifiées dans la grille de compétences des médecins généralistes du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) : situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence (7).

2.5. Le triangle d'Olievenstein

Le Dr Olievenstein, psychiatre français né en 1933 et spécialisé dans le traitement de la toxicomanie, a proposé la modélisation de la genèse de l'addiction sous forme d'un triangle (8). Le processus addictif et son installation traduisent la rencontre d'une personnalité avec un produit à un moment particulier de sa vie. Il montrait qu'une addiction se développe quand un individu, avec toutes ses problématiques personnelles, son vécu, son histoire, ses singularités, rencontre un produit à un moment donné de sa vie, et dont les spécificités psychoactives et le statut social vont être en phase avec les besoins conscients ou non de la personne. Cette approche montre l'importance des interactions entre la personne, le produit et l'environnement. Ainsi, Dr Olievenstein a théorisé autour de la nécessité, pour

accompagner l'individu à sortir de la dépendance et de ses consommations, de prendre en compte les 3 pôles du triangle. Ce modèle est la base du travail effectué en SMRA : travail autour de l'individu, son contexte et le produit consommé.

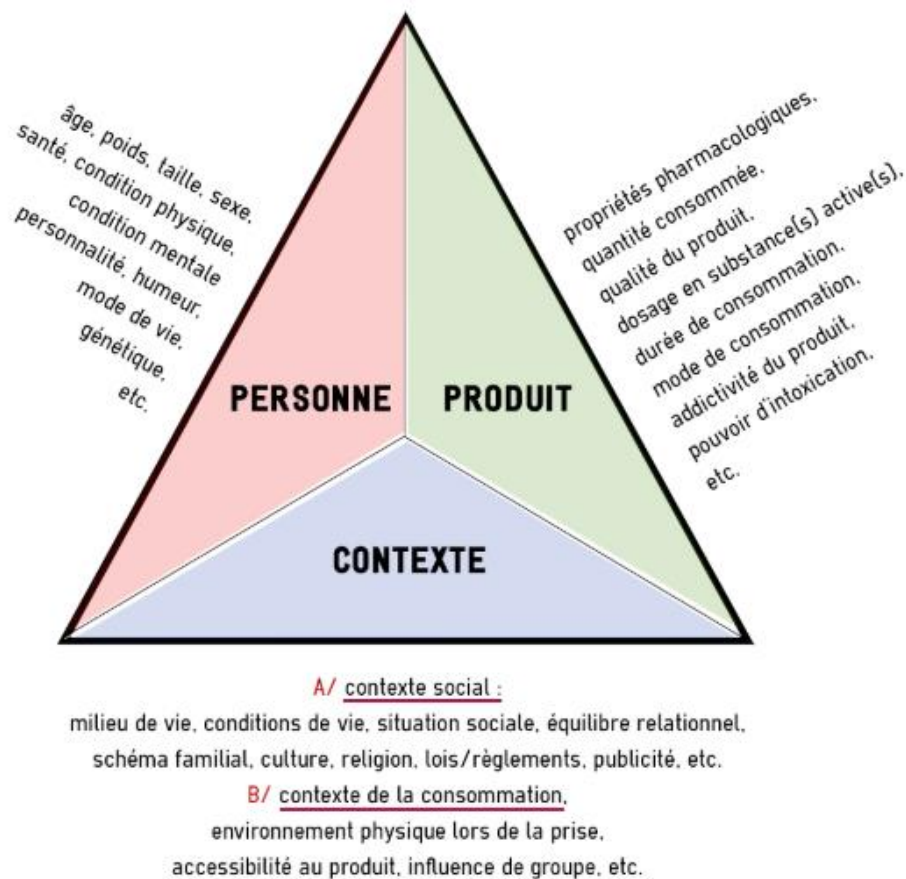


Figure 1 : Le triangle multifactoriel de Claude Olievenstein

2.6. Bases neurobiologiques de l'addiction

Grâce aux progrès des neurosciences, on connaît de mieux en mieux les mécanismes neurobiologiques de l'addiction. Ceux-ci sont étroitement liés au « système de récompense », circuit du cerveau responsable des sensations de plaisir ressenties après certaines actions. Le circuit de la récompense est composé de plusieurs parties : les structures limbiques (noyau accumbens, septum, amygdale, hippocampe) et une structure corticale (cortex préfrontal). Présent dans le cerveau de l'Homme et dans

celui de nombreux animaux, c'est grâce à lui que nous répétons volontiers les comportements indispensables à notre survie et à celle de notre espèce (manger, boire, procréer...). Trois types de neurones régulent ce circuit : dopaminergiques, sérotoninergiques et noradrénergiques. L'information transite entre les synapses des neurones grâce aux neurotransmetteurs (dopamine, sérotonine etc...). Certaines substances psychoactives ont la propriété d'imiter les neurotransmetteurs naturellement présents dans le cerveau pour se substituer à eux dans leurs récepteurs naturels. Elles peuvent ainsi perturber la transmission des informations entre les neurones responsables de nos perceptions, sensations, émotions, humeurs. La dopamine a un rôle central pour expliquer la difficulté de certains usagers à arrêter ou contrôler leur consommation. En effet, les substances psychoactives libèrent la dopamine, activant ainsi le circuit de la récompense. Cette libération de dopamine génère un afflux de plaisir et en retour, la substance va inciter le cerveau à poursuivre la consommation pour maintenir ce plaisir. Chez la personne dépendante, ce système dysfonctionne. L'absence de substance ou de stimulation crée un manque (9).

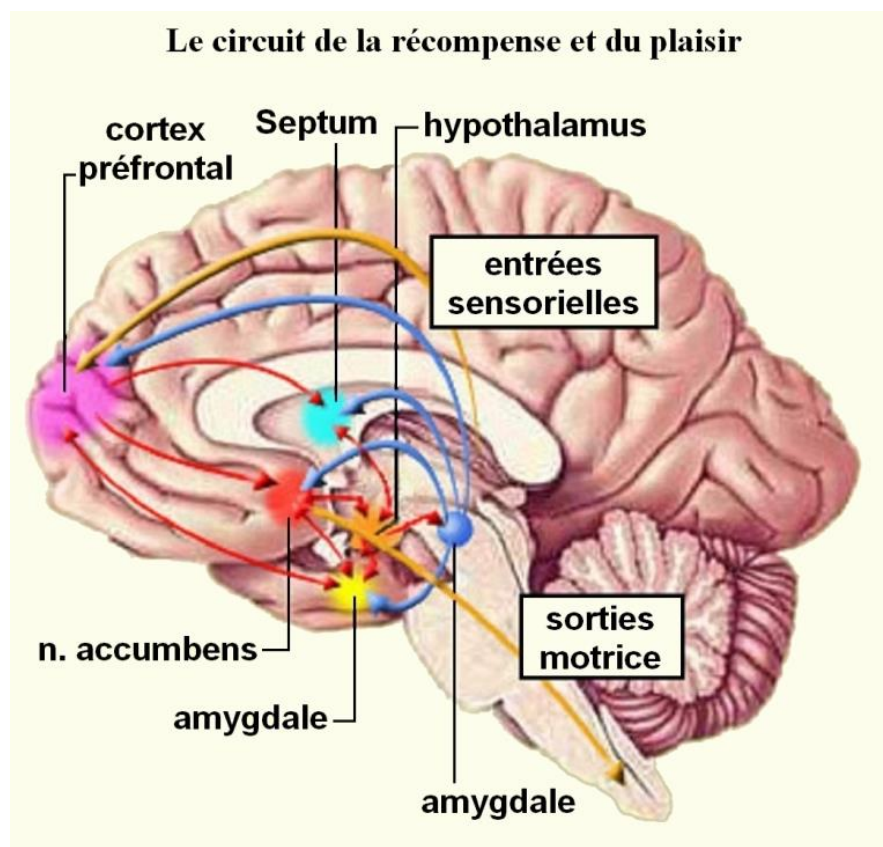


Figure 2 : Illustration du circuit de la récompense

Cette explication neurobiologique a permis de définir l'addiction comme étant une maladie, seulement dans les années 2000. L'addiction est désormais reconnue comme étant une "maladie du circuit de la récompense", au même titre que le diabète est une maladie du pancréas et l'hypertension artérielle une maladie des artères. À la différence de beaucoup de pathologies, il n'existe pas de traitement médicamenteux efficace. L'addiction est une maladie dont le suivi s'inscrit dans le temps ce qui fait d'elle une maladie chronique. Cette notion de maladie addictive est récente et, malheureusement, la société, les patients et leur entourage, voire certains soignants n'ont pas encore intégré cela. La société culpabilise et stigmatise les personnes souffrant de pathologies addictives, ce qui amène l'individu à ressentir de la honte et à se dévaloriser.

3. L'offre de soin en addictologie

3.1. Organisation de l'offre de soins en addictologie en France

Les dispositifs de soins en addictologie sont mal connus des médecins généralistes. 83% estiment manquer de formation pour prendre en charge les addictions et 62% trouvent qu'ils sont mal informés des actions menées par les réseaux de soins (10). Pourtant, l'offre de soin en addictologie est très structurée et comprend (11) :

- Les acteurs de premier recours : professionnels de santé de proximité (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, médecine du travail...). Ils agissent selon leurs domaines de compétences pour repérer, conseiller, soigner, orienter le patient vers la structure adéquate.
- Les dispositifs médico-sociaux : structures spécialisées composées d'une équipe pluridisciplinaire proposant un accompagnement médicopsychosocial de proximité. Ils regroupent les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour

Usagers de Drogues) et les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)

- Les dispositifs sanitaires au sein d'établissements hospitaliers offrent une prise en charge graduée alliant la proximité et le recours : HDJ (Hôpital De Jour), SMRA etc...

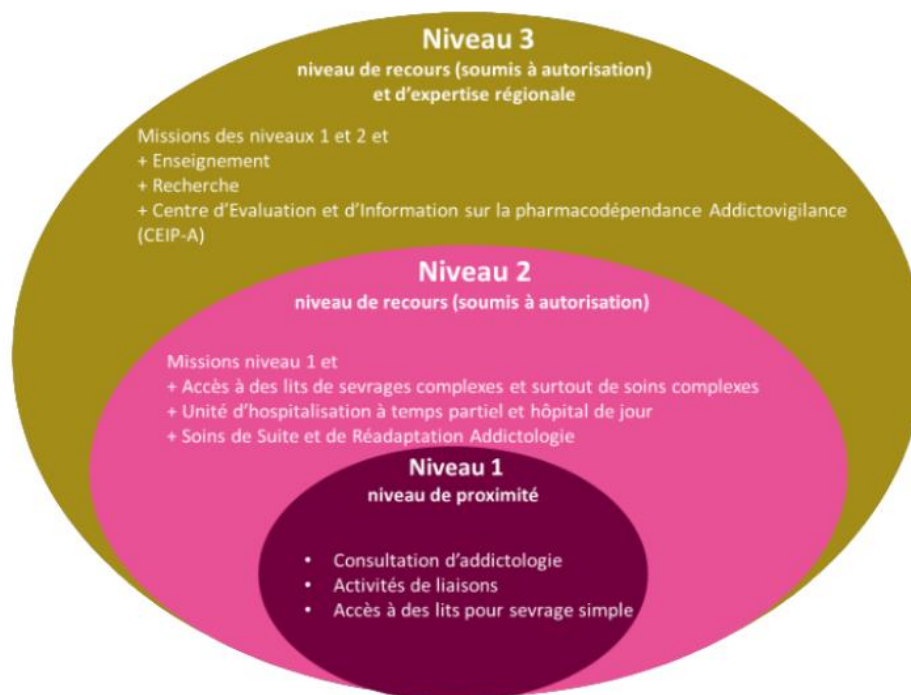


Figure 3 : Illustration de l'offre de soins en addictologie

3.2. La place des SMRA

Les SMRA, anciennement nommés post-cure puis SSRA (Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie), sont des structures qui ont pour mission de "prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion" (12). Les patients pris en charge dans les SMRA sont les patients dont l'addiction est sévère.

Les recommandations de bonne pratique de la SFA (Société Française d'Addictologie) ont été mises à jour en 2023. Elles permettent de préciser que les hospitalisations en SMRA concernent les patients ayant une forme très sévère de mésusage, notamment une dépendance sévère et souvent ancienne. Elles concernent plus particulièrement les personnes souffrant de comorbidités somatiques ou psychiatriques importantes, ou d'une situation sociale difficile du fait des conditions d'hébergement, ou d'un environnement peu soutenant dans la démarche de soins. Les sujets présentant des troubles cognitifs significatifs bénéficient particulièrement d'une hospitalisation prolongée à l'abri de la consommation de substances psychoactives (le plus souvent l'alcool), étape clé pour permettre une récupération progressive des capacités cognitives essentielles à l'approfondissement de la motivation au changement et à l'adoption de stratégies permettant de prévenir la rechute (13).

Dans le Maine-et-Loire, le SMRA « Les Euménides » propose un accompagnement des patients suite à un sevrage hospitalier ou directement du domicile (14) :

- En hospitalisation à temps complet : dans ce cas, la durée de séjour est de 12 semaines par an maximum.
- En hospitalisation à temps partiel : avec des accompagnements pouvant aller jusqu'à 1 an et demi avec une fréquence de 1 à 5 jours par semaine selon les besoins.

Dans les deux cas, le programme de soins se décline selon deux modalités : ateliers thérapeutiques en groupe et entretiens individuels. Un projet de soin personnalisé est formalisé avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire. Il s'articule autour de plusieurs axes : réhabilitation corporelle et cognitive, gestion des émotions et renforcement des compétences psychosociales, éducation à la santé et prévention de la rechute.

La littérature sur les SMRA est peu étayée de façon générale. Il existe quelques publications à ce sujet permettant de comparer un suivi addictologique ambulatoire à un accompagnement hospitalier. En conclusion, ces deux offres de soins présentent peu de différences. Cette constatation s'explique par la difficulté à évaluer les programmes en raison de la grande diversité de soins proposés. Le suivi à long terme avec une bonne alliance thérapeutique, l'inclusion à des programmes d'éducation et une prise en charge sociale sont généralement plus efficaces (15) (16). Par contre, il n'existe pas, à notre

connaissance, d'étude évaluant les attentes et représentations des médecins généralistes vis-à-vis de ces structures.

Les présupposés de recherche étaient que les soins proposés par le SMRA « Les Euménides » permettent d'améliorer et de faciliter l'accompagnement des patients présentant une addiction sévère. L'objectif principal était d'explorer les représentations et les attentes que peuvent avoir les médecins généralistes de la subdivision d'Angers concernant les patients hospitalisés au SMRA « Les Euménides ». Les objectifs secondaires étaient d'explorer leurs représentations des addictions et des structures addictologiques.

METHODES

Il s'agit d'une étude qualitative menée par entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes installés dans la subdivision d'Angers, ayant suivi des patients hospitalisés au SMRA « Les Euménides » entre Janvier 2022 et Décembre 2022.

1. Population d'étude

La population d'étude était constituée des médecins traitants (MT) ayant au moins un patient sorti du SMRA « Les Euménides » depuis plus de 3 mois afin d'évaluer sur une durée raisonnable (un an maximum) le suivi, afin de limiter le biais de mémoire. Le SMRA accueillant des patients de différentes régions, l'étude s'est limitée aux MT installés dans la subdivision d'Angers (Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe) pour des raisons logistiques.

Les critères de variation ont été choisis pour être les plus diversifiés en restant pertinents par rapport à la recherche : âge, sexe, nombre d'années d'installation, cabinet de groupe ou seul, sensibilité à l'addictologie, à l'origine ou non de l'hospitalisation.

Les médecins ont été contactés à partir du dossier des patients du SMRA « Les Euménides » une première fois par téléphone pour récupérer leurs adresses mails. Une lettre d'information (annexe 4) expliquant brièvement le travail de recherche, leur a été envoyée, avec un objectif d'améliorer le lien entre la médecine ambulatoire et le SMRA. Une relance téléphonique a été faite 15 jours après afin de fixer un rendez-vous pour l'entretien, avec proposition de se rencontrer à l'endroit de leur convenance (adresse professionnelle ou personnelle).

2. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé à partir de la bibliographie (17) et des objectifs de recherche (perception d'un SMRA, attentes des MT, évolution de la prise en charge et de la relation médecin/patient avant et après l'hospitalisation). Le guide d'entretien a été modifié à deux reprises afin de formuler des questions plus ouvertes et de permettre aux médecins de s'exprimer plus facilement. La première version (annexe 5) a été modifiée après les deux premiers entretiens. Il a été modifié une deuxième fois après le 4ème entretien (annexe 6) afin d'aborder plus en détail la coordination des soins.

3. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été répartis de façon égale entre les deux enquêteurs. Un consentement oral a été récupéré au début de l'entretien en assurant l'anonymat des patients et des médecins. Il leur a été expliqué que les données des entretiens seraient conservées pendant la durée du travail, puis effacées à la fin du travail de recherche conformément aux recommandations de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). La retranscription a été proposée à chaque participant pour une relecture de ses propos. Les entretiens ont été enregistrés avec la fonction Dictaphone de smartphones, retranscrits ad integrum, anonymisés et numérotés (M1, M2...).

4. Analyse du contenu

Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot après anonymisation afin de créer le verbatim d'étude sur le logiciel Google Sheet. Le verbatim a été découpé en unités de sens. Ces unités de sens ont ensuite permis de dégager des sous-thèmes (regroupement de plusieurs unités de sens) et des thèmes. Le codage s'est effectué en double codage par les deux chercheurs principaux, avec triangulation des données. Ces dernières ont été analysées avec une approche inductive s'inspirant de la théorisation ancrée. Une carte mentale a été élaborée à la fin des entretiens afin de synthétiser l'ensemble des

données (annexe 7). Aucun comité d'éthique n'a été demandé, car il s'agit d'une analyse de pratique des médecins généralistes.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

1.1. Recrutement de la population

Les entretiens se sont déroulés entre Janvier et Novembre 2024. 30 médecins ont été contactés par téléphone à leur cabinet. Une brève description de l'étude était donnée au secrétariat (ou au médecin lui-même s'il n'y avait pas de secrétariat), qui transmettait ensuite le message au médecin concerné. Si le cabinet disposait d'une adresse mail, nous faisions parvenir la lettre d'information directement au médecin. Une relance téléphonique a été faite au bout de 15 jours en l'absence de retour. Le médecin ayant accepté de répondre à notre questionnaire se voyait proposer un rendez-vous en présentiel à son cabinet ou autre lieu de sa convenance. Sur 30 médecins contactés, 6 ont répondu de manière favorable, soit un taux de réponse de 20%. Sur ces 6 médecins, 3 d'entre eux n'avaient pas de secrétaire et répondaient directement au téléphone. Nous avons remarqué que le taux de réponse favorable était de 100% si le médecin répondait lui-même au téléphone.

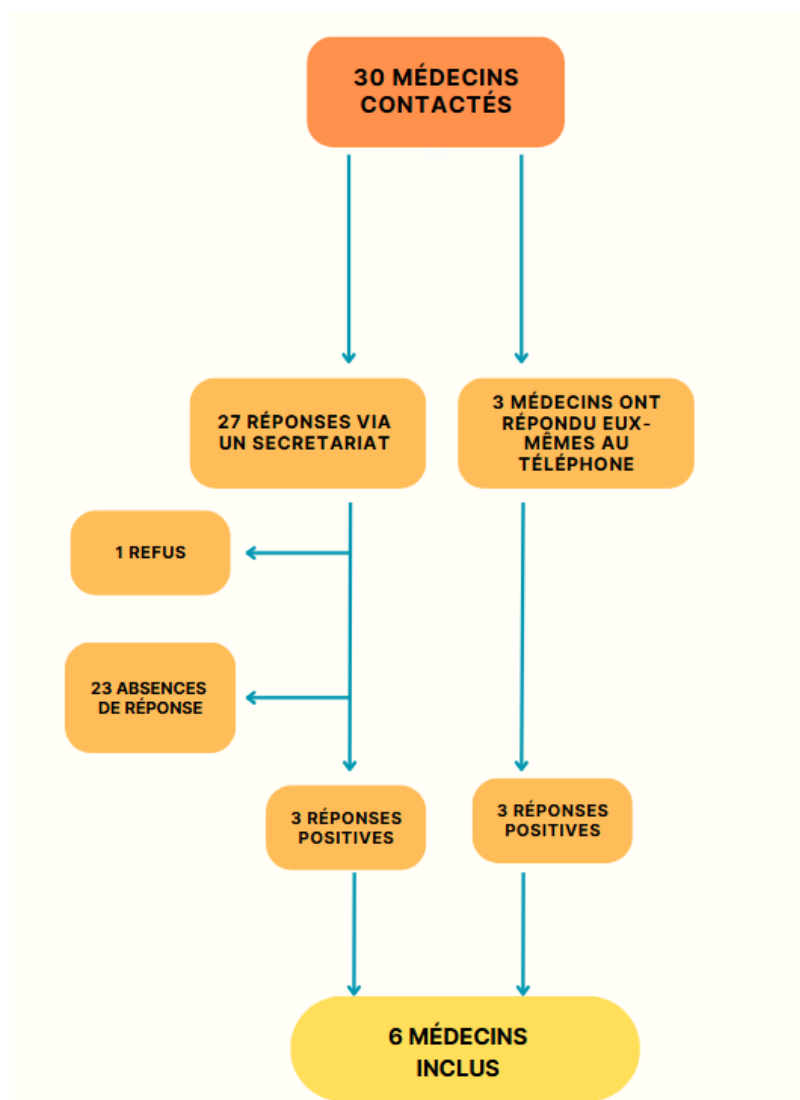


Figure 4 : Diagramme de flux des médecins généralistes inclus

1.2. Description de la population de médecins généralistes

Parmi les six médecins ayant répondu au questionnaire, il y avait quatre femmes et deux hommes. La moyenne d'âge est de 52 ans. Deux des médecins exercent seuls tandis que quatre sont en cabinet de groupe. Quatre des médecins se disaient formés ou sensibles à l'addictologie, dont un, possédant une capacité en addictologie. La moitié des médecins interrogés ont été à l'origine de la demande

d'admission au SMRA « Les Euménides ». La durée moyenne des entretiens était de 18 minutes et 30 secondes. La figure ci-dessous résume les principales caractéristiques de la population d'étude.

Médecin	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Age	63	34	65	42	62	46
Sexe	Femme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Nombre d'années d'installation	33	7	33	11	33	14
Type d'exercice	Groupe	Groupe	Seul	Groupe	Groupe	Seul
Lieu d'exercice	Ville	Rural	Ville	Rural	Ville	Rural
Sensibilité/formé à l'addictologie	Sensible	Sensible	Non	Oui	Oui	Non
Nombre de patients suivis post-SMRA	Multiples	Multiples (5 -10)	1	Au moins 2	5 ou 6	5
A l'origine de l'hospitalisation	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Informé de l'hospitalisation	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Durée de l'entretien	8'50	16'58	18'36	15'34	35'	14'16

Figure 5 : Tableau des caractéristiques de la population des médecins généralistes

2. Représentation des addictions par les médecins généralistes

Avant d'aborder les représentations des SMRA par les médecins généralistes, il nous semblait important de détailler leurs représentations des addictions en général et la place qu'ils occupent généralistes dans le suivi des patients concernés.

2.1. Caractéristiques des patients

Les patients concernés par l'étude sont des hommes âgés entre 40 et 60 ans. Un des médecins ne se souvenait pas du patient en question et nous a parlé d'un autre patient qui a fait un séjour en SMRA dans une autre structure.

Parmi les six patients concernés par l'étude, cinq présentaient une "*problématique d'alcoolisme chronique*" (M2). Un patient était concerné par une "*consommation de stupéfiants*" (M4).

Les médecins traitants interrogés font remarquer que l'addiction est une maladie dont l'accompagnement s'inscrit sur du long terme, et marquée par de nombreuses rechutes : *"C'est un travail de longue haleine, il y a beaucoup de récurrences. Enfin, il faut vraiment considérer que l'addiction c'est pas une tare [...], c'est une maladie. Donc il y a une maladie, ça se soigne, ça s'accompagne tout au moins"* (M5).

Plusieurs médecins ont rapporté que leur patient souffrait d'addiction pour une raison précise, pour compenser ou soulager une souffrance liée un évènement grave ou stressant : *"On n'est pas addict à quelque chose pour rien quoi. L'addiction est souvent une compensation des malheurs de la vie"* (M5).

2.2. Les dommages secondaires à la consommation de substances psychoactives

2.2.1. Les dommages somatiques

Deux patients concernés par l'étude présentaient des dommages somatiques. Il s'agissait surtout de chutes à répétition dans un contexte de troubles de l'équilibre ou bien de lésions traumatiques : *"Il a eu de multiples fractures costales là en 2024. Il est tombé chez lui. On va dire qu'il nie le fait que c'était en ayant picolé... moi je pense que oui parce que je l'avais vu quelques jours avant cette chute il était là pour prolonger son arrêt de travail suite à ses problèmes de santé et il me semblait qu'il était alcoolisé..."* (M3).

Un des patients présentait des troubles cognitifs en lien avec les consommations d'alcool : *"On voyait que déjà sur le plan cognitif ça commençait déjà à être compliqué, malgré le fait qu'il était très jeune"* (M2).

2.2.2. Les dommages psychologiques

Trois patients présentaient des dommages psychologiques avec majoritairement des syndromes anxio-dépressifs : *"Il a eu des moments où il a été hospitalisé parce qu'il n'était pas bien. Alors pas forcément en lien avec l'alcool mais parce que je pense qu'il est un peu déprimé"* (M5).

2.2.3. Les dommages familiaux

Trois patients présentaient des conflits conjugaux. Un des patients s'était séparé de son.sa conjoint.e, et deux autres ont été menacés de séparation à cause des consommations : *"Là il est venu parce que y'avait eu ça, cette demande précise, mais ça c'était suite à la pression de son épouse par rapport à un divorce éventuel ou une séparation en tout cas"* (M6).

Un des patients avait des conflits avec ses enfants, en partie à cause des consommations de substances : *"Deux enfants avec qui c'est un peu compliqué, bah y'en a un qui est adulte maintenant donc... lui il s'est fait sa raison, mais voilà, et le plus jeune qui vit à domicile, mais pareil... c'est pas des grandes relations père-fils quoi..."* (M6).

Deux des patients concernés étaient considérés en isolement social par leur médecin traitant : *"Malgré ça ce monsieur était tout seul à domicile, avec pas de famille, pas d'enfants, enfin tout seul"* (M2).

2.2.4. Les dommages en lien avec l'emploi

L'intégralité des patients présentait des soucis sur le plan professionnel : *"Par rapport à son boulot quand même, ça commençait à devenir un peu problématique. C'est-à-dire qu'il avait eu, je pense, un avertissement ou quelque chose comme ça parce qu'il était arrivé alcoolisé sur son lieu de travail"* (M6).

Les médecins relèvent que les addictions sont source d'arrêts de travail répétés : *"Bah ça allait d'arrêt de travail en arrêt de travail. [...] Alors là il est retourné en arrêt de travail à cause de ses fractures costales"* (M3).

2.2.5. Les dommages judiciaires

Les dommages judiciaires concernaient surtout la suspicion du permis de conduire. Trois patients étaient concernés par le retrait du permis : *"Suite à la perte de son permis de conduire, parce qu'il conduisait une moto et il picolait. Donc il s'était fait arrêter et il avait une suspension de permis et nécessité d'une obligation de soins"* (M3).

3. La place du médecin généraliste dans l'accompagnement des patients souffrant d'addictions

3.1. Les rôles du médecin généraliste

3.1.1. Prise en charge globale et accompagnement des patients

Un des rôles principaux du médecin traitant était de prendre en charge son patient de façon globale, en opposition avec les autres spécialistes qui se concentrent sur un organe : *"D'autant plus que mon rôle, moi, en tant que généraliste, c'est de centraliser les choses. [...] Enfin quand on va voir des spécialistes, on morcelle les gens. Donc c'est l'anti-définition du généralisme quoi. On a un œil sur ce que les gens vont devenir parce qu'on les connaît bien"* (M5).

Le médecin traitant va accompagner son patient tout au long de sa vie. Dans le cas d'une addiction, il va l'orienter, le conseiller, le guider : *"On ne guérit pas les gens, on accompagne les gens"* (M5).

L'un des médecins précisait que l'accompagnement de patient présentant une addiction doit se faire sans *"être dans le jugement"* (M5).

3.1.2. Médecin de premier recours

Le médecin généraliste jouait un rôle majeur dans le dépistage précoce des addictions et dans la voie du premier recours. Il permettait de dépister les consommations de substances psychoactives car il connaît son patient, son environnement, son entourage, et parfois même son domicile : *"Oui je pense qu'au vu de mes dernières visites ou quand je le croise dans le village, oui je pense qu'il consomme toujours."* (M6).

3.1.3. Coordination des soins

Le médecin généraliste jouait un rôle clé dans la coordination des soins, notamment avec les autres spécialistes et structures. L'un des médecins a expliqué qu'il cherchait à faire admettre son patient en EHPAD, malgré son jeune âge, car les troubles cognitifs qu'il a développés ont diminué son autonomie. Ce projet est resté en attente pendant au moins 2 ou 3 ans car le médecin coordinateur de l'EHPAD voulait que le patient soit sevré physiquement avant son admission. L'idée a été ensuite de le faire hospitaliser, après le sevrage, en SMRA afin de *"terminer le sevrage physique, et puis aussi l'aider à se retaper physiquement, à se remplumer un peu, à reprendre du poids, à se remuscler etc... Pour qu'il arrive dans les meilleures conditions possibles à l'EHPAD"*.

La difficulté a été de coordonner tous ces services : le service d'addictologie au CHU, le SMRA, et l'entrée en EHPAD. *"Et puis à un moment donné, je ne sais pas, les étoiles se sont alignées et ça s'est fait, et ça s'est bien fait"* (M2).

3.1.4. Rôle de la formation continue

Un des médecins a souligné avoir eu des aides en addictologie via la formation médicale continue : *"On avait eu un topo y'a pas très longtemps avec un addictologue dans la formation médicale continue. [...] Heureusement qu'on a eu la réunion parce que je trouvais qu'on avait pas beaucoup de numéros de téléphone à appeler. Alors moi j'ai découvert de nouvelles structures que je ne connaissais pas..."* (M3).

3.2. L'investissement émotionnel des médecins généralistes

Deux des six médecins interrogés nous ont fait part de leur intérêt pour les consultations en lien avec les pathologies addictives : *"J'aime bien ce sujet-là, j'ai fait ma thèse dessus donc y'a pas de problème"* (M4).

Certains médecins ressentaient par contre un sentiment d'impuissance lorsqu'ils se retrouvent confrontés à des patients souffrant d'addiction : *"Mais moi je me trouve assez impuissant, ça c'est clair"* (M5).

3.3. Les difficultés des consultations addictologiques en médecine générale

3.3.1. Difficultés de communication

La plupart des médecins rapportaient que la communication avec les patients souffrant d'addiction peut parfois être difficile : *"Alors ce n'est pas quelqu'un qui parle facilement en plus, j'ai plutôt un mur en face de moi donc..."* (M3).

Ces difficultés de communication sont majorées si le patient est alcoolisé en consultation : *"Il ne va pas me le dire mais ça se voit je veux dire... on a l'habitude, ces patients là on sait bien... Quelle que soit l'heure en fait...il est pas ivre mort, mais voilà on sent bien qu'il y a une consommation"* (M6).

Certains médecins ont rapporté que leurs patients semblaient coopérants pour les soins lorsqu'ils n'étaient pas sous l'effet d'une substance psychoactive, mais que leur avis différait après avoir consommé : *"C'est un patient qui ne vient pas souvent, quand il vient, il est sous l'effet de l'alcool, donc déjà je trouve que ce genre de consultation n'a pas beaucoup d'intérêt parce qu'on a beau dire les choses, oui oui, il est partant et très motivé, mais en fait c'est sous l'effet de l'alcool donc euh, c'est pas de la vérité vraie quoi"* (M6).

Les addictions peuvent entraîner des troubles cognitifs et compliquent également la communication avec le patient : *"Le lendemain, il ne se rappelait plus qu'on en avait parlé et que quand on proposait quelque chose au final un peu à distance il était dans le refus de tout"* (M2).

3.3.2. Sous-estimation des consommations

Pour certains patients, il était difficile d'évaluer précisément les consommations car il peut exister une sous-estimation des consommations. Ceci peut amener certains médecins à avoir l'impression que leurs patients leur mentent : *"Ils vont un petit peu mentir parce qu'ils ont honte de dire exactement ce qu'ils sont, ils vont minimiser"* (M5).

Plusieurs médecins ont d'ailleurs déclaré se sentir « manipulés », voire utilisés par les patients souffrant d'addiction : *"Donc c'est des gens qui savent très bien manier et qui sont un petit peu menteurs [...]. Ils utilisent les compétences de chacun pour tracer leur route et c'est plus dans ce sens-là. Donc cette utilisation pour moi c'est pas une utilisation péjorative, j'en suis pas du tout vexé"* (M5).

3.3.3. Consultations irrégulières et désorganisées

L'absentéisme chez les patients avec des pathologies addictives semblait plus fréquent d'après les médecins généralistes : *"C'était des consultations qui étaient là au dernier moment. [...] C'était pas très ponctuel en fait, enfin pas très régulier les rendez-vous qu'il avait. Euh... il venait, il venait pas..."* (M4).

3.3.4. Difficultés administratives

Certains patients pouvaient avoir des difficultés dans la gestion administrative, ce qui peut compliquer les démarches d'accès aux soins et avoir un impact négatif sur leur accompagnement. Un des médecins

a eu recours à une protection juridique via un curateur pour aider son patient : *"Et manifestement, il était perdu dans les démarches [...] Sauf que finalement, les mois passants, bah ça allait de pire en pire, et donc au final, une fois qu'une mesure de protection, c'est-à-dire une curatelle renforcée a été prononcée pour ce patient-là, on a pu avancer "* (M2).

3.3.5. L'entourage des patients

L'entourage des patients avait une place importante dans leur suivi. Plusieurs médecins expliquaient que les patients consultent et entrent dans le soin sous pression de leur entourage : *"Parce que bon y avait quand même sa femme qui était très demandeuse qu'il se soigne"* (M3).

Parfois les problématiques addictives sont rapportées uniquement par l'entourage : *"C'est vraiment parce que l'épouse me disait qu'elle n'en pouvait plus que je me rendais compte qu'il y avait un problème"* (M1).

Il arrive aussi que l'entourage du patient soit à l'inverse, source de consommations : *"En sachant que le seul entourage amical qui venait le voir c'était les voisins... qui boivent autant que lui et qui lui livrent son alcool quoi, effectivement c'était quand même compliqué"* (M2).

4. Représentations des SMRA par les médecins généralistes

Pour finir, nous allons détailler les représentations qu'ont les médecins généralistes des SMRA.

4.1. Perception des SMRA

4.1.1. Type d'addictions prises en charge

Un des médecins pensait que le SMRA proposait des soins uniquement pour les patients concernés par une addiction à l'alcool : *"Parce que notamment par rapport aux Euménides, c'est vraiment dédié au sevrage. C'est une post-cure d'alcool, on est bien d'accord ?"* (M5).

4.1.2. Intérêt des SMRA pour les patients

Deux des médecins rapportaient une perception positive du SMRA : *"Il a eu une bonne prise en charge au SSR des Euménides"* (M2).

Trois médecins faisaient part d'une perception plutôt négative des SMRA, allant même à comparer le SMRA à *"des petites vacances"* (M1) : *"Je ne sais pas quels sont vos taux de réussite mais je trouve que... on a jamais des effets très bénéfiques en fait. J'en ai pas beaucoup qui ont réussi... j'en ai, mais pas beaucoup. Donc c'est vrai que malheureusement, je trouve que... l'intérêt du séjour me semble... je le vois pas en fait. Voilà."* (M6).

Un des médecins évoquait le *"gâchis financier"* des séjours répétés en SMRA : *"Je me suis dit : j'ai l'impression que c'est un gâchis financier parce que si elle a pas fait vingt cures en SMRA... Et à chaque fois, elle revient et dans les jours qui suivent, elle replonge et on retente. C'est un gâchis... Alors après c'est perso. Ça ne sert à rien dans ce cas-là"* (M1).

4.2. Objectifs des SMRA vus par les médecins généralistes

4.2.1. Objectif de sevrage ou de contrôle des consommations

Quatre médecins interrogés souhaitaient pour leur patient une abstinence à la fin de l'hospitalisation en SMRA : *"Pouvoir stopper leur consommation, et puis qu'il arrive à maintenir dans le temps son abstinence. Le but ça serait bien un sevrage complet"* (M6).

L'un des médecins attendait en fin d'hospitalisation en SMRA que le patient puisse contrôler sa consommation : *"Ou que ce soit vraiment quelque chose de contrôlé"* (M4).

4.2.2. Objectif d'éducation thérapeutique

Deux médecins attendaient du SMRA qu'une explication de l'addiction soit donnée aux patients et comprise : *"Qu'ils fassent comprendre au patient ce que c'est l'addiction en général"* (M4).

Un médecin précisait qu'elle attendait du SMRA *"une thérapie, une éducation thérapeutique, de l'entretien motivationnel"* (M2).

Un des objectifs cités du SMRA était de permettre au patient de prendre conscience des dégâts des consommations : *"Leur montrer quels sont les dégâts collatéraux de cette consommation chronique, et pour leur emploi, pour leur famille, pour eux personnellement"* (M6).

Pour le patient qui était consommateur d'opiacés type héroïne, le médecin espérait qu'un traitement substitutif soit introduit durant l'hospitalisation en SMRA : *"Qu'il puisse avoir un produit de substitution pour le recadrer..."* (M4).

Un des objectifs des SMRA était de remettre le patient dans une démarche de soins et réorganiser son suivi médical : *"Et puis essayer de le remettre dans une démarche de soins [...] et d'un un suivi régulier"* (M4).

4.2.3. Objectif de réinsertion sociale et réadaptation

Un des médecins généralistes a souligné que pour lui, une des missions du SMRA était de permettre au patient de retrouver *"un travail et une vie active"* (M4).

Un autre médecin avait pour objectif, en faisant hospitaliser son patient en SMRA, qu'il puisse bénéficier d'une rééducation physique : *"Et puis aussi l'aider à se retaper physiquement, à se remplumer un peu, à reprendre du poids, à se remuscler etc..."* (M2).

4.2.4. Absence d'attente des SMRA

Un des médecins a répondu qu'il n'attendait *"rien de spécial"* des SMRA car il n'est jamais à l'origine des demandes d'hospitalisation : *"A chaque fois que j'ai des patients qui y sont allés, ça a été des décisions qui n'émanaient pas de moi mais plus du service d'hospitalisation où ils étaient. Donc j'en attends rien parce qu'en fait... autrement quand j'attends quelque chose et ben là je fais les démarches parce que je sais quoi en attendre"* (M5).

4.3. L'adressage des patients en SMRA

4.3.1. L'origine de la demande

Deux des médecins ont rapporté avoir eu des patients eux-mêmes à l'origine de la demande d'hospitalisation : *"Y'a aussi parfois une demande, y'a des patients qui sont demandeurs"* (M3).

Trois des patients concernés par l'étude ont été adressés au SMRA à la demande de leur entourage. Les médecins ont remarqué que le risque d'échec de l'hospitalisation est plus élevé quand la demande n'émane pas du patient directement : *"Et la motivation de ce séjour-là avait été une demande de son épouse de séparation, sauf s'il faisait une prise en charge. Donc voilà... la demande ne venait pas forcément de lui en fait, ce qui pose problème je pense"* (M6).

Enfin, pour l'un des patients, la demande d'hospitalisation en SMRA a été faite directement par le CSAPA : *"Enfin parfois à la demande du CSAPA... qui ont jugé aussi et qui le connaissent, et qui savent que c'est la seule solution quoi"* (M6).

4.3.2. Les critères d'adressage en SMRA selon les médecins généralistes

Un des principaux critères d'adressage en SMRA était l'échec de sevrage en ambulatoire. En effet, deux des médecins l'ont évoqué : *"Soit on arrive à un peu gérer les patients en ambulatoire en les voyant par exemple une fois tous les 15 jours, dès qu'on est dépassé, il faut qu'il y ait une structure"* (M3).

Un autre critère est revenu plusieurs fois dans les entretiens, il s'agit de la motivation du patient. Un des médecins ajoutait d'ailleurs qu'une hospitalisation sans la motivation du patient, *"ça ne sert à rien"* : *"Au final, dans le temps, il faut qu'ils puissent montrer que leur projet de sevrage est vraiment pérenne, qu'il se maintient dans le temps et que du coup, ils sont vraiment motivés pour ça. [...] Pour moi le principal critère, c'est la motivation des gens"* (M2).

Pour un des médecins, une hospitalisation en SMRA pouvait être nécessaire pour extraire le patient de son environnement habituel, et ainsi l'éloigner des consommations : *"Soit vraiment la situation au domicile est compliquée, et le fait de quitter le domicile peut être bénéfique pour le patient, parfois une consommation vraiment en escalade qui fait qu'il y a besoin de s'extraire du milieu en fait et de quitter en fait tous les repères, tous les contacts, tous les gens..."* (M6).

Des problèmes de santé (psychologiques ou physiques) pouvaient également être un critère d'adressage en SMRA pour un des médecins généralistes : *"La première chose, c'est le mal-être quotidien [...], des problèmes de santé dûs à l'addiction"* (M1).

Deux médecins ont cité l'existence de conséquences judiciaires secondairement à leur addiction : *"Les ennuis avec la justice, la perte du permis"* (M1).

Pour terminer, un des médecins n'avait pas connaissance des critères d'admission en SMRA : *"Je ne sais même pas s'il y a des critères d'ailleurs, pour y rentrer"* (M5).

4.3.3. Contre-indication à un séjour en SMRA d'après les médecins généralistes

Pour un médecin, la présence de troubles cognitifs pouvait être un frein pour que le séjour en SMRA soit vraiment utile : *"Je n'étais pas très sûr que le fait d'être dans un service d'addictologie, enfin de SSR addicto, apporte une plus-value pour ce monsieur, parce qu'en fait les troubles cognitifs rendaient*

difficile l'accès à une thérapie, à une éducation thérapeutique, à de l'entretien motivationnel enfin, tout ce qu'on peut utiliser habituellement" (M2).

L'absence de motivation et de projet est aussi un critère pour ne pas adresser un patient en SMRA d'après un des médecins interrogés : *"Parce que s'il est pas prêt... enfin ça ne marche pas. Enfin il faut un projet du patient derrière parce que sinon ça ne marche pas"* (M4).

4.3.4. Difficultés d'adressage en SMRA

La principale difficulté d'adressage en SMRA qui ressort des entretiens était le délai de prise en charge confronté au souhait d'immédiateté du patient : *"Le problème c'est que quand ils veulent, ils veulent que ça soit tout de suite les gens, et en fait... y'a des délais. Ça peut être un mois, ça peut être deux mois, trois mois... et ça c'est un problème. Parce que bon, au moment où ils sont motivés... c'est là qu'il faudrait, mais je sais que c'est compliqué. Comme tous les rendez-vous médicaux actuellement..."* (M3).

4.4. Bénéfices des SMRA

4.4.1. Abstinence ou contrôle des consommations

Un des patients est parvenu à atteindre une consommation contrôlée : *"Il consomme quand même un petit peu. Mais en tout cas, il n'y a pas de répercussion sur la vie sociale ni professionnelle et ni mise en danger où quoi que ce soit parce qu'avant il conduisait... [...] Ce qui est sûr, c'est que maintenant il consomme toujours, mais plus modérément"* (M5).

Un patient est abstinant : *"La dernière fois a été apparemment une abstinence définitive, ça dure toujours"* (M1).

Un autre patient a eu une période d'abstinence avant de rechuter : *"Je pense qu'il y a eu toute une période où il a été quand même bien abstinant, pendant quand même un certain temps, donc ça a été positif"* (M6).

4.4.2. Amélioration sur les plans psychologiques, physiques et sociaux

Un des patients a eu des bénéfices sur le plan psychologique : *"Y'a moins d'anxiété, c'est plus gérable qu'avant"* (M4).

L'hospitalisation en SMRA a permis à un patient de retrouver une certaine autonomie : *"En termes d'autonomie physique, il a quand même bien récupéré, il se déplace avec son déambulateur. Il peut maintenant sortir de l'EHPAD, aller se promener, faire un petit tour avec son déambulateur, donc ça c'est quand même beaucoup mieux"* (M2).

L'hospitalisation a permis à un des patients d'avoir une prise de conscience sur les risques des consommations : *"Je pense qu'il a quand même la notion que du coup, s'il reboit, il va être malade et que ça ne va pas marcher..."* (M2).

L'hospitalisation en SMRA a permis à un des patients *"d'avoir un accès au spécialiste parce que pendant cette hospitalisation, il a pu voir le psychiatre. Il a pu voir aussi le pneumologue parce qu'il a un asthme quand même sévère"* (M4).

Un médecin rapportait que son patient a eu une amélioration de sa situation sociale après son hospitalisation en SMRA : *"Je pense qu'il a un projet... ou alors il a déjà son appartement. Donc la situation sociale se passe mieux"* (M4).

4.4.3. Suivi médical régulier

Pour un des médecins généralistes interrogés, l'hospitalisation en SMRA a permis de remettre un cadre avec des consultations anticipées et organisées : *"Il a besoin de médicaments pour stabiliser son*

humeur. Et des médicaments qui sont classés comme stupéfiants donc avec une délivrance tous les mois, du coup il vient tous les mois me voir, on met des rendez-vous à l'avance pour pouvoir avoir son ordonnance et avoir sa délivrance de médicaments. Donc ça a permis de stabiliser des choses aussi" (M4).

4.4.4. Absence de bénéfices

Enfin, un des médecins n'a pas trouvé de bénéfice à l'hospitalisation : *"Non, il n'y avait pas tellement de différence"* (M1).

4.5. Suivi post-SMRA

4.5.1. Traitement médicamenteux

L'hospitalisation en SMRA a été l'occasion d'introduire des traitements médicamenteux pour consolider le sevrage et l'abstinence en alcool : *"Il est maintenant sous Aotal"* (M2).

Le SMRA a permis d'introduire un traitement *"substitutif de Méthadone"* (M4).

4.5.2. Suivi addictologique

Trois patients ont poursuivi un suivi addictologique régulier, soit en structure type ALIA (Association Ligérienne d'Addictologie) ou CSAPA : *"Il a repris un suivi avec le CSAPA je crois"* (M4).

Un quatrième patient a été suivi en hôpital de jour aux Euménides suite à sa sortie d'hospitalisation : *"Alors je sais qu'après sa sortie, il allait tous les 15 jours aux Euménides et il attendait que ça"* (M5).

4.5.3. Absence de suivi

Deux patients n'ont pas eu de suivi addictologique en sortant d'hospitalisation en SMRA : *"Il n'a pas de suivi particulier. Il n'a aucun accompagnement particulier à part venir me voir pour des certificats de sport"* (M1).

4.6. Propositions d'amélioration du suivi post-SMRA par les médecins généralistes

Trois médecins aimeraient que le suivi addictologique de leur patient soit amélioré, notamment avec la proposition de rendez-vous de suivi systématique : *"J'aimerais bien qu'il ait un suivi effectivement, même si c'est une fois tous les 3 mois ou 2 fois par an et qu'il revoie un addicto de temps en temps... Un suivi qui soit un petit peu plus systématique"* (M1).

Un autre médecin propose que le suivi psychiatrique en sortie d'hospitalisation en SMRA soit plus encadré (si nécessité d'un suivi psychiatrique) : *"Quand il y a des troubles psychiatriques, c'est peut-être de plus encadrer le suivi psychiatrique. Là ça m'a posé question"* (M4).

Deux médecins n'avaient pas de proposition d'amélioration : *"Rien de particulier, enfin je pense qu'ils sont bien suivis par tous les gens qui les voient. J'ai absolument aucun jugement ou aucune critique de ce que je ne sais pas faire"* (M5)

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces de l'étude

1.1.1. Sujet original

Il existe peu d'études sur les bénéfices thérapeutiques et sociaux ainsi que les éventuels effets indésirables pendant et après l'accompagnement de patients au cours d'un séjour en SMRA. Les représentations des médecins généralistes par rapport à ces structures de soins sont aussi peu abordées dans la recherche. Chaque SMRA a une certaine liberté dans l'accompagnement de ses patients. La diversité des programmes et des soins disponibles, combinée à la variabilité des objectifs des patients, rend complexe la réalisation d'études comparatives multicentriques. Les résultats de cette étude nous permettent d'évaluer les besoins des médecins généralistes dans l'accompagnement de patients présentant des addictions sévères et de renforcer le lien entre les SMRA et la médecine ambulatoire. Cela pourrait potentiellement ouvrir de nouvelles pistes de recherche afin d'améliorer le suivi de ces patients ainsi que le confort de pratique de la médecine générale.

1.1.2. Respect des critères COREQ

L'étude a été construite avec la codirection des maîtres de thèse et à l'aide d'un guide méthodologie. Pour permettre une critique objective, la traduction française des critères COREQ a été utilisée (annexe 8). Cette grille d'évaluation comprend 32 critères (18). L'étude a respecté 28 critères sur 32 avec notamment :

- Le guide d'entretien a été testé pendant les deux premiers entretiens puis révisé, ces deux entretiens ont été inclus dans l'étude.
- Les entretiens n'ont pas été répétés.
- Les retranscriptions ont été proposées systématiquement à la relecture des médecins mais aucun ne l'a souhaité.
- Nous n'avons pas fourni d'arbres de codage.
- Les entretiens ont été réalisés en double codage.

1.1.3. Résultats variés

Les entretiens ont donné des réponses très variées de la part des médecins généralistes. Sans être en opposition complète, les priorités et avis des médecins étaient parfois très différents. La richesse des entretiens était importante malgré leur faible nombre (650 unités de sens dans le verbatim). Cela a permis d'atteindre une suffisance des données. De plus, l'aspect qualitatif permet de prendre en compte le vécu des professionnels de santé, en apportant une dimension humaine dans la relation avec les patients, ce qui permet une réflexion de terrain souvent absente des enquêtes quantitatives.

1.1.4. Adaptation du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été modifié à deux reprises. La première révision a été effectuée après les deux premiers entretiens : la question d'accroche a été modifiée dans un objectif d'approfondir les propos de nos interlocuteurs. La question est large et sans relance "*Pouvez-vous me parler du dernier patient qui a fait un séjour aux Euménides ?*". Nous avons aussi décidé d'ajouter des questions de relance sur le "avant, pendant et après l'hospitalisation". La question sur les attentes et les objectifs d'une hospitalisation a été déplacée juste après la question d'accroche pour donner plus de sens à l'entretien et éviter la redondance des propos. Un dernier changement a été effectué sur les critères d'orientation

vers un SMRA et la manière dont les médecins adressent un patient. La deuxième révision du guide a eu lieu après le quatrième entretien. Certains médecins interrogés ont abordé la notion de la coordination des soins ville / hôpital, il nous a semblé intéressant d'approfondir cette notion.

1.2. Limites de l'étude

1.2.1. Biais de mémoire

Les derniers entretiens ont été menés assez longtemps après la sortie d'hospitalisation des patients. Nous souhaitons un délai de plusieurs mois entre la sortie du patient en 2022 et l'entretien, afin d'avoir des données plus pertinentes mais le biais de mémoire des médecins interrogés a eu un impact sur la qualité de certains entretiens.

1.2.2. Difficultés liées aux entretiens semi-directifs

Le nombre d'entretiens est faible par rapport à notre objectif de départ de saturation des données. Ceci s'explique par les difficultés à obtenir des réponses positives de la part des médecins. Une suffisance des données a été atteinte après six entretiens, pour une durée moyenne de 18 minutes et 30 secondes, ce qui a permis de répondre à notre question principale.

En moyenne, 30% des internes de médecine générale réalisent une thèse impliquant une méthodologie de recherche qualitative. La technique de recueil de données la plus utilisée est l'entretien semi-directif (19). Diriger un entretien semi-directif pour un enquêteur novice peut être difficile et source de stress, or on sait que la qualité des réponses dépend directement de la formulation des questions.

Voici les quatre principales difficultés expérimentées par les étudiants selon les directeurs de thèse : l'usage de questions fermées, enchaîner les questions sans laisser de place aux silences (temps nécessaire à l'intéressé pour réfléchir à sa réponse), couper la parole, induire des réponses.

Il est probable que, par des interventions trop fréquentes lors des entretiens coupant parfois certaines discussions, nous ayons pu limiter l'émergence d'idées ou concepts. La réalisation de ce travail avec un enquêteur plus expérimenté pourrait permettre de corriger ce biais.

De plus, la qualité des réponses dépend aussi de la personne interrogée. La compréhension des questions et la précision des réponses peuvent varier d'un individu à un autre. Un marqueur objectif de cette hypothèse est la durée des entretiens qui fluctue entre 9 minutes et 35 minutes, pour des questions identiques.

2. Définition et représentations des addictions

2.1. Représentations des médecins généralistes face à la théorie

Le collège de psychiatrie a défini l'addiction en 1990 comme « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».

Trois grandes familles de symptômes constituent les pathologies addictives (12) :

- Les symptômes comportementaux : il s'agit de l'envahissement progressif des comportements addictifs dans la vie quotidienne du sujet, au détriment des autres rituels de vie
- Les répercussions sociales et/ou médicales : par définition, les addictions entraînent des conséquences durables et significatives dans la vie du sujet.
- Les symptômes pharmacologiques propres aux troubles liés à l'usage de substances : l'exposition chronique et répétée à une substance psychoactive entraîne des phénomènes d'adaptation cérébrale progressive, menant à l'apparition d'un processus de tolérance.

Dans les entretiens, nous retrouvons principalement les symptômes comportementaux et les répercussions des addictions avec des notions de dommages somatiques et psychologiques importants, des dommages intrafamiliaux et professionnels, des problématiques judiciaires, et d'isolement social... Sur ces points, les médecins généralistes sont en accord avec la définition de l'addiction.

En revanche, seul l'un des médecins a évoqué de façon explicite que l'addiction est une maladie, et non une "tare" ou une honte. Comme évoqué précédemment, cette notion de "maladie addiction" est très récente. Qu'en est-il pour ceux qui ne l'ont pas exprimé ? Considèrent-ils que l'addiction serait une faute morale volontaire de personnes indignes de confiance ? Les médecins sont formés pour guérir, or l'addiction ne se guérit pas par un simple traitement médicamenteux. Ceci peut être à l'origine d'un sentiment d'impuissance, d'inefficacité voire d'épuisement du médecin, au vu de l'investissement nécessaire et des résultats obtenus. L'addictologie met souvent le soignant en échec, pouvant provoquer de la frustration et un désintérêt pour les patients "addicts".

Les addictions sans produits, aussi appelées addictions comportementales, n'ont pas été évoquées. Selon Addiction France, 200 000 personnes présenteraient des addictions sans produits : jeux d'argent, écran, jeux vidéo, sexe, troubles du comportement alimentaire (20). Il est aussi décrit dans différentes publications (21) que les addictions simultanées à plusieurs produits et/ou comportements sont fréquentes sans statistiques précises. Le fait que les médecins n'aient pas abordé ces situations ne signifie pas que les patients n'en présentaient pas. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées :

- Les situations d'addiction sans produit sont moins recherchées par les médecins généralistes et moins abordées par les patients.
- Les dommages liés aux addictions sans produit sont moins visibles en consultation et, par conséquent, entraînent moins de préoccupations de la part du médecin.
- Les patients en demande d'hospitalisation en SMRA avaient comme principale problématique des addictions à des substances psychoactives, ce qui pouvait occulter la consommation d'autres produits considérés comme moins dangereux ou des addictions comportementales.
- Le guide d'entretien abordait de façon élargie les addictions sans mentionner de façon précise la question des addictions multiples et/ou comportementales.

Au vu de ces différentes hypothèses, il pourrait être intéressant de sensibiliser les médecins aux risques de consommations simultanées de différents produits et aux addictions comportementales en cas d'addiction sévère nécessitant une hospitalisation.

2.2. Difficultés des consultations

2.2.1. Consultations non honorées

Plusieurs entretiens ont révélé la difficulté de maintenir un suivi régulier pour certains patients. Il est à souligner que l'absentéisme constitue une part importante à considérer chez les patients souffrant de pathologies addictives. Selon une enquête de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), 71% des médecins sondés sur un total de 2 800 médecins interrogés constatent en moyenne un ou deux rendez-vous non honorés chaque jour. L'article original n'est plus disponible, mais plusieurs journaux ont relayé l'information (22). Cette recherche n'est que faiblement comparable à notre quotidien de médecin car l'étude a eu lieu en Ile-De-France où l'offre de soin est très variable selon les quartiers.

À titre comparatif, dans une structure addictologique comme le CSAPA Sosan du Mans, de nombreuses consultations ne sont pas honorées. Cette structure compte 19% d'absentéisme, 8% de rendez-vous différés, 15% sont excusés soit un total de 42% de consultations non honorées, ce qui est nettement supérieur aux chiffres de l'URPS. Ces chiffres témoignent donc d'un absentéisme plus important au CSAPA du Mans que pour une patientèle de médecine générale. Toutefois, une structure spécialisée en addictologie, même ambulatoire, n'est pas comparable à celle de la médecine générale. Une recherche quantitative avec des consultations comparables, et donc centrée spécifiquement sur les patients présentant une pathologie addictive, pourrait confirmer, infirmer ou quantifier l'impression des médecins généralistes. Cet absentéisme pourrait-il être lié aux difficultés administratives évoqué précédemment ? Ce sujet des consultations non honorées ne concerne pas que les patients souffrant

d'addiction mais l'ensemble des patients. L'actualité récente en a fait l'écho, puisqu'une taxe nommée « taxe lapin » était envisagée et inscrite dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale. Cependant, cet article a finalement été invalidé par le Conseil Constitutionnel en Février 2025.

2.2.2. Sentiment de manipulation ressenti par les médecins

Plusieurs médecins interrogés parlaient de manipulation de la part des patients, d'utilisation des compétences du médecin et de ses réseaux de soins en omettant certains faits ou en mentant sur leur situation.

Actuellement, la relation médecin / patient se veut être une relation de coopération, dans laquelle le patient est considéré comme pouvant être en mesure de décider pour lui-même. Ainsi l'objectif mutuel est de se recentrer sur ses besoins, de pouvoir les définir et de mettre œuvre des leviers afin de favoriser son adhésion aux soins et aux traitements proposés, médicamenteux et non médicamenteux. Cette relation médecin / patient s'est transformée depuis les années 1980/90 abandonnant progressivement la médecine « paternaliste » pour passer à cette relation de coopération. La notion de confiance mutuelle est donc primordiale et on peut supposer que le sentiment de se sentir manipuler peut nuire à la relation.

Selon une étude américaine, entre 60% et 80% des patients mentent à leur médecin (23) (24). L'étude émet plusieurs hypothèses : mensonge par honte, peur du jugement, peur d'un diagnostic. La question se pose de savoir pourquoi un patient présentant une pathologie addictive mentirait plus qu'un autre patient ? Cette revue de littérature regroupe quatre études sur le lien entre la honte et les addictions liées à l'usage d'alcool. Ils définissent le sentiment de honte par des jugements et des critiques sévères envers soi, des réprimandes concernant ses actions, des distorsions de la réalité et par des croyances négatives sur soi. La honte est associée à la peur de l'évaluation négative des autres et la crainte de la perte de l'approbation sociale, elle est corrélée au fait de consommer pour faire face à l'anxiété et à la dépression. Ces études montrent que la honte est un facteur de vulnérabilité et a un rôle dans

l'apparition et le maintien de la consommation d'alcool. Ils insistent par contre sur le fait qu'aucune des recherches ne montre la honte comme un facteur de gravité d'une pathologie addictive.

Une réponse intéressante à cette problématique pourrait être le positionnement du médecin en cas de mensonge et/ou de problématique addictive révélée par le patient ou sa situation, de laisser le patient pouvoir revenir sur ses propos sans jugement. Puisque les médecins savent que les patients peuvent leur mentir et en connaître les principales raisons, une position empathique et de compréhension peut grandement améliorer la confiance entre le soignant et son patient, et par conséquent, permettre de retrouver une relation de coopération, indispensable dans le suivi de maladies chroniques telles que les addictions (25).

2.2.3. Sous-estimation des consommations

La plupart des médecins ont abordé le fait que les patients souffrant d'addictions sous-estiment leurs consommations, voire sont dans l'incapacité de reconnaître le fait qu'ils consomment ou sont sous l'emprise de substances. Nous nous sommes demandés si avoir un éthylotest dans un cabinet de médecine générale pouvait avoir un intérêt dans ce contexte, afin de permettre une prise de conscience du patient qui se considère très souvent "négatif". Par exemple, au SMRA "Les Euménides", des éthylotests sont systématiquement effectués en consultation de pré-admission. Certains patients sont parfois surpris de voir un résultat positif, ce qui permet d'aborder avec eux la notion de la durée d'élimination de l'alcool par l'organisme et de commencer dès cet instant, l'éducation thérapeutique. Nous n'avons pas trouvé d'article abordant cette question. En demandant à différents médecins de notre entourage, il semble y avoir des avis très variés.

Les principaux freins à l'acquisition d'un éthylotest en médecine générale sont le coût (mais il est en fait très variable, allant de 20€ à 650€ pour un éthylotest électronique). Et la question est de savoir, qu'advient-il lorsque l'éthylotest est positif, que le patient ne présente aucun trouble du comportement et qu'il est venu au cabinet en voiture par exemple ? Faut-il le garder en dégrisement au cabinet ? L'adresser aux urgences ? La question ne se pose pas si le patient montre des signes d'alcoolisation

aigue, mais les patients atteints d'addiction sévère en présentent rarement à cause de l'effet de tolérance de la substance. Nous n'avons pas trouvé de réponse à cette question.

3. L'accompagnement du patient présentant une pathologie addictive

3.1. Le médecin généraliste en premier recours

Les missions des médecins généralistes en prévention primaire sont de (26) :

- Repérer les vulnérabilités : impulsivité, agressivité, les troubles de l'attention, de l'attachement et du sommeil
- Valoriser les facteurs de protection : l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité, une bonne image corporelle, des capacités à s'adapter, à savoir refuser, à bien communiquer, et à gérer son stress et ses humeurs
- Retarder l'exposition aux produits : alcool et tabac pendant la grossesse, tabagisme passif au domicile...

La question du repérage précoce des addictions en prévention primaire n'a pas été abordée dans notre guide d'entretien. En effet, le questionnaire était centré autour de patients ayant été hospitalisés en SMRA et dont on sait déjà qu'ils présentent une addiction sévère. Un autre travail consisterait à demander aux médecins généralistes si dans un cas plus général, ils abordent la question des consommations facilement en consultation, en particulier pour des patients dont la consommation n'est préalablement pas connue.

En effet, il est prouvé que le repérage précoce et l'intervention brève pratiqués par les médecins généralistes ont montré leur efficience notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool (27).

Les rôles du médecin généraliste pour un patient présentant une consommation déjà installée sont :

- Repérer : interroger les consommations, sans jugement, puis s'enquérir de sa représentation : "Qu'en pensez-vous ?"
- Évaluer à l'aide de questionnaires : Fageström pour le tabac, Cast pour le cannabis, Face ou Audit pour l'alcool
- Expliquer les addictions, la douleur du manque, le syndrome de sevrage
- Choisir le médicament adapté : substituts nicotiques pour le tabac, benzodiazépines et/ou acamprosate entre autres, pour l'alcool...
- Susciter et accompagner le changement : interventions brèves et conseil minimal, orientation vers des structures spécialisées.

La plupart des médecins interrogés étaient en accord avec cette notion "d'accompagnement" du patient présentant une addiction, comprenant son suivi classique (renouvellement d'ordonnance, pathologies aiguës) et son suivi addictologique (orientation vers des structures spécialisées, sevrage ambulatoire...). Par contre, aucun n'a abordé l'évaluation des consommations via un questionnaire spécifique. Il aurait été intéressant de savoir si les médecins généralistes interrogés ont accès à ce type d'outils et s'ils les utilisent, car on sait que les médecins généralistes utilisent peu les auto-questionnaires de tabac (21.6%) et d'alcool (8.5%) (28). Certains logiciels médicaux possèdent des questionnaires déjà intégrés dans leur base de données, ce qui permettrait peut-être un accès simplifié à ces outils et ainsi d'avoir un suivi des patients plus standardisé.

Aucun médecin n'a abordé le fait d'expliquer l'addiction au patient, certains invoquant d'ailleurs que c'était le rôle du SMRA. Même constat pour les traitements substitutifs, a priori, aucun médecin n'en a initié car c'est d'après eux, le rôle des SMRA et des addictologues, ce qui pose la question de la connaissance du médecin généraliste sur les mécanismes neurobiologiques, physiopathologiques et pharmaceutiques qui ont permis d'identifier l'addiction comme étant une maladie, et non un "vice" ou une "tare". Il est vrai que la primo-prescription de certains traitements comme la Méthadone par exemple, est réservée aux Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et aux médecins exerçant en établissement de santé (29), mais la plupart des autres traitements peuvent déjà être introduits par le médecin généraliste avant d'avoir accès aux consultations de second recours.

3.2. Positionnement du médecin dans le suivi de pathologie chronique

L'addiction est aujourd'hui reconnue comme une pathologie que l'on peut comparer à d'autres pathologies chroniques. D'ailleurs, le suivi des maladies chroniques correspond à la première des 11 familles de situations reconnues par le CNGE (7).

Des échanges ont eu lieu sur le positionnement du médecin et sa capacité à accompagner un patient atteint d'une addiction. Malgré le sentiment d'impuissance face à certaines situations, le suivi était réalisé avec des demandes de consultations spécialisées, kinésithérapie, hospitalisation. Un positionnement d'écoute et un investissement émotionnel des médecins a pu être perçu dans les entretiens.

Une autre notion commune au suivi de toute pathologie chronique concerne la prise en compte de l'entourage. De nombreuses problématiques liées aux patients ont été rapportées aux médecins par l'entourage. Les proches étaient parfois les premiers à rapporter les difficultés des patients. Leur implication dans le processus de soin peut présenter des difficultés. L'entourage souffre aussi de l'addiction d'un patient et peut ressentir de l'épuisement, de la colère et peut subir de la violence physique ou morale. Par contre, il présente aussi des possibilités et une ressource pour le patient. Le médecin a la possibilité d'impliquer les proches dans le processus de soin. Inversement, pour les patients en situation d'isolement, le suivi pourra se concentrer davantage sur la création ou la restauration de liens sociaux et de ressources externes (30).

3.3. Place de l'éducation thérapeutique dans les addictions

Les médecins ont abordé l'éducation thérapeutique dans l'accompagnement, par exemple pour l'introduction d'un traitement substitutif, l'entretien motivationnel, ou encore à travers le besoin d'une hospitalisation.

En tant que maladie chronique, l'accompagnement des patients, l'observance des traitements, le suivi des dommages, l'amélioration ou non de la qualité de vie se font sur le long cours. Les éléments descriptifs de l'addiction et de sa prise en charge font écho aux principes de l'éducation thérapeutique. Cette démarche favorise l'autonomie du patient et sa qualité de vie, ainsi que son adhésion aux soins. L'approche de l'addictologie avec l'éducation thérapeutique pourrait permettre, si ce n'est de sortir de l'addiction, de mieux vivre avec cette pathologie.

Cette étude révèle ainsi de nombreux apports potentiels de l'éducation thérapeutique dans le soin en addictologie. Elle existe déjà de manière plus ou moins informelle dans cette discipline, mais elle a besoin d'être mieux structurée (31).

3.4. La place centrale du médecin généraliste dans la coordination des soins

Le médecin généraliste tient une place essentielle dans la coordination des soins entre les différents intervenants (proches, spécialistes, soins paramédicaux ...) d'après les médecins interrogés et la bibliographie (6).

La HAS a publié un guide de la coordination des soins chez les patients souffrant de troubles mentaux, de détresse psychique (dont les addictions). Les médecins généralistes assurent la détection et le traitement des troubles légers et modérés, notamment de la dépression et des troubles anxieux, et l'accompagnement psychiatrique et somatique des troubles graves stabilisés, dans le cadre d'une prise en charge globale. Le médecin généraliste est en effet identifié, en population générale, comme le professionnel qui serait le plus consulté en cas de problème psychologique (58 % de la population adulte), et 47 % de la population déclare continuer à consulter le médecin généraliste pour le suivi d'un trouble psychologique (32).

Les troubles mentaux sont fréquents en médecine générale, ils représentent 15% des consultations, et les médecins généralistes sont à l'initiative de 90 % des traitements antidépresseurs. Ils assurent aussi

le rôle de coordination des soins avec les autres professionnels de santé, en développant une approche centrée sur la personne pour assurer des soins.

4. Représentations et perceptions des SMRA par les médecins généralistes

4.1. Confusion dans la dénomination des structures addictologiques

Il semble exister une certaine confusion dans la dénomination des structures addictologiques. En effet, certains médecins confondaient la notion de cure, post-cure, SSR etc...

La cure correspond au sevrage réalisé en milieu hospitalier. Il s'agit d'une hospitalisation d'environ une semaine qui ne se fait pas en SMRA mais plutôt dans un service de médecine polyvalente, ce qui permet de réaliser un sevrage dans un milieu sécurisé et sous surveillance médicale afin de prévenir les risques du syndrome de sevrage.

Les SMRA (anciennement appelés SSRA ou post-cure) correspondent à une hospitalisation secondaire au sevrage, souvent plus longue, allant de plusieurs semaines à plusieurs mois. Ces centres initialement appelés post-cure ont ensuite pris le nom de SSRA. Depuis Juin 2023, ils ont été rebaptisés SMRA grâce à deux décrets (32) (33). Ce changement de dénomination reflète les évolutions observées dans les profils des patients pris en charge et l'importance accrue de la réadaptation dans le parcours de soins. Les médecins généralistes n'ont pas semblé informés de ce changement de nomenclature.

4.2. Vision similaire des objectifs et missions des SMRA

Quasiment tous les médecins interrogés attendaient une abstinence en fin d'hospitalisation en SMRA. En pratique, tous les patients (ou presque) souhaitent l'abstinence en arrivant dans la structure et

mettent en avant ce seul objectif. Ils veulent et viennent « pour arrêter définitivement » de consommer le produit qu'ils considèrent être problématique. Cependant, l'objectif de consommation, même s'il va être pris en compte, n'est pas le seul ni le principal. Les objectifs de soins, travaillés selon l'approche biopsychosociale, sont définis avec le patient en début d'hospitalisation et sont revus à plusieurs reprises durant son séjour. L'accompagnement proposé par le SMRA permet d'amener le patient à une réflexion sur les changements à opérer afin d'améliorer son quotidien et sa qualité de vie. L'arrêt (ou la diminution) de consommation du produit va devenir un moyen d'atteindre des objectifs et non un objectif en lui-même. Par exemple : "refaire du sport", "pour me sentir mieux", "revoir mes enfants", "retrouver un travail" etc...

Ce travail nécessite la mobilisation de capacités cognitives et exécutives, qui peuvent être altérées par la consommation de substances psychoactives, notamment d'alcool. De ce fait, on comprend aisément que l'accompagnement et les objectifs de soins ne vont pas être les mêmes pour tous les patients en fonction de l'altération ou non de leurs capacités cognitives (qui sont évaluées à l'admission). Pour les patients présentant des troubles des fonctions exécutives secondaires à une addiction à l'alcool par exemple, les objectifs de consommation se porteront plutôt sur une réduction des risques.

Cette notion de réduction des risques est née de l'apparition du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) chez les toxicomanes en France dans les années 1980 (34). Cette stratégie repose sur le constat que les usagers de drogues peuvent modifier leurs pratiques si on leur en donne la possibilité. Le programme consiste pour l'essentiel à faciliter l'accès aux seringues stériles, mais aussi au dépistage (VIH, VHC...) et aux soins.

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé a élargi cette notion de réduction des risques à toutes les conduites addictives, incluant les usages de produits licites tels que l'alcool ou le tabac (35). Elle s'attache à transmettre les ressources et les aides qui permettront aux consommateurs d'exercer au mieux leur pouvoir d'agir, afin de limiter les conséquences négatives des consommations de substances psychoactives. Aujourd'hui, elle repose essentiellement sur la baisse des consommations, permettant aux personnes de penser leur usage d'alcool, d'être prises en charge quant à leur état de santé physique et psychique et d'améliorer leur insertion sociale et professionnelle.

Les notions d'amélioration de l'état de santé physique et psychique et de la réinsertion sociale et professionnelle ont bien été abordées par les médecins interrogés dans notre étude. Pour autant, celles de l'amélioration de la qualité de vie et de la réduction des risques n'ont pas du tout été citées précisément, et sont pourtant un pilier de l'accompagnement en SMRA.

4.3. Représentations des SMRA

4.3.1. Divergence d'opinions sur l'intérêt des SMRA

Les avis des médecins semblaient assez mitigés sur l'intérêt des SMRA pour les patients. Environ la moitié des médecins interrogés ont trouvé que le séjour en SMRA avait pu aider leur patient, tandis que l'autre moitié a évoqué le faible intérêt des SMRA, allant même à les comparer à des "*centres de vacances*". L'addiction étant une maladie relative à la santé mentale, le processus de changement mis en œuvre par les patients ne peut se faire que dans un milieu sécurisé et rassurant. Ainsi, le lieu de soins se doit d'être confortable et propice à la relaxation. À titre comparatif, une étude a montré que les cures thermales avaient été citées comme un élément déclencheur pour les patients, une prise de conscience grâce au bien-être ressenti au décours (36). Les cures thermales sont bien différentes des SMRA, les pathologies sont différentes ainsi que leurs objectifs mais on peut faire le lien sur le fait qu'elles permettent d'accompagner des patients qui ont une pathologie chronique, dont les traitements médicamenteux sont peu efficaces ou en tout cas souvent insuffisants, et qui conduisent à des alternatives non médicamenteuses. Ces méthodes alternatives non médicamenteuses sont utilisées aussi dans les SMRA (l'art-thérapie, soins de bien-être, musicothérapie). Ces soins proposés peuvent peut-être être perçus par les médecins comme des « activités de loisirs ». D'où l'émergence de l'idée de centres de vacances. Pour autant, ces soins, bien que non médicamenteux, sont indispensables et bénéfiques pour les patients, ils aident à restaurer la confiance et l'estime de soi, éléments clés pour la mise en place du changement.

4.3.2. Coût économique et social des addictions

Un des médecins a évoqué le fait que les séjours en SMRA sont un "gâchis financier" avec un ratio coût / efficacité peu rentable. Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT), il a été estimé en 2019 que les soins addictologiques représenteraient un coût social de 156 milliards d'euros pour le tabac, 102 milliards d'euros pour l'alcool, et 7,7 milliards d'euros pour les drogues illicites (37). Ces coûts sociaux comprennent : les coûts externes (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, perte de production), ce qui représente l'essentiel du coût social total ; et le coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac). Il est difficile de comparer le coût des soins addictologiques avec celui d'autres maladies car les conséquences des troubles liés à l'usage de substances entraînent des coûts dans les maladies cardiovasculaires, pneumologiques, neurodégénératives, cancers etc...

Nous n'avons pas trouvé d'étude s'intéressant aux coûts évités grâce à la réduction des risques. Par contre, il a été démontré que la réduction de la consommation d'alcool apporte des bienfaits pour la santé et diminue le risque relatif d'années de vie en bonne santé perdues (38). On peut facilement imaginer que la réduction de ce risque diminue le coût pour la société (diminution du nombre d'hospitalisations, d'arrêts de travail...) et est donc bénéfique non seulement pour l'individu, mais également pour la société.

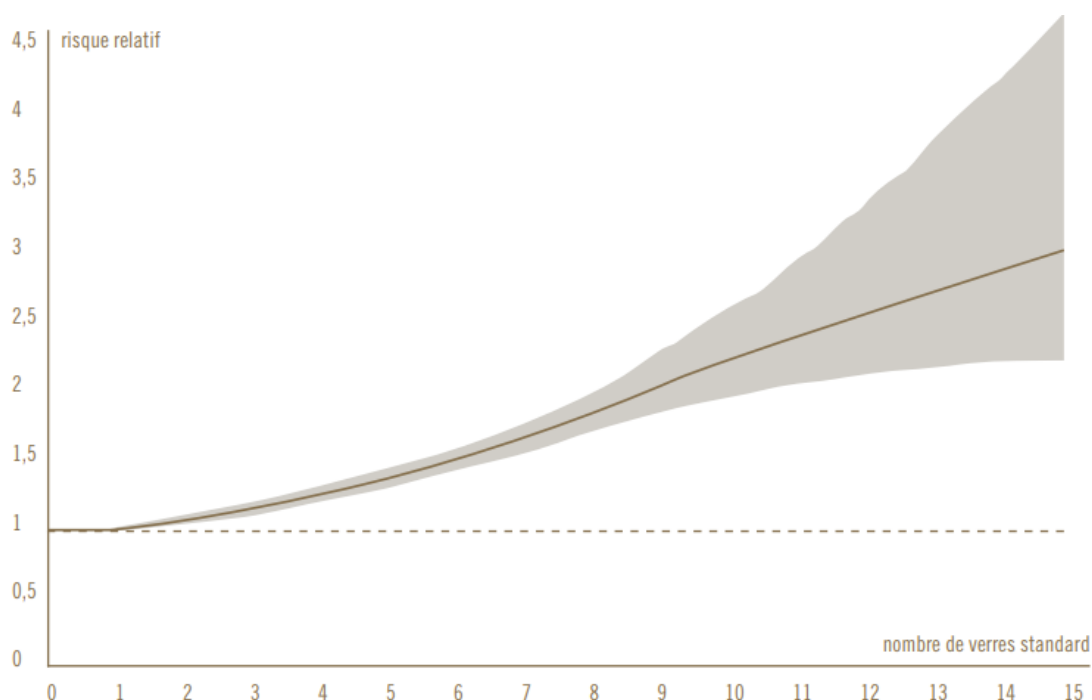


Figure 6 : Risque relatif d'années de vie en bonne santé perdues (ajustement sur l'âge) en fonction de la consommation quotidienne d'alcool en 2016 et pour les deux sexes

4.4. Problématiques d'accès aux soins

4.4.1. Délais de prise en charge

Il existe un problème majeur d'accès aux soins des patients dépendants à l'alcool, car seulement 10% d'entre eux bénéficieraient de soins addictologiques (38). Il a été rapporté plusieurs fois que les délais de prise en charge en addictologie (mais c'est valable pour beaucoup d'autres spécialités) sont longs et hasardeux. Il existe un vrai décalage entre l'urgence perçue par le patient qui, souvent, ressent un "décliv" et souhaite être accompagné immédiatement ; et la réalité du terrain qui implique parfois plusieurs mois de délai avant d'avoir un rendez-vous. Cette notion de "décliv" est souvent utilisée par les patients : ce moment correspond souvent au moment où l'addiction atteint son acmé, que le sujet prend conscience de sa dépendance. Ce "décliv" est un moment essentiel car il correspond à cet endroit

du parcours où le sujet prend la décision d'agir. Tout se passe comme si un instinct de survie conduisait le sujet à se sortir du cycle infernal d'autodestruction dans lequel il s'inscrit depuis plusieurs années. Mais ce "déclat" est aussi souvent porteur d'une angoisse terrible : *"Si je continue, j'en meurs et si j'arrête, j'en souffre à mourir"* (39).

D'après une étude, les délais de consultation en addictologie sont de plus d'un mois pour 51,7% des médecins généralistes qui en faisaient la demande (40).

Pour améliorer ces délais, plusieurs CSAPA ont opté pour l'intégration dans les plannings de créneaux d'urgence, avec ou sans rendez-vous : *"Le CSAPA doit être en mesure d'accueillir tout usager en situation d'urgence entre deux rendez-vous"*. Le site internet Ameli propose aussi de nombreux numéros de téléphone d'écoute et de conseils, comme par exemple : Tabac Info Service, Alcool Info Service, Ecoute Service... (41)

Il faut souligner que l'attente du rendez-vous en addictologie doit être une phase de préparation du patient qui a toute sa place dans son parcours de soins, et qui correspond déjà à une mise en route du processus du changement. L'accompagnement du médecin traitant pendant cette période est essentiel.

4.4.2. Les voies de recours des médecins généralistes

D'après une autre étude, les médecins généralistes ont fréquemment recours à des structures spécialisées en addictologie : 91% ont fait appel à un CSAPA ou à un service hospitalier spécialisé, 63% à une consultation spécialisée de tabacologie et 26% à une consultation jeunes consommateurs (CJC) (10). Cela montre que les médecins ont connaissance de l'existence de ces structures de soins et les utilisent. Les structures addictologiques permettent d'apporter un appui pluridisciplinaire indispensable dans l'accompagnement de ces patients : avis psychiatriques, autres spécialistes somatiques, intervenants sociaux et associations, tout autant nécessaires que le suivi réalisé par le médecin généraliste et dans un objectif de se donner les moyens d'accompagner nos patients avec chacun son positionnement et ses capacités.

Les CTR (Centres Thérapeutiques Résidentiels) ne sont pas cités par les médecins, peut-être parce qu'il existe peu de structures et avec peu de places. L'indication concerne les patients avec des pathologies addictives. Elle propose une aide à la réinsertion socioprofessionnelle pour les patients fragiles. Il existe aussi des appartements thérapeutiques, familles d'accueil ou communautés thérapeutiques. L'objectif est de fournir un environnement plus protégé à la consommation de produits.

4.5. Vision commune des critères d'adressage en SMRA

Les médecins interrogés ont cité un nombre important de critères pour pouvoir adresser un patient en SMRA. Les dommages somatiques et psychologiques, l'isolement social, les conflits conjugaux et familiaux étaient les plus souvent cités. Ces critères sont similaires à ceux proposés par la SFA (13). Malgré ces similitudes, on peut remarquer l'ambivalence des propos des médecins interrogés. Prenons l'exemple du médecin qui donne comme critère principal la motivation. D'après l'entretien, le patient concerné ne montre pas vraiment de motivation intrinsèque. Pourtant, l'hospitalisation a bien eu lieu et un bénéfice a été perçu par le médecin. L'ambivalence des médecins peut être due à la connaissance de la complexité de ces situations et les besoins qui diffèrent nettement entre les patients. Les critères d'adressage peuvent se cumuler, mais aucun n'est prioritaire sur les autres, un seul critère peut justifier ou non d'un séjour en SMRA.

Plusieurs modèles montrent l'importance de la motivation dans les pathologies addictives (42). La théorie PRIME de West et West suggère que l'addiction soit un "trouble de la motivation". Elle se concentre sur la manière dont des forces motivationnelles en concurrence déterminent nos comportements. Le modèle comprend cinq niveaux :

- Réactions : réponses automatiques à des stimuli.
- Impulsions : poussées à agir.
- Forces inhibitrices : poussées à ne pas agir.
- Motifs : désirs ou besoins provenant de la mémoire et de l'imagination.

- Évaluations : croyances sur ce qui est bien ou mal, provenant de la mémoire, des souvenirs, des déductions et des analyses.

Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente suggère que les personnes développant une pathologie addictive passent par des stades de changement. Ces stades représentent une dimension temporelle qui aide à comprendre quand les modifications de pensées, intentions, attitudes ou comportements se produisent. Ils permettent de situer la motivation actuelle du patient et de comprendre précisément où il se trouve dans le processus de modification du comportement addictif. La motivation face au changement varie d'un patient à l'autre. Le passage d'un stade à un autre n'est pas linéaire, il varie selon les capacités du patient, et il est possible de régresser vers un stade antérieur.

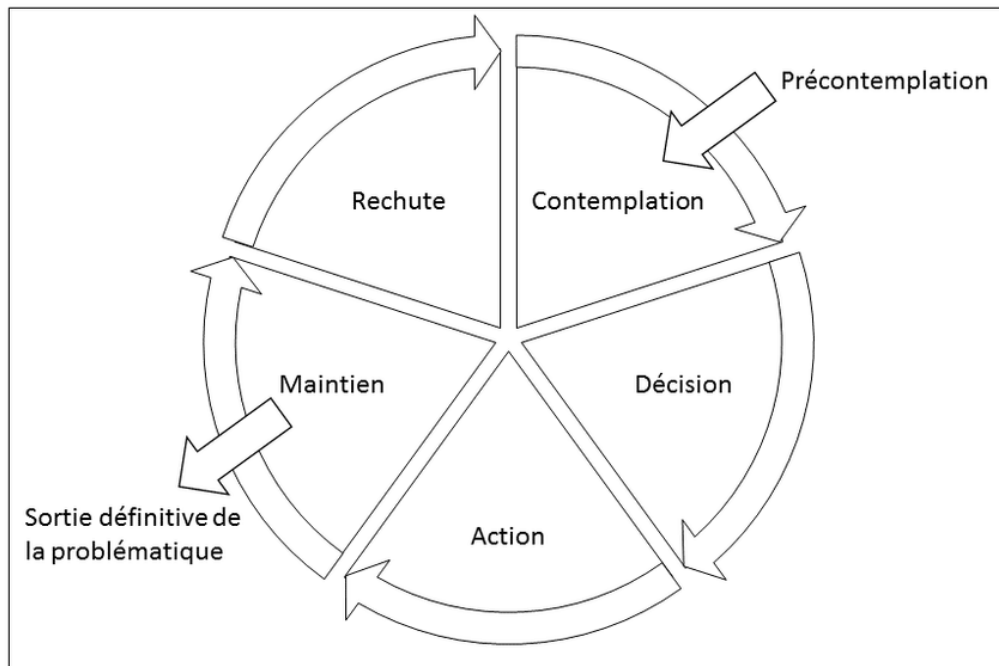


Figure 7 : Modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente

Les bénéfices et objectifs de l'hospitalisation en SMRA diffèrent selon les patients, les médecins et la situation globale. On pourrait penser que les hospitalisations ne sont utiles que lorsque le patient est décidé mais les exemples donnés montrent parfois une amélioration même si le patient n'est initialement pas demandeur de soins. Pour aller plus loin, la littérature concernant l'efficacité des

hospitalisations sans consentement dans le mésusage de l'alcool est pauvre et encore moindre pour les autres produits. La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations générales sur les soins sans consentement (43).

5. Perspectives

5.1. Plusieurs visions de l'addiction

Après analyse de nos résultats, il semble exister plusieurs visions de l'addiction. Il aurait été intéressant de demander aux médecins généralistes quelle est leur définition de cette maladie mais ce n'était pas l'objectif de notre travail. Cette question pourrait peut-être faire l'objet d'un autre travail de thèse.

5.2. Création d'un annuaire pour adresser un patient en SMRA

Plusieurs médecins ont abordé le sujet de l'adressage du patient en SMRA d'un point de vue pratique. En effet, trois médecins sur six ont fait la demande d'hospitalisation eux-mêmes.

D'après une autre étude, 63% des médecins pensent qu'il est utile de créer un annuaire détaillant les structures et personnes ressources (10). La SRAE Addictologie (Structure Régionale d'Appui et d'Expertise) possède deux annuaires de recherche, le premier pour les associations d'entraide et le deuxième pour les professionnels d'addictologie (44) (45). Il n'existe pas un seul protocole pour adresser un patient en SMRA. Toutes les structures addictologiques ont des spécificités d'accès, de localisation et de moyens. Par exemple, certaines possèdent des capacités à organiser des sevrages hospitaliers et d'autres non, dans d'autres structures, le patient doit appeler un jour précis etc... Pour répondre à la demande des médecins généralistes, nous avons joint au travail de thèse un document répertoire qui recense les différents contacts pour adresser un patient en SMRA et les liens internet

redirigeant vers les dossiers d'admission (s'ils sont disponibles) pour les départements Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne (annexe 9).

CONCLUSION

Cette thèse qualitative a permis de mettre en valeur les représentations, les attentes et les bénéfices perçus par les médecins généralistes concernant les SMRA. Bien que peu d'études aient exploré ce sujet, nos entretiens ont révélé une variété d'opinions et de priorités parmi les médecins.

Pour conclure, les médecins généralistes ont une vision commune de leurs missions dans le suivi de patients présentant une addiction sévère, mais également des objectifs et missions des SMRA. Ils partagent également une vision commune des critères d'adressage en SMRA. En revanche, il semble exister des divergences concernant la définition de l'addiction et l'intérêt des SMRA. Les médecins généralistes ont fait part de certaines difficultés rencontrées lors des consultations de patients présentant une addiction et des difficultés d'accès aux soins secondaires, notamment liées aux délais de prise en charge.

Les médecins généralistes sont des acteurs indispensables dans l'accompagnement des patients présentant des addictions sévères, comprenant notamment l'orientation vers des structures spécialisées, l'accompagnement de l'entourage, la coordination des soins pluridisciplinaires nécessaires au suivi de cette pathologie chronique.

Les résultats suggèrent un besoin de renforcer le lien et la communication entre les SMRA et la médecine ambulatoire, notamment en clarifiant les objectifs et les modalités de prise en charge des SMRA, et en explorant les moyens de faciliter l'orientation et le suivi des patients présentant des addictions. Un annuaire a été créé afin de recenser les différents SMRA des départements Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne, à destination des médecins généralistes de la subdivision.

BIBLIOGRAPHIE

1. Christophe Bonaldi , Marjorie Boussac, Viêt Nguyen-Thanh. Santé publique france, bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2019 [cité 2 févr 2023]. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html
2. Observatoire français des drogues et tendances addictives. Drogues et addictions, chiffres clés 2022. 2022; Disponible sur: www.ofdt.com
3. Couteron JP. Chapitre 10. Le concept d'addiction. In: Addictologie [Internet]. Paris: Dunod; 2019. p. 107-17. (Aide-Mémoire; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/addictologie--9782100788408-p-107.htm>
4. American psychiatric association. DSM-5, diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013 [cité 4 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm>
5. HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles. Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10e révision (CIM-10) [Internet]. 2014 [cité 15 févr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_cim-10_abus_dependance.pdf
6. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Les dossiers de la DREES. juill 2021;(N° 80).
7. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. EXERCER. 2013;24(108).
8. Blanchard B. Addictions et risques psychosociaux: Cahiers de l'Actif. 1 mars 2022;N° 550-553(3,4):211-8.
9. Le JCG a dit. Le circuit de la récompense et du plaisir [Internet]. Mouvement Pour un Développement Humain. 2022 [cité 4 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.mouvementpourundevveloppementhumain.fr/nos-fondements-theoriques/satisfaire-nos->

besoins-un-choix-de-societe/comment-se-procurer-du-plaisir-et-eviter-de-souffrir/le-circuit-de-la-recompense-et-du-plaisir/

10. Djamel El fahsi. Connaissance du dispositif de soins d'addictologie auprès des médecins généralistes dans le versant Nord-Est de Lille [Internet]. 2015. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2015/2015LIL2M399.pdf
11. SRAE (Structure régionale d'Appui et d'Expertise) en Addictologie des Pays de la Loire. Dispositifs en addictologie [Internet]. Disponible sur: <https://srae-addicto-pdl.fr/parcours-de-soins/dispositifs-en-addictologie/>
12. Ali AMAD , Vincent CAMUS , Pierre Alexis GEOFFROY , Pierre THOMAS , Olivier COTTENCIN. Référentiel Collège de Psychiatrie et Addictologie Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2021.
13. Société française d'addictologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement D'après la méthode « Recommandations pour la pratique clinique » [Internet]. 2023 [cité 15 févr 2025]. Disponible sur: <https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/RECOS-SFA-Version-2023-2-2.pdf>
14. Soins de réadaptation spécialisés en addictologie Les Euménides [Internet]. [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.groupe-ugecam.fr/bienvenue-au-centre-de-readaptation-les-eumenides/soins-de-readaptation-specialises-en-addictologie>
15. In the Treatment of Alcohol Abuse there are No Clear Differences in Outcomes between Inpatient Treatment and Outpatient Programs. In: Journal of Addiction & Prevention [Internet]. 2015 [cité 15 févr 2025]. Disponible sur: <http://www.avensonline.org/fulltextarticles/jap-2330-2178-03-00017.html>
16. Cole SG, Lehman WE, Cole EA, Jones A. Inpatient vs Outpatient Treatment of Alcohol and Drug Abusers. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. janv 1981;8(3):329-45.
17. Margot Trimbur - Laurent Plancke - Jordan Sibeoni. Réaliser une étude qualitative en santé [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>
18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.

19. Lamort-Bouche M, Pipard T, Pigache C, Moreau A, Fassier JB, Zorzi F. Enseigner la conduite d'entretien semi-directif en recherche qualitative. Développement et évaluation d'un kit d'auto-apprentissage avec vidéo modèle et contre-modèle. EXERCER. 1 oct 2020;31(166):365-71.
20. Les addictions sans substances [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/les-addictions/addictions-sans-substances/>
21. Groupe-Addictions_Art1_Les addictions sans produit.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: https://www.capeb.fr/www/capeb/media/centrevaleloire/document/Groupe-Addictions_Art1_Les%20addictions%20sans%20produit.pdf
22. 20 Minutes [Internet]. 2015 [cité 27 févr 2025]. Trop de patients oublient leur rendez-vous chez les médecins. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/paris/1637007-20150622-trop-patients-oublent-rendez-chez-medecins>
23. Roche S. Le rôle de la honte dans l'alcoolodépendance : une revue de la littérature. Psychotropes. 20 avr 2017;23(1):47-58.
24. Deldon C, Bally JN, Gocko X. Un mensonge protecteur? Place du mensonge dans la relation médecin-patient : le point de vue des médecins généralistes. Médecine. 1 déc 2016;12(10):459-64.
25. Perret J, Bally JN, Plotton C, Gocko X. Mensonge impossible ? Exercer [Internet]. 2017;(exercer 2017;135:292-8.). Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/896
26. Philippe Binder, Paul Vanderkam. Intervenir sur les addictions en médecine générale [Internet]. exercer 2017;130:72-81.; 2017. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/849
27. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 24 févr 2018;2018(2):CD004148.
28. Anne-Cécile Ardiet. Utilisation par les médecins généralistes des auto-questionnaires de repérage des consommations d'alcool et de tabac : une étude quantitative analytique. Médecine humaine et pathologie. 2024. ffdumas-04690637f
29. Bulletin Officiel n°2002-8 Circulaire DGS/DHOS n° 2002-57 du 30 janvier 2002 relative à la prescription de la méthadone par les médecins exerçant en établissement de santé, dans le cadre de

l'initialisation d'un traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés [Internet]. [cité 28 mars 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-08/a0080670.htm>

30. Quand l'addiction touche les proches [Internet]. [cité 4 mai 2025]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/les-addictions/quand-laddiction-touche-les-proches/>

31. Tribonnière X de la, Jacquet JM, Vidal J, Donnadiou H. Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie. Santé Publique. 1 déc 2016;28(5):591-7.

32. HAS. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux [Internet]. 2018 [cité 4 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf

32. Décret no 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=yg2V5QsNDQY2-RCYQ1s6Z67ZZ_SnyxNNSb_7KbhDTxo=

33. Décret no 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=yg2V5QsNDQY2-RCYQ1s6Z5d1BovgQCJoaSwbozY4KTQ=>

34. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. [cité 1 avr 2025]. La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues>

35. La réduction des risques associés à la consommation d'alcool - Principes de l'intervention | MILDECA [Internet]. [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-reduction-des-risques-associes-la-consommation-dalcool-principes-de-lintervention>

36. Cardinali J, Patrizio PD, Tanguy M, Boulangé M, Kanny G. Évaluation des attentes et représentations des médecins généralistes par rapport aux bénéfices attendus d'une cure thermale. *La Presse thermale et climatique*. 2019;156(1):104-16.
37. KOPP Pierre. Le coût social des drogues : estimation en France en 2019 | OFDT [Internet]. 2023 [cité 6 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publication/2023/le-cout-social-des-drogues-estimation-en-france-en-2019-511>
38. Poloméni P. Réduire les dommages associés à la consommation d'alcool:Résumé commenté de l'expertise et des recommandations de l'Inserm. *Médecine*. 2021;17(8):366-71.
39. Vavassori D, Harrati S, Favard AM. Le processus de sortie de la toxicomanie : l'attrition. *Psychotropes*. 2003;9(2):83-101.
40. Joan Cros. Interactions du médecin généraliste avec le dispositif spécialisé en addictologie : constats et propositions d'amélioration, enquête auprès des médecins généralistes de Dordogne. *Médecine humaine et pathologie*. 2023. ffdumas-04144729f
41. Addictions : à qui s'adresser? [Internet]. [cité 6 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/assure/sante/themes/addictions/suivi>
42. Sousa CD, 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):145-61.
43. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 9 avr 2025]. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux
44. Association d'entraide : <https://srae-addicto-pdl.fr/parcours-de-soins/annuaires/annuaire-des-associations-dentraide/>
45. Annuaire des professionnels <https://srae-addicto-pdl.fr/parcours-de-soins/annuaires/annuaire-des-professionnels/>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le triangle multifactoriel de Claude Olievenstein.....	6
Figure 2 : Illustration du circuit de la récompense	7
Figure 3 : Illustration de l'offre de soins en addictologie.....	9
Figure 4 : Diagramme de flux des médecins généralistes inclus	16
Figure 5 : Tableau des caractéristiques de la population des médecins généralistes	17
Figure 6 : Risque relatif d'années de vie en bonne santé perdues (ajustement sur l'âge) en fonction de la consommation quotidienne d'alcool en 2016 et pour les deux sexes.....	49
Figure 7 : Modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente	52

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....
INTRODUCTION	2
1. Epidémiologie.....	2
2. Concept de l'addiction.....	2
2.1. Définition de Aviel Goodman	2
2.2. Critères du DSM-V.....	3
2.3. Classification de la CIM-10	4
2.4. Le modèle biopsychosocial de Couteron	4
2.5. Le triangle d'Olievenstein	5
2.6. Bases neurobiologiques de l'addiction.....	6
3. L'offre de soins en addictologie	8
3.1. Organisation de l'offre de soins en addictologie	8
3.2. La place des SMRA	9
MÉTHODES	12
1. Population d'étude	12
2. Guide d'entretien	12
3. Déroulement des entretiens.....	13
4. Analyse du contenu	13
RÉSULTATS	15
1. Caractéristiques de la population	15
1.1. Recrutement de la population	15
1.2. Description de la population de médecins généralistes	16
2. Représentation des addictions par les médecins généralistes	17
2.1. Caractéristiques des patients.....	17
2.2. Les dommages secondaires à la consommation de substances psychoactives	18
2.2.1. Les dommages somatiques	18
2.2.2. Les dommages psychologiques	18
2.2.3. Les dommages familiaux.....	19
2.2.4. Les dommages en lien avec l'emploi.....	19
2.2.5. Les dommages judiciaires	20
3. La place du médecin généraliste dans l'accompagnement des patients souffrant d'addictions.....	20
3.1. Les rôles du médecin généraliste	20
3.1.1. Prise en charge globale et accompagnement des patients.....	20
3.1.2. Médecin de premier recours	20
3.1.3. Coordination des soins.....	21
3.1.4. Rôle de la formation continue	21

3.2.	L'investissement émotionnel des médecins généralistes	22
3.3.	Les difficultés des consultations addictologiques en médecine générale.....	22
3.3.1.	Difficultés de communication	22
3.3.2.	Sous-estimation des consommations.....	23
3.3.3.	Consultations irrégulières et désorganisées.....	23
3.3.4.	Difficultés administratives	23
3.3.5.	L'entourage des patients.....	24
4.	Représentation des SMRA par les médecins généralistes	24
4.1.	Perception des SMRA	24
4.1.1.	Types d'addictions prises en charges	24
4.1.2.	Intérêt des SMRA pour les patients	25
4.2.	Objectifs des SMRA vus par les médecins généralistes	25
4.2.1.	Objectif de sevrage ou de contrôle des consommations.....	25
4.2.2.	Objectif d'éducation thérapeutique.....	26
4.2.3.	Objectif de réinsertion sociale et réadaptation	26
4.2.4.	Absence d'attente des SMRA	27
4.3.	L'adressage des patients en SMRA	27
4.3.1.	L'origine de la demande	27
4.3.2.	Les critères d'adressage en SMRA selon les médecins généralistes	27
4.3.3.	Contre-indication à un séjour en SMRA d'après les médecins généralistes	28
4.3.4.	Difficultés d'adressage en SMRA	29
4.4.	Bénéfices des SMRA	29
4.4.1.	Abstinence ou contrôle des consommations	29
4.4.2.	Amélioration sur les plans psychologiques, physiques et sociaux.....	30
4.4.3.	Suivi médical régulier	30
4.4.4.	Absence de bénéfices	31
4.5.	Suivi post-SMRA	31
4.5.1.	Traitement médicamenteux.....	31
4.5.2.	Suivi addictologique	31
4.5.3.	Absence de suivi	32
4.6.	Proposition d'amélioration du suivi post-SMRA par les médecins généralistes	32

DISCUSSION

1.	Forces et limites de l'étude	33
1.1.	Forces de l'étude.....	33
1.1.1.	Sujet original	33
1.1.2.	Respect des critères COREQ	33
1.1.3.	Résultats variés	34
1.1.4.	Adaptation du guide d'entretien	34
1.2.	Limites de l'étude.....	35
1.2.1.	Biais de mémoire	35
1.2.2.	Difficultés liées aux entretiens semi-directifs.....	35
2.	Définition et représentations des addictions	36
2.1.	Représentations des médecins généralistes face à la théorie.....	36
2.2.	Difficultés des consultations	38
2.2.1.	Consultations non honorées	38
2.2.2.	Sentiment de manipulation ressenti par les médecins	39
2.2.3.	Sous-estimation des consommations.....	40

3.	L'accompagnement du patient présentant une pathologie addictive	41
3.1.	Le médecin généraliste en premier recours	41
3.2.	Positionnement du médecin dans le suivi de pathologie chronique.....	43
3.3.	Place de l'éducation thérapeutique dans les addictions	43
3.4.	La place centrale du médecin généraliste dans la coordination des soins.....	44
4.	Représentations et perceptions des SMRA par les médecins généralistes ..	45
4.1.	Confusion dans la dénomination des structures addictologiques.....	45
4.2.	Vision similaires des objectifs et missions des SMRA	45
4.3.	Représentations des SMRA	47
4.3.1.	Divergence d'opinions sur l'intérêt des SMRA	47
4.3.2.	Coût économique et social des addictions	48
4.4.	Problématiques d'accès aux soins	49
4.4.1.	Délais de prise en charge	49
4.4.2.	Les voies de recours des médecins généralistes	50
4.5.	Vision commune des critères d'adressage en SMRA	51
5.	Perspectives.....	53
5.1.	Plusieurs visions de l'addiction.....	53
5.2.	Création d'un annuaire pour adresser un patient en SMRA.....	53
CONCLUSION		55
BIBLIOGRAPHIE.....		56
LISTE DES FIGURES		61
TABLE DES MATIERES		62
ANNEXES.....		I

ANNEXES

Annexe 1 : liste des critères de l'addiction Aviel Goodman

Quatre critères principaux (A, B, C, D):

A- impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement ;

B- tension croissante avant d'initier le comportement ;

C- plaisir ou soulagement au moment de l'action ;

D- sensation de perte de contrôle pendant le comportement ;

E. Présence d'au moins **cinq des neuf critères secondaires suivants** :

* préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci ;

* engagement plus intense ou plus long que prévu dans ce comportement ;

* efforts répétés pour réduire ou arrêter ;

* temps considérable passé à réaliser ce comportement ;

* réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement ;

* l'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles ;

* poursuite malgré les problèmes sociaux ;

* tolérance marquée ;

* agitation ou irritabilité s'il est impossible de mettre en œuvre ou de réduire le comportement ;

F. Pendant plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période.

Annexe 2 : liste des 11 critères de la définition de l'addiction selon le DSM-V

1. La substance est prise en quantité plus importante ou durant une période plus prolongée que prévu ;
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance ;
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets ;
4. Il existe une envie intense, un besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance (*craving*) ;
5. L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison ;
6. Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance ;
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
8. Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux ;
9. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ;
10. Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
11. Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage caractérisé à la substance,
 - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Annexe 3 : liste des 6 critères de la définition du syndrome de dépendance selon la

CIM-10

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Annexe 4 : lettre d'information à destination des médecins généralistes

Chers collègues,

Nous sommes deux internes de médecine générale. Dans le cadre de notre travail de thèse, nous menons une étude qui s'intéresse aux suivis des médecins généralistes des patients ayant été hospitalisés au SSR Addictologie les Euménides.

L'objectif de ce travail est de connaître vos pratiques avec vos patients ayant été hospitalisé aux Euménides et d'améliorer le lien entre la médecine ambulatoire et hospitalière. Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience et votre point de vue. Nous souhaiterions échanger avec vous sur cette question pendant un entretien, d'une durée prévisible de 30-45 min, mais parfaitement ajustable, dans votre lieu d'exercice.

Vous aurez la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment, aucune justification ne vous sera demandée. Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur) et anonymisé. Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes cités...) seront ensuite rendues anonymes. Nous vous en adresserons une retranscription par courrier si vous le souhaitez dans un délai d'un mois. Nous vous demanderons un accord oral au début de l'entretien, qui sera alors enregistré, permettant l'utilisation de sa retranscription anonymisée.

La participation à ce travail n'entraîne aucune contrepartie financière de votre part. Si vous acceptez de nous rencontrer et que vous avez parmi votre patientèle, un patient ayant été hospitalisé au SSRA les Euménides entre Janvier 2022 et Décembre 2022, merci de nous faire part de votre approbation par mail, en nous énumérant vos jours et horaires de préférence (fin des consultations, jours non chargés ...)

Bien confraternellement,
Charline ROUSSEAU et Pierrick VIDAL

Annexe 5 : première version du guide d'entretien

Guide d'entretien

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien, il durera entre 30 et 45 min. L'entretien sera anonymisé et si vous le souhaitez, nous vous enverrons la transcription de l'entretien. Un droit de retrait est toujours possible. Les données seront détruites une fois le travail de thèse terminé. Pendant l'entretien, je ne répondrai pas à vos questions, nous pouvons si vous le souhaitez discuter après l'entretien. Êtes vous d'accord avec ceci ? Pouvons-nous commencer l'entretien ?

Question d'accroche : Pouvez-vous me parler du dernier patient qui a fait un séjour aux euménides ?

- **Avant l'hospitalisation, quelle était la situation avec ce patient? et après?**
 - *Relance : Comment cela se passait pour ce patient ? Comment se passaient les consultations ?*
- **Avez-vous reçu le courrier de sortie ?**
 - *Si oui, qu'en pensez-vous ?*
- **Avez vous utilisez ce courrier?**
 - *Si oui, en quoi cela vous est utile ?*
 - *Si non, pourquoi ?*
- **Quelle est la situation de ce patient aujourd'hui ?**
 - *Sur le plan somatique / social / psychologique / addictologique ?*
- **Que savez-vous de l'accompagnement actuel du patient ?**
 - *Et vous, comment l'accompagnez-vous aujourd'hui ?*
- **Et que pensez-vous de l'accompagnement actuel ?**
 - *Selon vous, est-ce qu'il y aurait des modifications à apporter ?*
- **Quand vous avez un patient avec une problématique addictive, comment le prenez-vous en charge ?**
 - *En pratique quotidienne, comment faites-vous pour l'intégrer dans la filière de soins ?*
- **Quels éléments vous feraient envisager un SSRA ?**
- **Si vous envisagez un SSRA pour ce patient, comment vous y prenez-vous ?**
 - *Avec le patient et sur le plan pratico-pratique ?*
- **Qu'attendez-vous de la prise en charge en SSRA ?**
 - *Quels sont les objectifs à atteindre en sortie d'hospitalisation pour vous ?*
- **Nous arrivons au terme de notre entretien, avez-vous des choses à ajouter ?**

Annexe 6 : troisième et dernière version du guide d'entretien

Guide d'entretien

Je vous contacté parce que vous avez eu un patient hospitalisé au SSRA Les Euménides en 2022. Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. L'entretien sera anonymisé et si vous le souhaitez, nous vous enverrons la transcription de l'entretien. Un droit de retrait est toujours possible. Les données seront détruites une fois le travail de thèse terminé selon les recommandations de la CNIL. Pendant l'entretien, je ne répondrai pas à vos questions, nous pouvons si vous le souhaitez discuter après l'entretien. Êtes-vous d'accord avec ceci ?
Pouvons-nous commencer l'entretien ?

Question d'accroche : Pouvez-vous me parler du dernier patient qui a fait un séjour aux Euménides ?

Comment ça s'est passé ? Avant - pendant - après ?

1. Qu'attendiez-vous de la prise en charge en SSRA ?

Relance : quels étaient pour vous les objectifs à atteindre en fin d'hospitalisation ?

2. Avant l'hospitalisation, quelle était la situation avec ce patient ?

Relance : Comment se passaient les consultations ?

3. Quelle est la situation de ce patient aujourd'hui ?

Relance : Sur le plan somatique / social / psychologique / addictologique

4. Que savez-vous de l'accompagnement actuel du patient ?

Relance : Quels contacts avez-vous avec le SMRA ?

Quels contacts avez vous avec les autres structures addictologiques ?

Quels contacts avec vous les autres professionnels de santé, en lien avec le patient ?

5. Et que pensez-vous de l'accompagnement actuel ?

Relance : Selon vous, quels seraient les axes de modifications possibles ?

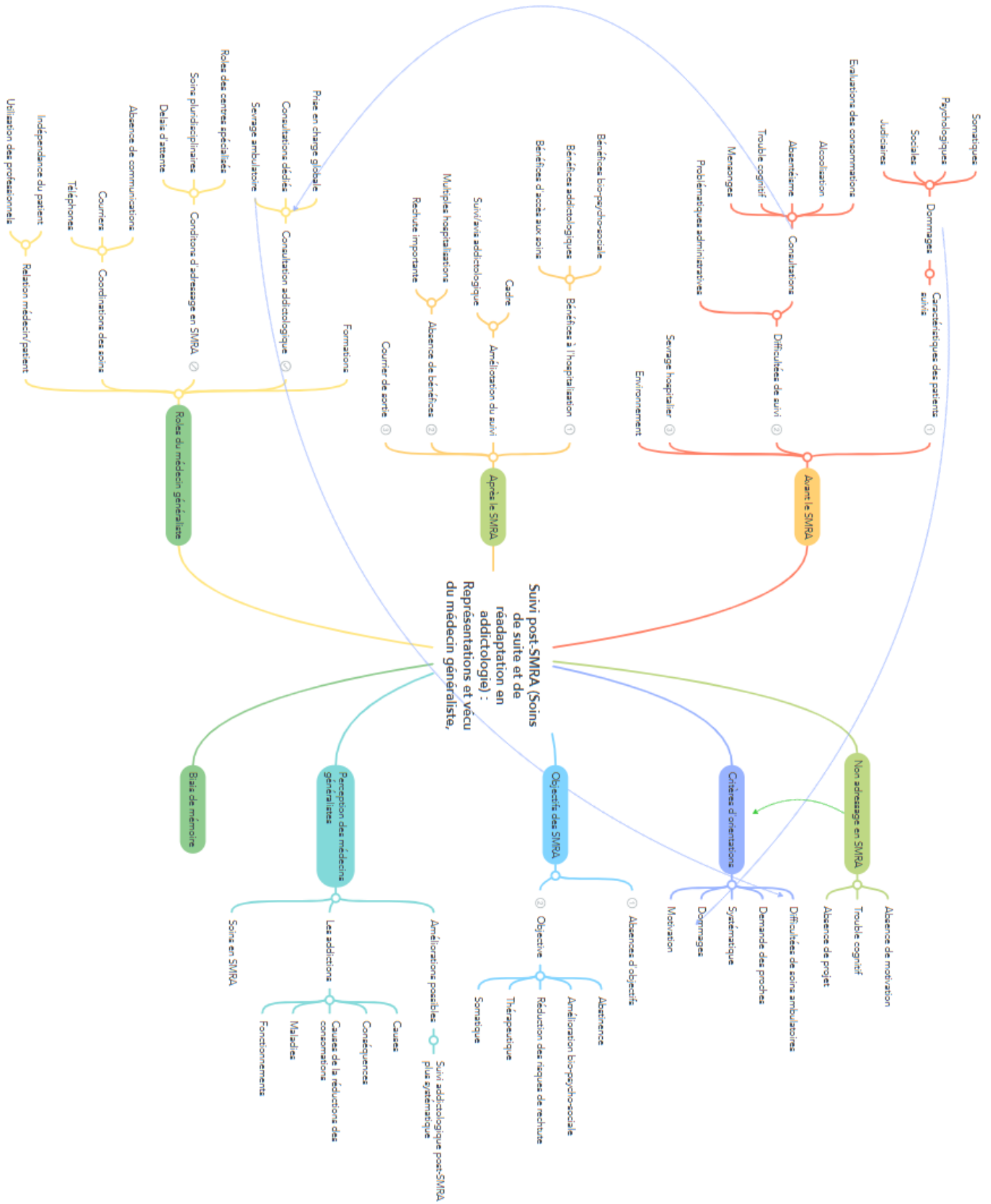
6. Quels éléments vous feraient envisager un SSRA d'une manière générale ?
Relance : Sur quels critères orientez-vous un patient vers un SSRA ?

Et quand vous l'envisagez, en pratique, comment faites-vous ?

7. Lorsque je vous ai contacté pour cet entretien, aviez-vous imaginé me parler d'autre chose en lien avec le sujet ?

Relance : avez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe 7 : carte mentale



Annexe 8 : liste des critères COREQ

Domaine 1 : Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur. Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? : **Entretien individuel**

2. Titres académiques. Quels étaient les titres académiques du chercheur ? : **Médecins non thésés**

3. Quelle était leur activité au moment de l'étude ? : **Médecins remplaçants**

4. Genre. Le chercheur était-il un homme ou une femme ? : **Un homme, une femme**

5. Expérience et formation. Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? :

Formation de médecin générale

6. Relation antérieure. Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? : **Non**

7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur. Que savaient les participants au sujet du chercheur ? : **Les participants avaient connaissance du sujet mais ne connaissaient pas les objectifs**

8. Caractéristiques de l'enquêteur. Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? : **Aucune**

Domaine 2 : Conception de l'étude

9. Orientation méthodologique et théorie. Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? : **Approche inductive s'inspirant de la théorisation ancrée**

10. Échantillonnage. Comment ont été sélectionnés les participants ? : **Consécutif, médecins ayant un patient hospitalisé au SMRA les Euménides entre Janvier 2022 et décembre 2022**

11. Prise de contact. Comment ont été contactés les participants ? : **Téléphone et courriel**
12. Taille de l'échantillon Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? : **6 médecins**
13. Non-participation. Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? :

23 absences de réponses, 1 refus

14. Cadre de la collecte de données. Où les données ont-elles été recueillies ? : **Cabinet des médecins généralistes**

15. Présence de non-participants. Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? : **Non**

16. Description de l'échantillon. Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?

Médecin	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Age	63	34	65	42	62	46
Sexe	Femme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Nombre d'années d'installation	33	7	33	11	33	14
Type d'exercice	Groupe	Groupe	Seul	Groupe	Groupe	Seul
Lieu d'exercice	Ville	Rural	Ville	Rural	Ville	Rural
Sensibilité/formé à l'addictologie	Sensible	Sensible	Non	Oui	Oui	Non
Nombre de patients suivis post-SMRA	Multiples	Multiples (5 -10)	1	Au moins 2	5 ou 6	5
A l'origine de l'hospitalisation	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Informé de l'hospitalisation	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Durée de l'entretien	8'50	16'58	18'36	15'34	35'	14'16

17. Guide d'entretien. Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? : **Le guide d'entretien était fait par les auteurs, deux tests du guide d'entretien avant son changement, les résultats ont été inclus dans l'étude**

18. Entretiens répétés. Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? **Non**

19. Enregistrement audio/visuel. Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? : **Enregistrement audio**

20. Cahier de terrain. Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? : **Oui, pendant**

21. Durée. Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? **La durée moyenne des entretiens était de 18 minutes 30 secondes.**

22. Seuil de saturation. Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? **Non, seuil de suffisance des données atteint.**

23. Retour des retranscriptions. Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? : **Non**

Domaine 3 : Analyse et résultats Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données. Combien de personnes ont codé les données ? : **2**

25. Description de l'arbre de codage. Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? **Non**

26. Détermination des thèmes. Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? **Déterminées par les données**

27. Logiciel. Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? **Word, excel**

28. Vérification par les participants. Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? **Non souhaité par les médecins interrogés.**

29. Citations présentées. Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? **Oui, M1, M2,M...**

30. Cohérence des données et des résultats. Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? **Oui**

31. Clarté des thèmes principaux. Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? **Oui**

32. Clarté des thèmes secondaires. Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? **Oui**

Annexe 9 : répertoire des structures addictologiques présentes dans la subdivision d'Angers

Comment adresser un patient en SMRA ?

Dans ce document, vous trouverez les contacts, adresses, téléphones, fax des SMR Addictologique du Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe (Fait en Avril 2025).

STRUCTURES HOSPITALIÈRES ET UNITÉS DE SOINS

UNITÉ LES EUMÉNIDES, hospitalisation complète et hospitalisation de jour
direction.eumenides@ugecam.assurance-maladie.fr

02 52 09 22 04

45 Boulevard Jean Sauvage, 49000 Angers

Lien pour dossier d'admission Hopitale de Jour, TCLA et hospitalisation complète:

<https://www.groupe-ugecam.fr/centre-de-readaptation-les-eumenides/offre-de-soins#paragraphe-339>

CENTRE DE SOINS « LA BREHONNIERE »

Hospitalisation complète

<https://www.brehonniere.com/admissions/>

<https://www.brehonniere.com/contact/>

02 43 98 91 17 Fax : 02 43 91 79 26

Château de la Bréhonnière 53230 ASTILLE

SOSAN SMR

Hospitalisation complète et hospitalisation de jour

<https://www.sosan.fr/contact/>

Hospitalisation complète : 02.43.41.25.25 Hôpital de jour : 02 44 71 86 86

Route de Changé, 72250 Parigné l'Evêque

Pas de dossier disponible sur le site. Prendre contact avec une structure addictologique ou le SMR directement.

Centre Bocquet – Centre Hospitalier intercommunal Mamers

Hospitalisation complète et hospitalisation de jour

<https://www.normandie-generations.fr/contact/>

02.43.34.44.00 Fax : 02 43 34 80 13

Pas de dossier disponible sur le site. Prendre contact avec une structure addictologique ou le SMR directement.

CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL ALIA

201 lieu-dit Haute-Brin, 49600 BEAUPREAU - 02.41.63.62.68

ctr-hautebrin@alia49.fr

<http://www.alia49.fr/>

COMMUNAUTE THERAPEUTIQUE MONJOIE

Z.A. Les Avaloirs – Le Grand Pré Davert 53140 PRE EN PAIL

02.44.71.87.28

ct53@montjoie.asso.fr

<https://www.montjoie.asso.fr/>

**La place des SMRA (Soins Médicaux et de Réadaptation en Addictologie) dans le suivi de patients
présentant une addiction sévère : Représentations et vécu des médecins généralistes**

RÉSUMÉ

Introduction : Les pathologies addictives constituent un enjeu de santé publique majeur et une priorité des politiques de santé en France, par leurs fréquences très élevées, et par le côté "évitable" des conséquences qu'elles entraînent. Les SMRA occupent une place importante dans l'accompagnement des patients présentant une addiction sévère. L'objectif principal était d'explorer les représentations et les attentes que peuvent avoir les médecins généralistes (MG) de la subdivision d'Angers concernant les patients hospitalisés au SMRA « Les Euménides ». L'objectif secondaire était d'explorer leurs représentations des addictions et des structures addictologiques.

Méthodes : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de MG installés dans la subdivision d'Angers à partir d'un guide d'entretien révisé à deux reprises. L'analyse des résultats a été effectuée en double codage, avec triangulation des données.

Résultats : six entretiens effectués, d'une durée moyenne de 18 minutes et 30 secondes. Les MG interrogés avaient une vision commune de leurs missions dans le suivi de patients présentant une addiction sévère comme l'accompagnement du patient, prise en charge globale et coordination des soins. Ils partageaient des attentes communes des SMRA, telles que l'abstinence ou le contrôle des consommations, l'éducation thérapeutique et la réinsertion sociale. Ils avaient une vision commune des critères d'adressage en SMRA : échec de sevrage en ambulatoire et motivation du patient. Il existait des divergences concernant la définition de l'addiction et l'intérêt des SMRA. La moitié des MG avaient une perception positive des SMRA, l'autre moitié émettaient un avis moins favorable. Les MG ont exprimé des difficultés concernant les consultations des patients (difficultés de communication et consultations non honorées) et des difficultés d'accès aux soins secondaires notamment à cause des délais de prise en charge face à l'immédiateté des patients.

Conclusion : Cette étude qualitative a permis de décrire les représentations, les attentes et les bénéfices perçus par les MG concernant les SMRA. Un annuaire de modalités d'adressage en SMRA est proposé pour les départements du Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne, avec un objectif d'améliorer la communication ville/hôpital. Il semble exister plusieurs visions de l'addiction parmi les médecins interrogés, ceci pourrait faire l'objet d'un prochain travail de thèse.

Mots-clés : soins de santé primaire, médecine générale, addictologie, établissements de santé, maladie chronique

**The role of SMRA (Medical and Rehabilitation Care in Addiction) in monitoring patients with severe
addictions : Representations and experiences of general practitioners**

ABSTRACT

Introduction : Addictive pathologies constitute a major public health issue and a priority of health policies in France, due to their very high frequency, and the "avoidable" nature of the consequences they cause. Medical and Rehabilitation Care in Addiction occupy an important place in the support of patients with severe addiction. The main objective was to explore the representations and expectations that general practitioners (GPs) in the Angers subdivision may have regarding patients hospitalized in the center "Les Euménides". The secondary objective was to explore their representations of addictions and addictological structures.

Methods : Qualitative study using semi-structured individual interviews with GPs working in the Angers subdivision, based on an interview guide revised twice. The results were analyzed using double coding and data triangulation.

Results : six interviews were conducted, with an average duration of 18 minutes and 30 seconds. GPs had a common vision of their missions in the monitoring of patients with severe addiction like accompagnement, global support and care coordination. They shared common expectations of the Medical and Rehabilitation Care in Addiction, such as abstinence or control of consumption, therapeutic education and social reintegration. They had a common vision of the referral criteria to these centers : outpatient cessation failure and motivation of the patient. There seem to be differences concerning the definition of addiction and the interest of these centers. Half of the GPs had a positive perception of SMRA, the other half had a less favorable opinion. GPs told about the difficulties of consultations with patients with addiction (communication difficulties and missed consultations) and the difficulties of accessing secondary care, particularly because of the delays in treatment faced with the immediacy of patients.

Conclusion : This qualitative study has highlighted the representations, expectations and benefits perceived by GPs regarding Medical and Rehabilitation Care in Addiction. A directory of different centers referral methods is proposed for the departments of Maine-et-Loire, Sarthe, and Mayenne, with the aim of improving city/hospital communication. There appear to be several visions of addiction among the physicians surveyed; this could be the subject of a future thesis.

Keywords : primary health care, general practice, addictology, health facilities, chronic disease