UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉ DE SANTE

Année 2023 2023 TOU3 1081

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Pierre de CLERMONT-GALLERANDE

Le 11 Juillet 2023

PRATIQUES PLURI-PROFESSIONNELLES DES MAISONS DE SANTE ET CENTRES DE SANTE D'OCCITANIE POUR LE SOIN DES ADDICTIONS, ET INTERET POUR LES MICROSTRUCTURES MEDICALES D'ADDICTIONS

Directrice de thèse : Pr Julie DUPOUY

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	**Président**
Madame la Professeure Julie DUPOUY	**Assesseur**
Monsieur le Docteur Yohann VERGÈS	**Assesseur**

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

Mise à jour le 05/05/2023

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Mise à jour le 05/05/2023

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAVAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

Mise à jour le 05/05/2023

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. COMONT Thibault	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. GANTET Pierre	Biophysique
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Mise à jour le 05/05/2023

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Je suis infiniment sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger parmi ce jury de thèse. Veuillez trouver ici, le témoignage de ma grande estime et de ma sincère reconnaissance.

Au Président de jury, Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Je tiens tout d'abord à vous remercier très respectueusement de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et vous remercie de bien vouloir juger ce travail. Je vous suis reconnaissant pour votre implication dans notre parcours pédagogique pour la spécialisation en médecine générale. Veuillez trouver, ici, l'expression de ma très haute considération.

A ma directrice de thèse, Madame le Professeur Julie DUPOUY,

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Il y a quelques mois lorsque je t'ai contacté avec cette idée sur les MSMA, mon e-mail semblait être une bouteille à la mer… Malgré ta décision de ne plus prendre de thèse en direction, tu m'as répondu avec enthousiasme. Je te suis infiniment reconnaissant d'avoir fait une exception à l'aube de ton Professorat ! Ton aide m'a été très précieuse, et ce travail n'aurait pas eu la même portée sans ton expertise. Merci pour ta disponibilité, ton dynamisme et ton soutien durant ces quelques mois. Cela a été un réel plaisir de travailler avec toi.

A Monsieur le Docteur Yohann VERGÈS, membre du jury,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de me faire l'honneur de bien vouloir étudier mon travail avec attention. Je vous suis reconnaissant de vos conseils avisés à l'amorce de ce travail. Veuillez trouver, ici, l'expression de ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a été possible grâce au concours de plusieurs autres personnes à qui je souhaite manifester toute ma reconnaissance.

A Aurore Palmaro, Chef de projet du DUMG, merci de votre aide. Je vous témoigne toute ma reconnaissance pour votre apport à ce travail qui en est l'un des piliers fondateur. Merci pour votre disponibilité, et votre réactivité durant ces derniers mois.

Aux MSP et CS d'Occitanie, à toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à cette étude et ainsi participé à l'aboutissement de ce travail de thèse. Un grand merci à tous ceux avec qui j'ai pu discuter avec enthousiasme de la coordination des soins et de la prise en charge des addictions.

A ma femme Sarah, pour tes relectures quotidiennes et ta patience infinie… Merci.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A mes maîtres de stages et mes tuteurs qui m'ont accompagné, formé durant l'internat.

A l'ensemble du corps enseignant de L'Université de Toulouse, pour votre dévouement pédagogique et la qualité de vos enseignements.

A Anne, Julien, pour ce bout de vie passé à vos côtés, je n'oublierai jamais notre amitié.

A Charley, encore et depuis toujours, malgré la distance, ta présence indéfectible est l'une des chose les plus précieuses qui m'ait été donnée d'avoir. Merci à toute la bande d'avoir su répondre présent à chaque rare occasion de dernière minute, pour des retrouvailles comme au premier jour.

A Atsu, pour ton ronronnement encourageant et ta présence réconfortante.

A Natacha, Laurent, Tatiana, Matthieu, Julie et Ezio, merci de m'avoir accueilli aussi chaleureusement comme l'un des vôtres. Merci pour votre affection et votre soutien, vous êtes une seconde famille à mes yeux.

Je tiens à remercier **Gene** d'avoir été mon agent secret à L'Agence, **Ludo** pour ton affection, **Renée** d'avoir participé à la BO de cette thèse et **Grand-maman Paulo** pour tes pensées attentives et affectueuses. Merci à **Raymond**, **Coco**, ces moments auprès de vous resteront à jamais dans ma mémoire.

A Jonathan, Arthur, Élisa, mes frérots, ma sœurette, merci pour ce que vous êtes. Je suis heureux de savoir que je pourrai toujours compter sur vous. Je suis si fier de vous.

A mes parents chéris, merci d'avoir cru en moi et d'avoir veillé à ce que je maintienne le cap durant cette longue traversée que sont les études de médecine. Cette fin de voyage coïncide avec votre levée d'ancre pour un nouveau port d'attache dans lequel nous construirons des souvenirs éternels. Par-dessus tout, merci pour votre amour inconditionnel.

A ma femme, Sarah, je ne te remercierai jamais assez pour le soutien et l'aide que tu m'apportes. Merci d'être ma confidente, merci pour ton amour, ta joie de vivre et chaque seconde de ces sept dernières années. Ces moments passés à tes côtés me sont inestimables. Les mots sont difficiles à trouver, mais il y en a peut-être quelques-uns qui pourraient résumer ma pensée…

"By your side, I had the time of my life".

A mon fils Charlie, c'est un honneur de te savoir présent à ma soutenance de thèse. Cela fait bientôt un an et demi que tu es dans nos « pattes ». Te voir grandir est un pur bonheur chaque jour. Si la vie est belle, elle prend tout son sens depuis que l'on te connait.

MERCI INFINIMENT À TOUTES ET TOUS d'avoir partagé ces moments de vie à mes côtés durant ces études de médecine.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX : 9

ACRONYMES ET ABREVIATIONS 10

CONTEXTUALISATION 11

MICROSTRUCTURES MEDICALES D'ADDICTION 12

I - UN PEU D'HISTOIRE 13

II- ÉTUDES SUR LES MICROSTRUCTURES MEDICALES D'ADDICTIONS 14

III- ZOOM SUR L'OCCITANIE 15

STRUCTURES PLURI-PROFESSIONNELLES EN SOIN PREMIER 16

PROBLEMATIQUE 17

MATERIEL ET METHODE 18

RESULTATS 21

I- RECUEIL DES DONNEES 21

II- CARACTERISTIQUES DES STRUCTURES 22

III- PLURI-PROFESSIONNALITE 24

1- Professionnels de la structure intégrés aux soins des addictions 24

2- Projets en lien avec les addictions 27

3- Réseau territorial 28

III- INTERET POUR LES MICROSTRUCTURES MEDICALES D'ADDICTIONS 29

1- Avis des Microstructures médicales d'Occitanie 29

2- Intérêt pour les éléments clés du concept 29

3- Intérêt pour la création d'une Microstructure médicale d'Addiction 30

IV- LIEN ENTRE PLURI-PROFESSIONNALITE ET SOIN DES ADDICTIONS 31

DISCUSSION 32

TRAVAIL EN EQUIPE MAJORITAIRE POUR LE SOIN DES ADDICTIONS, IMPLICATION INEGALE DES PARAMEDICAUX 32

PEU DE PROJETS INNOVANTS EN LIEN AVEC LES ADDICTIONS, IMPLICATION NOTABLE DES MSMA 32

MODALITES DE COMMUNICATION 33

LIENS AVEC LE TERRITOIRE 34

INTERET POUR LES MICROSTRUCTURES MEDICALES D'ADDICTIONS 35

CONCLUSION 37

BIBLIOGRAPHIE 38

ANNEXES 41

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX :

FIGURES

Figure 1 *: Frise chronologique, évolution des microstructures médicales.....12*

Figure 2 *: Cartographie des MSMA d'Occitanie fin 2022, source 2PAO.fr.....14*

Figure 3 *: Cartographie des MSP d'Occitanie, avril 2022, source www.occitanie.ars.sante.fr.....19*

Figure 4 *: Diagramme de flux.....20*

Figure 5 *: Configuration médiane d'une structure pluri-professionnelle en Occitanie.....21*

Figure 6 *: Professions intégrées au soin des addictions aux côtés des médecins généralistes.....23*

Figure 7 *: Type de protocole, produit d'addiction ciblé.....26*

Figure 8 *: Taux de sollicitation des acteurs du territoire selon l'appartenance à une MSMA ou non.....27*

Figure 9 *: Motif de désintérêt pour le concept de MSMA.....29*

Figure 10 *: Taux de participants aux « actions de pluri-professionnalité selon l'appartenance à une MSMA ou non.....30*

TABLEAUX

Tableau n°1 *Caractéristiques des structures.....22*

Tableau n°2 *Pluri-professionnalité interne à la structure.....24*

Tableau n°3 *Projets/protocoles en lien avec les addictions - Lien avec le territoire.....25*

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

2PAO : Plateforme Professionnelle Addiction Occitanie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASALÉE : Action de santé libérale en équipe
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMP : Centre médico-psychologique
CMS : Centre médico-social
CNIL : Commission Nationale de l'informatique et des libertés
CNRMS : Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures médicales
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CS : Centre de santé
CSAPA : Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
DS : Déviation standard
EIQ : Écart interquartile
FECOP : Fédération de l'Exercice Coordonnée Pluri-professionnel en soin primaire
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
IDE : Infirmière diplômée d'état.
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IPA : Infirmière en pratique avancée
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MG : Médecin généraliste
MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MSMA : Microstructure médicale d'addiction
MSO : Médicaments de substitutions aux opiacés
MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle
OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
RCP : Réunion de concertation pluri-professionnelle
RGPD : Règlement Général de Protection des Données
RMS : Réseau de Microstructure
TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues
TSO : Traitement de substitution aux opiacés
TUO : Trouble de l'usage lié aux produits opioïdes

CONTEXTUALISATION

La dynamique du marché des produits psychoactifs s'est accélérée depuis 2010 avec une expansion de l'offre, une concurrence accrue et une accessibilité plus importante à des produits plus nombreux qu'auparavant, plus purs également (1). La politique de réduction des risques doit évoluer parallèlement à cette dynamique. La prescription de médicaments de substitutions aux opiacés (MSO) est une solution efficace pour les patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes (TUO) toutefois la baisse de primo-prescription de buprénorphine par les médecins généraliste (2) met en exergue le faible équilibre de cette prise en charge. De plus, devant le profil des consommateurs avec pour certains des comorbidités psychiatriques, des poly-addictions, l'importance d'un accompagnement global médico-psycho-social est centrale. L'évolution de l'offre de soin dédiée aux addictions passe par le développement de la coordination entre soignants et par le travail pluri-professionnel en soins primaires, dont les médecins généralistes (MG) sont les acteurs principaux.

Les médecins généralistes sont l'offre de soin la mieux répartie en France. Ils ont un rôle majeur dans le repérage, le soin, la prévention des conduites addictives.

Les MG ont une prise en charge différente des patients en fonction du produit responsable de leur addiction (3). Ils effectuent plus systématiquement un repérage des addictions pour le tabac (66%) que pour l'alcool (43%) ou le cannabis (24%) (4). Si l'addiction au tabac est dépistée et traitée par les seuls médecins généralistes dans 60 à 81% des cas, ce n'est le cas que pour 30% des médecins lors d'une addiction à l'alcool (4). Les difficultés sont plus importantes pour les produits illicites (5). Les médecins sont de moins en moins nombreux à initier de la buprénorphine (5,7% en 2015) pour les patients ayant un TUO, limitant la prise en charge initiale à un faible nombre de praticiens (2). Pour autant, les médecins sont dans l'ensemble favorable à ce traitement (6) et estiment la prise en charge des patients sous MSO comme appartenant au champ de la médecine générale (7). Les freins observés à la primo-prescription de buprénorphine (6),(8) sont sensiblement identiques aux freins décrits pour la prise en charge des addictions liées à l'alcool, au cannabis ou à la cocaïne (5).

Le manque de connaissance est un frein revenant dans chaque étude sur le sujet (6-10). Une meilleure prise en charge est observée chez les médecins ayant reçu une formation (initiale ou continue) (6). Mais le besoin de formation peut se heurter aux représentations négatives (9) qui sont une limite, si ce n'est la plus grande, à la prise en charge des addictions

en soin premier. Souvent existantes avant le cursus universitaire, ces représentations négatives s'expriment aussi bien envers les patients que les prescripteurs de MSO (8). Au même titre, le manque de pluri-professionnalité est avancé par les médecins. Devant le contexte de démographie médical actuel plusieurs praticiens adoptent des stratégies de régulation de leur prise en charge de patients sous MS (8).

Les MG déplorent le manque de relation avec les structures spécialisées et les difficultés d'adressage (8). Ces structures sont particulièrement sollicitées du fait d'une insuffisance de pluridisciplinarité dans le soin des addictions (8). Une plus grande coopération pluri professionnelle, voir le travail en MSMA, sont des leviers identifiés par les MG pour le soin des TUO (8).

De façon parallèle, une étude récente de l'OFDT sur le mésusage des traitements opioïdes (10) souligne que les difficultés rencontrées sont principalement liées au manque de coopération entre les soignants. Elle met en avant l'importance d'une coordination des soins entre les différents acteurs de santé pour parfaire la place de la médecine générale dans la prise en charge des addictions. Cette enquête conclut en indiquant que les MG s'en rapprochant sont ceux travaillant en équipe. Pour illustrer son propos, elle prend l'exemple de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ou centres de santé (CS) en lien avec des microstructures médicales d'addictions (MSMA).

MICROSTRUCTURES MEDICALES D'ADDICTION

A la fin des années 1990, pour faire face à la prise en charge des addictions aux produits opioïdes a émergé le concept de microstructure médicale d'addiction (MSMA). Initialement centré sur la prise en charge d'addictions aux produits opiacés, les microstructures ont progressivement inclus toute forme d'addictions (consommations d'autres substances illicites, ou alcool, tabac, médicaments, etc…) (11).

La MSMA est une offre de soin pluridisciplinaire de premier recours pour la prise en charge des addictions. Elle rassemble dans une même structure un médecin généraliste, un travailleur social et un psychologue (certaines microstructures peuvent solliciter d'autres professions comme des psychiatres, des pharmaciens, etc…). Le lieu dédié à ces microstructures est généralement le cabinet du médecin généraliste. Le psychologue et le travailleur social y font au moins une permanence hebdomadaire.

I - UN PEU D'HISTOIRE

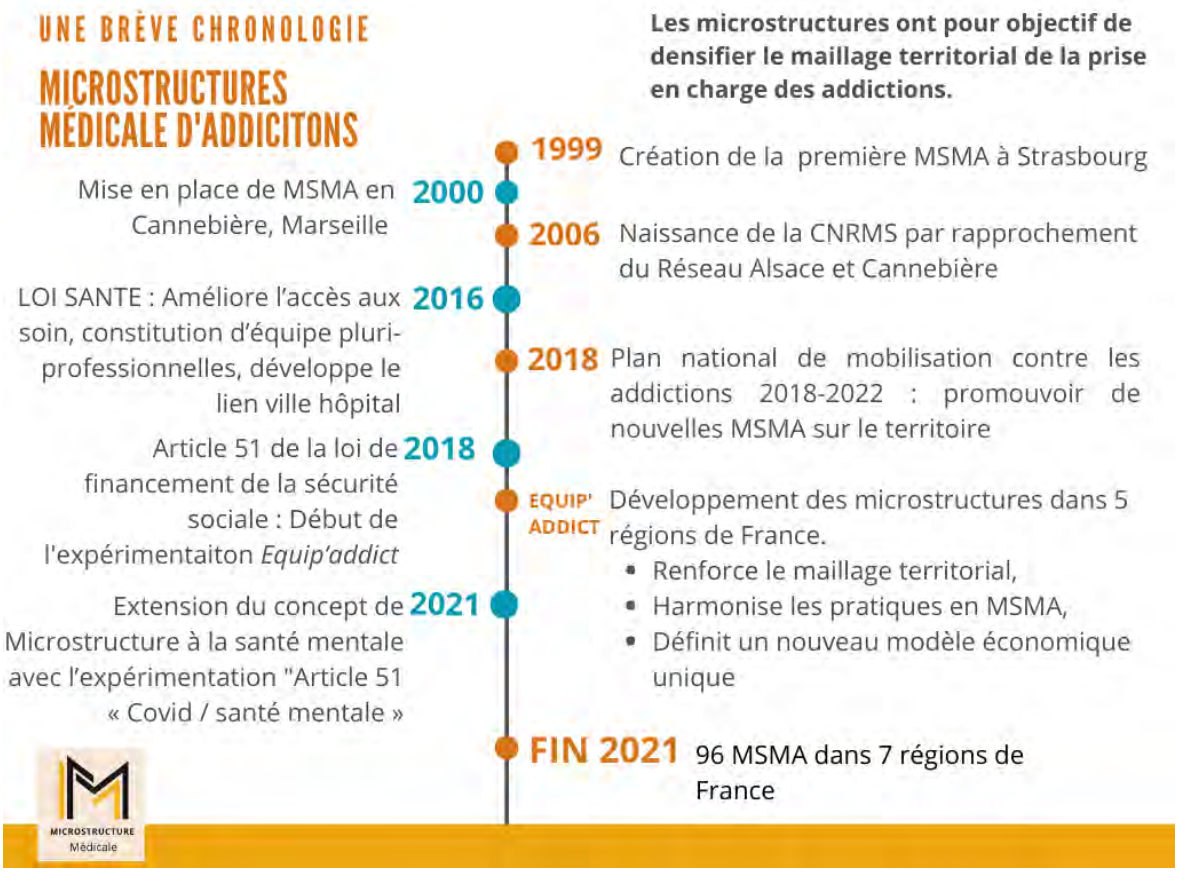


Figure 1 : Frise chronologique, évolution des microstructures médicales

Les premières MSMA ont été fondées en Alsace (Strasbourg) en 1999. Elles ont été une réponse à « l'épidémie d'addiction » aux produits opiacés des années 1990 (11-13). L'ouverture de ces centres de soins primaires spécialisés dans la prise en charge des addictions était parrainée par la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) et la région Alsace dans le cadre d'une expérimentation de 2 ans (11),(12). Le réseau de la Cannebière, à Marseille, s'est mis en place dans les années 2000 pour les mêmes raisons qu'à Strasbourg (11),(13).

En 2003, les MSMA d'Alsace se coordonnent en réseau (réseau de Microstructure RMS Alsace). La coopération du RMS Alsace avec le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Strasbourg s'est intensifiée et a permis une formation spécialisé du personnel des MSMA. Cette initiative renforcera par la suite le lien microstructures-hôpitaux (11). Ce réseau a permis un développement important des microstructures sur la région et au-delà. Le maillage territorial dans la région Grand-Est est à ce jour le plus évolué de France (14).

Dès 2006, la « Coordination Nationale des réseaux de microstructures médicales » (CNRMS) nait du rapprochement entre le RMS Alsace et le réseau Cannebière. Elle se dote d'une charte en 2008 ayant pour objectif de promouvoir le concept de MSMA et d'aider à la création de nouveaux réseaux. Elle coordonne également les actions nationales et facilite la recherche clinique. Elle vise par ailleurs à étendre son action à d'autres champs de la santé publique (15). Le nombre de microstructures augmente progressivement dans les années qui suivent la création de la CNRMS. En 2014 elle comporte une quarantaine de microstructures réparties en cinq réseaux (11).

En 2016 la loi Santé tend à améliorer l'accès aux soins et pousse à la constitution d'équipe pluri-professionnelles. Deux ans plus tard, ses intentions sont inscrites dans le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (16). De fait, ce plan comprend une amélioration du travail en équipe pluridisciplinaire. Il y est inclus un objectif de création de nouvelles microstructures sur le territoire.

C'est ainsi en 2018, dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale, que débute *Equip'addict*. C'est une expérimentation de 3 à 5 ans pour la promotion et le développement des microstructures dans 5 régions de Frances (Occitanie, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Grand-Est, Ile- de-France). Les objectifs principaux d'*Equip'addict* sont de renforcer le maillage territorial, d'harmoniser les pratiques en MSMA et de définir un nouveau modèle économique unique. La CNRMS s'occupe de coordonner l'expérimentation à l'échelle nationale (17).

Cette harmonisation portée par *Equipp'addict* s'avère nécessaire pour répondre aux difficultés liées à l'absence d'homogénéité des diverses microstructures maillant le territoire : financement différents et dépendants des pouvoirs publics, financement expérimentaux non-reconduits, structures différentes selon les territoires (11),(17).

II- Études sur les Microstructures Medicales d'Addictions

Depuis leurs créations les microstructures ont été évaluées. Un intérêt supérieur des MSMA en comparaison à un cabinet de médecine générale classique, a été montré dans les domaines de consommation de drogues, de relation sociale, d'état psychiatrique et d'emploi. Elles sont également une bonne alternative vis à vis des centres spécialisés, notamment dans la prescription, l'initiation de TSO. Le travail en microstructure a également un impact sur le ressenti des médecins y travaillant. En effet, ils « *déclarent être plus à l'aise dans leur suivi des patients sous traitement de substitution, avec notamment une proportion de 73% contre 27% à se déclarer « complètement » à l'aise* » (18).

La probabilité que le suivi en MSMA soit plus efficace qu'au cabinet d'un médecin généraliste est de 80 %. Et malgré un investissement initial important, le coût par usagers est inférieur en MSMA comparativement au suivi conventionnel (- 58.76 euros /mois/patients, soit une économie de plus d'un demi-million d'euros en 2007) (19).

L'introduction d'un objectif d'expansion des microstructures en France dans le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 est une reconnaissance de l'apport des microstructures au réseau de soin. Cette multiplication des structures facilite l'accès au soin des usagers. Le fait que les consultations s'effectuent au cabinet du médecin généraliste est moins stigmatisant pour les patients. Tous les patients sont dans une seule et même salle d'attente, chacun ayant besoin de soins. Le patient ayant une addiction est alors perçu comme un « patient ordinaire » (20). La satisfaction des usagers est estimée à plus de 93%, soulignant l'importance d'un travail pluridisciplinaire et l'utilité d'un lieu unique pour le suivi (11). Le suivi psychologique et social est bien plus régulier pour les patients présents en microstructure comparativement au suivi conventionnel en médecine générale (18).

III- ZOOM SUR L'OCCITANIE

Figure 2 : Cartographie des MSMA d'Occitanie fin 2022, source 2PAO.fr

En 2019 l'Occitanie compte cinq microstructures, à Réalmont, Laguiole, Bessèges, Saint-Just, Tarascon-sur-Ariège. *Equip'addict* vise alors la création d'une quarantaine de microstructures sur la région. L'expérimentation de développement de MSMA est portée par deux entités en lien avec l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie : Addiction France Occitanie et 2PAO (Plateforme Professionnelle Addiction Occitanie).

La dynamique de développement a été freinée par la pandémie de Covid 19 (14). Pour autant, douze nouvelles microstructures se mettent en place en 2020. Fin 2021 la région compte alors 24 microstructures. L'objectif de 30 MSMA a été atteint fin 2022, avec au moins une MSMA par département (21).

STRUCTURES PLURI-PROFESSIONNELLES EN SOIN PREMIER

Outre la formation et la sensibilisation aux problèmes d'addictions, la pluri professionnalité est l'un des grands axes d'amélioration de la prise en charge des addictions. Elle est l'une des priorité du plan addiction 2018-2022, en articulant les soins de premiers recours autour du médecin généraliste. Renforcer la connaissance du réseau local, créer une liste des partenaires, étoffer la pluri professionnalité et les relations avec les acteurs du territoire sont cités comme des objectifs à l'amélioration du soin des addictions (5),(8),(9),(22).

En France, les structures pluri-professionnelles sont les centres de santé (CS) (associatif, mutualistes ou municipaux) et les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Les pôles de santé et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont des entités regroupant différentes structures de soin, coordonnant l'action de santé territoriale.

Les centres de santé sont plus anciens que les maisons de santé. En 1995 il en existait plus de 1500, dont 357 centres polyvalents (pluri-professionnels comprenant des médecins généralistes) (23). Aujourd'hui la France en compte plus de 2200 dont 455 centres de santé pluri professionnels (24). Leurs quelques spécificités sont la délégation systématique du tiers payant et le salariat des professionnels de santé. Un nouvel accord national a été signé en 2015 reconnaissant la place importante des CS dans l'offre de soin en France, leur implication dans la coordination des parcours de santé des patient et la valorisation en leur sein de l'exercice pluri-professionnel (25).

Les regroupements pluri-professionnels, hors centre de santé, ont commencé à s'étendre dans les années 1990. Les premières MSP apparaissent aux alentours de 2005 (26). Aujourd'hui la dynamique du regroupement pluri-professionnel en soin premier bénéficie davantage aux MSP qu'aux CS. En mars 2023 il existait plus de 2251 MSP en France (981 MSP en 2017). Une MSP est composée d'au moins deux professionnels médicaux et un professionnel paramédical (27). Elle porte par définition un projet de santé et peut « participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de préventions et d'éducation pour la santé et des actions sociales » (28). Par le biais de son statut de « Structure interprofessionnelle de soins ambulatoires », elles bénéficient de financements dédié à leurs travail collaboratif. C'est une rémunération forfaitaire en fonction de l'accomplissements d'objectifs relatifs à « l'accès aux soins, la qualité et coordination des soins et l'appui d'un système informationnel partagé » (26).

PROBLEMATIQUE

Une étude de l'IRDES évaluant les performances des MSP et des CS entre 2009 et 2012 n'y a identifié aucune nouvelle pratique professionnelle concernant le soin des addictions. Il y est toutefois souligné que par le biais de projets de santé, ces regroupements étaient « davantage en capacité de repérer les consommations à risque et d'accompagner leurs patients » (16),(29). Depuis ce rapport il y a 11 ans, la pluri-professionnalité est au centre du renouveau de l'offre de soin et il existe une réelle dynamique à vouloir travailler en groupe. Les médecins sont attirés par ce modèle permettant des échanges interprofessionnels plus naturels, une prise en charge coordonnée, diminuant ainsi leur isolement. Ceux travaillant en groupe affirment avoir un meilleur équilibre entre vie privée et professionnelle (30) et perçoivent ce mode d'exercice « comme un facteur d'amélioration de la qualité de leurs pratiques » (31). Le développement de l'exercice de groupe répondant au besoin de pluri-professionnalité des soignants est en mesure de favoriser les prises en charge complexes, notamment en addictologie (6),(10).

Notre étude vise à évaluer ces pratiques pluri-professionnelles pour le soin des addictions au sein des MSP et CS d'Occitanie. Ces regroupements fondés sur un exercice coordonné et pluri-professionnel mettent-ils ce travail de groupe au profit du soin des addictions ? Connaissent-ils le concept de MSMA ? Les MSP et les CS seraient ils intéressés par ce modèle de prise en charge des addictions ?

MATERIEL ET METHODE

TYPE D'ETUDE

Cette étude a pour objectif principal de faire un état des lieux de la pluri-professionnalité dans le soin des addictions des MSP et CS d'Occitanie. Un objectif secondaire est d'évaluer l'intérêt de ces structures pour le concept de MSMA. C'est une étude épidémiologique transversale descriptive par questionnaire auto administré.

POPULATION ETUDIEE

L'étude s'est portée sur les regroupement de différents professionnels enregistrés comme MSP ou CS en Occitanie. L'enquête menée a inclus les centres de santé et les maisons de santé pluri-professionnelles d'Occitanie. Ont été exclus les regroupements mono-professionnels et les structures ne présentant pas de médecin généraliste.

QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été élaboré au moyen de lectures bibliographiques et d'un appui sur les aides techniques du département universitaire de médecine générale. Aucun questionnaire étudiant la pluri-professionnalité dans la prise en charge des addictions n'a été retrouvé dans la littérature. Il a été travaillé par un groupe de 3 personnes et testé par un médecin extérieur au groupe de travail. Il reposait majoritairement sur des questions fermées à choix unique ou multiples. Certaines questions amenaient à proposer un commentaire de précision. Il a été laissé aux répondants l'opportunité d'un texte libre à la fin de l'enquête.

Composé de 33 questions, le questionnaire a été divisé en 3 parties. La première partie (6 questions) visait à connaitre certaines caractéristiques des MSP et des CS (ancienneté, zone urbaine/rurale, composition professionnelle de chaque structure). Pour la densité des communes d'implantation, nous sommes appuyés sur les données de l'INSEE (32) permettant de distinguer 7 niveaux de densité dissociant deux espaces : « à dominance urbaine (niveau 1 à 4) et à dominance rurale (niveau 5 à 7)». Cela représente uniquement le lieu d'exercice et non pas le type d'exercice rural/urbain qui ne pourrait se définir que par la seule densité de population (33),(34).

Une deuxième partie (18 questions) tendait à décrire pour chaque établissement la prise en charge pluri-professionnelle des addictions et la coordination autour du soin des addictions mise en place en interne et avec les acteurs de santé du territoire.

La troisième partie (9 questions) évaluait l'intérêt de chaque structure pour le concept de MSMA. Une définition de la microstructure médicale d'addiction a été mise au début de cette partie pour définir ce qu'est une microstructure aux répondants. Pour les MSMA répondant au questionnaire il leur a été demandé leur niveau de satisfaction du dispositif.

Un seul questionnaire par structure était analysé, celui avec les réponses ayant le plus de détails. Les questionnaires incomplets (ne comprenant pas au minimum les deux premières parties) ont été supprimés de l'analyse.

METHODE DE RECRUTEMENT

Nous nous sommes mis en relation avec l'ARS Occitanie pour avoir la liste de tous les centres de santé (CS) et maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) d'Occitanie. Cette liste actualisée au 09 décembre 2022 référençait chaque MSP et CS en fonctionnement par le biais de leur numéro FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux).

Préalablement à l'envoi des questionnaires, nous avons contacté chaque CS et MSP par téléphone. D'une part pour confirmer l'existence et le fonctionnement de chaque établissement et s'assurer de leur éligibilité, d'autre part pour les informer de l'étude et avoir les coordonnées d'un référent pour chaque structure afin de lui faire parvenir le questionnaire par email. Ce référent choisi par la structure pour remplir le questionnaire pouvait être le coordinateur ou la coordinatrice, le ou la responsable de la MSP/du CS, un professionnel de santé référent en addictologie, un ou une médecin généraliste. Une invitation à remplir le questionnaire a été envoyé par email aux participants. Il a été laissé au choix de chaque référent de répondre au questionnaire par téléphone. Les emails d'invitations ont été envoyé au fur et à mesure des appels. Un email de relance a été envoyé environs 3 semaines après l'invitation. Un 3e email a été envoyé environs 2 semaines après le rappel.

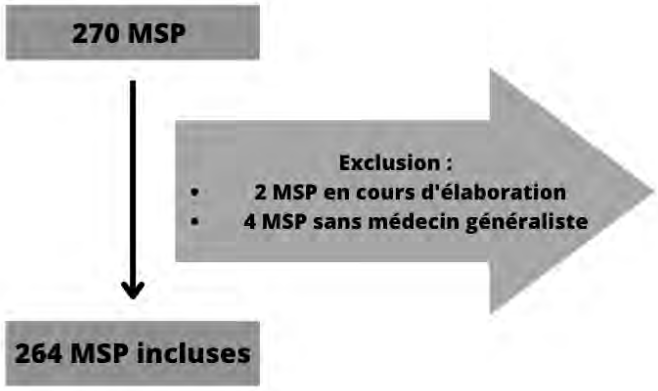
CENTRES DE SANTE

La liste fourni par l'ARS comptait 87 centres de santé (CS). Un centre apparaissait deux fois dans la liste, il existait donc 86 centres de santé en Occitanie. 37 centres de santé ont été exclus de l'étude (*liste en Annexe 1*). Parmi les 49 CS pluri-professionnels comprenant au moins un médecin généraliste, 9 n'ont pas souhaité communiquer leur adresse e-mail.

MAISONS DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES

La liste fourni par l'ARS dénombrait 270 MSP en Occitanie.

Les appels téléphoniques ont abouti à l'exclusion de 6 MSP. 2 MSP étant en cours d'élaboration et 4 MSP sans médecins généralistes du fait de départs récents. Sur les 264 MSP incluses, 16 n'ont pas souhaité communiquer leurs adresse e-mail et n'ont donc pas eu connaissance de cette étude.



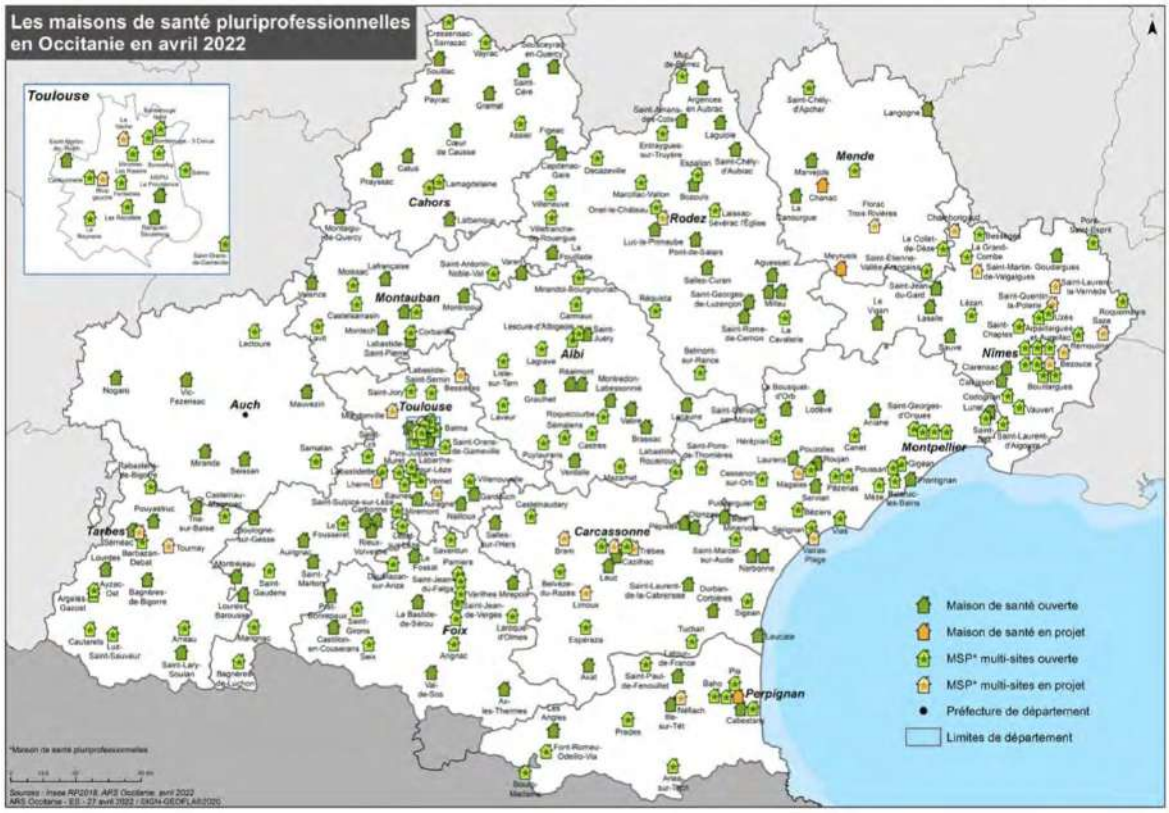


Figure 3 : cartographie des MSP d'Occitanie, avril 2022, source www.occitanie.ars.sante.fr

RECUEIL DES DONNEES

Ce travail de recherche a été déclaré conforme au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) par la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Les données ont été recueillis au fur et à mesure des réponses, du 20 janvier au 31 mars 2023.

STATISTIQUES

Les analyses statistiques ont été faites avec l'appui de Mme Palmaro, chef de projet au département universitaire de médecine générale de Toulouse, à l'aide du logiciel SAS 9.4.

Une analyse descriptive des résultats (*Annexe 2*) a été effectuée puis nous avons évalué une éventuelle association entre les caractéristiques des structures et les actions de pluri-professionnalité. Ce lien entre les variable a été décrit comme significatif pour un seuil de $p<0.05$. Les tests statistique d'indépendance Chi2 ou test exact de Fisher (variables nominales) et Wilcoxon (variables numériques) ont été utilisés, après vérification des conditions d'application respectives.

RESULTATS

I- RECUEIL DES DONNEES

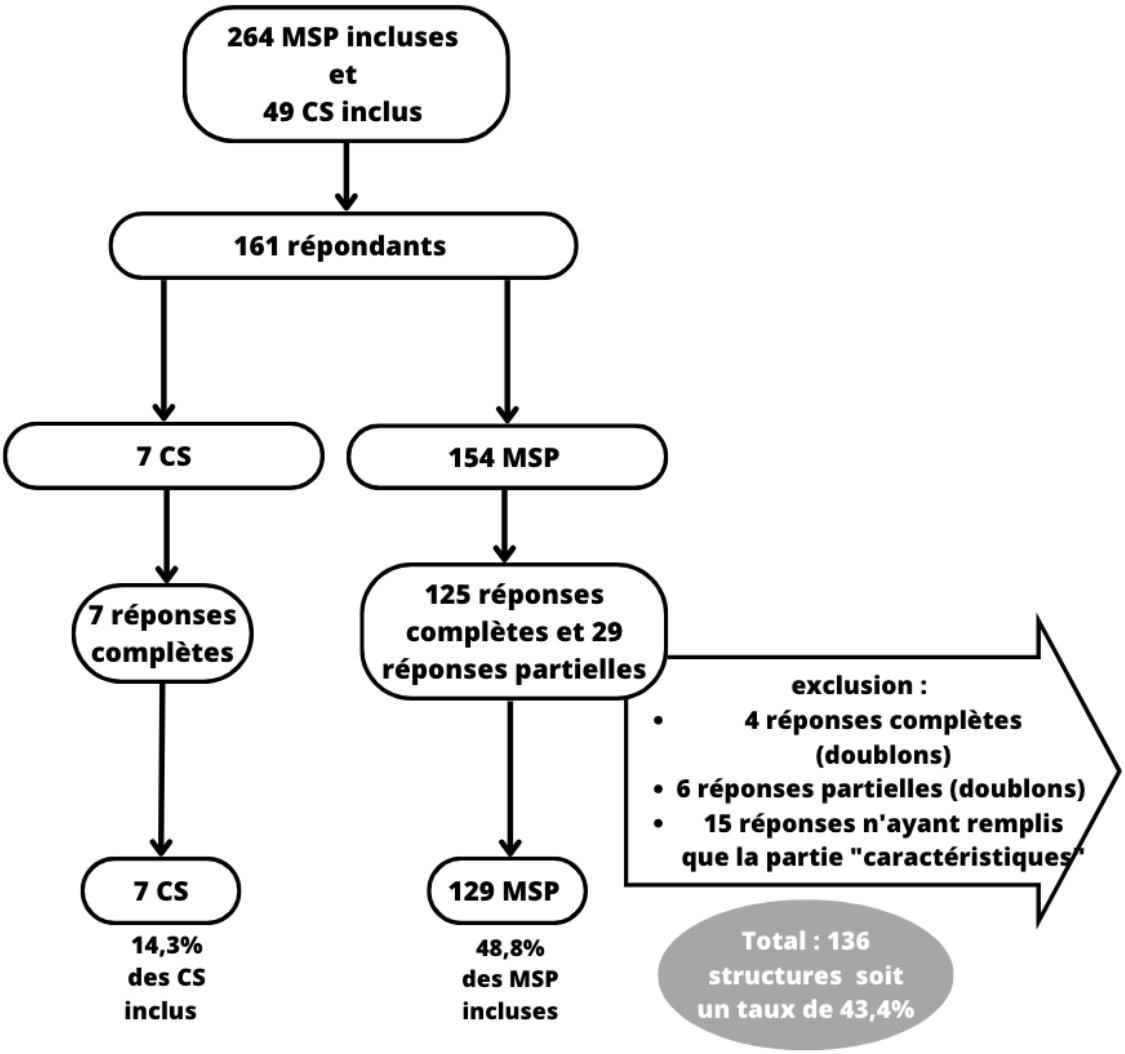


Figure 4 : Diagramme de flux

161 questionnaires ont été remplis dont 132 réponses complètes. 29 réponses sont partielles : 15 réponses ne comprennent que la première partie du questionnaire (composition) et ont été exclus ; 14 répondants n'ont rempli que les deux premières parties (composition et pluri-professionnalité), ces 14 réponses incomplètes ont été incluses à l'étude, répondant à l'objectif principal de l'enquête.

Parmi les 132 réponses complètes, 7 correspondent à des CS, 125 à des MSP. Deux MSP ont envoyé deux réponses pour leur structure, et une MSP en a envoyé trois. Ces 4 questionnaires supplémentaires ont été exclus. De la même façon, 6 questionnaires incomplets ont été supprimés.

II- CARACTERISTIQUES DES STRUCTURES

Nous avons dans cette étude les réponses de 7 CS et de 129 MSP, dont 20 MSMA. Au vu du faible nombre de CS répondants, nous avons pris le parti de faire une analyse globale des groupements pluri-professionnels (MSP et CS).

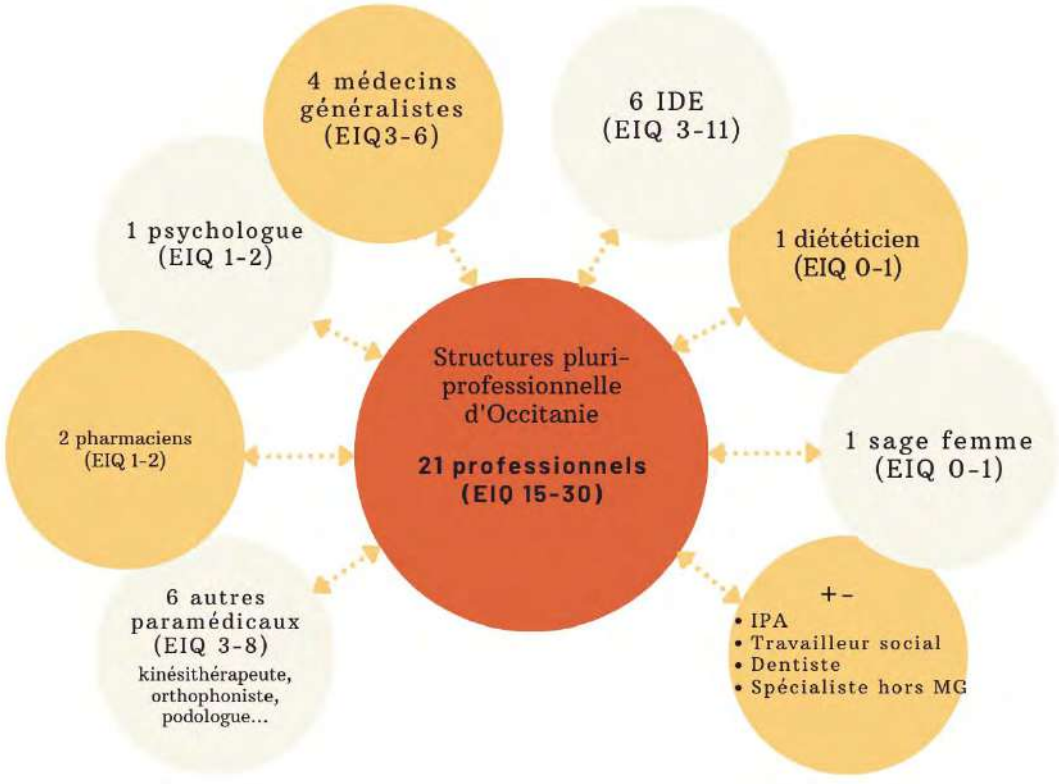


Figure 5 : Configuration médiane d'une structure pluri-professionnelle en Occitanie (EIQ : écart interquartile)

Les caractéristiques des structures (*Tableau 1* et résultats complets de l'enquête en *Annexe 2*) comprennent leur ancienneté, leur département, le type de structure (CS/MSP/MSMA), le nombre de soignants dans chaque profession représentée au sein de l'établissement et la densité de la commune d'implantation.

Tableau n°1 Caractéristiques des structures

		Type de structure		
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelle (MSP) (MSMA incluses) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Ancienneté de la structure (années)				
N	135	7	128	20
N (Manquant)	135 (1)	7 (0)	128 (1)	20 (0)
Moyenne (DS)	6.6 (4.56)	12.7 (11.12)	6.2 (3.72)	7.1 (3.45)
Médiane (EIQ)	5.0 (3.0, 9.0)	9.0 (4.0, 18.0)	5.0 (3.0, 8.0)	6.5 (4.0, 9.5)
Écart	1.0, 34.0	2.0, 34.0	1.0, 21.0	1.0, 14.0
Densité de la commune (1 à 7), n (%)				
1- Grands centres urbains	16 (12.2%)	2 (28.6%)	14 (11.3%)	0 (0.0%)
2- Centres urbains intermédiaires	16 (12.2%)	0 (0.0%)	16 (12.9%)	2 (10.0%)
3- Ceintures urbaines	10 (7.6%)	0 (0.0%)	10 (8.1%)	2 (10.0%)
4- Petites villes	11 (8.4%)	1 (14.3%)	10 (8.1%)	1 (5.0%)
5- Bourg ruraux	55 (42.0%)	4 (57.1%)	51 (41.1%)	8 (40.0%)
6- Rural à habitat dispersé	20 (15.3%)	0 (0.0%)	20 (16.1%)	7 (35.0%)
7- Rural à habitat très dispersé	3 (2.3%)	0 (0.0%)	3 (2.4%)	0 (0.0%)
Manquant	5	0	5	0
Votre établissement est-il doté d'une microstructure médicale d'addictions ? n (%)				
Non	104 (83.9%)	7 (100.0%)	97 (82.9%)	0 (0.0%)
Oui	20 (16.1%)	0 (0.0%)	20 (17.1%)	20 (100.0%)
Manquant	12	0	12	
Combien de professionnels de santé votre structure compte-t-elle ?				
N	130	7	123	17
N (Manquant)	130 (6)	7 (0)	123 (6)	17 (3)
Moyenne (DS)	25.2 (15.91)	19.6 (23.39)	25.5 (15.46)	26.2 (13.76)
Médiane (EIQ)	21.0 (15.0, 30.0)	8.0 (4.0, 50.0)	22.0 (15.0, 30.0)	22.0 (17.0, 34.0)
Écart	2.0, 104.0	2.0, 57.0	8.0, 104.0	10.0, 57.0
Combien comptez-vous dans votre structure de médecin généraliste ?				
N	135	7	128	20
N (Manquant)	135 (1)	7 (0)	128 (1)	20 (0)
Moyenne (DS)	4.8 (2.50)	4.3 (3.04)	4.8 (2.48)	5.1 (1.93)
Médiane (EIQ)	4.0 (3.0, 6.0)	3.0 (2.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	5.0 (4.0, 6.0)
Écart	1.0, 18.0	1.0, 10.0	1.0, 18.0	2.0, 10.0

L'ancienneté médiane des structures pluri-professionnelles était de 5 ans et elles étaient en majorité situées au sein de communes rurales (N = 78, 59,6%). Les plus récentes avaient 1 an, la plus ancienne 34 ans. Les extrêmes variaient de 2 à 104 professionnels pour 1 à 18 médecins généralistes par établissement. 65,4% des structures avaient au moins un psychologue et seuls 17 MSP/CS présentaient au moins un travailleur social dont 12 étaient des MSMA. Par comparaison, les CS étaient plus âgés que les MSP et leur effectifs étaient plus petits.

III- PLURI-PROFESSIONNALITE

1- PROFESSIONNELS DE LA STRUCTURE INTEGRES AUX SOINS DES ADDICTIONS

69.6% des établissements faisaient au moins une réunion de concertation pluri-professionnelle (RCP) par mois dont 20% qui en organisaient plus d'une par mois (*Tableau n°2, résultats complets en annexe 2*). Vingt structures en Occitanie ont déclaré ne pas prendre en charge les addictions. Pour ceux le faisant, 65.2% ont informé le faire avec des professionnels internes à la structure.

Ces soignants intégrés au parcours du soin des addictions aux côtés des médecins généralistes (*Figure 6*) étaient les IDE (infirmières diplômées d'état) et les psychologues dans 56.2 % des cas. 15 structures ont précisé inclure des IDE Asalée à cette prise en charge. Dans 17 structures, les travailleurs sociaux étaient partie prenante de cette prise en charge.

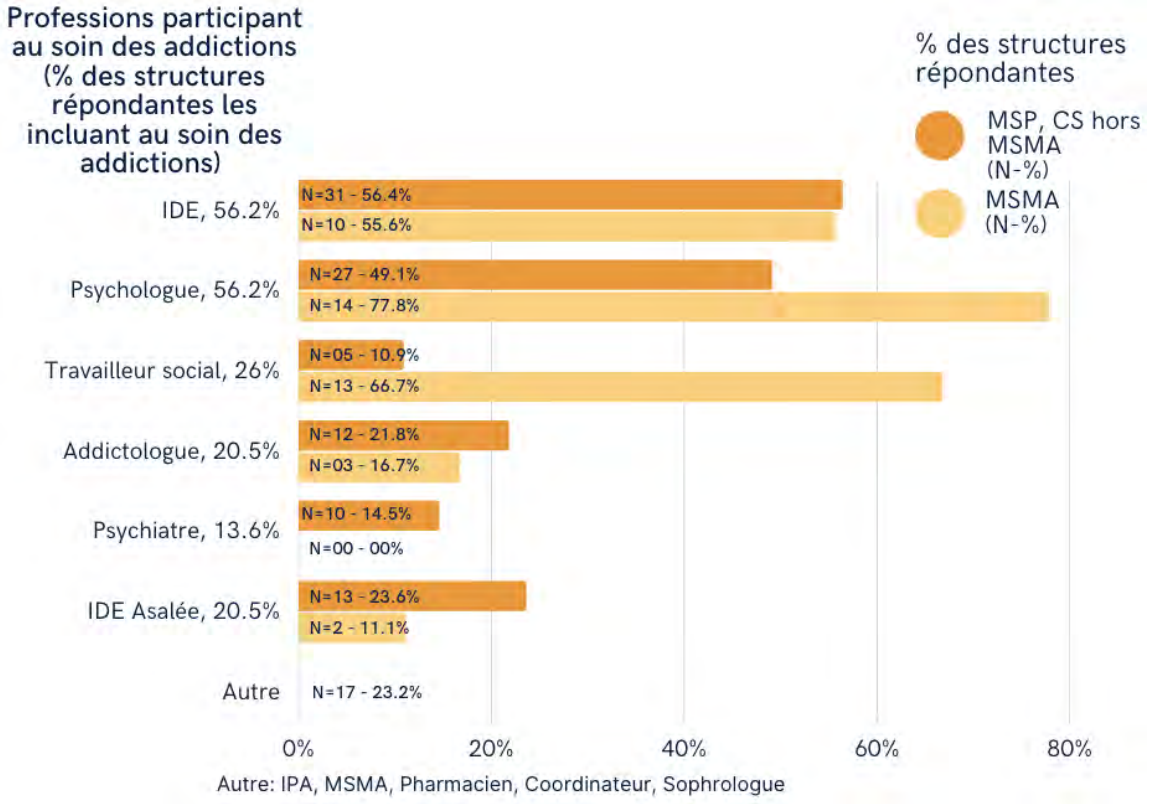


Figure 6 : Professions intégrées au soin des addictions aux côtés des médecins généralistes

Tableau n°2 Pluri-professionnalité interne à la structure

		Type de structure		
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (MSMA incluses) (N=129)	Microstructures médicales Addictions (MSMA) (N=20)
A quelle fréquence faites-vous des réunions de concertation pluri-professionnelle ? n (%)				
Au moins une par mois	67 (49.6%)	2 (28.6%)	65 (50.8%)	10 (50.0%)
Au moins une tous les 3 mois	31 (23.0%)	1 (14.3%)	30 (23.4%)	1 (5.0%)
Plus d'une fois par mois	27 (20.0%)	1 (14.3%)	26 (20.3%)	8 (40.0%)
Moins d'une tous les trois mois	5 (3.7%)	1 (14.3%)	4 (3.1%)	0 (0.0%)
Autre	4 (3.0%)	2 (28.6%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)
En fonction des besoins	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (5.0%)
Manquant	1	0	1	
Les médecins généralistes de votre structure prennent-ils en charge le soin des addictions (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, crack, jeu, etc…) ? n (%)				
Non	20 (15.2%)	3 (42.9%)	17 (13.6%)	20 (16.3%)
Oui	112 (84.8%)	4 (57.1%)	108 (86.4%)	103 (83.7%)
Manquant	4	0	4	1
Si oui, le font-ils en collaboration avec d'autres professionnels de la structure ? n (%)				
Non	39 (34.8%)	1 (25.0%)	38 (35.2%)	35 (34.0%)
Oui	73 (65.2%)	3 (75.0%)	70 (64.8%)	68 (66.0%)
Manquant	24	3	21	1
Si oui, lesquels collaborent avec les médecins généralistes pour le soin des addictions ?				
IDE, n (%)				
Non	32 (43.8%)	0 (0.0%)	32 (45.7%)	8 (44.4%)
Oui	41 (56.2%)	3 (100.0%)	38 (54.3%)	10 (55.6%)
Manquant	63	4	59	2
Psychologue, n (%)				
Non	32 (43.8%)	1 (33.3%)	31 (44.3%)	4 (22.2%)
Oui	41 (56.2%)	2 (66.7%)	39 (55.7%)	14 (77.8%)
Manquant	63	4	59	2
Travailleur social, n (%)				
Non	55 (75.3%)	2 (66.7%)	53 (75.7%)	6 (33.3%)
Oui	18 (24.7%)	1 (33.3%)	17 (24.3%)	12 (66.7%)
Manquant	63	4	59	2
Le logiciel informatique commun est-il partagé par l'ensemble du personnel prenant en charge les patients ayant des addictions ? n (%)				
Oui	93 (71.0%)	4 (57.1%)	89 (71.8%)	12 (60.0%)
Non	38 (29.0%)	3 (42.9%)	35 (28.2%)	8 (40.0%)
Manquant	5	0	5	0

Tableau n°3 Projets/protocoles en lien avec les addictions - Lien avec le territoire

		Type de structure		
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSMA incluses) (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Votre structure a-t-elle un projet de santé en lien avec le mois sans tabac ? n (%)				
Non	80 (60.6%)	3 (42.9%)	77 (61.6%)	6 (30.0%)
Oui	52 (39.4%)	4 (57.1%)	48 (38.4%)	14 (70.0%)
Manquant	4	0	4	0
Avez-vous d'autres projets de santé en lien avec les addictions ? n (%)				
Non	105 (80.2%)	5 (71.4%)	100 (80.6%)	10 (50.0%)
Oui	26 (19.8%)	2 (28.6%)	24 (19.4%)	10 (50.0%)
Manquant	5	0	5	0
Avez-vous mis en place un ou des protocoles de soins pluri-professionnels pour la prise en charge d'addictions ? n (%)				
Non	115 (86.5%)	6 (85.7%)	109 (86.5%)	13 (65.0%)
Oui	18 (13.5%)	1 (14.3%)	17 (13.5%)	7 (35.0%)
Manquant	3	0	3	0
Faites-vous partie d'un réseau d'addictologie ? n (%)				
Non	105 (80.8%)	6 (85.7%)	99 (80.5%)	4 (20.0%)
Oui	25 (19.2%)	1 (14.3%)	24 (19.5%)	16 (80.0%)
Manquant	6	0	6	0
Avez-vous des protocoles, ou procédures communes avec d'autres acteurs du territoire ? (Professionnels, établissements, services sociaux, structures d'appui…), n (%)				
Non	101 (77.7%)	7 (100.0%)	94 (76.4%)	12 (60.0%)
Oui	29 (22.3%)	0 (0.0%)	29 (23.6%)	8 (40.0%)
Manquant	6	0	6	0
Vous appuyez-vous sur des professionnels extérieurs à votre structure de soin pour la prise en charge des addictions ? n (%)				
Oui	104 (80.0%)	4 (57.1%)	100 (81.3%)	16 (80.0%)
Non	26 (20.0%)	3 (42.9%)	23 (18.7%)	4 (20.0%)
Manquant	6	0	6	0
Organisez-vous des RCP avec ces professionnels extérieurs à votre structure ?				
Non	81 (77.9%)	3 (75.0%)	78 (78.0%)	7 (43.8%)
Oui	23 (22.1%)	1 (25.0%)	22 (22.0%)	9 (56.3%)
Manquant	32	3	29	4

Communication interne

Le logiciel informatique était partagé par l'ensemble des professionnels dans 71% des MSP et CS (*Tableau n°2*). La communication interne entre professionnels passait principalement par le biais des RCP (84.9%) et par des échanges informels (lieux communs, pause déjeuner, discussion de couloir…) pour 68.5% des MSP et CS. Les transmissions d'informations sur les patients se faisaient également par téléphone (54.8%), par lettres et comptes-rendus de consultation (38.4%) ou via les dossiers médicaux partagés (69.9%). Certains répondants ont précisé utiliser des fiches patients, une messagerie interne sécurisée ou bien des SMS, voire même des post-it.

2- PROJETS EN LIEN AVEC LES ADDICTIONS

39.4% des MSP et CS participaient au mois sans tabac. 70 % des MSMA y participaient (*Tableau n°3*). Les IDE prenaient part à cette action de santé publique à 61.5% contre 30,8% pour les psychologues. Quant aux travailleurs sociaux, ils s'associaient à ce projet dans un peu plus de 40% des MSP et CS dans lesquels ils étaient présents. 13 MSP ont affirmé travailler avec des IDE Asalée sur ce projet, 10 le faisaient avec des IPA (Infirmière en pratique avancée). Dans 36.5% des cas un MG dit référent en addictologie participait au mois sans tabac.

26 MSP et CS (19,8%) ont notifié avoir d'autres projets de santé en lien avec les addictions (*Tableau n°3)*. Quelques projets visaient des populations spécifiques comme les femmes enceintes ou les jeunes consommateurs (préventions dans les collèges et lycées, prise en charge de la souffrance psychique des consommateurs de 12 à 25 ans). D'autres effectuaient une prévention par affichage ciblé en fonction de la période de l'année (tabac aux alentours de novembre, alcool et produits illicites avant l'été). La prise en charge des écrans et de l'obésité était également citée par les répondants comme action de santé relevant des addictions.

18 structures (13.5%) ont affirmé avoir mis en place des protocoles (*Figure 7*) pour le soin des addictions.

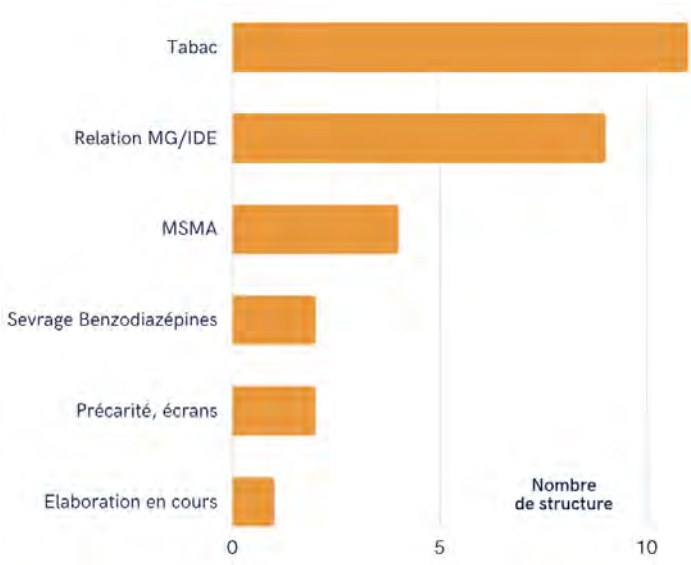


Figure 7 : Type de protocole, produit d'addiction ciblé

7 de ces structures étaient des MSMA. Une grande partie des protocoles étaient relatifs au tabac : sevrage tabagique, distribution de substituts nicotiniques, groupes de parole, consultations avec une diététicienne tabacologue, dépistage de la BPCO. Différent du protocole stricto sensu, le binôme médecin-IDE, cité par 9 MSP, est un modèle de parcours de soins prédéfini, comptant comme une forme de pluri-professionnalité. Outre le tabac, peu d'autres addictions étaient concernées par la mise en place d'un protocole. Néanmoins, figuraient parmi réponses un protocole de sevrage en benzodiazépine, un pour diminuer le temps d'écran, un protocole pour un meilleur accès au soin pour les patients les plus précaires.

3- RESEAU TERRITORIAL

1. Sollicitation des acteurs du territoire

80% des MSP/CS s'appuyaient sur des professionnels extérieurs pour le soin des addictions (*Figure 8*). Leurs principaux interlocuteurs étaient les CSAPA (Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) (72.1%), les services hospitaliers d'addictologie (69.2%) et les CMP (centres médico-psychologiques) (63.5%). Par fréquence de recours les services hospitaliers d'addictologies étaient plus sollicités que les CSAPA, suivis des CMP, des psychologues libéraux, des psychiatres libéraux, des MSMA, des addictologues libéraux et des centres médico-sociaux (CMS). Les psychiatres quant à eux étaient sollicités par 39.4% des structures.

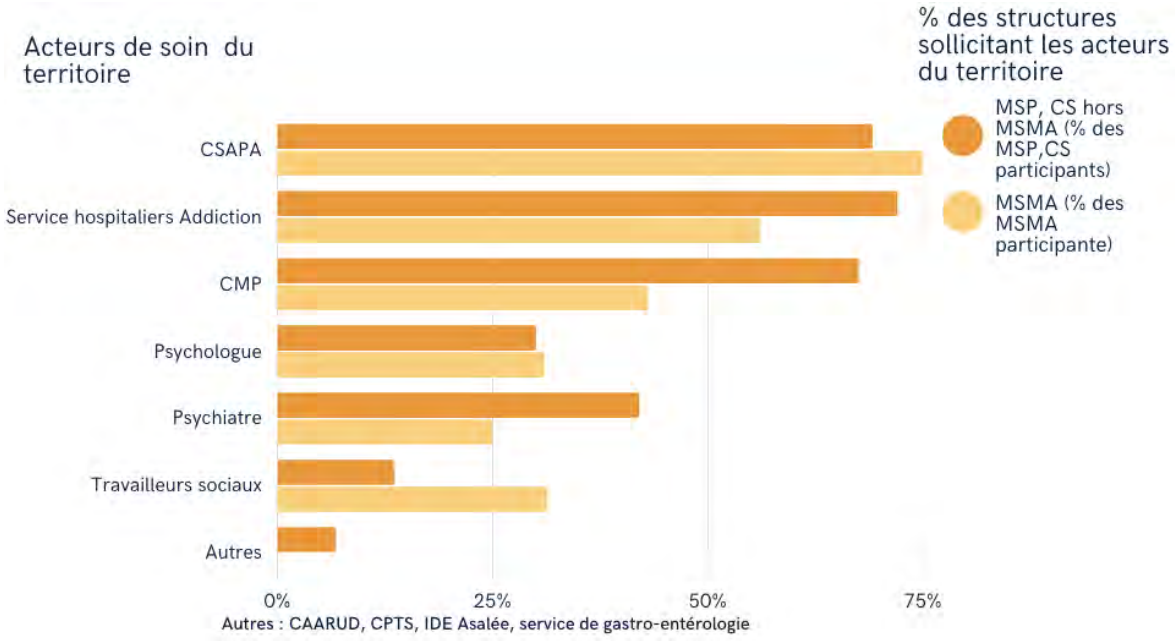


Figure 8 : Taux de sollicitation des acteurs du territoire selon l'appartenance à une MSMA ou non

La moitié des structures qui ont affirmé faire appel à des psychologues libéraux ne comptaient aucun de ces professionnels en leur sein. Sur les 17 MSP/CS qui ont signalé solliciter des travailleurs sociaux extérieurs, près d'1/3 étaient des MSMA. Nous observons que les MSMA faisaient globalement moins appel aux CMP, aux psychiatres et aux services hospitaliers d'addictologie que les autres structures répondantes.

2. Mode de communication avec les soignants extérieurs

Près de 20% des MSP/CS ont dit faire partie d'un réseau d'addictologie. 2/3 d'entre elles étaient des MSMA. Les lettres et les comptes-rendus de consultation étaient utilisés à 84.6%. Une grande majorité employaient un téléphone pour communiquer avec les professionnels extérieurs (70,2%). Les RCP, plus rares, étaient toutefois organisées par 23 MSP et CS dont 9 MSMA. La télé-expertise était exceptionnelle (N= 7, 6.7%).

3. Protocoles avec les acteurs de santé du territoire

22.3% des répondants avaient établi des protocoles avec différents acteurs du territoire. Ces protocoles étaient, pour 6 MSP, impulsés par les CPTS, pour 4 autres leur création s'appuyait sur un dispositif d'appui à la coordination (DAC) et une MSP en avait mis en place via la 2PAO (Plateforme Pluri-professionnelle Addiction Occitanie). Les protocoles mis en place par ces MSP étaient menés conjointement avec des structures spécialisées (services hospitaliers, CSAPA, CMP, CMS, CAARUD) mais également avec des praticiens libéraux (addictologues, IDE, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues).

III- INTERET POUR LES MICROSTRUCTURES MEDICALES D'ADDICTIONS

1- AVIS DES MICROSTRUCTURES MEDICALES D'OCCITANIE

Sur les 20 MSMA ayant répondu au questionnaire, toutes étaient satisfaites du concept de microstructure (68.4% très satisfait). Les quelques commentaires de ces MSMA étaient positifs : « *Enfin une réponse en proximité pour le repérage des addictions* ». Certaines, cependant, ont indiqué éprouver quelques difficultés et ont évoqué des pistes d'améliorations. Parmi les difficultés pointées, on trouvait le manque de personnel, des difficultés relatives au recrutement de travailleurs sociaux et le nombre limité de consultations psychologiques prises en charge.

2- INTERET POUR LES ELEMENTS CLES DU CONCEPT

41 MSP et CS (39.8%) connaissaient le concept de MSMA. La plupart en avaient entendu parler via des collèges, l'ARS, par le biais d'une microstructure ou de leur CPTS.

Dans une moindre mesure, d'autres moyens d'information ont été cités (lectures-presse-média-revues spécialisées, université, CSAPA, etc…) (*Annexe 2*).

Près de 50% des répondants ont estimé utile d'instaurer une plage de consultation hebdomadaire dédiée aux addiction avec un psychologue, et près de 50% ont évoqué le même souhait avec un travailleur social. 74, 8 % ont souligné qu'un meilleur lien avec les acteurs du territoire faciliterait leurs prises en charge. 61 MSP et CS (57.5%) ont formulé le souhait de suivre une formation en addictologie afin d'améliorer leur pratique. 72,9 % des répondants ont estimé que des RCP spécifiques aux addictions pour les cas complexes seraient utiles (41,1 % utiles, 31,8% très utiles).

Toutes les structures interrogées n'avaient pas les moyens matériels et humains nécessaires à la constitution d'une MSMA. Dans une majorité de MSP/CS, il faudrait un appui de professionnels extérieurs (salariés de CSAPA ou libéraux) pour compléter les équipes. Si 57 % des MSP et CS comptaient un psychologue, seulement 8,5 % possédaient un travailleur social. Près de 50% des structures avaient un bureau de libre pouvant être mis à disposition d'un psychologue ou d'un travailleur social extérieur sur une plage horaire hebdomadaire. Un peu plus de 75 % des structures avaient une salle de réunion pouvant accueillir du personnel pour les RCP.

3- INTERET POUR LA CREATION D'UNE MICROSTRUCTURE MEDICALE D'ADDICTION

52 structures pluri-professionnelles se sont montrées intéressées par la création d'une MSMA (55.4%) dont 32 ayant alors laissé leurs coordonnées et ont formulé le souhait d'être recontactées suite à cette étude. 45 MSP n'étaient pas intéressées par le concept de MSMA. Les répondants ont pu justifier librement leur avis sur la question (*Figure 9*).

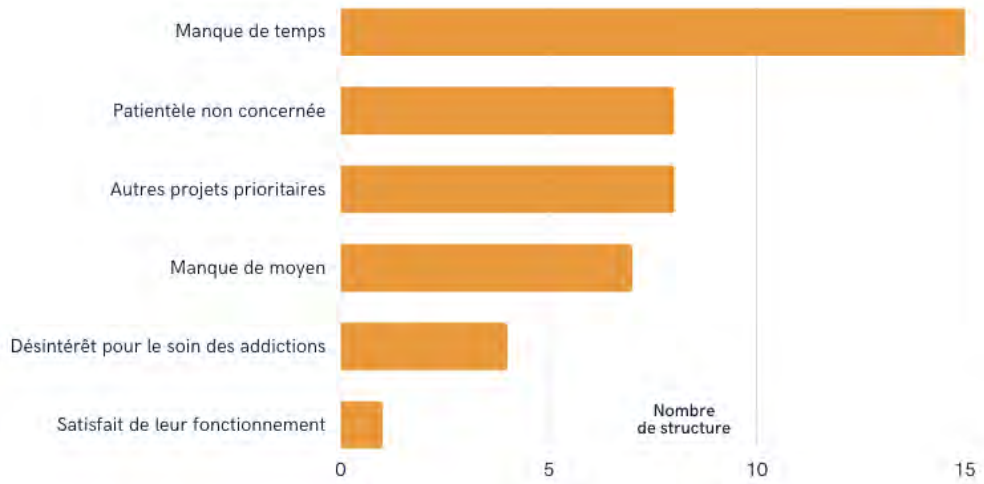


Figure 9 : Motif de désintérêt pour le concept de MSMA

IV- LIEN ENTRE PLURI-PROFESSIONNALITE ET SOIN DES ADDICTIONS

Le fait d'être une MSMA était associé à la participation au mois sans tabac (p=0.0035), à la mise en place de projets (p=0.0011) et de protocoles (p=0.0048) en lien avec les addictions. L'appartenance à un réseau d'addiction était également liée à la création de projets (p=0.0005) et protocoles (p=0.0008) en lien avec les addictions. Il est à noter que les MSMA étaient proportionnellement plus nombreuses à proposer des RCP et des protocoles avec les professionnels extérieurs à leur structure. L'ancienneté était associée avec la participation au mois sans tabac (p=0.0454), la mise en place de protocoles addictions (p=0.0049) et avec le fait de se mettre en lien avec les acteurs du territoire (p=0.0401). Il n'a pas été retrouvé d'association entre les actions de pluri-professionnalité et le nombre de professionnels dans la structure ou le nombre de MG.

La *figure 10* illustre ce lien entre pluri-professionnalité dans le soin des addiction et MSMA, en comparant le taux de participation aux actions de pluri-professionnalité des MSP/CS à celui des MSMA.

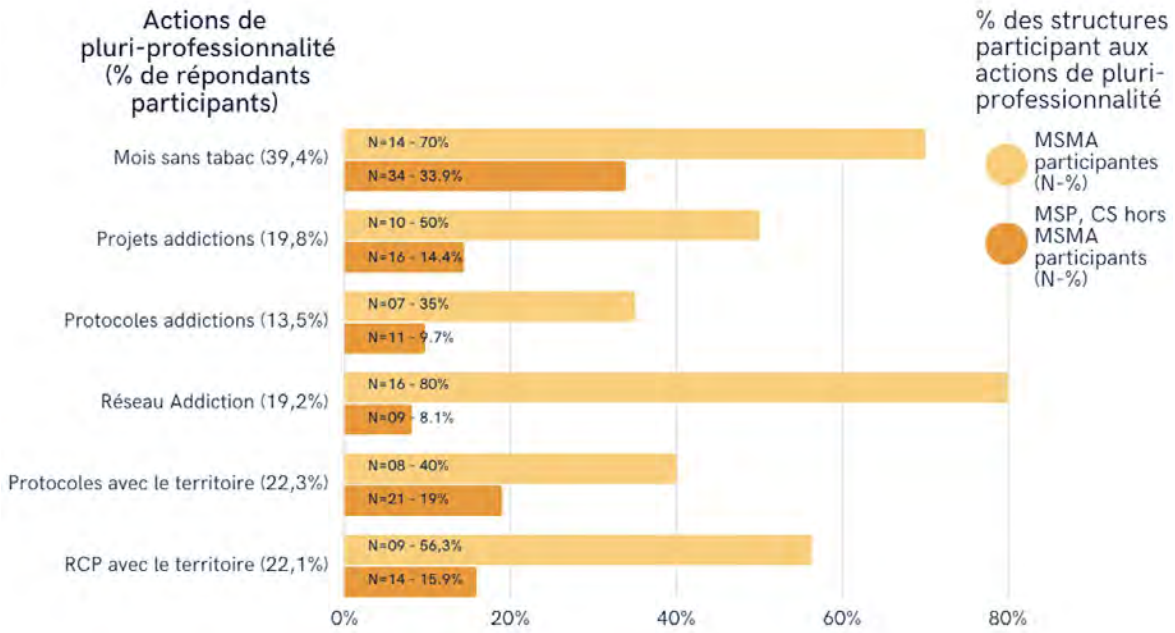


Figure 10 : Taux de participants aux « actions de pluri-professionnalité » selon l'appartenance à une MSMA ou non

DISCUSSION

TRAVAIL EN EQUIPE MAJORITAIRE POUR LE SOIN DES ADDICTIONS, IMPLICATION INEGALE DES PARAMEDICAUX

La prise en charge des addictions se faisait en équipe dans une majorité des structures pluri-professionnelles (65.2 %).

Le soin des addictions repose principalement sur trois piliers : une prise en charge psychologique, un suivi médical avec, au besoin, un traitement médicamenteux et un accompagnement social. Dans notre enquête, ce dernier volet n'apparaissait pas clairement dans le parcours de soin au vu du faible nombre de travailleurs sociaux intégrés aux collectifs. Ce manque de représentation en interne n'induisait pas pour autant une collaboration avec des travailleurs sociaux extérieurs ni avec les centres médico-sociaux. Cette lacune dans le parcours de soin traduit probablement un manque d'accompagnement social des patients. Ce travail d'accompagnement est peut-être en partie réalisé par les MG ou bien par les IDE qui sont nombreuses à participer au soin des addictions.

Les IDE et les psychologues étaient les deux professions les plus représentées au sein de ces équipes, avec un taux d'intégration au soin des addictions à plus de 56 % pour chacune d'elles. Il est à noter que la présence d'un psychologue n'était pas un gage de sa participation à la prise en charge des addictions. En revanche, bien que peu représentés, les travailleurs sociaux y étaient systématiquement impliqués. Pour comparaison, une étude observationnelle de la DREES (4) retrouvait une participation pour le soin des addictions des psychologues dans 31% des MSP.

PEU DE PROJETS INNOVANTS EN LIEN AVEC LES ADDICTIONS, IMPLICATION NOTABLE DES MSMA

Seul 13,5 % des structures mettaient en place des protocoles dont plus d'1/3 étaient des MSMA. Dans le Panel de la DREES (4), 22% des MG attestaient de la mise en place de protocoles spécifiques aux addictions dans leurs MSP. Dans notre étude, près de la moitié des structures répondantes avaient 4 ans ou moins. En la remettant dans son contexte, nous pouvons supposer que la mise en place de protocoles dans ces jeunes établissements a pu être impactée par les trois années de pandémie liée au Covid 19. De plus, connaissant le lien retrouvé dans notre étude entre leur mise en place et l'ancienneté des structures, nous pouvons présumer qu'avec le temps, plus de protocoles pour le soin des addictions verront le jour.

Le "mois sans tabac", action publique d'accompagnement au sevrage tabagique relayée par les ARS et plus localement par les CPTS, était dans l'ensemble bien suivi par les structures pluri-professionnelles d'Occitanie, car 39,4% des répondants ont affirmé s'impliquer dans ce projet. Entre 2016 et 2019, 1,8 millions de tentatives d'arrêts ont été attribuables à cette campagne (35). La réussite de ce projet de santé suggère que sa réalisation est étroitement liée à l'implication des pouvoirs publics. Tout comme pour le tabac, les autorités politiques pourraient, en modifiant certaines priorités, avoir un impact réel sur les représentations, sur les pratiques d'usage et de prise en charge d'autres addictions. Malgré les nombreux écueils rencontrés, entre autres, dans la lutte contre l'addiction à l'alcool[1], cette implication doit s'étendre à l'ensemble des produits psychoactifs.

Notre étude souligne ainsi qu'à part pour un projet d'envergure nationale, les structures pluri-professionnelles ne s'investissaient pas d'avantage pour créer de nouvelles pratiques autour du soin des addictions, à l'instar de l'étude IRDES évaluant la performance des structures pluri-professionnelles entre 2009 et 2012 (29).

Comme le montre la *figure 10*, les MSMA étaient proportionnellement bien plus nombreuses à participer aux « actions de pluri-professionnalité ». La corrélation entre le fait d'être une MSMA et la création d'actions de santé autour de l'addiction laisse penser qu'un projet de santé initial incluant chaque professionnel autour d'une mission de prévention et de prise en charge des addictions pourrait être fédérateur et créer un véritable fil conducteur.

MODALITES DE COMMUNICATION

Les RCP, en plus de statuer sur des situations complexes, sont utiles pour créer du lien entre les différents praticiens. Près de ¾ des MSP/CS en effectuaient au moins une par mois et ont estimé que les RCP spécifiques à l'addictologie pourraient être utiles. Dans l'étude de la DREES (4), les médecins interrogés travaillant en MSP étaient 51% à aborder des cas complexes liés à des conduites addictives en RCP.

[1] Les pictogrammes femmes enceintes sur le contenant des boissons alcoolisées n'a pas été rendu plus visible par refus des producteurs (36) (contraste saisissant avec l'Irlande qui, en mai 2023, est devenu le premier pays Européen à introduire « un étiquetage sanitaire obligatoire sur les produits alcoolisés » (37)); l'interdiction de publicité en relation avec l'alcool proche des établissements scolaires a été rejetée par le parlement ; l'encadrement législatif de la vente d'alcool devait être révisé, n'a pas pu l'être du fait de la crise sanitaire et sociale (36). Paradoxalement, on observe même un assouplissement des restrictions à la promotion de l'alcool (38). « Dry January ® » a été abandonné par Santé Publique France. Ce concept venu du Royaume-Unis, consistant en un sevrage d'alcool en Janvier, est maintenu en France grâce aux associations (39).

Comparativement à un cabinet de médecin généraliste conventionnel ou un cabinet de groupe mono-professionnel, l'apport des conversations informelles utilisées par 68,5% des répondants et de messageries internes sont une plus-value à la pluri-professionnalité. Ces échanges non programmés au sujet des patients facilitent la communication, la cohésion de groupe, l'organisation du travail et la gestion du stress (40).

L'utilisation d'un logiciel commun permet à tous les professionnels un suivi facilité des antécédents et des renseignements cliniques de chaque patients. L'absence de logiciel commun dans 30,3% des structures est un frein à la pluri-professionnalité retrouvé dans la littérature (41),(42).

LIENS AVEC LE TERRITOIRE

Notre enquête révèle que plus de 80% des MSP/CS travaillaient le soin des addictions en lien avec des acteurs de santé extérieurs. Nous n'avons cependant pas recherché la nature de ce lien établi. Il peut être pensé comme un échange de pratiques et une prise en charge coordonnée des patients ou bien, à l'opposé, un moyen de référer les cas complexes auprès des structures de second recours (10). Ceci dit, 75 % des répondants ont souligné qu'un meilleur lien faciliterait leurs prises en charge des addictions. Le manque de communication avec les autres spécialistes a été fréquemment décrit dans la littérature (5),(7),(9),(22).

Dans notre étude, si les MSMA étaient plus nombreuses proportionnellement à solliciter les CSAPA comparativement aux autres MSP/CS, nous observons l'inverse pour ce qui est des services hospitaliers, des CMP et des psychiatres. Cette différence peut faire penser que les MSMA ont un meilleur étayage pour le soin des addictions qu'il soit au niveau médical ou psychosocial. Cet intérêt plus important des MSMA pour l'état psychiatrique de leur patients a été retrouvé dans la littérature, de même que l'observation d'un suivi psychologique et social plus régulier en leur sein (18) et d'une meilleure efficience pour le soin des addictions (19).

Les MSMA se démarquent également des autres structures pluri-professionnelles par un taux d'appartenance à un réseau d'addiction 10 fois plus élevé (80% contre 8.1%) et par une proportion plus importante de RCP organisées avec le territoire (56.3% contre 16,6%). Ces deux caractéristiques affichent leur implication dans le soin des addictions à l'échelle du territoire.

17 MSP et 3 CS en Occitanie ont déclaré ne pas prendre en charge les addictions. Nous pouvons nous interroger quant à la compréhension de cette question eu égard à la fréquence des addictions en France. ¼ de la population fume du tabac quotidiennement (43),

10% des adultes ont un usage quotidien d'alcool (44), 6% ont un usage mensuel de cannabis. Les produits opioïdes illicites sont à usage plus faible au niveau de la population générale (1,3% des adultes de 18 à 64 ans), mais des opioïdes à usage thérapeutique ont été prescrits à 17,1% des assurés sociaux en 2017 (45).

INTERET POUR LES MICROSTRUCTURES MEDICALES D'ADDICTIONS

Il est à souligner que 56 % des répondants étaient intéressés par le concept de MSMA. Cette enquête a permis d'obtenir une liste de MSP souhaitant créer une Microstructure Médicale au sein de leur établissement.

Près de 40 % des structures avaient entendu parler de MSMA avant notre étude.

Faute de moyens matériels et humains, tout établissement ne peut pas accueillir une MSMA. D'autre part, leur implantation répond également à une logique de coordination territoriale pour une répartition équitable. Pour autant, ce concept gagne à se faire connaître car il pourrait influencer de nouveaux modes de pratiques pour le soin des addictions. Les structures interrogées étaient d'ailleurs nombreuses à manifester un intérêt pour certains éléments clés de ce concept. Aussi, près de la moitié des MSP/CS trouvaient intéressant d'avoir des plages de consultations d'un psychologue et d'un travailleur social dédiées pour le soin des addictions. De même que 72,9% des structures interrogées jugeaient utiles les RCP uniquement dédiées aux addictions.

Les justifications d'un manque d'intérêt pour les MSMA sont identiques aux freins au soin des addictions décrits dans la littérature (5),(6),(8) : manque de temps, priorisation d'autres projets de santé, sensibilisation insuffisante à la fréquence des addictions, représentations négatives liées à cette prise en charge.

FORCES

L'originalité de cette étude est à mettre en avant. Aucun travaux porté à notre connaissance n'aborde la pluri-professionnalité des CS et des MSP sous l'angle du soin des addictions. De plus, son taux de réponse est important, s'élevant à 43,4%. Près d'une MSP sur deux a répondu à l'enquête (48.8%).

Cette enquête aura un impact direct sur l'offre de soins en Occitanie. De fait, elle a permis la création d'une liste de MSP à qui seront proposées des formations en addictologie et éventuellement l'opportunité de créer des Microstructures Médicales.

LIMITES

Les centres de santé n'ont que très peu répondu à l'enquête (taux de réponse de 14.3%).

Il existe un biais de sélection. Les MSP et CS ont pu décider de répondre ou non en fonction de leur affinité pour le sujet d'étude.

Un biais d'information est également observé par deux fois dans l'étude. Le premier est dû à la consigne d'une seule réponse par structure. Les réponses peuvent varier selon l'interlocuteur : bien que les questions posées soient d'ordre générale, les habitudes de prise en charge des addictions peuvent différer selon les médecins et les coordinateurs ne sont pas toujours au fait des pratiques de chacun. Malgré un taux d'achèvement du questionnaire de 81%, certaines données sont manquantes, cela participe au second biais d'information par le droit de non-réponse des participants.

Nous avons omis la profession d'IDE Asalée dans le questionnaire. Bien qu'il ait été donné la possibilité de spécifier leur présence par des commentaires libres, notre étude sous-évalue cette modalité de pluri-professionnalité dans les MSP et CS.

PERSPECTIVE DE RECHERCHE

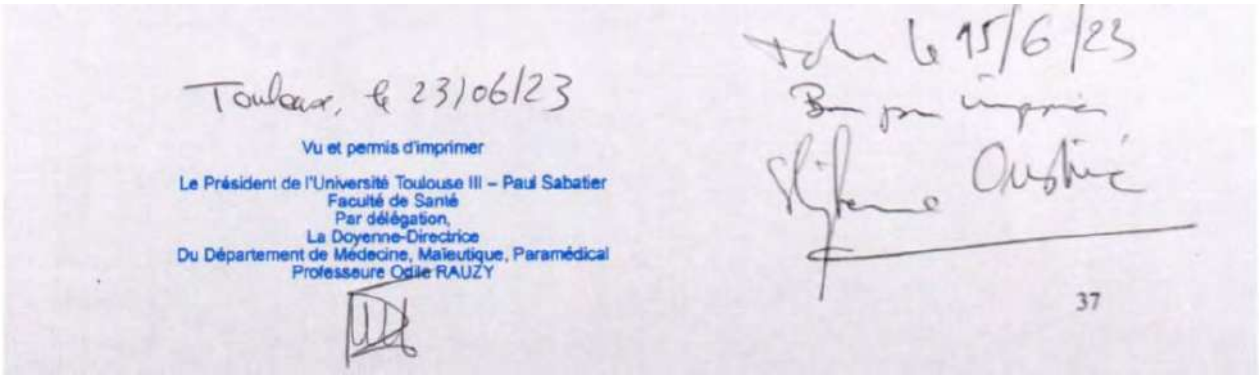
Notre enquête nous donne un aperçu des pratiques pluri-professionnelles exercées dans les MSP et les CS pour le soin des addictions. L'exploration de la nature de ces liens entre professionnels pourrait être sujet à de nouvelles études, notamment par approche qualitative.

CONCLUSION

Une grande majorité des structures pluri-professionnelles d'Occitanie ayant répondu à notre enquête travaillent le soin des addictions en équipe. Les infirmières, infirmiers et les psychologues sont les principaux interlocuteurs des médecins généralistes pour cette prise en charge. Toutefois l'implication des paramédicaux est inégale et non systématique. Quant aux acteurs médico-sociaux, ils sont absents du parcours de soin des addictions hormis dans les MSMA et de rares MSP. Bien que la plupart des répondants travaillent avec les structures de second recours pour le soin des addictions, 75% d'entre eux aimeraient que ces liens soient améliorés. A l'exception du « mois sans tabac » suivi par près de 40% des structures, peu de projets/actions en lien avec les addictions sont mis en place. Nos résultats retrouvent une association statistiquement significative entre ces nouvelles pratiques et le fait d'appartenir à une MSMA, les projets/protocoles d'addictions étant majoritairement mis en place par ces dernières.

La réussite du mois sans tabac et des MSMA attire notre attention sur deux niveaux d'action qui pourraient améliorer la prise en charge des addictions. Un premier au niveau national, par l'impulsion d'actions de santé publique à grande échelle visant d'autres produits d'addictions que le tabac, lesquelles seraient essaimées par les ARS et plus localement par les CPTS qui prennent une place grandissante dans la coordination territoriale des soins de premier recours. Un deuxième à l'échelle des structures, par le biais du projet de soin initial des équipes soignantes. A la façon des MSMA, le fait d'ancrer le soin et la prévention des addictions dans le projet de soin solidariserait l'intégralité des professionnels autour d'une ambition commune.

Il existe un lien entre l'élaboration de projets/protocoles et la maturité des structures. En considérant le jeune âge des MSP d'Occitanie, nous pouvons supposer une évolution du soin des addictions et de nouvelles pratiques pluri-professionnelles dans les années à venir. Notamment au vu de l'intérêt souligné de plus d'une cinquantaine de structures pour le soin des addictions (demande de formations et souhait d'une création de microstructure). Le concept de MSMA gagne à se faire connaître en vue d'influencer de nouvelles façons d'aborder le soin des addictions.



BIBLIOGRAPHIE

1. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Gérome C, Martinez M, Milhet M, Detrez V, et al. 1999-2019 : les mutations des usages et de l'offre de drogues en France vues au travers du dispositif TREND de l'OFDT. Théma OFDT [Internet]. sept 2020 [cité 2 juin 2023]; Disponible sur: www.ofdt.fr

2. Julie Dupouy, Sandy Maumus-Robert, Yohann Mansiaux, Antoine Pariente, Maryse Lapeyre-Mestre. Primary Care of Opioid use Disorder: The End of "the French Model"? Eur Addict Res.

3. Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p. [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/notices/barometre-sante-medecins-generalistes-20092

4. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients [Internet]. 2021 p. 47. (Les dossiers de la DREES). Report No.: 80. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/DD80.pdf

5. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA [Thèse d'exercice]. [Nice, France]: Université Sophia Antipolis; 2014.

6. Lépine B, Debin M, Dassieu L, Gimenez L, Palmaro A, Ponté C, et al. Prescribing buprenorphine for opioid use disorder in primary care: A survey of French general practitioners in the Sentinelles network. J Subst Abuse Treat. 2022;143(108891).

7. Moy J, Vanlerberghe Y. Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire : enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fournier; 2012.

8. Bonis D, Morel M. Freins et leviers à l'implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2022.

9. Azrak D. Freins à la prise en charge des consommateurs d'héroïne en demande de traitement substitutif : étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes de l'agglomération rouennaise [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: Université mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2017.

10. Duprat L. Pratiques de prescription d'antalgiques opioïdes en médecine générale [Internet]. OFDT; 2023 [cité 1 juin 2023] p. 8. (Tendance). Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxld2d4.pdf

11. Mordohay FO. Evaluation-Action des microstructures et du processus de création de microstructures à Pierrefitte-sur-Seine [Internet]. Effect if p; 2018 [cité 19 mai 2022] p. 60. Disponible sur: https://www.reseaux-rms.org/documents-institutionnels/

12. CNRMS, rapport d'activité 2018 [Internet]. 2019 [cité 19 mai 2022] p. 64. Disponible sur: https://www.reseaux-rms.org/rapport-dactivites/

13. Barco LD. Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures 12, rue Kuhn – 67000 Strasbourg Mail : adelaide.pladys@cnrms.fr Site internet :

https://www.reseaux-rms.org/. 2019;91.

14. CNRMS, rapports d'activités 2020 [Internet]. 2021 [cité 5 oct 2022] p. 49. Disponible sur: https://www.reseaux-rms.org/rapport-dactivites/

15. Charte de la CNRMS [Internet]. 2008 [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: https://www.reseaux-rms.org/documents-institutionnels/

16. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022 [Internet]. MILDECA; 2018 p. 132. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/publication-du-plan-national-de-mobilisation-contre-les-addictions-2018-2022

17. Equip'addict. Cahier des charges révisé. Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions. [Internet]. Equip'addict; 2022 [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: https://www.reseaux-rms.org/documents-institutionnels/

18. Hédelin G. Les microstructures médicales. Evolutions à 24 mois des scores du questionnaire ASI [Internet]. Université Louis Pasteur, laboratoire d'épidémiologie et de santé publique; 2004 [cité 6 oct 2022] p. 68. Disponible sur: https://www.ithaque-asso.fr/en-savoir-plus/recherche.html

19. Riou França L, Velpry L, Benamouzig D, Launois R. Démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues, DEQUASUD [Internet]. OFDT; 2008 p. 50. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=52376

20. Zeman A. Un patient ordinaire ? Le Journal des psychologues. 2006;(242):33-6.

21. CNRMS, rapports d'activités 2021 [Internet]. 2022 [cité 6 oct 2022] p. 61. Disponible sur: https://www.reseaux-rms.org/rapport-dactivites/

22. Reynier CER. Représentations et implication des médecins généralistes concernant la prescription de substitution aux opiacés et le suivi des patients consommateurs d'héroïne [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2019.

23. Colin MP, Acker D. Les centres de santé : une histoire, un avenir. Santé Publique. 2009;21(hs1):57-65.

24. Ministère de la Santé et de la Prévention, DGOS. Les centres de santé [Internet]. 2023 [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965

25. Accord National destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie. Journal officiel n°0226 [Internet]. Légifrance-Publications officielles. 30 sept 2015 [cité 19 avr 2023]; Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=OVXCKe_toMMtY301L8Uq76BVOO4Ees1U922iCwIn4_8=

26. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. Santé Publique. 2009;21(hs1):27-38.

27. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

28. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

29. Mousquès J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 [Internet]. IRDES; 2014 p. 157. (Les rapports de l'IRDES). Report No.: 559. Disponible sur: https://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf

30. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. DREES; 2022. (Etudes et resultats). Report No.: 1229.

31. Fournier C, Frattini MO, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. IRDES, Question d'économie de la santé. 2014;(200).

32. Beck S, De Bellefon MP, Forest J, Gerardin M, Levy D. La grille communale de densité à 7 niveaux [Internet]. INSEE, Document de travail n°2022-18; 2023 [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/6686472

33. Corfias ME. Milieu rural, semi-rural ou urbain: confirmation d'indicateurs quantitatifs permettant de définir le milieu d'exercice des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2020.

34. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. 2012 p. 8. (Etudes et resultats). Report No.: 795.

35. Guignard R, Gautier A, Andler R, Soullier N, Nguyen-Thanh V. Tentatives d'arrêt du tabac pendant l'opération Mois sans tabac (2016-2019) : résultats des Baromètres santé de Santé publique France. Bull Epidémiol Hebd. 2021;(16):284-9.

36. Bilan PNMA 2018-2022.pdf [Internet]. [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/Bilan%20PNMA%202018-2022.pdf

37. OMS. Qu'y a-t-il dans la bouteille : l'Irlande ouvre la voie en devenant le premier pays de l'UE à introduire un étiquetage sanitaire complet pour les produits alcoolisés [Internet]. OMS, Communiqué de presse; 2023 [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/europe/fr/news/item/26-05-2023-what-s-in-the-bottle--ireland-leads-the-way-as-the-first-country-in-the-eu-to-introduce-comprehensive-health-labelling-of-alcohol-products

38. Mutatayi C. Formes et organisation de la prévention des addicitons en France [Internet]. OFDT; 2018 p. 14. (Note N° 2018-05). Disponible sur: http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcmyc.pdf

39. Fédération Addiction. Dry January ® - Le défi de janvier ! [Internet]. [cité 3 juin 2023]. Disponible sur: https://dryjanuary.fr/

40. Ramond-Roquin A, Allory E, Fiquet L. La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales. Revue française des affaires sociales. 2020;(1):125-41.

41. Léger E. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle. [Paris, France]: Université Paris Descartes; 2016.

42. Husser M. Protocoles de soins et travail collaboratif interprofessionnel en

soins primaires : étude qualitative au sein d'un pôle de santé pluri-professionnel [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.

43. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard J, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. Bull Epidémiol Hebd. 2021;(8):132-9.

44. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):89-97.

45. Brisacier AC, Brissot A, Cadet-Taïrou A, Chyderiotis S, Díaz Gómez C, Gandilhon M. Drogues et addictions, données essentielles [Internet]. OFDT; 2019 [cité 2 juin 2023] p. 204. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/publications/collections/etudes-et-recherches/2019/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/

ANNEXES

ANNEXE 1, MOTIF D'EXCLUSION DES CENTRES DE SANTE

37 Centres de santé ont été exclus de l'étude :

- 11 CS ophtalmologiques (dont 3 CDS associant les spécialités dentaires, ORL ou dermatologique à l'ophtalmologie),
- 4 CS infirmiers,
- 3 CS dentaires dont un regroupement pluri-professionnel sans médecins généralistes (angiologue, échographiste, chirurgien viscéral, ORL),
- 9 CS ne comportant que des médecins généralistes (pas de pluri-professionnalité),
- 1 CS audio-phonologique,
- 1 CS homéopathique,
- 1 CS spécialisé dans la santé sexuelle,
- 1 CS pour Aides à domicile en milieu rural (ADMR),
- 4 CS universitaires, spécialisés dans la prévention de la santé étudiante,
- 1 CS sans médecins généraliste,
- 1 CS inclus dans la structure d'une MSP (inclus dans les MSP).

ANNEXE 2 TABLEAUX DES RESULTATS

Tableau des résultats				
		Type de structure		
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Ancienneté de la structure (années)				
N	135	7	128	20
N (Manquant)	135 (1)	7 (0)	128 (1)	20 (0)
Moyenne (DS)	6.6 (4.56)	12.7 (11.12)	6.2 (3.72)	7.1 (3.45)
Médiane (EIQ)	5.0 (3.0, 9.0)	9.0 (4.0, 18.0)	5.0 (3.0, 8.0)	6.5 (4.0, 9.5)
Écart	1.0, 34.0	2.0, 34.0	1.0, 21.0	1.0, 14.0
Département, n (%)				
Haute-Garonne (31)	28 (20.7%)	3 (42.9%)	25 (19.5%)	2 (10.0%)
Gard (30)	17 (12.6%)	1 (14.3%)	16 (12.5%)	2 (10.0%)
Ariège (09)	14 (10.4%)	0 (0.0%)	14 (10.9%)	3 (15.0%)
Lot (46)	12 (8.9%)	0 (0.0%)	12 (9.4%)	2 (10.0%)
Tarn (81)	11 (8.1%)	0 (0.0%)	11 (8.6%)	2 (10.0%)
Hérault (34)	11 (8.1%)	0 (0.0%)	11 (8.6%)	1 (5.0%)
Aveyron (12)	8 (5.9%)	0 (0.0%)	8 (6.3%)	1 (5.0%)
Pyrénées-Orientales (66)	8 (5.9%)	0 (0.0%)	8 (6.3%)	1 (5.0%)
Tarn-et-Garonne (82)	7 (5.2%)	1 (14.3%)	6 (4.7%)	2 (10.0%)
Hautes-Pyrénées (65)	6 (4.4%)	0 (0.0%)	6 (4.7%)	2 (10.0%)
Aude (11)	5 (3.7%)	0 (0.0%)	5 (3.9%)	1 (5.0%)
Gers (32)	4 (3.0%)	2 (28.6%)	2 (1.6%)	1 (5.0%)
Lozère (48)	4 (3.0%)	0 (0.0%)	4 (3.1%)	0 (0.0%)
Manquant	1	0	1	0
Densité de la commune (1 à 7), n (%)				
Grands centres urbains	16 (12.2%)	2 (28.6%)	14 (11.3%)	0 (0.0%)
Centres urbains intermédiaires	16 (12.2%)	0 (0.0%)	16 (12.9%)	2 (10.0%)
Ceintures urbaines	10 (7.6%)	0 (0.0%)	10 (8.1%)	2 (10.0%)
Petites villes	11 (8.4%)	1 (14.3%)	10 (8.1%)	1 (5.0%)
Bourg ruraux	55 (42.0%)	4 (57.1%)	51 (41.1%)	8 (40.0%)
Rural à habitat dispersé	20 (15.3%)	0 (0.0%)	20 (16.1%)	7 (35.0%)
Rural à habitat très dispersé	3 (2.3%)	0 (0.0%)	3 (2.4%)	0 (0.0%)
Manquant	5	0	5	0
Type de structure, n (%)				
Centre de santé	7 (5.1%)	7 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
MSP	129 (94.9%)	0 (0.0%)	129 (100.0%)	20 (100.0%)
Votre établissement est-il doté d'une microstructure médicale d'addictions ? n (%)				
Non	104 (83.9%)	7 (100.0%)	97 (82.9%)	0 (0.0%)
Oui	20 (16.1%)	0 (0.0%)	20 (17.1%)	20 (100.0%)
Manquant	12	0	12	0
Faites-vous partie d'un réseau d'addictologie ? n (%)				
Non	105 (80.8%)	6 (85.7%)	99 (80.5%)	4 (20.0%)
Oui	25 (19.2%)	1 (14.3%)	24 (19.5%)	16 (80.0%)
Manquant	6	0	6	0
Avez-vous … :				
Au moins un IDE dans la structure, n (%)				
Non	3 (2.2%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	0 (0.0%)
Oui	133 (97.8%)	7 (100.0%)	126 (97.7%)	20 (100.0%)
Au moins un IPA dans la structure, n (%)				
Non	109 (80.1%)	6 (85.7%)	103 (79.8%)	15 (75.0%)
Oui	27 (19.9%)	1 (14.3%)	26 (20.2%)	5 (25.0%)
Au moins un Assistant social dans la structure, n (%)				
Non	119 (87.5%)	5 (71.4%)	114 (88.4%)	11 (55.0%)
Oui	17 (12.5%)	2 (28.6%)	15 (11.6%)	9 (45.0%)
Au moins un Psychologue dans la structure, n (%)				
Non	47 (34.6%)	3 (42.9%)	44 (34.1%)	3 (15.0%)
Oui	89 (65.4%)	4 (57.1%)	85 (65.9%)	17 (85.0%)
Au moins un Dentiste dans la structure, n (%)				
Non	86 (63.2%)	7 (100.0%)	79 (61.2%)	13 (65.0%)
Oui	50 (36.8%)	0 (0.0%)	50 (38.8%)	7 (35.0%)
Au moins un Diététicien dans la structure, n (%)				
Non	60 (44.1%)	6 (85.7%)	54 (41.9%)	13 (65.0%)
Oui	76 (55.9%)	1 (14.3%)	75 (58.1%)	7 (35.0%)

		Type de structure		
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Au moins une Sage-Femme dans la structure, n (%)				
Non	68 (50.0%)	6 (85.7%)	62 (48.1%)	5 (25.0%)
Oui	68 (50.0%)	1 (14.3%)	67 (51.9%)	15 (75.0%)
Au moins un Pharmacien dans la structure, n (%)				
Non	47 (34.6%)	6 (85.7%)	41 (31.8%)	8 (40.0%)
Oui	89 (65.4%)	1 (14.3%)	88 (68.2%)	12 (60.0%)
Au moins un Médecin hors MG dans la structure, n (%)				
Non	94 (69.1%)	3 (42.9%)	91 (70.5%)	15 (75.0%)
Oui	42 (30.9%)	4 (57.1%)	38 (29.5%)	5 (25.0%)
Au moins un Autre type de professionnel dans la structure, n (%)				
Non	14 (10.3%)	3 (42.9%)	11 (8.5%)	3 (15.0%)
Oui	122 (89.7%)	4 (57.1%)	118 (91.5%)	17 (85.0%)
Combien de professionnels de santé votre structure compte-t-elle ?				
N	130	7	123	17
N (Manquant)	130 (6)	7 (0)	123 (6)	17 (3)
Moyenne (DS)	25.2 (15.91)	19.6 (23.39)	25.5 (15.46)	26.2 (13.76)
Médiane (EIQ)	21.0(15.0,30.0)	8.0(4.0,50.0)	22.0(15.0,30.0)	22.0(17.0,34.0)
Écart	2.0, 104.0	2.0, 57.0	8.0, 104.0	10.0, 57.0
Médecin généraliste				
N	135	7	128	20
N (Manquant)	135 (1)	7 (0)	128 (1)	20 (0)
Moyenne (DS)	4.8 (2.50)	4.3 (3.04)	4.8 (2.48)	5.1 (1.93)
Médiane (EIQ)	4.0 (3.0, 6.0)	3.0 (2.0, 6.0)	4.0 (3.0, 6.0)	5.0 (4.0, 6.0)
Écart	1.0, 18.0	1.0, 10.0	1.0, 18.0	2.0, 10.0
Infirmier, Infirmière (IDE)				
N	134	7	127	20
N (Manquant)	134 (2)	7 (0)	127 (2)	20 (0)
Moyenne (DS)	8.2 (7.83)	4.9 (6.74)	8.4 (7.87)	8.2 (7.37)
Médiane (EIQ)	6.0 (3.0, 11.0)	1.0(1.0,12.0)	6.0 (3.0, 11.0)	5.5 (3.0, 10.0)
Infirmier, infirmière en pratique avancée				
N	115	5	110	19
N (Manquant)	115 (21)	5 (2)	110 (19)	19 (1)
Moyenne (DS)	0.3 (0.52)	0.4 (0.89)	0.3 (0.50)	0.3 (0.45)
Médiane (EIQ)	0.0 (0.0, 0.0)	0.0 (0.0, 0.0)	0.0 (0.0, 0.0)	0.0 (0.0, 1.0)
Écart	0.0, 2.0	0.0, 2.0	0.0, 2.0	0.0, 1.0
Travailleur social/ Assistant social				
N	108	5	103	18
N (Manquant)	108 (28)	5 (2)	103 (26)	18 (2)
Moyenne (DS)	0.3 (1.26)	3.2 (5.22)	0.2 (0.42)	0.6 (0.70)
Médiane (EIQ)	0.0 (0.0, 0.0)	0.0 (0.0, 4.0)	0.0 (0.0, 0.0)	0.5 (0.0, 1.0)
Écart	0.0, 12.0	0.0, 12.0	0.0, 2.0	0.0, 2.0
Psychologue				
N	117	5	112	19
N (Manquant)	117 (19)	5 (2)	112 (17)	19 (1)
Moyenne (DS)	1.2 (1.18)	2.8 (3.11)	1.1 (1.00)	1.3 (0.67)
Médiane (EIQ)	1.0 (1.0, 2.0)	2.0 (1.0, 3.0)	1.0 (1.0, 2.0)	1.0 (1.0, 2.0)
Écart	0.0, 8.0	0.0, 8.0	0.0, 6.0	0.0, 2.0
Chirurgien-dentiste				
N	113	5	108	18
N (Manquant)	113 (23)	5 (2)	108 (21)	18 (2)
Moyenne (DS)	0.7 (1.00)	0.0 (0.00)	0.7 (1.01)	0.8 (1.35)
Médiane (EIQ)	0.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 0.0)	0.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 1.0)
Écart	0.0, 5.0	0.0, 0.0	0.0, 5.0	0.0, 5.0
Diététicien/nutritionniste				
N	119	5	114	18
N (Manquant)	119 (17)	5 (2)	114 (15)	18 (2)
Moyenne (DS)	0.7 (0.56)	0.2 (0.45)	0.7 (0.56)	0.4 (0.50)
Médiane (EIQ)	1.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 0.0)	1.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 1.0)
Écart	0.0, 2.0	0.0, 1.0	0.0, 2.0	0.0, 1.0
Sage-femme				
N	115	5	110	18
N (Manquant)	115 (21)	5 (2)	110 (19)	18 (2)
Moyenne (DS)	0.9 (1.06)	0.2 (0.45)	1.0 (1.07)	1.1 (0.76)
Médiane (EIQ)	1.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 0.0)	1.0 (0.0, 1.0)	1.0 (1.0, 1.0)
Écart	0.0, 6.0	0.0, 1.0	0.0, 6.0	0.0, 3.0

		Type de structure		
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Pharmacien				
N	123	5	118	20
N (Manquant)	123 (13)	5 (2)	118 (11)	20 (0)
Moyenne (DS)	1.8 (2.08)	0.6 (1.34)	1.9 (2.10)	1.3 (1.53)
Médiane (EIQ)	1.0 (0.0, 2.0)	0.0 (0.0, 0.0)	1.5 (0.0, 2.0)	1.0 (0.0, 2.0)
Écart	0.0, 11.0	0.0, 3.0	0.0, 11.0	0.0, 6.0
Médecin d'autre spécialité*				
N	106	6	100	19
N (Manquant)	106 (30)	6 (1)	100 (29)	19 (1)
Moyenne (DS)	1.0 (2.44)	0.7 (0.52)	1.0 (2.51)	0.8 (1.47)
Médiane (EIQ)	0.0 (0.0, 1.0)	1.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 1.0)	0.0 (0.0, 1.0)
Écart	0.0, 19.0	0.0, 1.0	0.0, 19.0	0.0, 4.0
Autre(s) professionnel(s) de santé (kinésithérapeute, orthophoniste, pédicure-podologue, …)				
N	128	6	122	19
N (Manquant)	128 (8)	6 (1)	122 (7)	19 (1)
Moyenne (DS)	6.4 (4.92)	3.8 (4.49)	6.6 (4.92)	7.4 (5.34)
Médiane (EIQ)	5.5 (3.0, 8.0)	3.0 (0.0, 5.0)	6.0 (3.0, 8.0)	7.0 (2.0, 12.0)
Écart	0.0, 32.0	0.0, 12.0	0.0, 32.0	0.0, 17.0
*** merci de bien vouloir préciser la spécialité du/des autre(s) médecin(s) spécialiste(s) de votre structure, n (%)**				
Angiologue, n (%)				
Non	130 (95.6%)	7 (100.0%)	123 (95.3%)	19 (95.0%)
Oui	6 (4.4%)	0 (0.0%)	6 (4.7%)	1 (5.0%)
Biologiste, n (%)				
Non	133 (97.8%)	7 (100.0%)	126 (97.7%)	20 (100.0%)
Oui	3 (2.2%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	0 (0.0%)
Cardiologue, n (%)				
Non	131 (96.3%)	7 (100.0%)	124 (96.1%)	19 (95.0%)
Oui	5 (3.7%)	0 (0.0%)	5 (3.9%)	1 (5.0%)
Cardio-pédiatre, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Chirurgien orthopédiste, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	19 (95.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	1 (5.0%)
Chirurgien pédiatrique, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Chirurgien viscéral, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	20 (100.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)
Dermatologue, n (%)				
Non	133 (97.8%)	7 (100.0%)	126 (97.7%)	20 (100.0%)
Oui	3 (2.2%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	0 (0.0%)
Échographiste, n (%)				
Non	133 (97.8%)	7 (100.0%)	126 (97.7%)	19 (95.0%)
Oui	3 (2.2%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	1 (5.0%)
Endocrinologue, n (%)				
Non	130 (95.6%)	7 (100.0%)	123 (95.3%)	19 (95.0%)
Oui	6 (4.4%)	0 (0.0%)	6 (4.7%)	1 (5.0%)
Gastro-entérologue, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	19 (95.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	1 (5.0%)
Gynécologue, n (%)				
Non	133 (97.8%)	7 (100.0%)	126 (97.7%)	20 (100.0%)
Oui	3 (2.2%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	0 (0.0%)
Médecin physique et réadaptation, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	20 (100.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)
Néphrologue, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	20 (100.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)
Neuro-pédiatre, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Oncologue, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)

	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Type de structure: Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Ophtalmologue, n (%)				
Non	132 (97.1%)	6 (85.7%)	126 (97.7%)	20 (100.0%)
Oui	4 (2.9%)	1 (14.3%)	3 (2.3%)	0 (0.0%)
ORL, n (%)				
Non	133 (97.8%)	7 (100.0%)	126 (97.7%)	19 (95.0%)
Oui	3 (2.2%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	1 (5.0%)
Pédiatre, n (%)				
Non	131 (96.3%)	7 (100.0%)	124 (96.1%)	19 (95.0%)
Oui	5 (3.7%)	0 (0.0%)	5 (3.9%)	1 (5.0%)
Pédopsychiatre, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	20 (100.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)
Psychiatre, n (%)				
Non	129 (94.9%)	7 (100.0%)	122 (94.6%)	19 (95.0%)
Oui	7 (5.1%)	0 (0.0%)	7 (5.4%)	1 (5.0%)
Radiologue, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	20 (100.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)
Rhumatologue, n (%)				
Non	133 (97.8%)	7 (100.0%)	126 (97.7%)	20 (100.0%)
Oui	3 (2.2%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	0 (0.0%)
Urologue, n (%)				
Non	133 (97.8%)	7 (100.0%)	126 (97.7%)	19 (95.0%)
Oui	3 (2.2%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	1 (5.0%)
A quelle fréquence faites-vous des RCP ? n (%)				
Au moins une par mois	67 (49.6%)	2 (28.6%)	65 (50.8%)	10 (50.0%)
Au moins une tous les 3 mois	31 (23.0%)	1 (14.3%)	30 (23.4%)	1 (5.0%)
Plus d'une fois par mois	27 (20.0%)	1 (14.3%)	26 (20.3%)	8 (40.0%)
Moins d'une tous les trois mois	5 (3.7%)	1 (14.3%)	4 (3.1%)	0 (0.0%)
Autre	4 (3.0%)	2 (28.6%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)
En fonction des besoins	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (5.0%)
Manquant	1	0	1	0
Les MG de votre structure prennent-ils en charge le soin des addictions ? n (%)				
Non	20 (15.2%)	3 (42.9%)	17 (13.6%)	0 (0.0%)
Oui	112 (84.8%)	4 (57.1%)	108 (86.4%)	20 (100.0%)
Manquant	4	0	4	0
Si oui, le font-ils en collaboration avec d'autres professionnels de la structure ? n (%)				
Non	39 (34.8%)	1 (25.0%)	38 (35.2%)	2 (10.0%)
Oui	73 (65.2%)	3 (75.0%)	70 (64.8%)	18 (90.0%)
Manquant	24	3	21	0
Si oui, lesquels collaborent avec les médecins généralistes pour le soin des addictions ?				
IDE, n (%)				
Non	32 (43.8%)	0 (0.0%)	32 (45.7%)	8 (44.4%)
Oui	41 (56.2%)	3 (100.0%)	38 (54.3%)	10 (55.6%)
Manquant	63	4	59	2
IDE de pratique avancée, n (%)				
Non	68 (93.2%)	3 (100.0%)	65 (92.9%)	17 (94.4%)
Oui	5 (6.8%)	0 (0.0%)	5 (7.1%)	1 (5.6%)
Manquant	63	4	59	2
Psychologue, n (%)				
Non	32 (43.8%)	1 (33.3%)	31 (44.3%)	4 (22.2%)
Oui	41 (56.2%)	2 (66.7%)	39 (55.7%)	14 (77.8%)
Manquant	63	4	59	2
Psychiatre, n (%)				
Non	65 (89.0%)	2 (66.7%)	63 (90.0%)	18 (100.0%)
Oui	8 (11.0%)	1 (33.3%)	7 (10.0%)	0 (0.0%)
Manquant	63	4	59	2
Assistant social/travailleur social, n (%)				
Non	55 (75.3%)	2 (66.7%)	53 (75.7%)	6 (33.3%)
Oui	18 (24.7%)	1 (33.3%)	17 (24.3%)	12 (66.7%)
Manquant	63	4	59	2
Médecin généraliste référent en addictologie, n (%)				
Non	64 (87.7%)	2 (66.7%)	62 (88.6%)	16 (88.9%)
Oui	9 (12.3%)	1 (33.3%)	8 (11.4%)	2 (11.1%)
Manquant	63	4	59	2
Addictologue, n (%)				
Non	58 (79.5%)	1 (33.3%)	57 (81.4%)	15 (83.3%)
Oui	15 (20.5%)	2 (66.7%)	13 (18.6%)	3 (16.7%)
Manquant	63	4	59	2

	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Type de structure		
		Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Spécialistes, merci de préciser dans autre, n (%)				
Non	68 (93.2%)	3 (100.0%)	65 (92.9%)	18 (100.0%)
Oui	5 (6.8%)	0 (0.0%)	5 (7.1%)	0 (0.0%)
Manquant	63	4	59	2
Autre, n (%)				
Coordinateur	1 (3.3%)	0 (.%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)
Éducateur	1 (3.3%)	0 (.%)	1 (3.3%)	1 (14.3%)
Gastro-entérologue, Diététicien	1 (3.3%)	0 (.%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)
IDE Asalée	15 (50.0%)	0 (.%)	15 (50.0%)	2 (28.6%)
MSMA	5 (16.7%)	0 (.%)	5 (16.7%)	4 (57.1%)
Pharmacien	4 (13.3%)	0 (.%)	4 (13.3%)	0 (0.0%)
Psychiatre	2 (6.7%)	0 (.%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)
Sophrologue	1 (3.3%)	0 (.%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)
Manquant	106	7	99	13
Quels sont les outils de communication, d'échange utilisés entres les médecins généralistes et ces professionnels internes à la structure ?				
Lettre d'adressage, compte-rendu de consultation, n (%)				
Non	45 (61.6%)	2 (66.7%)	43 (61.4%)	11 (61.1%)
Oui	28 (38.4%)	1 (33.3%)	27 (38.6%)	7 (38.9%)
Manquant	63	4	59	2
Appel téléphonique, n (%)				
Non	33 (45.2%)	2 (66.7%)	31 (44.3%)	8 (44.4%)
Oui	40 (54.8%)	1 (33.3%)	39 (55.7%)	10 (55.6%)
Manquant	63	4	59	2
Réunion de concertation pluri-professionnelle, n (%)				
Non	11 (15.1%)	1 (33.3%)	10 (14.3%)	1 (5.6%)
Oui	62 (84.9%)	2 (66.7%)	60 (85.7%)	17 (94.4%)
Manquant	63	4	59	2
Échanges informels (lieux communs, pause déjeuner, discussion de couloir…), n (%)				
Non	23 (31.5%)	1 (33.3%)	22 (31.4%)	6 (33.3%)
Oui	50 (68.5%)	2 (66.7%)	48 (68.6%)	12 (66.7%)
Manquant	63	4	59	2
Dossier médical partagé, n (%)				
Non	22 (30.1%)	0 (0.0%)	22 (31.4%)	6 (33.3%)
Oui	51 (69.9%)	3 (100.0%)	48 (68.6%)	12 (66.7%)
Manquant	63	4	59	2
Autre, n (%)				
Fiches patients, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Logiciel commun, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	20 (100.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)
Post-it, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Messagerie sécurisée, n (%)				
Non	132 (97.1%)	7 (100.0%)	125 (96.9%)	20 (100.0%)
Oui	4 (2.9%)	0 (0.0%)	4 (3.1%)	0 (0.0%)
Messagerie interne, n (%)				
Non	131 (96.3%)	7 (100.0%)	124 (96.1%)	20 (100.0%)
Oui	5 (3.7%)	0 (0.0%)	5 (3.9%)	0 (0.0%)
SMS, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	19 (95.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (5.0%)
Le logiciel informatique commun est-il partagé par l'ensemble du personnel prenant en charge les patients ayant des addictions ?, n (%)				
Oui	93 (71.0%)	4 (57.1%)	89 (71.8%)	12 (60.0%)
Non	38 (29.0%)	3 (42.9%)	35 (28.2%)	8 (40.0%)
Manquant	5	0	5	0
Votre structure a-t-elle un projet de santé en lien avec le mois sans tabac ?, n (%)				
Non	80 (60.6%)	3 (42.9%)	77 (61.6%)	6 (30.0%)
Oui	52 (39.4%)	4 (57.1%)	48 (38.4%)	14 (70.0%)
Manquant	4	0	4	0

	Type de structure			
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Si oui, quels sont les professionnels impliqués dans ce projet de santé ?				
IDE, n (%)				
Non	20 (38.5%)	2 (50.0%)	18 (37.5%)	4 (28.6%)
Oui	32 (61.5%)	2 (50.0%)	30 (62.5%)	10 (71.4%)
Manquant	84	3	81	6
IDE de pratique avancée, n (%)				
Non	42 (80.8%)	3 (75.0%)	39 (81.3%)	13 (92.9%)
Oui	10 (19.2%)	1 (25.0%)	9 (18.8%)	1 (7.1%)
Manquant	84	3	81	6
Assistant social/travailleur social, n (%)				
Non	45 (86.5%)	4 (100.0%)	41 (85.4%)	10 (71.4%)
Oui	7 (13.5%)	0 (0.0%)	7 (14.6%)	4 (28.6%)
Manquant	84	3	81	6
Psychologue, n (%)				
Non	36 (69.2%)	4 (100.0%)	32 (66.7%)	8 (57.1%)
Oui	16 (30.8%)	0 (0.0%)	16 (33.3%)	6 (42.9%)
Manquant	84	3	81	6
Psychiatre, n (%)				
Non	50 (96.2%)	4 (100.0%)	46 (95.8%)	14 (100.0%)
Oui	2 (3.8%)	0 (0.0%)	2 (4.2%)	0 (0.0%)
Manquant	84	3	81	6
Médecin généraliste référent en addictologie, n (%)				
Non	33 (63.5%)	4 (100.0%)	29 (60.4%)	10 (71.4%)
Oui	19 (36.5%)	0 (0.0%)	19 (39.6%)	4 (28.6%)
Manquant	84	3	81	6
Addictologue, n (%)				
Non	48 (92.3%)	4 (100.0%)	44 (91.7%)	14 (100.0%)
Oui	4 (7.7%)	0 (0.0%)	4 (8.3%)	0 (0.0%)
Manquant	84	3	81	6
Autre, n (%)				
Affichage, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Associations, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	19 (95.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (5.0%)
Coordinateur, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	20 (100.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)
Diététicien, n (%)				
Non	132 (97.1%)	7 (100.0%)	125 (96.9%)	20 (100.0%)
Oui	4 (2.9%)	0 (0.0%)	4 (3.1%)	0 (0.0%)
Enseignant en Activité Physique Adaptée, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Hypnothérapeute, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
IDE Asalée, n (%)				
Non	122 (89.7%)	7 (100.0%)	115 (89.1%)	16 (80.0%)
Oui	14 (10.3%)	0 (0.0%)	14 (10.9%)	4 (20.0%)
Kinésithérapeute, n (%)				
Non	132 (97.1%)	7 (100.0%)	125 (96.9%)	20 (100.0%)
Oui	4 (2.9%)	0 (0.0%)	4 (3.1%)	0 (0.0%)
Médecin généraliste, n (%)				
Non	128 (94.1%)	7 (100.0%)	121 (93.8%)	18 (90.0%)
Oui	8 (5.9%)	0 (0.0%)	8 (6.2%)	2 (10.0%)
MSMA, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Pharmacien, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Pneumologue, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	19 (95.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (5.0%)

	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Type de structure: Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Sage-femme, n (%)				
Non	133 (97.8%)	7 (100.0%)	126 (97.7%)	19 (95.0%)
Oui	3 (2.2%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	1 (5.0%)
Sophrologue, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Avez-vous d'autres projets de santé en lien avec les addictions ? n (%)				
Non	105 (80.2%)	5 (71.4%)	100 (80.6%)	10 (50.0%)
Oui	26 (19.8%)	2 (28.6%)	24 (19.4%)	10 (50.0%)
Manquant	5	0	5	0
Si oui, pour quelle(s) addiction(s) ? Merci de bien vouloir préciser en quelques mots…, n (%)				
Addictions jeunes consommateurs, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	19 (95.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	1 (5.0%)
Alcool, n (%)				
Non	129 (94.9%)	7 (100.0%)	122 (94.6%)	19 (95.0%)
Oui	7 (5.1%)	0 (0.0%)	7 (5.4%)	1 (5.0%)
Cannabis, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	20 (100.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)
Cocaïne, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Collaboration avec le CSAPA, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Drogues, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Écrans, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Héroïne, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
MSMA, n (%)				
Non	127 (93.4%)	7 (100.0%)	120 (93.0%)	14 (70.0%)
Oui	9 (6.6%)	0 (0.0%)	9 (7.0%)	6 (30.0%)
Mission de santé publique, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Obésité, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	19 (95.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (5.0%)
Périnatalité et addiction, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Tabac, n (%)				
Non	131 (96.3%)	7 (100.0%)	124 (96.1%)	19 (95.0%)
Oui	5 (3.7%)	0 (0.0%)	5 (3.9%)	1 (5.0%)
Avez-vous mis en place un ou des protocoles de soins pluri-professionnels pour la prise en charge d'addictions ? n (%)				
Non	115 (86.5%)	6 (85.7%)	109 (86.5%)	13 (65.0%)
Oui	18 (13.5%)	1 (14.3%)	17 (13.5%)	7 (35.0%)
Manquant	3	0	3	0
Dépistage BPCO, n (%)				
Non	7 (100.0%)	127 (98.4%)	134 (98.5%)	19 (95.0%)
Oui	0 (0.0%)	2 (1.6%)	2 (1.5%)	1 (5.0%)
Diététicienne tabacologue, n (%)				
Non	7 (100.0%)	128 (99.2%)	135 (99.3%)	20 (100.0%)
Oui	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)
Distribution de substituts nicotiniques, n (%)				
Non	7 (100.0%)	128 (99.2%)	135 (99.3%)	19 (95.0%)
Oui	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (0.7%)	1 (5.0%)
En cours de mise en place, n (%)				
Non	7 (100.0%)	128 (99.2%)	135 (99.3%)	19 (95.0%)
Oui	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (0.7%)	1 (5.0%)

		Type de structure		
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Groupe de parole pour l'addiction au tabac, n (%)				
Non	7 (100.0%)	128 (99.2%)	135 (99.3%)	19 (95.0%)
Oui	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (0.7%)	1 (5.0%)
MSMA, n (%)				
Non	7 (100.0%)	125 (96.9%)	132 (97.1%)	16 (80.0%)
Oui	0 (0.0%)	4 (3.1%)	4 (2.9%)	4 (20.0%)
Mission de santé publique, n (%)				
Non	7 (100.0%)	128 (99.2%)	135 (99.3%)	20 (100.0%)
Oui	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)
Protocole accès au soin précarité, n (%)				
Non	7 (100.0%)	128 (99.2%)	135 (99.3%)	20 (100.0%)
Oui	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)
Protocole IDE, n (%)				
Non	7 (100.0%)	124 (96.1%)	131 (96.3%)	18 (90.0%)
Oui	0 (0.0%)	5 (3.9%)	5 (3.7%)	2 (10.0%)
Protocole IDE Asalée, n (%)				
Non	7 (100.0%)	125 (96.9%)	132 (97.1%)	19 (95.0%)
Oui	0 (0.0%)	4 (3.1%)	4 (2.9%)	1 (5.0%)
Sevrage benzodiazépines, n (%)				
Non	7 (100.0%)	127 (98.4%)	134 (98.5%)	20 (100.0%)
Oui	0 (0.0%)	2 (1.6%)	2 (1.5%)	0 (0.0%)
Sevrage écrans, n (%)				
Non	7 (100.0%)	128 (99.2%)	135 (99.3%)	19 (95.0%)
Oui	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (0.7%)	1 (5.0%)
Sevrage tabagique, n (%)				
Non	7 (100.0%)	123 (95.3%)	130 (95.6%)	19 (95.0%)
Oui	0 (0.0%)	6 (4.7%)	6 (4.4%)	1 (5.0%)
Faites-vous partie d'un réseau d'addictologie?, n (%)				
Non	105 (80.8%)	6 (85.7%)	99 (80.5%)	4 (20.0%)
Oui	25 (19.2%)	1 (14.3%)	24 (19.5%)	16 (80.0%)
Manquant	6	0	6	0
Avez-vous des protocoles, ou procédures communes avec d'autres acteurs du territoire ? (Professionnels, établissements, services sociaux, structures d'appui…), n (%)				
Non	101 (77.7%)	7 (100.0%)	94 (76.4%)	12 (60.0%)
Oui	29 (22.3%)	0 (0.0%)	29 (23.6%)	8 (40.0%)
Manquant	6	0	6	0
Établissements de santé, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
2PAO, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	19 (95.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (5.0%)
Addictologue, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	19 (95.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (5.0%)
CAARUD, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Centre hospitalier psychiatrique, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7(100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Centre médico-Psychologique (CMP), n (%)				
Non	135 (99.3%)	7(100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Centre Médico-Social, n (%)				
Non	133 (97.8%)	7(100.0%)	126 (97.7%)	20 (100.0%)
Oui	3 (2.2%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	0 (0.0%)
Consultation Jeunes Consommateurs (CJC), n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
CPTS, n (%)				
Non	130 (95.6%)	7 (100.0%)	123 (95.3%)	19 (95.0%)
Oui	6 (4.4%)	0 (0.0%)	6 (4.7%)	1 (5.0%)
CSAPA, n (%)				
Non	132 (97.1%)	7 (100.0%)	125 (96.9%)	20 (100.0%)
Oui	4 (2.9%)	0 (0.0%)	4 (3.1%)	0 (0.0%)

	Type de structure			
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), n (%)				
Non	132 (97.1%)	7 (100.0%)	125 (96.9%)	20 (100.0%)
Oui	4 (2.9%)	0 (0.0%)	4 (3.1%)	0 (0.0%)
Haltes santé, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	19 (95.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (5.0%)
Hospitalisation à Domicile, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
IDE, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Intervention d'une IPA psychiatrique, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Kinésithérapeute, n (%)				
Non	135 (99.3%)	(100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
MSMA, n (%)				
Non	132 (97.1%)	7 (100.0%)	125 (96.9%)	16 (80.0%)
Oui	4 (2.9%)	0 (0.0%)	4 (3.1%)	4 (20.0%)
Mois sans tabac, n (%)				
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)	18 (90.0%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	2 (10.0%)
Pharmacien, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Protocoles d'orientation définis, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Psychologue, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	20 (100.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	0 (0.0%)
Service d'Addictologie hospitalier, n (%)				
Non	130 (95.6%)	7 (100.0%)	123 (95.3%)	18 (90.0%)
Oui	6 (4.4%)	0 (0.0%)	6 (4.7%)	2 (10.0%)
Service de Pneumologie hospitalier, n (%)				
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)	19 (95.0%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (5.0%)
Vous appuyez-vous sur des professionnels extérieurs à votre structure de soin pour la prise en charge des addictions ?, n (%)				
Oui	104 (80.0%)	4 (57.1%)	100 (81.3%)	16 (80.0%)
Non	26 (20.0%)	3 (42.9%)	23 (18.7%)	4 (20.0%)
Manquant	6	0	6	0
Lesquels ?				
IDE, n (%)				
Non	98 (94.2%)	4 (100.0%)	94 (94.0%)	13 (81.3%)
Oui	6 (5.8%)	0 (0.0%)	6 (6.0%)	3 (18.8%)
Manquant	32	3	29	4
Psychologue, n (%)				
Non	70 (67.3%)	3 (75.0%)	67 (67.0%)	11 (68.8%)
Oui	34 (32.7%)	1 (25.0%)	33 (33.0%)	5 (31.3%)
Manquant	32	3	29	4
IDE de pratique avancée], n (%)				
Non	101 (97.1%)	4 (100.0%)	97 (97.0%)	16 (100.0%)
Oui	3 (2.9%)	0 (0.0%)	3 (3.0%)	0 (0.0%)
Manquant	32	3	29	4
Assistant social/travailleur social, n (%)				
Non	87 (83.7%)	3 (75.0%)	84 (84.0%)	11 (68.8%)
Oui	17 (16.3%)	1 (25.0%)	16 (16.0%)	5 (31.3%)
Manquant	32	3	29	4
Lesquels ? [CSAPA (Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)], n (%)				
Non	29 (27.9%)	1 (25.0%)	28 (28.0%)	4 (25.0%)
Oui	75 (72.1%)	3 (75.0%)	72 (72.0%)	12 (75.0%)
Manquant	32	3	29	4

	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Type de structure: Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Lesquels ? [Psychiatre], n (%)				
Non	63 (60.6%)	2 (50.0%)	61 (61.0%)	12 (75.0%)
Oui	41 (39.4%)	2 (50.0%)	39 (39.0%)	4 (25.0%)
Manquant	32	3	29	4
Lesquels ? [CMP (Centre médico-psychologique)], n (%)				
Non	38 (36.5%)	2 (50.0%)	36 (36.0%)	9 (56.3%)
Oui	66 (63.5%)	2 (50.0%)	64 (64.0%)	7 (43.8%)
Manquant	32	3	29	4
Service hospitalier d'addictologie, n (%)				
Non	32 (30.8%)	0 (0.0%)	32 (32.0%)	7 (43.8%)
Oui	72 (69.2%)	4 (100.0%)	68 (68.0%)	9 (56.3%)
Manquant	32	3	29	4
Autre, n (%)				
CAARUD	1 (12.5%)	0 (.%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)
CPTS	1 (12.5%)	0 (.%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)
IDE Asalée	1 (12.5%)	0 (.%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)
MSMA	2 (25.0%)	0 (.%)	2 (25.0%)	2 (66.7%)
MG spécialisé en addictologie	1 (12.5%)	0 (.%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)
Service d'Addictologie hospitalier	1 (12.5%)	0 (.%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)
Service de Gastro-entérologie hospitalier	1 (12.5%)	0 (.%)	1 (12.5%)	1 (33.3%)
Manquant	128	7	121	17
Quels sont vos outils de communication, d'échange avec ces professionnels extérieurs à votre structure ?				
Lettre d'adressage, de compte rendu de consultation, n (%)				
Non	16 (15.4%)	0 (0.0%)	16 (16.0%)	5 (31.3%)
Oui	88 (84.6%)	4 (100.0%)	84 (84.0%)	11 (68.8%)
Manquant	32	3	29	4
Appel téléphonique, n (%)				
Non	31 (29.8%)	0 (0.0%)	31 (31.0%)	5 (31.3%)
Oui	73 (70.2%)	4 (100.0%)	69 (69.0%)	11 (68.8%)
Manquant	32	3	29	4
RCP, n (%)				
Non	81 (77.9%)	3 (75.0%)	78 (78.0%)	7 (43.8%)
Oui	23 (22.1%)	1 (25.0%)	22 (22.0%)	9 (56.3%)
Manquant	32	3	29	4
Télé-expertise, n (%)				
Non	97 (93.3%)	4 (100.0%)	93 (93.0%)	16 (100.0%)
Oui	7 (6.7%)	0 (0.0%)	7 (7.0%)	0 (0.0%)
Manquant	32	3	29	4
Autre, n (%)				
Assistants	1 (11.1%)	0 (.%)	1 (11.1%)	1 (50.0%)
Consultations	1 (11.1%)	0 (.%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)
Coordinateur	1 (11.1%)	0 (.%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)
Messageries	6 (66.7%)	0 (.%)	6 (66.7%)	1 (50.0%)
Manquant	127	7	120	18
Avez-vous plus de contact avec (merci de bien vouloir trier les choix par fréquence de sollicitation) (Des plus sollicités-classement 1, au moins sollicité-Classement 9)				
Classement 1, n (%)				
Addictologue libéral	6 (4.6%)	1 (14.3%)	5 (4.1%)	1 (5.6%)
CMP	18 (13.8%)	1 (14.3%)	17 (13.8%)	0 (0.0%)
CSAPA	32 (24.6%)	3 (42.9%)	29 (23.6%)	1 (5.6%)
CMS	3 (2.3%)	0 (0.0%)	3 (2.4%)	1 (5.6%)
MSMA	15 (11.5%)	0 (0.0%)	15 (12.2%)	11 (61.1%)
Psychiatre libéral	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)	0 (0.0%)
Psychologue libéral	16 (12.3%)	0 (0.0%)	16 (13.0%)	3 (16.7%)
Services hospitaliers spécialisés en addictologie	38 (29.2%)	2 (28.6%)	36 (29.3%)	1 (5.6%)
Classement 2, n (%)				
Addictologue libéral	5 (4.1%)	0 (0.0%)	5 (4.3%)	0 (0.0%)
CMP	22 (18.2%)	0 (0.0%)	22 (19.1%)	2 (11.8%)
CSAPA	28 (23.1%)	2 (33.3%)	26 (22.6%)	8 (47.1%)
CMS	9 (7.4%)	0 (0.0%)	9 (7.8%)	0 (0.0%)
MMSMA	6 (5.0%)	0 (0.0%)	6 (5.2%)	2 (11.8%)
Psychiatre libéral	14 (11.6%)	2 (33.3%)	12 (10.4%)	0 (0.0%)
Psychologue libéral	14 (11.6%)	0 (0.0%)	14 (12.2%)	4 (23.5%)
Services hospitaliers spécialisés en addictologie	23 (19.0%)	2 (33.3%)	21 (18.3%)	1 (5.9%)
Manquant	15	1	14	3

	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Type de structure		
		Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Classement 3, n (%)				
Addictologue libéral	5 (5.4%)	0 (0.0%)	5 (5.7%)	0 (0.0%)
Assistant social libéral	3 (3.3%)	0 (0.0%)	3 (3.4%)	2 (15.4%)
CMP	24 (26.1%)	4 (100.0%)	20 (22.7%)	3 (23.1%)
CSAPA	11 (12.0%)	0 (0.0%)	11 (12.5%)	2 (15.4%)
CMS	6 (6.5%)	0 (0.0%)	6 (6.8%)	0 (0.0%)
MSMA	4 (4.3%)	0 (0.0%)	4 (4.5%)	2 (15.4%)
Psychiatre libéral	12 (13.0%)	0 (0.0%)	12 (13.6%)	0 (0.0%)
Psychologue libéral	12 (13.0%)	0 (0.0%)	12 (13.6%)	0 (0.0%)
Services hospitaliers spécialisés en addictologie	15 (16.3%)	0 (0.0%)	15 (17.0%)	4 (30.8%)
Manquant	44	3	41	7
Classement 4, n (%)				
Addictologue libéral	4 (7.0%)	0 (0.0%)	4 (7.1%)	0 (0.0%)
Assistant social libéral	2 (3.5%)	0 (0.0%)	2 (3.6%)	0 (0.0%)
CMP	10 (17.5%)	0 (0.0%)	10 (17.9%)	1 (12.5%)
CSAPA	12 (21.1%)	0 (0.0%)	12 (21.4%)	2 (25.0%)
Centre médicosocial	4 (7.0%)	0 (0.0%)	4 (7.1%)	2 (25.0%)
MSMA	2 (3.5%)	0 (0.0%)	2 (3.6%)	0 (0.0%)
Psychiatre libéral	10 (17.5%)	0 (0.0%)	10 (17.9%)	0 (0.0%)
Psychologue libéral	7 (12.3%)	1 (100.0%)	6 (10.7%)	0 (0.0%)
Services hospitaliers spécialisés en addictologie	6 (10.5%)	0 (0.0%)	6 (10.7%)	3 (37.5%)
Manquant	79	6	73	12
Classement 5, n (%)				
Addictologue libéral	4 (12.1%)	0 (0.0%)	4 (12.5%)	1 (33.3%)
Assistant social libéral	1 (3.0%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	0 (0.0%)
CMP	10 (30.3%)	0 (0.0%)	10 (31.3%)	0 (0.0%)
CSAPA	2 (6.1%)	0 (0.0%)	2 (6.3%)	0 (0.0%)
Centre médicosocial	4 (12.1%)	1 (100.0%)	3 (9.4%)	0 (0.0%)
MSMA	1 (3.0%)	0 (0.0%)	1 (3.1%)	0 (0.0%)
Psychiatre libéral	4 (12.1%)	0 (0.0%)	4 (12.5%)	0 (0.0%)
Psychologue libéral	4 (12.1%)	0 (0.0%)	4 (12.5%)	1 (33.3%)
Services hospitaliers spécialisés en addictologie	3 (9.1%)	0 (0.0%)	3 (9.4%)	1 (33.3%)
Manquant	103	6	97	17
Classement 6, n (%)				
Addictologue libéral	3 (12.5%)	0 (.%)	3 (12.5%)	0 (0.0%)
Assistant social libéral	3 (12.5%)	0 (.%)	3 (12.5%)	0 (0.0%)
CMP	2 (8.3%)	0 (.%)	2 (8.3%)	0 (0.0%)
CSAPA	1 (4.2%)	0 (.%)	1 (4.2%)	0 (0.0%)
Centre médicosocial	5 (20.8%)	0 (.%)	5 (20.8%)	0 (0.0%)
MSMA	3 (12.5%)	0 (.%)	3 (12.5%)	0 (0.0%)
Psychiatre libéral	3 (12.5%)	0 (.%)	3 (12.5%)	1 (50.0%)
Psychologue libéral	2 (8.3%)	0 (.%)	2 (8.3%)	0 (0.0%)
Services hospitaliers spécialisés en addictologie	2 (8.3%)	0 (.%)	2 (8.3%)	1 (50.0%)
Manquant	112	7	105	18
Classement 7, n (%)				
Addictologue libéral	1 (5.6%)	0 (.%)	1 (5.6%)	1 (50.0%)
Assistant social libéral	3 (16.7%)	0 (.%)	3 (16.7%)	0 (0.0%)
CMS	1 (5.6%)	0 (.%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)
MSMA	4 (22.2%)	0 (.%)	4 (22.2%)	0 (0.0%)
Psychiatre libéral	5 (27.8%)	0 (.%)	5 (27.8%)	1 (50.0%)
Psychologue libéral	3 (16.7%)	0 (.%)	3 (16.7%)	0 (0.0%)
Services hospitaliers spécialisés en addictologie	1 (5.6%)	0 (.%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)
Manquant	118	7	111	18
Classement 8, n (%)				
Addictologue libéral	7 (43.8%)	0 (.%)	7 (43.8%)	0 (0.0%)
Assistant social libéral	2 (12.5%)	0 (.%)	2 (12.5%)	1 (50.0%)
CMP	1 (6.3%)	0 (.%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)
CSAPA	1 (6.3%)	0 (.%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)
CMS	4 (25.0%)	0 (.%)	4 (25.0%)	1 (50.0%)
MSMA	1 (6.3%)	0 (.%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)
Manquant	120	7	113	18
Classement 9, n (%)				
Assistant social libéral	5 (33.3%)	0 (.%)	5 (33.3%)	1 (50.0%)
CMP	1 (6.7%)	0 (.%)	1 (6.7%)	1 (50.0%)
CMS	1 (6.7%)	0 (.%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)
MSMA	4 (26.7%)	0 (.%)	4 (26.7%)	0 (0.0%)
Psychiatre libéral	3 (20.0%)	0 (.%)	3 (20.0%)	0 (0.0%)
Services hospitaliers spécialisés en addictologie	1 (6.7%)	0 (.%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)
Manquant	121	7	114	18

		Type de structure		
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)	Microstructures Médicales Addictions (MSMA) (N=20)
Votre établissement est-il doté d'une MSMA ?, n (%)				
Non	104 (83.9%)	7 (100.0%)	97 (82.9%)	0 (0.0%)
Oui	20 (16.1%)	0 (0.0%)	20 (17.1%)	20 (100.0%)
Manquant	12	0	12	
Si oui, en êtes-vous ..., n (%)				
Satisfait	6 (31.6%)	0 (.%)	6 (31.6%)	6 (31.6%)
Très satisfait	13 (68.4%)	0 (.%)	13 (68.4%)	13 (68.4%)
Manquant	117	7	110	1

		Type de structure	
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)
Aviez-vous déjà entendu parler du concept de MSMA ? n (%)			
Non	62 (60.2%)	4 (57.1%)	58 (60.4%)
Oui	41 (39.8%)	3 (42.9%)	38 (39.6%)
Manquant	33	0	33
Si oui, par quel biais ?			
2PAO, n (%)			
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
ARS, n (%)			
Non	127 (93.4%)	7 (100.0%)	120 (93.0%)
Oui	9 (6.6%)	0 (0.0%)	9 (7.0%)
Association locale en Addictologie, n (%)			
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
CMP, n (%)			
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
Non	127 (93.4%)	7 (100.0%)	120 (93.0%)
Oui	9 (6.6%)	0 (0.0%)	9 (7.0%)
CPAM, n (%)			
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
CPTS, n (%)			
Non	132 (97.1%)	7 (100.0%)	125 (96.9%)
Oui	4 (2.9%)	0 (0.0%)	4 (3.1%)
CSAPA, n (%)			
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)
DGOS, n (%)			
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
FECOP, n (%)			
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)
Formation, n (%)			
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
IDE Asalée, n (%)			
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
Internet, n (%)			
Non	136 (100.0%)	7 (100.0%)	129 (100.0%)
Lectures (non précisé), n (%)			
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
Média (non précisé), n (%)			
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
MSMA, n (%)			
Non	131 (96.3%)	7 (100.0%)	124 (96.1%)
Oui	5 (3.7%)	0 (0.0%)	5 (3.9%)

	Type de structure	
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)
Presse, n (%)			
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
Revue spécialisée, n (%)			
Non	135 (99.3%)	7 (100.0%)	128 (99.2%)
Oui	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)
Université, n (%)			
Non	134 (98.5%)	7 (100.0%)	127 (98.4%)
Oui	2 (1.5%)	0 (0.0%)	2 (1.6%)
Parmi les choix suivants, lesquels pourraient vous aider à la prise en charge des addictions et cas complexes ?			
Une permanence hebdomadaire de consultation de psychologue pour la prise en charge spécifique des addictions dans votre structure, n (%)			
Non	56 (52.8%)	4 (57.1%)	52 (52.5%)
Oui	50 (47.2%)	3 (42.9%)	47 (47.5%)
Manquant	30	0	30
Une permanence hebdomadaire de consultation d'un travailleur social pour la prise en charge spécifique des addictions dans votre structure, n (%)			
Non	56 (52.8%)	5 (71.4%)	51 (51.5%)
Oui	50 (47.2%)	2 (28.6%)	48 (48.5%)
Manquant	30	0	30
Un meilleur lien avec les structures spécialisées, n (%)			
Non	27 (25.2%)	2 (28.6%)	25 (25.0%)
Oui	80 (74.8%)	5 (71.4%)	75 (75.0%)
Manquant	29	0	29
Une formation en addictologie, n (%)			
Non	45 (42.5%)	4 (57.1%)	41 (41.4%)
Oui	61 (57.5%)	3 (42.9%)	58 (58.6%)
Manquant	30	0	30
Autre, n (%)			
Améliorer le réseau territorial	1 (16.7%)	0 (.%)	1 (16.7%)
Besoin de plus de temps	2 (33.3%)	0 (.%)	2 (33.3%)
Financement adapté	1 (16.7%)	0 (.%)	1 (16.7%)
Permanence d'un assistant social 2 fois par mois	1 (16.7%)	0 (.%)	1 (16.7%)
Permanences de professionnels, améliorer le réseau territorial	1 (16.7%)	0 (.%)	1 (16.7%)
Manquant	130	7	123
Pensez-vous que des RCP spécifiques aux addictions pour les cas complexes seraient utiles ? (De 1-pas du tout utile à 5-très utile, n (%)			
1	3 (2.8%)	0 (0.0%)	3 (3.0%)
2	10 (9.3%)	1 (14.3%)	9 (9.0%)
3	16 (15.0%)	2 (28.6%)	14 (14.0%)
4	44 (41.1%)	2 (28.6%)	42 (42.0%)
5	34 (31.8%)	2 (28.6%)	32 (32.0%)
Manquant	29	0	29
Pour savoir si la mise en place d'une MSMA serait matériellement possible dans votre établissement, pouvez-vous indiquer si :			
Vous avez un psychologue travaillant dans votre structure, n (%)			
Non	46 (43.0%)	2 (28.6%)	44 (44.0%)
Oui	61 (57.0%)	5 (71.4%)	56 (56.0%)
Manquant	29	0	29
Vous avez un travailleur social travaillant dans votre structure, n (%)			
Non	97 (91.5%)	5 (71.4%)	92 (92.9%)
Oui	9 (8.5%)	2 (28.6%)	7 (7.1%)
Manquant	30	0	30
Vous avez un bureau de disponible pour une permanence hebdomadaire d'un psychologue/travailleur social exterieur , n (%)			
Non	54 (50.5%)	4 (57.1%)	50 (50.0%)
Oui	53 (49.5%)	3 (42.9%)	50 (50.0%)
Manquant	29	0	29
Vous avez une salle de réunion, n (%)			
Non	26 (24.3%)	1 (14.3%)	25 (25.0%)
Oui	81 (75.7%)	6 (85.7%)	75 (75.0%)
Manquant	29	0	29

	Type de structure		
	Total des structures pluri-professionnelles (N=136)	Centres de santé (CS) (N=7)	Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (N=129)
Autre, n (%)			
Addictologue	1 (20.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)
On a une MSMA	1 (20.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)
Diététicienne	1 (20.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)
On a un MG addictologue	1 (20.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)
Un médecin ayant une formation en addictologie	1 (20.0%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)
Manquant	131	6	125
Seriez-vous intéressé par la mise en place d'une MSMA dans votre structure de soin ? n (%)			
Non	45 (44.6%)	3 (42.9%)	42 (44.7%)
Oui	56 (55.4%)	4 (57.1%)	52 (55.3%)
Manquant	35	0	35

AUTEUR : Pierre de CLERMONT-GALLERANDE

TITRE : Pratiques pluri-professionnelles des maisons de santé et centres de santé d'Occitanie pour le soin des addictions, et intérêt pour les microstructures médicales d'addictions.

DIRECTRICE DE THÈSE : Pr Julie DUPOUY

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 11 Juillet 2023

Résumé

Introduction : En France, les médecins généralistes sont de moins en moins nombreux à initier des traitements de substitution des opiacés. Les causes sont, selon une étude récente, un sentiment de manque de formation, des représentations négatives sur les patients et les médecins prescripteurs et un manque de pluridisciplinarité dans le soin des addictions. Le travail pluri-professionnel et en réseau des Microstructures Médicales d'Addiction (MSMA) apportent une solution au besoin de développement de l'entrelacs défensif contre les addictions. Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) et les Centres de Santé (CS), structures pluri-professionnelles de premier recours, fondées sur un exercice coordonné mettent-elles ce travail de groupe au profit du soin des addictions ? **Objectif** : Cette étude épidémiologique transversale descriptive par questionnaire auto administré a pour objectif principal de faire un état des lieux de la pluri-professionnalité dans le soin des addictions des MSP et CS d'Occitanie, et pour objectif secondaire d'évaluer l'intérêt de ces structures pour le développement de MSMA. **Résultats** : 136 structures (129 MSP et 7 CS dont 20 MSMA) ont répondu, soit un taux de réponse à 43.4%. Les MSP et CS sont 65,2% à user de la pluri-professionnalité en interne pour le soin des addictions. Les professions impliquées majoritairement sont les IDE et les psychologues (56%). Près de 40% des MSP et CS participent au mois sans tabac, 19,8 % organisent d'autres actions en lien avec les addictions, 13,6% mettent au point des protocoles addictions. La promotion du soin des addictions via des projets/actions de santé et la création de protocoles addictions sont corrélés à l'ancienneté des structures et au fait d'être une MSMA. 74% des structures répondantes trouveraient intéressant de faire des RCP spécifiques aux addictions. 58,1% souhaiteraient une formation en addictologie et 56% seraient intéressés par la mise en place d'une MSMA dans leur structure. **Conclusion** : Une grande majorité des MSP/CS d'Occitanie travaillent le soin des addictions en équipe toutefois l'implication des paramédicaux est inégale et non systématique. A l'exception du mois sans tabac suivi par près de 40% des structures, peu de projets/actions en lien avec les addictions sont mis en place, ces derniers étant majoritairement instaurés par les structures ayant une MSMA. Ceci dit, au vu de l'intérêt d'une cinquantaine de structures pluri-professionnelle pour le soin des addictions et compte tenu du lien entre l'élaboration de projets/protocoles et la maturité des structures, nous pouvons supposer une évolution du soin des addictions et de nouvelles pratiques pluri-professionnelles dans les années à venir en Occitanie.

Abstract

Title: Multi-professional practices for addiction care in community health centers (MSPs and CSs) in Occitanie, and interest in medical microstructures for addictions.

Background: In France, the number of general practitioners initiating opiate substitution therapy is decreasing. According to a recent study, this is due to a lack of training, negative perceptions of patients and prescribing doctors, and a lack of multi-disciplinary involvement in addiction care. The multi-professional, networked work of the medical microstructures for addictions (MSMA) provides a solution to the need of defensive web development against addictions. Community health centers, multi-professional primary care structures, are based on coordinated practice. Do they put this group work to the benefit of addiction care? ***Objectives***: The main aim of this descriptive cross-sectional epidemiological study using self-administered questionnaires is to assess the current state of multi-professional addiction care in MSPs and CSs in Occitanie, and the secondary aim is to evaluate the interest of these structures for the development of MSMAs. ***Results***: 136 centers (129 MSPs and 7 CSs, including 20 MSMAs) responded, giving a response rate of 43.4%. 65.2% of MSPs and CSs used multi-professional in-house addiction care. The main professions involved are nurses and psychologists (56%). Nearly 40% of MSPs and CSs take part in the "Stoptober" ("Mois sans tabac"), 19.8% organize other addiction-related activities, and 13.6% develop addiction protocols. The promotion of addiction care via health projects/actions and addiction protocols are correlated with the structures' age and the fact of being an MSMA. 74% of respondents would find interesting to set up specific multi-professional concertation meeting for addictions. 58.1% would like to receive training in addictology, and 56% would be interested in setting up an MSMA in their structure. ***Conclusion***: A large majority of MSPs/CSs in Occitanie work on addiction care as a team, although the involvement of para-medical staff is uneven and not systematic. With the exception of the tobacco-free month followed by almost 40% of structures, few projects/actions related to addictions are implemented, these being mostly set up by structures with an MSMA. Nevertheless, given the interest shown by some fifty multi-professional structures in addiction care, and the link between the development of projects/protocols and the maturity of the structures, we can expect to see an evolution in addiction care and new multi-professional practices in the coming years in Occitanie.

Mots-Clés : Pluri-professionnalité, Addictions, Maisons de santé pluri-professionnelles, Centres de santé, Microstructure médicale d'addictions

Key Word: Multi-professional, Addictions, Community Health center, Medical microstructure for addiction

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France