

# THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Maud PAQUIEN**

Le 27 juin 2023

### ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE DU PROFIL DES PATIENTS INCLUS DANS LES MICROSTRUCTURES MEDICALES ADDICTION EN OCCITANIE

Directeur de thèse : Pr Julie DUPOUY  
Co-directeur de thèse : Dr Jean-Paul Boyes

#### JURY :

**Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

**Président**

**Madame le Professeur Julie DUPOUY**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Jean-Paul BOYES**

**Assesseur**

FACULTE DE SANTE

Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

Tableau des personnels HU de médecine

Mars 2022

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe  
 Professeur BOUTAULT Franck  
 Professeur CARON Philippe  
 Professeur CHAMONTIN Bernard  
 Professeur CHAP Huques  
 Professeur GRAND Alain  
 Professeur LAGARRIGUE Jacques  
 Professeur LAURENT Guy  
 Professeur LAZORTHES Yves  
 Professeur MAGNAVAL Jean-François  
 Professeur MARCHOU Bruno  
 Professeur PERRET Bertrand  
 Professeur RISCHMANN Pascal  
 Professeur RIVIERE Daniel  
 Professeur ROUGE Daniel

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

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

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

**P.U. Médecine générale**  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b> M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André  <b>Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène</b> Mme MALAUD Sandra
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jil	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
<b>P.U. Médecine générale</b> M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**MCU - PH**

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

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme FREYENS Anne  
Mme LATROUS Leila  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle

### Dédicaces au jury :

Au **Professeur Stéphane OUSTRIC**, merci d'avoir accepté de présider ma thèse, je n'aurais pu envisager un autre Président de jury que toi. A titre plus personnel, je te remercie d'avoir pris soin de ma grand-mère jusqu'à la fin, et de continuer chaque jour de prendre soin de mon grand-père et mes parents. Enfin, je te remercie de m'avoir motivée et soutenue depuis mon plus jeune âge vers la médecine et plus précisément cette belle spécialité qu'est la médecine générale.

Au **Professeur Julie DUPOUY**, tout d'abord merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse qui m'a sensibilisée à l'addictologie en médecine générale et m'a beaucoup appris à ce sujet. Je te remercie de m'avoir guidée et soutenue comme tu l'as fait tout au long de ces deux années et demie, de m'avoir remotivée quand j'en avais besoin et d'avoir pris sur ton temps pour m'aider à mener à bien ce projet de thèse. Je n'aurais jamais pu réaliser ce travail sans toi.

Au **Docteur Jean-Paul BOYES**, je te remercie d'avoir accepté de co-diriger mon travail de thèse et d'être présent aujourd'hui. Nous nous sommes finalement peu côtoyés mais il est important pour moi d'avoir ce lien avec le réseau 2PAO et je t'en suis reconnaissante.

### Dédicace à mes maîtres de stage :

A **Bertrand**, merci de m'avoir guidée lors de mon premier stage d'internat qui m'a sincèrement marquée, merci de m'avoir enseignée cette belle médecine basée sur la clinique, la relation médecin-patient et la passion pour ce métier, tu as été un réel mentor pour moi.

A **Maud et Philippe**, je vous remercie pour votre bienveillance, votre confiance, qui m'a permis de gagner l'assurance qui me fallait pour voler de mes propres ailes. J'ai beaucoup appris grâce à nos débriefs et vos enseignements, et espère continuer à partager de nombreux moments avec vous !

## Dédicaces aux proches :

### A ma famille :

A vous **Papa et Maman**, je ne vous remercierai jamais assez pour tout le soutien et l'amour sans faille que vous m'avez apportés pendant toute ma vie mais d'autant plus ces 11 dernières années, le courage et surtout la patience que vous avez eu et continuez d'avoir au quotidien pour m'aider dans ma vie d'adulte. Je suis fière d'être votre fille et continuerai à faire ce qui est en mon pouvoir pour vous rendre tout aussi fiers de moi. Je vous aime.

A **Marine**, ma grande sœur adorée, merci d'être toi, merci de me protéger, d'avoir toujours été là quand ça n'allait pas (même si on ne se comprend pas toujours haha), nos différences s'accordent pour en faire notre force. Je t'aime. A **Matthieu**, mon super beau-frère, merci non seulement pour tes ti punch mais surtout pour ta gentillesse et ta bienveillance, et de prendre soin de ma sœur au quotidien. Et merci à tous les 2 d'avoir donné naissance à mon adorable nièce **Thelma**, ce petit soleil qui est déjà la plus grande Queen de Paris.

A mon **Papy** que j'adore, merci pour tes gnocchis ! pour toutes les vacances à la mer et au moulin, tous ces moments partagés ensemble et avec Mamie sont gravés dans ma mémoire, je suis très heureuse que tu sois présent pour me voir devenir Docteur.

A ma **Mamie de Vienne**, merci pour toutes les vacances à Vienne mais surtout merci de m'avoir fait découvrir la Bretagne et ses merveilles, merci d'être à la tête de cette belle famille et de nous avoir tous réunis récemment pour tes 90ans, j'admire ta force et ta détermination, je t'embrasse fort.

A mon super parrain et **Tonton Thierry**, merci pour ta bonne humeur et ton humour, merci pour ta présence en ce moment si important pour moi, j'espère être pour Aubin une marraine aussi top que tu es mon parrain. Merci à ma **Tata Bribri** d'être présente aujourd'hui ça me touche beaucoup. A **Tata Monique**, et tous les cousins **Auré, Juju, Camille et Emeric**, merci d'avoir fait de moi la petite dernière chouchoutée et bien embêtée mais toujours avec amour 😊 !

To Cathy, Bob, Abby, Pam, Paul, Jack and Sarah : Thank you for everything youd did for me the past 14 years, I truely found a second family in you and never could have imagined the connection we would build together. I love you so very much and feel very blessed to have you in my life.

### A mes plus anciennes amies :

A **Juu'**, je ne pourrais jamais assez te remercier pour ces maintenant 18ans d'amitié, tous les rires, la joie, les conseils, le soutien que tu m'as apporté et continues de m'apporter aujourd'hui. J&M forever.

A **Emilie**, merci pour ta présence et ton amitié, pour tous ces moments partagés ensemble (vivement la prochaine expo Friends !), d'être toujours là pour moi, de m'avoir supporté toutes ces années, tu es un

pilier de ma vie. A **Laurie**, une seule Windels ne me suffisait pas, merci d'avoir été une super marraine de médecine et d'être une très bonne amie.

A **Soisoï**, mon coup de cœur du Lycée, merci pour ton amitié, ton soutien, tous les rires partagés, d'avoir initié ma culture musicale, tu rendais ma venue en cours toujours plus heureuse grâce au stop rue saint ursule pour te récupérer. Je t'aime. Reviens nous vite en France.

A **Sarah**, merci pour ta douceur, ta gentillesse et ta sagesse, nos petites entrevues me font toujours un bien fou, tu es mon exemple à suivre.

#### A la meute, en commençant par le Gucci Gang :

A **Soso**, tu resteras toujours ma coloc, ma sœur de cœur, merci pour ces bientôt dix ans de folies, de rires, de joie, de dramas (quasi exclusivement de ma part oups), de voyages, d'avis tranchés (et tranchants) et d'amour. A **Dianou**, souvent loin des yeux mais jamais loin du cœur, merci pour ces appels débriefs et vocaux interminables, pour tes folies, ton humour sans faille, tes techniques de dragues bien à toi, ta joie de vivre. A **Laulau**, qui l'eut cru dans ce bus direction le WEI qu'on serait destinées à une telle amitié ? Merci pour ton authenticité, les vacances à la mer, ta compagnie au ski, tes yeux aux ciels, tes refs de podcasts, ton célèbre twerk parfaitement maîtrisé... Hâte de venir te retrouver sur ton île. A **Cuicui**, merci pour ta présence toutes ces années, ta générosité, ta patience et tes conseils, j'admire ton côté inépuisable, toujours partante pour de nouvelles aventures, je suis très heureuse d'avancer dans la vie en te sachant à mes côtés. A **Alex**, frôler la mort sur un bateau pleins de cafards ça rapproche, merci surtout pour tous ces moments de rires, ta spontanéité, ta vitalité, ta cynophilie (et ailurophilie aussi j'avoue), ne change rien la vie est une régalaide en ta compagnie ! A **MK**, la plus fleurie et colorée d'entre nous, merci pour Belle île, pour le volley, pour les colliers de perle, et le féminisme ! A **Chachou**, tu es le rayon de soleil de la meute, merci pour ta folie, et tes conseils toujours de qualité. A **Caro**, heureusement que tu es là pour apporter un peu de sérénité parmi toutes ces grandes follasses, tous les moments passé avec toi sont précieux et de qualité.

A **Gilou** (Président), clairement mon binôme de l'Internat, merci pour ces beaux voyages partagés, pour ton aide précieuse dans ma vie d'adulte et de médecin (oui tu es un peu mon deuxième papa), pour toutes les soirées, pour toutes les villas, pour toutes les cohabitations, pour toutes les bières dégustées et la liste et encore longue. J'attends avec impatience le (fragi)carré plongeant. A **Berch**(ourson), ta maîtrise impeccable de la glisse, ta gentillesse, ta douceur aussi, ton bidou, ton bronzage que je jalouse, ton sens du rythme (tmtc Tahiti), merci pour tout ! A **Raph**, ça me démange mais promis je vais dire autre chose : merci pour ton fun, ton écoute, ta gestion de la trésorerie de Tarbes, ton amour pour la Belgique, surtout ne change rien (sauf peut-être cet attrait bizarre pour les pêches au thon). A **Guigui**, à ta passion pour les jeux de société, à ta gentillesse, ta capacité à faire passer les autres avant (ne t'oublie pas !), à notre susceptibilité mais surtout à nos progrès sur nous-mêmes, merci d'être là. A **Buuubs**, ton amitié compte beaucoup pour moi, même si à New York vous étiez toujours à 2 contre moi (lol)! A **Paulo**, merci d'être

la plus intéressante et drôle des Suisses. A **Rémi**, merci d'être l'humour. A **Henri**, merci d'être présent dans ma vie (enfin quand tu n'as pas un meilleur truc de prévu à Bordeaux). A **Thibolt**, merci pour le suspens que tu entretiens chaque fois jusqu'au bout quant à ta présence, finalement souvent effective grâce à ta détermination sans faille. A **Bene**, merci pour tes playlists !

#### Aux Carcassos :

Merci pour ce semestre d'été de folie, merci **Coco** pour ta spontanéité et tes rires inattendus et **Laeti** tes précieux conseils et ta bonne humeur, le BDC on adore ! Merci mes colocos d'amour : **Cabs** merci pour ta folie et ta patience avec moi, **Léo** pour ta douceur et ta gentillesse si apaisantes, **Abel** pour tes prévisions covidiennes et tes enseignements 😊, **Charlène** pour ta semoule et ton caractère si agréable et facile à vivre.. Et merci à **Léa** pour cette belle amitié qu'on a créée si facilement, à **Gwennou** pour tous ces moments de complicité, à **Gildas** pour ta maturité mais surtout ton fun, à **Arthur** pour cet équilibre parfait qu'on a trouvé, à **Mél** pour ta joie de vivre.

#### A mes gitans préférés :

A **Maëlle**, merci pour ton amitié sans faille et ta patience, tu as toujours su me rassurer ; à **Vavzou**, la meilleure des cointernes et une amie en or, j'apprends beaucoup de toi ; à **Laurou**, la plus douce et gentille mais surtout le best mov du dance floor. ; à **Riton** et cette complicité folle qui nous a si vite liés ; à **Lucas** à nos heures de discussions profondes et au jeu des dés; à **Julie** et à ta force, j'adore les moments qu'on passe ensemble, à **Lisa** la wonderwoman du groupe, à **Julo**, ton tempérament calme et ta culture surtout musicale qui régale, à **Aurore** et ta constance, sort vite de néphro tu nous manques !, à **Laurine** à ton bon goût et ton amour pour les bebs (un jour challah tu soigneras les miens) et last but not least à **Chloé** à ta joie de vivre et ta good vibes. Merci de tout ce que vous m'apportez, le Doerrish Pub c'est la vie.

A **Déborah**, merci pour les footings, les histoires love et surtout la folie que tu apportes à ma vie. A **Carelou**, j'attends toujours avec hâte notre prochain verre et les heures de débriefs qui l'accompagnent. A **Arthur**, j'ai toujours admiré ton intelligence, subtilement combinée à ta gentillesse et ton humour, team névrosés forever A **Charles** et **Délia**, merci pour votre chaleur et votre partage, la vie de châtelains Palois vous va à ravir. A **Nico**, merci pour l'aventure Péruvienne qu'on a vécue (et surtout merci pour l'eau).

Et enfin, à mon **Thomas**, tu es arrivé au bout de ce cursus mais je suis si heureuse de le clore en t'ayant à mes côtés, merci pour ton amour, ta douceur, ton humour, ton honnêteté, ton écoute, ta bonne humeur, ton tempérament calme qui m'apaise tant, ton sens de la fête, et tout ce qu'on partage. J'ai hâte de découvrir la suite avec toi. Je t'aime.

## **Abréviations :**

2PAO : Plateforme Professionnelle Addiction Occitanie

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ANPAA : Association de Prévention en Alcoologie Addictologie

ARE : Allocation d'Aide au Retour à l'Emploi

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques chez les Usagers de Drogues

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et l'Efficienc e des Soins

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

CNRMS : Coordination Nationale des Réseaux des MicroStructures

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ELSA : Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie

FIR : Fonds d'Intervention Régional

HCL : Hospices Civils de Lyon

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MDMA : 3,4-methylenedioxyamphétamine

MSMA : MicroStructures Médicales Addictions

MSO : Médicaments de Substitution aux Opiacés

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

PPS : Plan Personnalisé de Santé

RAMIP : Réseau Addictions Midi-Pyrénées

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaires

RECAP : Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge

RMS : Réseau des MicroStructures médicales

RSA : Revenu de Solidarité Active

SSR-A : Soins de Suite et Réadaptations – Addictologie

Table des matières :

<b>I-</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
	1) Le contexte.....	1
	2) La prise en charge des addictions en France.....	2
	3) La création des MSMA.....	5
	A) Les MSMA en France.....	5
	B) Les MSMA en Occitanie.....	7
	C) L'expérimentation article 51 Equip'Addict.....	9
	D) Etudes existants sur les microstructures.....	10
<b>II-</b>	<b>Matériel et Méthode.....</b>	<b>12</b>
	1) Description de l'étude.....	12
	2) Partenaires de l'étude.....	12
	3) Sources de données.....	13
	A- Recueil des données MAIA.....	13
	B- Questionnaire.....	15
	4) Réalisation de l'étude.....	16
	A- Critères d'inclusion des patients et modalités de recueil.....	16
	B- Méthode d'analyse.....	18
	C- Protection des données.....	18
<b>III-</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>19</b>
	1) Données du questionnaire.....	19
	2) Données MAIA : bilan des caractéristiques des patients inclus dans les MSMA en Occitanie.....	23
<b>IV-</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>31</b>
	1) Parcours de soin des patients .....	31
	2) Profil des patients.....	32
	3) Forces et faiblesses de l'étude.....	34
	<b>Conclusion.....</b>	<b>36</b>
	<b>Résumé.....</b>	<b>37</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>38</b>
	<b>Annexes.....</b>	<b>40</b>

# I- INTRODUCTION

## 1) Le contexte

**L'addiction** est une pathologie cérébrale qui repose sur la consommation répétée d'un produit (tabac, alcool, drogues) ou la pratique anormalement excessive d'un comportement (jeux, temps sur les réseaux sociaux) qui conduit à une perte de contrôle du niveau de la consommation ou de la pratique, une modification de l'équilibre émotionnel, des troubles d'ordre médical et des perturbations de la vie personnelle, professionnelle et sociale. [1]

Les drogues, substances psychoactives dont la consommation perturbe le système nerveux central en modifiant les états de conscience, représentent la majorité des addictions : outre le tabac et l'alcool, on retrouve toutes les substances détournées de leur usage (médicaments, poppers, colles, protoxyde d'azote) et les substances illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, ecstasy, 3,4-methylenedioxyamphétamine MDMA...).

L'addiction a de multiples impacts : sanitaire, médical, social et judiciaire. La consommation d'alcool à elle seule représente la 1<sup>ère</sup> cause d'hospitalisation en France et la 1<sup>ère</sup> cause évitable de mortalité avant 30ans, tandis que le tabac représente le 1<sup>er</sup> facteur de risque de cancer évitable. Selon les chiffres clés 2022 de l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (OFDT), en France en 2015, 75320 décès étaient attribués au tabagisme, 41 000 à l'alcool, 503 à l'usage abusif de médicaments et substances illicites et 141 à l'usage d'antalgiques opioïdes [2]. L'usage de drogues peut entraîner des maladies infectieuses en lien avec les voies d'administration des substances et des troubles induits par la substance elle-même, tels que des surdosages (notamment aux opioïdes, à l'origine de 373 décès dénombrés en 2015) ou des troubles du comportement. Par ailleurs, une proportion significative de consommateurs d'alcool ou de drogues illicites souffre de conditions sociales précaires et de marginalisation : en 2016, bien que 77% des usagers pris en charges dans les CSAPA disposaient d'un logement dit stable (soit équivalent au même logement pendant une durée de 6mois), seuls 34% percevaient des revenus du travail. Enfin, malgré une évolution positive, car en baisse depuis 2014, on dénombre toutefois en 2017 encore 199 000 mises en causes pour infraction à la législation sur les stupéfiants, que ce soit en termes d'usage ou de détention. Parmi les individus condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants cette année-

là, on recense 33 829 peines d'emprisonnement, 25 066 peines d'amende, et 8 533 peines de substitution et autres [3].

## 2) La prise en charge des addictions en France

Depuis plusieurs années, le système de prise en charge de l'addiction est articulé autour de trois secteurs : le secteur hospitalier, le secteur médico-social et la médecine de premier recours (médecins généralistes, au plus près de la population).

La **filière hospitalière addictologique** est organisée en 3 niveaux :

- Le niveau 1, structures de proximité : unités de sevrage simples, de consultations hospitalières en addictologie et d'Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA).
- Le niveau 2, correspondant au niveau 1 auquel s'ajoutent les soins résidentiels complexes et Soins de Suite et Réadaptations – Addictologie (SSR-A). Ces soins visent à prévenir et réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des personnes ayant une conduite addictive aux substances psychoactives ainsi que promouvoir de leur réadaptation. Le but est de consolider l'abstinence, prévenir la rechute et les risques liés à la consommation.
- Le niveau 3, structures assurant des missions d'enseignement et formation, de recherche et coordination régionale.

Pour rappel, les indications de la prise en charge hospitalières sont les suivantes : intoxication aigüe sévère, surdosage, sevrage justifiant une hospitalisation, soins complexes, pathologies somatiques associées, échec(s) antérieurs() de traitement entrepris dans des cadres moins intensifs résidentiels ou ambulatoires, comorbidités psychiatriques sévères et troubles cognitifs associés.

Le **secteur médico-social** a quant à lui été marqué par la création en 2006 des CAARUD, Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques chez les Usagers de Drogues, puis en 2008 des CSAPA, Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie [4].

Les **CAARUD** ont pour missions un accueil collectif et individuel, une délivrance d'information et de conseil personnalisé aux usagers, ainsi qu'un soutien dans l'accès aux soins et aux droits. De plus, ils participent à la médiation sociale visant une bonne intégration dans le quartier et la prévention des nuisances liées à l'usage de drogue, et au dispositif de veille et de prévention et formation sur l'évolution des pratiques des usagers. Ainsi ils visent à améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs.

Les **CSAPA** assurent une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire : médicale, psychologique, sociale et éducative, par le biais d'un accueil favorisé. Ils peuvent accueillir les usagers en ambulatoire ou bien proposer des services de soin résidentiel. Ils sont financés par l'Assurance Maladie et portés soit par des associations soit par des établissements publics de santé. Il existe également les CJC ou Consultations Jeunes Consommateurs, qui accueillent des jeunes consommateurs et leur entourage, principalement dans des CSAPA ou des centres hospitaliers (mais aussi possibles dans d'autres lieux tels que les maisons des adolescents). Ils abordent toutes les conduites addictives, avec le patient seul ou accompagné (voire avec les accompagnant seuls), et permettent une évaluation des consommations et des risques, pour ensuite proposer un accompagnement visant à réduire une consommation et/ou des pratiques, ou encore prévenir une consommation problématique.

Malheureusement, malgré l'aide apportée par ces dispositifs existants, les médecins généralistes se sentent souvent en difficulté pour prendre en charge cette patientèle. Le repérage précoce n'est pas systématique malgré une prévalence élevée de ces pathologies addictives en patientèle (près de 30% des patients) [5]. Le soin fait appel aux compétences spécifiques du médecin généraliste qui suit le patient au long cours, à une décision médicale partagée, et à une prise en charge globale bio-médico-sociale.

Cette prise en charge se retrouve limitée et même diminuée depuis quelques années à cause de **plusieurs freins** décrits par les médecins généralistes ; on note par exemple une diminution de la prescription de buprénorphine, expliquée notamment par un manque de formation à la prise en charge des troubles de l'usage de substance et un manque de pluriprofessionnalité, comme rapporté dans l'étude de Lépine et al. En 2022 [6].

Le premier frein rapporté consiste effectivement à un manque de formation et d'expérience, apportant le sentiment d'être démuni face à la prise en charge complexe du patient [7]. On constate néanmoins un changement avec un approfondissement de cette formation qui commence à se mettre en place au sein des étudiants en médecine générale [8].

La nécessité de proposer à ces patients une **prise en charge pluridisciplinaire**, notamment lors de la mise en place du suivi addictologique et de la primo-prescription de traitements substitutifs, peut réduire l'implication des médecins généralistes, notamment par un manque de relation avec les structures spécialisées [9].

La prise en charge de cette patientèle peut être vécue comme chronophage, et certains médecins peuvent ressentir un sentiment d'échec et de culpabilité lors des rechutes de consommation de leurs patients ou encore d'impuissance devant la complexité de ces prises en charge[10].

Enfin, il persiste des attitudes de stigmatisation envers ces patients, des a priori et représentations négatifs envers cette patientèle :

- par le corps médical, avec cependant une stigmatisation moins marquée de la part des jeunes médecins [11] ;
- mais surtout par la population générale et les patients eux-mêmes (auto-stigmatisation).

Cela peut en faire un sujet tabou pour les patients n'osant pas aborder le sujet avec leur médecin généraliste, retardant ainsi leur accès au soin.

En plus des limites d'accès au soin précédemment évoquées, on peut également souligner que la prise en charge en addictologie concerne une population majoritairement masculine. En effet, selon les données RECAP (Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge) 2019, 76% des patients pris en charge pour l'addiction alcoolo-tabagique, représentant elle-même 51% des patients inclus dans RECAP, sont de sexe masculin. La population féminine semblerait donc moins accéder aux soins addictologiques [12].

Afin de répondre à ces problématiques, le travail en pluriprofessionnalité au sein de la même structure de soins peut constituer une réponse à ces difficultés, en alliant les compétences variées mais complémentaires de différents professionnels, qu'ils travaillent dans le domaine médical, paramédical ou social.

### 3) La création des MSMA

#### A. Les MSMA en France

Afin de mieux faire face à cette problématique actuelle des addictions en France, le gouvernement a mis en place le **Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022** [13], qui s'organise autour de 6 grandes missions : protéger dès le plus jeune âge, mieux répondre aux conséquences des addictions pour les citoyens et la société, améliorer l'efficacité de la lutte contre le trafic, renforcer les connaissances et favoriser leur diffusion, renforcer la coopération internationale, et mettre en place les conditions de l'efficacité de l'action publique sur l'ensemble du territoire.

Nous nous focalisons ici sur l'objectif de **construction d'un parcours de santé** à partir d'un premier recours consolidé et d'une offre de soins spécialisée mieux structurée. Cet objectif passe par une étape de consolidation et promotion du travail en équipe pluridisciplinaire, et ainsi le développement et la mise en avant des **microstructures médicales addictions MSMA**.

Mise en place en 1999 à Strasbourg, la 1<sup>ère</sup> microstructure s'est vue enrichie en 2006 par la création progressive de nouvelles microstructures et nouveaux réseaux en Bouches du Rhône, Vosges, Moselle, Meurthe et Moselle et Lorraine, puis par l'extension actuelle de ces microstructures, désormais implantées dans 6 régions : le Grand Est, la Bourgogne-Franche-Comté, les Hauts de France, l'Ile de France, l'Occitanie et Provence Alpes Côte d'Azur, bientôt rejointe par la Nouvelle Aquitaine et la région Rhône Alpes.

Pour certaines de ces régions, un mode de financement d'une équipe de soin primaire en exercice coordonné est en cours d'expérimentation sous le format **expérimentation article 51, nommée « Equip'Addict »**, réalisée sur 3 à 5ans. Ce mode de financement repose sur un forfait annuel par patient pour venir assoir le financement en équipe coordonné. Les objectifs principaux d'Equip'Addict sont donc de définir un nouveau modèle économique unique, mais aussi d'harmoniser les pratiques en MSMA.

Les MSMA visent à améliorer le maillage territorial des prises en charge et l'accès à des soins de proximité pour les usagers, ainsi que développer une offre de soin pluridisciplinaire

de l'addiction de proximité en soins primaires, en faciliter l'accès (notamment avec une porte d'entrée médicale au sein de la patientèle du médecin généraliste), améliorer la cohérence et la coordination de la prise en charge en articulant les différents secteurs, dépister et traiter les comorbidités, et améliorer l'appréhension des patients vis-à-vis de leurs problèmes d'addiction(s). Organisées en réseaux (tels que RMS (Réseau des MicroStructures médicales) Alsace et réseau Cannebière à Marseille), supervisés par la Coordination Nationale des Réseaux des MicroStructures (CNRMS), créée en 2006, les MSMA travaillent donc en partenariat avec l'hôpital et le secteur médico-social.

Les MSMA sont constituées d'une **équipe de soins primaires pluridisciplinaire**, contenant à minima un médecin généraliste, un psychologue et un travailleur social, au sein de la structure où exerce le généraliste, qui peut être un cabinet individuel, une maison ou un centre de santé.

Ainsi, le **médecin généraliste** est chargé du suivi médical, décide de l'inclusion des patients avec leur consentement, évalue la dépendance, réalise un examen clinique, un diagnostic, un dépistage des facteurs de risques et des complications liées à l'addiction, et gère la tenue du dossier patient.

Le **travailleur social**, nécessairement salarié d'une structure sociale (CSAPA ou à défaut CAARUD), gère l'ouverture et l'actualisation des droits au soin (en facilitant ainsi son accès), le maintien dans le logement et la recherche ou maintien dans l'emploi.

Le **psychologue**, qui peut être salarié du CSAPA ou libéral exerçant au préalable dans la structure du généraliste (sous réserve d'une formation spécifique aux addictions) a une fonction thérapeutique dans le suivi au long cours du patient voire de son entourage.

Tous trois participent à des réunions de synthèse organisées de façon régulière, afin d'analyser et proposer un suivi individualisé.

D'autres professionnels de santé peuvent être intégrés à la prise en charge, tels que des pharmaciens d'officine, des psychiatres, d'autres médecins spécialistes (gynécologues, obstétriciens, hépato-gastro-entérologues, tabacologues, infectiologues), maïeuticiens ou diététiciens.

## B. Les MSMA en Occitanie

La mise en place des MSMA en Occitanie diffère légèrement de celle au niveau national. Il existe en Occitanie des contrastes interterritoriaux significatifs en termes de caractéristiques socio-économiques des populations, caractéristiques physiques et caractéristiques économiques de ses treize départements et ainsi en termes de répartition de l'offre de soin.

**L'organisation des soins** dans la région est conditionnée par trois facteurs structurels principaux :

- la répartition de la population selon les contraintes géographiques,
- la dynamique géographique,
- et l'offre de soins disponible.

Elle est malheureusement **inégalement répartie** sur le territoire, entraînant d'importants écarts en termes d'accessibilité géographique et d'offre de soin disponible. A noter que l'Occitanie figure parmi les quatre régions françaises les plus concernées par les problématiques de conduites addictives.

Du fait de son extension territoriale et son importante diversité, l'Occitanie a donc dû mettre en place la création de 30 microstructures pour répondre à la demande territoriale. L'offre de soins précédant la mise en place des MSMA était représentée par 39 structures spécialisées dans la prise en charge des addictions (CSAPA), mais qui n'avaient pas une répartition optimale pour assurer une réponse adaptée et une prise en charge de proximité, continue et sans rupture pour la population concernée.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) a donc, par le biais de la création des MSMA, l'ambition pour l'Occitanie d'impliquer et de mobiliser les acteurs de soins primaires dans le cadre d'un exercice coordonné de soins, d'apporter une réponse de proximité aux besoins identifiés, et d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la prise en charge des personnes confrontées aux conduites addictives et consommations à risque au plus près du médecin traitant. Il est actuellement prévu de développer au moins une microstructure par département.

Le **réseau 2PAO** (Plateforme Professionnelle Addiction Occitanie), ancien RAMIP (Réseau Addictions Midi-Pyrénées), n'a pas été sollicité sur le projet immédiatement. En effet en 2017, lors de la constitution des 4 premières microstructures, le projet était financé via le FIR (Fonds d'Intervention Régional) et non dans le cadre de l'article 51. L'Occitanie a finalement été vraiment incluse dans le projet de pilotage en fin d'année 2018, moment où l'ARS a demandé à 2PAO d'être animateur du projet.

A partir de 2019, la mise en place de 30 MSMA a été demandée sur l'Occitanie sur les 3 ans du projet régi par l'article 51 : 20 MSMA en 2020 (dont les 4 mises en place en 2017) et 10 en 2021.

Le recrutement sur le territoire s'est fait en allant démarcher des maisons de santé ou cabinets de généralistes mais également via des demandes de maisons de santé elles-mêmes, comme celle de de la MSPU de Pins-Justaret par exemple avec le Pr Julie Dupouy, le Pr Pierre Boyer, le Dr Caroline Landon, le Dr Anaïs Gervais et le Dr Bastien Ortala.

Le suivi de la mise en œuvre des MSMA dans la région, la veille à leur bon fonctionnement, le recrutement des médecins généralistes et le repérage des structures mettant à disposition un travailleur social et/ou un psychologue sont assurés par le **comité de pilotage régional**, qui se réunit 2 fois par an. Il est constitué par l'Association Addiction France (anciennement Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) Occitanie, les représentants régionaux de la fédération addictions, les réseaux addictions régionaux tels le 2PAO, les représentants des microstructures impliquées, ainsi que la coordination nationale des MSMA. Le pilotage régional du projet expérimental est assumé par l'ARS.

2PAO a une mission d'**animation régionale**, en :

- Réalisant une étude prospective pour proposer les MSMA pouvant intégrer l'expérimentation.
- Assurant un appui à la mise en place, montée en charge, fonctionnement des MSMA et au développement de leur partenariats avec les structures médico-sociales et hospitalières du territoire. Il met à disposition les travailleurs sociaux et psychologues.
- Assurant un suivi régulier et un rôle de soutien au MSMA en identifiant les risques, alertant à bon escient et proposant des solutions.
- Participant à la programmation des sessions de formation des professionnels des MSMA organisées par l'ANPAA Occitanie et la CNRMS.
- S'assurant avec l'ARS de la cohérence du dispositif régional en lien avec les acteurs régionaux et nationaux et les orientations nationales en matière de lutte contre les addictions.

Une **coordination** à plusieurs niveaux est nécessaire pour assurer un fonctionnement homogène des MSMA et harmoniser les pratiques, avec également l'accès au médecin généraliste à un avis expert dans le domaine de l'addictologie.

La **coordination médicale** est effectuée par des médecins coordinateurs, avec pour missions :

- La facilitation des parcours de soin et recherche d'expertise,
- L'harmonisation des pratiques par la formation des professionnels impliqués,
- La centralisation des données (fins de recherche ou veille sanitaire) via le biais de fiches sanitaires.

Elle intervient en appui de l'équipe de la microstructure. Elle fournit, à la demande du médecin généraliste, un avis spécialisé sur des situations particulières et aide à l'orientation du patient, veille aux bonnes pratiques et réalise des visites adaptées à la demande des professionnels.

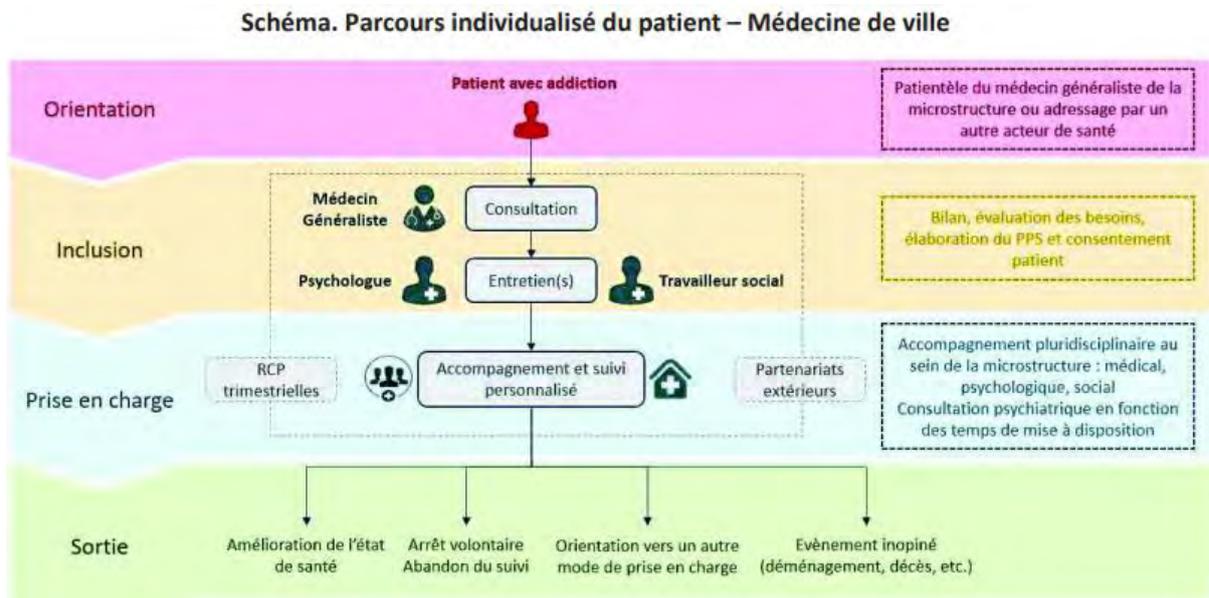
La coordination administrative gère notamment le suivi comptable et financier (forfait patient), la facturation, le logiciel MAIA, la programmation des interventions par les psychologues et travailleurs sociaux et celle des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et autres réunions. Elle est gouvernée au niveau national par la CNRMS.

### C. L'expérimentation article 51 Equip'addict

Une des **limites** de la mise en place de ces MSMA repose sur la difficulté à bénéficier d'un financement pérenne, ce qui a induit la mise en place sur trois ans d'une expérimentation article 51, nommée **Equip'addict** [14], dans 5 régions (Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, Hauts-de-France, Ile-de-France et Occitanie), envisageant à terme l'inclusion de 95 structures. Cette expérimentation vise à mettre en place une modalité de financement homogène via la mise en œuvre d'un **forfait annuel** (de 528 euros) par patient suivi.

**L'inclusion** concerne tout patient qui présente une ou plusieurs addictions complexes objectivées, adhérant (lui ou son représentant légal) à la prise en charge. Les patients peuvent être repérés au sein de la patientèle du médecin généraliste de la MSMA, ou par un autre acteur du système de santé qui l'adresse à la MSMA. Une fois repéré, le patient se voit vérifier son éligibilité et une première évaluation de ses besoins en termes de suivi psychologique et aide sociale est réalisée. In fine, l'inclusion est décidée de façon collégiale par les 3 acteurs de la MSMA, et peut être renouvelée annuellement. La situation est ensuite analysée lors de la

première réunion de synthèse, dénommée RCP, pendant laquelle le PPS Plan Personnalisé de Santé est validé. Par la suite des RCP sont organisées au moins une fois par trimestre, réunions auxquelles le patient peut participer [14].



#### D. Etudes existant sur les microstructures

Plusieurs études sur les MSMA ont déjà été menées, avec notamment une démonstration de l'efficacité et du bénéfice des MSMA par rapport aux cabinets de médecine générale sans microstructure :

- Un rapport rédigé par Guy Hedelin sur l'évolution à 24 mois des scores du questionnaire ASI sur les microstructures médicales conclut à un intérêt supérieur des MSMA, qui constituent une bonne alternative aux centres spécialisés, et à une aisance majorée des praticiens dans le suivi des patients [15].
- Une démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues menée par Riou Françoise L, Velpry L, Benamouzig D et Launois R évaluée à 80% la supériorité de l'efficacité du suivi en MSMA par rapport à un suivi en cabinet de médecin généraliste, avec un coût par usager inférieur [16].

- Le rapport demandé par la MILDECA sur l'évaluation-action des microstructures et du processus de création de microstructures à Pierrefitte-sur-seine, mené en mai 2018 par François-Olivier Mordohay, souligne les attraits des microstructures mais aussi leurs limites : coûts élevés de prise en charge de par la dispersion territoriale [17].

Ces différentes études démontrent en effet que les MSMA permettent notamment de **palier aux difficultés rapportées** par les médecins généralistes :

- celles liées aux aspects socio-psychologiques et relationnels grâce à l'implication du travailleur social et du psychologue, améliorant également l'encadrement de la primo prescription de Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO),
- celles liées au sentiment d'isolement professionnel, grâce au fonctionnement en réseau des MSMA,
- celles liées à la répartition territoriale inégale des structures de prise en charge des addictions, en densifiant le maillage territorial et facilitant ainsi l'accès au soin des usagers.

Dans notre étude, nous allons nous focaliser plus particulièrement sur l'accès au soin des usagers, en étudiant le profil des patients inclus dans le dispositif et notamment leur parcours médical avant cette inclusion.

Nous souhaitons, par le biais de cette étude, déterminer si le dispositif des MSMA touche une population différente de celle consultant habituellement en CSAPA, n'ayant pas déjà consulté dans le cadre de leur pathologie addictologique, que ce soit leur médecin généraliste, un médecin spécialiste ou un autre professionnel de santé, ouvrant alors un accès nouveau dans le parcours de soin. Dans ce contexte, nous souhaitons notamment décrire l'intérêt des MSMA pour le suivi addictologique féminin.

**L'objectif principal** de notre étude reposait sur la description du parcours de soin des patients inclus dans les MSMA en Occitanie entre 2020 et 2022, toujours inscrits dans le dispositif en 2022.

En **objectif secondaire** nous souhaitons décrire le profil de ces patients en termes de pathologie médicale et addictive associées, puis comparer ce profil à celui des patients pris en charge dans les CSAPA en France pour les mêmes années.

## II- MATERIEL ET METHODE

### 1) Description de l'étude

A des fins d'évaluation de l'expérimentation Equip'addict, une base de données (MAIA) a été créée, recueillant notamment des informations médicales sur les patients pris en charge par ces MSMA. Cette évaluation est conduite par les Hospices Civils de Lyon (HCL).

Nous proposons ici une **étude épidémiologique descriptive observationnelle transversale** concernant le profil et parcours des patients inclus dans des MSMA en Occitanie. Pour cela nous avons utilisé deux outils :

- la base de données MAIA déjà en place, dont l'autorisation d'accès est accordée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), qui encadre les évaluations d'expérimentations Article 51,
- et un auto-questionnaire papier spécifique sur le mode d'entrée dans les MSMA.

Les données extraites de MAIA ont été mises à disposition de façon pseudonymisées via un portail sécurisé de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Le **critère de jugement principal** correspondait donc à la proportion de patients ayant recours aux MSMA en 1<sup>er</sup> accès au soin pluriprofessionnel addictologique, soit le nombre de patient n'ayant pas encore eu de suivi addictologique spécifique, n'ayant pas été en CSAPA ni hospitalisé, sur le nombre de patients dans les MSMA à la même période.

### 2) Partenaires de l'étude

Dans un premier temps, nous avons contacté le réseau 2PAO, plus précisément Mme Francine Quesada, chargée de mission Occitanie Ouest, et le Dr Jean Paul Boyes, mon codirecteur de thèse, médecin addictologue travaillant à l'ANPAA, afin de leur faire part de mon projet de thèse et voir comment ils pouvaient y contribuer.

Nous avons sollicité Mme Danièle Bader, présidente de la coordination nationale et Mme Adélaïde Pladys, chargée de recherche à la CNRMS, pour préciser le rôle de la CNRMS dans Equip'addict et les microstructures. La CNRMS nous a fourni le cahier de recueil des

données MAIA. Nous avons également discuté avec Mme Asma Fares, référente de l'évaluation de l'expérimentation Article 51 menée pour les comptes de la CNAM et de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), qui nous a remis le protocole d'évaluation des expérimentations A51 sur les microstructures après sa validation.

Enfin, nous avons contacté M. Christophe Palle, référent pour l'OFDT dans les questions relatives à l'alcool, et constituant des données de suivi relatives aux prises en charge médico-sociales en CSAPA et CAARUD, qui m'a fourni l'accès au RECAP, me permettant de recueillir les données CSAPA nécessaires à la réalisation de mon objectif secondaire (comparaison des profils MSMA aux profils CSAPA).

Nous avons également sollicité Mme Laurence Gomez, chargée de projet-pilotage des politiques de santé chez ARS Occitanie, référente coordination CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et l'Efficiency des Soins).

Pour la réalisation des statistiques de notre étude nous avons fait appel à la cheffe de projet du DUMG Mme Aurore Palmaro.

### **3) Sources de données**

Comme susmentionné, pour réaliser notre étude, nous avons dans un premier temps pris en compte les données recueillies dans la base MAIA, puis créé un questionnaire nous permettant de compléter ces données afin d'obtenir les informations nécessaires à la description de la population incluse dans les MSMA, notamment en termes de parcours de soin.

#### **A- Recueil des données MAIA**

Chaque MSMA fait un rapport d'activité qui est ensuite transmis à 2PAO. La description initiale des patients a été finalisée au premier semestre 2022, avec une extraction possible de ces données fin 2022, que Madame Quesada nous a fait parvenir lors du premier trimestre 2023.

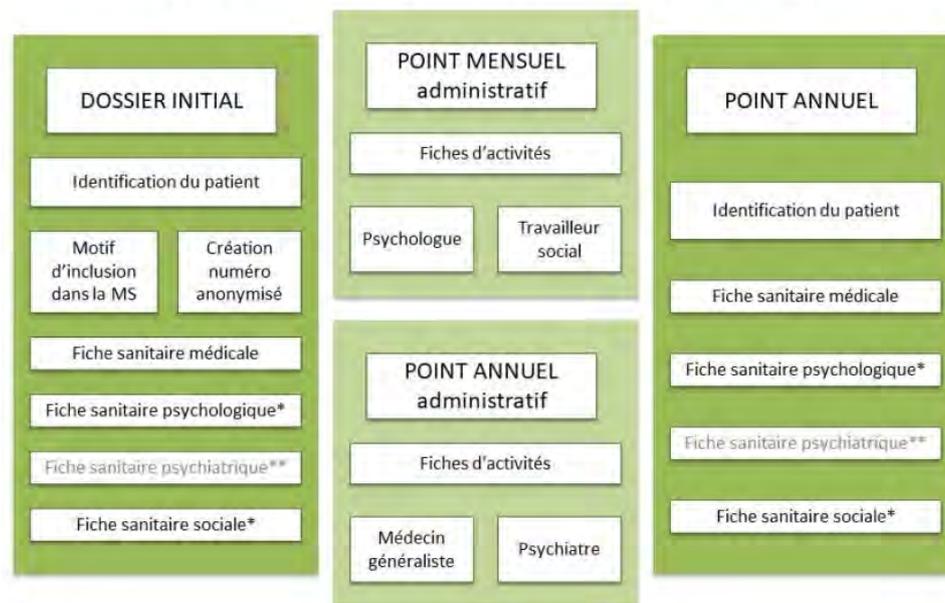
Les données ont été recueillies par les acteurs des MSMA et inscrites dans le logiciel de recueil de données MAIA, spécifiquement créé par la CNRMS à visée d'évaluation des

pratiques. Ces données sont recueillies et remplies spécifiquement dans le logiciel par les différents professionnels selon quatre onglets :

- L'onglet médecin généraliste, concernant les informations sanitaires médicales,
- L'onglet psychologue pour les données psychologiques,
- L'onglet psychiatre pour les données et pathologies psychiatriques,
- L'onglet travailleur social pour les informations sociales.

Les premières informations ont été renseignées lors de l'inclusion du patient dans le logiciel, à l'occasion de laquelle a été créé un numéro patient pseudonymisé. Par la suite, le recueil d'information s'effectue annuellement, à l'exception du nombre de rendez-vous avec les travailleurs sociaux et psychologues et le nombre de démarches administratives entreprises, qui doivent être renseignées mensuellement.

**Figure 1. Schéma de l'organisation du recueil d'informations**



\*fiches sanitaires psychologique et sociale à renseigner lorsque le patient consulte un psychologue et/ou un travailleur social

\*\*fiche sanitaire psychiatrique à renseigner dans le cas où le patient est suivi en microstructure par un psychiatre

## B- Le questionnaire

Il était composé de 11 questions et était destiné aux patients suivis en MSMA. La première question renseignait la catégorie socioprofessionnelle du patient selon la Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques l'INSEE. Les questions suivantes concernaient le trouble addictif du patient à proprement parler et notamment comment la prise en charge addictologique s'inscrivait dans le parcours de soin de chaque patient.

Le questionnaire comprenait 4 questions à choix multiples, 4 questions fermées, et 2 questions ouvertes.

En fin de questionnaire, la question 10, intitulée « commentaires ou remarques » permettait aux patients de s'exprimer et éventuellement compléter leurs réponses.

Une 11<sup>ème</sup> question avait été ajoutée, correspondant au numéro d'anonymat sur MAIA à remplir par le médecin, le psychologue ou le travailleur social de la MSMA. Il fallait maximum 15 minutes à un patient pour répondre au questionnaire.

Le remplissage du questionnaire équivalait à consentement. La non-opposition orale au remplissage du questionnaire a été recherchée et tracée dans le dossier médical.

### **Modalités de remplissage du questionnaire :**

Le remplissage du questionnaire a été réalisé sur la base du volontariat, de manière anonyme. Il a été distribué dans les MSMA acceptant de participer à notre étude, sous format papier, selon plusieurs modalités possibles.

Soit le questionnaire était distribué dans la salle d'attente, avant la consultation avec le médecin (ou le rendez-vous avec le travailleur social), auquel cas le patient pouvait le pré-remplir seul puis le compléter au moment de la consultation avec un intervenant de la microstructure.

Soit le questionnaire était remis au patient pendant la consultation ou le rendez-vous, et rempli avec l'aide d'un intervenant de la microstructure.

Ils étaient ensuite récupérés par un intervenant de la MSMA, qui le complétait en remplissant le numéro d'anonymat MAIA.

Une MSMA a préféré procéder différemment et envoyer les questionnaires aux patients du dispositif par courriel, estimant ce moyen plus efficace pour diffuser le questionnaire à des patients ne se présentant que peu fréquemment à la MSMA.

Les questionnaires complétés ont ensuite été centralisés par le chargé d'enquête, soit envoyés par mail, soit envoyés par courrier postal, soit remis en mains propres. Le questionnaire est fourni en Annexe de ce document.

#### **4) Réalisation de l'étude**

##### **A- Critères d'inclusion des patients et modalités de recueil**

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients inclus dans le dispositif de MSMA entre le 01/01/2020 et le 31/12/2022 (soit les 3 premières années vraies de début d'activité) et acceptant de remplir le questionnaire, sur la période du deuxième semestre 2022 et jusqu'au 15 janvier 2023, dans les MSMA d'Occitanie volontaires.

Nous avons donc reçu des questionnaires de la part des MSMA suivantes : Pins-Justaret, Labastide Sérrou, Saint Laurent de Neste, Rieu Volvestre, Leuc, Nailloux, Valence d'Agen et St Just.

Les **critères d'inclusions** regroupaient donc tout patient d'au moins 18 ans, présentant un usage de substance ou un comportement addictif complexe, au sein de la population du dispositif des MSMA. Les femmes enceintes pouvaient être incluses.

Les **critères de non-inclusion** regroupaient les patients sous tutelle ou curatelle, les patients n'ayant pas de droits ouverts à l'Assurance Maladie et les patients ayant une compréhension du français insuffisante pour répondre au questionnaire malgré l'aide d'un professionnel de santé.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion secondaire.

Les **modalités de recrutement** des personnes interrogées reposaient sur la base du volontariat, avec proposition du questionnaire à tous les patients répondants aux critères d'inclusion avant ou pendant une de leur consultation au sein de la MSMA.

Les **modalités d'information et de traçabilité de la non- opposition** étaient les suivants : notice d'information donnée au patient, remplissage du questionnaire valant non-opposition et traçage de l'accord oral du patient dans le dossier médical.

Concernant **l'inclusion d'un patient dans le dispositif des MSMA**, il se fait sur proposition du médecin uniquement, après information du patient et recueil d'un consentement éclairé écrit dans le cadre de l'évaluation du dispositif pour le recueil de leurs données à des fins de recherche, sur le cahier de recueil spécifique MAIA conçu par la CNRMS.

Les principales étapes de l'inclusion d'un patient dans l'évaluation MAIA sont les suivantes :

- Renseignement des informations sur les caractéristiques sociodémographiques (Nom, Prénom, Date de naissance, code postal du lieu de résidence) et du motif d'entrée dans la MSMA : addiction, précarité.
- Génération par le logiciel d'un numéro identifiant pseudonymisé, après laquelle suit immédiatement la suppression des informations personnelles du patient.
- Création d'une fiche d'adhésion à la MSMA : fiche addiction ou fiche précarité en fonction du motif d'entrée, fiche validée par le coordinateur médical, qui rend le patient acteur de sa prise en charge.

Au fil du suivi, le professionnel a accès aux MSMA dans lesquelles il intervient, et renseigne pour chaque patient une fiche sanitaire (de manière annuelle) et une fiche activité médicale.

**La fiche d'activité médicale** renseigne le nombre de rendez-vous (toute cause de consultation confondue) par an, tandis que la **fiche sanitaire** (remplie à l'inclusion puis annuellement) renseigne sur les onglets suivants : origine du suivi, couverture sociale, conduites addictives actuelles, traitement de substitution ou sevrage, autres traitements prescrits, situation sociale, dépistage, troubles psychiatriques et hospitalisations, santé, résultats des tests.

Les informations renseignées à l'inclusion doivent être modifiées lors du point annuel dans le cas où des changements de situations auraient été observés.

Tout patient inclus peut sortir du dispositif à la suite d'une demande formulée à son généraliste ou à la suite d'un absentéisme de 12 mois, sous un des motifs suivants : volonté du patient, amélioration de l'état du patient, déménagement, patient perdu de vue, décès, absence de consultation avec un professionnel du réseau depuis plus d'un an, exclusion ou orientation vers un CSAPA, un CMP, la médecine de ville ou une autre structure.

La CNRMS a pour fonction, dans le cadre d'Equip'addict, de proposer un recueil de l'ensemble des données référées à cette expérimentation, dans le but de les transmettre à l'équipe de santé publique du CHU de Lyon, en charge de l'évaluation de cette expérimentation.

#### B- Méthode d'analyse :

L'analyse statistique des données reposait sur une analyse descriptive des variables catégorielles en effectif et pourcentage, et des variables continues ou discrètes en termes de moyennes assorties de leur écart-type, ou de médianes, assorties de leurs premier et troisième quartile (ou moyenne écart-type si variable normale) selon leur distribution.

Les données du questionnaire papier étaient saisies sur Epidata Entry°. La base de données du questionnaire et de MAIA ont été analysées via SAS 9.2.

#### C- Protection des données

Les données MAIA ont été fournies par la CNRMS à l'échelon de l'Occitanie, de manière cryptée. Comme susmentionné, l'identification des patients a été pseudonymisée (nombre attribué aléatoirement et utilisant les initiales du prénom et du nom) dans cette base. Le questionnaire a repris le même code de pseudonymisation pour permettre un appariement des données.

Les bases de données du questionnaire et de MAIA ont été chargées sur un serveur sécurisé (serveur de pharmacologie du CHU de Toulouse) accessible seulement nominativement à partir du compte universitaire du Pr Julie Dupouy. Une version de sauvegarde sera conservée sur un disque dur externe crypté, qui servira de dispositif de sécurité et protection des données.

Notre étude a reçu un avis favorable du DPO du DUMG de Toulouse et a été inscrite dans le tableau d'enregistrement recherche et thèse, déclaration conformité CNIL du DUMG à la date du 02/02/2022 sous le numéro 2021PM52. Un avis favorable du Comité de Protection des Personnes CPP Sud Méditerranée I, portant le numéro SI 22.01200.000127 nous a été accordé le 4 mai 2022, dans le cadre de la loi Jardé catégorie 3 questionnaire hors produits de santé.

### III- RESULTATS

#### 1) Données du questionnaire

Au total, 41 patients ont rempli le questionnaire. Les principales données sont représentées dans le **tableau 1**. Parmi les 41 patients, 38 ont été orientés vers les MSMA par leur médecin traitant. On retrouve 35 patients qui avaient déjà discuté de leur addiction avec un professionnel de santé, 20 patients avaient déjà eu de suivi spécifique au long cours (au moins 3 mois) et 5 s'étaient déjà rendus dans un CSAPA. On compte 11 patients ayant déjà été hospitalisé pour leur addiction.

Tous les patients ayant répondu à la question de satisfaction (soit 40 patients) avaient déclaré être satisfaits de la prise en charge en MSMA.

Concernant le profil social et médical des patients : 27 avaient une activité professionnelle, dont 14 étaient employés. Quatorze patients n'avaient pas précisé le type d'addiction dont ils souffraient. L'addiction au moins à l'alcool concernait 19 patients tandis que 6 patients avaient au moins une addiction au tabac. Vingt patients présentaient une addiction seule et 7 patients une addiction combinée. Les durées d'addiction étaient variables.

Selon les recoupements avec la base de données Maia, sur les 41 patients, 18 étaient des femmes, 18 étaient des hommes (5 données sont manquantes). Sur ces 18 patients, l'âge moyen étaient de 46,2 ans avec une médiane à 45,5ans.

Tableau 1 : Données du questionnaire

<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>	<b>N (%) Total N=41</b>
Employés	14 (36,8%)
Ouvriers	4 (10.5%)
Agriculteurs exploitants	2 (5.3%)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2 (5.3%)
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 (5.3%)
Professions intermédiaires	1 (2.6%)
Etudiant	1 (2.6%)
Retraités	2 (5.3%)
Pas d'activité professionnelle :	10 (26,4%)
- Inaptitude	2 (5.3%)
- Chômage	2 (5.3%)
- Arrêt longue maladie	1 (2,6%)
- Non précisé	5 (13,2%)
<b>Orientation vers les MSMA,</b>	<b>n (%)</b>
par médecin traitant	38 (92.7%)
par médecin traitant et ami	1 (2.4%)
psychiatre	1 (2.4%)
autre: proximité	1 (2.4%)
<b>ATCD de discussion de l'addiction avec un professionnel de santé</b>	<b>n (%)</b>
Addictologue	1 (2.6%)
Infirmier	1 (2.6%)
Médecin généraliste	22 (57.9%)
Médecin généraliste Infirmier	1 (2.6%)
Médecin généraliste Infirmier Psychiatre Neurologue	1 (2.6%)
Médecin généraliste Kinésiologue	1 (2.6%)
Médecin généraliste Psychiatre	2 (5.3%)
Non	3 (7.9%)
Pharmacien	2 (5.3%)
Psychiatre	2 (5.3%)

Psychologue	2 (5,3%)
Manquant	3
<b>ATCD de discussion de l'addiction par au moins un</b>	
	<b>n (%)</b>
Addictologue	1 (2,4%)
Infirmier	3 (7,3%)
Médecin généraliste	27 (65,9%)
Neurologue	1 (2,4%)
Pharmacien	2 (4,9%)
Psychiatre	5 (12,2%)
Psychologue	2 (4,9%)
<b>ATCD de suivi spécifique (plus de 3 mois) par un professionnel de santé à propos de l'addiction,</b>	
	<b>n (%)</b>
Addictologue	4 (10,3%)
Infirmier	1 (2,6%)
Médecin traitant	2 (5,1%)
Médecin traitant Psychiatre	2 (5,1%)
Non	19 (48,7%)
Psychiatre	3 (7,7%)
Psychologue	4 (10,3%)
Psychologue Kinésiologue	1 (2,6%)
Psychologue Psychiatre	1 (2,6%)
Psychologue Psychiatre Addictologue	1 (2,6%)
Psychologue Psychiatre Addictologue Médecin traitant	1 (2,6%)
Manquant	2
<b>ATCD de suivi spécifique (plus de 3 mois) de l'addiction par au moins :</b>	
	<b>n (%)</b>
Addictologue	6 (14,6%)
Infirmier	1 (2,4%)
Médecin généraliste	5 (12,2%)
Psychiatre	8 (19,5%)
Psychologue	8 (19,5%)

<b>ATCD de prise en charge en CSAPA,</b>	<b>n (%)</b>
Non	36 (87.8%)
Oui	5 (12.2%)
<b>ATCD d'hospitalisation pour addiction,</b>	<b>n (%)</b>
Non	30 (73.1%)
Oui, dont :	11 (26,7%)
- En 2021	4 (9.8%)
- En 2022	2 (4,9)
- En 2021 et 2022	1 (2,4%)
<b>Type d'addiction,</b>	<b>n (%)</b>
Cannabis Tabac	1 (3.6%)
Héroïne Cocaïne	1 (3.6%)
NR	1 (3.6%)
OH	15 (53.6%)
OH Cannabis Tabac	1 (3.6%)
OH Tabac	3 (10.7%)
Opioïdes	1 (3.6%)
Sucre	1 (3.6%)
TCA	1 (3.6%)
Tabac THC	1 (3.6%)
opioïdes (codéine)	1 (3.6%)
opioïdes (oxynormoro)	1 (3.6%)
Manquant	13
<b>Au moins une addiction à</b>	<b>n (%)</b>
Alcool	19 (46,3%)
Cannabis	2 (4,9%)
Cocaïne	1 (2,4%)
Héroïne	1 (2,4%)
Opioïdes	3 (7,3%)
Tabac	6 (14,6%)

TCA	2 (4,9%)
THC	1 (2,4%)
<b>Durée d'addiction (classes)</b>	n (%)
1 : < 5ans	9 (25,7%)
2 : 5 à 10 ans	10 (28,6%)
3 : 10 à 15 ans	4 ( 11,4%)
4 :> = à 15 ans	12 (34,3%)
Manquant	6
<b>Le médecin consulté dans le cadre de la MSMA est le médecin traitant</b>	n (%)
Oui	21 (51,2%)
Non	2 (4,9%)
<b>Satisfaction de la prise en charge en MSMA</b>	n (%)
Oui	40 (100%)
Manquant	1

## 2) Données MAIA : bilan des caractéristiques des patients inclus dans les MSMA en Occitanie

La base de données Maia comptait, après élimination des doublons, 1355 patients pour 2022, l'année sur laquelle nous avons décidé de nous focaliser puisqu'elle correspond à celle du remplissage et recueil de notre questionnaire.

Le **tableau 2** nous permet de faire un état des lieux de ces 1355 patients, avec **625 femmes contre 728 hommes**, d'âge moyen de 46,7ans (médiane à 47ans), répartis dans les 31 MSMA suivantes :

Tableau 2 : Données générales MAIA

	Total (N=1355)
<b>Microstructure, n (%)</b>	
Ayzac Ost	95 (7.0%)
MSMA BESSEGES	116 (8.6%)
MSMA CANTEPEAU	52 (3.8%)
MSMA Collet de Dèze	7 (0.5%)
MSMA Gramat	5 (0.4%)
MSMA LAGUIOLE	66 (4.9%)
MSMA MULTISITE TUCHAN-SALSES-FITOU	35 (2.6%)
MSMA Montech	22 (1.6%)
MSMA NOGARO	31 (2.3%)
MSMA Nailloux	65 (4.8%)
MSMA Pins-Justaret	45 (3.3%)
MSMA REALMONT	89 (6.6%)
MSMA RIEU VOLVESTRE	33 (2.4%)
MSMA ST JUST	142 (10.5%)
MSMA STE GENEVIEVE SUR ARGENCE	30 (2.2%)
MSMA Samatan	10 (0.7%)
MSMA St Laurent de Neste	23 (1.7%)
MSMA Tarascon	55 (4.1%)
MSMA Valence d'Agen	47 (3.5%)
MSMA de MAUVEZIN	11 (0.8%)
MSMA de Perpignan	33 (2.4%)
MSP Espéraza	59 (4.4%)
MSP La Grand Combe	104 (7.7%)
MSP Labastide Sérrou	38 (2.8%)
MSP Leuc	48 (3.5%)
MSP Pezenas - Tourbes	5 (0.4%)
MSP Saint Jean du Gard	9 (0.7%)
MSP Seix-Massat	58 (4.3%)
MSP St Paul de Fenouillet	14 (1.0%)

	Total (N=1355)
MSP de Seissan	4 (0.3%)
POLE DE SANTE de la Reynerie	4 (0.3%)
<b>Sexe</b>	<b>n (%)</b>
autre	2 (0.1%)
femme	625 (46.1%)
homme	728 (53.7%)
<b>Age</b>	
Moyenne (ET)	46.7 (14.37)
Médiane (EIQ)	47.0 (37.0, 57.0)
Etendue	0.0, 84.0

Le **tableau 3** reprend les données médicales de MAIA pour l'année 2022. L'addiction représentait le motif d'entrée de 120 patients contre 2 représentés par la santé mentale. Les patients présentaient une **grande diversité de conduites addictives** ayant motivé leur entrée dans le réseau, avec une moyenne d'âge des premières consommations à 19 ans et une médiane à 17 ans. Les **produits consommés**, très nombreux, sont repris dans le tableau.

Sur le **plan social** 49 patients présentaient un emploi rémunéré continu, 14 étaient retraités, 14 ne présentaient aucune activité, 12 étaient chômeurs. En termes de logements, 35 étaient propriétaires, 24 locataires avec un loyer, 17 hébergés chez un tiers. 84 avaient des relations avec un entourage proche, néanmoins 31 vivent seul.

Sur le **plan médical**, parmi les 90 réponses, plusieurs patients souffraient de troubles anxieux (83 patients), de troubles dépressifs (56), de troubles psychotiques (2), d'anorexie (4), de boulimie (3), de troubles de la personnalité (8), de troubles de l'humeur (27).

Sur le plan du **parcours de soin**, 16 patients avaient déjà bénéficié d'une hospitalisation psychiatrique, 3 avaient reçu une injonction thérapeutique et 50 avaient déjà eu un suivi psychologique avant les microstructures.

Tableau 3 : Données médicales MAIA

	Total (N=1355)
<b>CONSOMMATIONS</b>	
<b>Conduite addictive ayant motivé l'entrée dans le réseau,</b>	n (%)
Alcool	40 (33.3%)
Alcool, cannabis	3 (2.5%)
Alcool, cannabis, autre	1 (0.8%)
Alcool, cannabis, tabac	5 (4.2%)
Alcool, tabac	14 (11,7%)
Autre	9 (7.5%)
Autre, alcool	2 (1.7%)
Autre, benzodiazépines	1 (0.8%)
Autre, héroïne	1 (0.8%)
Benzodiazépines	1 (0.8%)
Benzodiazépines, tabac	1 (0.8%)
Cannabis	4 (3.3%)
Cannabis, tabac	7 (5.9%)
Cannabis, tabac, autre	1 (0.8%)
Cocaïne, alcool	1 (0.8%)
Héroïne	1 (0.8%)
Héroïne, alcool	1 (0.8%)
Héroïne, tabac, alcool	1 (0.8%)
Tabac	24 (20.0%)
Tabac, cocaïne	1 (0.8%)
Tabac, héroïne	1 (0.8%)
Manquant	1235
<b>Age première consommation</b>	
N (Manquant)	54 (1301)
Moyenne	19.0
Médiane (EIQ)	17.0 (16.0, 20.0)
Etendue	12.,0.58,0

	Total (N=1355)
<b>Produits consommés</b>	n (%)
Alcool	22 (20.4%)
Alcool, Cannabis	2 (1.8%)
Alcool, Cannabis, Tabac	1 (8,4%)
Alcool, Cocaïne, Tabac, Cannabis, Benzodiazépines	1 (0.9%)
Alcool, Tabac	21 (19.4%)
Autres	10 (9.3%)
Autres, Alcool	1 (0.9%)
Benzodiazépines	2 (1.9%)
Benzodiazépines, Tabac	1 (0.9%)
Cannabis	1 (0.9%)
Cannabis, Tabac	8 (7.5%)
Cannabis, Tabac, Alcool, Amphétamine, Cocaïne	1 (0.9%)
Cannabis, Tabac, Autres	1 (0.9%)
Cannabis, Tabac, Benzodiazépines, Alcool	1 (0.9%)
Cocaïne, Tabac	1 (0.9%)
Héroïne, Cocaïne, Alcool, Tabac	1 (0.9%)
Tabac	24 (22.2%)
Tabac, Héroïne	1 (0.9%)
Manquant	1451
<b>Tabagisme,</b>	80 (76.9%)
Manquant	1251
<b>Dépendance à l'alcool,</b>	56 (54.9%)
Manquant	1253
<b>Cannabis,</b>	25 (25.3%)
Manquant	1256
<b>Jeux,</b>	1 (1.0%)
Manquant	1259

	Total (N=1355)
<b>SUR LE PLAN SOCIAL</b>	
<b>Activité professionnelle,</b>	n (%)
Allocataire et autres prestations	3 (3.1%)
Aucune activité	14 (14.3%)
Chômeurs	12 (12.2%)
Emploi rémunéré continu	49 (50.0%)
Emploi rémunéré occasionnel	4 (4.1%)
Etudiant, stage non rémunéré	1 (1.0%)
Invalidité	1 (1.0%)
Retraité	14 (14.3%)
Manquant	1257
<b>Ressources</b>	n (%)
AAH	3 (3.3%)
ARE	2 (2.2%)
Autres	4 (4.4%)
Autres prestations sociales	4 (4.4%)
Bénéficiaire du RSA	6 (6.7%)
Indemnité journalière	8 (8.9%)
Ressources provenant d'un tiers	2 (2.2%)
Retraite	13 (14.4%)
Revenu d'emploi	45 (50.0%)
Sans ressources	3 (3.3%)
Manquant	1265
<b>Logement</b>	n (%)
Hébergé chez un tiers	17 (21.8%)
Locataire avec un loyer payé	24 (30.8%)
Locataires avec loyers non payé	2 (2.6%)
Propriétaire	35 (44.9%)
Manquant	1277

	Total (N=1355)
<b>Relation entourage</b>	n (%)
Non	11 (11.6%)
Oui	84 (88.4%)
Manquant	1260
<b>Situation sociale</b>	n (%)
Vit avec amis	2 (2.1%)
Vit avec conjoint et enfant	26 (26.8%)
Vit avec conjoint sans enfants	23 (23.7%)
Vit chez ou avec parents	9 (9.3%)
Vit seul	31 (32.0%)
Vit seul avec enfant	6 (6.2%)
Manquant	1258
<b>Nombre d'incarcérations dans les 12 derniers mois</b>	n (%)
0	74 (98.7%)
1	1 (1.3%)
Manquant	1280
<b>SUR LE PLAN MEDICAL</b>	
<b>Troubles anxieux, n (%)</b>	83 (84.7%)
Manquant	1257
<b>Troubles dépressifs, n (%)</b>	56 (58.3%)
Manquant	1259
<b>Troubles psychotiques, n (%)</b>	2 (2,2%)
Manquant	1265
<b>Anorexie, n (%)</b>	4 (4.4%)
Manquant	1264
<b>Boulimie, n (%)</b>	3 (3.3%)
Manquant	1265
<b>Autres troubles alimentaires, n (%)</b>	16 (17.2%)
Manquant	1262

	Total (N=1355)
<b>Troubles de la personnalité, n (%)</b>	8 (8.9%)
Manquant	1265
<b>Troubles de l'humeur, n (%)</b>	27 (29.7%)
Manquant	1264
<b>Autres troubles, n (%)</b>	13 (14.6%)
Manquant	1266
<b>Tentative de suicide au cours de la vie, n (%)</b>	14 (17.7%)
Manquant	1276
<b>PARCOURS DE SOIN</b>	n (%)
<b>Hospitalisation psychiatrique dans la vie,</b>	16 (19.5%)
Manquant	1271
<b>Hospitalisation psychiatrique dans l'année</b>	5 (6.0%)
Manquant	1271
<b>Autres hospitalisations dans année</b>	10 (12.5%)
Manquant	1275
<b>A déjà eu un injonction thérapeutique</b>	3 (3.7%)
Manquant	1274
<b>ATCD de suivi psychologique avant les MSMA</b>	50 (42.7%)
Manquant	1238

## IV- DISCUSSION

### 1) Parcours de soin des patients

Les **données des 41 questionnaires** auxquels les patients ont répondu ont montré que la grande majorité des patients (92,7%) était orienté vers les MSMA par leur médecin traitant. Seuls 7,9% des patients n'avaient jamais discuté de leur addiction avec un professionnel de santé, tandis que près de 66% des patients en avaient au moins parlé à leur médecin généraliste. Un seul patient (2,4%) avait déjà discuté de son addiction avec un addictologue. Près de la moitié des patients (48,7%) n'avaient jamais eu de suivi spécifique de leur addiction, et parmi ceux qui avaient eu un suivi il avait été majoritairement réalisé par un addictologue ou un psychiatre. Le suivi spécifique par au moins un psychologue concernait 19,5% des patients. Près de 88% des patients n'avaient jamais eu recours à un CSAPA, 73% des patients n'avaient jamais été hospitalisés pour addiction.

Ces données nous démontrent bien un **réel intérêt des MSMA dans le parcours de soin en favorisant un premier accès au soin** dans le domaine de l'addictologie.

Les généralistes des patients ayant répondu au questionnaire sont pour moitié des généralistes exerçant en MSMA et pour moitié des généralistes n'exerçant pas en MSMA : ce questionnaire semble indiquer qu'il y a déjà une bonne connaissance des MSMA parmi les médecins généralistes. Ce point pourrait être intéressant à traiter à plus grande échelle avec une étude dédiée.

**L'analyse des données MAIA** d'autre part, qui a l'avantage d'étudier un échantillon bien supérieur à celui de notre questionnaire grâce à ses 1261 patients encore présents en 2022, permet de renforcer cette idée.

On retrouve donc ainsi que 80,5% des patients n'avaient jamais bénéficié d'une hospitalisation psychiatrique, seul 3,7% avaient reçu une injonction thérapeutique. Cependant, tandis que seuls 19,5% des patients ayant répondu au questionnaire avaient déjà bénéficié d'un suivi par un psychologue, cela concerne deux fois plus de patients de la base de données MAIA avec 42,7% des patients.

On peut donc en conclure qu'en termes d'approche médicale les MSMA ouvrent un accès au soin majeur, avec une optimisation notamment du suivi psychologique des patients souffrant d'addiction.

## 2) Profil des patients

**Sur le plan social**, on retrouve une prédominance du sexe masculin avec 53,7% d'hommes contre 46,1% de femmes. La moyenne d'âge est évaluée à 46,7 ans soit très proche de celle retrouvée via le questionnaire.

La moitié des patients présentaient un emploi rémunéré stable et 14,3% étaient retraités, ce qui représente près de deux tiers des patients.

La base de données MAIA nous apporte également des précisions sur la **situation de logement** des patients avec 75% d'entre eux qui avaient un logement stable qu'ils arrivaient à financer. Près de 90% des patients présentaient un entourage proche.

Lorsqu'on se penche sur les **types addictions** des patients on retrouvait majoritairement une addiction à l'alcool, présentée par 56,6% des patients, suivi de l'addiction au tabac qui concerne 44,9% patients. On retrouvait ensuite les autres addictions en moindre proportions.

**L'âge de première consommation** était très variable avec une moyenne à 19 ans et une médiane à 17 ans.

**Sur le plan médical**, on se rend compte que la majorité des patients (près de 85%) présentaient des troubles anxieux et 58% des troubles dépressifs, troubles qui pouvaient favoriser ou être conséquence des troubles addictifs, mais également simplement coexister, ce qui est cohérent avec la prévalence des pathologies duelles.

En termes de **profil des patients** on se rend donc compte que les MSMA offrent un accès au soin à une population qui ne se trouve pas forcément en situation de précarité: il s'agit globalement d'une patientèle avec une profession, un logement et une situation familiale stables.

### → Comparaison au profil des patients en CSAPA :

Les données RECAP parues en février 2023 et concernant l'année 2020 recensaient la participation de 267 CSAPA sur les 500 en France, avec des données concernant 203 000 patients dont 73 187 vus en 2020 pour la première fois.

Le tableau 4 reprend les différents profils :

	<b>MSMA</b>	<b>CSAPA : toute classe confondue</b>	<b>CSAPA :sous groupe alcool/tabac</b>
<b>Répartition Hommes/Femmes(%)</b>	53,7/46,1	77/23	
<b>Age médian (années)</b>	47	40	45
<b>Consommation alcool (% des patients)</b>	54,9	63	
<b>Consommation tabac(%)</b>	76,9	46	
<b>Consommation alcool et/ou tabac (%)</b>	87	51,6	
<b>Consommation cannabis (%)</b>	25,3	38	
<b>Consommation autres substances (%)</b>	18,4	27,8	
<b>Logement durable (%)</b>	75	80	84
<b>Activité rémunérée continue stable (%)</b>	50	36	42
<b>Obligation de soins (%)</b>	3,7	14	

Il y avait plus de patients consommateurs d'alcool et tabac dans les MSMA et plus de patients consommateurs de cannabis et autres substances dans les CSAPA. Les situations de logement étaient similaires. Dans les CSAPA, il y avait moins de patients avec une activité rémunérée stable, et près de 4 fois plus de patients ayant subi une obligation de soins.

La file active des patients CSAPA était majoritairement des hommes avec une proportion à plus de 2/3. Notre hypothèse selon laquelle les MSMA ouvrent un accès au parcours de soin à la **patientèle féminine** semble donc se vérifier.

Les MSMA accueillent donc des patients plus âgés que les CSAPA due à la proportion plus importante de patients souffrant d'addiction au tabac ou à l'alcool en MSMA.

Finalement les divergences de profil observées entre les patients de CSAPA et de MSMA semblent s'expliquer par une répartition différente des différents types d'addiction. Si l'on compare les chiffres des données MSMA avec ceux de la base de données CSAPA limités aux groupes alcool/tabac les proportions sont similaires.

### 3) Force et faiblesse de l'étude

Une des forces principales de notre étude repose sur son **originalité** : il n'y a encore que peu d'études sur les MSMA du fait de leur caractère récent. Si la vision des médecins quant à l'addictologie a été déjà plusieurs fois étudiée, notre étude a l'avantage de se pencher directement sur les patients concernés, en étudiant leur profil et en les impliquant directement dans notre étude par le biais des questionnaires.

Par son caractère descriptif transversal, notre étude a également l'avantage d'étudier plusieurs variables (notamment le parcours de soin, le profil médical, psychologique, sociologique et environnemental des patients) et **d'estimer des prévalences**. Cela permet également une **facilité de réalisation** de notre étude puisqu'elle n'a pas nécessité de suivi prospectif dans le temps, un faible coût, et une obtention rapide des résultats une fois le processus mis en marche, le remplissage du questionnaire prenant au maximum 15 minutes.

Une des principales limites de notre étude est le **faible nombre de** questionnaires et le manque de données MAIA correspondant aux patients concernés, qui ne nous ont pas permis de corréler questionnaire et base de données MAIA et nous a amené à traiter ce sujet en deux parties : l'analyse du questionnaire puis celle de la base de toutes les données MAIA. Le manque de données engendre un **biais de sélection** dans la constitution de l'échantillon, entraînant potentiellement une non-représentativité de cet échantillon et rendant difficile une extrapolation à la population générale.

D'une part, le remplissage des données MAIA par les professionnels de santé n'est pas optimal, avec de très nombreuses données non renseignées sur MAIA, ce qui pourrait s'expliquer par un manque de temps lors des premières consultations pour faire le bilan initial. D'autre part, malgré les presque 8 mois de recueil, il a été très compliqué d'obtenir le remplissage du nombre de questionnaire souhaité. Cela peut s'expliquer par la fréquence peu élevée des consultations de suivi au sein des MSMA, d'autant plus que le début du recueil, s'est effectué en été, période où les cabinets médicaux et donc MSMA également fonctionnent à

moindre régime. Il y a par la suite possiblement eu des oublis sur la proposition de remplissage des questionnaires.

Le remplissage du questionnaire étant sur la base volontariat, ce paramètre a également pu créer un **biais d'auto-sélection**, avec une inclusion due à la décision du patient qui accepte de participer à l'étude et donc potentiellement non représentative de la population générale.

On retrouve dans ce genre d'étude également un risque important de **biais de classement** et plus précisément un **biais de mémorisation différentiel** puisque le mode de recueil du questionnaire et de la base de données est déclaratif, basé sur un interrogatoire. On se rend notamment compte de ce biais avec des petites incohérences retrouvées dans les résultats tels qu'un seul patient qui rapportait un antécédent de discussion avec un addictologue alors qu'ensuite 5 patients rapportaient un antécédent de suivi spécialisé avec un addictologue.

Un autre frein notable est constitué par le fait que de nombreux patients ont rempli leur questionnaire en présence d'un professionnel de la MSMA, pouvant influencer leurs réponses notamment la question numéro 10 concernant leur satisfaction vis-à-vis du dispositif MAIA et de la qualité de leur prise en charge.

Enfin, nous n'avons malheureusement pas pu comparer les données MAIA et les données RECAP à années égales puisque les données RECAP les plus récentes nous informent sur les chiffres de l'année 2020 tandis que le recueil MAIA recense les données de 2022.

## Conclusion

Nous avons mené étude épidémiologique observationnelle descriptive en étudiant d'une part l'accès au soin des patients inclus dans le dispositif des microstructures médicales addictions (MSMA) en Occitanie grâce au questionnaire patient réalisé, et d'autre part le profil démographique et médical des patients inclus dans ce dispositif grâce à l'analyse de la base de données MAIA, profil que nous avons secondairement comparé à celui des patients en CSAPA.

Nous avons ainsi pu répondre à notre objectif principal en soulignant qu'une proportion significative (48,7%) de patients souffrant d'addiction a eu recours au dispositif de MSMA en premier accès au soin pour la prise en charge de leur pathologie en Occitanie. Nous avons également pu souligner l'intérêt des MSMA dans l'accès au soin de la patientèle féminine puisque celle-ci est significativement plus représentée en MSMA (46,1%) qu'en CSAPA (23%). Il serait intéressant de mener les mêmes études dans d'autres régions, voire à l'échelle nationale pour une représentativité optimale de la population. L'évaluation Equip'Addict apportera certainement ces renseignements.

Ce dispositif de soin innovant permet donc l'accès aux soins des addictions en premier recours, rendant la généralisation de ces MSMA souhaitable. D'autres travaux mériteraient d'explorer le fonctionnement des relations interprofessionnelles au sein de ces MSMA.

Toulouse le 5 juin 2023

Toulouse le 30.05.2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY



Stéphane Austrie

## RESUME :

**Introduction :** Dans le domaine du soin des addictions en France, la prise en charge de patients en médecine de premier recours s'est récemment vue enrichie des microstructures médicales addictions (MSMA), encadrées par l'expérimentation article 51 Equip Addict. Nous nous sommes interrogés sur l'intérêt des MSMA dans l'accès au soin des patients souffrant d'addiction, en étudiant le parcours de soin de ces patients, leur profil et en le comparant ensuite au profil des patients des CSAPA.

**Méthodologie :** Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive observationnelle transversale du profil des patients inclus dans le dispositif des MSMA en Occitanie, grâce à un auto-questionnaire patient et un recueil de données médicales. Les questionnaires ont été proposés aux patients consultant en MSMA sur la base du volontariat et recueillis entre Juin 2022 et Janvier 2023. Le recueil de données a été issue de la base de données MAIA, une base mise en place pour l'évaluation de ce dispositif de soin et rempli par les médecins participant au dispositif une fois par an. Les données MAIA pour l'année 2022 ont ensuite été comparées avec les données RECAP 2023 qui décrivait le profil des patients en CSAPA.

**Résultats :** Le questionnaire a été rempli par 41 patients, la majorité (92,7%) avaient été orientés vers les MSMA par leur médecin traitant, 35 (92,1%) avaient déjà discuté de leur addiction avec un professionnel de santé, 8 (19,5%) avaient déjà eu un suivi spécifique par un psychologue. Dix-neuf patients (soit 48,7%) n'avaient jamais eu de suivi spécifique de leur addiction et ont donc eu recours aux MSMA en premier accès au soin. La base de données MAIA 2022 recensait 1355 patients avec une moyenne d'âge de 46,7ans et 625 (46,1%) femmes. Les patients retraités ou ayant un emploi rémunéré stable représentaient près de 2/3 des patients, 75% avaient un logement stable et près de 90% un entourage proche. La majorité présentaient des troubles anxieux (85%) ou troubles dépressifs (58%).

**Discussion :** Malgré le peu de réponses notamment au questionnaire entraînant un biais de sélection significatif, notre travail original a permis, en plus d'apporter une description du profil des patients du dispositif, de souligner que les MSMA permettent d'ouvrir l'accès au soin aux patients souffrant d'addiction, et présentent un réel intérêt pour l'accès au soin dans la patientèle féminine par rapport aux CSAPA.

## **Bibliographie :**

1. Addictions · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm2020 [cited 2021 Oct 27]; Available from: <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
2. Produits et addictions, vue d'ensemble - OFDT [Internet]. OFDT2020 [cited 2021 Oct 27]; Available from: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/#conso>
3. DACC-2022.pdf [Internet]. [cited 2022 Dec 1]; Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DACC-2022.pdf>
4. CSAPA [Internet]. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé [cited 2021 Oct 27]; Available from: <https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/csapa/>
5. Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O. et Spilka S., Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014. Tendances, n°99, 2015. [Internet]. [cited 2018 Oct 9]; Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf> [Internet]. [cited 2023 Apr 3]; Available from: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>
6. Barbara L'épine a , Marion Debin b , Lise Dassieu c , Laetitia Gimenez a,d,e , Aurore Palmaro a , Camille Pont' e f , Morgane Swital b , Maryse Lapeyre-Mestre f , Thierry Blanchon b , Julie Dupouy a,e,g,\* . 6 Prescribing buprenorphine for opioid use disorder in primary care: A survey of French general practitioners in the Sentinelles network. Journal of Substance Abuse Treatment2022;
7. Lenglet C. 7 Prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés en soins primaires dans la région du Nord-Pas-de-Calais [Internet]. 2015; Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-4581>
8. Binder P, Brabant Y, Baque M, Ingrand P, Castéra P, Patrizio PD, et al. 8 Influence des choix pédagogiques et des représentations sur les connaissances et raisonnements en addictologie chez les étudiants en fin de DES de médecine générale. Exercer, la revue Française de médecine générale [Internet] 2019 [cited 2023 Apr 3]; Available from: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02978995>
9. Moy J, Vanlerberghe Y. 9 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. 2012;103.
10. REYNIER. 10 Représentations et implication des médecins généralistes concernant la prescription de substitution aux opiacés et le suivi des patients consommateurs d'héroïne. 2019;
11. Rouillon Marie, Laporte Catherine, Ingrand Pierre, Castéra Philippe, Di Patrizio Paolo, Messaadi Nassir, Binder Philippe et Dupouy Julie. 11 Perceptions, professional responsibility and management experiences of patients with alcohol, tobacco and opioid use disorder by residents in general practice and teaching general practitioners [Internet]. European Journal of General Practice2021; Available from: <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1917542>

12. Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP) - drogues illicites - OFDT [Internet]. [cited 2023 Apr 3]; Available from: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/recueil-commun-sur-les-addictions-et-les-prises-en-charge-recap-drogues-illicites/>
13. La politique de lutte contre les addictions - MILDECA - Nouvelle-Aquitaine | La préfecture et les services de l'État en région Nouvelle-Aquitaine [Internet]. drogues.gouv2019 [cited 2021 Oct 27]; Available from: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/nouvelle-aquitaine/nouvelle-aquitaine/nouvelle-aquitaine/Grands-dossiers/La-politique-de-lutte-contre-les-addictions-MILDECA-Nouvelle-Aquitaine>
14. Equip'Addict : une expérimentation art. 51 pour faciliter l'accès aux soins dans l'addiction [Internet]. Santé Mentale2019 [cited 2021 Oct 27]; Available from: <https://www.santementale.fr/2019/10/equip-addict-innovation-article-51/>
15. Hédelin G. Les microstructures médicales. Evolutions à 24 mois des scores du questionnaire ASI [Internet]. Strasbourg: Université Louis Pasteur, laboratoire d'épidémiologie et de santé publique; 2004 févr [cité 6 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ithaque-asso.fr/en-savoir-plus/recherche.html>.
16. Riou França L, Velpry L, Benamouzig D, Launois R. Démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues. OFDT, Evaluation des politiques publiques. 16 juill 2008;50.
17. Mordohay FO. Evaluation-Action des microstructures et du processus de création de microstructures à Pierrefitte-sur-Seine [Internet]. Effectif if p; 2018 mai [cité 19 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.reseaux-rms.org/documents-institutionnels/>.

## **Annexes :**

### **Le questionnaire :**



## **ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE DU PROFIL DES PATIENTS INCLUS DANS LES MICRO STRUCTURES MEDICALES ADDICTION EN OCCITANIE**

Madame, Monsieur,

Il vous est proposé de participer à une étude observationnelle (étude d'observation de patients sans intervenir sur la prise en charge) intitulée « Etude du profil des patients inclus dans les Micro Structures Médicales Addiction (MSMA) », dirigée par le Dr Julie Dupouy et le Dr Jean-Paul Boyes, réalisée dans le cadre de ma thèse en médecine générale.

Cette étude permettra de décrire l'intérêt de la mise en place de ces MSMA. L'objectif principal de notre étude repose sur la description du parcours de soin des patients inclus dans les MSMA.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Il n'y a aucun caractère obligatoire. Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Si vous souhaitez participer et être inclus dans cette étude, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire à l'aide du médecin ou travailleur social de la MSMA. Ceci ne vous prendra pas plus de 5 minutes. Vos réponses resteront anonymes.

Merci de cocher la réponse correspondante, ou répondre par écrit le cas échéant.

**1) A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ?**

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Pas d'activité professionnelle
  - Chômage
  - Arrêt longue maladie
  - Inaptitude

**2) Comment avez-vous connu les MSMA ?**

- Adressé par votre médecin traitant
- Adressé par un autre professionnel soignant ?  
→ si oui lequel ?.....  
Par une connaissance/ami/famille
- Autre : précisez .....

**Les questions 3 à 6 incluse concernent votre parcours de soin AVANT votre inclusion dans le dispositif des MSMA :**

**3) Aviez- vous déjà parlé à un professionnel de santé de votre addiction ?**

- Infirmier ou infirmière
- Pharmacien
- Kinésithérapeute
- Sage- femme
- Dentiste
- Médecin généraliste
- Autre médecin :.....
- Autre : précisez .....

**4) Aviez-vous déjà eu un suivi spécifique (plus de 3 mois) par un professionnel de santé à propos de votre addiction ?**

- Un psychologue
- Un psychiatre
- Un addictologue
- Votre médecin traitant
- Autre : précisez .....

**5) Vous étiez-vous déjà rendu dans un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ?**

- Oui
- Non

**6) Aviez-vous déjà été hospitalisé pour votre addiction (par exemple en hôpital psychiatrique ou dans un centre de cure pour un sevrage) ?**

- Oui : précisez en quelle(s) année(s).....
- Non

**7) Depuis combien de temps estimez-vous être en difficulté avec une substance ou un comportement (merci de préciser la substance ou le comportement : alcool, tabac, opioïde, jeux en ligne...) ?**

.....

**8) Le médecin que vous voyez dans le cadre de la MSMA est-il votre médecin traitant ?**

- Oui
- Non

**9) Êtes-vous satisfaits de cette prise en charge ?**

- Oui
- Non

**10) Vos commentaires ou remarques :**

.....

**11) Numéro d'anonymat sur MAIA (à remplir par le médecin ou travailleur social de la MSMA)\***

.....

*\*Le numéro d'anonymat, comme son nom l'indique, ne permet pas de retrouver le patient mais simplement de recouper des données statistiques.*

En vous remerciant d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire,

Vous souhaitant une bonne continuation,

Cordialement,

Maud Paquien, Interne en Médecine Générale ;

Dr Julie Dupouy Médecin Généraliste ;

Dr Jean-Paul Boyes Médecin Addictologue

## **L'accord du CPP :**

Courrier du Comité de protection des personnes Sud-Méditerranée I  
sur Dossier 22.01200.000127

### **Informations CPP**

**Nom du CPP :** Comité de protection des personnes Sud-Méditerranée I  
**Adresse :** Hôpital Sainte Marguerite Pavillon 9 – 270, bld Sainte Marguerite – 13009  
MARSEILLE France  
**Courriel :** cppsudmed1@gmail.com Numéro de téléphone : 0491744256

### **Informations promoteur**

**Organisme :** MSPU de Pins Justaret  
**Nom et prénom :** Dupouy Julie

### **Investigateur**

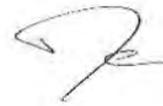
**Investigateur :** Maud Paquien

### **Informations dossier**

**Numéro SI :** 22.01200.000127  
**Numéro national :** 2022-A00502-41  
**Référence interne :** 2022.01  
**Règlementation :** Loi Jardé  
**Qualification de recherche :** Catégorie 3 questionnaire  
**Produit ou acte :** Hors produits de santé (produits non mentionnés à l'article L.5311-11 du code de la santé publique)  
**Titre :** Etude épidémiologique descriptive du profil des patients inclus dans les Micro structures médicales addiction MSMA en Occitanie

Parmi l'ensemble des dispositions qui régissent les relations ultérieures entre le promoteur et le Comité, nous attirons votre attention sur les points suivants :

- le présent avis favorable ne porte que sur les documents mentionnés sur l'avis, et il vous appartiendra de saisir le Comité pour toute modification substantielle que vous seriez amené à envisager ;
- le promoteur déclare lui-même directement le début de son étude et modifie son statut dans le SIRIPH2G depuis le bouton « Démarrer l'étude » (signature du consentement de la première personne incluse en France) ;
- en cas d'absence de début de la recherche dans le délai de deux ans après la date du présent avis favorable, celui-ci deviendrait caduque sauf prorogation accordée par le Comité



Professeur Stéphane RANQUE  
Président

AUTEUR : MAUD PAQUIEN

TITRE : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE DU PROFIL DES PATIENTS INCLUS  
DANS LES MICROSTRUCTURES MEDICALES ADDICTION EN OCCITANIE

DIRECTEUR DE THESE : PR JULIE DUPOUY – CODIRECTEUR : DR JEAN PAUL BOYES

---

**RESUME :**

**Introduction :** Dans le domaine du soin des addictions en France, la prise en charge de patients en médecine de premier recours s'est récemment vue enrichie des microstructures médicales addictions (MSMA), encadrées par l'expérimentation article 51 Equip Addict. Nous nous sommes interrogés sur l'intérêt des MSMA dans l'accès au soin des patients souffrant d'addiction, en étudiant le parcours de soin de ces patients, leur profil et en le comparant ensuite au profil des patients des CSAPA.

**Méthodologie :** Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive observationnelle transversale du profil des patients inclus dans le dispositif des MSMA en Occitanie, grâce à un auto-questionnaire patient et un recueil de données médicales. Les questionnaires ont été proposés aux patients consultant en MSMA sur la base du volontariat et recueillis entre Juin 2022 et Janvier 2023. Le recueil de données a été issue de la base de données MAIA, une base mise en place pour l'évaluation de ce dispositif de soin et rempli par les médecins participant au dispositif une fois par an. Les données MAIA pour l'année 2022 ont ensuite été comparées avec les données RECAP 2023 qui décrivait le profil des patients en CSAPA. **Résultats :** Le questionnaire a été rempli par 41 patients, la majorité (92,7%) avaient été orientés vers les MSMA par leur médecin traitant, 35 (92,1%) avaient déjà discuté de leur addiction avec un professionnel de santé, 8 (19,5%)avaient déjà eu un suivi spécifique par un psychologue. Dix-neuf patients (soit 48,7%) n'avaient jamais eu de suivi spécifique de leur addiction et ont donc eu recours aux MSMA en premier accès au soin. La base de données MAIA 2022 recensait 1355 patients avec une moyenne d'âge de 46,7ans et 625 (46,1%) femmes. Les patients retraités ou ayant un emploi rémunéré stable représentaient près de 2/3 des patients, 75% avaient un logement stable et près de 90% un entourage proche. La majorité présentaient des troubles anxieux (85%) ou troubles dépressifs (58%).**Discussion :** Malgré le peu de réponses notamment au questionnaire entraînant un biais de sélection significatif, notre travail original a permis, en plus d'apporter une description du profil des patients du dispositif, de souligner que les MSMA permettent d'ouvrir l'accès au soin aux patients souffrant d'addiction, et présentent un réel intérêt pour l'accès au soin dans la patientèle féminine par rapport aux CSAPA.

---

**Mots-clés :** MicroStructure Médicale Addition, profil des patients, accès au parcours de soin

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 Allées Jules Guesde – 31000 Toulouse - France