



Faculté de médecine

Année 2021/2022

N°

## Thèse

Pour le

**DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'État

par

**Constance CROSNIER**

Née le 30/07/1993 à Chambray-lès-Tours (37)

Et **Charlène DUPONT**

Née le 16/05/1994 à Nantes (44)

---

---

**Articulation entre les centres de prise en charge en addictologie et  
la médecine générale : étude qualitative auprès d'usagers,  
médecins généralistes et addictologues d'Indre-et-Loire**

---

---

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2022 devant un jury  
composé de :

Président du Jury : Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Maxime PAUTRAT, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Directeurs de thèse : **Docteur David CIOLFI, Médecine Générale – Tours**

**Et Docteur Vincent RIFFAULT, Médecine Générale – Tours**

## Résumé

### **Articulation entre les centres de prise en charge en addictologie et la médecine générale : étude qualitative auprès d’usagers, médecins généralistes et addictologues d’Indre-et-Loire**

**Introduction.** La prise en charge des addictions est de plus en plus présente en médecine générale et le nombre d’usagers des Centres de Soins et d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ne cesse de croître. Pourtant, la coordination du parcours de soins entre prise en charge spécialisée et médecine de premier recours semble négligée par ses acteurs, malgré les recommandations qui vont en ce sens.

**Objectif.** Décrire les réalités de l’articulation entre centres de prise en charge en addictologie et médecine générale par l’exploration des discours de médecins généralistes, addictologues et usagers.

**Méthode.** Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée de Novembre 2021 à Mai 2022 auprès de 9 médecins généralistes, 7 addictologues et 7 patients avec troubles addictifs. Une analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée jusqu’à saturation des données.

**Résultats.** La prise en charge d’un patient présentant un trouble addictif apparaît comme dissociée entre soins primaires et CSAPA. Médecins généralistes et addictologues méconnaissent mutuellement leur fonctionnement et interviennent à des moments différents de la prise en charge. L’usager se présente comme l’intermédiaire principal de leur relation et influe grandement sur la qualité de celle-ci. Les interactions entre médecins généralistes et addictologues des CSAPA ne semblent pas préoccuper l’usager. Pourtant, chacun s’accorde à dire qu’un travail en coopération est bénéfique, tant pour la qualité des soins que pour la satisfaction professionnelle des soignants.

**Discussion.** Le travail en coopération évoqué à la fois par les médecins et les usagers mais peu mis en œuvre, pourrait bénéficier de nouvelles perspectives. Dans un premier temps, il faudrait systématiser les échanges par des courriers d’adressage et de suivi. En parallèle, des rencontres informelles entre professionnels de santé du même secteur pourraient être organisées afin d’améliorer l’interconnaissance et la formation continue des médecins généralistes. Enfin, il faudrait renforcer le discours des soignants sur l’importance du travail coopératif auprès des patients.

**Mots clés :** *Médecin généraliste; CSAPA; usagers de drogues; addictologie; réseau de soins; soins en coopération*

## Abstract

### **Links between substance abuse treatment center and general practice: qualitative study of users, general practitioners and addiction specialists from Indre-et-Loire**

**Introduction.** The addictions' care is more and more current in general practice and the number of drug users is growing in substance abuse treatment centers. However coordination of healthcare pathway between secondary and primary care seems to be disregarded by professionals, despite recommendations.

**Objective.** To describe realities of articulation between substance abuse treatment center and general practice by exploring experiences of general practitioners, addiction specialists and users.

**Method.** This qualitative study using semi-structured interviews has been conducted between November 2021 and May 2022 with 9 general practitioners, 7 addiction specialists and 7 drug users. A grounded theory analysis has been carried until data saturation.

**Results.** The care of a patient with an addictive disorder seems to be dissociated between primary care and substance abuse treatment centers. General practitioners and addiction specialists are unaware of each other's work and take part in the care pathway at different times. The drug user is the main intermediary in their relationship and has a high impact on it. He does not seem to be concerned about interactions between general practitioners and addiction specialists. However everyone acknowledges that collaborative care would be beneficial for both patient care quality and professional satisfaction.

**Discussion.** Collaborative care could benefit from new perspectives as it is mentioned by both physicians and users but rarely applied. First, it would be necessary to systematize exchanges by addressing and follow-up letters. At the same time, informal meetings could be organized between healthcare professionals in the same sector to share knowledge and improve general practitioners' formation. Finally, caregivers should emphasize their communication on collaborative care's importance with patients.

**Key words:** *general practitioner; substance abuse treatment center; drug users; addictology; health care network; collaborative care*

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**  
**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**  
Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**  
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l’Université*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr Patrick VOURC’H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**  
Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**  
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l’Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**  
Pr Daniel ALISON  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Pascal DUMONT  
Pr Bernard FOUQUET  
Pr Yves GRUEL  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Dominique PERROTIN  
Pr Philippe ROSSET

**PROFESSEURS HONORAIRES**  
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – G. BODY – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel .....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DI GUISTO Caroline .....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs || POTIER Alain ..... | Médecine Générale |
| ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud .....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUPT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie

HOARAU Cyrille .....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte .....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline .....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine .....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime .....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

### **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE**

---

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOUE Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille .....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

#### *Pour l'Ecole d'Orthophonie*

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

#### *Pour l'Ecole d'Orthoptie*

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

#### *Pour l'Ethique Médicale*

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

## **Remerciements**

### **A Monsieur le Professeur Nicolas Ballon,**

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse.  
Veuillez accepter l'expression de notre plus profond respect.

### **A Monsieur le Docteur Maxime Pautrat,**

Merci pour vos précieux conseils lors de notre choix de sujet de thèse.  
Nous vous remercions également d'avoir accepté de juger notre travail de thèse.

### **A Messieurs les Docteurs David Ciolfi et Vincent Riffault,**

Merci de nous avoir accompagnées tout au long de ce travail. Merci pour vos nombreux conseils et votre accompagnement, toujours dans la bonne humeur. A ces réunions régulières, qui n'auront jamais réussi à commencer à l'heure ! C'était un beau projet dans lequel nous nous sommes lancées sereines, grâce à vous.

### **Aux professionnels de santé et patients ayant participé à cette étude,**

Merci du temps que vous nous avez accordé. Vos expériences ont toutes été plus enrichissantes les unes que les autres. Sans vous, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

## **Et plus particulièrement pour Constance**

Je tenais à avant tout, à te remercier Charlène, d'avoir accepté de te lancer dans ce projet de thèse avec moi. Heureusement que tu étais là ! Pour toutes ces heures passées ensemble à analyser nos entretiens, à rédiger, à papoter de tout sauf de la thèse, merci mille fois.

Merci également à l'équipe de Port-Bretagne, de m'avoir aussi bien accueillie pendant mon stage et après. Merci de m'avoir transmis le goût de l'addictologie. C'était un vrai plaisir de travailler avec vous.

Avec ce travail c'est une page de ma vie qui se tourne. Celles de mes années médecine à Tours, qui n'auraient jamais pu être aussi belles si vous n'aviez pas toutes et tous, été là.

Merci à Solène, Marine, Ourielle et Elsa, ces (dix) années de vie étudiante ont été incroyables. A ces heures de révisions passées à ne pas réviser, à ces centaines de soirées dont on ne se lasse jamais, à ces milliers de fous rires, à tous nos moments passés ensemble, merci. Vous êtes mes piliers depuis toutes ces années, je suis si heureuse de vous avoir à mes côtés.

Merci au trio infernal, Yacine le magicien, Vincent le chasseur, Emilien l'animateur, de me faire rire à chaque fois que vous ouvrez la bouche. Mes années médecine ont été rythmées par votre sérieux et votre rigueur. Il me tarde de vous revoir. Vincent je te remercie particulièrement de nous avoir ramener Marine à Tours : que j'ai hâte que tu arrives sur Tours, toi la Bordelaise !!!

Merci à toi Bérenger, d'illuminer nos journées (et surtout nos soirées), de m'avoir aidé dans ce projet de thèse, et surtout, merci de m'avoir fait rencontrer Maya.

Merci à cette belle équipe de Caen, ma deuxième maison : Quentin, l'autre Quentin, Mael, Constance, Gaby & Romain. Même à plus de 200 km de chez moi, vous faites partie de ma vie et de mon quotidien. A toi mon Lucas, à cette merveilleuse re-découverte pendant notre première année d'internat, nous avons encore quelques immeubles à escalader ensemble.

Merci à ma bande d'anesthésistes préférée, Théo, Laurent, Jean, Ohan et à leurs copines, Camille, Lili et Jade. Avec vous, les soirées tourangelles sont chaleureuses, drôles, et pleines de bonne humeur (et de bières).

Merci à toi Pierre, d'être revenu jouer à domicile, et d'avoir pris dans tes valises, ta Pauline. Je suis tellement heureuse de vous avoir ici.

Merci à toi Léa, t'es un rayon de soleil dans nos vies, je rigole rien qu'en pensant à toutes tes histoires.

Merci à toi Victor, d'avoir ramené un peu du Ch'Nord dans notre groupe, les soirées avec toi sont un régal.

Merci à toi Charlotte, d'avoir été mon soutien quand j'en ai eu besoin.

Merci Vicky, d'être le meilleur coach de tous les temps, je suis heureuse d'avoir croisée ta route.

Merci à vous Fred et Nath, de m'avoir enrobé d'amour, de sourires et de caranougats, depuis toutes ses années.

Évidemment, tout ça n'aurait jamais vu le jour sans ma famille, si précieuse à mes yeux. Marie, Bertille, Bastien, je me suis construite grâce à vous (ou à cause de vous, ça dépend des disputes). Chacun avec vos parcours, vous êtes des modèles de réussite à mes yeux, continuez à être heureux.

Papa, Maman, vous êtes, et serez, mon plus beau soutien. J'espère que vous êtes fiers, autant que moi, je le suis de vous. Je ne pourrais jamais assez vous remercier pour cette chance que vous nous avez donné d'avoir grandi auprès de vous.

Enfin toi, Romain, merci de partager mon quotidien, avec toutes les nuances que cela apporte. J'ai dit oui il y a quelques semaines seulement, je pense que cela suffit pour signifier combien je t'aime.

## **Et plus particulièrement pour Charlène**

A Constance : merci d'avoir été à l'initiative de ce projet, merci pour ton implication et ta bonne humeur permanente. Enfin, un grand merci pour tous ces moments de craquage. Ça a été un plaisir de travailler avec toi.

### *A ma famille*

A mes parents Chantal et Bruno : merci pour votre accompagnement sans faille et votre amour depuis toutes ces années. Vous avez toujours su trouver les mots justes. Je n'aurais jamais pu arriver là où j'en suis sans vous.

A mes frères Valentin et Aurélien : simplement merci. Grandir et m'épanouir à vos côtés m'a permis de devenir celle que je suis aujourd'hui. Je vous dois également ma détermination.

A Clément : par où commencer... Merci pour ton amour et ta présence depuis maintenant plus de dix ans. Un grand merci pour la patience dont tu fais preuve au quotidien. J'ai hâte de découvrir avec toi tous ces jolis moments qui nous attendent, je t'aime.

A ma belle- (ou seconde) famille Philippe, Pascale, François, Élise, Adèle et Mélissa : vous m'avez ouvert vos bras dès le premier jour où je vous ai rencontrés. Merci pour votre soutien et votre présence dans ma vie.

A Camille : un début d'amitié avant même de devenir belles-sœurs, les bases ne pouvaient qu'être solides. Tu es pour moi la grande sœur que je n'ai jamais eue. Merci pour tout.

A Jeanne : quelle joie de faire partie de ta (jeune) vie, j'ai hâte de te voir grandir et de t'apprendre tout plein de bêtises.

A mes grands-mères : merci pour votre confiance et vos encouragements tout au long de mes études. Merci à mamie Madeleine pour tous ces beaux souvenirs dans l'enfance, tu as été bien courageuse de nous supporter tous les 5... mais quel bonheur !

### *A mes amis*

A Ben, Marie M., Loulou, Lucas, Marie S., Yann, Aurore, Jerem R., Elodie, Baptiste, Laurène, Jerem G., Tuteur, Marina, Clo, Greg, Thomas, Max, Farah, Marie G., Nathan : merci de partager ma vie, pour certains depuis plus de quinze ans. Merci pour tous ces verres en ville, week-ends, soirées etc., pour votre présence tout simplement. Vous êtes une bouffée d'air frais !

A Nana et Joris : merci pour votre amitié sincère et pour toutes vos preuves de confiance récentes. Vous m'inspirez un peu plus chaque jour.

A Blandine, Amélie, Anaïs, Claire, Margot, Alizée et Hortense : merci à chacune d'entre vous, pour ces fous-rires, ces escapades à droite-à gauche depuis les premières années de fac. Vous avez rendu ces années plus douces, j'ai beaucoup de chance de vous avoir rencontrées.

Aux autres dinos Benji, Juliette, Buibui, Diane, Astrid, Alex, Arsène, Alix, Lola : merci pour ces beaux moments en votre compagnie. A quand le prochain week-end de folie ? Et un grand merci à Jibou, juste merci d'être toi.

A Padou, Laura, Jéré, Mathilde, Thuyt, Vincent, Fanny, Pierrot, Gogo, Claire, Louis : merci pour votre soutien durant l'externat, merci pour les folles soirées à la guinguette, merci pour tous ces bons souvenirs.

A Christelle : merci à cette fameuse garde de nous avoir permis de nous rencontrer. Une belle amitié est née ce soir-là. A quand le prochain voyage ensemble ?

A Charlotte B. pour nos longues heures à refaire le monde, Fafa, Jerem, Théo devenus bien plus que des voisins, Romain, Aude, Antoine, Charlotte N. : de superbes rencontres ou redécouvertes durant l'internat. Merci pour ces très bons moments en votre compagnie.

A tous ceux que je n'ai pas cités et avec qui j'ai partagé un bout de chemin : merci.

#### *Aux personnes ayant contribué à ma formation*

Aux urgences de Trousseau : merci à l'équipe médicale, paramédicale et aux co-internes en or, je garde un excellent souvenir de mes premiers pas d'interne en votre compagnie. La bonne humeur était toujours au rendez-vous ! Merci tout particulièrement à Lola Gonzalez et Jb Fezard, ce fut un plaisir de me lever le matin pour venir travailler avec vous.

A mes maîtres de stage de médecine générale : merci au Dr Ingrid De Jesus-Cremers, au Dr Emmanuel Bagourd, au Dr Vincent Galy, au Dr Nathalie Jan, au Dr Jean-Pierre Gentillet et au Dr Philippe Duval pour votre accompagnement et vos précieux conseils. Vous n'avez fait que confirmer mon envie de devenir médecin généraliste. Merci également à Clément S. pour ces quelques consultations ensemble, j'en garde un sacré souvenir.

Au service de soins de suite et réadaptation de Loches : merci au Dr Isabelle Berger, au Dr Aurélie Nguyen, au Dr Isabelle Chenu et au Dr Thavenot pour votre implication et votre humanité.

A l'équipe de gynécologie de Chinon : ce stage, bien que trop court à mon goût, a été à la hauteur de mes espérances. Merci au Dr Mélanie Boissinot, au Dr Julie Delvallée, au Dr Lauranne Rossard, au Dr Laura Boivin et au Dr Julie Paternotte pour votre bienveillance et votre implication.

Au service de Médecine Pédiatrique de Clocheville : merci pour ce stage, j'ai beaucoup appris en très peu de temps. Et merci à mes co-internes, j'ai été heureuse de partager ces quelques semaines à vos côtés. Un merci tout particulier à Nannis, ça a été un plaisir de te retrouver dans le cadre du travail.

A l'équipe de l'HAD Val de Loire : merci au Dr Guillaume Sasseigne, au Dr Cécile Du Passage, au Dr Rachel Nau, au Dr Valérie Duchêne, au Dr Quitterie Percie Du Sert et au Dr Mathilde Géry pour ce semestre riche en émotions, j'ai énormément appris de chacun d'entre vous. Merci également à toute l'équipe, j'ai adoré échanger (et parler de tout et de rien) avec chacun d'entre vous.

## Table des matières

Introduction	15
Matériel et Méthodes	16
Caractéristiques des investigatrices	16
Population étudiée	16
Recueil des données	17
Analyse des données	17
Aspects éthiques	17
Résultats	18
Caractéristiques de la population étudiée	18
Les deux mondes	19
Le patient : passeur de témoin	21
Vers un travail coopératif	21
Modèle explicatif	23
Discussion	24
Forces et limites de l'étude	24
A propos des résultats	24
Perspectives	26
Conclusion	28
Bibliographie	29
Annexes	33

## Introduction

Les français sont les plus grands consommateurs de cannabis en Europe (1). On dénombre 700 000 usagers quotidiens de cannabis et 350 000 consommateurs réguliers de cocaïne, d'amphétamines ou d'opiacés (2). Un quart des adultes français dépasse les seuils de consommation consensuels à moindre risque d'alcool (3).

Les conduites addictives sont impliquées dans environ 30 % des décès avant 65 ans (4). Les stupéfiants sont présents dans près d'un quart des accidents mortels de la route. L'alcool est, après le tabac, la deuxième cause de mortalité évitable par cancer (2). Chaque année, il y a environ 41 000 décès liés à l'alcool (3).

Dans ce contexte, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont pris en charge 314 000 patients en 2019. Ce nombre ne cesse de croître et a augmenté de plus de 20% depuis 2010 (5). Les soins primaires jouent également un rôle majeur. Le médecin généraliste est incité à être le pivot de la prise en charge de l'addiction (2).

L'association des compétences du médecin généraliste et des professionnels du CSAPA permet à l'utilisateur de bénéficier d'une prise en charge de qualité. Un travail en coopération améliore de manière significative l'accès au traitement et l'abstinence à 6 mois des personnes avec troubles liés à l'usage d'alcool et/ou d'opiacés (6).

Pourtant, la participation des médecins généralistes à un réseau d'addictologie est de 5,3% en 2009 (7) et plusieurs études qualitatives françaises ont mis en évidence une coordination difficile entre CSAPA et soins primaires (8-11).

Face à cette difficulté, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives de 2010 préconisait un renforcement de l'identification des structures de soins par les professionnels non spécialisés et une amélioration du parcours de soins. Faute de résultats satisfaisants, cette mission a été reconduite en 2020 (2).

De plus, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) incitent les CSAPA à partager avec les professionnels de santé extérieurs l'ensemble des informations utiles et nécessaires au suivi du patient (12).

Peu de travaux se sont intéressés au vécu du patient pendant sa prise en charge en CSAPA et soins primaires, en parallèle de celui des médecins généralistes et addictologues.

L'objectif de notre étude est donc de décrire les réalités de l'articulation entre centres de prise en charge en addictologie et médecine générale par l'exploration des discours de médecins généralistes, addictologues et usagers de drogues.

## Matériel et Méthodes

Cette étude qualitative a été menée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés.

### Caractéristiques des investigatrices

Les entretiens semi-dirigés ont été conduits par l'une ou l'autre des investigatrices entre Novembre 2021 et Mai 2022, auprès de médecins généralistes libéraux, addictologues et patients présentant un trouble addictif.

Les deux investigatrices étaient des médecins généralistes non thésées.

### Population étudiée

#### Médecins généralistes

Les entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes exerçant en Indre-et-Loire, recrutés par mail ou par téléphone.

L'échantillonnage a été raisonné pour atteindre une variabilité maximale sur les critères de variation suivants : l'âge, le genre, le lieu d'exercice, le mode d'exercice et une éventuelle formation en addictologie.

L'âge exact des médecins généralistes n'est pas précisé pour garantir leur anonymat.

Les entretiens ont eu lieu sur leur lieu de travail ou à leur domicile pour quelques-uns. Deux refus de participer ont été relevés, l'un par manque de temps, l'autre par manque d'intérêt.

#### Addictologues

Les entretiens ont été conduits auprès d'addictologues travaillant dans les antennes hospitalières de prise en charge en addictologie de l'Indre-et-Loire, principalement des CSAPA. Ils ont été recrutés par mail.

L'échantillonnage a été raisonné pour atteindre une variabilité maximale sur les critères de variation suivants : l'âge, le genre, la formation initiale, le lieu d'exercice de chaque médecin.

Pour ne pas lever l'anonymat des addictologues interrogés, ni la formation initiale ni l'âge exact ne sont précisés.

Les entretiens ont été menés sur leur lieu d'exercice.

#### Patients

Les entretiens ont été réalisés auprès de patients présentant un trouble addictif. Le recrutement s'est fait en Indre-et-Loire, en milieu urbain et rural, par téléphone ou directement lors de consultations de médecine générale ou d'addictologie.

L'échantillonnage a été raisonné pour atteindre une variabilité maximale sur les critères de variation suivants : le genre, l'âge, le type d'addiction et la catégorie socio-professionnelle. Le seul critère d'exclusion était l'absence de prise en charge, actuelle ou passée, en centre d'addictologie.

Les entretiens ont eu lieu en cabinet de médecine générale ou en CSAPA.

Il n'y avait pas de relation de soin entre les investigatrices et les participants. Certains patients interrogés étaient suivis par des médecins inclus dans l'étude.

### Recueil des données

Le guide d'entretien a évolué et a été modifié tout au long de l'étude afin d'améliorer la pertinence des entretiens suivants.

Ceux-ci ont été enregistrés, anonymisés lors de la retranscription et codés à l'aide du logiciel QSR Nvivo®. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données, mise en évidence par l'analyse au fur et à mesure des entretiens.

Le sujet et le but de l'étude étaient brièvement présentés lors du premier contact, afin que l'entretien ultérieur reste le plus spontané possible.

### Analyse des données

Les chercheuses ont mené une analyse inspirée de la théorisation ancrée. Elle a permis la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies lors des entretiens.

Un travail sur les préjugés et les a priori des investigatrices et promoteurs a été fait au début de cette étude, afin de ne pas corrompre le processus d'analyse des résultats.

Le verbatim de chaque entretien a été codé indépendamment par au moins trois chercheurs, les deux investigatrices et un des deux promoteurs de cette étude.

Les critères de qualité COREQ ont été respectés.

### Aspects éthiques

Chaque personne interrogée a donné son consentement oral avant les entretiens et a été informée de la possibilité de se retirer librement de l'étude à tout moment.

La déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'ont pas été nécessaires compte-tenu de l'anonymisation des données.

## Résultats

### Caractéristiques de la population étudiée

Au total, 23 entretiens semi-dirigés ont été menés et analysés auprès de 9 médecins généralistes libéraux, 7 addictologues exerçant en CSAPA ou dans une antenne hospitalière d'addictologie (centre de cure ou équipe mobile) et 7 usagers.

La durée moyenne des entretiens était de 63,7 minutes pour les patients, 42,4 minutes pour les médecins généralistes et 59,7 minutes pour les addictologues.

<b>Patients</b>	Sexe	Âge	Type d'addiction	Catégorie socio-professionnelle	Lieu de vie	Durée d'entretien
P1	Homme	40 ans	Héroïne / cannabis	Demandeur d'emploi	Urbain	48 min
P2	Femme	54 ans	Héroïne / alcool	Employée	Semi-rural	44 min
P3	Femme	39 ans	Opiacés / Benzodiazépines / Alcool	Demandeur d'emploi	Semi-rural	61 min
P4	Homme	34 ans	Opiacés	Indépendant	Rural	90 min
P5	Femme	65 ans	Héroïne / Opiacés	Demandeur d'emploi	Urbain	86 min
P6	Femme	37 ans	Héroïne	Demandeur d'emploi	Semi-rural	55 min
P7	Homme	46 ans	Alcool	Ouvrier	Urbain	62 min

<b>Médecins généralistes</b>	Sexe	Âge	Formation en addictologie	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Durée d'entretien
M1	Femme	40-60 ans	DU de tabacologie	Cabinet de groupe	Semi-rural	21 min
M2	Femme	< 40 ans	Aucune	Cabinet de groupe	Semi-rural	27 min
M3	Femme	40-60 ans	Aucune	Cabinet de groupe	Semi-rural	38 min
M4	Homme	40-60 ans	Aucune	Cabinet de groupe	Semi-rural	39 min
M5	Homme	> 60 ans	Aucune	Seul	Urbain	69 min
M6	Homme	< 40 ans	Aucune	Maison de santé pluridisciplinaire	Semi-rural	36 min
M7	Femme	40-60 ans	Aucune	Cabinet de groupe	Semi-rural	42 min
M8	Femme	< 40 ans	Aucune	Cabinet de groupe	Urbain	57 min
M9	Femme	40-60 ans	DU d'alcoologie	Cabinet de groupe	Urbain	53 min

<b>Addictologues</b>	Sexe	Âge	Lieu d'exercice	Durée d'entretien
A1	Femme	40-60 ans	CSAPA	73 min
A2	Femme	> 60 ans	Centre de cure	58 min
A3	Homme	< 40 ans	CSAPA	35 min
A4	Femme	< 40 ans	CSAPA	44 min
A5	Femme	40-60 ans	CSAPA	82 min
A6	Homme	40-60 ans	Équipe mobile	72 min
A7	Homme	40-60 ans	CSAPA	54 min

Les deux mondes “j’peux comprendre un peu que vu d’sa planète...” (A5)

La prise en charge des patients présentant un trouble addictif est une prise en charge indépendante et dissociée entre soins primaires et CSAPA. “Moi je les vois sur le versant addicto-psy [...] et j’ai très peu de contacts avec les médecins et ils font leur boulot de somaticiens et on est pas en lien.” (A1) Il y a peu de communication entre ces deux types d’intervenants.

Ce manque de communication s’explique par le fait qu’addictologues et médecins généralistes n’interviennent pas au même moment de la prise en charge. “On bosse pas ensemble autour d’la même chose [...] au même moment [...] le médecin, il va pas voir son patient pendant l’induction. [...] Et donc j’veis pas avoir à communiquer avec lui”. (A5)

D’après les addictologues, l’addictologie ne relève pas toujours des soins primaires, pour différentes raisons. Selon eux, il existe un désintérêt des médecins généralistes pour la spécialité s’expliquant par une méconnaissance du sujet et par leurs préjugés sur les patients. “Comment on peut forcer un médecin à s’intéresser à l’addicto alors qu’il a pas envie ça, on peut pas.” (A3)

Ce sont des prises en charge souvent qualifiées de trop complexes pour la médecine générale. “Tout seul dans un cabinet, euh... Si vous avez 30 patients par jour [...] Un seul il vous pourrait la journée.” (A2) Les médecins généralistes partagent cet avis lorsqu’il y a rechute, comorbidités psychiatriques ou polyaddictions. “J’mé vois pas gérer le zyprexa, avec une pathologie psychiatrique non étiquetée tu vois... plus l’alcool.” (M8)

Il en résulte un manque de confiance envers les médecins généralistes pour assurer le suivi de leurs patients et une difficulté à lâcher la main. “C’est aussi un frein parce que tu sais pas qui tu vas retrouver derrière.” (A4)

Très peu de médecins généralistes se montrent désintéressés de la prise en charge en addictologie. Pourtant, ils l’estiment peu gratifiante et se sentent régulièrement mis en échec. “Je les vois pas encore, les fruits de notre travail ensemble... On a beau bosser ensemble. C’est vrai que ça marche pas tellement.” (M6)

Même lorsqu’ils ne maîtrisent pas, il y a une réelle volonté de faire. “Si après, [...] on me donne des ressources... pour aller au-delà de mes limites [...] J’suis d’accord pour le faire.” (M7)

Les addictologues ont parfois des représentations erronées de la réalité des soins primaires, “Parce qu’en plus un généraliste, il lui faut « un problème, une solution » il a 5 minutes euh... il faut qu’il règle le truc” (A1), non relayées dans le discours des médecins généralistes.

Parallèlement, les médecins généralistes ne maîtrisent pas le rôle des intervenants des CSAPA et le fonctionnement du réseau. Ils ne sollicitent pas toujours à bon escient les centres.

Les médecins généralistes déplorent un manque de visibilité des structures. *“Je trouve que c’est opaque les CSAPA. On ne connaît pas l’organisation, on ne sait pas qui ils sont.”* (M8) Ce ressenti est compris par les addictologues mais pour eux, la priorité est d’être visible des patients. *“En fait, les patients savent nous trouver, ils ont toujours su nous trouver, et c’est ça aussi, notre activité.”* (A1)

Lorsqu’un patient est suivi en CSAPA, les médecins généralistes ont souvent peu de retours de la structure, mettant à mal leur rôle de coordinateur des soins. *“En tant que médecin généraliste [...] on est pas le pilier mais on est le pivot des soins.”* (M7) Ils se sentent évincés de la prise en charge. *“C’est ça qui est un peu chiant, j’sais pas exactement quand est-ce qu’il l’a revu, s’il a changé des trucs.”* (M2)

L’addictologue émet souvent des réserves à transmettre au médecin généraliste ses échanges avec le patient dès lors qu’il aborde le versant psychologique, qu’il pense devoir garder secret. *“Ça c’est un vrai problème, je pense qu’on a une vraie culture du secret euh... qui n’a plus lieu d’être et contre laquelle il faut lutter.”* (A3)

Selon les médecins généralistes, cette notion de secret est une spécificité de l’addictologie et de la psychiatrie qu’ils ne comprennent pas. *“On est pas obligés de rentrer dans l’intime... ils peuvent juste nous dire qu’il est suivi et quel est son traitement.”* (M7)

Les addictologues ne ressentent pas le besoin de communiquer avec l’extérieur. *“Y a un fonctionnement euh insulaire de la consultation d’addicto... On se suffit à nous-même pi on a tout sur place... Parce qu’on est pluridisciplinaire.”* (A5)

Cette organisation, rassurante pour le patient, entraîne une appréhension du retour vers la médecine générale. *“Presque du jour au lendemain, euh... bah on est dans la cour des grands quoi. Et euh... et euh on s’débrouille un peu par nous-même.”* (P4)

C’est donc un travail qui se fait sans communication. *“Le relais c’est pas une relation, c’est une ordo.”* (A5) Cette situation semble les satisfaire tant que le patient n’est pas impacté. *“Mais il a ses ordonnances de relais [...] Et finalement bah le job pour le patient va être fait [...] j’fais pas de courrier.”* (A5)

Pourtant, chacun se souvient de mauvaises expériences liées au manque de communication, notamment lors de double prescription pouvant nuire au patient.

Les patients ne se posent pas spontanément la question de l’existence d’un travail en coopération entre CSAPA et soins primaires. C’est en leur posant la question qu’ils réalisent l’absence de communication, et n’y voient pas d’inconvénient. *“Après je sais pas comment, si elles communiquent... sur les patients et à la limite c’est pas très grave.”* (P3)

D'autres souhaiteraient davantage d'échanges. *"Mettez-vous tous euh... effectivement, donnez-vous la main, comme ça j'aurais pas besoin d'aller tous les trois mois voir... voir ce mec."* (P5)

Enfin, les patients confirment l'opinion des addictologues sur les représentations que les médecins généralistes peuvent parfois avoir les concernant. *"J'osais plus aller chez les médecins parce que [...] c'était le jugement."* (P6)

Le patient : passeur de témoin *"Mais finalement, jamais personne n'a eu besoin d'appeler personne"* (P6)

Le patient joue le rôle d'intermédiaire dans la communication entre addictologues et médecins généralistes, surtout lorsqu'il est moteur. *"En général les patients appellent au cabinet en disant qu'ils viennent de la part de (...) et d'mandent un suivi."* (M9) Il informe lui-même son médecin généraliste de son suivi au centre et fait de même avec son addictologue. *"Il m'a fait confiance hein [...] je lui ai fait voir mon ancienne ordonnance."* (P1)

Ceci peut accentuer cette autonomie vis-à-vis des médecins. *"Parfois ils viennent à deux consultations et ensuite ils viennent plus et ensuite on les revoit 6 mois après... C'est... tellement aléatoire."* (A4) Il a tendance à compartimenter la prise en charge selon ses besoins. *"C'est deux travaux différents en fait [...] C'est vraiment complémentaire."* (P3)

Cela peut entraîner un défaut de communication directe, avec des médecins généralistes qui n'adressent pas et des addictologues qui ne font pas de retour. *"Nan on a pas de retour en addicto c'est fou hein."* (M7) Si cette situation convient aux addictologues, les médecins généralistes se sentent peu intégrés dans la prise en charge *"La relation avec les addicts, c'est pas une relation tripartite."* (M6) et doivent se fier aux dires de leurs patients *"Enfin lui il m'a dit qu'il les avait vus, mais finalement j'en sais rien [...] qu'est ce qui s'est passé euh."* (M4)

Cela peut venir entacher la relation entre médecin généraliste et addictologue en créant de l'incompréhension sur la prise en charge de l'autre et des a priori sur sa façon de travailler.

Vers un travail coopératif *"Tu vois par exemple organiser des réunions [...] on fait ça autour d'un pot [...] c'est convivial."* (M1)

Les médecins généralistes se sentent souvent seuls et en difficulté dans leur prise en charge de patient présentant un trouble addictif. *"C'est hyper spécialisé... je te dis quand t'es pas formée."* (M2)

Avec le temps, ils peuvent développer une relation qui va au-delà de l'empathie avec leur patient, ce qui complexifie la prise en charge. *"Ça m'a vachement éprouvé quoi... psychologiquement... sur une gamine que tu connais très bien, sur la mère que tu vois dévastée."* (M3)

Ils ressentent le besoin d'être soutenus et guidés par les addictologues. *“Y a pas de pédagogie [...] dans c'que fait l'addicto. Ça aussi c'est un, quelque chose qu'est formateur pour un médecin généraliste, c'est-à-dire d'avoir un retour sur c'que t'as fait et sur c'qu'on t'propose.”* (M6) Les addictologues perçoivent aisément ce besoin de réassurance. *“Chaque fois qu'on les appelle [...], ils se sentent un peu débordés, donc ils sont plutôt contents qu'on... qu'on discute de ça.”* (A6)

Par ailleurs, la gestion des comorbidités somatiques relève plus de la médecine générale que des missions du CSAPA, ce qui renforce ce besoin de travail en coopération. *“Donc moi j'étais en lien avec le médecin, parce qu'elle a un diabète.”* (A1)

La file active de patients étant devenue trop importante au sein des CSAPA, les addictologues ont besoin des médecins généralistes pour la prise en charge d'aval. *“L'idée souvent c'est de... les stabiliser [...] Et qu'après [...] on bascule finalement, la prescription vers le généraliste.”* (A4) Les patients sont d'ailleurs souvent demandeurs d'un relais vers la médecine de ville.

Finalement, addictologues et médecins généralistes s'accordent à dire qu'un travail en coopération est bénéfique. *“C'est plus simple quand le spécialiste est en rapport avec le médecin généraliste.”* (M7) Il a également un intérêt pédagogique. *“On échangeait sur le suivi [...] On fait monter en compétences.”* (A7)

Le patient reconnaît au médecin généraliste et à l'addictologue des compétences qui leurs sont propres. Contrairement au CSAPA qui peut être perçu comme un lieu stigmatisant et de tentation, avoir un suivi en soins primaires banalise sa prise en charge et le rapproche de son domicile. *“J'ai plus l'impression d'être normale... d'être dans le sens de la norme quoi.”* (P6)

Il aborde facilement ses addictions avec le médecin généraliste *“Il me connaissait par cœur [...] il sait tout, fin en fait j'ai rien à cacher.”* (P7) et apprécie lorsque la relation est horizontale. Être intégré dans la prise de décision lui permet de se sentir acteur de sa santé. *“Le médecin et moi. On a vraiment réfléchi ensemble de, de.. de la conduite à tenir.”* (P4)

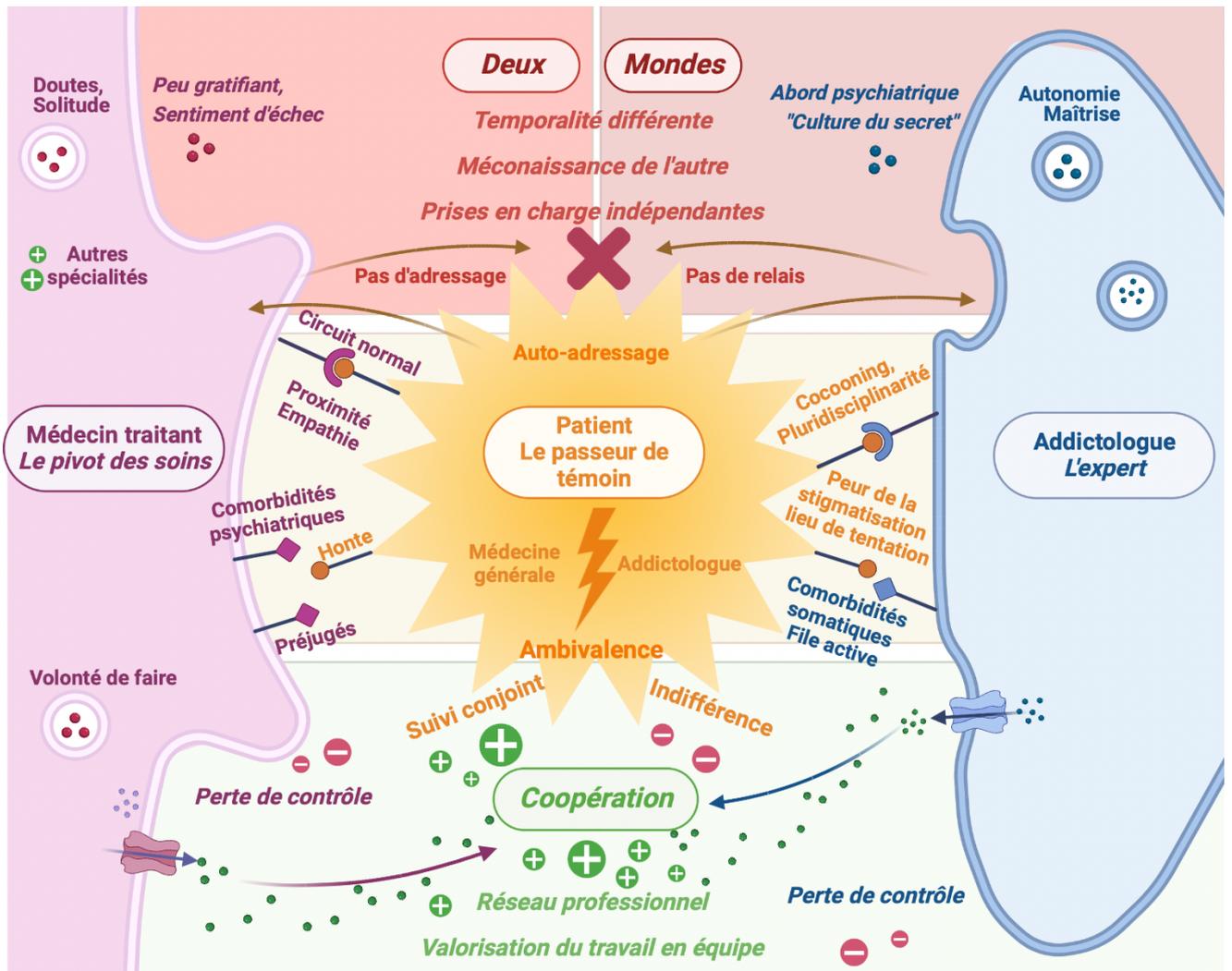
Tous rapportent des qualités d'empathie, de soutien, de confiance envers leur médecin généraliste qui sont essentielles au suivi. *“Là j'avais non seulement pas l'impression de déranger mais j'avais l'impression qu'on voulait vraiment m'filer un coup de main.”* (P6)

La notion de médecin de famille n'est donc pas un frein pour la plupart, contrairement à ce que rapportent les addictologues. *“J'en ai toujours parlé [...] que ce soit homme ou femme ou médecin de famille.”* (P2)

Le fait d'avoir des compétences en addictologie ou d'être connu par le CSAPA sont des qualités qui rassurent le patient mais ne sont pas essentielles dans le choix du médecin généraliste. *“J'suis assez content quand même d'avoir quelqu'un [...] qu'est une bonne écoute qui connaît un peu l'sujet quoi hein.”* (P4)

Si la plupart des patients sont satisfaits d'un suivi en médecine générale, certains souhaitent maintenir un travail conjoint entre soins primaires et CSAPA avec notamment un suivi psychologique ou addictologique en centre spécialisé.

Modèle explicatif concernant l'articulation entre soins primaires et CSAPA



# Discussion

## Forces et limites de l'étude

Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée par deux investigatrices non expertes. Le manque d'expérience a pu influencer sur l'émergence d'un discours totalement personnel et spontané de l'interviewé. Cependant, la durée moyenne des entretiens (55 minutes) a permis de réinterroger plusieurs fois les problématiques. Par ailleurs, les deux investigatrices et les deux promoteurs ont mené un travail préalable aux entretiens autour de leurs représentations afin de réduire le biais de confirmation. De plus, le caractère évolutif du guide d'entretien intégrant des questions ouvertes nouvelles au fil des entretiens a permis de réinterroger les mécanismes émergents.

L'interprétation des données a pu également être affectée par le manque d'expérience des investigatrices. Pour limiter le biais d'interprétation, leur analyse a été triangulée.

Le recrutement des médecins généralistes s'est heurté à plusieurs refus. En effet, afin d'assurer une bonne variabilité, plusieurs médecins exerçant seuls semblant avoir une certaine autonomie dans leur prise en charge ont été contactés. La difficulté à les recruter peut s'expliquer par leur exercice solitaire.

Plusieurs études du même type se sont intéressées aux discours des soignants concernant les acteurs et l'organisation des soins en addictologie. Cependant, il n'a pas été relevé d'études explorant, dans une unité de temps et d'espace, à la fois le discours de soignants de premiers recours et d'addictologie et celui des usagers. La confrontation des trois permet de dégager des mécanismes transversaux semblant jouer un rôle majeur dans le soin effectif.

## A propos des résultats

L'un des principaux résultats de notre étude est l'absence de communication entre médecins généralistes et addictologues. La prise en charge est comme dissociée, ce qui apparaît dans de nombreuses publications (10,11,13,14). Si la mauvaise connaissance du réseau d'addictologie par les médecins généralistes est déjà apparue dans plusieurs études qualitatives (15-17), l'étude simultanée des discours des addictologues et des usagers en plus de celui des médecins généralistes nous a permis de mettre en évidence des représentations non partagées des soins primaires. Autant les médecins généralistes considèrent que l'addictologie relève de leur pratique, autant les addictologues semblent ambivalents sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des conduites addictives. Ces résultats sont originaux dans la mesure où peu d'études ont exploré les représentations des addictologues concernant la prise en charge des troubles addictifs en soins primaires.

L'ambivalence des addictologues s'explique par plusieurs éléments. Tout d'abord, les CSAPA semblent fonctionner en autonomie. L'utilisateur n'a pas de raison particulière de consulter un soignant hors de la structure avant de s'y rendre, ni pendant la durée de sa prise en

charge. Les addictologues ont ainsi peu d'occasions d'interagir avec le médecin généraliste lors du ré-adressement. La communication est tout aussi faible lors de l'adressage du fait de l'arrivée souvent spontanée de l'utilisateur au CSAPA. Ce manque d'interaction avait été également mis en évidence dans deux études récentes (18,19) qui l'expliquaient par des pratiques professionnelles similaires à celles utilisées en psychiatrie. Le caractère potentiellement stigmatisant ou particulièrement intime de certaines informations freinerait les addictologues à communiquer davantage. La prise en charge en soins primaires est ainsi méconnue et paraît de prime abord peu compatible avec ces caractéristiques.

Le secret médical peut être partagé entre professionnels de santé afin d'assurer la continuité des soins, comme le rappelle le décret du 20 juillet 2016. Le praticien devrait, lorsqu'il adresse un patient, accompagner sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à sa prise en charge. Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison devrait être remise au patient et au médecin traitant (20,21). Même si les médecins interrogés dans notre étude ont conscience de cette obligation, ce n'est que rarement mis en pratique.

Ce besoin de coopération entre médecin généraliste et centre spécialisé a fait l'objet d'une recommandation spécifique de la Haute Autorité de Santé en 2018 pour le patient présentant une pathologie psychiatrique. Elle identifie le médecin traitant comme le pivot des soins et insiste sur l'importance des échanges et de l'interconnaissance entre les acteurs des soins (22). En 2019, l'HAS a étendu ces recommandations aux CSAPA, préconisant la réalisation d'un courrier de liaison pour les médecins généralistes, afin de garantir la bonne continuité des soins (12). Ces recommandations sont connues des addictologues interrogés dans notre étude qui reconnaissent pourtant peu les appliquer. Ainsi, les médecins généralistes se sentent structurellement peu inclus dans le suivi de leurs patients malgré leur volonté d'avoir une prise en charge globale.

Les patients, quant à eux, semblent peu gênés par une prise en charge dissociée, plus par habitude que par adhésion profonde (23). Ils auraient d'ailleurs tendance à favoriser ce mode de prise en charge, comme cela a été décrit par Huynh et al (24). Dans une étude française de 2014 chez 100 patients suivis en CSAPA, 47% d'entre eux jugent le médecin généraliste insuffisamment formé pour assurer leur suivi et 71% estiment avoir besoin d'un suivi conjoint entre le médecin généraliste et le CSAPA (25). Ce constat est peu retrouvé dans les discours des patients de notre étude qui sont, pour la plupart, satisfaits et demandeurs d'un suivi en médecine générale. Certains souhaitent néanmoins maintenir un suivi conjoint sans considérer comme essentielle la communication entre les soignants. Par ailleurs, ils apprécient la proximité et le caractère moins stigmatisant du suivi en cabinet. La relation horizontale qu'ils peuvent avoir avec leur médecin traitant est également un élément central dans leur adhésion à une prise en charge en soins primaires. Ces résultats sont corroborés par plusieurs études américaines récentes (23,26,27) mais ne semblent pas encore avoir été mis en évidence en France.

Pourtant, convaincre les usagers et les soignants de l'importance de la coordination semble primordial (22). De nombreuses études ont montré qu'un travail en coopération entre

soins primaires et CSAPA améliorerait la qualité des soins (6,24,28–30). Mieux, la coopération améliore également la satisfaction des professionnels de santé (23) et des patients (18). La fréquence des comorbidités somatiques et psychiatriques associées aux troubles addictifs (31) souligne ce besoin réciproque de travail coopératif, retrouvé dans notre étude (28).

Selon d'autres travaux, avec un appui spécialisé et une formation en addictologie, la prise en charge en soins primaires est aussi efficace qu'en centre (32,33). Ceci rejoint nos résultats qui pointent le caractère formatif des échanges pour les médecins généralistes. Un travail reste à faire sur les représentations de ces derniers concernant les patients présentant un trouble addictif, comme le soulignent les usagers et addictologues de ce travail (29,34–36).

Favoriser le travail en réseau entre soins primaires et CSAPA reproduirait le parcours de soins déjà mis en place dans les autres maladies chroniques où les compétences du médecin généraliste sont reconnues (35).

### Perspectives

La principale demande des médecins de cette étude serait de systématiser les échanges par le biais de courriers d'adressage et de suivi. Ce courrier, simple, déjà connu, légalement obligatoire, ne chercherait pas à décrire l'exhaustivité du contenu des consultations. Il devrait préciser le schéma thérapeutique, pourrait apporter des informations sur le suivi mis en place ainsi que les coordonnées du référent. Une conduite à tenir personnalisée pour chaque patient pourrait également y être proposée. Elle est en effet très demandée par les médecins généralistes interrogés, qui y voient un intérêt pédagogique pour leur propre pratique. Un des avantages du courrier serait la possibilité de le remettre au patient afin de l'inclure dans sa prise en charge.

Une autre piste pour faciliter les échanges entre soins primaires et CSAPA serait d'améliorer la formation des médecins généralistes en addictologie. Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 propose un renforcement des connaissances des professionnels de santé tant sur le plan de la formation initiale que sur la formation continue (2). Cela augmenterait la qualité des soins (37) et permettrait aux médecins généralistes de partager une vision commune à celle des addictologues et de réduire leurs préjugés (34,38). Si les médecins généralistes interrogés dans notre étude sont bien demandeurs de formations, celles-ci s'organiseraient plutôt comme des rencontres informelles de pair à pair permettant l'interconnaissance entre professionnels du même secteur. Cela pourrait passer par l'organisation de repas ou de courtes réunions au cabinet des médecins généralistes, avec un infirmier ou médecin du CSAPA. Ces rencontres auraient l'avantage d'identifier des personnes ressources, de présenter le fonctionnement de la structure et d'aborder des points précis de la spécialité.

Depuis 2017, l'Indre-et-Loire a vu naître les projets de Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé (CPTS), dont l'objectif principal est de permettre à de nombreux professionnels de santé de travailler ensemble, afin d'améliorer la qualité des soins (39). Malgré la mise en place effective de ce dispositif, il n'y a pas eu de projet concernant l'addictologie. Pourtant, la CPTS est une structure localement ancrée, à l'organisation

horizontale, et semble être ainsi particulièrement adaptée pour mettre en place des réunions et des formations de ce type.

L'intervision serait une autre façon de renforcer la formation des médecins généralistes, tout en améliorant les échanges entre partenaires. En organisant des réunions par visioconférence entre les intervenants de CSAPA et les professionnels libéraux comme les médecins généralistes ou les pharmaciens de ville, ils apprendraient à travailler ensemble et pourraient échanger sur des prises en charge communes. Cet outil de formation existe maintenant depuis plus de vingt ans (40). Il est très bien implanté dans les Hauts de France où une étude menée en 2015 a montré que cela semblait favoriser l'alliance thérapeutique et l'adhésion du patient au programme de soins (41).

Enfin, un travail d'éducation du patient serait également nécessaire. En effet, ce dernier ne semble pas avoir conscience de l'importance du travail en coopération entre son médecin traitant et son addictologue. Cela s'explique probablement par un bien d'expérience : il est difficile pour lui d'en voir les bénéfices tant qu'il ne l'a pas expérimenté (23). Il faut donc lui présenter les bienfaits de l'approche globale et pluridisciplinaire de sa pathologie. Cela pourrait passer par un renforcement du discours des médecins généralistes et équipes de CSAPA sur le parcours de santé coordonné. Le patient s'investirait plus dans un suivi conjoint plutôt que dissocié.

## Conclusion

La maladie addictive requiert une prise en charge pluridisciplinaire. Le médecin généraliste, est identifié comme le pivot des soins mais n'est pas systématiquement associé, ou ne s'associe pas à la prise en charge en structure spécialisée. Les prises en charge des troubles addictifs nécessitent des échanges réguliers autour du patient, ce qui n'est pas mis en place à ce jour, malgré des recommandations consensuelles.

Les patients jouent le rôle d'intermédiaire dans la communication et ne semblent pas accorder d'importance aux échanges entre médecins généralistes et addictologues. Ils souhaitent un suivi chez leur médecin généraliste avec pour certains, un suivi complémentaire en CSAPA. Un travail d'information auprès des patients serait à réaliser pour qu'ils prennent conscience de l'importance de cette coopération.

Il paraîtrait primordial de systématiser les échanges entre soins primaires et CSAPA par le biais de courriers adaptés, présentant peu d'éléments biographiques mais plutôt des précisions thérapeutiques. Enfin, il faudrait favoriser l'interconnaissance en organisant des rencontres informelles en cabinet ou par le biais d'organisations locales comme la CPTS, ce qui aurait comme effet d'améliorer les savoir-faire de chacun. La communication entre soignants est d'autant plus facile quand chacun se connaît et se reconnaît.

## Bibliographie

1. Observatoire européen des drogues et toxicomanies. Rapport européen sur les drogues: Tendances et évolutions. 2021. 2021;60.
2. Ministère de la santé. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. 21 janv 2020; [Internet]. [Cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/48065/download?inline>
3. Michot I. Drogues, chiffres clés 8ème édition. 2019;8.
4. Addictions - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
5. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA : évolutions récentes - OFDT [Internet]. 2021. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-personnes-accueillies-dans-les-csapa-evolutions-recentes/>
6. Watkins KE, Ober AJ, Lamp K, Lind M, Setodji C, Osilla KC, et al. Collaborative Care for Opioid and Alcohol Use Disorders in Primary Care: The SUMMIT Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 1 oct 2017;177(10):1480.
7. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
8. Layrac R. Leviers et obstacles à la coordination du parcours de santé addictologique par les médecins généralistes du Marmandais : recherche qualitative par focus group et entretiens individuels semi-dirigés [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université Bordeaux; 2020.
9. Dassonville AF. Mésusage d'alcool: articulation entre médecins généralistes et centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) [Thèse d'exercice]. [Lille]: Université de Lille; 2019.
10. Stoll C. Quels sont les échanges entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie pour la prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés en Seine-Maritime et dans l'Eure ? : Étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2018.
11. Serriari NE. Échanges d'informations médicales entre centres d'addictologie et médecins généralistes : ressenti des médecins généralistes picards [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne; 2018.
12. Haute Autorité de Santé. La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), recommandations de bonnes pratiques. Sept 2019;94.

13. Denais J. Prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool: pratiques et travail en réseau des médecins généralistes du Var et des Bouches du Rhône [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Université Marseille; 2021.
14. Clergue-Duval V, Pot E, Azuar J. État de la prise en charge addictologique par les généralistes dans le nord de Paris. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Mai 2018;66(3):195-9.
15. Malichier É. Rôle et place du médecin généraliste dans l'accompagnement / la prise en charge des problèmes d'alcool: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019) ; 2017.
16. Thomas Poyade E, Nubukpo P. Utilisation par les médecins généralistes de la Haute-Vienne des dispositifs addictologiques sanitaires et médico-sociaux du département, dans la prise en charge d'un trouble d'usage d'alcool [Thèse d'exercice]. Limoges, France: SCD de l'Université de Limoges; 2016.
17. Ternisien S. Utilisation du réseau de soins en alcoologie d'Amiens par les médecins généralistes du Grand Amiénois: étude statistique quantitative [Thèse d'exercice]. [Limoges]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
18. Rouault C. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015 : constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain. [Internet]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2016.
19. Kihn E, Paulin A. Communication entre le médecin généraliste, le psychiatre libéral et les centres médico-psychologiques en Lorraine: freins et attentes d'une bonne communication entre généralistes, psychiatres libéraux et centres médico-psychologiques évoqués en entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2020.
20. Legifrance. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel [Internet]. [Cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922455>
21. Fiche 12 : le secret professionnel et le partage des informations médicales entre professionnels de santé - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [Cité 27 juill 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-12-le-secret-professionnel-et-le-partage-des-informations-medicales-entre>
22. HAS. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : État des lieux, repères et outils pour une amélioration. sept 2018;78.
23. Barry CL, Epstein AJ, Fiellin DA, Fraenkel L, Busch SH. Estimating demand for primary care-based treatment for substance and alcohol use disorders: Demand for primary care-based treatment. *Addiction*. août 2016;111(8):1376-84.

24. Huynh C, Ngamini Ngui A, Kairouz S, Lesage A, Fleury MJ. Factors associated with high use of general practitioner and psychiatrist services among patients attending an addiction rehabilitation center. *BMC Psychiatry*. déc 2016;16(1):258.
25. Hagege-Arditti J. Évaluation du ressenti des patients alcoolodépendants vis à vis du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de leur maladie alcoolique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019) ; 2014.
26. Fox AD, Masyukova M, Cunningham CO. Optimizing psychosocial support during office-based buprenorphine treatment in primary care: Patients' experiences and preferences. *Subst Abus*. 2016;37(1):70-5.
27. Hooker SA, Sherman MD, Lonergan-Cullum M, Sattler A, Liese BS, Justesen K, et al. Mental Health and Psychosocial Needs of Patients Being Treated for Opioid Use Disorder in a Primary Care Residency Clinic. *J Prim Care Community Health*. Janv 2020;11:215013272093201.
28. Brackett CD, Duncan M, Wagner JF, Fineberg L, Kraft S. Multidisciplinary treatment of opioid use disorder in primary care using the collaborative care model. *Substance Abuse*. Déc 2022;43(1):240-4.
29. Meredith LS, Komaromy MS, Cefalu M, Murray-Krezan C, Page K, Osilla KC, et al. Design of CLARO (Collaboration Leading to Addiction Treatment and Recovery from other Stresses): A randomized trial of collaborative care for opioid use disorder and co-occurring depression and/or posttraumatic stress disorder. *Contemporary Clinical Trials*. mai 2021;104:106354.
30. Harris RA, Mandell DS, Kampman KM, Bao Y, Campbell K, Cidav Z, et al. Collaborative care in the treatment of opioid use disorder and mental health conditions in primary care: A clinical study protocol. *Contemporary Clinical Trials*. Avr 2021;103:106325.
31. Jones CM, McCance-Katz EF. Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend*. Avr 2019;197:78-82.
32. Saitz R, Cheng DM, Winter M, Kim TW, Meli SM, Allensworth-Davies D, et al. Chronic Care Management for Dependence on Alcohol and Other Drugs: The AHEAD Randomized Trial. *JAMA*. Sept 2013;310(11):1156-67.
33. Kahan M, Wilson L, Midmer D, Ordean A, Lim H. Short-term outcomes in patients attending a primary care-based addiction shared care program. *Can Fam Physician*. nov 2009;55(11):1108-1109.e5.
34. Denais J. Prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool: pratiques et travail en réseau des médecins généralistes du Var et des Bouches du Rhône [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Université Marseille; 2021.
35. Donroe JH, Bhatraju EP, Tsui JI, Edelman EJ. Identification and Management of Opioid Use Disorder in Primary Care: an Update. *Curr Psychiatry Rep*. 13 avr 2020;22(5):23.

36. Teoli R, Haller DM, Ingrand P, Binder P. Comparaison des représentations et comportements des médecins généralistes du Canton de Genève et du Poitou-Charentes. *Sante Publique*. 8 juin 2016;Vol. 28(2):187-95.
37. P.Binder et al. 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*. mai 2019;(153):7.
38. Parcours de soin : l'usager au coeur de l'articulation des pratiques et des acteurs -. Actal : Les cahiers thématiques de la Fédération Addiction [Internet]. 12 mai 2013 [cité 27 juill 2022];(12). Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/actal-n12-mai-2013-parcours-de-soin-lusager-au-coeur-de-larticulation-des-pratiques-et-des-acteurs/>
39. CPTS O'Tours [Internet]. [cité 28 août 2022]. Disponible sur: <https://www.cptsotours.fr/>
40. Association Généralistes et Addictions. Charte de l'Intervision [Internet]. [Cité 28 août 2022]. Lille; 2021. Disponible sur: <https://gahdf.fr/wp-content/uploads/2021/01/Charte-Intervision-2021.pdf>
41. Breucq S. L'intervision en addictologie: étude qualitative auprès de patients ayant bénéficié d'intervisions mises en place par une association de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais " G&T 59/62, Nouvelles Pratiques en Médecine Générale " [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.

## Annexes

### Annexe 1 : Guides d'entretien initiaux

- *Médecins généralistes :*

- Question brise-glace : Racontez-moi le dernier échange que vous avez eu avec un addictologue à propos d'un patient.
- Racontez-moi votre dernière expérience avec un CSAPA.
- Qu'est ce qui a bien fonctionné dans ce travail en réseau selon vous ?
- Qu'est ce qui n'a pas bien fonctionné dans ce travail en réseau selon vous ?
- Qu'auriez-vous à proposer pour améliorer ce travail en réseau ?

Informations administratives : âge, sexe, lieu et mode d'exercice, formation en addictologie

- *Addictologues :*

- Question brise-glace : Racontez-moi le dernier échange que vous avez eu avec un médecin généraliste à propos d'un patient.
- Racontez-moi votre dernière expérience avec un médecin généraliste concernant l'un de vos patients.
- Qu'est-ce qui a permis que le relais se passe bien ?
- Qu'est ce qui a rendu ce relais compliqué selon vous ?
- Qu'auriez-vous à proposer pour améliorer ce travail en réseau ?

Informations administratives : âge, sexe, lieu d'exercice, formation initiale

- *Patients :*

- Question brise-glace : Racontez-moi comment a débuté la prise en charge de votre addiction.
- Parlez-moi de la première fois où vous avez revu votre médecin généraliste après votre suivi en CSAPA.
- Selon vous, quelle est sa place dans la prise en charge de votre addiction ?
- Que faudrait-il améliorer, selon vous, pour rendre votre prise en charge plus facile ?

Informations administratives : âge, sexe, lieu de vie, type d'addiction, catégorie socio-professionnelle

## Annexe 2 : Aspect éthique



GUYETANT SOPHIE <SOPHIE.GUYETANT@chu-tours.fr>

À : Vous

Bonjour,

Je vous remercie de l'envoi de vos trames d'entretien.

Ces dernières étant complètement anonymes et ne contenant pas de données personnelles permettant de remonter à l'identité des participants à votre étude et si vous vous engagez à détruire l'éventuelle liste de correspondance entre chaque entretien et l'identité des personnes, la déclaration CNIL n'est pas nécessaire.

Vous êtes donc en règle avec la CNIL et pouvez débiter votre étude dès à présent.

Bon courage pour sa réalisation.

Bien cordialement

**Dr Sophie Guyétant**

*Coordinatrice de la cellule "Recherches Non Interventionnelles"*

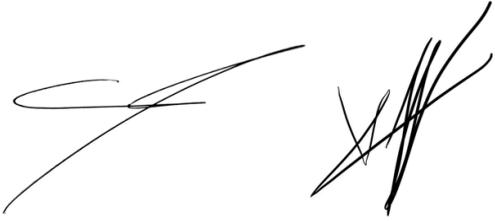
**Direction de la Recherche et de l'Innovation**

**Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) Centre Val de Loire**

*Tél : 02 34 37 89 27*

Le CHRU de Tours est certifié ISO 9001 pour ses activités de promotion et d'aide méthodologique dans le cadre d'études cliniques. Certificat n°2020/89196.1

**Vu, les Directeurs de Thèse**

Two handwritten signatures in black ink. The first signature on the left is a cursive, flowing line. The second signature on the right is more complex, with several overlapping, sharp strokes.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

## CROSNIER Constance et DUPONT Charlène

37 pages – 3 tableaux – 1 figure – 2 annexes

### Résumé :

**Introduction.** La prise en charge des addictions est de plus en plus présente en médecine générale et le nombre d'usagers des Centres de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ne cesse de croître. Pourtant, la coordination du parcours de soins entre prise en charge spécialisée et médecine de premier recours semble négligée par ses acteurs, malgré les recommandations qui vont en ce sens.

**Objectif.** Décrire les réalités de l'articulation entre centres de prise en charge en addictologie et médecine générale par l'exploration des discours de médecins généralistes, addictologues et usagers.

**Méthode.** Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée de Novembre 2021 à Mai 2022 auprès de 9 médecins généralistes, 7 addictologues et 7 patients avec troubles addictifs. Une analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée jusqu'à saturation des données.

**Résultats.** La prise en charge d'un patient présentant un trouble addictif apparaît comme dissociée entre soins primaires et CSAPA. Médecins généralistes et addictologues méconnaissent mutuellement leur fonctionnement et interviennent à des moments différents de la prise en charge. L'utilisateur se présente comme l'intermédiaire principal de leur relation et influe grandement sur la qualité de celle-ci. Les interactions entre médecins généralistes et addictologues des CSAPA ne semblent pas préoccuper l'utilisateur. Pourtant, chacun s'accorde à dire qu'un travail en coopération est bénéfique, tant pour la qualité des soins que pour la satisfaction professionnelle des soignants.

**Discussion.** Le travail en coopération évoqué à la fois par les médecins et les usagers mais peu mis en œuvre, pourrait bénéficier de nouvelles perspectives. Dans un premier temps, il faudrait systématiser les échanges par des courriers d'adressage et de suivi. En parallèle, des rencontres informelles entre professionnels de santé du même secteur pourraient être organisées afin d'améliorer l'interconnaissance et la formation continue des médecins généralistes. Enfin, il faudrait renforcer le discours des soignants sur l'importance du travail coopératif auprès des patients.

**Mots clés :** Médecin généraliste; CSAPA; usagers de drogues; addictologie; réseau de soins; soins en coopération

### Jury :

Président du jury : Professeur Nicolas BALLON

Directeurs de thèse : Docteur David CIOLFI et Docteur Vincent RIFFAULT

Membres du jury : Docteur Maxime PAUTRAT

Date de soutenance :

29 septembre 2022