

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification MEDECINE GENERALE

**Rôle et exercice des
médecins généralistes
exerçant en CSAPA de
Maine-et-Loire**

Étude qualitative menée auprès des médecins et infirmiers travaillant en CSAPA

DUTREIX Camille

Née le 14/12/1996 à Limoges (87)

Sous la direction du Dr. PICHON Emmanuel

Membres du jury

Monsieur le professeur PY Thibaut | Président

Monsieur le docteur PICHON Emmanuel | Directeur

Madame le docteur PAREAUD Marine | Membre

Madame le docteur TEXIER-LEGENDRE Gaëlle | Membre

Soutenue publiquement le :
20 Novembre 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

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

signée par l'étudiante le **19/10/2025**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

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

Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

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

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

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

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

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

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

AUTRES ENSEIGNANTS

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

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

REMERCIEMENTS

À Monsieur Le Professeur Thibaut PY,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je tiens à vous en remercier. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Madame Le Docteur Gaëlle TEXIER-LEGENDRE,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury. Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements.

À Madame Le Docteur Marine PAREAUD,

Tu me fais l'honneur de juger cette thèse. Je te suis très reconnaissante pour tout l'enseignement que tu m'as apporté. Je suis également ravie d'avoir retrouvé un peu de mon Limousin à tes côtés.

À Monsieur Le Docteur Emmanuel PICHON,

Manu, premièrement je tiens à te remercier d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de ton soutien et accompagnement tout au long de ce travail.

J'aimerais aussi te remercier pour la passion et l'envie que tu donnes lors de tes cours d'addictologie, ce fut un réel plaisir d'apprendre et de travailler auprès de toi.

À tout le personnel d'ALIA, merci de m'avoir si bien accueillie durant mon stage, j'espère que nos chemins se recroiseront.

Je tiens également à remercier les médecins et infirmiers interrogés, sans qui ce travail n'aurait pas été possible,

Merci pour votre participation et de m'avoir accordé votre temps.

REMERCIEMENTS

À mes parents, merci pour votre amour et votre soutien constant malgré une voie qui ne vous était pas familière. Vous m'avez toujours encouragée et ce dès mes 7 ans où j'ai dit « *Moi plus tard je serai docteur* » et c'est en grande partie grâce à vous si aujourd'hui, j'ai la chance de le devenir.

Maman, merci pour toute l'intendance, les allers-retours, les heures d'attente dans la voiture et surtout tes câlins si réconfortants. Je voulais aussi te remercier pour ton dévouement et ta patience sans limite tout au long de mon parcours scolaire, et ce dès la maternelle ...

Papa, je ne te remercierai jamais assez pour m'avoir transmis ton goût d'apprendre et de travailler. Merci également pour toutes ces poires et kiwis préparés avec autant d'amour et qui je suis sûre m'ont porté chance. Je m'estime extrêmement chanceuse d'être votre fille.

À mes sœurs, sans qui j'aurais grandi dans un bien grand silence...merci pour l'orchestre quotidien qui m'a fait tellement rire mais aussi je dois bien l'avouer, criser plus d'une fois.

À Lucile, MacGyver, ma grande sœur, si présente et prévenante. C'est grâce à toi si aujourd'hui ma vie se construit sur Angers, alors merci.

À Marie-Julie, merci de m'avoir appris, parfois à mes dépens, à rire et à ne pas me prendre au sérieux. Je suis heureuse de la relation que l'on a aujourd'hui.

À Lou-Anne, mon bébé, merci de m'avoir supportée pendant ces longues études et d'avoir su attendre l'heure de la pause pour faire de la musique...Je suis tellement fière de là où tu es, continue de nous faire rêver.

À mes beaux-frères, Thomas et Hugo qui ont su trouver leur place dans ce monde de filles, merci pour ce que vous apportez à notre famille.

À mes grands-parents, merci pour ces belles valeurs que vous nous avez transmises. Votre fierté et vos encouragements seront toujours importants pour moi.

À ma tante Marie-Jo, qui nous a quittés bien trop rapidement, je te remercie d'être la première personne à m'avoir fait découvrir le monde médical. Cette journée avec toi restera sûrement l'un de mes plus beaux souvenirs.

À mes oncles, mes cousins, mes cousines et mon filleul Arthur, je vous remercie pour vos encouragements.

REMERCIEMENTS

À **Fanny et Mathilde**, pfiou par quoi commencer ? Je crois que ces quelques lignes ne suffiraient pas à tout vous dire...

Mais déjà merci pour votre soutien indéfectible durant mes études : les coucous derrière ma fenêtre, les goûters, vos appels et toutes ces fois où vous avez su me redonner le sourire... Je serais éternellement reconnaissante pour notre amitié si unique et qui font de vous, de véritables membres de ma famille.

À **Fanny**, je tenais à te remercier pour m'avoir tant aidée à avancer et à m'avoir toujours relevée. Merci d'être cette personne qui me connaît absolument par cœur... Continuons de voyager, rire, faire la fête et surtout manger car c'est ce qu'on sait faire de mieux ensemble. Je t'aime mon +1.

À **Mathilde**, merci pour tout l'amour et toutes ces innombrables pages de vie partagées ensemble. Ta douceur, ton écoute et tes conseils avisés me sont si précieux. J'aimerais aussi te remercier, ainsi que **Gaëtan**, pour le plus beau des rôles que vous m'avez confiés, être marraine de **Marius**. Soyez assurés de ma présence et de mon amour pour vous.

Je tenais aussi à remercier vos familles :

Gilles et Sylvie, pour toutes ces fois où vous m'avez invitée et toujours si bien reçue. Merci également pour ces belles vacances au Pouldu si apaisantes.

Jean-Philippe et Anne, pour vos encouragements au cours de ces années et votre gentillesse à mon égard. Merci de toujours me garder un transat au bord de la piscine...

Merci également à **Élodie**, ma co-styliste préférée, **Benjamin, Emma et Antoine**.

REMERCIEMENTS

À **Émilie**, tant de remerciements à te faire ! De tes fiches de révisions à mon hébergement post-soirée, aux réveils sur Dalida, à nos auto-motivations quotidiennes... Merci d'être cette amie sur qui je peux toujours compter, avec qui les hauts comme les bas, ne font que renforcer notre amitié. Tu dis souvent que je t'ai aidé à finir ces études, mais tu n'imagines même pas comme la réciproque est vraie.

À **Margot**, l'externat aurait été bien difficile sans ta présence à mes côtés. Je ne peux compter nos moments de rire, nos folles soirées aux Zinc, et bien sûr nos éternelles discussions sur la vie. Je suis si heureuse de notre relation qui ne s'altère aucunement malgré la distance, et je chéris la chance d'avoir une amie aussi fidèle que toi. De Limoges à la Réunion, en passant par Roscoff, que d'endroits où j'ai hâte qu'on se retrouve !

À **Malvina**, merci pour ta précieuse aide depuis maintenant la PACES et encore aujourd'hui avec la relecture de cette thèse. Ton amitié, ta douceur et ta présence sur Angers sont tellement importantes pour moi. Je suis reconnaissante pour tous ces moments passés avec toi et **Simon**, mon employeur préféré, et maintenant, **Paula** chou. Merci à vous trois.

À **Anna**, toi avec qui j'ai grandi ! À nos goûts musicaux si opposés, nos voyages et surtout à nos fous rires... Merci d'être près de moi depuis tant d'années.

À **Philou**, à notre rencontre dans l'amphi, nos vacances à Pissos reposantes mais aussi festives, merci d'être si solaire et de me faire voir la vie sous un autre jour.

À **Claire**, si calme et bienveillante mais qui nous réserve toujours des surprises, merci pour tous tes encouragements.

À **Maxime**, merci pour tes précieux bons plans et pour avoir toujours su illuminer mes pauses Bu... Bon tour du monde !

À **Manon**, merci pour tous ces instants passés ensemble, souvent un verre à la main à refaire le monde, mais toujours accompagnés de ton rire contagieux.

À **Perrine**, merci pour tous ces moments de rire mais aussi de flemme lors de l'externat... J'ai été ravie de partager notre stress *last minute* ensemble !

REMERCIEMENTS

Aux copains du Mans, je ne saurais pas par quoi commencer... Mais déjà merci, vous qui avez pris le relais pour m'aider à grandir mais aussi pour travailler, rire, pleurer mais surtout ce qu'on sait faire de mieux : FAIRE LA FÊTE. Vous êtes des personnes formidables, et faire votre rencontre a été une des grandes chances de ma vie.

À Alice, un coup de cœur dès notre rencontre dans cette grande maison. Vivre ce semestre à tes côtés a apporté bien des moments de joie mais parfois aussi de la bagarre, gagnée haut la main... Merci pour nos fous rires, nos dîners et tous ces moments devenus essentiels... Je me tiendrai encore longtemps aux côtés de tes Tigres, alors ne pars pas trop loin de moi s'il te plaît.

À Amandine, merci d'être pour moi : une mère, une coiffeuse, une partenaire de soirée exceptionnelle, un coach de vie mais surtout, me laisser sentir ton café à 04h du matin en garde sans me juger. Tes conseils sont pour moi une réelle source de réconfort, et j'ai en toi une confiance (presque) sans faille. Une sombre histoire de granité ça encore...

À Audrey, je suis tellement heureuse de cette amitié qui s'est tissée tout au long de ces dernières années et qui continue de grandir. Toi qui réponds présente dans tous mes projets, plus ou moins réalisables... Pour tes voeux du matin, tes câlins, et toutes ces choses que tu m'apportes, merci. Tu es rentrée dans mon quotidien et je souhaite que tu y restes.

À Charlotte, avec qui je ne me lasserais jamais de nos conversations, merci de me faire découvrir le monde à travers tes voyages. Garde toujours ton sourire et ton enthousiasme à tout épreuve !

À Clarisse, ma plus longue colocataire ! Merci de m'apporter cette petite touche de rire journalière surtout lorsque j'en ai le plus besoin. Je chéris nos discussions parfois très longues du soir... Ta bienveillance et ta gentillesse me sont chères.

À Clara, devenue ma quatrième sœur. Cette colocation ensemble était si facile, réconfortante et remplie de rires. Je voudrais te remercier pour ton écoute, tes conseils toujours avisés et bien sûr ta sincérité que je redoute autant que j'adore.

À Lucie, par où commencer... Ma première lessive au Mans ou New York avec toi ? Je ne saurais quel moment choisir parmi tout ce que l'on a vécu ensemble... et qui je suis sûre ne sont qu'un commencement. Je ne peux que te remercier pour ta présence dans mon quotidien, nos échanges à propos de tout et de rien, mais qui sont pour moi si importants ; et je dirais même, me sont essentiels. Comme tu l'as si bien dit, merci d'être la Monica de mon Rachel.

À Nolwenn, merci de me faire toujours rire grâce à ta si belle folie (faute au méningiome ?), toi qui est si attachante. Tu es notre rayon de soleil quotidien. Aujourd'hui avec ton impressionnant courage, tu es véritablement un exemple pour nous tous.

À Pauline, ma 2e directrice de thèse, je voulais d'abord te remercier pour tous tes conseils, tes relectures, et autre soutien pour cette thèse... Merci aussi pour ta patience sans limite avec moi, pour notre amitié si précieuse à laquelle je tiens tant. Je dois aujourd'hui t'avouer quelque chose, le dernier soir de notre coloc je ne pleurais pas uniquement pour Outlander...

REMERCIEMENTS

À **Roxane**, toi qui es si attentionnée... Je t'admire pour tellement de qualités, mais ton endurance en soirée sera toujours une prouesse inégalée ! Merci pour nos repas, nos discussions interminables et toutes ces fois où tu m'as si bien comprise. J'ai hâte de vivre nos futures aventures ensemble.

À **Pierre**, merci d'être cet ami, comptable, garagiste, plombier et surtout dégoteur des meilleurs plans... Ayez tous un Pierre dans vos vies !

Aux amis rencontrés durant cet internat,

À **ma Momo**, mon date trimestriel préféré, merci de t'être assise en face de moi ce premier novembre 2021,

À **Léa et Anne-Marie**, merci pour tous ces moments partagés ensemble,

À **Ugoline**, sans qui ce semestre de gériatrie aurait été bien plus difficile à vivre, merci d'apporter autant de romantisme à ma vie,

À **Julia et Léa**, aux beaux moments passés ensemble tant en stage qu'autour d'un bon verre, mais toujours en riant.

Aux +1, aujourd'hui devenus des copains :

À **Chris** qui me laisse être le ciment de son couple et pour être le meilleur des papas pour **Bernie**, mon 3^e filleul,

À **Jbouille**, qui prend si bien soin de notre Nono,

À **GG**, et ta bonne humeur contagieuse,

À **Xavou**, qui supporte les moments fille mieux que personne. Mais surtout avec qui je peux partager ma passion Harry, Merci à vous pour tous ces moments de rire et de fête... Souvent mentholés (non coupable...) !

Un merci spécial à **Nathouch** sans qui cette thèse n'aurait jamais pu commencer. Merci d'avoir résolu ma première crise d'angoisse et d'avoir fait de moi une apprentie informaticienne.

Un merci aussi à **Mathou**, pour nos échanges et rires parfois jaunes autour de nos thèses mais qui ont été d'un grand soutien. Je te laisse la place pour demain et good luck !

À tous les médecins et les équipes paramédicales dont j'ai croisé le chemin durant mes études à Limoges, au Mans, Saumur et Angers, merci pour vos enseignements et votre accompagnement. Un grand merci à **Enora** qui m'a prise sous son aile en tant que bébé interne et m'avoir donné confiance... *Nana*. À **Amanda**, la meilleure infirmière-copine des urgences, je suis heureuse de garder ce lien avec toi aujourd'hui même à des milliers de kilomètres l'une de l'autre.

Enfin, à mes petits chats d'amour, en particulier mon **Mr Ouistiti**, merci pour votre présence durant ces longues heures de travail. Vos câlins et ronrons ont été bien réparateurs.

Liste des abréviations

ALIA	Association Ligérienne d'Addictologie
ARS	Agence Régionale de Santé
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CJC	Consultations Jeunes Consommateurs
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie
CTR	Centre Thérapeutique Résidentiel
DESC	Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire
DGS	Direction Générale de la Santé
FMC	Formation Médicale Continue
FST	Formation Spécialisé Transversale
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et Les Conduites Addictives
MG	Médecins Généralistes
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives
SPA	Substance PsychoActive
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
TSO	Traitemenent de Substitution aux opiacés

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Type d'étude**
- 2. Population cible et recrutement**
- 3. Recueil de données**
- 4. Retranscription et analyse de données**
- 5. Ethique**

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de la population étudiée**
- 2. Modélisation des résultats**
- 3. Le rôle du médecin généraliste**
 - 3.1. La vision globale du médecin
 - 3.2. La prise en charge addictologique
 - 3.2.1. Les missions
 - 3.2.2. La prévention trop peu investie
 - 3.3. La prise en charge somatique
 - 3.4. La prise en charge psychiatrique
 - 3.5. Les facteurs limitants au rôle du médecin généraliste
 - 3.5.1. Le manque de formation
 - 3.5.2. Les freins du relais en ville
 - 3.5.3. Les limites du temps partiel
 - 3.6. Les facteurs facilitants au rôle du médecin généraliste
 - 3.6.1. La formation continue
 - 3.6.2. L'entraide entre collègues
 - 3.6.3. Utiliser son réseau de médecin libéral
- 4. La place du médecin au sein du CSAPA**
 - 4.1. En interne
 - 4.1.1. Des difficultés à trouver sa place
 - 4.1.2. Pourtant place centrale dans l'organisation des soins
 - 4.1.3. Se positionner face au patient expert
 - 4.2. En externe
 - 4.2.1. Lien avec la médecine générale
 - 4.2.2. Des relations complexes avec les structures extérieures
 - 4.2.3. Le manque d'identification
- 5. Les motivations à travailler en CSAPA**
 - 5.1. Le travail pluridisciplinaire
 - 5.1.1. Les atouts
 - 5.1.2. Les limites
 - 5.2. Le travail avec les patients accompagnés au CSAPA

5.3. Les avantages d'une double activité

6. Les caractéristiques du travail en CSAPA

6.1. Travailler dans un CSAPA associatif

6.2. Les différences entre les structures

6.3. Le paradoxe d'un cadre ouvert mais sans structuration ?

7. Le binôme médecin-infirmier

7.1. Les atouts du binôme

7.2. Les limites du binôme

7.3. L'attente des IDE envers les médecins

7.4. Quid de la place de l'IPA ?

DISCUSSION

1. Principaux résultats de l'étude

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces de l'étude

2.2. Limites de l'étude

2.2.1. Biais d'investigation

2.2.2. Biais de sélection et de recrutement

3. Comparaison avec la littérature

3.1. Un manque de formation unanime

3.1.1. La méconnaissance du monde social

3.1.2. La problématique de la psychiatrie

3.2. Les freins au bon fonctionnement

3.2.1. L'isolement du CSAPA

3.2.2. Le médecin de ville : entre mauvaise perception de l'addictologie et manque de connaissance

4. Etat des lieux et perspectives

4.1. Développer les actions de prévention

4.2. Le levier de la formation

4.3. L'arrivée de l'IPA

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

DUTREIX CAMILLE : Rôle et exercice des médecins généralistes exerçant en CSAPA de Maine-et-Loire

Introduction :

La place du médecin généraliste dans la prise en charge des addictions est bien connue. Son rôle au sein des CSAPA, structures médico-sociales, a cependant été peu étudié, c'est pourquoi Fédération Addiction a lancé une enquête nationale à ce sujet.

Cette étude vise à recueillir les ressentis sur le rôle des médecins généralistes de Maine-et-Loire travaillant dans les CSAPA et comprendre leur exercice. Pour enrichir ce travail, des infirmiers ainsi qu'un médecin psychiatre de CSAPA ont également été interrogés.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins et d'infirmiers travaillant en CSAPA de Maine-et-Loire.

Résultats :

Cette étude a été menée auprès de six médecins – cinq généralistes et un psychiatre – et de trois infirmiers exerçant au sein des CSAPA. Elle met en évidence le rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge des patients et dans l'organisation de ces structures. Les résultats soulignent la richesse du travail pluridisciplinaire, la diversité des missions et l'importance de leur connaissance du territoire libéral. La collaboration entre le binôme médecin-infirmier apparaît essentielle, tandis que l'intégration de l'infirmier en pratique avancée se dessine comme un atout prometteur pour renforcer la qualité des soins. Toutefois, plusieurs freins sont apparus, notamment la complexité de la prise en charge des troubles psychiatriques, la gestion des soins somatiques et le déficit de communication interne et externe limitant la coordination des acteurs. Enfin, le manque de connaissances, partagé par les médecins des CSAPA et par les praticiens libéraux, constitue un frein aux bonnes pratiques ; son renforcement apparaît comme un levier d'amélioration de la qualité des prises en charge en CSAPA.

Conclusion :

Les médecins généralistes trouvent toute leur place au sein des CSAPA. Cette étude permet de mieux cerner leur rôle mais aussi les défis auxquels ils sont confrontés et d'entrevoir des leviers d'amélioration. Combiné aux autres travaux de recherche menés à l'échelle nationale, ce travail permettra d'ouvrir des perspectives pour renforcer les conditions d'exercice des médecins en CSAPA et optimiser la prise en charge des patients.

INTRODUCTION

C'est à la fin des années 1990 que l'addictologie apparaît en France comme discipline médicale en regroupant l'intervention en toxicomanie, en alcoologie et en tabacologie (1). Il s'agit là d'un véritable tournant conceptuel, où l'on tend à ne plus établir de différence entre les produits consommés (2).

Aujourd'hui, les enjeux de prévention et de prise en charge des conduites addictives sont essentiels, au regard de leur fréquence élevée au sein de la population (3).

Au fil des années, l'offre de soins en addictologie a évolué pour aujourd'hui se structurer comme suit : le secteur libéral regroupant les professionnels de proximité ; le secteur médico-social spécialisé en addictologie ; et le secteur hospitalier (4).

Dans ce travail, nous nous intéresserons aux Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), qui représentent le premier secteur médico-social. Ils ont pour spécificités : la pluridisciplinarité (médecins, infirmiers, psychologues professionnels socio-éducatifs), l'accompagnement dans la durée, la gratuité et la possibilité d'anonymat. Ils sont financés par l'Assurance Maladie et peuvent être gérés soit par des associations soit par des établissements publics de santé (5).

Créés par la loi du 02 janvier 2002, les CSAPA résultent de la fusion des Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie (CSST) et des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) en un statut juridique commun (6).

Cette réunification a permis également d'estomper progressivement le clivage entre la prise en charge de l'alcool et les autres substances psychoactives (SPA).

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec des consommations de SPA y compris l'alcool et le tabac, mais aussi aux addictions sans substance (notamment le jeu pathologique).

La circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 permet d'expliciter les missions de ces CSAPA (6).

Elles se centrent sur l'accueil de toute personne se présentant au CSAPA ou le contactant ; l'information de tout type ; une mission également d'évaluation médicale, psychologique et sociale ; et enfin l'orientation, tant au niveau de la prise en charge que de la structure.

Il existe aussi des missions obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation comme la réduction des risques. Celle-ci consiste à limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage des SPA, avec notamment des lieux comme les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD).

Le décret précise également des missions dites facultatives, avec par exemple le repérage précoce à travers les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) qui ont pour objectif d'accueillir de jeunes consommateurs et leur entourage. De la même manière toutes les addictions peuvent y être abordées. Ces consultations se sont beaucoup développées ces dernières années (7). On peut retrouver une activité de prévention, formation et de recherche mais aussi la prise en charge des addictions sans substance. Enfin certains CSAPA ont la possibilité d'intervenir auprès des personnes détenues ou sortantes de prison.

L'accès aux CSAPA peut être initié par le patient lui-même, ses proches, ou par divers acteurs tels que les partenaires du secteur sanitaire, la médecine de ville, les institutions et services sociaux, le système judiciaire et administratif, ainsi que les établissements scolaires et universitaires.

En 2019, on recensait 430 CSAPA avec un maillage territorial permettant de se trouver au plus près de la population, aidés par leurs réseaux d'antennes et de consultations avancées.

Les derniers rapports ont montré que le nombre de personnes reçues avait augmenté de 11% entre 2015 et 2019 témoignant d'une montée en charge de la file active des structures de soins en addictologie (7).

En Maine-et-Loire, il existe trois CSAPA situés à Angers, Saumur et Cholet. En plus de leurs activités ambulatoires, ils disposent également d'un Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR) situé à Beaupréau d'une capacité d'accueil de 12 personnes et de 5 appartements thérapeutiques, permettant ainsi d'offrir aux patients un cadre sécurisé, à distance du milieu addictogène (8).

La Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA), souligne dans son plan de mobilisation contre les addictions 2018-2022, que les médecins généralistes (MG) constituent la porte d'entrée à un parcours de santé. Ce processus de soins implique souvent l'intervention d'acteurs pluridisciplinaires associés à des comorbidités (notamment psychiatriques) ou à des problématiques sociales (9).

Cependant, même si les patients trouvent en leur MG la personne légitime pour aborder le sujet, certaines situations peuvent s'avérer complexes et nécessiter une prise en charge par des structures médico-sociales ou hospitalières (5).

C'est dans cette logique que les MG travaillant dans les CSAPA trouvent toute leur place de par leur position de premier recours dans le système de soins mais aussi en étant acteurs essentiels du secteur médico-social.

C'est d'autant plus représentatif dans le Maine-et-Loire, où la majorité du temps médical des CSAPA est occupée par des MG, avec un ratio de 11 MG pour 1 psychiatre, montrant l'ancrage historique des MG dans la prise en charge des addictions (8).

Bien que les missions des MG exerçant au sein des CSAPA soient encadrées par des textes normatifs ainsi que par des guides de bonnes pratiques professionnelles, il n'en résulte pas moins une grande diversité d'exercer selon les structures avec souvent des activités conduites méconnues (10,11).

On remarque que l'étude de la relation de soins et du ressenti des MG dans la prise en charge des troubles addictifs est menée depuis plusieurs années dans la littérature. Il en est de même des interactions avec les confrères addictologues et les centres de prise en charge des addictions en général. Néanmoins, très peu de littératures se sont intéressées à la place des MG exerçant dans les structures de soins médico-sociales que sont les CSAPA (12).

C'est pourquoi FEDERATION ADDICTION a lancé une enquête nationale visant à recueillir le point de vue des MG y travaillant sur leur place et leur ressenti au sein de ces structures. Un premier travail de thèse a été réalisé auprès des MG travaillant en CSAPA de Franche-Comté, montrant une demande d'harmonisation des pratiques et un besoin de formation supplémentaire notamment sur les troubles psychiatriques. Cette étude a également souligné l'étroite collaboration avec la profession infirmière et l'intérêt de percevoir leurs attentes envers les MG des CSAPA (13).

L'objectif de cette étude est donc d'étayer ce premier travail, en recueillant les ressentis sur leur place des MG en CSAPA de Maine-et-Loire, en y ajoutant le point de vue du psychiatre des CSAPA.

De par l'enjeu partagé au sein des CSAPA, il est apparu intéressant d'interroger le regard des infirmiers sur le rôle du MG dans la structure (14).

Tout cela permettra de mieux cerner ce que signifie l'exercice du MG au sein d'un CSAPA.

MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par analyse de données, d'entretiens individuels et semi-dirigés. Cette étude a été élaborée selon les critères pour la recherche qualitative de la grille COREQ afin d'assurer la validité interne de l'étude (Annexe I).

2. Population cible et recrutement

Cette étude s'inscrit dans un projet porté par la Fédération Addiction. Des recherches similaires ont été menées à Strasbourg, Paris et Bordeaux, dont une première publication en Franche-Comté. La population ciblée regroupait l'ensemble des médecins exerçant en CSAPA dans le Maine-et-Loire, ainsi que les infirmiers et médecins spécialistes y travaillant.

Il a été convenu d'un échantillonnage raisonné théorique avec des critères de variation maximale jusqu'à suffisance des données.

Le recrutement des participants s'est fait par courrier électronique envoyé par le directeur de thèse, en veillant à ce que les trois centres soient représentés. Les modalités de l'étude étaient présentées dans ce mail.

3. Recueil de données

Les entretiens ont été conduits par l'investigatrice entre Mars et Mai 2025 sous la forme d'entretiens individuels semi-dirigés, selon un guide élaboré par la Fédération Addiction. Celui-ci a été ajusté progressivement au fil des entretiens mais sans modification notable (Annexe II et III). Il comprenait huit questions destinées aux médecins et cinq aux infirmiers. La

majorité des questions étaient ouvertes, afin de limiter au maximum l'influence sur les réponses des participants.

Lors de chaque entretien, un consentement oral a été recueilli pour l'enregistrement audio et son utilisation à des fins de recherche. Les participants étaient informés de la liberté de mettre fin à l'entretien à tout moment.

Les entrevues se sont déroulées, soit sur le lieu de travail des participants, soit à leur domicile pour des raisons de commodité. Elles ont été enregistrées à l'aide d'un téléphone portable et d'un dictaphone.

4. Retranscription et analyse de données

Chaque entretien a été retranscrit intégralement sur Microsoft Word® et de façon anonyme. L'analyse des données a été réalisée au fur et à mesure des entretiens par l'investigatrice en s'inspirant du principe de théorisation ancrée (15). Un codage manuel des unités de sens sur Microsoft Excel® a été réalisé. L'ensemble des résultats a bénéficié d'un double codage par la confrontation des données grâce à une tierce personne. Une triangulation de ces données a également pu être établie par le directeur de thèse en cas de désaccord.

5. Ethique

Aucune déclaration à la CNIL ni sollicitation d'un comité d'éthique n'a été réalisée pour cette étude, portant sur les pratiques professionnelles.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

L'échantillon était constitué de six médecins, dont un psychiatre et de trois infirmiers. Il comprenait 7 femmes (78%) et 2 hommes (22%), avec un âge allant de 30 à 60 ans. Les entretiens ont duré en moyenne 46 min, avec une étendue de 31 à 69 min (Tableau I).

Tous les MG avaient avec une activité mixte : trois en libéral et deux en structure hospitalière. Seul le médecin psychiatre, ainsi que les trois infirmiers avaient une activité exclusive en CSAPA.

Tableau I – Caractéristiques de la population étudiée

Entretien	Sexe	Age	Profession	Durée d'entretien (en min)
M1	F	38	Médecin	38
M2	F	45	Médecin	68
M3	F	30	Médecin	38
M4	H	34	Médecin	69
M5	H	60	Médecin	49
M6	F	32	Médecin	40
I1	F	40	Infirmier	42
I2	F	30	Infirmier	38
I3	F	38	Infirmier	32

2. Modélisation des résultats

Les perceptions et ressentis des intervenants concernant le rôle du MG en CSAPA sont présentés dans cinq chapitres distincts. Les verbatims issus des entretiens apparaissent en italique, entre guillemets et sont systématiquement référencés. L'investigatrice a opéré une sélection volontaire des extraits les plus significatifs, afin de privilégier la clarté et de faciliter la lecture.

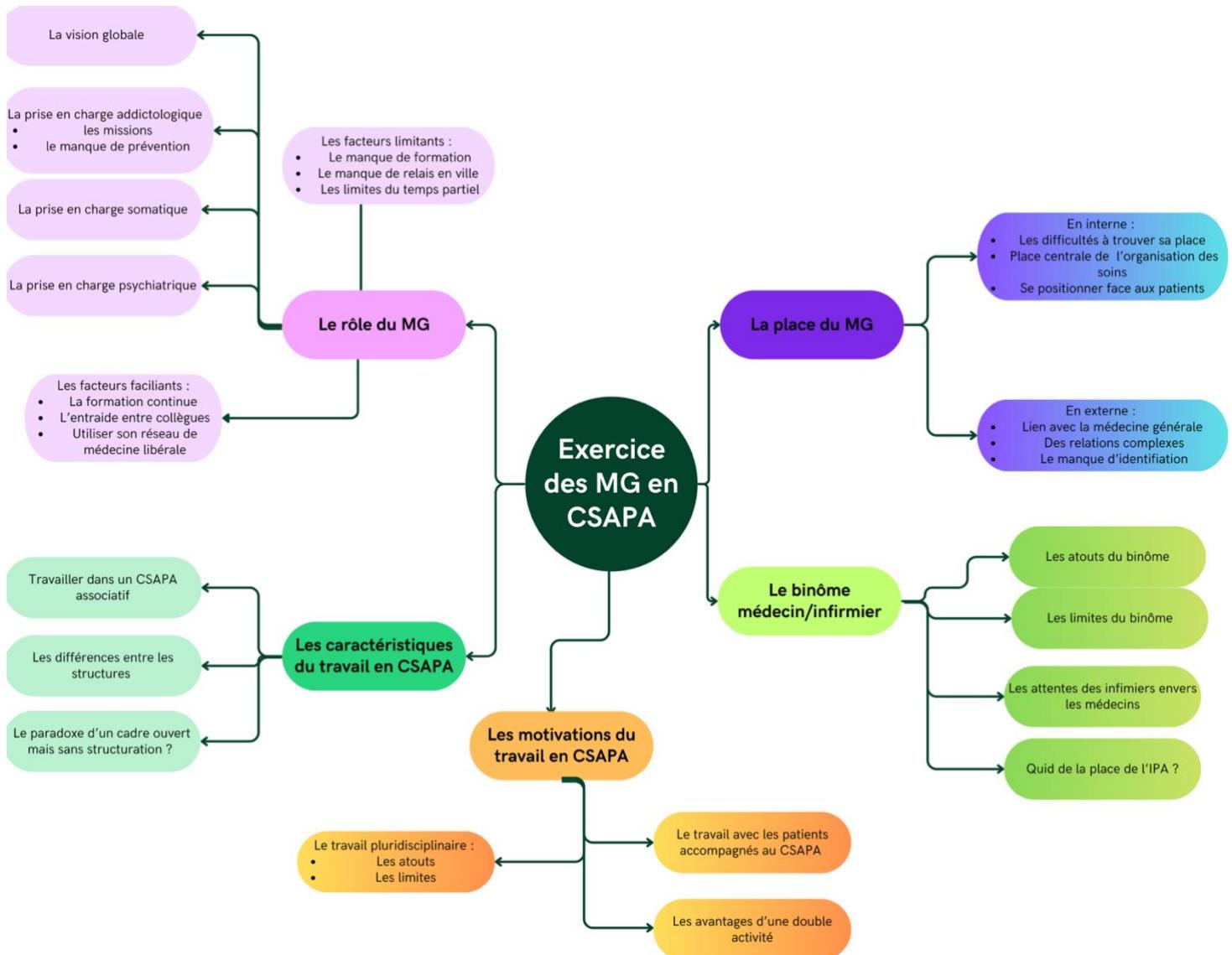


Figure 1 – Schéma explicatif des résultats

3. Le rôle du médecin généraliste

3.1. La vision globale du médecin

Les médecins interrogés concevaient la prise en charge des patients dans une **approche globale** : « *Mais pour moi, voilà, c'est vraiment avoir cette triplète. Pathologie addictive, pathologie somatique, la pathologie psy* » (M1). C'était aussi une attente de la part des infirmiers travaillant avec eux : « *Je pense qu'ils vont avoir une vision beaucoup plus globale de la prise en charge* » (I1) et « *Et pour moi, un médecin généraliste, il va avoir cette vision globale, il ne va pas être... trop enfermé dans cette vision addicto* » (I3).

La formation initiale de MG influençait fortement cette vision, qui s'articulait autour de **l'approche bio-psycho-sociale** : « *On peut travailler tout ce qu'on veut en addicto, mais en fait c'est un tout psycho social etc. (...) Et ma formation m'y aide* » (M4).

3.2. La prise en charge addictologique

3.2.1. Les missions

La prise en charge – souvent appelée **accompagnement** – correspondait selon les médecins à différentes missions :

- Des missions de **consultation** et de **repérage** : « *On fait quand même beaucoup plus de la consultation, de l'orientation, du repérage* » (M2) ;
- L'accompagnement de **différentes** addictions : « *La problématique majoritaire c'est l'alcool, mais je fais beaucoup de TSO [Traitements de Substitution aux Opiacés]* » (M5) ;
- Un rôle de **prescripteur** : « *Les gens veulent voir un médecin, souvent par rapport à un traitement* » (M6) ;

- Une activité de **dépistage** : « *Tout patient qui vient pour la première fois, je lui propose l'ensemble des dépistages* » (M6) ; « *Dans nos missions de médecin addictologue, on est responsable du dépistage des conséquences* » (M2) ;
- Un rôle **d'enseignant** avec cette vision globale de l'addictologie comme le rapporte le médecin 1 : « *On va accueillir aussi bien des internes de psychiatrie que des internes de médecine générale et (...) l'addictologie étant tellement transversale, plus y en aura, plus ce sera quelque chose de connu par les autres* ».

3.2.2. La prévention trop peu investie

Cependant, la **prévention** ne paraissait pas assez centrale dans la pratique des professionnels : « *La prévention...pour moi ça fait partie des missions du CSAPA aussi, ce n'est pas qu'accueillir des gens et suivre des gens, parce que sinon c'est un peu triste* » (M4) ; « *La prévention, un travail d'éducation thérapeutique. Donc oui, sur cette partie-là, je pense qu'on peut (...) s'améliorer encore un peu plus, être toujours plus support* » (M1).

Elle s'inscrivait dans le **repérage précoce, l'éducation thérapeutique** et la mise en place **d'outils** adaptés comme les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD), encore jugés insuffisamment développés : « *Je trouve qu'on n'a pas les TROD non plus, mais ça c'est peut-être un truc qu'on pourrait mettre en place... on est pas assez efficace* » (M2) ; « *Franchement j'ai sorti les rames à fond, quoi, pour que les collègues en interne proposent des dépistages comme les TROD* » (I1).

Ils partageaient l'envie de **promouvoir** la prévention à l'extérieur du CSAPA : « *Je trouve que mettre en place par exemple des trucs de prévention en lycée ou autres... intéressant* » (M3). Enfin, les médecins soulignaient également qu'il s'agissait **d'une démarche collective**, qui devait être partagée par les **différents acteurs** du CSAPA : « *On sait aussi faire la prévention, mais c'est aussi l'affaire de tous.* » (M4).

3.3. La prise en charge somatique

La place du **somatique** dans les CSAPA apparaissait comme **ambivalente**. Elle tendait à être réduite, mais restait incontournable en raison de la précarité médicale des patients : « *Le somatique a sa place... Après il ne faut pas tomber dans l'excès* » (M4).

Certains praticiens notaient qu'avec le temps ils avaient tendance à moins examiner leurs patients ou à **oublier** la dimension somatique : « *Plus j'ai avancé dans ma pratique, moins j'ai examiné mes patients* » (M2). Les **infirmiers** le remarquaient également : « *Ils oublient un peu ce versant-là* » (I1). Le somatique était parfois vécu comme une charge **accessoire**, voire « *Pas notre rôle propre* » (M3).

D'autres praticiens soulignaient l'importance de conserver des **réflexes cliniques**, « *Je vais l'examiner. Pas tout le temps, mais quasiment* » (M4) notamment sur les prises en charge centrées sur **l'urgence** : « *Ici, on fait le somatique d'urgence, de sevrage* » (M5).

Néanmoins, il existait une limite volontaire de ne pas tomber dans **l'excès** ni se **substituer** totalement à la médecine de premier recours : « *Je ne suis pas là pour régler la mycose ou une tendinite* » (M4).

Plusieurs médecins rapportaient que le manque de médecin traitant obligeait à prendre en charge une part de somatique, même si ce n'était pas l'objectif **principal** du CSAPA : « *Si le patient n'est pas du tout suivi en médecine générale, c'est difficile de ne pas décliner certaines choses* » (M4) et « *Le problème, c'est qu'il y a plein de patients qui n'ont pas de médecin traitant* » (M6).

Les professionnels exprimaient une **ambivalence** entre la nécessité de maintenir une vigilance somatique et la **volonté** de ne pas se laisser dépasser : « *Comment le médecin ne se laisse*

pas envahir par la vision somatique ?» (I3). De plus, pour certains praticiens il était important de ne pas prendre la place du médecin traitant, lorsqu'il y en a un : « *Moi, je me place en tant que généraliste. Il y a des choses qui m'agacent quand c'est fait par les autres. Donc je n'aimerais pas qu'on me le fasse.* » (M4) et « *Quand c'est le cas [d'avoir un médecin traitant], je trouve que je laisse moins de part au côté somatique.* » (M3).

3.4. La prise en charge psychiatrique

Pour les participants, la **psychiatrie** occupait une place **essentielle** dans le travail en CSAPA, mais elle se confrontait à de grandes **difficultés** structurelles.

Les médecins témoignaient d'une **pénurie** de psychiatres : « *C'est la catastrophe* » (M5) ou encore : « *Le service de psychiatrie, ça a toujours été un petit peu compliqué... il manque des médecins* » (M5). Ils ressentaient un sentiment « *d'abandon du monde psychiatrique* » (M5) avec « *l'épuisement de la psychiatrie publique* » (M2).

Face à ce manque, les médecins de CSAPA jouaient un rôle de **substitution** « *s'improvisant psychiatre* » (M6), en prescrivant des **thérapeutiques** « *sur le plan psychiatrique parce que le délai était trop long* » (M3). Certains en venaient à renouveler des traitements ou poser des diagnostics : « *Je me culpabilise en disant ce n'est pas à moi de poser un diagnostic ... mais on voit bien que ce sont des gens qui ont été abandonnés* » (M5). Cependant, chacun restait vigilant, comme sur le plan somatique, à ne pas faire à la place de : « *On n'est pas un CMP, on n'est pas un dispensaire, ni l'un ni l'autre.* » (M1).

Les médecins ressentaient une situation **inconfortable** où : « *on fait de la psychothérapie sauvage* » (M5) avec un sentiment de lutte infructueuse : « *On est un peu Don Quichotte qui nous nous battons contre des moulins à vents* » (M6).

Plusieurs soulignaient également un **manque de formation** : « *Sur le côté psychiatrie... je n'ai pas eu tant que ça de formation théorique* » (M3) et « *Je me suis formé un petit peu de mon côté* » (M2) ; un d'entre eux proposant même de mixer les connaissances : « *ça serait intéressant que les généralistes aient une formation obligatoire en psychiatrie et inversement* » (M4).

La présence d'un **psychiatre** dans l'équipe apparaissait alors comme un véritable **atout** : « *On a la chance d'avoir une collègue qui est psychiatre et addicto, elle peut nous aider sur des prises en charge, comme la notion de patho duelle...* » (M4).

3.5. Les facteurs limitants au rôle du médecin généraliste

3.5.1. Le manque de formation

Le manque de formation en addictologie ressortait comme une difficulté **majeure** pour les médecins en CSAPA. Selon leur cursus, certains (M2, M3, M4, M6) affirmaient n'avoir reçu aucun enseignement : « *Et pendant mon internat, moi, c'était pas du tout enseigné. Même à l'externat, jamais. Moi, je n'ai jamais eu de cours d'addicto.* » (M3) avec : « *Très peu de médecins généralistes sont formés à l'addictologie* » (M6).

Ce déficit de formation expliquait en partie les **réticences** du relais en ville : « *Certains médecins qui disent "j'y connais rien la méthadone ou la buprénorphine je peux pas m'en occuper", c'est un peu dommage, mais ça peut aussi s'entendre.* » (M3). Des propos qui étaient constatés également par les infirmiers : « *Je pense qu'il manque aussi ce côté formation addicto des médecins libéraux pour prendre la suite* » (I2).

3.5.2. Les freins du relais en ville

Les médecins en CSAPA décrivaient **des difficultés à organiser** le relais en ville, ce qui les conduisait parfois à maintenir le suivi de patients pourtant **stabilisés** comme le soulignait le médecin 5 : « *Mais c'est surtout... J'aimerais arriver à me libérer un petit peu de ces patients qui sont équilibrés, que je renvoie vers le généraliste* » ou le médecin 6 : « *Je vois des patients encore dans mes consultations parce que je ne peux pas faire de relais, alors que la prise en charge en addictologie spécifique est terminée* ».

Les médecins mettaient en avant **deux freins majeurs** à cette problématique.

Le premier tenait au **déficit médical** : « *Sur XX, s'ils n'ont pas de médecin traitant, ils n'en auront pas, de toute façon donc je continue.* » (M6) et « *Je pense qu'il y a une part de démographie médicale dans la problématique du relais, en premier.* » (M3).

Le second concernait le **manque de motivation** des médecins de ville, souvent lié à des **préjugés** : « *Mais qu'il y a quand même encore pas mal de personnes qui ont des préjugés aussi. Ce n'est pas un public qui fait rêver.* » (M3) ou bien comme vu auparavant au manque de connaissances et donc une réticence à gérer les traitements : « *Ce qui est inquiétant, c'est que pour les médecins en ville, des fois, il y en a plein qui ne se sentent pas forcément très légitimes et très à l'aise avec l'addictologie ou avec les TSO* » (M2).

Les médecins constataient que leurs collègues généralistes refusaient de **s'engager** par « *manque de motivation* » (M5), mais **craignaient** aussi d'accueillir des patients « *qui ne font pas très bien dans la salle d'attente* » (M3).

3.5.3. Les limites du temps partiel

Le temps partiel des médecins dans la structure paraissait être comme une **contrainte** importante, qui **fragilise** la continuité des soins : « *On est plutôt des petits temps de travail. Alors c'est vrai que ça ne facilite pas d'être repérable* » (M2) ; « *Mais les médecins qui sont là à temps partiel ... ça peut être un peu compliqué des fois le suivi* » (I1).

Ce morcellement limitait aussi la **collaboration** entre professionnels : « *Puis on ne se voit pas tout le temps, enfin on ne se croise pas* » (M4) et « *Tu vois un médecin une fois par semaine, des médecins différents, avec des infirmiers qui sont jamais là au même temps, jamais sur les mêmes jours... C'est bizarre pour se rencontrer !* » (I2).

Les médecins ressentaient **un sous-effectif chronique** : « *On n'a jamais de médecin à temps plein* » (M5) mettant en avant le peu de temps médical : « *On est à moins de 1 ETP à XX... c'est ridicule* » (M6).

Pour certains c'était surtout un regret de ne pas pouvoir approfondir leur pratique ou développer de nouvelles compétences faute de temps : « *Je pense que si j'avais eu plus aussi de temps, je pense que je serais peut-être allé rencontrer...* » (M3) ou bien : « *Je serais à temps plein en addicto je ferais peut-être différemment* » (M4).

3.6. Les facteurs facilitants au rôle du médecin généraliste

3.6.1. La formation continue

Les médecins évoquaient une démarche **individuelle**, comme le précisait le médecin 3 : « *Chacun cherche à apprendre des choses et à s'apprendre des choses pour se faire un peu progresser* », à travers la **formation continue**.

La plupart d'entre eux rapportaient avoir suivi des formations **spécifiques** avec des diplômes universitaires : « *Un DU d'entretien motivationnel, qui se révèle très utile* » (M4), ou bien une **capacité** en addictologie qui permet de « *Se créer un réseau et se sentir plus légitime* » (M6).

3.6.2. L'entraide entre collègues

Les médecins n'hésitaient pas à prendre le **relais** selon les compétences de chacun comme le soulignait le médecin psychiatre : « *Oui sur certains points je sais me faire épauler par mes collègues et inversement ... Et ça se passe plutôt bien* ».

Cette entraide permettait également de compenser **le manque de temps** : « *Si mes collègues sont occupés, ce que je peux faire je le fais* » (M6).

3.6.3. Utiliser son réseau de médecin libéral

Enfin, la fonction de médecin libéral permettait de créer des liens avec **les structures extérieures** : « *On connaît un peu nos confrères, on connaît un peu les pharmacies du secteur pour les TSO, on connaît un peu le réseau* » (M5).

Cela aidait aussi à **organiser** les relais, quand il était possible de s'appuyer sur des médecins de **proximité** : « *Quand je connais les médecins de la commune, j'essaye de voir avec eux s'ils sont OK pour les prendre en charge... Voilà* » (M6).

4. La place du médecin au sein du CSAPA

4.1. En interne

4.1.1. Des difficultés à trouver sa place

Trouver sa place au sein de l'équipe n'était **pas** toujours **évident** pour les médecins. Le médecin psychiatre s'interrogeait sur la **posture attendue** : « *Est-ce qu'ils sont là en tant qu'addictologues ou en tant que médecins généralistes ?* »

Pour d'autres une **fluidité** des échanges était mise en avant : « *Je trouve que tout le monde est toujours disponible et que... Et je m'y retrouve en fait.* » (M3).

Le médecin 4 notait tout de même que trouver sa place était un **challenge** « *pas simple* » nécessitant même un temps de pause pour retrouver le sens de son **exercice** : « *J'ai pris une année sabbatique (...), je me posais cette question-là de ma place dans le CSAPA* ».

4.1.2. Pourtant place centrale dans l'organisation des soins

La fonction de **référent** médical au sein de l'équipe pouvait apparaître comme un appui **essentiel** : « *Ça rassure tout le monde, même si des fois c'est pour prescrire de l'AOTAL® que le médecin traitant aurait pu mettre* » (M2) ; « *J'adresse au médecin quand il y a nécessité d'avis thérapeutique ou d'organiser le suivi* » (I1).

Au-delà de l'acte prescripteur, ce rôle se traduisait par une capacité à : « *Orienter un peu plus rapidement que les collègues et de coordonner* » (M4) tout en amenant : « *l'expertise médicale* » (M6).

4.1.3. Se positionner face au patient expert

Les intervenants soulignaient que les patients, à travers leurs **usages**, avaient une **expertise** qui dépassait parfois celle du médecin : « *Le patient est toujours expert de sa maladie, il est*

expert de son produit » (M2) ou bien encore « *Mais les meilleurs formateurs, c'est les usagers au CSAPA* » (I3). Cela entraînait un **changement** de rapport en comparaison au modèle plus paternaliste : « *On s'éloigne complètement du médecin potentat qui a le savoir* » (M5).

4.2. En externe

4.2.1. Lien avec la médecine générale

Comme vu auparavant, le rôle de MG était vu comme **facilitateur**, notamment de la part du médecin psychiatre : « *Où là, pour le coup, mes collègues médecins généralistes pourront mieux formuler quel est le besoin d'un médecin installé en cabinet* ». Les médecins précisaient se sentir plus en **connaissance** du fonctionnement : « *La spécificité du médecin généraliste c'est que...avec ce temps passé, on a un petit peu une vision du territoire aussi* » (M5).

4.2.2. Des relations complexes avec les structures extérieures

Le manque de communication paraissait comme un **frein** dans la coordination des soins avec **les structures extérieures** : « *On ne répondra pas à votre demande si vous demandez un avis spécialisé en hospit !* » (M5) et « *Ce que je trouve très pourri par rapport à ce que j'ai vécu dans mes autres carrières, c'est le réseau addicto, là sur le 49, nos liens avec le CHU, nos liens avec les CMP, les cures.* » (M2).

Ce même médecin pointait une **lourdeur** administrative notamment dans des demandes de cures : « *T'as rempli les fiches de demande d'admission au CHU ? Une page et deux lignes sur la page d'après, enfin, c'est à chier quoi !* ». Néanmoins, un des **infirmiers** ne semblait pas partager ce point de vue, trouvant une certaine **fluidité** dans les **échanges** : « *Ils[l'hôpital] sont quand même assez réactifs pour rappeler les gens, le lien se fait bien !* » (I1).

4.2.3. Le manque d'identification

Le manque de visibilité des médecins dans et hors du CSAPA revenait comme **une difficulté récurrente**. Certains exprimaient le sentiment d'être : « *moins repérés dans l'équipe* » (M2), mais cette faible identification dépassait le cadre interne. En effet, plusieurs soulignaient que de nombreux confrères **ignoraient** même l'existence du CSAPA : « *Je pense qu'il y en a plein qui ignorent que ça existe ici. Enfin le CSAPA* » (M5), arrivant à des situations discordantes où le patient devenait l'informateur : « *C'est même les patients qui viennent leur dire que ça existe et qui leur ont présenté la structure* » (M5).

5. Les motivations à travailler en CSAPA

5.1. Le travail pluridisciplinaire

5.1.1. Les atouts

Les intervenants rapportaient le travail en équipe comme **élément important**, tant pour la **qualité** de l'accompagnement que pour le **soutien** des professionnels : « *J'apprécie quand même le côté échange et écoute dans l'équipe sur ce que va pouvoir amener un psycho ou un éduc à l'infirmier ou le médecin* » (I1).

Certains le mettaient notamment en **opposition** au travail seul en cabinet : « *Puis en fait, j'ai fait 6 ans, parce que je n'arrive pas à travailler toute seule. T'es quand même tout seul dans ta décision* » (M2).

Le travail **pluridisciplinaire** était **valorisé** : « *Je trouve ça très enrichissant le côté de travailler en équipe et d'avoir aussi des regards qui sont différents.* » (M3). Les médecins mettaient également en avant : « *des regards qui peuvent être complémentaires* » (M4) et « *une facilité d'échange* » (M5).

Cette diversité de points de vue et de compétences était **appréciée** : « *Je suis contente de la polyvalence qu'on a et de pouvoir avoir des collègues qui sont spécialisés dans les addictions sans substance* » (M2) et « *Avoir des éducs qui ont au final pas du tout la même formation et pas du tout le même abord aussi, c'est génial* » (M3). Pointant ici la **méconnaissance** du monde social, rapportée par plusieurs des médecins : « *Ouais on n'y connaît rien en social... mais c'est hyper intéressant !* » (M6) et : « *Moi je voudrais des petits tips sur le social, des petites formations quand on commence à bosser en CSAPA* » (M2).

Enfin, cette **dynamique** favorisait la **réactivité** dans la prise en charge : « *Je passe un coup de fil, j'ai une réponse. On a cette interaction... et cette possibilité d'interaction qui est un plus énorme (...) c'est vraiment super* » (M6), notamment pour le **patient** : « *Je trouve que le travail en équipe (...) c'est hyper enrichissant, tant d'un point de vue personnel que pour le patient aussi.* » (M3).

5.1.2. Les limites

Plusieurs participants rapportaient des **limites** de ce travail en équipe, entre autres liées aux temps de **transmission** : « *Par contre, c'est des temps de transmission qui conviennent à l'ensemble des collègues sur le site, qui ne sont pas forcément tous concernés par la situation* » (I1).

Ces temps pouvaient être vécus comme **tendus** : « *l'échange avec les professionnels était un peu crispé, un peu compliqué sur certaines situations.* » (M4).

Cette difficulté était renforcée par une forme **d'isolement** dans les pratiques : « *En CSAPA, on est quand même assez isolé dans nos pratiques, ça veut dire qu'on ne sait pas trop ce qui se passe quand t'es enfermé dans ton bureau...* » (I2).

Plusieurs d'entre eux remarquaient que les différences de **temporalités** et de **langages** pouvaient compliquer la **coopération** : « *C'est quand même plus simple quand on est du même corps de métier, parce qu'on parle le même langage* » (M4) ou bien « *La temporalité, c'est quand même un point qui, parfois peut être un peu compliqué entre professionnels de santé* » (M2).

Enfin, la notion des relations **interpersonnelles** influençait la **dynamique collective**, comme pouvaient le souligner deux des intervenants : « *Je pense qu'il y a des médecins avec lesquels on arrive plus à travailler qu'avec d'autres* » (I1) et « *Y a des affinités plus que d'autres* » (M1).

5.2. Le travail avec les patients accompagnés au CSAPA

Plusieurs médecins rapportaient leur **attrait** pour le travail avec des patients souffrant d'addictions, public **complexe**, souvent lié à des contextes de **précarité** : « *J'ai toujours été aussi plus attirée par des populations un peu plus précaires, où j'ai trouvé un peu plus de sens dans mon travail* » (M3) et « *Les patients addictos..., c'était vraiment intéressant mais c'est lourd !* » (M4).

Les médecins se retrouvaient parfois face à des situations : « *Confrontantes par rapport à la réalité, un peu décalées par rapport à ce qu'on peut vivre tous les jours* » (M4) mais insistaient sur l'**évolution** de la prise en charge **addictologique** au cours des années : « *Je suis contente de faire de l'addicto à un moment où on a compris les mécanismes de l'addictologie* » (M2).

Néanmoins, travailler avec ce public paraissait **exigeant** comme pouvait le rapporter le médecin 5 : « *Mais moi je trouve que c'est un public qui est difficile* », avec des patients qui

« n'acceptent pas toujours les soins... Puis parfois ils sentent pas bon et ouais c'est complexe ! » (M3).

5.3. Les avantages d'une double activité

La **double** activité, présente chez 5 des 6 médecins interrogés, était perçue plutôt comme une source **d'équilibre** : « *Je pense que j'ai trouvé un équilibre qui est plutôt bien* » (M4). Elle permettait **d'enrichir** ses compétences notamment en tant que MG comme le rapportait le médecin 4 : « *C'est une partie qui me semble plutôt maîtrisée et que si je n'avais pas eu cette casquette d'addicto, je serais peut-être moins à l'aise en libéral* ».

Pour certains, elle apparaissait même comme une **pause** bienvenue dans l'emploi du temps du cabinet : « *Quand on en a un peu marre de la médecine générale, c'est un peu ma matinée médecine générale souape* » (M5).

6. Les caractéristiques du travail en CSAPA

6.1. Travailler dans un CSAPA associatif

Les propos recueillis soulignaient la **spécificité** des CSAPA associatifs, où l'équilibre entre les dimensions **médicale**, **psychologique** et **sociale** différait de celui rencontré dans d'autres structures de soins : « *Vu de l'extérieur, je n'avais pas compris qu'il y avait si peu de médecins par rapport à tous les psychos et les éducs* » (M2).

Cette différence imposait une **adaptation** de la part des médecins. Leurs actions médicales se trouvaient **rapidement** limitées si la prise en charge **sociale** n'était pas également **assurée** : « *D'un point de vue médical, on est très vite coincé si du côté social, ça n'a pas été aidé.* » (M3).

6.2. Les différences entre les structures

Les intervenants relevaient des différences marquées entre les trois CSAPA, liées essentiellement à leur **taille** et à leurs **organisations**. Ils **opposaient** l'ambiance d'une plus petite structure, marquée par une plus grande **proximité** et un travail en équipe **restreint** et **fluide**, à celle d'un CSAPA de plus grande envergure, où la dynamique collective et les modes de fonctionnement se révélaient sensiblement **différents** : « *Donc voilà, j'ai des chouettes collègues, très différents sur les deux sites... Oui, deux ambiances très différentes.* Entre un tout petit CSAPA de province et une grosse équipe, très différent » (M3).

Le travail **collaboratif** avec les médecins s'en trouvait **modifié**. En **petite** équipe les échanges étaient plus **directs** et **resserrés** : « *C'est surtout à XX où j'ai pu prendre ce temps-là* » (M2), tandis que dans une **grande** équipe, la **multiplicité** des acteurs **complexifiait** les interactions. Ces variations **influaient** le ressenti des professionnels, certains soulignant la **richesse** de la diversité, d'autres la **distance** entre les sites : « *Le travail de collaboration avec les médecins est vraiment différent en fonction de quand on est effectivement en petite équipe TSO ou en plus grande équipe CSAPA.* » (I1) et « *Il y a quand même une distance entre XX et XX, c'est pas du tout la même ambiance* » (M6).

6.3. Le paradoxe d'un cadre ouvert mais sans structuration ?

Le travail en CSAPA était : « **apprécié** dans son ensemble » (M3, M5, M6). Les médecins notaient : « *une très bonne ambiance de travail avec un cadre permettant pas mal de liberté* » (M2) et une « *facilité d'horaires* » (M5).

Pourtant, le médecin 4 semblait souligner : « *un manque de cadre institutionnel* » dans le fonctionnement des CSAPA, remarqué également par un des infirmiers : « *C'est un peu décousu leur pratique... Chacun fait sa sauce* » (I2).

Ce même médecin relevait un « *manque de hiérarchie claire* », conduisant parfois à une **impression de flou** dans ses missions médicales : « *Moi, je peux faire le ménage au CSAPA mais c'est cher payé. Voilà, mais c'est une vraie question où notre cadre s'arrête ?* » (M4).

Cette **absence de structuration** apparaissait pour lui comme une limite à l'efficacité et à la **reconnaissance** de leur pratique : « *On nous dit " Bah voilà, vous allez prendre le poste, vous savez faire ", bah tant mieux, c'est bien mais bon... y a pas de cadre...c'est pas normé... c'est dommage* » (M4).

7. Le binôme médecin-infirmier

7.1. Les atouts du binôme

Tous les médecins reconnaissaient l'importance et le rôle **central** des infirmiers dans la prise en charge des addictions, en particulier dans **l'administration** des traitements de substitution : « *Dans la TSO...Ouais, le binôme, il est vraiment très, très fort et très présent.* » (M2) et « *Là où elle est la plus reconnue, l'identité infirmière, c'est sur la TSO... Un vrai travail partenarial* » (M1) ; également souligné du côté infirmier : « *Un travail en équipe plus rapproché pour ce qui est des TSO* » (I1).

Tout aussi primordiale, la **délégation** des tâches revenait régulièrement comme point fort du **binôme** : « *Les infirmiers ils font du dépistage aussi, enfin moi les TROD je ne les fais pas en consult parce que je n'ai pas le temps* » (M6) et « *Dans la délégation des tâches ben... on délègue plein de choses et en toute confiance !* » (M2).

Une nouvelle fois, une distinction était faite sur le **fonctionnement** différent des structures avec une **association** bien plus « efficace » (I3) dans de plus petites structures : « *C'est super chouette ce binôme... Mais c'est sur un petit CSAPA, tu vois comme quoi les deux équipes fonctionnent pas pareil...* » (M2).

7.2. Les limites du binôme

Plutôt qu'un **véritable** partenariat, certains décrivaient une simple **continuité** de tâches : « *Pour moi ce n'est peut-être pas le binôme le plus complémentaire qui soit. C'est plus un prolongement qu'une complémentarité, quoi* » (M2).

Également, la relation médecin-infirmier était décrite comme **variable** selon les contextes et les équipes, sans véritable homogénéité : « *Le travail de collaboration avec les médecins est vraiment différent en fonction de quand on est effectivement en petite équipe TSO ou en plus grande équipe CSAPA* » (I1). Cette variabilité semblait s'accompagner d'un **cloisonnement** des pratiques : « *Je pense que les infirmiers font leur job d'infirmiers, les médecins font leur job de médecins* » (I2).

Même si des **espaces de coopération** existaient, les acteurs reconnaissaient que certaines **dimensions** de la prise en charge restaient difficilement **partagées** : « *Il y a des choses sur lesquelles je trouve qu'on arrive très bien à travailler en binôme. Il y en a d'autres où je trouve que les choses sont encore un peu scindées* » (I3).

Les témoignages mettaient en avant un **manque de personnel** qui limitait le développement effectif de **binômes** médecins-infirmiers : « *Je pense que je n'ai pas trop de binômes infirmiers aujourd'hui, la simple et bonne raison qu'il n'y a pas trop d'infirmiers disponibles* » (M4).

Ce **déficit** de ressources se traduisait par une organisation qui pouvait être vécue comme **peu satisfaisante** : « *Mon ressenti, là, depuis que je suis arrivé... Je trouve que c'est trop compliqué cette relation.* » (M1) ; « *Le fonctionnement entre nous du binôme... ce n'est pas confortable* » (I1).

Enfin, un des médecins soulignait que le **frou** de la place des médecins eux-mêmes, dans une structure aux missions **plurielles**, contribuait à **fragiliser** la construction du binôme : « *C'est là où, en fait, c'est pour moi, c'est compliqué, cette place d'infirmier, parce que la place du médecin en CSAPA n'est pas claire* » (M4).

7.3. L'attente des IDE envers les médecins

Les infirmiers considéraient le rôle de médecin généraliste comme un soutien **essentiel** et **sécurisant** : « *Je pense que quand ils [les IDE] sont flippés, ça nous rassure plus de demander directement au médecin* » (I2) notamment « *dans les soins d'urgences* » (I3).

Cette présence médicale se devait d'apporter une **évaluation** clinique **complémentaire** et de **coordonner** le parcours de soins du patient : « *Le médecin généraliste va pouvoir faire une évaluation déjà (...) si il y a une nécessité de poursuivre un suivi médical en CSAPA* » (I2).

Les infirmiers étaient également en **attente** d'une réponse par leur expertise médicale notamment sur le plan somatique : « *Avoir un travail en collaboration évidemment avec le médecin, sur le CSAPA qui a son regard médical, son évaluation* » (I1).

Un point était apporté sur l'intérêt de faire évoluer la collaboration du binôme avec l'apport : « *d'entretiens communs infirmiers-médecins* » (I2) et « *plus de présence médicale sur les temps de réunion (...) parce qu'on a besoin de ce regard médical* » (I2).

7.4. Quid de la place de l'IPA ?

L'arrivée de l'IPA au CSAPA suscitait des représentations **ambivalentes**.

Certains professionnels exprimaient une vision **positive** du rôle potentiel de l'IPA, perçu comme « *un soutien pratique* » (M1) dans la gestion des tâches cliniques et techniques. L'IPA était associée à un **allègement** de la charge de travail des médecins et infirmiers : « *Elle permettrait justement de faire, pas tous les trucs rébarbatifs, mais les TROD, faire les examens neurologiques etc.* » (M6). Envisagé comme acteur **transversal**, son rôle permettrait de faire le lien entre médecins-infirmiers notamment dans les temps de transmission parfois **critiqués** : « *L'idée a été que [l'IPA] puisse être sur les réunions infirmières et sur les réunions médicales donc ça c'est plutôt chouette* » (I2).

Pour d'autres, l'IPA interrogeait sur sa **relation** avec les médecins mais également la **redéfinition** des **compétences** infirmières : « *Pour pouvoir définir les fonctions IPA, il fallait d'abord redéfinir quel était le rôle infirmier dans le CSAPA* » (M1).

Parallèlement, d'autres médecins témoignaient d'un fort **scepticisme** vis-à-vis de l'IPA.

Certains remettaient en cause la **pertinence** du statut, considéré comme un « *entre-deux* » (M6) pouvant être mal placé : « *Les IPA... Je pense que c'est un peu foireux comme statut* » (M4).

La **légitimité** médicale était également questionnée, notamment face à une formation jugée **insuffisante** : « *Ce n'est pas en faisant deux ans de cours de médecine qu'on apprend à être un pseudo-médecin* » (M4).

D'autres critiques portaient sur le **déploiement** organisationnel, certains estimant que l'affectation de l'IPA ne **correspondait** pas aux besoins réels du terrain : « *Dommage qu'elle reste à XX [...] là où on a besoin, ce n'est pas à XX, je pense que c'est ailleurs* » (M6).

Enfin, un des médecins **minimisait** l'apport potentiel de l'IPA, se questionnant sur sa **collaboration** avec : « *Peut-être que ça pourrait être plus simple de travailler avec un IPA qu'avec un infirmier, mais franchement, je ne pense pas* » (M4).

DISCUSSION

1. Principaux résultats de l'étude

Les résultats de ce travail ont mis en évidence le rôle **central** du médecin généraliste dans le CSAPA. En effet, les médecins étaient souvent amenés à coordonner le parcours de soins des patients avec les autres professionnels, **internes** (psychiatres, psychologues, etc.), ainsi qu'**externes** si nécessaires. (Centre Médico-Psychologique, médecins traitants, etc.).

Bien qu'assumant ce rôle **d'expert** médical et de gestion des soins, ils reconnaissaient disposer de peu de disponibilité pour exercer pleinement cette mission, pourtant **familière** à leur exercice libéral (16,17,18).

Toutefois, leur connaissance de l'exercice en première ligne du MG, constituait un atout **majeur** dans leur rôle au sein du CSAPA.

Chacun pointait les **bénéfices** d'un travail en équipe pluridisciplinaire, centré sur le patient et basé sur **l'approche bio-psycho-sociale**, aujourd'hui référence en addictologie (19). La communication et l'échange des connaissances étaient perçus positivement mais différemment entre le CSAPA Angevin, plus grand, et les CSAPA du Saumurois et du Choletais, plus petits. La difficulté à trouver sa place dans une structure **associative**, à valence sociale importante, était parfois mentionnée par les médecins, plutôt habitués à des milieux sanitaires où la **temporalité** et le **langage** pouvaient être différents.

Également, les médecins semblaient apprécier la **diversité** de leurs missions et la relation avec le patient accompagné au CSAPA et ses **particularités**. Ils insistaient notamment sur un changement relationnel, où le médecin ne détenait pas seul le savoir : l'information se faisait

aussi auprès de l'usager, expert de sa maladie mais surtout de sa **consommation**. Une thèse angevine avait montré le besoin de réflexivité du médecin face au patient ayant des addictions, et comment il devait parfois se laisser « accompagner » par le patient (20).

Cependant, leur **disponibilité** limitée, liée à la charge importante de missions concentrées sur un temps restreint et parfois à une activité répartie sur deux sites, était souvent évoquée comme un **frein** au suivi des patients et à **l'organisation** des soins, ressenti aussi bien par les médecins que par les infirmiers.

De plus, les médecins et les infirmiers s'accordaient sur plusieurs obstacles organisationnels et reprochaient **l'absence** de communication en **intra** comme en **extra-** structurel, notamment avec le manque de relais en ville.

Une des difficultés majeures soulevées par tous les intervenants était la problématique de la gestion de la prise en charge **somatique**. Ils exprimaient une tension entre d'une part, la nécessité d'assurer leur rôle **d'addictologue**, et d'autre part, la volonté de répondre aux besoins du patient sans se **substituer** au médecin traitant. Particulièrement dans un contexte **sanitaire**, où l'on déplore un manque conséquent de MG en Maine-et-Loire avec une disparité au sein même du département (21,22).

Parmi d'autres freins mentionnés, les médecins de CSAPA ressentaient un manque de formation suffisant dans les domaines **addictologique** et **psychiatrique**. Concernant ce dernier, une double difficulté ressortait : la **pénurie** du secteur avec le **manque** d'interlocuteurs en hospitalier comme en libéral et l'absence de compétences suffisantes des MG de CSAPA, dans le domaine **thérapeutique**.

Les intervenants interrogés mettaient également en évidence la relation **partenariale** qu'entretenaient les infirmiers et les médecins du CSAPA, principalement dans la délivrance des TSO et la délégation des tâches.

Néanmoins, un manque de **cadrage** clair de leurs missions au sein de la structure était relevé, tant du côté médical qu'infirmier et une volonté de renforcer ce binôme, parfois peu **identifié**.

Pour faciliter leur exercice, les médecins proposaient plusieurs axes **d'amélioration**.

En premier lieu, ils avaient pour objectif de développer les relations du CSAPA, en promouvant des actions à travers des réunions ou des rencontres avec les MG extérieurs ou bien un versant plus éducatif, dans des actions en milieu scolaire. De plus, la **formation** des médecins et des étudiants en médecine générale leur semblait être un levier indispensable.

Enfin, l'arrivée de **l'IPA** dans la structure semblait susciter bien des réactions : entre attente d'un **bénéfice** pour l'exercice du MG et **interrogation** sur sa réelle posture.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces de l'étude

Concernant le choix du sujet, de nombreuses études ont été réalisées sur les liens entre la médecine générale et les centres d'addictologie, mais très peu sur le ressenti et l'exercice des médecins de CSAPA. Ce travail fait partie d'un groupement de plusieurs thèses, sur une idée de Fédération Addiction, pour faire l'état des lieux en France des MG travaillant dans les CSAPA. Actuellement seul un premier travail a été publié (13). Cependant ce recueil se différencie des autres thèses en cours par la particularité de l'apport du regard croisé d'un psychiatre et d'infirmiers travaillant également au sein du CSAPA.

La méthode qualitative par entretien semi-dirigé a été jugée la plus adaptée pour cette étude, permettant de recueillir les expériences des médecins et infirmiers. Les entretiens individuels ont été privilégiés aux focus groupes afin de favoriser une expression plus libre des participants, enrichissant le contenu des échanges.

Le codage des données réalisé de manière itérative tout au long des entretiens, a permis de réajuster progressivement le guide d'entretien pour l'affiner. La présence d'une personne tierce a permis de double coder les données ; et le directeur de thèse a été sollicité pour une triangulation des données en cas de désaccord (23).

Tout ceci a eu pour but d'améliorer la validité interne ainsi que la fiabilité de l'étude.

L'étude a également respecté les critères COREQ (Annexe I).

L'objectif de l'étude n'a pas été dévoilé en amont des entretiens pour garantir la spontanéité des échanges.

Enfin, les liens préexistants entre les intervenants et la chercheuse ont facilité une discussion plus ouverte.

2.2. Limites de l'étude

2.2.1. Biais d'investigation

Même si la qualité de la méthode d'entretien s'est améliorée au fur et à mesure, ce travail a été mené par une chercheuse novice, ce qui a influencé la qualité des résultats.

Pour pallier à ce manque de connaissance, l'investigatrice a utilisé le livre « Initiation à la recherche qualitative en santé » de Jean-Pierre LEBEAU et a pu participer aux ateliers thèse proposés par la faculté d'Angers (15).

2.2.2. Biais de sélection et de recrutement

Un biais de recrutement est également présent, la chercheuse ayant interrogé des anciens collègues à elle.

De plus, le recours à la méthode d'échantillonnage au premier répondant a pu introduire un biais de sélection. Le personnel ayant accepté de participer était probablement plus sensible à la thématique, par rapport aux non-répondants, restreignant la diversité des points de vue.

3. Comparaison avec la littérature

3.1. Un manque de formation unanime

3.1.1. La méconnaissance du monde social

Élaboré dans les années 1970 à partir de la théorie d'Engel, le modèle bio-psycho-social considère que la santé d'un individu ne peut se comprendre uniquement à travers les facteurs biologiques, mais doit aussi intégrer les dimensions psychologiques et sociales (24).

Dans le champ de l'addiction, cette approche se révèle essentielle : au-delà du traitement médical, de nombreux patients nécessitent un accompagnement psychologique et social afin de répondre à l'ensemble de leurs difficultés.

Cependant, plusieurs des MG interrogés reconnaissaient leur manque de connaissances du secteur social ainsi que les difficultés de communication avec certains partenaires (psychologues ; éducateurs spécialisés) limitant l'efficience de leur prise en charge.

Plusieurs travaux de thèse réalisés auprès de MG concordaient avec ces résultats et retrouvaient que la majorité d'entre eux estimaient avoir besoin d'une formation

complémentaire sur le fonctionnement du champ social, notamment chez les jeunes médecins (25,26,27).

Parmi ces thèses, celle écrite par Cécile Matz Flye Sainte Marie, rapportait que les MG manifestaient plutôt un besoin d'information que de formation (26).

3.1.2. La problématique de la psychiatrie

Comme retrouvé dans la thèse d'Elodie DETOT, participant au projet de Fédération Addiction, les médecins des CSAPA émettaient des difficultés liées à la prise en charge des comorbidités psychiatriques (13). Très souvent, les médecins adoptaient une position en dehors de leur champ de compétence, en se substituant au psychiatre devant l'absence de prise en charge de leurs patients.

Toutefois, même si le patient arrivait à obtenir une prise en charge psychiatrique, le défaut de communication et de collaboration suffisante avec le psychiatre diminuait l'efficacité de la prise en charge (28).

Bien que soulignant l'atout majeur d'avoir un psychiatre dans l'équipe du CSAPA, les médecins notaient la nécessité d'un accompagnement renforcé ainsi que de formations spécifiques, notamment sur les notions thérapeutiques mais également sur la prise en charge des pathologies duelles. Définies comme la présence co-morbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, ces pathologies engendraient des situations difficiles autant pour la personne souffrante que pour le professionnel la prenant en charge (29).

Dans une enquête menée par l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (OFDT) auprès d'autres CSAPA, le manque de ressources et de coordination était également

mentionné : pas ou peu de psychiatres sur les CSAPA, sentiment de méconnaissance de certaines situations, de ne pas avoir les « outils » pour les « gérer », et des partenariats défaillants avec l'hôpital et la psychiatrie de secteur (11).

Pour répondre aux difficultés croissantes d'accès aux soins psychiatriques en Maine-et-Loire, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a lancé en Avril 2025, une démarche globale pour adapter l'offre de soins à la pénurie de psychiatres. Son objectif serait de structurer l'avenir des soins psychiatriques en Maine-et-Loire et garantir un accès équitable et de qualité aux soins pour tous les habitants (30).

Plusieurs mesures concrètes ont été déployées comme l'ouverture de nouveaux lits d'hospitalisation ou bien l'accompagnement des formations en IPA pour renforcer les compétences des soignants en psychiatrie.

D'autres actions sont en cours avec notamment un projet de développer les téléconsultations en psychiatrie dans le territoire de Cholet.

3.2. Les freins au bon fonctionnement

3.2.1. L'isolement du CSAPA

Selon un rapport de 2021, les recours des MG aux structures spécialisées en addictologie sont fréquents : à l'échelle nationale, 91 % ont fait appel à une structure médico-sociale ou un service hospitalier dans l'année (31).

Cependant, la problématique réside non pas dans l'adressage mais plutôt dans la mauvaise connaissance des différentes structures d'addictologie.

Dans une thèse d'Occitanie soutenue par KEVIN PHAM, portant sur la relation des médecins libéraux et médecins de CSAPA, il était ressorti que la communication était véritablement

restreinte, car le CSAPA semblait peu connu par les médecins libéraux (32). Dans un autre travail de thèse mené du côté des médecins libéraux, les MG ont souligné le manque de retours concernant la prise en charge réalisée dans les CSAPA, exprimant leur besoin de recevoir des comptes rendus (33).

Dans notre étude, les médecins du CSAPA souhaitaient promouvoir le centre à travers des rencontres et des réunions visant à renforcer la collaboration, mais aussi leur identification sur les structures.

Cependant, ils soulignaient plusieurs freins à leur organisation, notamment le manque de temps, tant de leur part que de celle des médecins de ville.

3.2.2. Le médecin de ville : entre mauvaise perception de l'addictologie et manque de connaissance

Le frein au relais en ville des patients était à l'origine de biens des problématiques organisationnelles.

Les médecins des CSAPA avaient l'impression que leurs confrères ne se sentaient pas être l'interlocuteur adapté aux besoins des patients.

Une thèse menée sur les déterminants influençant l'abord des conduites addictives par les MG, concordait avec le constat fait dans cette étude (34) :

- Un sentiment d'illégitimité du fait d'un manque de connaissances dans ce domaine ;
- Une représentation et des préjugés conduisant au sentiment que le sujet de l'addiction est tabou.

Effectivement, les médecins des CSAPA avaient rapporté, qu'indépendamment de leur période de formation initiale, celle-ci était restée insuffisante en addictologie.

Bien que quelques notions soient abordées dans le référentiel de psychiatrie et d'addictologie, il n'en restait pas moins beaucoup de lacunes sur la prise en charge (35).

Selon les dernières données de 2022, il apparaîtrait que la majorité des médecins en fin de cursus de formation de médecine générale ne semblaient pas en mesure de repérer ni de prendre en charge de manière adéquate un patient ayant des consommations (16).

De plus, les représentations sociales de l'addiction et la stigmatisation qui en découle sont bien connues. Elles entretiennent encore aujourd'hui un climat de méfiance qui nuit à la relation de soin et favorise le mésusage des CSAPA.

Plusieurs des médecins interrogés l'exprimaient très bien en rappelant que le patient « *toxico* » a souffert de ne pas être le bienvenu en cabinet. Ils insistaient sur l'atout essentiel que serait une meilleure formation et l'accompagnement des médecins libéraux comme leviers pour un changement des représentations véhiculées.

Appuyant cette idée, une publication de 2024 montrait que la sensibilisation des internes vis-à-vis de l'approche pluri-professionnelle en addictologie et leur accompagnement augmentaient significativement leur engagement dans la prise en charge des patients (36). Ces résultats suggéreraient un changement progressif des mentalités des futurs MG.

4. Etat des lieux et perspectives

4.1. Développer les actions de prévention

Bien que les CSAPA assurent des missions obligatoires de prévention individuelle et collective, celles-ci sont insuffisamment investies aux yeux des intervenants interrogés (37).

Une étude portant sur la réflexion de l'activité des CSAPA en Normandie, avait fait le même constat. Cependant, les médecins s'étaient déclarés confrontés à des choix de priorisation, de peur que leurs actions se fassent au détriment de l'intervention individuelle (38).

Dans cette étude, les médecins et les infirmiers insistaient sur la nécessité de recentrer leur pratique autour de la prévention, en passant par le somatique et l'approche de l'examen clinique. Ils encourageaient l'utilisation d'outils déjà disponibles tels que les TROD ou le Fibroscan®, en incitant leurs collègues de CSAPA à les mettre en œuvre également.

Par ailleurs, ils prônaient la nécessité de développer davantage d'actions « *d'aller-vers* », à destination des professionnels, afin d'une part de renforcer les compétences de ces derniers en matière de prévention des addictions, et d'autre part de faciliter l'orientation des usagers vers les CSAPA. Ces actions étant actuellement principalement menées par les infirmiers et les éducateurs spécialisés du CSAPA. Certains médecins émettaient le souhait de s'investir dans ces actions avec l'envie de ramener l'expertise médicale dans la prévention. À titre d'exemple, les médecins évoquaient des initiatives comparables au *Dry January*, ou encore des interventions directement au sein d'établissements éducatifs tels que des collèges et lycées.

4.2. Le levier de la formation

Les médecins ont souligné la motivation à travailler en CSAPA par le hasard de la rencontre avec l'addictologie au cours de leur internat.

Relevant un manque d'apprentissage durant leur cursus, la plupart d'entre eux se sont formés à travers des formations comme la capacité d'addictologie ou bien d'autres diplômes universitaires et Formation Médicale Continue (FMC).

Aujourd’hui, il est pourtant proposé depuis 2017 et la fin de l’existence des Diplômes d’Études Spécialisées Complémentaires (DESC), la possibilité de réaliser une « sur-spécialisation » en faisant une Formation Spécialisée Transversale (FST). Son objectif est d’apporter une formation transversale dédiée à la prise en charge des troubles addictifs ainsi que leurs comorbidités (39). Cependant, cette formation est réservée à un ou deux étudiants par année et constraint à rajouter un an de formation.

Une formation supplémentaire durant l’internat paraîtrait plus judicieuse à proposer à l’ensemble des futurs MG.

C’est dans cette logique que le CSAPA d’Angers accueille un interne de médecine générale en alternance avec un interne de psychiatrie. Il est pour projet de faire évoluer ce poste avec la possibilité d’accéder aux deux autres structures sur Cholet et Saumur.

De plus, deux modules de cours sont proposés à la faculté d’Angers pour les internes de médecine générale, dispensés par un des médecins d’ALIA.

Il paraît légitime de s’interroger quant aux moyens d’améliorer cette formation.

L’arrivée d’une quatrième année dans l’internat de médecine générale pourrait ouvrir de nouvelles perspectives : développer des stages en milieu médico-social et favoriser des interventions dans différentes structures, contribuant ainsi à renforcer les compétences des futurs MG en addictologie (40).

Un professionnel sensible aux conduites addictives est un professionnel qui a été accompagné sur la thématique au cours de son cursus (41).

4.3. L'arrivée de l'IPA

La possibilité pour les infirmiers d'exercer en pratique avancée a été instaurée par la loi de modernisation du système de santé de 2016, puis concrétisée par le décret de 2018 (42). Elle repose sur une formation de deux ans de niveau master et s'organise autour de quatre domaines d'intervention : les pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hémato-oncologie ; la maladie rénale chronique (dialyse, transplantation rénale) et depuis 2019, la psychiatrie et la santé mentale.

Dans les textes, l'addictologie est intégrée à l'axe psychiatrie et santé mentale, même si aujourd'hui elle est appréhendée dans une perspective plus large, de type bio-psycho-sociale (43).

C'est pourquoi un IPA formé dans le Maine-et-Loire a choisi de se spécialiser dans la prise en charge des pathologies chroniques et des polypathologies en soins primaires, estimant cette orientation plus adaptée à sa pratique.

Pour éclaircir ce nouveau rôle, un travail mené en 2020 sous la direction du Pr Rolland a pu définir les compétences spécifiques à l'exercice infirmier en pratique avancée en addictologie (43).

Toutefois, malgré ce cadrage, l'intégration des IPA suscite encore des réticences, notamment de la part des MG (44).

Cette ouverture se heurte à un double enjeu :

- Un besoin de clarification des périmètres professionnels, l'IPA étant perçu comme brouillant la frontière entre le rôle d'infirmier et celui du médecin ;
- Une résistance liée à la légitimité du statut.

L'activité d'IPA dans les CSAPA de Maine-et-Loire ayant débuté très récemment, en septembre 2025, il serait pertinent d'interroger a posteriori les médecins des CSAPA sur leurs perceptions, ainsi que sur les bénéfices et freins de ce nouveau rôle.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mieux décrire le rôle et l'exercice des médecins généralistes de Maine-et-Loire exerçant en CSAPA.

De par leur connaissance du monde libéral et du terrain, ils trouvent toute leur place pour accompagner la pathologie addictive des patients au sein de ces structures médico-sociales.

L'attrait pour l'addictologie telle qu'elle est perçue aujourd'hui, ainsi que la pluridisciplinarité des équipes amènent une grande satisfaction de la part des médecins interrogés.

La diversité des activités et des missions auxquelles répondent les médecins sont aussi un attrait avec toutefois un flou perçu quant au cadre de leurs pratiques.

La complexité de la prise en charge psychiatrique et ses comorbidités sont mises en avant avec un manque de formation et une souffrance vis-à-vis de la pénurie du milieu psychiatrique. De manière similaire, la gestion des soins somatiques en CSAPA soulève plusieurs interrogations, avec une absence de ligne directrice claire.

Ce travail met en évidence des relations encore limitées entre les CSAPA et les structures extérieures, principalement dues à un manque de formation des médecins généralistes libéraux et à un manque de visibilité de ces structures médico-sociales.

D'autres freins ont pu être identifiés au bon déroulement de leur exercice, comme un manque de temps dû notamment à leur temps partiel, mais aussi l'inégalité territoriale au sein même du département visible d'un CSAPA à l'autre.

Le renforcement de la formation initiale des MG, qu'ils exercent en CSAPA ou en libéral, apparaît être comme l'un des leviers essentiels pour améliorer la prise en charge des patients souffrant d'addictions.

De plus, l'importance du binôme médecin-infirmier a été mise en évidence même si une restructuration de leur fonctionnement est demandée par les médecins et les infirmiers de CSAPA.

Avec l'avènement des IPA, ce binôme pourrait se retrouver renforcé permettant un levier supplémentaire pour la prise en charge des patients.

Ce travail mériterait d'être étayé en élargissant sur le plan national à l'ensemble du personnel travaillant en CSAPA, pour assurer un regard plus élargi sur la pratique. Il pourrait être tout aussi intéressant d'aller interroger les patients de CSAPA sur leurs attentes envers les médecins y travaillant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fortané N. La (les) trajectoire(s) du changement:La naissance de l'addictologie. Actes de la recherche en sciences sociales. 2014;205(5):42-57.
2. Fortané N. La carrière des «addictions»:D'un concept médical à une catégorie d'action publique. Genèses. 25 mai 2010;78(1):5-24.
3. Brisacier AC, Lermenier-Jeannet A, Paille C. Morbidité et mortalité liées aux drogues. Drogues et addiction- données essentielles.
4. Paille F. Le dispositif d'accueil et de soins en addictologie.
5. Drogues.gouv [Internet]. 2023 [cité 20 nov 2024]. Le dispositif de soins en addictologie | MILDECA. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>
6. Circulaire du 28 février 2008 [Internet]. [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf
7. Les personnes accueillies dans les CSAPA [Internet]. [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-1327-eftxcp2b8.pdf
8. ALIA_Rapport_Activites_2023.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2024]. Disponible sur: https://alia49.fr/wp-content/uploads/2024/07/ALIA_Rapport_Activites_2023.pdf
9. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. les dossiers de la Dress. juill 2021;numéro 80.
10. [la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa_recommandations.pdf) [Internet]. [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa_recommandations.pdf
11. Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie [Internet]. [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-1873-eftxmm2c6.pdf
12. Serriari NE. Échanges d'informations médicales entre centres d'addictologie et médecins généralistes : ressenti des médecins généralistes picards. [Thèse d'exercice]. [France] 1 oct 2018;68.
13. Detot E. Rôle et place des médecins généralistes franc-comtois exerçant en CSAPA: étude qualitative sur les ressentis des facteurs déterminant leurs pratiques professionnelles [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2023.

14. Référentiel IDE 2020.doc [Internet]. [cité 19 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2022/07/referentiel-ide-2020.pdf>
15. Lebeau JP, Aubin-Augier I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé.
16. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022. MILDECA
17. Jaury P, Peyrebrune C. 52. Rôle et pratiques du médecin généraliste. In: Traité d'addictologie [Internet]. Lavoisier; 2016 [cité 22 sept 2025]. p. 416-22. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-416>
18. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 22 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
19. Dutilleul B. La « régulation des consommations » en addictologie : vers un nouveau paradigme socio-éducatif ? Sciences et actions sociales [Internet]. 24 mars 2023 [cité 19 sept 2025];(19). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sas/3636>
20. PROVOST A. Les patients dépendants à l'héroïne en médecine générale : représentations, vécu et connaissances des médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. [France]Faculté d'Angers; 2019.
21. PRPA_en_actions.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2024]. Disponible sur: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/PRPA_en_actions.pdf
22. 2023_#42_MEDECINS.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2025]. Disponible sur: https://www.orspaysdeloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023_PDF/2023_%2342_MEDECINS.pdf
23. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Qualitative en Santé - Guide méthodologique. F2RSM Psy; 2021.
24. Bolton D, Tinland J, Giroux É, Ferry-Danini J. Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical. Archives de philosophie. 29 oct 2020;83(4):13-40.
25. Mantoux_Mathilde_34005941.pdf [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]. [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02920118v1/file/Mantoux_Mathilde_34005941.pdf
26. Matz Flye Sainte Marie C, Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude quantitative par questionnaires [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2011 [cité 5 oct 2025]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733834>

27. Deitsch S. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux: exploration des déterminants d'une collaboration réussie: étude qualitative auprès des travailleurs sociaux de Meurthe-et-Moselle en 2015. 2015;
28. Duprat L. Construction des parcours de soins d'usagers d'alcool en microstructures médicales addictions.
29. addiction et comorbidités [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: https://www.cunea.fr/sites/default/files/addiction_et_comorbidites_a_benyamina_opt.pdf
30. Lancement des travaux sur la psychiatrie en Maine-et-Loire : une réponse concertée aux défis actuels [Internet]. 2025 [cité 5 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/lancement-des-travaux-sur-la-psychiatrie-en-maine-et-loire-une-reponse-concertee-aux-defis-actuels>
31. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients.
32. Pham K. Relation entre le médecin du CSAPA et le médecin généraliste concernant les patients présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool : étude qualitative sur le vécu de la relation auprès des médecins des CSAPA de la région Occitanie. 21 mars 2024;149.
33. Dassonville AF Mésusage d'alcool : Articulation entre médecins généralistes et Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM024.pdf
34. Lallemand M. Déterminants influençant l'abord des conduites addictives par les médecins d'Occitanie au cours d'une consultation de médecine générale. 2023 [Thèse d'exercice]. [France]
35. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
36. Gimenez L, Bonis D, Morel M, Palmaro A, Dassieu L, Dupouy J. Barriers and facilitators to the involvement of general practitioners in the prescription of buprenorphine. Journal of Substance Use and Addiction Treatment. janv 2024;156:209182.
37. Fiche-Reperes-CSAPA-Etapes-accompagnement-et-soins-Temporalite-et-fin-de-suivi.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2025]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-CSAPA-Etapes-accompagnement-et-soins-Temporalite-et-fin-de-suivi.pdf>

38. 2018-Reflexions-sur-lactivite-des-CSAPA-en-Normandie.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2025]. Disponible sur: <https://orscreainnormandie.org/wp-content/uploads/2023/08/2018-Reflexions-sur-lactivite-des-CSAPA-en-Normandie.pdf>
39. FST Addictologie | CUNEA [Internet]. [cité 28 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.cunea.fr/fst-addictologie>
40. Sénat [Internet]. 2024 [cité 28 sept 2025]. Publication des décrets concernant la quatrième année d'internat de médecine générale. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2024/qSEQ241202558.html>
41. 2023-04-05_-_cr_atelier_-_lien_medecine_de_ville.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2025]. Disponible sur: https://www.grandestaddictions.org/sites/default/files/2023-04-05_-_cr_atelier_-_lien_medecine_de_ville.pdf
42. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
43. Référentiel PASI 2020.doc [Internet]. [cité 15 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2022/07/referentiel-pasi-2020.pdf>
44. Bucquet M Représentation de la collaboration entre médecins généralistes et infirmiers en pratique avancée : une étude qualitative par focus group réalisée auprès des médecins généralistes de l'agglomération havraise [Internet]. [cité 28 sept 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04912159v1/document>

LISTE DES FIGURES

Figure1 - Schéma explicatif des résultats 10

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I – Caractéristiques de la population étudiée 9

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	
RESUME	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	7
1. Type d'étude	7
2. Population cible et recrutement	7
3. Recueil de données.....	7
4. Retranscription et analyse de données	8
5. Ethique.....	8
RÉSULTATS	9
1. Caractéristiques de la population étudiée	9
2. Modélisation des résultats	10
3. Le rôle du médecin généraliste	11
3.1. La vision globale du médecin.....	11
3.2. La prise en charge addictologique	11
3.2.1. Les missions.....	11
3.2.2. La prévention trop peu investie	12
3.3. La prise en charge somatique.....	13
3.4. La prise en charge psychiatrique.....	14
3.5. Les facteurs limitants au rôle du médecin généraliste.....	15
3.5.1. Le manque de formation.....	15
3.5.2. Les freins du relais en ville.....	16
3.5.3. Les limites du temps partiel	17
3.6. Les facteurs facilitants au rôle du médecin généraliste	17
3.6.1. La formation continue	17
3.6.2. L'entraide entre collègues	18
3.6.3. Utiliser son réseau de médecin libéral	18
4. La place du médecin au sein du CSAPA	19
4.1. En interne	19
4.1.1. Des difficultés à trouver sa place	19
4.1.2. Pourtant place centrale dans l'organisation des soins	19
4.1.3. Se positionner face au patient expert	19
4.2. En externe	20
4.2.1. Lien avec la médecine générale	20
4.2.2. Des relations complexes avec les structures extérieures	20
4.2.3. Le manque d'identification	21
5. Les motivations à travailler en CSAPA.....	21
5.1. Le travail pluridisciplinaire	21
5.1.1. Les atouts	21
5.1.2. Les limites.....	22
5.2. Le travail avec les patients accompagnés au CSAPA.....	23
5.3. Les avantages d'une double activité	24

6.	Les caractéristiques du travail en CSAPA	24
6.1.	Travailler dans un CSAPA associatif	24
6.2.	Les différences entre les structures	25
6.3.	Le paradoxe d'un cadre ouvert mais sans structuration ?	25
7.	Le binôme médecin-infirmier	26
7.1.	Les atouts du binôme	26
7.2.	Les limites du binôme	27
7.3.	L'attente des IDE envers les médecins	28
7.4.	Quid de la place de l'IPA ?	29
DISCUSSION		31
1.	Principaux résultats de l'étude	31
2.	Forces et limites de l'étude	33
2.1.	Forces de l'étude	33
2.2.	Limites de l'étude	34
2.2.1.	Biais d'investigation	34
2.2.2.	Biais de sélection et de recrutement	35
3.	Comparaison avec la littérature.....	35
3.1.	Un manque de formation unanime	35
3.1.1.	La méconnaissance du monde social	35
3.1.2.	La problématique de la psychiatrie	36
3.2.	Les freins au bon fonctionnement	37
3.2.1.	L'isolement du CSAPA	37
3.2.2.	Le médecin de ville : entre mauvaise perception de l'addictologie et manque de connaissance	38
4.	Etat des lieux et perspectives	39
4.1.	Développer les actions de prévention	39
4.2.	Le levier de la formation	40
4.3.	L'arrivée de l'IPA	42
CONCLUSION		44
BIBLIOGRAPHIE		46
LISTE DES FIGURES		50
LISTE DES TABLEAUX		51
TABLE DES MATIERES.....		52
ANNEXES		I

ANNEXES

Annexe I – Grille COREQ :

Domaine 1. Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristique personnelle

Numéro	Item	Guide question/description	Réponse
1	Enquêteur animateur	Quels auteurs ont mené les entretiens individuels ?	DUTREIX Camille
2	Titres académiques	Quels étaient le titre académique du chercheur ?	Interne en médecine générale
3	Activité	Quelles étaient ses Activités au moment de l'étude ?	Remplacements
4	Genre	Les chercheurs étaient-ils des hommes ou des femmes ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation de la chercheuse ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants

6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Connaissance antérieure par biais professionnels des participants
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Ils connaissaient le statut de la chercheuse et le cadre de la thèse de fin d'études
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Le statut de remplaçante

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

Numéro	Item	Guide question/description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée

Sélection des participants

10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage par variation maximale
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mail
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	9 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	Aucun

Contexte

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Cabinet des médecins et au domicile
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Voir tableau 1

Recueil des données

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Le guide d'entretien n'était pas fourni aux participants Testé lors d'une thèse précédente.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Aucun entretien n'a été répété
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement via dictaphone du téléphone et dictaphone libre

20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, pendant et après sur papier
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Moyenne de 46 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Le seuil de saturation a été obtenu au bout de 5 entretiens médecins et 3 infirmiers
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Aucun retour sur les entretiens n'a été réalisé

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

Numéro	Item	Guide question/description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 personnes, l'enquêtrice et une personne tierce
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes ont été déterminés à partir des données

27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Excel
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Des verbatims ont été utilisés. Ils sont identifiés par le numéro de l'entretien
----	----------------------	---	--

30	Cohérences des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui ce sont les titres et sous-titres
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe II – Grille d’entretien médecin

1. Pouvez-vous vous présenter ? (Éléments de relance : profession-âge sexe-mode d’exercice-territoire-salarié tps plein ou tps partiel-activité d’enseignant médecin)
2. Quel est votre ressenti par rapport à votre pratique de médecin en CSAPA ?
3. Quelles sont vos principales missions au sein du CSAPA ?
(Relances : Soins addictologiques-psychiatriques-somatiques ; Prescription (TSO-et autres ; Dépistage - bilan et traitement des hépatites B et C ; entretiens motivationnels ; RDRD ; Accueil et formation des internes de médecine générale ; Participation à la formation de l’équipe)
4. Comment fonctionne le binôme médecin- infirmière, au sein du CSAPA ? (délégation de tâches – gestion des urgences –consultations)
5. Quelle est votre place organisationnelle au sein du CSAPA ?
(relance : Interne et externe)
6. Quels freins ou limites observez-vous dans votre pratique ?
Quels sont les points positifs ?
7. Quelles sont les valeurs essentielles, selon vous, caractérisant votre pratique de médecin en CSAPA ?
8. Avez-vous d’autres idées à exprimer concernant votre pratique professionnelle en CSAPA ?

Annexe III – Grille d’entretien infirmier

1. Pouvez-vous vous présenter ? (Relance : profession-âge sexe-mode d’exercice-territoire-salarié tps plein ou tps partiel-activité d’enseignant infirmier)
2. Précisez comment fonctionne le binôme médecin- infirmière, au sein du CSAPA (Relance : délégation de tâches – gestion des urgences –consultations)
3. Quel est votre point de vue sur le rôle du médecin généraliste dans le CSAPA ?
4. Qu’attendez-vous du médecin généraliste au sein du CSAPA ?
5. Quelles améliorations suggérez-vous pour renforcer cette collaboration ?

Annexe IV – Retranscription d'un entretien

E7 : Merci d'avoir accepté de participer. Le but est de comprendre votre exercice et votre rôle en tant que médecin généraliste dans le CSAPA. Tout simplement, pour la première question, est-ce que vous pouvez nous présenter ? Notamment sur votre parcours professionnel.

M5 : XX, j'ai bientôt 60 ans, dont quelques décennies d'addicto et de médecine générale. J'ai fait une thèse de médecine générale en alcoolologie. J'ai rencontré des professionnels hospitaliers ou même médecins généralistes car on avait un médecin généraliste qui s'appelle toujours, qui doit être la retraite, Docteur XX, qui était un petit peu connu nationalement pour médecine générale et alcoolologie, on disait à l'époque. Je pense qu'il doit être encore à la Société Française d'Addicto. J'ai passé ma thèse avec lui et en même temps j'avais été sensibilisé à l'alcoolologie à l'époque dans un service où j'étais interne à l'hôpital de XX, un service de gastro-entérologie où il y avait beaucoup de... de gens qui s'étaient traités pour des cirrhoses. C'était la mode à l'époque, il y en a moins maintenant. Et le gastro-entérologue de l'hôpital de XX avait décidé, quelques années auparavant, d'autonomiser une activité de cure de sevrage. Donc des gens étaient hospitalisés pour la cure de sevrage. Donc moi, ça a été mon premier stage d'interne. Je me suis intéressé un peu à cette spécialité. Après j'ai fait cette thèse, et puis après j'ai travaillé dans le service d'addictologie qui se montait à l'hôpital de XX, pour faire des sevrages, parce que ce service d'addicto s'est autonomisé. Et le docteur XX, gastro-entérologue, a laissé tomber un peu la gastro pour ne faire que de l'addicto. Et donc j'avais un travail à mi-temps là-bas pendant quelques années. Et puis je faisais des remplacements de médecine générale aussi, voilà, en parallèle. Et puis quand j'ai décidé... À un moment donné, j'ai décidé de stopper... Enfin, je voulais stopper l'activité hospitalière. Pour faire de la médecine générale, mais ça m'embêtait de laisser tomber de l'addicto, donc j'ai candidaté pour le CSAPA, qui n'était pas le CSAPA à l'époque, mais qu'on appelait les centres d'alcoolologie. Et donc j'ai été recruté 6 mois avant, enfin bref... au centre d'alcoolologie de XX. Et puis... Donc j'ai fait de 2000 à... Ouais, ouais, c'est ça, ouais. De 2000 à... Quand est-ce qu'on est devenu centre d'addicto ? Je sais plus, 2010, 2011 ? Il y a le texte de loi, puis après il y a la façon de l'équipe qui se réunit. Parce que sur le Maine et Loire, il y avait... trois associations, il y avait l'ADAMEL qui était l'association d'alcoolologie et de tabac général sur tout le département, il y avait deux asso qui étaient des anciens CSST, centre de soins aux toxicomanes, on appelait ça comme ça, et il y avait une association qui faisait Saumur-Cholet, c'est EQUINOX, et une association à ATF qui faisait Angers. Et tous les trois, on s'est réunis pour créer ALIA. Et il y a eu une mise en commun des équipes. Et c'est à partir de ce moment-là que j'ai commencé à faire... Enfin, on faisait toujours un petit peu de l'addictologie. On s'intéressait aux autres produits... mais à m'intéresser plus particulièrement parce qu'il y avait une demande au TSO. De toute façon, le centre TSO, c'était EQUINOX.

Et puis au début, d'ailleurs, quand on en a commencé, le médecin qui... d'EQUINOX faisait que ça. Enfin, il ne faisait peut-être pas que ça, mais il faisait toute la TSO. Nous, on ne faisait pas parce qu'on gardait notre file active. Je suis resté toujours sur à peu près le même temps de travail. Et puis après, ce médecin, pour des raisons heu... je ne sais plus x ou y, a dû avoir

un arrêt maladie qui a duré quelques mois et un changement de direction professionnelle. On nous a demandé un petit peu ce qu'on voulait faire. Et moi j'ai dit que j'étais d'accord pour faire du, entre guillemets, du TSO.

E7 : Sans forcément de formation au préalable ?

M5 : Ah non, non. Alors moi, voilà, je suis d'exception un peu ici. C'est qu'à mon époque, ils ont été recrutés sans diplôme d'addicto. Et on ne m'a même pas demandé un DU d'addicto... Comme c'est anonyme, c'est pas grave. Je ne serai pas dénoncé. Mais voilà... (Rire)

E7 : Et aujourd'hui vous travaillez uniquement à ALIA ou vous avez gardé une activité à côté ?

M5 : Ah non, j'ai une activité libérale. Moi je ne travaille à ALIA que 6h30 par semaine. Je suis dans un cabinet libéral à la campagne, un cabinet de 6 médecins.

E7 : Donc on a dit pas de formation particulière, mais est-ce que cela a été proposé par la suite ?

M5 : Alors des formations internes, un petit peu, oui. Mais moi, comme j'avais toujours cette activité libérale et que j'avais toujours ce temps dédié lié à l'addicto, il n'était pas trop possible pour moi. D'autant plus que l'activité libérale initiale, j'étais tout seul, comme dans mon cabinet de médecine générale. Et en 2012, il y a eu un regroupement dans une commune à côté pour faire rayonner un petit peu tout ça, pas rester... qu'on reste tout seul pour la suite et donc bah non moi j'étais toujours à plein temps en médecine générale donc de toute façon il aurait fallu que j'interromps mon activité ou que je réduise mon activité de médecine générale en libéral et ce n'était pas possible. (silence)

E7 : Est-ce que vous recevez des internes ?

M5 : Alors ici à ALIA on reçoit des internes. Mais moi je ne suis pas médecin formateur ou médecin mais ici, comme vous dites que vous avez fait avec Dr XX, où il y a des internes à ALIA donc de temps en temps, ils viennent ici.

E7 : Merci pour cette présentation. Aujourd'hui quelles sont vos missions au CSAPA ? Avez-vous gardé cette affinité pour l'alcoologie ?

M5 : Alors c'est la consultation d'addictos qui est majoritairement la problématique qui nous est posée majoritairement. La problématique majoritaire c'est l'alcool. Mais moi je fais beaucoup aussi de TSO. Mais j'anticipe peut-être un peu... mais c'est lié aux obstacles du fait que nos confrères généralistes ont beaucoup de réticence à s'occuper des TSO en libéral. Que de toute façon, on est un centre d'initiation. Donc il faut passer par nous. Parce que l'hôpital en fait très, très peu. Normalement, c'est les centres hospitaliers, les. Donc à XX, il n'y a plus de centres hospitaliers. Et les services de psychiatrie peuvent le faire. Mais par exemple, à XX, il n'y a plus de services de psychiatrie. Et les CSAPA. C'est les seuls centres qui sont habilités à initialiser la Méthadone®. Le Subutex® pouvant être prescrit en ville. Et la grande difficulté qui se présente à nous, ce n'est

pas cette mission-là, ça on l'assure, c'est de relayer les gens. On est obligé de conserver... Moi, en particulier, parce que moi, je travaille un peu tard le soir. Enfin, tard le soir, je travaille normalement. Jusqu'à 19h-19h30, donc tous les gens qui ont des TSO et qui travaillent, beaucoup de gens, ces gens-là, et qui se voient refuser, soit parce qu'ils n'ont pas de médecin traitant, soit parce que leur médecin traitant et ça arrive, ou le médecin qu'ils vont voir pas régulièrement refuse de prendre en charge cette partie, il reste avec nous.

E7 : Vous avez souvent, peut-être pas si souvent cette situation ?

M5 : C'est très fréquent. Parce que... parce que manque de formation, je ne sais pas. Je pense que vous êtes beaucoup mieux formé que nous l'étions par rapport à cette problématique. Je parle de TSO, là. Mais surtout une appréhension. Le fait que maintenant, nous on a eu beaucoup de cas-là, j'en parle franchement hein, de médecins qui avant prenaient tout le monde, il n'y avait pas de tri, et qui ont pour successeur des médecins, j'ai au moins 3-4 cas en tête là, qui trient un petit peu et qui disent « moi je ne prendrai pas les patients que tu avais, que tu suivais en TSO, etc. » Basé sur le fait que les médecins avaient été à plein temps et dans les trois cas, les exemples que j'ai, les trois qui prennent la succession sont des gens qui se mettent à travailler à 70%. Donc c'est la partie qu'ils vont abandonner. On a un médecin de Cholet qui était réputé pour faire beaucoup de TSO au niveau des migrants, etc., même pour les gens qui bénéficient de la prise en charge de l'AME. Il a fallu que tous qu'on les prenne en charge depuis le début de l'année, parce qu'il est parti en retraite à la fin de l'année dernière. Ça nous a obligé...nous on a eu un départ en plus, il n'y a pas très longtemps, donc c'est un peu compliqué. On en reparlera par la suite je suppose...

E7 : Oui tout à fait... Au niveau de vos missions, est-ce que vous faites un petit peu de RDR, d'entretien motivationnel ?

M5 : Alors la RDR et l'entretien motivationnel pour moi c'est une technique. Ici on fait tout quoi, ça va de la psychanalyse (*Rire*), enfin d'éléments pris dans la psychanalyse, tout est utilisé, on fait de la psychothérapie sauvage. C'est-à-dire non officiel, mais bien sûr, on utilise toutes les techniques. Le motivationnel, effectivement, et les éléments qu'on peut en prendre, on les utilise. Les éléments qu'on pourrait retrouver dans les psychothérapies comportementales. Mais si vous voulez, quand vous avez pratiquement 30 ans d'expérience d'addicto dans les entretiens, c'est comme M. Jourdain, on fait de la prose sans le savoir, c'est-à-dire on n'analyse pas ce qu'on fait, on regarde et on se dit « Ah ben tiens, c'est ce qu'ils font dans l'entretien multidimensionnel ».

E7 : Quelle est la place du somatique et du psychiatrique dans vos consultations ?

M5 : Alors psychiatrique c'est très important parce qu'il y a aussi, comme on l'évoquait tout à l'heure, un défaut de médecins psychiatres sur les deux secteurs psychiatriques du territoire de XX, c'est la catastrophe. Donc on a d'authentiques patients psychotiques chroniques qui nécessiteraient un suivi et qui sont, moi je le dis, abandonnés par le secteur psychiatrique et

pour lesquels on est amené à faire des renouvellements de traitement pour pas qu'on retrouve éventuellement des gens avec des pathologies de type schizophrénique dans la rue. Je vous le dis franchement j'en ai 3 ou 4. Et quand on fait appel au service de psychiatrie en disant on veut bien garder la partie addicto heu... on ne vous demande pas de vous en occuper, mais voyez pour la partie psychiatrique. C'est le problème du Maine et Loire par rapport à la psychiatrie. (*silence*)

Quant au somatique, on en fait un tout petit peu. On fait le somatique d'urgence, de sevrage. Pour l'instant, je n'ai pas vu d'overdose ici, mais on a de quoi faire, etc. Et au niveau de la RDR, c'est pareil, on pratique la RDR sans l'officialiser en tant que RDR. Et puis on fait des dépistages ici. On fait des TROD, on a des permanences fibroscan, on en a 4 par an.

Puis la RDR, de toute façon... Ici, on a une équipe où le CAARUD et le CSAPA, c'est une équipe partagée, quoi. Moi, je n'ai pas de temps dédié CAARUD. Mais il arrive que nos collègues qui sont, elles, à la fois CAARUD et CSAPA, viennent nous voir en disant « Tu ne veux pas venir voir un tel ? Il y a une plaie qui est pas belle », etc. parce qu'il y a aussi un déficit de médecins généralistes effarants sur la santé.

Je suis très embêté avec plusieurs cas. Je fais des renouvellements en particulier... Aujourd'hui, j'ai fait deux renouvellements papiers, parce que c'est deux traitements pour des gens qui sont dans la rue, qui ne sont pas évalués.

E7 : Et ce n'est pas des traitements liés aux soins addicto ?

M5 : Non, non, c'est des traitements pour des BPCO, c'est des traitements pour les IPP. Il y a des gens qui ont eu un traitement comme ça, qui a été souvent initié par l'hôpital et qui pour certains quand même ont eu un rendez-vous de réévaluation à l'hôpital, qu'ils n'ont pas assuré. Mais je peux vous dire qu'à l'hôpital en pneumo, entre guillemets, ils ne prennent pas de nouveaux patients, même si vous êtes sur le territoire. Enfin bref, on se prend en plein de figure venant de plusieurs secteurs, ce déficit médical. (*silence*)

E7 : Sur votre ressenti sur votre rôle de médecin généraliste dans le CSAPA au fur et à mesure des années, quel est-il ?

M5 : Hmm... je pense que d'avoir une vision, elle est utile pour les cas qu'on a évoqués là où ça requiert de la médecine générale. Si on fait que de l'addicto et on perd la pratique de la médecine générale, c'est difficile de répondre à des questions de patients qui vous demandent c'est quoi ça docteur en vous montrant un kyste ou n'importe quelle dermatose... si on n'a pas conservé ça. Je pense que c'est utile. La spécificité du médecin généraliste c'est que... avec ce temps passé, on a un petit peu une vision du territoire aussi, qui travaille où, etc. On connaît un peu nos confrères, on connaît un peu les pharmacies du secteur pour les TSO, on connaît un peu le réseau, donc on s'y est en courant. Le fait de sortir du CSAPA, de ne pas être... ou dans une autre, parce qu'il y a peu de médecins... Nous ici, on n'a jamais eu de médecin à temps plein, qui faisait uniquement ici et que lui ou qu'elle. C'est toujours des gens qui... Soit on a eu des médecins qui avaient une double activité addicto et dans une autre structure, soit des médecins généralistes.

Mais il doit y avoir à XX quand même des médecins généralistes de formation et qui ne font plus que de l'addicto.

E7 : Vous me parlez tout à fait tout à l'heure un petit peu de la relationnelle avec l'extérieur, quelle est justement la place, vous, en tant que médecin généraliste dans un CSAPA, la place avec l'organisation extérieure ?

M5 : De temps en temps, je ne sais pas, quand on appelle les pharmacies, par exemple, quand on relaie quelqu'un, c'est-à-dire relayer quelqu'un, vous savez, c'est quelqu'un qui est initié en Méthadone® et qu'il va falloir relayer dans une pharmacie, que nous on arrête de le délivrer... mais qu'on reste, nous, les médecins, ici, prescripteurs. Donc il faut les appeler, les pharmacies, pour leur demander un petit peu, entre guillemets, même s'ils n'ont pas le droit totalement de refuser, et déontologiquement de refuser, il faut leur demander leur accord. Donc le fait que de temps en temps, certains pharmaciens, ils savent que quand on appelle, voilà, ils ont une sorte de relation de confiance et tout. Mais il n'y a pas de spécificité de médecine générale, quoi, là-dedans. Peut-être pour quelques pharmacies, parce qu'on les connaît, parce qu'ils pratiquent nos ordonnances de médecine générale, donc ils savent un petit peu...

Et puis le problème... enfin la complexité avec le CH de XX et la complexité avec le service de psychiatrie... Le service de psychiatrie, ça a toujours été un petit peu compliqué, mais c'est parce que ça fait des années que le service de psychiatrie, il manque des médecins. Donc actuellement je crois qu'il y a deux ou trois psychiatres sur les deux secteurs, secteur 8 et secteur 9, il faudrait au minimum 8 à 9 médecins. Ils ont été jusqu'à 8 à 9 médecins à travailler à temps plein. Donc ils ont décidé par exemple à l'hôpital de XX, il y a un ou deux ans, de fermer l'unité d'hospitalisation du service de psychiatrie. Si vous avez une HDT sur le secteur de XX à l'heure actuelle, vous pouvez...on a eu des cas, voir les gens qui sont transférés en hospitalisation contrainte à Agen !! (*silence*) Parce qu'on fait le tour et il n'y a pas de place. Donc on se retrouve, on gère une situation comme ça. Alors par exemple, nos liens, mais ça, ça concerne peut-être plus la médecine générale que l'addicto, ou les deux. Mais en médecine générale, par exemple, je ne peux pas le faire en addicto, mais en médecine générale, c'est par une plateforme que je peux confier des demandes de consultation pour lesquels on nous répond, dans l'immense majorité des cas, par un conseil, ça devrait être ça et on nous dit, essaye ça, essaye ça. Parce qu'il n'y a pas de place, il n'y a pas de temps de consultation. Là, on n'est plus en hospit... Il y a extrêmement, oui, il y a trois médecins au lieu de neuf. Ça nous oblige à pratiquer un petit peu. Je pense en particulier... Une des difficultés qu'on a, c'est que dans la population addict et consommatrice à problèmes, il y a beaucoup de gens qui... Il y a un petit peu ces trois pôles là, des bipolarités, des gens comme... une pathologie bipolaire qui est même évidente et qui n'a jamais été diagnostiquée comme telle par un spécialiste. Moi je me sens un petit peu... je me culpabilise en disant ce n'est pas à moi de poser un diagnostic de... Mais on voit bien que ce sont des gens qui ont été abandonnés. Parce que même leur généraliste ou même n'importe quel médecin, passant d'entretien, s'aperçoit... Voilà. Quand les gens racontent leur parcours de vie, on sait que c'est une bipolarité. Il y a ce diagnostic-là. Il y a le TDAH, qui est complètement sous-évalué, pour lequel il faut un parcours du combattant pour avoir un diagnostic. Mais ça je crois que c'est un peu régional... Vous avez un centre régional qui était dédié à XX et puis on me répond à XX que maintenant c'est renvoyé sur le département. Et le département, quand j'appelle le service d'XX, ils me disent « non

non c'est toujours XX ». Les gens sont ballotés ! Et puis la troisième catégorie qui est complètement sous-diagnostiquée dans la population addict, c'est les troubles de la personnalité borderline. Les troubles de la personne du border, ça ne demande pas de traitement spécifique. La bipolarité, si, le TDAH, ça peut bénéficier d'un traitement spécifique aussi. Par exemple, moi je ne peux pas initier un traitement par Ritaline®...

E7 : Et dans le CSAPA, vous avez une place en tant que médecin dans l'organisation interne ?

M5: Oui, je pense qu'il y a... De toute façon, on est un petit peu au bout de la chaîne, parce que les gens rentrent avec de temps en temps une demande médicale. Les gens voulaient voir un médecin, souvent par rapport à un traitement. Donc nous nous disons, s'il n'y a pas de médecin, il n'y a pas de traitement. Et puis voilà, ça c'est la réponse un peu évidente. Après, moi je deviens le doyen de la bande là, entre guillemets. Donc voilà, ça ne va pas m'apporter. (*rire*)...Oui, si, on échange beaucoup. Moi, je commence toujours mon après-midi de consultation par... Moi, il faut que je fasse un certain nombre d'ordonnances de gens qu'il faut qu'on renouvelle mais que je ne verrai pas, et qu'ils vont juste chercher une ordonnance de par les éléments qu'on a cités tout à l'heure, en particulier les gens qu'on n'arrive pas à relayer, voilà. Et donc il y a ça, et puis il y a le fait, donc moi je passe du temps, déjà je passe une partie, l'équipe mange en haut, moi j'arrive... j'écris... voilà, et puis après il y a un temps dédié de transmission normalement, d'une demi-heure par... par jour et avant qu'on ne commence la consultation à 14h. Quand l'infirmière a reçu un premier patient, enfin une première rencontre ou le premier rendez-vous infirmier pour une mise en place de TSO, il faut nécessairement une super coordination avec l'infirmière. Parce que moi je leur prescris le jeudi. Ça c'est fondamental ici, c'est ce qu'on fait le plus. Parce que moi je suis là le jeudi et les initialisations on tient le plus possible à les faire le lundi. Parce qu'il y a les cinq premiers jours ouvrés de la semaine, on est fermé samedi, pour pouvoir aller à la dose. Et puis après on arrive de toute façon au niveau de la pharmacocinétique, de la Méthadone® et des règles hein, tout le monde fait ça, au quatrième, cinquième jour on n'augmente plus la dose de méthadone et on attend cinq jours après. Donc c'est sûr que les gros consommateurs on les commence...et puis tout le monde commence à 30 mg. On ne fait jamais 40 mg d'emblée, c'est 20 ou 30 mg...majoritairement 30 mg. Donc le schéma est simple, 30 le premier jour, 40 le deuxième jour, 50, et souvent on arrête à 50. On ne continue pas à augmenter parce que les gens qui éventuellement le soir du premier jour 30, 40, 50, et donc le mercredi soir, si on commence le lundi, et qui sont pas très confortables le mercredi soir, si on leur laisse toujours 50, ils seront un peu plus le jeudi et le vendredi. Et moi je les réévalue toujours le jeudi après-midi. Voilà, c'est-à-dire que... Donc c'est un petit peu... Enfin vous voyez mon emploi du temps. Ça, c'est ce que je dois faire, voyez. Et ça, c'est ce qui s'est rajouté. C'est-à-dire ce que je dois faire en plus. Ça, c'est les ordonnances. Et ça, c'est les rendez-vous supplémentaires. Donc c'est un peu la double après-midi. Donc une demi-heure par patient. Ce n'est pas toujours possible, des fois on... Voilà. (*me montre son emploi du temps*)

E7 : Et donc vis-à-vis de ce binôme médecin-infirmière, vous, vous l'identifiez bien au sein du CSAPA. Est-ce qu'il y a une délégation des tâches ?

M5 : Ah bah oui ! L'infirmière le lundi...s'il y a des incidents par rapport à ce qui est prévu le jeudi... Je vais vous dire un truc tout bête. L'infirmière, elle est tenue de faire des contrôles urinaires. Donc on reçoit les gens une première fois heu...peut-être dix jours avant, on peut même l'établir une semaine avant... l'indication de la Méthadone, ce n'est pas quelqu'un qui consomme de l'héroïne de temps en temps, c'est quelqu'un qui a les critères DSM de la dépense aux opiacés. Donc les opiacés restant un certain temps dans les urines, elle va commencer par faire une bandelette urinaire. Et donc il est prévu une initialisation de Méthadone. Chez quelqu'un qui a été identifié, donc avec une bandelette positive auparavant... et bien s'il n'y a pas d'opiacés dans les urines, elle ne démarre pas. Et donc là, elle est obligée de m'appeler. Ça arrive rarement, ce cas de figure. Mais elle est obligée de m'appeler. Et on est obligé de dire aux gens, non, non, ça ne s'est plus indiqué. On peut vous redonner un rendez-vous de réévaluation et tout. Et on laisse tout tomber... Quand les gens consomment il y a beaucoup de gens qui sont d'ailleurs... Petit effet positif du fait que ça traîne un peu dans la rue, c'est que les gens s'auto-initient, s'auto-substituent à la Méthadone seule. Et ils s'aperçoivent de la différence qu'il peut y avoir entre le traitement Méthadone et le traitement Buprénorphine, qui est quand même majoritairement considéré comme moins confort...plus accessible, parce qu'il n'y a pas de risque, très peu de risque d'overdose, alors que la Méthadone, c'est un opiacé direct, donc il y a un risque d'overdose. D'où le protocole, d'où un peu la lourdeur...parce qu'il était évoqué, je pense, le fait de rendre la Méthadone accessible à la médecine générale. Mais que ça pose énormément... Moi qui suis généraliste, je trouve que ça pose énormément de questions. Ici, je suis confort parce que j'ai une équipe. J'y arrive...tout seul avec un patient qui exige d'être mis sous Méthadone... la sécurité ne serait pas la même ni pour l'un ni pour l'autre... De toute façon, voilà...De toute façon, la question d'actualité n'est pas ça...La question d'actualité, elle est plutôt d'essayer de les convaincre d'avoir des patients qui sont bien équilibrés, de leur répéter 4 fois pendant l'entretien (*rire*)... Quand on relai, j'ai un entretien avec un confrère généraliste. Au téléphone, tout de suite, toujours. Déjà pour leur dire si vous avez un souci, si ça ne vous semble pas adapté, si ce que je vous ai présenté, vous ne le ressentez pas comme tel et tout, on est là. On est là soit pour répondre aux questions et que ça continue avec eux, voire on s'engage à reprendre les gens, parce qu'on est un centre spécialisé, on est un peu le dernier recours, donc on ne laissera pas les gens sans traitement, si le généraliste se sent insécurisé, si le généraliste... parce qu'il y a des chevauchements, etc. Nous pff, c'est pas qu'on pratique ça toutes les semaines, mais presque...Et je suis même surpris que mes confrères ne nous appellent pas trop, hein. Enfin, genre ça... Un coup de fil par mois, un coup de fil tous les deux mois d'un confrère généraliste qui nous demande conseils.

E7 : Vous l'expliquez ?

M5 : Je pense qu'il y en a plein qui ignorent que ça existe ici. Enfin le CSAPA... C'est-à-dire qu'à XX, les gens ne savent pas qu'on existe. Quand on fait des sondages, on s'aperçoit qu'il y a plein de généralistes qui ignorent que ça existe. C'est même les patients qui viennent leur dire que ça existe et qu'ils leur ont présenté la structure. Ce n'est peut-être pas majoritaire maintenant mais voilà. (*silence*)

E7 : Pour revenir un petit peu sur le binôme infirmier, est-ce qu'il y a d'autres choses que vous partagez à part les TSO ?

M5 : Il y a le TSO, il y a tout ce qui est suite de TROD. Parce que quand ils font des TROD et qu'il y a éventuellement une sérologie, une prise de sang, etc. De toute façon, le résultat doit être présenté par un médecin et entre deux rendez-vous où on doit juste évoquer à quelqu'un qu'on ne connaît pas, qu'on n'a jamais vu, un résultat.

C'est le rôle du médecin, voilà ou on est avec l'infirmière pour le faire... Et des consultations en communs de temps en temps avec les TSO, les mises, je parle beaucoup de ça... mais c'est surtout ça, les TSO, moi j'aime bien finir, moi j'ai une heure pour le premier entretien, théoriquement, et pendant cette heure je commence seul et puis pour vérifier l'indication etc. et une fois qu'on dit c'est bon, moi je fais venir l'infirmière, des fois qu'on est obligé de déranger, parce qu'elle ne prévoit pas tout le monde, à la fin d'une consultation, ou quitte à revoir, on se revoit à trois, et puis comme c'est elle qui va poser le TSO la semaine d'après, bien qu'il y ait un échange à trois, pour que bien que les choses soient claires.

Pour cette indication-là, moi ça me paraît indispensable. Et pour aussi l'histoire de TROD, c'est indispensable. Autrement, si on ne s'entend pas, si chacun travaille de son côté, ça va être... Moi le lundi, je suis à mon cabinet, je ne peux pas... si j'en ai mis un en initialisation, passer deux heures au téléphone, parce qu'il y a ça, parce qu'il y a ça, et parce qu'il y a des choses qui n'ont pas été correctement mis en amont et anticipées en amont.

Et puis... on est une équipe qui commence à se connaître. Parce que pendant longtemps, on a été une équipe un peu mouvante. Et puis là, maintenant, ça fait un certain temps où c'est toujours un petit peu... la même équipe, donc on se connaît.

Voilà, et puis on connaît un petit peu la façon de faire. Là, il y a trois infirmières. Il y en a une qui fait plus de TSO que les deux autres, mais en cas d'absence, en cas de congé, etc., elles se remplacent mutuellement. Et puis, il y en a une qui a un temps dédié au CAARUD... le mercredi après-midi, le CAARUD est ouvert... ah non le jeudi, et c'est un duo assistance sociale infirmière qui reçoit les gens. Et puis voilà...

E7 : On arrive vers la fin de l'entretien... Si vous deviez identifier les freins et les limites aujourd'hui, par rapport à votre pratique ?

M5 : Et bien donc le manque de relais, le manque de motivation de la part de mes confrères généralistes pour prendre la suite. Même, vous savez, on a été des fois jusqu'à faire du chantage, mais presque... (*rire*) pour leur dire, écoutez, si vous refusez de prendre les gens qu'on considère stabilisé, que vous pouvez voir tous les mois, etc., ça peut être un rendez-vous rapide. Voilà. Si vous refusez de les prendre, nous... On n'a pas mis de menace à l'exécution. Mais nous, vous pouvez comprendre qu'on ne répondra pas à votre demande si vous demandez un avis spécialisé. Parce que nous, on est bloqués. On n'a plus de temps. On ne peut pas prendre les gens.

E7 : Et ce sont des patients qui sont initialement suivis par des médecins généralistes ?

M5 : Alors il y a les deux...il y a même des patients qui sont initialement suivis par des généralistes. Mais comme c'est des patients... Alors c'est des patients qui les ont usés aussi un petit peu. C'est des patients que, pour certains généralistes, qu'ils ont peut-être même soutenus pour du Subutex®. Voilà, c'est des patients... Des fois, dans les parcours TSO, il y a souvent des parcours chaotiques, avec des gens, ça fait 20 ans qu'ils sont dans le TSO, ils ont connu 5 ans de conso, et puis, j'allais dire, il y en a 15 ans de... ou disons des tournements de TSO... les injecteurs de Subutex®, voilà. Les injecteurs de Subutex® ben s'injectent du Subutex® prescrit par leur médecin généraliste, puis à un moment donné on en a marre et ils viennent nous voir pour... qu'est-ce qu'on peut faire avec ça, quoi. Alors quand les généralistes apprennent, parce que des fois ils ne leur disent pas ou qu'ils ne sont pas interrogés de ce côté-là, pourquoi vous voulez absolument que je mette du Subutex® non substituable ? Ça s'injecte mieux. Pourquoi voulez-vous absolument que je vous mette 3 comprimés de 2mg alors que, je ne sais pas, il existe du 6mg ? Si on n'interroge pas, si on est un peu automatique comme ça, parce qu'on n'a pas envie de fouiller... L'autre fois j'ai eu une conversation avec un pharmacien. En disant, bah oui, machin, c'est parce qu'il s'injecte le Subutex®. Quoi il s'injecte le Subutex® ? Bah oui, oui, depuis des années. Il ne vous l'a pas dit, mais voilà... (*rire*) L'évolution, c'est... Non, non. C'est un mur, ce frein. Mais c'est surtout... Moi, si j'arrivais à me libérer un petit peu de ces patients qui sont équilibrés, que je renvoie vers le généraliste, et s'il y avait un petit peu plus de coopération entre mes confrères et moi, c'est-à-dire, moi je suis prêt à chaque consultation, j'arrête une consulte, je vais répondre à côté, ça, il n'y a pas de problème. Parce que de toute façon, je sais que si je loupe cette étape, si je n'ai pas eu le temps heu... de toute façon, ça va être, dans les semaines qui suivent, une prise en charge. Enfin, on va nous mettre devant le fait accompli de prendre en charge les gens. Alors que des fois, ça peut être... Parce qu'au niveau des généralistes, je ne sais pas si vous avez un petit peu conscience, vous avez des généralistes qui sont super motivés par l'addicto, mais qui font que de la médecine générale, mais qui aiment bien ça... et ça se sait chez les patients. Donc les patients, à une époque, ils faisaient 15 kilomètres pour aller voir ce généraliste qui prescrivait, qui disait qu'il ne savait pas être un refus, etc, etc. Après il faut fixer aussi des limites en médecine générale. Moi j'ai une position un peu particulière parce qu'ayant des connaissances en addicto, étant identifié comme addictologue, à une époque tous mes confrères, c'était moi qui faisais l'addicto.

Je leur ai dit « si c'est que ça je veux bien les voir, tu me dis puis je t'aide et tout, mais ça serait mieux que tu gardes les patients », les pauvres ne vont pas leur réimposer une sorte de travail de re-fabrication de liens etc. Et puis si tu as des problèmes techniques, on répond entre deux consultations ou on les voit au one shot comme ça... ça arrive. (*silence*)

E7 : Et les points positifs au travail dans un CSAPA ?

M5: C'est le travail d'équipe ! Moi, j'ai commencé, j'étais tout seul comme généraliste. On m'interrogeait à l'époque, on me disait heu... Moi, c'est mon jour de repos le jeudi après-midi. C'est-à-dire qu'à l'époque, c'était le jour où je fermais mon cabinet. J'étais tout seul, donc c'est marqué fermé. Je m'étais arrangé avec un confrère qui avait un autre après-midi, lui, et puis que lui prenait mes urgences du jeudi après-midi et moi, je prenais ses urgences à l'autre jour. Et moi, on m'a posé la question comme ça, c'est une boutade, mais on m'a dit, « Qu'est-ce que tu fais le jeudi après-midi ? Tu fais du golf ? » J'ai

dit non, jeudi après-midi, je suis en addiction... Ça veut dire que oui, c'est parce qu'on fait le travail d'équipe, parce qu'on se coordonne, parce qu'il y a une bonne ambiance. Ici, à XX, je trouve que ça se passe super bien. Et j'avoue, de temps en temps, quand on en a un peu marre de la médecine générale, le jeudi matin, c'est un peu ma matinée médecine générale soupape. Je ne fais pas de consultation. Je fais quelques visites. Je rattrape un peu ce que je n'ai pas fait d'administratif dans la semaine. Et puis je dis après le midi, je suis là. Je devrais que tout à l'heure, quand j'ai échappé, quand j'ai dit à midi, allez, stop...Et puis quand je pars de chez moi à midi et demi pour venir ici, ouf, voilà... Après quand on sort d'ici, on est content aussi des fois (*rire*)...peut-être comme ça, mais voilà. Mais c'est parce que c'est différent, parce...Oui, voilà. Oui, oui. Oui, puis c'est... Je ne sais pas comment font mes confrères, mais quand... Ce qu'ils ressentent, mais... Faut un peu d'intérêt pour le métier, quoi, comme on dit, quoi. Pour moi, faire de l'alcoologie, c'est un truc un peu particulier, faire de l'addicto d'abord, faire de la multi-consommation et puis être amené vers le TSO, c'est une sorte d'aventure. Le TSO, j'en fais depuis un peu plus de 10 ans. Je me souviens, même en alcoologie, il y avait des gens qui avaient un double suivi, qui étaient suivis par le CSST d'un côté et le centre d'alcoologie de l'autre. Ce n'était pas du tout logique, ça ne correspondait pas du tout. Mais c'était comme ça à l'époque.

E7 : Et pour finir, ma dernière question, c'est quelles seraient pour vous les valeurs essentielles d'un médecin généraliste à travailler dans un examen ?

M5: Hmm... Moi je pense que comme c'est un public difficile, il ne faut pas que les médecins oublient qu'il faut accueillir tout le monde. On faisait tout un plat sur une époque des médecins qui refusaient des CMU ou je ne sais pas quoi. Bien particulier, ce n'est pas un principe bien sûr...Mais moi je trouve que c'est un public qui est difficile. Donc ça nous remet un petit peu heu... la page du médecin en particulier, c'est... on se prend des fois des... on reste modeste. Voilà. On se prend des claques de modestie, j'allais dire, parce que c'est des patients qui nous mettent dans des difficultés, voilà quoi. Enfin c'est des trucs tout bêtes, mais pour le suivi des ordonnances, si on n'était pas là, des fois on leur dit il faut absolument venir. Par exemple la semaine prochaine, moi je travaille le 1er mai, je devrais travailler le 1er mai, mais je ne travaille pas le 1er mai ni le 8 mai. Donc tous mes patients qui devaient passer la semaine prochaine et dans 15 jours, la secrétaire, elle leur a laissé 3 messages, je leur ai dit, il faut passer la veille pour l'ordonnance, parce que le jour même... il faut être derrière des fois ! Parce que certains... Certains non, pas tous, mais ils vont se réveiller le 1er mai. Il y en a qui ne travaillent pas. Et le 1er mai, ils ne savent pas ce que c'est. Le 8 mai, encore moins. Donc il faut... Voilà. Mais ça, c'est... Bon, c'est un exemple. On s'éloigne de votre question. Mais je crois que c'est surtout la modestie. Puis ouais, c'est le fait de... on s'éloigne complètement du médecin potentat qui à le savoir, etc. Les patients consommateurs, oui c'est vrai qu'on n'a pas parlé de cet aspect, les patients dans leurs usages et dans leur langage, ils nous apprennent des choses. Moi, il y a dix ans, ça ne se dit plus trop, mais il y a une dizaine d'années, quand ils disaient « moi je chasse le dragon », ils disaient quoi « je chasse le dragon » ? Mais ça, si on a créé du lien avec les patients... On arrive à sortir de la position classique qui est le médecin a le savoir et le patient il donne une masse de symptômes, il sait ce qu'il ressent et puis c'est au médecin de se débrouiller avec le puzzle et de faire la

construction. Là c'est différent parce que vous avez des usagers qui usent de quelque chose que le médecin ne connaît pas, n'a pas pratiqué... Voilà. Bon. Et donc, partant de là, il faut leur demander comment ils font. D'où le lien qu'on peut avoir avec les personnes qui travaillent au CAARUD qui vont nous dire en ce moment, il y a tel produit qui débarque. En ce moment, il y a tel usage qui se développe. Et on se tient informés de ce qui se passe, de comment les font. Donc chasser le dragon, vous connaissez... Vous savez ce que c'est. C'est fumer l'héroïne. Et quand ils racontent comment ils fument l'héroïne, ça paraît fascinant, quoi. Parce que ce n'est pas une espèce d'alambic. C'est une espèce de goutte qui file le long d'un papier alu... Voilà. Et des fois, les patients nous jugent un peu là-dessus. « Ah oui, je fais ça, je fais ça, voilà. » Nous regardons d'un air ironique. Et nous, on leur dit « Je ne sais pas ce que vous faites, je ne connais pas. Dites-moi ce que vous faites. » Même si j'ai une petite idée des fois. « Précisez-moi ce que vous faites. Dites-moi ce que vous faites. » Et comme ça, ils sont des fois perturbés en disant « Mais vous devriez savoir. » On leur dit « Ben non, non, mais je ne connais pas les usages. » Mais les usages, ça change beaucoup. Ce n'est plus la population des shooters d'héroïne qu'on voit maintenant. Quand la majorité de la cocaïne consommée, elle est basée et fumée, ça n'a rien à voir avec le film américain et le rail de coke quoi ! Ce n'est pas du tout le même effet en plus, le consommé basé. Donc il y a un échange qui se fait... le médecin devient modeste... Et les gens comprennent tout à fait que nous on est là comme pour, avec notre spécificité, notre savoir. Le fait de ne pas savoir ça, ça ne nous empêche pas d'avoir un savoir thérapeutique. Et ça crée une vraie relation de confiance parce qu'ils n'ont pas une impression hiérarchique. (*silence*)

E7 : Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter vis-à-vis de votre pratique en CSAPA ?

M5 : Non, non, non... C'est intéressant qu'on termine un petit peu sur ce que ça aurait été un oubli quand même, sur ce partage avec le patient et dans l'équipe d'avoir une partie CAARUD qui nous dit un petit peu ce qui pointe des fois.

E7 : Merci pour cet entretien.

RÉSUMÉ

DUTREIX Camille

Rôle et exercice des médecins généralistes exerçant en CSAPA de Maine-et-Loire

Introduction : La place du médecin généraliste dans la prise en charge des addictions est bien connue. Son rôle au sein des CSAPA, structures médico-sociales, a cependant été peu étudié, c'est pourquoi Fédération Addiction a lancé une enquête nationale à ce sujet.

Cette étude vise à recueillir les ressentis sur le rôle des médecins généralistes de Maine-et-Loire travaillant dans les CSAPA et comprendre leur exercice. Pour enrichir ce travail, des infirmiers ainsi qu'un médecin psychiatre de CSAPA ont également été interrogés.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins et d'infirmiers travaillant en CSAPA de Maine-et-Loire.

Résultats : Cette étude a été menée auprès de six médecins – cinq généralistes et un psychiatre – et de trois infirmiers exerçant au sein des CSAPA. Elle met en évidence le rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge des patients et dans l'organisation de ces structures. Les résultats soulignent la richesse du travail pluridisciplinaire, la diversité des missions et l'importance de leur connaissance du territoire libéral. La collaboration entre le binôme médecin-infirmier apparaît essentielle, tandis que l'intégration de l'infirmier en pratique avancée se dessine comme un atout prometteur pour renforcer la qualité des soins. Toutefois, plusieurs freins sont apparus, notamment la complexité de la prise en charge des troubles psychiatriques, la gestion des soins somatiques et le déficit de communication interne et externe limitant la coordination des acteurs. Enfin, le manque de connaissances, partagé par les médecins des CSAPA et par les praticiens libéraux, constitue un frein aux bonnes pratiques ; son renforcement apparaît comme un levier d'amélioration de la qualité des prises en charge en CSAPA.

Conclusion : Les médecins généralistes trouvent toute leur place au sein des CSAPA. Cette étude permet de mieux cerner leur rôle mais aussi les défis auxquels ils sont confrontés et d'entrevoir des leviers d'amélioration. Combiné aux autres travaux de recherche menés à l'échelle nationale, ce travail permettra d'ouvrir des perspectives pour renforcer les conditions d'exercice des médecins en CSAPA et optimiser la prise en charge des patients.

Mots-clés : Médecins généralistes, CSAPA, infirmiers, IPA, addictologie, qualitatif

Role and practice of general practitioners Working in CSAPAs in Maine-et-Loire

ABSTRACT

Introduction: The role of general practitioners in the management of addictions is well established. However, their role within CSAPAs (Centres for Care, Support and Prevention in Addictology) — medico-social structures — has been little studied. For this reason, Federation Addiction launched a national survey on the subject. This study aims to gather insights into the role of general practitioners in Maine-et-Loire working in CSAPAs and to better understand their practice. To enrich this work, nurses and a psychiatrist from CSAPAs were also interviewed.

Method: This is a qualitative study conducted through semi-structured interviews with physicians and nurses working in CSAPAs in the Maine-et-Loire department.

Results: The study involved six physicians — five general practitioners and one psychiatrist — and three nurses working in CSAPAs. It highlights the central role of general practitioners in both patient care and the organization of these structures. The results emphasize the richness of multidisciplinary collaboration, the diversity of missions, and the importance of their knowledge of community-based healthcare networks. The collaboration between the doctor-nurse duo appears essential, while the integration of the advanced practice nurse emerges as a promising asset to strengthen care quality. However, several barriers were identified, including the complexity of managing psychiatric disorders, the handling of somatic care, and a lack of internal and external communication that limits coordination among professionals. Finally, the lack of knowledge shared by both CSAPA physicians and community practitioners appears to hinder best practices; strengthening this knowledge represents a key lever for improving the quality of care in CSAPAs.

Conclusion: General practitioners have a fully legitimate and valuable role within CSAPAs. This study helps to better define their role, identify the challenges they face, and highlight possible areas for improvement. Combined with other national research, this work will open new perspectives to strengthen the working conditions of physicians in CSAPAs and optimize patient care quality.

Keywords : General practitioners, CSAPA, nurses, APN, addictology, qualitative study