

# Notes

## CONSTRUCTION DES PARCOURS DE SOINS D'USAGERS D'ALCOOL EN MICROSTRUCTURES MÉDICALES ADDICTIONS

### RÉSUMÉ

— L'OFDT présente les résultats d'une enquête sur les pratiques professionnelles et les parcours de soins d'usagers d'alcool au sein de trois microstructures médicales addictions (MSMA).

— Les microstructures permettent d'offrir un suivi pluriprofessionnel à des personnes qui présentent un trouble de l'usage de l'alcool associé à d'autres problématiques sociales ou psychologiques.

— Ce suivi peut aussi être proposé aux personnes qui ne pensent pas avoir de trouble de l'usage de l'alcool ou qui ne souhaitent pas l'aborder, si bien qu'ils ne se rendraient pas d'emblée dans les structures traditionnelles de soins addictologiques.

— Les microstructures prennent aussi en charge des personnes en attente de soins addictologiques plus intensifs ou pour permettre une prise en charge de proximité, par exemple à la sortie d'une hospitalisation pour sevrage.

— L'orientation des patients présentant des troubles psychiatriques co-occurents pose des difficultés aux professionnels des microstructures.

— Les réunions de concertation en microstructure offrent l'opportunité d'échanger sur les parcours de soins des patients mais ne permettent pas d'effacer pas toutes les sources de tensions entre professionnels.

### SOMMAIRE

<b>Introduction – Objectifs et enjeux</b>	<b>2</b>	<b>Conclusion</b>	<b>17</b>
<b>Cadre légal et fonctionnement des MSMA</b>	<b>3</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>18</b>
<b>Les pratiques professionnelles en MSMA</b>	<b>6</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>19-20</b>
<b>L'impact du recours aux MSMA dans les trajectoires des patients-usagers</b>	<b>13</b>		

# INTRODUCTION – OBJECTIFS ET ENJEUX

L'alcool est après le tabac la deuxième cause de mortalité évitable en France et dans le monde, avec environ 40 000 décès annuels qui lui sont attribuables en France (Bonaldi et Hill, 2019). Elle est aussi l'une des premières causes d'hospitalisation. Ainsi, en 2022, les séjours liés à l'alcool-dépendance (diagnostic principal ou associé) représentaient 59 % des journées en psychiatrie, 32 % des journées en soins de suite et de réadaptation et 21 % des séjours dans les établissements dits MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) (Roux *et al.*, 2024). Pour autant, seulement 10 % des patients alcool-dépendants auraient accès à des soins addictologiques et la proportion serait encore moindre pour les femmes (Prescrire Rédaction, 2023). La difficulté à accéder aux soins ne serait pas la seule raison du non-recours aux soins (INSERM, 2021). Outre le problème de l'insuffisante offre de soins de proximité, un certain nombre de professionnels se retrouvent démunis pour prendre en charge ces patients, favorisant ainsi des ruptures fréquentes dans leur parcours de soins (ARS, 2023).

Pour répondre aux besoins spécifiques des patients rencontrant un trouble de l'usage de l'alcool, présentant des problématiques complexes nécessitant une prise en charge globale et une intervention pluriprofessionnelle, la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018 a introduit l'article 51, dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé et de nouveaux modes de financement avec l'objectif d'améliorer la coordination des soins (Castel, 2022). Parmi ces expérimentations, les microstructures médicales addictions (MSMA) visent à offrir aux patients présentant des parcours complexes liés aux addictions une prise en charge pluriprofessionnelle, à travers une organisation souple prenant appui sur le médecin traitant sur son lieu d'exercice. En pratique, il s'agit d'équipes de soins primaires pluridisciplinaires, constituées d'un médecin généraliste libéral exerçant le plus souvent en maison de santé pluriprofessionnelle, d'un travailleur social salarié détaché d'un établissement médico-social (EMS) spécialisé en addictologie (généralement un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie/CSAPA) et d'un psychologue libéral ou salarié détaché d'un EMS. Les MSMA cherchent à répondre aux difficultés territoriales et sociales d'accès aux soins en s'adressant en priorité à des patients du médecin généraliste qui présentent une ou plusieurs conduites addictives avec ou sans produit et/ou des situations de grande précarité, entendue au sens large (précarité économique, sociale et familiale). Le but des MSMA est aussi de favoriser la coordination interprofessionnelle, mais également de pallier à la segmentation entre les soins primaires et les soins spécialisés, notamment le secteur hospitalier structuré sous forme de filière addictologique, dans des territoires à faible densité en offre de soins.

Afin de comprendre la formation et le fonctionnement de réseaux pluriprofessionnels, la contribution pionnière d'Henri Bergeron sur les « dispositifs spécialisés alcool » (Bergeron, 2001) propose une analyse des positionnements adoptés par les professionnels dans la chaîne thérapeutique. Ce cadre d'analyse a cependant été peu mobilisé depuis. Des enquêtes empiriques ont été menées à l'OFDT sur les pratiques professionnelles d'accueil, de soutien ou d'accompagnement conduites dans les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) (Milhet *et al.*, 2022) ainsi que dans les Consultations jeunes consommateurs (CJC) (Protais, 2017). Les pratiques de prescription de professionnels du premier recours travaillant ou pas en réseaux d'addictologie ont également été étudiées (Duprat, 2023). Mais ces travaux reviennent peu sur les parcours de soins d'usagers d'alcool et la manière dont les professionnels interviennent dans leur construction. Du côté des usagers d'alcool, par définition les enquêtes épidémiologiques ne rendent pas compte des contextes ni des trajectoires d'usage. Quant aux études sociologiques s'intéressant aux trajectoires d'usage de drogues, elles se centrent généralement sur des catégories d'âge ou des publics spécifiques, par exemple les jeunes (Obradovic et Douchet, 2019). Pour cette raison, grâce à un financement du Fonds de lutte contre les addictions, l'OFDT réalise l'enquête Trajectoires d'usages et parcours de soins : regards croisés des professionnels et des usagers d'alcool (Tupsalco), dans laquelle s'intègre la présente étude. Cette enquête se concentre sur les parcours de soins d'usagers d'alcool à travers une approche qualitative localisée qui s'appuie sur une observation approfondie dans plusieurs types de structures, sans prétention représentative, avec toutefois l'ambition de croiser les regards entre professionnels et patients dans les soins de ville (microstructures addictions) et le secteur hospitalier (cure, post-cure et hôpital de jour)<sup>1</sup>.

1. Les autres volets portant sur les services hospitaliers de cure de sevrage, les services hospitaliers ou cliniques privées proposant des soins de suite en post-cure et les hôpitaux de jour en addictologie donneront lieu à d'autres publications en 2025.

L'objectif général du volet de l'enquête Tupsalco consacré aux microstructures médicales addictions (MSMA) est d'identifier les difficultés pratiques de fonctionnement de ce dispositif et en particulier d'évaluer leur capacité à atteindre des publics qui fréquentent habituellement peu les structures addictologiques. Au-delà de cette question générale, il s'agit d'explorer l'impact du travail des professionnels organisés en réseau de microstructures sur les trajectoires de soin d'usagers d'alcool : comment se construisent ces parcours ? Quels outils et stratégies mobilisent les professionnels de différentes disciplines pour accompagner les usagers d'alcool ? Quels sont les objectifs des patients ? Rencontrent-ils ceux des professionnels ? Les professionnels des MSMA parviennent-ils à coordonner leurs interventions ?

À ces fins, l'étude empirique, dont les résultats sont présentés ici, a été menée auprès de professionnels des MSMA (médecins, travailleurs sociaux, psychologues et coordinatrices des réseaux) et de patients, dans 3 des 143<sup>2</sup> MSMA existant en France fin 2023 (voir encadré Méthodologie). La note est organisée comme suit : dans un premier temps, le cadre légal du dispositif MSMA sera confronté aux pratiques professionnelles pour mieux comprendre la mise en œuvre des microstructures ; dans un deuxième temps, les outils et stratégies thérapeutiques mobilisés par les professionnels dans la construction des parcours des patients-usagers et les tensions pouvant survenir autour de la distribution des tâches seront abordés. Enfin, le recours aux soins des patients-usagers d'alcool s'engageant dans une démarche d'arrêt ou de diminution de la consommation ainsi que les représentations de l'addiction seront questionnés afin de mieux comprendre l'impact des microstructures sur leur trajectoire de vie et de santé.

## **CADRE LÉGAL ET FONCTIONNEMENT DES MSMA**

### **Le dispositif « Article 51 », organisation à statut juridique « expérimental »**

Une microstructure est une équipe de soins primaires en exercice coordonné, constituée d'un ou plusieurs médecins généralistes (MG), d'un travailleur social (TS) et d'un psychologue (Psy), qui interviennent au sein même du cabinet du médecin : en cabinet privé (CP), en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ou en centre de santé (CDS). Les ressources en psychologue et en travailleur social sont généralement mises à disposition par les CSAPA, qui allouent des moyens dédiés auprès du médecin généraliste<sup>3</sup>. Le coordinateur de réseau au niveau local assure quant à lui la gestion du projet et fait le lien avec la coordination nationale.

La LFSS de 2018 a permis d'expérimenter de nouvelles organisations et de nouveaux modes de financement en santé grâce à l'introduction de l'article 51. Dans ce cadre législatif, l'expérimentation baptisée « Equip'addict : développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions » se propose de pallier les limites de la segmentation des soins entre différents secteurs de la prise en charge des addictions par une prise en charge pluridisciplinaire de proximité autour du médecin traitant. À terme, ce dispositif contribuerait à la qualité et à l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023).

Le décret du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé<sup>4</sup> précise les modalités de mise en œuvre expérimentale du dispositif, dont les grandes orientations sont définies par le conseil stratégique de l'innovation en santé, qui suit en outre les expérimentations et se prononce sur l'entrée des microstructures dans le droit commun<sup>5</sup>. La circulaire du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51<sup>6</sup> précise les modalités de mise en œuvre du dispositif par les agences régionales de santé (ARS). Sont éligibles les expérimentations portant notamment sur la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins.

2. Nombre de MSMA fin 2023 selon le site de la [Coordination Nationale des Réseaux de MicroStructures médicales \(CNRMS\)](#).

3. D'autres professionnels, notamment libéraux peuvent aussi intervenir de manière ponctuelle : psychiatre, tabacologue, dentiste, infirmier, pharmacien, etc., avec la possibilité de les intégrer de manière permanente dans la microstructure.

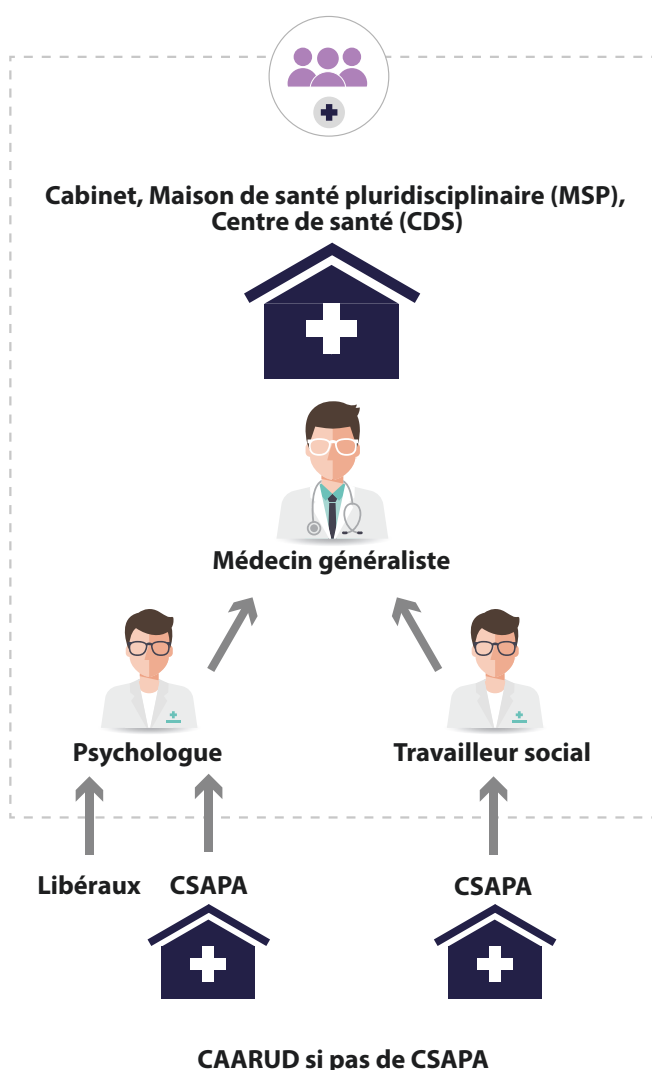
4. [Décret n° 2018-125 du 21 février 2018](#) relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

5. Pour en savoir plus, voir les présentations, comptes rendus et discours du [Conseil stratégique de l'innovation en santé](#).

6. [Circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018](#) relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Les MSMA s'appuient sur l'essor des réseaux pluridisciplinaires de la fin des années 1980 (Melenotte *et al.*, 2016) et notamment des microstructures expérimentales préexistantes à l'article 51. Résultant d'initiatives professionnelles de la naissante association Espace Indépendance (devenue Ithaque), les premières ont ouvert entre 1999 et 2003 en Alsace avec une volonté d'accompagner les consommateurs d'opiacés, dans les années de recrudescence de l'épidémie de sida (Dieudonné *et al.*, 2023 ; Riou França *et al.*, 2008). Après une première évaluation ayant démontré leur impact positif dans les domaines de la consommation de drogues (Hédelin, 2004), ces microstructures se sont implantées à petite échelle sur d'autres territoires (la Somme, les Vosges, la Lorraine, la Moselle et la Meurthe-et-Moselle). À partir de 2006, les réseaux de MSMA sont fédérés et soutenus par l'association Coordination nationale des réseaux de microstructures (CNRMS), qui a assuré le transfert du pilotage aux ARS et un déploiement à plus grande échelle.

### Organisation d'une microstructure médicale addictions (MSMA)



CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.  
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Source : Cahier des charges Equip'Addict - Version socle 20 septembre 2019 (ARS Grand Est, 2020).

De 2018 au printemps 2023, l'expérimentation « Equip'addict » est à l'origine du déploiement de 126 microstructures en activité dans 5 régions : Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté, Île-de-France, Hauts-de-France, Occitanie. Le rapport final d'évaluation de l'expérimentation, rédigé en septembre 2023, met en avant que le nombre de MSMA en activité au printemps 2023 représente 84,6 % (87% attendues fin 2023, compte tenu de l'objectif de 154 MSMA à l'issue de l'expérimentation) des MSMA prévues par le dernier cahier des charges. Parmi les 126 MSMA existantes au printemps 2023, 49 étaient nées avant l'expérimentation et 77 ont été créées dans le cadre de l'expérimentation (Dieudonné *et al.*, 2023).

Concernant leur pérennisation, le rapport d'évaluation de septembre 2023 souligne que le dispositif a démontré son intérêt et sa capacité à être transféré en médecine générale et dans des contextes différents. Le projet Equip'addict a donc reçu un avis favorable du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé. Par un arrêté national publié au Journal officiel le 30 décembre 2023<sup>7</sup>, le dispositif Equip'addict est ainsi autorisé pour une période transitoire de 16 mois à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

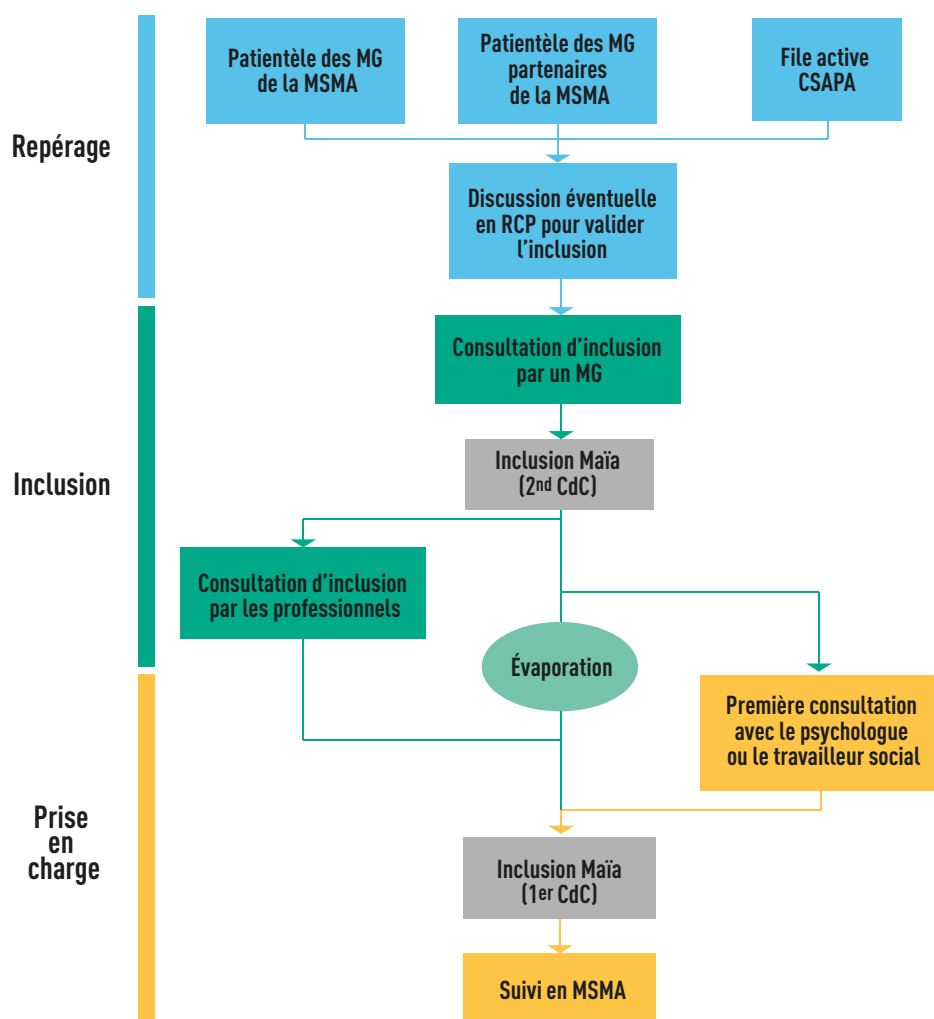
### Fonctionnement et modalités de financement

Les MSMA s'adressent en priorité à la patientèle du médecin généraliste<sup>8</sup> qui oriente ses patients vers les autres professionnels. Les publics cibles sont le plus souvent des personnes ayant une ou plusieurs conduites addictives avec ou sans produit, en situation de grande précarité et qui souffrent de problématiques de santé mentale (troubles psychiques et situations de détresse psycho-

7. Arrêté du 28 décembre 2023 relatif à l'ouverture d'une période transitoire pour l'innovation « Equip'Addict ».

8. Des patients des centres partenaires ou des CSAPA de proximité peuvent aussi être inclus.

## Structuration du parcours du patient en microstructure médicale addictions (MSMA)



Source : Dieudonné et al., 2023

Note : la plateforme MAIA est un logiciel développé par la CNRMS, qui rassemble les données de suivi de l'activité des MSMA et les informations sur le profil de leurs patients. L'évaporation traduit une étape où des patients disparaissent de la base de données après leur inclusion (il s'agit de patients qui acceptent en principe d'être suivis en MSMA, mais ne rencontrent jamais de professionnels).

Le cahier des charges des microstructures a évolué au cours du temps. La différence entre le premier et le second est que l'inclusion du patient ne se fait plus à la même étape.

- D'après le premier cahier des charges (2020-2021) : l'inclusion dans Maia était saisie lors de la première consultation avec un professionnel.
- D'après le second cahier des charges, après la révision du forfait (2022-2023) : l'inclusion se fait lors de la consultation d'inclusion par le médecin.

logique)<sup>9</sup>. Dans le cahier des charges des MSMA, les termes « addictions complexes » sont utilisés pour définir les critères d'inclusion des patients, mais sans que soit défini un référentiel commun. En pratique, ces termes font donc débat. Dans le rapport d'évaluation de l'expérimentation dans le cadre du dispositif « Article 51 », il est souligné que le caractère complexe des addictions est d'abord le produit de la perception des médecins et qu'une diversité de problématiques est incluse. Il propose de réfléchir à une définition objectivable de la « complexité » de la situation des patients. Sur la base de ce qui a été observé localement, il distingue ainsi « la complexité endogène, liée à la pathologie du patient, et la complexité exogène, liée à son environnement et à la structuration de l'offre de soins » (Dieudonné *et al.*, 2023, p. 76-77).

9. Des MSMA spécifiques aux problématiques de santé mentale, nommées « Post-Covid19 », ont été développées. Celles-ci n'ont pas été intégrées à l'étude.



Le fonctionnement des microstructures s'appuie sur trois principes directeurs. Le premier est une unité de lieu pour les patients, qui sont déjà connus par leur médecin, c'est-à-dire que les consultations du travailleur social et du psychologue se tiennent au sein même du cabinet du médecin généraliste. Le deuxième est l'unité de temps. Elles sont organisées dans des plages horaires fixes, après orientation par le médecin. Le troisième est l'organisation de réunions de synthèse mensuelle – parfois appelées « RCP » (réunion de concertation pluridisciplinaire) avec un temps dédié de deux heures. Dans ces réunions, les médecins dont les patients constituent la filière d'amont se réunissent avec les professionnels de la microstructure (TS, Psy et coordinatrice du RMS) afin d'aborder l'évolution des cas et délibérer sur le suivi à faire selon les besoins des patients (ARS, 2023).

Le projet d'expérimentation Equip'addict (intégrant les MSMA en activité précédant cette expérimentation) est porté par les ARS, qui assurent un financement forfaitaire. L'objectif est double, d'une part prendre en compte la montée en charge de la « file active » d'une MSMA, d'autre part assurer de façon pérenne le suivi des patients inclus (ARS, 2023). Selon le cahier des charges Equip'addict, il s'agit de tester un nouveau mode de financement pour une équipe de soins primaires visant à l'amélioration de l'accès aux soins et à la prise en charge en addictologie, qui s'appuie sur l'instauration d'un forfait annuel moyen par patient. Ce forfait a été calculé selon des prévisions d'interventions sur la base des coûts horaires annuels différenciés selon les professionnels, par exemple par consultation ou par RCP : 75 € pour le médecin généraliste du patient (souvent son médecin traitant), 45 € pour le psychologue et 31 € pour le travailleur social. Depuis 2021, le forfait annuel s'élève ainsi à 806 €<sup>10</sup> par patient suivi et couvre les actes suivants : une consultation médicale d'inclusion, le remplissage régulier des fiches sanitaires de suivi individuel pour chaque patient par les professionnels des microstructures, sept consultations avec le psychologue, six avec le travailleur social – et le traitement des dossiers des patients par ce dernier –, cinq RCP, et la coordination médicale et administrative du dispositif. Le rapport d'évaluation du dispositif Equip'addict souligne que cette rémunération forfaitaire peut induire un risque pour les EMS, qui doivent consacrer des ressources engageant des recrutements en contrepartie de ressources aléatoires (Dieudonné *et al.*, 2023).

## LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MSMA

### Rapport au patient-usager : démarches et stratégies mises en œuvre

L'analyse des stratégies thérapeutiques mobilisées en MSMA révèle une vision des soins partagée par tous les professionnels selon laquelle les objectifs des patients doivent être au centre de l'accompagnement. De ce point de vue, les intervenants des microstructures ne se distinguent pas des autres structures du champ de l'addictologie où les intervenants disent ajuster leurs interventions à ce que formulent les usagers (Milhet *et al.*, 2022), sans fixer d'objectifs thérapeutiques a priori (comme celui de l'abstinence).

#### Adapter les objectifs aux besoins des patients

L'enquête confirme que peu de patients consultent leur médecin généraliste pour une raison liée à leur consommation d'alcool. Celle-ci est souvent repérée à l'occasion d'autres motifs de consultations, à la suite de la réalisation d'examens complémentaires tels que des examens biologiques, ou en interrogeant le patient directement sur sa consommation. Certains médecins généralistes en MSMA interrogent en effet systématiquement leurs patients sur leur consommation d'alcool :

*« Déjà, c'est une question que je pose systématiquement à tous les nouveaux patients, que je repose assez systématiquement dans l'entretien pour des patients qui sont suivis pour des maladies chroniques. En tout cas, pour la question de l'alcool, c'est quasiment systématique dans le cadre de mes consultations de suivi de maladies chroniques. C'est une question que je pose simplement, à savoir : "Combien de verres d'alcool buvez-vous par jour ?" » (MG, CDS)*

10. Un forfait annuel par patient suivi de 529 €, renouvelable (et dont les modalités de redistribution sont variables selon les régions), était prévu initialement. Sur cette question, voir : Dieudonné *et al.*, 2023.

Les médecins avancent qu'il s'agit tout d'abord de faire prendre conscience au patient qu'il a une consommation excessive d'alcool. Puis, il s'agit d'être à l'écoute de la personne et de laisser place à ses capacités propres pour décider de ses objectifs d'usage.

*« Moi, c'est plutôt la prise de conscience du patient. Moi, je suis là pour le guider, le conseiller sur les risques qu'il peut y avoir sur sa santé, le pourquoi de cette addiction, le pourquoi de cette consommation. Et après, le conseiller sur les méthodes possibles. Après, c'est lui qui décide. » (MG, MSP)*

Dans certains cas, toutefois, lorsque le besoin s'en fait ressentir, les médecins fixent plus explicitement un objectif de consommation.

*« ... il y a des gens avec qui il va plutôt falloir essayer de mobiliser leurs ressources internes parce qu'ils ont en eux les ressources pour arriver à leurs objectifs, qui peuvent être d'arrêter, de réduire. Et au contraire, il y a d'autres patients qui ont besoin qu'on leur fixe nous des objectifs. » (MG, CDS)*

Comme dans les autres secteurs de l'addictologie (Milhet et al., 2022), les professionnels des MSMA partagent l'idée que l'objectif à atteindre n'est pas forcément l'abstinence. Ils disent accompagner également la réduction des consommations ou des risques associés. Il s'agit d'une caractéristique de l'accompagnement en addictologie qu'ils valorisent, ainsi qu'en témoignent ce psychologue et ce travailleur social.

*« Après, si la question c'est de savoir si je suis plutôt dans une démarche de sevrage ou dans une démarche de diminution de la consommation et de réduction des risques, je suis plutôt dans une démarche de diminution de la consommation et de réduction des risques. » (MG, CDS)*

*« J'aime l'addicto, mais aussi le côté bas seuil d'exigence, réduction des risques. » (Psy, MSP)*

*« J'ai bien évidemment une approche réduction des risques, très humaniste. » (TS, CP/CDS)*

Les professionnels disent explorer avec le patient quelles sont, pour lui, les fonctions de l'usage de produit afin de mieux déterminer comment minimiser les difficultés associées.

*« Je ne vais pas faire en fonction du produit, je vais faire en fonction de ce à quoi il sert pour la personne, qu'est-ce qu'elle y trouve, quelles sont les difficultés qu'elle rencontre avec. [...] je vais vraiment essayer de travailler avec elle et réfléchir avec elle aux limites, si sa consommation lui pose problème ou pas et qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour que sa consommation lui convienne mieux, soit moins source de difficultés. » (Psy, MSP)*

L'accompagnement à la réduction des risques conduit parfois le patient à diminuer ses consommations, comme en témoigne ce travailleur social :

*« Le médecin avait proposé plein de projets, elle avait fait des cures et d'autres choses [...] Avec aussi un éclairage avec la psy. [...] Et au final, en équilibrant cette visite à domicile, cette entrée en lien chez elle, on a fini par acheter des verres, parce qu'elle buvait dans des tasses. Donc, on est allé acheter des verres à pied pour mettre un peu de cadre dans la manière de boire. On se voit tous les vendredis, parce que de toute la semaine, elle ne consomme plus, maintenant. » (TS, CP/CDS)*

Toutefois, en pratique, dans certaines situations, l'arrêt de la consommation est considéré comme souhaitable, notamment lorsque l'insertion ou la bonne santé de l'usager sont fortement menacées, comme par exemple lorsque la profession du patient est incompatible avec un usage, même réduit, d'alcool.

*« Mon objectif, c'est qu'ils puissent réussir à faire ce qu'ils ont envie de faire. Et donc, parfois, ce qu'ils ont envie de faire passe par l'arrêt. Celui qui est chauffeur poids lourd, si mon objectif c'est de garder mon boulot de chauffeur poids lourd, la réduction de la consommation n'est pas possible, ça doit être un arrêt. Donc, la question de l'objectif est vraiment centrée sur le patient et elle est donc forcément différente pour chacun. » (MG, CDS)*

## Des stratégies thérapeutiques différenciées

Les objectifs thérapeutiques apparaissent donc différents pour chaque patient et les interventions<sup>11</sup> se déroulent également en fonction du profil de chaque patient, comme l'explique ce médecin : « *L'intervention brève pour ceux qui ont une consommation excessive mais qui n'en ont pas conscience. L'entretien motivationnel pour les autres... qui veulent faire quelque chose mais expriment des difficultés.* » (MG, CDS)

Les médecins exerçant en MSMA prescrivent par ailleurs régulièrement des médicaments en combinant différentes molécules (voir encadré sur les traitements médicamenteux du trouble de l'usage de l'alcool)<sup>12</sup>. La diversité des associations de médicaments prescrits (médicaments de sevrage, de prévention de la rechute, et anxiolytiques) suggère un certain « tâtonnement » dans les stratégies médicamenteuses, justifié par la nécessité de s'adapter aux besoins des patients qui peuvent évoluer.

La nécessité de substituer l'alcool par un traitement médicamenteux est un impératif pour ce médecin qui n'envisage pas de laisser un patient retourner à son domicile sans traitement :

« *Je propose en effet quelque chose. [...] Les traitements, c'est juste parce que lorsque tu as une addiction longue, rentrer chez toi et te dire : "Mais qu'est-ce que je vais faire ? Je ne vais plus rien prendre, ni alcool, ni THC, ni drogue." Tu te retrouves comme un con et tu ne vas pas prendre une tisane.* » (MG, CP)

Plus précisément, la démarche de ce médecin assimile la prescription de médicaments du sevrage de l'alcool à un traitement de substitution, et s'inscrit en ce sens dans une certaine approche de réduction des risques :

« *S'il le faut, il faut qu'il en prenne 5. [...] à 18 heures, quand il sort de son taf et qu'il va avoir envie de dégoupiller ses trois bouteilles, c'est là qu'il faut qu'il en prenne 5.* » (MG, CP)

### Traitements médicamenteux du trouble de l'usage de l'alcool

	Classes thérapeutiques	Noms commerciaux
Traitement du syndrome de sevrage	■ Anxiolytiques de la famille des benzodiazépines Exemples : Oxazépam Diazépam	Seresta® Valium®
	■ Vitamine B1 (thiamine)	
Prévention de la rechute dans le cadre d'un projet de maintien prolongé d'arrêt de l'usage	Disulfiram Naltrexone Acamprosate	Esperal® Revia® Aotal®
Réduction de la consommation	Nalméfène Baclofène	

Sources : élaboration propre à partir de plusieurs sources (Assurance maladie, 2022 ; HAS, 2023a, b ; VIDAL, 2021).

11. Sur les différentes méthodes d'intervention utilisées en alcoologie, voir Lhosmot-Marquet *et al.*, 2023.

12. L'enquête conduite sur les MSMA ne permet pas à elle seule de comparer les pratiques de prescription de médicaments des médecins généralistes en microstructure à celles des professionnels en addictologie à l'hôpital ou dans le médico-social. La confrontation du volet MSMA aux autres volets encore en cours de l'enquête Tupsalco et aux enquêtes réalisées précédemment sur le médico-social permettra ce type d'analyse.



La prescription de médicaments est ainsi souvent le résultat d'essais de différentes stratégies. Le choix des molécules tient ainsi compte des demandes des patients et des résultats très variables qui ont été obtenus par d'autres patients. Ainsi, un médecin généraliste explique que c'est à la demande d'un patient qu'elle a été conduite à participer aux essais cliniques du Baclofène, dès l'arrivée de ce médicament en France, et à prescrire ensuite cette molécule à d'autres patients :

*« Et puis le Baclofène est arrivé. J'ai un patient qui m'a supplié d'essayer le Baclofène alors que ça n'avait pas encore l'AMM. [Vous prescrivez du Baclofène aujourd'hui. Ça marche bien ?] Au début, je trouvais ça miraculeux parce que mon premier patient a arrêté de boire. Après, j'ai un peu déchanté, mais en gros, un patient sur deux a réussi à arrêter avec, ce qui était beaucoup. [...] Il y en a certains qui réussissent à continuer à boire de manière raisonnable avec le Baclofène. » (MG, MSP)*

D'autres médecins évitent la prescription systématique de médicaments invoquant leur faible efficacité, leur coût ou des risques d'accoutumance. C'est le cas de ce médecin généraliste exerçant dans un centre de santé installé dans l'un des départements les plus pauvres de France :

*« Je ne suis pas très fan de ce genre de médicaments. Le Seresta c'est surtout une aide pour éviter le syndrome de sevrage et éviter la crise convulsive. Et les vitamines, elles ne sont pas remboursées, donc si je les prescris à un patient, il ne les prendra pas. Donc, de manière thérapeutique, il peut y avoir un accompagnement par les benzodiazépines. Après, il y a des gens qui ont déjà des doubles addictions benzo-alcool. » (MG, CDS)*

Pour un autre médecin, le suivi en santé mentale devrait être mis en place avant de se poser la question de la prescription d'un traitement de psychotropes qui pourrait représenter un risque addictif additionnel :

*« S'il n'y a pas de démarche psychologique, on ne peut pas commencer un traitement d'emblée. En plus, si on commence des psychotropes associés à l'alcool, ça rajoute un potentiel addictif. [...] Le médicament pour dégoûter de l'alcool, je n'ai jamais utilisé. Mais après, oui, des anxiolytiques et des antidépresseurs, ça m'est arrivé de prescrire, mais une fois qu'on a commencé une démarche de prise en charge. » (MG, MSP)*

Il faut souligner que ces médecins, prescripteurs de médicaments indiqués dans le traitement du trouble de l'usage de l'alcool, prenaient en charge des patients consommateurs d'alcool bien avant leur insertion en réseau de microstructures. L'enquête ne permet pas de déterminer s'ils réalisent davantage de sevrages ambulatoires maintenant. Elle permet néanmoins d'affirmer que l'organisation en MSMA leur permet de segmenter davantage les rôles en se concentrant sur l'intervention médicamenteuse et en déléguant une part plus importante du suivi psychologique et social aux autres intervenants.

## **Rapport entre professionnels : coopération et conflits dans le suivi conjoint**

### **Une coordination au sein des microstructures qui permet une prise en charge globale des patients**

En MSMA, trois professionnels assurent conjointement le suivi d'un patient : l'un assure le suivi social, l'autre le suivi psychologique et le troisième le suivi médical. Les travailleurs sociaux et les psychologues peuvent intervenir dans deux microstructures ou plus, ce qui exige de leur part une capacité d'adaptation aux logiques de fonctionnement propres à chacun des médecins partenaires. Les médecins sont intéressés par le fonctionnement en microstructure afin de sortir de l'isolement dans la prise en charge des addictions. Ils restent focalisés sur les questions médicales et confient les questions de souffrance psychologique et de difficultés sociales respectivement au psychologue et au travailleur social. Une fois que les patients présentant des problématiques « complexes » liées aux conduites addictives et/ou à la précarité sont repérés, le médecin les oriente vers le psychologue pour des séances de soutien/psychothérapie et/ou vers le travailleur social qui les informe sur leurs droits et accompagne la création des dossiers administratifs pour l'obtention des aides, ce qui permet au médecin généraliste de dégager du temps pour les actes médicaux.

Le transfert des tâches du médecin généraliste vers les autres professionnels permet ainsi aux médecins d'être accompagné et de densifier la prise en charge lorsque le suivi semble long, complexe ou excéder le champ d'intervention du médecin. C'est ce que suggèrent les réponses des médecins lorsqu'on leur demande dans quels cas ils orientent leurs patients vers les autres professionnels de la MSMA :

« Donc, on va adresser des situations particulièrement complexes, où il y a un facteur de complexité en plus de l'addiction et de la précarité, puisqu'ici, de toute façon, tout le monde est précaire. Des gens avec qui on ne s'en sort pas, où on sent que l'accompagnement du médecin généraliste ne suffit pas. » (MG, CDS)

Le travail pluridisciplinaire en MSMA permet également au médecin généraliste d'avoir davantage de connaissances sur ses patients, ce qui soutient en retour l'accompagnement qu'il assure, et limite l'orientation vers des structures spécialisées extérieures comme les CSAPA. Le suivi en microstructure est ainsi privilégié quand il s'agit de personnes cumulant des problèmes de santé ou des comorbidités nécessitant plusieurs intervenants. Dans ce cas, la microstructure offre l'opportunité d'avoir accès à une prise en charge globale dans un même lieu et rend moins complexe le parcours de soins.

« Depuis que la MSMA est là, j'adresse moins [en CSAPA]. Le problème, c'est que souvent, ce sont des patients qui ont rarement que l'addiction. Par exemple, le patient diabétique qui souffre d'une addiction, c'est parfois difficile de tout prendre en soin dans la même consultation. C'est difficile de leur dire : "Aujourd'hui, on ne parle que du diabète et on ne parle pas du tout de votre addiction ou on ne parle que de votre addiction et pas du tout de votre diabète." » Le fait qu'ils aient un lieu dédié à la prise en soin de ça, ça me permet de me recentrer sur d'autres aspects de leur prise en soin. » (MG, CDS)

### Une coordination appuyée sur des réunions d'équipe

Pour se coordonner, les professionnels de la MSMA se réunissent une fois par mois, dans le cadre des RCP, en présence du coordinateur du réseau, pour examiner le suivi du patient. Les professionnels non médicaux ont une vision non hiérarchisée de la coopération : « Lors de ces réunions, il y a une mise en équivalence des compétences, la parole du médecin n'a pas plus de poids que celle du travailleur social ou que celle du psy, voire que celle du patient, quand on réfléchit ensemble aux propositions thérapeutiques à faire aux patients. » (présidente du CNRMS). Or, si cette instance collégiale représente la possibilité de construire les parcours des patients ensemble, elle met aussi au jour certaines difficultés de communication et de coordination pour les professionnels sur le terrain autour de la gestion du flux et de l'orientation des patients, de l'adéquation des problématiques des patients avec les spécialités des professionnels partenaires de la MSMA, de la prise de décision, etc. À l'instar de ce qui est constaté dans d'autres travaux sur les pratiques pluridisciplinaires en soins primaires, la conscience d'enjeux communs et d'une responsabilité partagée pour résoudre un problème dans un esprit d'équipe n'est pas spontanée (Ramond-Roquin *et al.*, 2020). Toutefois, profiter d'un travail pluridisciplinaire en addictologie dans un lieu unique est un élément qui explique la forte adhésion au dispositif des professionnels interrogés.

### Délégation des tâches, source de tensions entre les professionnels

On retrouve également des constats établis dans les précédentes études des dispositifs spécialisés en addictologie (Bergeron, 2001 ; Bergeron et Castel, 2010), soulignant que des tensions peuvent apparaître dans les logiques de fonctionnement quand les professionnels non médecins ont le sentiment d'être relégués à une intervention ponctuelle : « Mon choix, c'est de travailler en microstructure, donc en équipe et, du coup, les choses sont différentes. Donc, là, j'ai un peu l'impression qu'on est en prestation de service. » (TS, CP/CDS). La hiérarchie symbolique qui existe entre les médecins et les autres professionnels explique que leurs relations soient davantage pensées sur le modèle de la délégation de tâches plutôt que sur celui de la concertation (Moyal, 2020 ; Ramond-Roquin *et al.*, 2020). Ainsi, des tensions apparaissent lorsque les médecins orientent vers les autres professionnels de la microstructure un certain nombre de patients que ces derniers jugent « non conformes » à leur spécialité. C'est ce que suggèrent des psychologues qui se voient adresser des patients présentant des pathologies psychiatriques lourdes considérées comme éloignées de leur champ de compétences :

« C'est-à-dire que parfois, il y a des médecins qui, comme ils ne savent pas se "dépatouiller" de ce patient, ils vont l'envoyer au psychologue. [Ils se débarrassent du patient très complexe ?] Oui, c'est ça. Je mets ça sur la psychologue, elle résoudra le problème. C'est un peu ça, en gros [...] quand ils ne savent pas forcément quoi faire avec ce patient, ils se servent de la psy comme solution [...] En réunion de synthèse, quand nous parlons du patient, j'essaie de leur redonner un peu de leur responsabilité, et qu'en fait tout n'est pas sur mes épaules et que c'est ensemble que l'on réfléchit aux choses. » (Psy, CDS)

« Il m'est arrivé, dans la microstructure, de demander : "Mais ce patient-là, est-ce qu'il n'est pas psychotique ? N'aurait-il pas besoin d'un traitement ?" [...] on se demandait à la grande réunion, si on ferait appel à un psychiatre. [...] Je pense que c'était beaucoup la demande du médecin qui, sur certains patients, se questionnait quant au traitement psychotrope, donc il avait envie d'un avis médical. Et il y avait l'idée d'avoir un éclairage autre sur la pathologie du patient derrière l'addiction. » (Psy, CP)

En ce qui concerne le rapport des professionnels aux collègues et aux structures extérieures aux MSMA, une difficulté majeure a été soulignée lorsqu'il y a besoin d'une orientation en psychiatrie, notamment dans les cas d'intrication entre la consommation d'alcool et des pathologies psychiatriques sévères :

« On se pose la question parce qu'on en a beaucoup, c'est très compliqué parce que c'est spécifique, la prise en charge des traumas. [...] Il faudrait 90 minutes au lieu de 45. [...] Et pour orienter, c'est hyper compliqué. [...] les trois quarts du temps, il y a beaucoup d'attente ; ça peut être un an. » (Psy, MSP)

Garantir la continuité des soins pour ce type de patients est également complexe pour les médecins, qui évoquent la saturation des structures publiques psychiatriques, notamment des centres médico-psychologiques (CMP), ce qui entrave la communication entre professionnels de structures différentes :

« C'est peut-être ce qui est plus difficile. C'est aussi difficile parce qu'autant avec les médecins d'un CSAPA, on arrive à discuter, autant avec les psychiatres, on n'y arrive pas du tout. Quand on a ces patients-là, on a du mal à savoir quel traitement ils prennent, on a du mal à savoir ce qui est fait sur le côté psychiatrique. Il y a une espèce de scission qui fait que même en envoyant des courriers, même en envoyant des mails, même en essayant d'appeler, ça reste toujours difficile d'avoir les infos. Donc, comme il y a un gros manque de communication, ça donne des situations compliquées, mais qui le seraient moins si on avait une communication avec le psychiatre. » (MG, CDS)

Les difficultés rencontrées pour le suivi de patients présentant des comorbidités psychiatriques sont communes aux professionnels intervenant dans d'autres espaces de soins en addictologie. Les intervenants exerçant en CAARUD et CSAPA mentionnent eux aussi leur impuissance, parfois, face à ces usagers qui ont besoin d'un accompagnement psychiatrique soutenu, sans la possibilité d'obtenir une orientation vers la psychiatrie de secteur/hospitalière (Milhet et al., 2022).

Étant donné que l'un des critères d'inclusion de patients en microstructure est la situation de précarité, les professionnels rencontrent également des difficultés à adresser vers la psychiatrie libérale les patients qui en auraient besoin mais qui ont des ressources financières limitées.

Malgré ces écueils générant des tensions entre professionnels, les approches communes œuvrant pour la continuité des parcours de soins des patients prédominent. Enfin, si les soins sont centrés autour du médecin, le travailleur social et le psychologue parviennent à contrôler leur travail en posant par exemple des limites aux médecins ou en se réappropriant leur agenda. Si les premiers rendez-vous sont fixés par le médecin qui adresse le patient, les autres professionnels organisent ensuite le suivi de façon autonome.

## Rapport au cadre : ce qui fonctionne en pratique

### Un recours facilité aux partenaires rencontrés antérieurement à l'exercice en microstructure

En pratique, le fonctionnement des MSMA se caractérise par la souplesse organisationnelle – la seule norme d'organisation contraignante est le principe de se réunir une fois par mois pour parler du suivi des patients. Les responsables de la CNRMS ont souligné dans les entretiens cette grande liberté laissée aux professionnels d'organiser les suivis en fonction des problèmes rencontrés :

« Il y a bien un cahier des charges concernant Equip'addict, dans lequel il y a un certain nombre de – alors on n'a pas appelé ça "recommandations de bonnes pratiques professionnelles" –, mais on a défini ce qui était attendu du psychologue, du travailleur social et du médecin, donc, tu vois, il n'y a pas "vous devez faire ci, ça, ça". » (présidente du CNRMS)

Ce cadre organisationnel souple pour les professionnels exerçant en structures de soins primaires pluriprofessionnelles (Dieudonné *et al.*, 2023), plutôt qu'en cabinet privé et en exercice isolé, est susceptible d'expliquer pourquoi les professionnels interrogés étaient majoritaires à affirmer ne pas avoir créé de nouveaux partenariats depuis le développement des MSMA dans leurs cabinets. Plusieurs médecins expliquent avoir connu le réseau d'addictologie au cours de leurs trajectoires professionnelles antérieures et avaient constitué leur carnet d'adresses avant de se mettre en microstructure :

*« Installé de 2009 à 2012 en libéral, dans un cabinet de groupe [j'ai eu] la première expérience avec une structure spécifique à l'addiction à partir du réseau d'addictologie [...] C'est l'un des réseaux que j'ai trouvés intéressants et qui m'a permis d'améliorer mes pratiques auprès des patients souffrant d'addictions. [...] Si je veux parler au médecin, je n'appelle même pas au CSAPA, j'ai son numéro de portable, donc je l'appelle directement. Donc, c'est beaucoup plus fluide avec mes correspondants spécifiquement liés à l'addiction. »* (MG, CDS)

L'enquête a permis de constater que ces professionnels tournés vers l'exercice cordonné (MSP ou CDS) appartiennent également à d'autres réseaux de santé (notamment pour l'échange de pratiques ou la prise en charge de maladies chroniques complexes), ce qui est susceptible de les rendre plus ouverts à la coordination interprofessionnelle et à la délibération autour des situations complexes de leurs patients.

### **Une inclusion de personnes n'ayant pas conscience de leur addiction ou qui en ont honte, notamment de femmes**

Le déploiement des microstructures permet d'atteindre des publics qui fréquentent habituellement peu les structures addictologiques<sup>13</sup>, en particulier les femmes (Dieudonné *et al.*, 2023). La proportion de femmes incluses pour motif d'addiction et/ou précarité<sup>14</sup> est plus importante que dans les structures traditionnelles de soins en addictologie (47 % de femmes et 53 % d'hommes en MSMA, contre 77 % d'hommes suivis en CSAPA) (Palle, 2021). Les patientes prises en charge en MSMA ont avant tout eu recours à la médecine générale, comme les patients hommes, pour une inquiétude liée à leur état de santé. Le motif premier de consultation n'est pas lié à leur usage de substance. Toutefois, à la différence des hommes, les femmes sont ensuite moins souvent orientées vers les structures spécialisées du secteur médico-social pour le suivi de leurs problématiques addictives, le médecin anticipant qu'elles ne s'y rendront pas. L'entrée par la médecine générale et l'encadrement médico-psychosocial proposé en MSMA permet la prise en charge des femmes plus éloignées des dispositifs spécialisés en addictologie plus traditionnels.

L'accueil dit « bienveillant », « non stigmatisant » et « non culpabilisant » qui favoriserait le recours aux soins des femmes est mis en valeur par les interviewées et les intervenants. Il semble toutefois que ces patientes se tournent vers la médecine générale par méconnaissance du dispositif de soins en addictologie :

*« Elles n'ont pas la notion de CSAPA, je pense. [On vous les a adressées ou bien elles sont venues de leur propre initiative ?] Elles sont venues toutes seules. Elles ont une maladie, elles se rendent compte qu'au départ, elles avaient une main prise sur [maîtrise de] leur consommation et qu'elles se sont faites complètement noyer. Du coup, elles se disent qu'il faut qu'elles trouvent de l'aide. »* (MG, CP)

### **La stigmatisation sociale des usagères d'alcool : un frein au recours aux soins**

Les suivis de femmes usagères d'alcool sont décrits comme complexes par les médecins. Celles-ci font en effet l'objet d'injonctions sociales liées au genre potentiellement contradictoires (Dauge et Fieulaine, 2023 ; Taschini *et al.*, 2015), telles que mener une carrière professionnelle brillante tout en étant une « bonne mère de famille ». Cela induit une charge mentale qu'une partie d'entre elles pourrait tenter de soulager en ayant recours à l'usage d'alcool, de médicaments hors cadre thérapeutique, de morphine ou d'autres produits. Pourtant, comme le suggèrent les travaux en sciences sociales, l'usage d'alcool est particulièrement stigmatisé chez les femmes (Fainzang, 1994). Les professionnels soulignent ainsi que, craignant la stigmatisation, les patientes minimisent leur consommation et peinent à recourir aux soins spécialisés. Selon les médecins, lorsque les problèmes d'alcool sont soulevés en consultation, certaines femmes « éprouvent de la honte », un sentiment qui ferait obstacle à la prise en charge :

13. Parmi les patients interrogés dans une enquête de satisfaction menée par Equip'addict, 61 % n'avaient jamais vu un psychologue, 78 % n'avaient jamais rencontré un travailleur social et 72 % n'avaient jamais vu un addictologue. La MSMA semble donc atteindre des publics peu enclins à la prise en charge addictologique de prime abord (Dieudonné *et al.*, 2023).

14. Le terrain a été confronté à la difficulté d'enquêter davantage auprès de femmes. Un sentiment de stigmatisation et, plus spécifiquement, de honte et culpabilité susceptible d'empêcher l'acceptation à témoigner de leurs usages d'alcool a été évoqué par les professionnels.

« Les femmes, c'est souvent des mères de famille qui se retrouvent à prendre du tramadol, de la morphine ou de l'alcool. Du coup, c'est honteux et elles savent que chez le médecin, on peut se faire soigner. [...] Ça va de 25 à 40, 45, 50. Elles ont un métier, elles sont profs, etc. Par contre, le problème, c'est que quand elles viennent te voir pour ça et qu'après, elles ont un syndrome dépressif ou un burn-out ou autre et que tu leur dis : "Mais du coup, est-ce que vous consommez plus ?", elles vont tout de suite se braquer. Elles vont dire : "Ah oui, c'est parce que je vous ai dit une fois que je buvais", alors que ce n'est pas du tout ça. » (MG, CP)

[Enquêtrice : la patiente aide-soignante qui fait « des cuites organisées », c'est une patiente que tu pourrais adresser au CSAPA ?] – « Elle, je pense que je l'adresserais plus facilement à la MSMA qu'au CSAPA. Parce qu'elle a une honte importante de ça. Par exemple, chaque fois, je suis obligé de tourner l'écran pour lui montrer que je n'ai pas écrit dans l'ordinateur, ce que je fais. Si elle parle à quelqu'un, ce sera quelqu'un dans la structure. » (MG, CDS)

## L'IMPACT DU RECOURS AUX MSMA DANS LES TRAJECTOIRES DES PATIENTS-USAGERS

### Soins et représentations des problèmes d'alcool

#### Une bonne acceptation des soins proposés en microstructure

Dans les MSMA, l'unité de lieu, la prise en charge globale et l'absence de jugement dans la relation thérapeutique sont mis en avant par les patients et expliquent l'adhésion aux soins, comme le souligne le récit de cette jeune femme polyconsommatrice de drogues présentant des problèmes psychiatriques et engagée dans une consommation maîtrisée d'alcool :

« Ce n'est pas facile, parce que le docteur X, elle n'est pas psychiatre, mais le fait que ça puisse être à la fois mon addictologue et mon médecin traitant, c'est quelque chose de très chouette. C'est quelqu'un de très bienveillant et tout. Donc, rien que le fait de se sentir bien dans son accompagnement, pour moi, c'est hyper important. Là, maintenant, je me sens plus à l'aise. J'ai eu des périodes où j'ai menti sur mes consommations, tout ça – pas aux professionnels de santé parce que je n'y voyais pas d'intérêt. » (patiente 20-35, CP)

La prise en charge plurielle et globale dans un lieu unique contribue à la bonne appréciation du dispositif par les patients. L'équipe pluridisciplinaire pallie également la discontinuité des soins et le manque de coordination ville-hôpital, et gère les comorbidités, notamment psychiatriques, de patients qui peinent à obtenir des rendez-vous en CMP. Ainsi le médecin généraliste de MSMA se substitue parfois au psychiatre, concernant la prescription de psychotropes. Les équipes de soins primaires représentent ainsi le « dernier recours », en l'absence de spécialistes en ville.

Plusieurs patients interrogés ont ainsi expliqué pourquoi le suivi en MSMA leur paraît plus adapté que ce qu'ils ont pu connaître antérieurement en cure de sevrage – à l'hôpital, notamment. Ils mentionnent par exemple la difficulté à trouver un psychiatre à la sortie de l'hôpital. Les cures de sevrage en milieu hospitalier sont en effet perçues comme aidantes à la condition qu'un suivi soit ensuite assuré en ville. Ce patient de 53 ans, suivi en MSMA et abstinent d'alcool depuis 3 ans depuis une hospitalisation pour sevrage de l'alcool, en témoigne :

« J'ai entamé un tournant le jour où j'ai pris la décision de me faire hospitaliser pendant six semaines pour ressortir de tout cela avec un traitement, etc., et combattre [...] Pourquoi rester toujours en contact avec les médecins ? Parce que c'est toujours nécessaire, surtout quand on a une addiction, c'est nécessaire de rester en contact avec des médecins. Si vous ne le faites pas, vous allez rechuter, il y a neuf chances sur dix que vous allez rechuter. Et si, derrière, vous n'avez pas de lien avec un médecin, un psychiatre, un docteur ou quoi que ce soit, ça va être difficile. » (patient 45-65, MSP)



## Une prise de conscience de l'impact de l'alcool sur la santé et du caractère chronique de l'addiction à l'alcool

Pour les patients-usagers interrogés, quel que soit leur profil socio-économique, la santé et la peur de la désinsertion sociale (par exemple la peur de perdre son travail) expliquent l'engagement dans l'arrêt ou la diminution de la consommation. La santé globale est envisagée alternativement à des maladies très clairement identifiées ou encore est associée à la jeunesse par opposition au vieillissement que la consommation d'alcool accélère :

« Je voulais arrêter. Parce que ça détruit la santé. » (patient 36-45, CDS)

« Moi, je commence à réfléchir à tout ça, à cause de cette dépendance à l'alcool, de cette dépendance, parce que je suis en train de me tuer tout seul. Parce que ça amène des cancers de la gorge, des cancers du côlon, des cancers du poumon. J'ai commencé à prendre de la cocaïne, je peux avoir des problèmes. Donc, maintenant, je m'occupe de ma santé, d'être en paix. » (patient 20-35, CP)

« Il faut se dire que moi, à 53 ans, il fallait absolument que j'arrête, sinon, je n'allais pas profiter de ma vie. Déjà, dans un premier temps, c'est au niveau de la santé. La deuxième, c'est que je suis employé. Et employé, arriver alcoolisé au travail, ça ne va durer qu'un temps. [...] Par contre, à la question : est-ce que ça vaut le coup d'arrêter ? Oui. Ça vaut un rein ? Bien sûr que ça vaut. Il faut arrêter. Parce que déjà, on se sent mieux, on rajeunit. Parce qu'il faut voir la tête qu'on a quand on est consommateur d'alcool. » (patient 45-65, MSP)

Pour un certain nombre de patients interrogés, la consommation a été initiée du fait de conditions de vie difficiles et stressantes comme l'isolement social ou la pauvreté. Pour exemple, le vécu de cet homme de 41 ans, sans domicile fixe, qui explique être devenu consommateur régulier d'alcool à son arrivée en France, notamment pour supporter le froid (dormir dans les intempéries) et le stress psychologique de vivre dans la rue : « J'ai commencé là. [...] On ne vivait pas, on ne pouvait pas dormir. On est rentrés dans les mois d'hiver aussi. [...] Après, il y a le stress aussi. » (patient 36-45, CDS).

Il n'en demeure pas moins que la majorité des interviewés appréhendent l'addiction à l'alcool comme une maladie. La consommation devient ainsi un problème qu'il s'agit de « gérer » sur le temps long, comme l'indique le récit de cette femme :

« On peut dire que l'addiction c'est une maladie, mais elle est gérable. [...] Je ne suis pas pressée que ce soit long, ce n'est pas grave. » (patiente 20-35, CP)

Pour les professionnels, c'est davantage le retentissement important sur plusieurs sphères de la vie de la personne qui fait de l'addiction une maladie chronique.

« S'il y a un retentissement sur la vie privée, perso, sur la profession, c'est une maladie. » (MG, MSP)

« Quand il y a un retentissement important, c'est souvent qu'il y a une pathologie psychiatrique qui a besoin d'être prise en charge avec plusieurs intervenants. [...] C'est difficile parce qu'on n'a pas énormément d'outils, parce qu'avoir un contact avec un psychiatre, c'est compliqué, avoir un psychologue, c'est compliqué parce qu'il faut les payer et, souvent, la problématique d'addiction est associée à des problèmes financiers. » (MG, MSP)

« Ce n'est pas l'addiction qui est une maladie en soi. [...] C'est les conséquences de l'addiction qui peuvent éventuellement être une maladie. » (Psy, CP)

## Un encadrement médico-psychosocial qui favorise l'évolution des liens sociaux et la continuité des soins

### Une réorganisation des sphères sociales de la vie du patient

Les patients interrogés ont souligné l'intérêt des MSMA pour les inscrire dans une démarche de diminution ou d'arrêt d'alcool qui s'avère souvent être l'occasion d'une évolution de leurs liens sociaux.

Pour certains patients, la diminution de la consommation doit en effet s'appuyer sur l'éloignement des relations sociales associées à la consommation :

*« Mais il y a toujours un moment donné où je me retrouve avec des gens, c'est automatique avec eux. Donc, maintenant, j'essaie de les éviter, j'envoie plus de messages et je ne suis plus en contact. Certains, je les ai supprimés de mon téléphone et d'autres, je ne réponds pas –s'ils appellent, je ne réponds pas. » (patient 20-35, CP)*

D'un autre côté, la reprise de la consommation fait partie du parcours de vie et peut également rendre difficiles les rapports avec les proches, comme l'explique cette femme engagée dans une consommation maîtrisée :

*« J'ai rechuté deux fois. Mais il y a des gens qui peuvent rechuter trois ou quatre fois. Ce n'est pas un problème. Le problème, c'est de ne plus rien faire après la rechute. C'est ça, le problème. C'est que si tu veux vraiment arrêter, c'est dommage d'avoir arrêté un an et demi, te remettre dedans et ne pas prendre le réflexe de te faire resuivre. Il faut être honnête avec soi-même. Il faut surtout être honnête avec soi-même. Et ne pas hésiter à dire, pour les gens qui vous agacent, pour les gens qui sont trop, votre pensée. Ça ne veut pas dire rentrer en querelle avec eux. Mais moi, je l'exprime souvent avec mes amis ou quoi que ce soit et je leur dis : "Moi, j'ai mes problèmes à moi. Les vôtres, c'est les vôtres." » (patiente 20-35, CP)*

Pour une partie de ces patients, il est même nécessaire de s'éloigner de la famille proche, qui, habituée à les voir alcoolisés, s'avère incapable de reconstruire une relation sur de nouvelles bases. C'est ce qu'explique cet homme de 53 ans, plombier chauffagiste s'occupant de la maintenance des bâtiments, qui a arrêté de boire depuis 3 ans et demi, après 30 ans de consommation :

*« Rechuter une fois, deux, trois, quatre, ce n'est pas important. C'est votre parcours. Le seul conseil que je puisse donner, c'est de se débarrasser de tous les gens toxiques, y compris de la famille, tout de suite. Parce qu'on va rentrer dans une phase où il y aura le traitement, on sera sevré, mais la vie continue à l'extérieur. Et des fois, cela va vous mettre en tension extrême. [...] C'est-à-dire que pour eux [la famille], je n'ai pas de problème. Il y a des gens, dans votre famille ou à l'extérieur, ils ne vont pas prendre soin de vous. Vous n'êtes pas obligé d'expliquer votre démarche. » (patient 45-65, MSP)*

À l'inverse, pour d'autres, la vie sociale peut se recentrer temporairement sur les proches (enfants, conjoints, etc.) le temps de prendre de la distance avec le produit.

*« Pour l'instant, je ne sors pas. Je sors pour emmener mes enfants à l'école, pour aller faire des courses, mais non, je ne cherche nulle part, parce que je ne suis pas prêt, j'ai peur et je n'ai pas envie de tout gâcher. Je me dis que j'ai commencé et il faut que j'y arrive. Ça fait un mois déjà, on me dit qu'il faudrait que je fête ça, mais comment je le fête, en fait ? En buvant ? Donc, je reste chez moi, tranquille, avec mes enfants, et on fait un gâteau. » (patient 20-35, CP)*

Si certains liens disparaissent, d'autres sont susceptibles de se créer avec les professionnels de la microstructure, certains usagers trouvant en l'équipe des « proches de substitution ».

### **Une équipe qui favorise l'adhésion aux soins et sa continuité**

Si les patients sont inclus dans les MSMA en raison de leur profil « addictif et/ou précaire », l'équipe n'aborde pas nécessairement ces motifs de manière directe pendant leur suivi. Les patients vont être orientés vers les différents professionnels au sein de la microstructure en fonction de leur besoin.

Ainsi, ce patient sans domicile fixe, dans une démarche d'abstinence, a été orienté vers la travailleuse sociale afin de gérer son statut administratif et accéder à des soins médicaux. Le bilan qu'il fait de ce travail de microstructure est positif :

*« Ça m'a apporté beaucoup de choses, comme le 100 % d'aide médicale d'État. C'est Madame qui a appelé pour moi. Sinon je devais acheter le médicament [anticonvulsivant pris dans le cadre d'un suivi neurologique suite à un accident]. Là, ça va bientôt s'arrêter, au mois de mai. Là, je vais dire à Madame qu'on doit faire une demande avant que ça périmé. C'est elle qui va la faire, c'est l'essentiel. » (patient 36-45, CDS)*

L'approche pluridisciplinaire de la microstructure permet aux usagers de rester dans le circuit des soins et de bénéficier d'un accompagnement qu'ils n'auraient pas eu l'opportunité de recevoir aussi facilement ailleurs. Par contraste, les usagers interrogés sont nombreux à dire que les dispositifs de soins qu'ils ont rencontrés jusqu'alors ne leur ont pas été d'une grande aide dans leurs trajectoires de soin. Ces dispositifs sont caractérisés à leurs yeux comme des lieux où « ça picole encore plus », de « rencontre des alcooliques » et « de gens à problèmes ». Dans les microstructures, le mélange avec la clientèle « généraliste » de la médecine de ville et le sentiment d'appartenance à un certain réseau social de proximité sont jugés positivement. C'est ce que montre clairement le récit de cette femme de 82 ans, qui a commencé à boire de l'alcool à l'adolescence, sous l'autorité de son père qui était « alcoolique » et faisait « la tournée » des bars avec elle :

*« Je trouve que c'est vraiment bien pour un suivi, la preuve, c'est que je viens encore. Et puis on voit différentes classes de société. Et puis je suis bien avec la population qui est ici, à l'intérieur, pas en soignant, mais pour se faire soigner. Les mamans, les enfants, je trouve que c'est... Et puis ça répond toujours, le Docteur X a vraiment été sensationnel aussi. » (patiente 66-85, CDS)*

Finalement, un intérêt majeur des MSMA semble être la continuité du parcours de soins qu'elles offrent aux patients. Elles permettent le renforcement des connaissances des patients concernant les addictions, mais aussi des structures, institutions et associations susceptibles de les aider dans les objectifs qu'ils se sont fixés.

## **CONCLUSION**

Les stratégies de soins, d'accompagnement et de prise en charge pluriprofessionnelles des microstructures s'inscrivent dans une démarche de réduction de la consommation d'alcool et des risques et se traduisent par leur adaptation aux besoins des patients.

L'inclusion d'un patient en microstructure ou son orientation vers des structures traditionnelles (CSAPA, cure à l'hôpital, etc.) dépend de multiples facteurs, le premier étant sans doute l'offre existante de soins en addictologie sur le territoire. Le suivi d'un patient au sein de la microstructure semble privilégié lorsque le patient occulte une problématique liée à l'alcool ou exprime un sentiment de honte quant à sa consommation, l'adressage à un CSAPA risquant alors souvent de ne pas aboutir. Les femmes sont ainsi moins souvent orientées en CSAPA car les médecins généralistes peuvent anticiper qu'elles ne s'y rendront pas. Des difficultés particulières sont rencontrées pour l'orientation des patients présentant des troubles psychiatriques. L'accompagnement en microstructure peut être compromis car leurs difficultés dépassent les compétences du médecin généraliste et du psychologue. L'orientation vers la psychiatrie publique de secteur est rendue difficile par la saturation des services, l'orientation vers la psychiatrie libérale étant rendue complexe en raison des ressources financières limitées des patients vus en microstructure. Toutefois, il arrive que l'équipe pluridisciplinaire de la microstructure pallie la pénurie de soins en psychiatrie en prenant en charge le suivi et le soutien des personnes concernées.

Concernant le fonctionnement interne de la microstructure, les réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) offrent l'opportunité d'échanger sur les parcours de soins des patients. Le rapport final d'évaluation de l'expérimentation Equip'addict souligne toutefois les difficultés à organiser les RCP, faute de temps, ce qui conduit les professionnels à devoir se satisfaire parfois d'échanges informels (Dieudonné *et al.*, 2023).

Pour conclure, la prise en charge plurielle et globale en microstructure contribue à la bonne acceptation des soins par les patients et à la continuité de leurs soins, ce qui constitue sans doute l'intérêt majeur des microstructures.

## Méthodologie

L'analyse qualitative, sans prétention représentative, s'appuie principalement sur une enquête par entretiens semi-directifs et par observation de type ethnographique non participative de consultations, des rendez-vous et de réunions pluridisciplinaires. L'enquête a été menée entre octobre 2023 et janvier 2024, grâce à une stratégie de recrutement de participants en « entonnoir », consistant tout d'abord à identifier et contacter les responsables (la présidente du CNRMS et une chargée de projet et recherche) qui ont facilité les contacts avec les coordinatrices régionales devenues les principales interlocutrices au niveau local en Seine-Saint-Denis, en Occitanie et à Strasbourg\*.

L'un des principes qui a guidé la construction de l'enquête de terrain a été de diversifier les lieux d'exercice des médecins (au sein desquels exercent les MSMA) : les médecins interrogés exercent sous statut libéral ou salarié dans différents contextes organisationnels : centre de santé (CDS), cabinet privé libéral (CP), maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Les coordinatrices, travailleurs sociaux (TS) et psychologues (psy) sont salariés des structures porteuses du projet MSMA (à l'exception d'une psychologue libérale) (Voir l'encadré sur les caractéristiques des personnes interrogées).

### Caractéristiques des personnes interrogées

#### Patients interrogés

Sexe	Homme	4
	Femme	3
Tranches d'âge	20-35 ans	2
	36-45 ans	2
	46-65 ans	2
	66-85 ans	1
Lieu de résidence	Marseille	3
	Pantin	3
	Bagnolet	1

#### Professionnels interrogés

Professionnels	Médecin généraliste	5
	Psychologue	3
	Travailleur social	2
	Coordinatrice	4
Sexe	Homme	2
	Femme	12
Tranches d'âge	25-35 ans	4
	36-45 ans	6
	46-65 ans	4
Contextes	Cabinet privé	3
	MSP	3
	CDS	4
	Coordination (Association)	4
Coordination du RMS/Territoires	Bus 31/32 - Marseille	4
	Proses - Seine-Saint-denis	8
	CNRMS/Ithaque - Strasbourg	2

Les réflexions s'appuient sur le récit de 14 professionnels et de 7 patients intégrés dans trois MSMA, à Pantin, Bagnolet et Marseille, sur 126 MSMA recensés au printemps 2023 et une file active nationale évaluée autour de 4 542 patients. Il convient de préciser que les patients ont tous été proposés par les professionnels pour faire l'entretien, dans le cadre d'une consultation médicale ou d'un rendez-vous avec le travailleur social. Ces entretiens, bien qu'individuels et confidentiels, ont eu lieu au sein même du cabinet du médecin. La grille d'entretien respectait les catégories mobilisées par les enquêtés sans induire des réponses, avec des questions ouvertes sur deux grandes thématiques : les trajectoires de vie et de santé des patients et les trajectoires professionnelles avant et après l'entrée en MSMA. Les échanges ont pris la forme d'entretiens biographiques où l'on invite les personnes à raconter leurs parcours en suivant deux objectifs, à savoir : l'évolution de leur trajectoire de vie (incluant la santé, et la trajectoire professionnelle), et les significations qu'elles accordent à ces parcours. Tous les entretiens ont été enregistrés en support audio avec l'accord des participants, retranscrits intégralement, et traités à l'aide du logiciel NVivo. Les citations ont été anonymisées en fonction des types de populations enquêtées. Par exemple, « psy, MSP », pour un psychologue rencontré en MSP, « patient 45-65, MSP » pour un patient de la tranche d'âge 45-65 ans rencontré en MSP.

### Observations ethnographiques

Nombre de cas cliniques observés par activité	Consultations médicales (MG - Patient)	65
	RDV avec un travailleur social (TS - Patient)	27
	Réunions de synthèse RCP (MG - Psy - TS - Coordinatrice)	10
Nombre de journées d'observation dans chaque MSMA	Marseille	5
	Pantin	5
	Bagnolet	5

\* En Île-de-France par PROSES ; ceux du Grand-Est par Ithaque et ceux de Provence-Alpes-Côte d'Azur par l'Asso Bus 31/32.



## Bibliographie

Liens accessibles au 06/08/2024

- ARS (2023) Cahiers des charges : Développement harmonisé du dispositif de microstructures médicales addictions – Equip'Addict, 43 p.
- ARS Grand Est (2020) Recueil des actes administratifs. Édition du 26 octobre 2020, 73 p.
- Bergeron H. (2001) Dispositifs spécialisés «alcool» et «toxicomanie», santé publique et nouvelle politique des addictions. Saint-Denis, OFDT, 127 p.
- Bergeron H., Castel P. (2010) Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du travail*, Vol. 52, n° 4, p. 441-460.
- Bonaldi C., Hill C. (2019) La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5-6, p. 97-108.
- Castel P. (2022) Politiques de la coordination : enjeux organisationnels et professionnels. In : Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques, Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Luneau A. (Dir.). Paris, Irdes, p. 339-353.
- Dauge S., Fieulaine M. (2023) Boire au féminin : pour en finir avec une double peine. *Rhizome*, n° 85, p. 13-14.
- Dieudonné M., Chryssomalis J., Salignat M., Noëlle H., Fares A. (2023) Equip'addict : Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions. Rapport final. Hospices Civils de Lyon, 171 p.
- Duprat L. (2023) Pratiques de prescription et d'usage d'antalgiques opioïdes : une analyse sociologique. Paris, OFDT, coll. Rapports - Études et recherche, 104 p.
- Fainzang S. (1994) Anciens buveurs et alcoolisme. Discours de la causalité. *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 12, n° 3, p. 69-99.
- Hédelin G. (2004) Les microstructures médicales : évolutions à 24 mois des scores du questionnaire ASI. Strasbourg, Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique de l'université Louis Pasteur, 66 p.
- INSERM (2021) Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 724 p.
- Lhosmot-Marquet M., Watroba L., Fleury L. (2023) Réduction des dommages associés à l'alcool : les stratégies de prévention et d'accompagnement soulignées par l'expertise collective Inserm. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 11, p. 172-177.
- Melenotte G.-H., Di Nino F., Doffoël M., Imbs J.-L. (2016) Dispositif des microstructures médicales. In : Traité d'addictologie. 2<sup>e</sup> édition, Reynaud M., Karila L., Aubin H.-J., Benyamina A. (Dir.). Lavoisier Médecine Sciences, Lavoisier, p. 423-424.
- Milhet M., Protais C., Díaz Gómez C., Guilbaud F. (2022) Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie. *Tendances*, OFDT, n° 150, 8 p.
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2023) Rapport au parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé, 89 p.
- Moyal A. (2020) L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 103-123.
- Obradovic I., Douchet M.-A. (2019) Perceptions et comportements vis-à-vis de l'alcool à l'adolescence : connaître les contextes et les motivations d'usage pour agir efficacement. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 5-6, p. 116-117.
- Palle C. (2021) Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2019 et évolution sur la période 2015-2019. *Tendances*, OFDT, n° 146, 6 p.
- Prescrire Rédaction (2023) Un réseau pour faciliter l'accès aux soins des patients alcoolodépendants. *La Revue Prescrire*, Vol. 43, n° 477, p. 539-543.
- Protais C. (2017) Les pratiques professionnelles en CJC. Entre hétérogénéité et naissance d'un savoir-faire spécifique. Note 2017-04. Saint-Denis, OFDT, 16 p.
- Ramond-Roquin A., Allory E., Fiquet L. (2020) La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales. *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 125-141.
- Riou Françoise L., Velpry L., Benamouzig D., Launois R. (2008) Démarche qualité et accompagnement des soins aux usagers de drogues - DEQUASUD. Saint-Denis, OFDT, 263 p.

...

Roux J., Marguerite N., Faisant M., Atiki N., Simac L., Andler R., Quatremère G., Vernay M., Paille F., Nguyen-Thanh V., Meurice L. (2024) Estimation du nombre d'hospitalisations pour alcoolisation aiguë et complications en France, 2012-2022. *Journal of Epidemiology and Population Health*, Vol. 72, Suppl. 1, art. 202335.

Taschini E., Urdapilleta I., Verhiac J.-F., Tavani J.L. (2015) Représentations sociales de l'alcoolisme féminin et masculin en fonction des pratiques de consommation d'alcool. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n° 107, p. 435-461.

VIDAL (2021) Alcool : sevrage. Prise en charge.

> **Pour citer cette publication** : Duprat L. (2024) Construction des parcours de soins d'usagers d'alcool en microstructures médicales addictions. Note de résultats. Paris, OFDT, 20 p.

## Remerciements

L'auteur de ce document tient à remercier Valérie Ulrich (responsable de l'unité Focus), Maitena Milhet, qui pilote le projet Tupsalco, et Caroline Protais pour leur relecture et pour leurs remarques pertinentes qui ont amélioré et enrichi ce travail.

Elle remercie également :

- Le directeur de l'OFDT, Guillaume Airagnes, et la directrice scientifique adjointe, Ivana Obradovic pour leur accompagnement et leur confiance.
- Les membres du Comité de pilotage de Tupsalco qui ont apporté des pistes d'approfondissement de ce travail : Airagnes G., Langlois E., Milhet M., Obradovic I., Protais C., Paillet A., Palierne N., Rolland B., Gaussoit L.
- Les responsables de la CNRMS (Coordination Nationale des Réseaux de Microstructure), notamment sa présidente Danièle Bader, et Adelaïde Pladys (chargée de projet et recherche), ainsi que les coordinatrices régionales en Seine-Saint-Denis et à Marseille, pour leur gentillesse, leur confiance, mais surtout pour leur soutien, sans lequel ce projet n'aurait pas vu le jour.
- Les médecins, travailleurs sociaux et psychologues qui ont accordé à l'enquêtrice des temps d'échange longs et qui lui ont permis d'observer leur travail.
- L'ensemble des patientes et patients ayant accepté de raconter leur histoire et qui ont autorisé l'enquêtrice à observer leurs consultations.
- Le Fonds de lutte contre les addictions, géré par la CNAM, pour le financement.



**Observatoire français des drogues et des tendances addictives**

69 rue de Varenne 75007 Paris

Tél : 01 41 62 77 16

e-mail : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)

ISBN : 979-10-92728-89-7

Photo copyrights : © Chinnapong / © Asayenka (Adobe Stock)

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)