

Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire : enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie

Joëlle Moy, Yann Vanlerberghe

▶ **To cite this version:**

Joëlle Moy, Yann Vanlerberghe. Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire : enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00808911

HAL Id: dumas-00808911

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00808911

Submitted on 8 Apr 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE
Année 2012 N°

Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire. Enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie.

♈

Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine. Diplôme d'état par :

Joëlle MOY *née le 07/12/1981*
Yann VANLERBERGHE *né le 19/06/1981*

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble[1]

Le 28 septembre 2012

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Maurice DEMATTEIS

Membres :

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT
Monsieur le Docteur François PAYSANT
Madame la Professeure Françoise STANKE LABESQUE
Monsieur le Docteur Jean Louis VOYRON, directeur de thèse.

[1] La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Liste des PUPH au 01/09/2010

Nom	Prénom	Discipline
ALBALADEJO	Pierre	ANESTHÈSIE RÉANIMATION
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE
BACONNIER	Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE SANTE PUBLIQUE
BAGUET	Jean-Philippe	CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINO DIABETO
BERGER	François	CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CHIRURGIE CARDIAQUE
BOLLA	Michel	CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE
BOSSON	Jean-Luc	SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE
BRAMBILLA	Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE
BRIX	Muriel	CHIR. MAXILLO-FACIALE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE

Liste des PUPH au 01/09/2010 (PAGE 2)

Nom	Prénom	Discipline
CARPENTIER	Françoise	SAMU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
CHABARDES	Stephan	NEUROCHIRURGIE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE
CHIQUET	Christophe	OPHTALMOLOGIE
CHIROSSEL	Jean-Paul	ANATOMIE
CINQUIN	Philippe	SANTE PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise)
COUTURIER	Pascal	GERIATRIE
CRACOWSKI	Jean-Luc	PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL
DEBILLON	Thierry	PEDIATRIE
DEMATTEIS	Maurice	Médecine légale et d'Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE

Liste des PUPH au 01/09/2010 (PAGE 3)

Nom	Prénom	Discipline
ESTEVE	François	Directeur Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	MEDECINE NUCLEAIRE
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE
FAVROT	Marie Christine	BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE
FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÜE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	VEILLE SANITAIRE - SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE
GRIFFET	Jacques	CHIRURGIE INFANTILE
HALIMI	Serge	DIABETOLOGIE
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	GENETIQUE ET PROCREATION
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE

Liste des PUPH au 01/09/2010 (PAGE 4)

Nom	Prénom	Discipline
KAHANE	Philippe	NEUROLOGIE
KRACK	Paul	NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	NEURORADIOLOGIE & IRM
LANTUEJOUL	Sylvie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LE BAS	Jean-François	NEURORADIOLOGIE & IRM
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE
LEROUX	Dominique	BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
LEROY	Vincent	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE

Liste des PUPH au 01/09/2010 (PAGE 5)

Nom	Prénom	Discipline
MERLOZ	Philippe	ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE
MORAND	Patrice	VIROLOGIE
MORO-SIBILOT	Denis	PNEUMOLOGIE
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASSAGIA	Jean-Guy	NEUROCHIRURGIE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	PHYSIOLOGIE SOMMEIL
PERENNOU	Dominique	REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	MEDECINE VASCULAIRE
PIOLAT	Christian	CHIRURGIE INFANTILE
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Liste des PUPH au 01/09/2010 (PAGE 6)

Nom	Prénom	Discipline
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE
REYT	Emile	O.R.L.
RIGHINI	Christian	O.R.L.
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIQUE
SARAGAGLIA	Dominique	ORTHOPEDIE
SCHLATTNER	Uwe	UFR de BIOLOGIE
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.
SEIGNEURIN	Daniel	ANATOMIE & CYTOLOGIE
SELE	Bernard	GENETIQUE & PROCREATION
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE
STAHL	Jean-Paul	INFECTIOLOGIE
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE
TONETTI	Jérôme	ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Liste des MCU-PH au 01/09/2010 (Page 1)

Nom	Prénom	Localisation hospitalière	Adresse 1
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	Laboratoire de bioénergétique INSERM U884
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie
BRENIER-PINCHART	M. Pierre	Parasitologie	Département des agents infectieux Parasitologie Mycologie Pôle 14: Biologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	Clinique de radiologie et imagerie médicale Pôle 13: Imagerie
BRIOT	Raphaël	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	Pôle Urgence SAMU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique	Génétique IAB
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	Département des agents infectieux Micro biovigilance Pôle 14: Biologie
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	GIN Equipe 9
DETANTE	Olivier	Cancérologie et hématologie - Pôle 5 : Cancérologie	Clinique de Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie SUD	Immunologie Bât. J. Roger
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine

Liste des MCU-PH au 01/09/2010 (Page 2)

Nom	Prénom	Localisation hospitalière	Adresse 1
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
FAURE	Julien		Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
GARBAN	Frédéric	Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie	Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancérologie
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine interne gériatrique - Pôle 8 : pôle pluridisciplinaire de Médecine	Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine
GILLOIS	Pierre	Information et informatique Médicale	Laboratoire TIMC
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie – Réanimations
LABARERE	José	Dpt de veille sanitaire	Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique

Liste des MCU-PH au 01/09/2010 (Page 3)

Nom	Prénom	Localisation hospitalière	Adresse 1
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire - Pôle 14 Biologie	Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzymologie - 6ème étage	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire	Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E
MAUBON	Danièle	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre		Département d'innovations technologiques Pôle 17 Santé Publique
MOUCHET	Patrick	Physiologie	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie

Liste des MCU-PH au 01/09/2010 (Page 4)

Nom	Prénom	Localisation hospitalière	Adresse 1
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirurgie réparatrice
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path. 4 - Pôle 14 : Biologie	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	Centre d'innovation biologique
PAYSANT	François		Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
RAY	Pierre	Génétique. BDR	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	Laboratoire TIMC

Liste des MCU-PH au 01/09/2010 (Page 5)

Nom	Prénom	Localisation hospitalière	Adresse 1
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie
TAMISIER	Renaud	Physiologie	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
WEIL	Georges	Bio statistiques et Informatique Médicales	Bio statistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique

TABLE DES MATIERES

Remerciements…… 16

Abréviations…… 18

I INTRODUCTION…… 19

I.1 Les motivations de la thèse…….. 19
I.2 Le contexte de l'étude……... 20
A) Histoire des TSO…….. 20
B) Quelques chiffres…… 21
1 Les objectifs des TSO…… 22
2 Avantages des TSO…… 22
3 Inconvénients des TSO…….. 23
4 Le Cadre réglementaire…….. 25
5 Les structures de soins……... 25
6 Les structures de soins des bassins chambériens et aixois…… 26
a- Le Pélican…….. 27
b- Le ResADH…… 27
c- Le centre Hospitalier de Chambéry…… 28

II MATERIEL ET METHODES…… 29

II.1 Recherche bibliographique…… 29
II.2 Choix de la méthode…… 30
A) Choix de la méthode qualitative…… 30
B) Choix de la méthode de recueil des données…… 30

II.3 Elaboration du guide d'entretien…… 30
II.4 Constitution de l'échantillon…… 31
II.5 Réalisation des entretiens…… 32
A) Prise de contact……... 32
B) Contact ultérieur et organisation pratique…….. 33
C) Croisement des données…… 33

II.6 Retranscription des données…… 34
II.7 Analyse du matériau…… 34
II.8 Entretiens annexes avec les professionnels de structures…….. 34

III RESULTATS……... 36

III.1 La population des médecins interrogés…… 36

A) Profils des médecins interrogés…… 36
B) La pratique des médecins interrogés…….. 38

1 File active de patients sous TSO…….. 38
2 Types de TSO prescrits…… 39
3 Patientèle occasionnelle……... 39
4 Primo prescription de TSO…….. 40
C) Le médecin généraliste et le patient sous TSO…….. 41
1 Le rôle du médecin généraliste…… 41
2 Le ressenti des médecins envers les patients sous TSO……... 43
3 La formation des médecins au suivi des patients et le sentiment de compétence… 47
a- Formation initiale……. 47
b- Formation secondaire……... 47
c- Le sentiment de compétence……. 48
d- La demande de formation……. 49
e- Le contenu de la formation……... 50
f- L'indemnisation des temps de formation…….. 51
4 Le cadre de prise en charge……... 52

III.2 Liens entre les médecins généralistes et les structures de soins en addictologie…….. 53

A) Connaissance des structures……... 53
1 Structures connues par les médecins……... 54
2 Modes de connaissance des structures……. 54
B) Patients adressés par les structures aux médecins généralistes…….. 56
1 Orientation des patients…… 56
2 Les raisons d'orientation vers les structures…… 56
3 Les modalités d'adressage aux structures…… 58
4 Le refus de primo-adressage aux structures……. 59
5 Interlocuteurs souhaités……... 59
6 Les délais de prise en charge…… 59
7 La place du médecin généraliste par rapport à la structure…….. 60
C) Patients adressés aux médecins généralistes par les structures…… 61
1 Les modalités de relais…… 61
2 Refus de prise en charge…….. 62
3 Liste de médecins……. 63
D) Patients suivis conjointement par les structures et les médecins généralistes…… 64
1 Les motifs de suivi en partenariat…… 64
2 Les intervenants du suivi……. 65
3 Les consultations conjointes et le suivi systématique…….. 65
4 La communication avec les structures……. 67

IV. DISCUSSION……. 70

IV.1 Validité de l'étude…….. 70

A) Le choix de la méthode……. 70
B) Les forces de notre étude…… 71
C) Les faiblesses de notre étude…….. 72
1 D'une manière générale……... 72
2 Concernant notre recherche……. 72

IV.2 Lecture critique des résultats……. 73

A) La population des médecins généralistes…… 73
1 Profil des médecins interrogés…… 73
2 Le médecin généraliste et le patient sous TSO : pratique et place du médecin….. 74
3 L'ambivalence des médecins…….. 75
4 La formation des médecins……. 77
B) Les liens entre les médecins généralistes et les structures spécialisées…… 79
1 La connaissance des structures…… 79
2 Les motifs d'orientation…….. 79
3 La place des médecins généralistes par rapport aux structures…… 80
4 Le mode d'adressage aux structures…… 80
5 Interlocuteurs souhaités……... 80
6 Le délai de prise en charge par la structure…… 81
7 Les modalités de relais en médecine de ville…….. 81
8 Le suivi conjoint…….. 82
9 Les autres structures…… 85
10 Le rôle de formation des structures……. 88

IV.3 Synthèse…… 89

IV.4 Perspectives de recherche……... 90

IV.5 Implications pratiques de notre thèse…… 90

V. CONCLUSION…… 92

Références bibliographiques…….. 94

Annexes…… 96

Serment d'Hippocrate……. 101

Résumé…….. 102

Remerciements

A Monsieur le Professeur Maurice DEMATTEIS, pour l'honneur que vous nous faites en présidant notre thèse,

A nos Membres du jury,

Madame la Professeure Françoise STANKE LABESQUE,

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT,

Monsieur le Docteur François PAYSANT,

Pour l'intérêt que vous portez à notre travail en acceptant de le juger,

A notre Directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jean Louis VOYRON,

Pour nous avoir orientés dans la réalisation de ce travail, pour votre écoute et vos conseils tout au long du développement de cette thèse,

Au Docteur Massimo SUCCU,

Merci de ton aide et de ton soutien infaillibles depuis le début. Pour ton enthousiasme, ta sympathie et ta disponibilité, trouve ici le témoignage de notre amitié.

Aux médecins et professionnels des structures qui ont accepté de participer à cette thèse au cours des entretiens que nous avons menés,

Pour leur accueil et l'intérêt qu'ils ont porté à notre travail.

Joëlle :

A mes parents, qui avez toujours cru en moi et m'avez soutenue, et pour le dévouement dont vous faites preuves envers chacun de nous,

A mes frangins et frangine Yannick, Pierre Yves et Emmanuelle, en souhaitant qu'on continue de se retrouver aussi bruyamment et souvent que possible,

A mes amis, présents ce soir ou qui n'ont pas pu faire le déplacement, peu importe on trouvera toujours des occasions à fêter,

A Raphaël, pour tout ce que tu sais, et le bonheur des nuits difficiles qu'on va bientôt partager…

Yann :

Ma famille pour leur aide et tout le reste.

Mes amis pour être ce qu'ils sont.

Les médecins, infirmières, aides soignantes… Qui m'ont tant appris.

Les patients pour la confiance qu'ils m'accordent.

Abréviations

AIDES = Association de lutte contre le sida

AMM = Autorisation de Mise sur le Marché

ANITEA = Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie

BHD = Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD = Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CCAA = Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CH = Centre Hospitalier

CIRDD = Centres d'Information Régionaux sur les Drogues et les Dépendances

CISMeF = Catalogue et Index des Sites Médicaux de Langue Française

CMU = Couverture Maladie Universelle

Dr = Docteur

CSAPA = Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CREDOC = Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

CSST = Centre Spécialisés de Soins aux Toxicomanes

ELSA = Equipe de Liaison et de Soin en Addictologie

FMC = Formation Médicale Continue

HAS = Haute Autorité de Santé

OFDT = Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

MeSH = Medical Subject Headings (« mesh » = maillage)

MTD = Méthadone

MSO = Médicaments de Substitution aux Opiacés

PASS = Permanence d'Accès aux Soins de Santé

ResAdH = Réseau Addiction VIH Hépatite

SIDA= Syndrome d'Immunodéficience Acquis

SSR = Soins de Suite et de Réadaptation

TREND = Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

TSO = Traitements de Substitution aux Opiacés

VHB = Virus de l'Hépatite B

VHC = Virus de l'Hépatite C

I. INTRODUCTION

I.1 Les Motivations de la Thèse

Les patients sous traitements de substitution aux opiacés (TSO) ne sont pas tout à fait des patients comme les autres. La vision collective, englobant aussi bien la population générale qu'une partie non négligeable du corps médical, tend à les percevoir comme « patients à problèmes » dont la représentation se pare de nombreux apriorismes négatifs. Combien de fois avons-nous entendu lors de discussions entre collègues ou lors de gardes aux urgences : « Oh, encore un toxico qui arrive… ». Ceci s'explique en partie par l'association fréquente entre toxicomanie aux drogues dures et comorbidités, notamment sociales, psychiatriques et médicales. En effet 70% des patients toxicomanes souffrent de troubles psychiatriques ***(1)*** et 81 000 des toxicomanes français seraient infectés par le VIH ***(2)***, maladies stigmatisantes socialement.

Du fait du nombre de pathologies associées et de la complexité de la toxicomanie aux opiacés, la prise en charge de ces patients nécessite une intervention multidisciplinaire incluant en particulier des médecins, spécialistes (psychiatres, addictologues, infectiologues..) et généralistes, ainsi que des psychologues, des assistantes sociales, des éducateurs, des infirmières… Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), maillons clés du dispositif spécialisé, permettent de regrouper en un même lieu un certain nombre de compétences pertinentes pour cette prise en charge. Cependant la majorité de ces patients ne sont pas destinés à un suivi exclusif en structure spécialisée, et feront appel au médecin libéral de manière plus ou moins stable et durable selon le parcours de chacun.

Les médecins généralistes sont le pivot central de la prise en charge en ville de ces patients. Ils suivent les toxicomanes durant de longues années, et ce de manière rapprochée (souvent tous les quatorze jours pour les patients sous Méthadone). Ils se doivent d'accompagner leurs patients durant les périodes de crises, de rechutes, d'instauration, de diminution voire d'arrêt des médicaments de substitution aux opiacés (MSO). Au fur et à mesure de ce long suivi, un lien fort se crée au sein de ce « couple ». Mais l'extrême complexité de la relation médecin -toxicomane, les difficultés et les limites de cette prise en charge, l'impossibilité de travailler efficacement dans la seule relation duelle, amèneront le médecin généraliste à sortir de son isolement en entrant en partenariat avec d'autres professionnels du champ socio-éducatif, au sein des structures notamment.

Ce travail en pluridisciplinarité ne va pas forcément de soi : ***« Dans l'exercice actuel de la médecine générale libérale, de nombreuses forces concourent à travailler de manière isolée, à mal connaître le travail et les compétences des autres soignants, à communiquer insuffisamment avec eux »*** ***(3)***

D'où l'intérêt de ces questions : Comment les médecins généralistes communiquent-ils avec les professionnels médicaux et non médicaux des structures spécialisées de leur secteur de soins ? Quels sont les problèmes qu'ils rencontrent dans ces interactions ? Qu'est-ce qui fonctionne ? Comment améliorer ce lien si capital pour l'organisation et le balisage du parcours de soins du patient sous TSO entre médecine de ville et structures spécialisées ?

I.2 Le contexte de l'étude

A) Histoire des TSO

L'histoire de l'addiction aux opiacés commence vers le milieu des années 1960 aux Etats Unis. En effet de nombreux soldats reviennent d'Indochine héroïnomanes. Le 31 décembre 1970 une loi est votée dans laquelle l'usager de drogue est considéré comme un délinquant et s'expose à des sanctions, notamment à la prison.

La méthadone est synthétisée pour la première fois par les allemands au cours de la seconde guerre mondiale. Le but n'est en aucun cas d'aider les patients toxicomanes, mais d'essayer de juguler la pénurie de morphine qui sévit sur le front russe.

Le professeur Vincent Dole emploie le premier en 1962 la méthadone dans le cadre du sevrage aux opiacés aux Etats Unis. Les succès sont remarquables et le concept de substitution se développe rapidement. Bien que « la substitution ne remplace pas l'héroïne, ni du côté de la sensation de plaisir éprouvé ni de l'anesthésie affective » ***(4, p 142)*** le sevrage est nettement moins douloureux et l'on observe une forte baisse du taux de rechute, à tel point que plus de 180 000 patients sont traités par méthadone a la fin des années 80 en Amérique. Cependant la déception est grande de constater que la stabilité de la plupart des patients et leur qualité de vie se dégradent considérablement lors du sevrage et à l'arrêt de la méthadone. Les rechutes sont également nombreuses. ***(5)***

La buprénorphine est découverte dans les années 1980 aux Etats Unis dans le cadre de la recherche de nouveaux antalgiques. Elle y est ensuite rapidement utilisée comme TSO dans des programmes expérimentaux de sevrage aux opiacés la comparant a la méthadone.

L'accueil réservé à la méthadone en Europe est tout autre. Les médias la diabolisent en la présentant comme une « héroïne de synthèse » procurant une jouissance au consommateur. Le médecin prescripteur est ainsi considéré comme un « dealer en blouse blanche ». La substitution n'étant pas encore légalisée certains médecins belges sont même violemment incarcérés. Les toxicomanes sont également réticents, craignant une « lobotomie chimique ». La substitution est également décriée par certains psychiatres qui la qualifient de « tueuse de la parole ».

En France quelques toxicomanes commencent à franchir la frontière belge pour se procurer du Temgésic, antalgique utilisé expérimentalement par le Dr Reisinger dans le sevrage. Les premiers médecins français commencent à prescrire le Temgésic dans le cadre de la substitution mais hors AMM. Le Conseil de l'Ordre commence à s'inquiéter de la situation, poursuit et condamne même certains médecins, notamment le Dr Carpentier qui sera, plus tard, chargé de la formation des médecins généralistes à la substitution par le ministère de la santé.

Trois raisons permettent un changement radical de la vision des médicaments de substitution aux opiacés et donc leur développement en Europe ces dernières années:

- **L'épidémie du SIDA** qui ravage le milieu de la toxicomanie dans les années 80 et 90 a sensibilisé les pouvoirs publics à cette pathologie. En effet la drogue ne tue plus uniquement les usagers car ces derniers participent à la dissémination du VIH dans la population, ce qui conduit à une prise de conscience de la nécessité de les prendre en charge médicalement.

- **L'échec très fréquent des cures de sevrage** à court et long terme reposant sur la seule psychothérapie malgré les efforts souvent désespérés des patients.

- L'avancée importante des techniques d'investigation cérébrale et d'expérimentation animale qui a permis **le développement de la neurobiologie** et la naissance d'une nouvelle approche, différente du « tout psychanalytique ». La méthadone est actuellement un des médicaments les plus étudiés au monde avec plus de 3 000 études publiées à son sujet.

La méthadone obtient enfin l'AMM pour la substitution en France en 1995 et le Subutex (Buprénorphine) en 1996. Aujourd'hui l'on n'envisage plus le traitement de l'addiction à l'héroïne sans les TSO.

En 2004 la Haute Autorité de Santé publie une recommandation de bonne pratique ***(6)*** commençant par ces mots *:*

« Les personnes souffrant d'une dépendance aux opiacés connaissent des besoins et expriment des demandes qui appellent des réponses d'ordre sanitaire et social. Ces réponses s'inscrivent dans des stratégies de prise en charge médicale, psychologique et sociale parmi lesquelles les médicaments de substitution des opiacés (MSO) ont pris une place prépondérante. »

Un nouveau MSO a récemment vu le jour : la **Suboxone**®. Il a obtenu l'AMM européenne le 26 septembre 2006 et a été commercialisé en France le 17 janvier 2012.

La Suboxone® est une association de deux molécules : la **Buprénorphine** et la **Naloxone**, un antagoniste opiacé. Par voie sublinguale, la Naloxone est très rapidement métabolisée et n'a pas d'action pharmacologique. Par voie intra-veineuse par contre, elle est sensée antagoniser les effets de la Buprénorphine et provoquer un syndrome de manque.

L'objectif de Suboxone® est ainsi une diminution du mésusage par injection et de ce fait une réduction de son détournement sur le marché noir.

Plusieurs études sont déjà parues sur l'association BHD-Naloxone, notamment en Finlande où ce MSO est commercialisé depuis 2004. Selon une enquête épidémiologique finlandaise de 2006, chez les patients traités par cette association, 45 % l'avaient injectée plus d'une fois et 8% régulièrement ***(7)***.

Si ce nouveau médicament vient compléter l'arsenal thérapeutique dans la lutte contre la toxicomanie, son efficacité sur la baisse des pratiques d'auto-injections n'est pas encore prouvée ***(8)***. D'après l'HAS « Bien que la Suboxone® présente un intérêt face au besoin de santé publique identifié, il n'est pas attendu d'intérêt de santé publique pour cette spécialité en l'absence de données françaises, notamment sur la diminution des injections IV par apport au subutex et sur les conséquences de ces injections. » ***(9)***.

B) Quelques chiffres

D'après les dernières données de l'Observatoire Français de Drogues et de la Toxicomanie (OFDT) parues en décembre 2010 :

« *Environ **120 000 personnes** bénéficient en France d'un traitement de substitution aux opiacés en 2007 avec, **spécificité française, une nette prédominance de la BHD** représentant 80 % de l'ensemble. ».*

*« **En Savoie** 14 740 boîtes de Subutex et 59 976 boîtes de Méthadone ont été vendues ce qui la situe respectivement au 71éme et 46ème rang des départements français. »* ***(10)***

Les hommes sont majoritaires. Ils représentent 79% des consommateurs de BHD et 74% de ceux de MTD.

L'âge moyen tout sexe et tout TSO confondus est de **35 ans** et la classe d'âge la plus représentée est celle des 30-39 ans.

25% bénéficient de la CMU et parmi ceux-ci les consommateurs de BHD sont très légèrement plus nombreux (18% sous MTD versus 21% sous BHD).

Pour 68,2% d'entre eux il s'agit d'un **traitement régulier ou quasi régulier**.

Parmi les utilisateurs de BHD 47.3% le reçoivent sous forme princeps seule et 3,9% sous forme de générique. Le reste utilise les deux formes.

1 Les objectifs des TSO

L'intérêt des TSO consiste à court terme à **apporter une réponse à la souffrance physique et morale du patient héroïnomane.** Et ce parfois dans l'urgence.

Pour la prise en charge de la dépendance à long terme trois objectifs majeurs se dégagent :

- **Diminuer et si possible arrêter la consommation des opiacés illicites** dans une perspective de réduction des risques en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance.

- Aboutir à une **abstinence complète d'opiacés illicites** : le traitement est conçu alors comme une étape vers le sevrage de toute substance opiacée.

- **Aboutir in fine à l'abstinence complète de toute substance psychoactive illicite et de tout MSO**, ce qui demande une évolution personnelle, du temps et un accompagnement.

2 Avantages des TSO

Selon la dernière recommandation de l'HAS, l'utilisation des TSO a amené au moins trois grandes avancées dans la prise en charge des patients héroïnomanes.

▪ Tout d'abord une **forte réduction de la mortalité et de la morbidité**. Elle estime a 3 500 le nombre de vies sauvées entre 1996 et 2003 grâce à :

- **La diminution de la transmission du VIH par le partage des seringues**. Bien que la sérologie VIH déclarée soit passée de 20 % en 1996, à la veille de l'introduction des TSO, à 7,3 % dix ans après en 2006, ce recul ne peut être attribué au seul impact de ces traitements. Il ne peut être apprécié qu'en tenant compte de l'ensemble des actions de réduction des risques introduites en France depuis la fin des années quatre-vingts.

- **L'amélioration des issues des grossesses**: Le taux de prématurité est passé de 30% avant les TSO à 12% aujourd'hui. De plus ils améliorent la qualité du lien mère-enfant.

- **Une baisse de la pratique de l'injection intraveineuse et un meilleur suivi médical** des patients notamment pour l'hépatite C.

▪ De plus on a constaté une **amélioration de la situation « socio-sanitaire » des usagers** grâce au TSO, sur le plan du logement, de l'activité professionnelle, de l'accès aux droits et aux soins, de la vie familiale, sociale et relationnelle. Ceci est démontré par plusieurs enquêtes qui renseignent sur la perception qu'ont les usagers de leur qualité de vie, comme celle d'AIDES / Inserm parue en 2002, bien que l'amélioration soit inégale selon les profils sociaux des usagers, et le type de démarche dans lequel ils s'inscrivent. Par exemple « 79 % apprécient un médicament qui « enlève l'envie de prendre d'autres substances » ; 70 % déclarent prendre le traitement conformément à la prescription et plus de 60 % estiment que leur qualité de vie s'est améliorée.» A noter aussi que la délinquance a fortement diminué, passant de 17 000 infractions à la législation des stupéfiants (ILS) concernant l'héroïne en 1995 à 5 000 en 2003.

▪ Et enfin une **baisse du coût social** notamment grâce à la diminution des coûts de justice, de prélèvements obligatoires et de perte de production. L'HAS estime le gain à plus de 595 millions d'euros en 2007.

3 Inconvénients des TSO

Les principaux impacts négatifs de l'introduction des TSO sont essentiellement liés à des **pratiques de « mésusage »** de ces médicaments.

▪ **L'injection de BHD** a été, et reste la forme de mésusage la plus préoccupante. En 2008, l'injection de ce produit a été pratiquée par 56,4 % des usagers récents de BHD rencontrés dans les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues). Ce qui a engendré de nouveaux problèmes de santé comme le « syndrome de Popeye » (gonflement important des mains et des avants bras dû aux injections), et abcès. La probabilité de présence d'abcès ou de ces gonflements est deux fois plus élevée chez les personnes s'injectant de la BHD que chez celles s'injectant d'autres produits.

▪ On assiste à la naissance d'un **marché parallèle des TSO**. À partir de 2001, le dispositif TREND observe l'apparition de petits trafiquants non usagers (Paris et Marseille). Et à partir de 2002, il constate l'apparition de petites scènes ouvertes de Subutex®, dans lesquelles vendeurs et usagers se rencontrent aisément sans avoir recours à des intermédiaires Le marché noir a connu une croissance importante en 2004 parallèlement à la chute du prix du comprimé de Subutex. Ceci peut s'expliquer pour les raisons suivantes :

- La plus grande facilité d'accès à la prescription en médecine de ville que la méthadone
- La demande soutenue par une population très marginalisée, notamment de migrants, qui n'a pas ou ne souhaite pas avoir accès au système de soins
- L'insatisfaction de certains concernant le dosage du traitement, qui le complètent en s'approvisionnant dans la rue
- Une offre abondante due à l'impécuniosité fréquente de la population sous traitement.

Entre 2000 et 2004 **le Subutex® devient ainsi moins cher au marché noir qu'en pharmacie**. On estime, à la fin de l'année 2002, que les quantités revendues dans ce cadre représentaient entre 21 et 25 % des doses prescrites, avec des disparités importantes entre sites (et un maximum de 40 % à Paris)

Les **contrôles successifs des CPAM** visant à identifier les trafiquants et à surveiller plus étroitement les patients recourant à plusieurs prescripteurs ou recevant une dose moyenne importante (supérieure à 32 mg), ainsi qu'à repérer certains prescripteurs jugés abusifs, modifient cette situation à partir de 2006. De fait, la part des bénéficiaires d'un remboursement de BHD recevant des doses supérieures à 32 mg, estimée à 6 % en 2002, est tombée à 2 % en 2006, puis à 1,6 % en 2007

- **La Buprénorphine exerce une influence paradoxale sur la consommation d'héroïne**. D'un côté, la facilité d'accès de la BHD (cadre de soin ou marché parallèle) a considérablement limité le retour à une grande disponibilité de l'héroïne. Mais, d'un autre côté, **la BHD a favorisé l'accès de l'héroïne à de nouveaux consommateurs** : primo usagers de BHD et ex-héroïnomanes déçus par ce médicament et à la recherche d'autres sensations. Du fait d'une « Mise à l'abri » du syndrome de manque par la substitution, la prise d'héroïne revêt, pour le consommateur d'opiacés, un aspect plus ou moins festif voire récréatif car elle peut, désormais, devenir occasionnelle.

La BHD, en revanche, est considérée par de nombreux usagers comme une substance très addictive, au sevrage pénible et difficile, qui peut engendrer des dommages au cours de l'injection. Ce produit, enfin, est souvent assimilé à une drogue de rue, ce qui entraîne une **disqualification croissante et une dévalorisation des consommateurs** tant à leurs propres yeux qu'à ceux des autres usagers.

Par contraste, tout au long de cette même période, **la méthadone conserve une image globalement positive auprès des usagers**. Dans cette représentation positive, les usagers mettent en avant tant son efficacité contre le manque physique et psychique que le protocole plus rigoureux par lequel est organisée sa délivrance. Ces deux aspects renforcent son statut de médicament. Par ailleurs, sa moindre disponibilité sur le marché parallèle, contrairement à la BHD, fait de la méthadone un produit dont l'image est associée à des usagers plus intégrés socialement

Un pourcentage non négligeable des personnes substituées perçoit les MSO comme plus problématiques que l'héroïne elle-même. En 2008, la BHD apparaît comme le premier produit problématique aux usagers interrogés dans les CAARUD. Elle est en effet citée comme telle par 22,1 % des usagers de ces structures. Pour 6,2 % des patients suivis dans les Centres de soins spécialisés (CSST) en 2007, le produit posant le plus de problème est un médicament de substitution aux opiacés (la buprénorphine en règle générale).

- **Il est parfois suggéré que les TSO pourraient favoriser un accroissement de la consommation ou de la dépendance à l'alcool.** De fait, les consommations problématiques ou l'alcoolodépendance observées parmi les usagers des structures de soins ou de première ligne sont significatives chez ceux qui bénéficient d'un MSO. Ainsi, le dispositif TREND note que « parmi les usagers de buprénorphine dans les structures de première ligne en 2006, l'usage quotidien d'alcool concerne 28 % de ceux qui en ont un usage thérapeutique uniquement ; 41 % de ceux qui l'utilisent "pour se défoncer" ou réguler une autre consommation uniquement et 45 % de ceux qui en ont un usage mixte ». Pour la méthadone, une analyse bibliographique internationale concluait à l'absence de modification dans les comportements de consommation plutôt qu'à une augmentation de la consommation d'alcool après initiation du TSO.

- Enfin, si la mortalité par surdose d'héroïne s'est considérablement réduite ces dix dernières années, on a vu apparaître, dans le même temps, des **décès liés à la méthadone et à la BHD**. Cependant, si le risque lié au détournement de méthadone apparaît patent, celui associé à l'injection de BHD apparaît toute de même comme considérablement moindre que celui présenté par l'injection d'héroïne.

Selon l'AFFSSAPS ***(11)*** entre Janvier 2007 et décembre 2009 elle a reçu 519 notifications de professionnels de santé dont 50 % (259) concernaient des cas de mésusage, 47 un décès, 6 des atteintes hépatiques, et 77 des symptômes de sevrage.

4 Le Cadre réglementaire

D'après la loi du 31 mars 1999 la buprénorphine et la méthadone ont en commun de devoir être prescrites sur des ordonnances sécurisées, le fractionnement est autorisé ainsi que le chevauchement à condition que ce soit stipulé sur l'ordonnance. Le nom du pharmacien doit également être inscrit sur l'ordonnance.

La circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31/03/1995 impose **pour la méthadone** une **première prescription dans un CSST avec un relai possible en ville.** Elle est classée dans la liste des stupéfiants. Elle peut être prescrite pour **14 jours** et délivrée pour 7 sept jours (14 si dérogation)

Le cadre législatif **pour la buprénorphine** est plus souple. En effet elle fait partie des substances de liste I (mais mêmes conditions de prescription que pour les stupéfiants) et peut être prescrite pour la première fois par un médecin généraliste. Sa durée maximale de prescription est de **28 jours** et elle peut être délivrée pour 14 jours (28 si dérogation).

L'association BHD-Naloxone bénéficie d'un cadre de prescription identique à celui de la BHD seule.

5 Les structures de soins

« L'extrême complexité de la relation entre le médecin généraliste et le toxicomane, la diversité des rôles que le médecin peut jouer dans la prise en charge des toxicomanes, les difficultés et les limites de cette prise en charge, entraînent l'impossibilité de travailler efficacement dans la seule relation duelle ». ***(12, p1)***

De ce fait le médecin est obligé de travailler en coordination avec une ou plusieurs structures de soin. D'ailleurs en 2004 l'HAS insiste sur ce point dans sa dernière recommandation sur la prise en charge des patients sous TSO : « Le travail en réseau est à privilégier, en particulier la collaboration entre le médecin de ville et le centre spécialisé », « ceci impose la création d'au moins un CSST dans tous les départements qui n'en disposent pas et la mise en place par tous les CSST de leur mission d'accès au TSO ». ***(12, p10)***

- **Les CSAPA** (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), ont été créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Le 28 février 2008 le ministère de la santé a édité une nouvelle circulaire relative à leur mise en place. ***(13)***

« Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique). »

Ils remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en les rassemblant sous un statut juridique commun. Il ne s'agit pas d'une fusion administrative obligatoire de ces établissements. Ainsi, pour tenir compte de l'organisation actuelle du dispositif, jusqu'ici structurée autour de l'alcool d'un côté et des drogues illicites de l'autre, les CSAPA peuvent conserver une spécialisation.

L'objectif poursuivi est **d'améliorer le service rendu aux usagers en permettant une meilleure adéquation entre les moyens et les besoins sur un territoire**. Pour cela, il est possible de :

- Développer des programmes particuliers destinés à une population spécifique (femmes, jeunes, précaires, sortants de prison…) ou pour des consommations déterminées (crack, drogues de synthèse…).
- Mettre en place des collaborations entre différentes structures (sociales, de prise en charge, de dépistage, de réduction des risques. (exemple : groupement de coopération sociale ou médico-sociale) ;
- Procéder à des fusions.

Enfin, en tant qu'établissement médico-social, les CSAPA se caractérisent par :

- **Leur proximité** : le maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées.
- **Leur pluridisciplinarité** : leur équipe est constituée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale, et éducative.
- **Un accompagnement dans la durée** : le CSAPA assure le suivi du patient et de son entourage tout au long de son parcours de soin autant que de besoin.

Les CSAPA fonctionnent soit en ambulatoire, soit avec hébergement.

6 Les structures de soins des bassins chambérien et aixois

Dans notre région les structures avec lesquelles le médecin généraliste peut travailler sont assez nombreuses.

a- Le Pélican

Cette association a été crée en 1980 par un groupe de bénévoles et compte une soixantaine d'adhérents. Elle regroupe **un CSAPA** comportant un pôle de prévention des conduites addictives et de réduction des risques (Le Pélican Prévention), **un service médico-social d'addictologie** (en Tarentaise, ouvert depuis le 1er janvier 2009), et **un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues** (CAARUD).

Dans son bilan d'activité de 2011 elle définit ainsi ses principales missions ***(14)*** :

- L'accueil et l'accompagnement des personnes présentant une conduite addictive. Le public est accueilli sous couvert de la libre adhésion, de la gratuité des soins et de l'anonymat, s'il le souhaite.
- L'accueil des familles : soutien, guidance, consultations familiales.
- La prévention des addictions et des conduites à risque.
- La réduction des risques.

Ses missions se réalisent particulièrement **dans le secteur de Chambéry et de ses antennes d'Aix-les-Bains, de l'avant pays savoyard et de Tarentaise**. En dehors de la Savoie, une permanence est ouverte à Belley, dans l'Ain, depuis de nombreuses années. Un programme de prévention est mis en place à Rumilly, avec la Ville et les établissements scolaires.

S'il fallait retenir quelques chiffres :

- En 2011, presque 1400 personnes ont fait appel à ses services pour des difficultés personnelles liées aux addictions.
- Soit 1285 usagers (auxquels il convient d'ajouter 88 parents) dans le cadre du Centre de soins (CSAPA) et 104 usagers à la Boutique (CAARUD).
- 300 personnes ont été rencontrées dans le cadre des groupes de parole.
- 262 actions de prévention ont concerné 7 185 personnes, adolescents, jeunes adultes, parents ou professionnels.
- 519 personnes ont été rencontrées lors de 9 soirées festives.

b) Le ResAdH

Sur son site internet le ResAdH se présente ainsi ***(15)*** :

Le ResAdH 73 – Réseau Addictions VIH Hépatites – est porté par l'association **Maison des Réseaux de Santé de Savoie** et financé par l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes (ARS-RA).

Le ResAdH est un réseau de santé au sens de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Loi n°2002-303 - Code de la Santé Publique Titre II du livre III)

- Ses objectifs sont :

- Favoriser l'accès aux soins et le suivi pluridisciplinaire ville-hôpital des patients présentant une addiction et / ou porteurs des pathologies virales VIH, VHB, VHC.
- Mobiliser et soutenir les professionnels de santé libéraux dans ce suivi.

L'activité du ResAdH repose sur **l'implication des professionnels de santé libéraux.**

- Ce qu'apporte le réseau aux patients :

- Accueil et orientation
- Soutien à l'entourage

- Dispositifs de suivi **libéral pluridisciplinaire de proximité** en complémentarité de l'offre de soins existante

    - Ce qu'apporte le réseau aux professionnels :

- Ressource pour l'orientation des patients
- Offre de formations
- Lieu d'échange entre professionnels
- Outils de suivi : guides de consultation, carnet de liaison, …
- Coordination des suivis du réseau

Le ResAdH travaille également en partenariat avec les hôpitaux de Savoie, centres de soins spécialisés, les associations d'usagers, l'université, ...

- Dans son rôle d'accompagnement de patients sous TSO, le ResAdH a développé un outil nommé **carnet de liaison** en 2008. Ce carnet peut être proposé aux patients sous traitement de substitution aux opiacés pour lesquels le traitement est délivré en pharmacie afin d'offrir un cadre de soins. C'est un outil **à disposition du patient, du médecin et du pharmacien**. ***(16)***

Il a trois grands objectifs :

- Aider le patient à être acteur de son traitement et de sa prise en charge,
- Aider le patient et les soignants lors des relais,
- Aider le médecin et le pharmacien dans leur prise en charge.

c - Le Centre Hospitalier de Chambéry

Il comporte un service spécialisé dans les comportements addictifs et a pour mission d'accueillir des patients confrontés à un problème de dépendance (alcool, toxicomanie, tabac ou médicaments.). Il est composé des structures suivantes :

- **Une unité réservée à l'hospitalisation complète** avec des lits de sevrage pour les patients dépendants à l'alcool et aux médicaments, ainsi qu'aux toxicomanes, au sein du B7 (service de maladies infectieuses et médecine interne)

- **Une équipe de liaison et de soins en addictologie** (ELSA) qui intervient au sein du centre hospitalier sur sollicitation des équipes et/ou des usagers. Elle propose des activités transversales et des consultations interservices pour aider les équipes soignantes lors de la réalisation de sevrages ou dans la coordination des projets de soins et de suivi. Elle travaille également avec les soins de suite et de réadaptation (SSR) et en partenariat avec différents membres et réseaux d'addictologie de la région.

- **Des consultations** médicales, psychologiques, sociales ou diététiques avec des professionnels formés à l'écoute et aux conduites addictives.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

II.1 Recherche bibliographique

Pour la recherche bibliographique de l'étude, nous avons eu recours a Pubmed mais les résultats de la recherche furent assez maigres. Nous avons utilisé de nombreux autres sites :

- Google Scholar
- Site de la Haute Autorité de Santé
- Site de l'OFDT
- Toxibase et le site des Centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (CIRDD)
- Site de l'ANITEA
- Les sites des différentes structures d'addictologie de Savoie.

Nous avons interrogé Pubmed depuis le site CISMeF pour obtenir une recherche la plus complète possible. Ceci permettant de sélectionner les articles liés aux mots clefs MeSH mais aussi de rechercher ces termes dans les titres et les résumés (langage naturel).

Nous avons lancé la recherche avec les termes MeSH suivants :

- General practitioners : 2 755 résultats.
- Opiate substitution treament : 394 résultats.

Le croisement des données (opérateur AND) ne nous a fourni que 3 résultats et aucun n'était réellement pertinent.

Nous avons donc dû élargir la recherche :

- Extension de l'aspect TSO avec : Opiate substitution treatement OR Methadone/therapeutic use OR Buprenorphine/therapeutic use : 9 272 résultats.
- Pour l'aspect médecin généraliste nous avons effectué une recherche en langage naturel sur : general practitioner OR general practitioners OR GP OR general practice : 167 793 résultats.
- Rajout d'un terme MeSH : Substance abuse treatement centers : 4 025 résultats.

Le croisement des données (opérateur AND) nous a permis d'obtenir 33 résultats dont 5 furent pertinents.

II.2 Choix de la méthode

A) Choix de la méthode qualitative

L'objectif de l'enquête était **d'étudier le vécu et le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients sous TSO, et dans leurs relations avec les structures spécialisées en addictologie** pour le suivi de ces patients.

Nous ne souhaitions pas obtenir des chiffres mais une production verbale et subjective, afin de recueillir les points de vue, les opinions, les émotions, les sentiments, les comportements et pratiques ou expériences des médecins. L'objectif étant de mieux comprendre le fonctionnement des sujets de l'étude et leurs interactions avec les structures spécialisées en addictologie.

Notre démarche était celle d'une enquête exploratoire et d'une méthode compréhensive.

La méthode la plus adaptée semblait donc être **une méthode qualitative.**

C'est la recherche qui « produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes » ***(17)***

Elle traite de données subjectives et donc difficilement quantifiables. Elle ne rejette pas les chiffres ni les statistiques mais ne leur accorde tout simplement pas la première place. ***(18)***

En médecine, elle s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs (comprendre) plutôt qu'aux déterminants des maladies (compter). ***(18)***

B) Choix de la méthode de recueil des données

Les médecins généralistes ont été rencontrés au cours **d'entretiens individuels semi-directifs**, permettant une libre expression tout en ayant un cadre d'entretien réfléchi en amont afin d'aborder un ensemble de thèmes paraissant importants à l'étude.

Ce type d'entretien autorisait, contrairement à l'entretien directif, l'expression spontanée et le libre développement de la pensée du répondant autour des thèmes définis, sans l'interrompre, en cadrant néanmoins le discours autour du guide d'entretien. Sous forme de conversation, cette structure souple de l'entretien semi-directif permet à l'interviewer ou à l'interviewé de diverger pendant l'entretien pour étudier une idée plus en détail, et de diriger l'entretien pour éviter qu'il ne s'épuise sans l'emmurer dans le cadre fixe et prédéfini de l'entretien directif.

II.3 Élaboration du guide d'entretien

L'identification des thèmes abordés a été réalisée à partir de données de la littérature concernant la prise en charge de patients sous TSO, de notre propre connaissance du sujet et de

données recueillies au cours d'entretiens informels avec des médecins particulièrement impliqués dans la prise en charge des patients sous TSO.

Les questions étaient volontairement ouvertes pour que chaque interviewé puisse s'approprier le thème abordé selon sa propre expérience.

Des questions de relance permettaient de faire préciser certains points en cas de faible production spontanée, visant à maximiser l'information obtenue pour chaque thème. Elles avaient également pour objectif de pouvoir superposer les questions posées d'un entretien à un autre afin de réaliser par la suite une analyse relativement systématisée de l'ensemble des entretiens.

Les questions les plus précises, les plus suggestives, étaient posées en fin de thème afin de ne pas influencer les autres réponses.

Le guide n'était pas suivi de manière linéaire au cours de l'entretien, s'adaptant au discours et aux réponses de l'interlocuteur afin de préserver une certaine fluidité de l'expression.

Il a été remanié au fur et à mesure du travail de terrain pour permettre d'aborder de nouvelles hypothèses apparues au cours des entretiens précédents et de reformuler des questions mal comprises ou trop fermées. Le guide d'entretien n'étant pas un protocole verrouillé mais s'enrichissant des interventions successives des sujets.

« Tout entretien pouvant suggérer des hypothèses dont on cherchera des indices au cours des entretiens suivants, et venir ainsi infléchir le guide initial d'entretien » ***(19)***

Thématiques développées :

- La Pratique
- Le Patient sous TSO
- La Compétence et la Formation des médecins
- La Relation avec les structures spécialisées
- Besoins ressentis et solutions éventuelles

II.4 Constitution de l'échantillon

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient :

a. Le mode d'exercice en libéral

b. Le suivi d'au moins un patient sous TSO au cours de la carrière du professionnel interrogé

c. L'installation du médecin en cabinet libéral

d. La situation géographique au sein des bassins chambérien et aixois

Les quatre premiers médecins ont été sélectionnés avec l'aide des professionnels de structures ayant participé à l'élaboration du guide d'entretien. Il s'agissait de médecins généralistes prenant en charge un nombre variable de patients sous TSO et connaissant au moins l'une des structures. Ces premiers entretiens revêtaient plutôt une fonction exploratoire, permettant de « tester » le guide d'entretien et de le moduler. Les données obtenues par ces entretiens ont été intégrées à l'analyse globale.

Les médecins suivants furent choisis au hasard dans les pages jaunes, mais selon le critère géographique d'appartenance au bassin chambérien ou aixois, puisqu'il s'agissait pour des raisons d'interprétation des résultats sur un faible échantillon, d'interroger des médecins interagissant avec des structures spécialisées dont nous connaissions le fonctionnement.

Les autres raisons de cette limitation géographique étaient des contraintes de moyens, de mobilité et de temps.

L'échantillon a ensuite été équilibré en sélectionnant des médecins dont les critères faisaient défaut parmi les médecins précédemment interrogés (zone géographique rurale, durée d'installation, sexe, ancienneté de prise en charge de patients sous TSO, file active).

« Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer » (20)

La recherche de la représentativité statistique n'ayant pas de sens dans la démarche qualitative, cet échantillon restreint ne prétend pas être représentatif de la population des médecins généralistes de France, ni même de Savoie.

Cependant le travail d'échantillonnage a visé à diversifier les profils sociodémographiques et le vécu médical des médecins interrogés, afin de maximiser les chances d'obtenir des réponses variées.

Le sujet abordé au cours de cette étude relevant du suivi au long cours d'une pathologie chronique, les médecins remplaçants n'ont pas été interrogés.

La campagne d'entretiens s'est terminée lorsque la saturation théorique des données a été jugée atteinte, soit au terme de 24 entretiens.

Ce chiffre qui peut paraître un peu élevé (le nombre d'entretiens nécessaire et suffisants se situant généralement entre 15 et 20) s'expliquait par notre volonté d'étendre la zone d'échantillonnage à des médecins exerçant plus à distance des structures spécialisée que le « pool » péri-urbain de Chambéry.

II.5 Réalisation des entretiens

A) Prise de contact

Les médecins généralistes étaient contactés par téléphone.

Afin de ne pas être trop intrusif ni dérangeant, un message pouvait être laissé au secrétariat en fonction de la disponibilité du médecin au moment de l'appel.

En l'absence de reprise de contact par le médecin, l'enquêteur ou l'enquêtrice le rappelait quelques jours plus tard.

Le sujet et le but de l'étude leur étaient succinctement présentés afin que l'entretien ultérieur puisse rester le plus spontané possible, sans élaboration d'une réflexion préalable susceptible de figer le discours le jour de l'entretien.

L'enquêteur ou l'enquêtrice se présentait comme interne en fin de cursus de médecine générale.

Le lieu, la date et l'horaire de l'entretien étaient laissés au choix du professionnel contacté.

La durée approximative de l'entretien (20 à 30 minutes) était précisée au moment de la première prise de contact.

Le nom du directeur de thèse était donné à caractère informatif.

La très grande majorité des médecins contactés ont donné une suite favorable et convenu d'un rendez-vous.

Seuls 3 refus d'entretiens ont été relevés pour les motifs suivants : « *je n'ai pas le temps* », « *ce n'est pas la peine, je n'ai pas cette `patientèle`* » et « *je pars en vacances* ».

B) Contact ultérieur et organisation pratique

Ces entretiens se sont déroulés pour la quasi-totalité au cabinet des médecins (au domicile pour un médecin)

Ils se sont échelonnés du 05 avril au 24 juillet 2012, la majorité des entretiens ayant été réalisée durant le mois de juin.

Les entretiens ont été enregistrés afin de permettre la retranscription intégrale la plus exacte possible. La confidentialité du contenu et le respect de l'anonymat étaient précisés au début de chaque entretien.

Un dictaphone numérique ou un microphone était placé de manière discrète entre l'interviewé et l'interviewer, de sorte que les interviewés ne se sentent pas gênés par l'appareil.

L'interviewé était remercié au début et à la fin de l'entretien pour sa participation à l'étude.

C) Croisement des données

La recherche qualitative consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative.

Au cours de l'intervention verbale entre le chercheur et le répondant, et d'avantage au cours d'un entretien semi-directif qu'au cours d'un entretien directif, la personnalité de l'interviewer entre indiscutablement en ligne de compte malgré la neutralité et l'objectivité qu'il doit chercher à adopter. L'entretien est une rencontre, une situation d'interaction au cours de laquelle la démarche interprétative de l'interviewer se doit d'être limitée afin de ne pas orienter le discours recueilli en fonction de son opinion et de ses ressentis propres.

Un des moyens de minimiser ce biais d'étude est la **multiplication des enquêteurs**, ce que nous avons réalisé au cours de ce travail de recherche. L'intervention de deux chercheurs, qui étaient également enquêteurs, a permis de croiser les données fournies par les interviews.

Les quatre premiers entretiens ont été menés par les deux enquêteurs, ce qui a amené en amont des entretiens en tête à tête, à une réévaluation commune du guide d'entretien et du mode de déroulement des interviews.

En aval, cette méthode avait également l'avantage de réduire la subjectivité d'interprétation lors de l'analyse des données, et d'entreprendre une discussion autour des thèmes de recherche.

II.6 Retranscription des données

La retranscription des entretiens s'est faite au fur et à mesure de leur réalisation, permettant ainsi l'analyse échelonnée des données recueillies et l'adaptation par la suite du guide pour les entretiens ultérieurs.

La retranscription s'est faite in extenso, mot à mot sans correction des erreurs de langage ni de reformulation des idées, afin de préserver au mieux l'authenticité des rencontres.

Certaines intonations ont été remplacées par des pointillés afin de permettre une meilleure lisibilité.

Les médecins interrogés ont été désignés par des numéros ***(D2, D3..)*** afin de préserver leur anonymat.

II.7 Analyse du matériau

Elle a consisté en une **analyse du contenu** des entretiens, dont l'objectif était d'étudier et comparer les discours pour mettre à jour les systèmes de représentations qu'ils véhiculaient.

La première relecture des entretiens a été échelonnée, au fur et à mesure de leur réalisation, permettant de relever des points de discussion non initialement prévus et d'ainsi faire évoluer le guide d'entretien tout au long de l'enquête. Il s'agissait donc d'une **première analyse longitudinale**, « entretien par entretien ».

La seconde relecture s'est faite selon une **approche thématique ou transversale**, c'est-à-dire sous la forme d'une analyse de tous les entretiens au terme de l'enquête selon une grille établie à partir des hypothèses de recherche initiales, du guide d'entretien et de la première lecture du *Verbatim*. Le but était de relever les différentes formes d'apparition d'un thème d'un entretien à l'autre.

L'association de ces deux méthodes nous permettait d'additionner la richesse du contexte individuel qu'apporte l'analyse longitudinale, à l'analyse thème par thème menée au cours de la méthode transversale.

II.8 Entretiens annexes avec les professionnels de structures

Un objectif secondaire de cette étude était d'étudier **le « couple » médecin généraliste-professionnels des structures spécialisées**, dans la prise en charge des patients sous TSO, et à cette fin d'interroger ces professionnels.

Compte tenu de la diversité de fonctions des acteurs des structures spécialisées, la méthode la plus adaptée aurait été celle des focus groups.

Deux entretiens collectifs et un entretien individuel avec un médecin de structure ont été réalisés dans ce but au sein des trois structures spécialisées de Chambéry (Pélican, ResAdH et Centre Hospitalier).

Cependant, les données recueillies se révélaient difficilement interprétables du fait de plusieurs facteurs dépendant de l'échantillon (exercice différent d'une structure à l'autre, nombre limité de participants et faible représentation des différentes professions actives dans la structure..) comme de la méthode d'analyse des données (pas d'analyse comparative possible de manière systématisée entre les données recueillies auprès du groupe « médecins généralistes » et du groupe « structures »).

Ces données n'ont ainsi pas été présentées dans le cadre de l'analyse des résultats, mais certaines pourront apparaître ponctuellement en « miroir » au cours du chapitre de Discussion car permettant de mettre en lien des opinions ou ressentis de ce « couple » au sujet de thèmes communément abordés.

Le signe ***(S)*** en fin de citation désignera son auteur comme étant un professionnel de structure.

III. RÉSULTATS

Les données recueillies ont été réparties en deux groupes :

- La population des médecins généralistes interrogés
- Les liens entre médecins généralistes et structures spécialisées

Par souci de clarté, les citations ont été classées à l'intérieur des chapitres en fonction des thèmes abordés, mais une citation peut apparaître dans plusieurs paragraphes car contenant plusieurs idées.

III.1 La population des médecins interrogés

Le tableau récapitulatif des médecins interrogés figure en annexe

A) Profils des médecins interrogés

24 médecins généralistes ont été interrogés au total, le panel était composé de 12 femmes et de 12 hommes.

- La **moyenne d'âge** des médecins interrogés était de 50 ans
- La durée d'installation moyenne était de 17, 33 ans

La durée moyenne des entretiens était de 24 minutes :

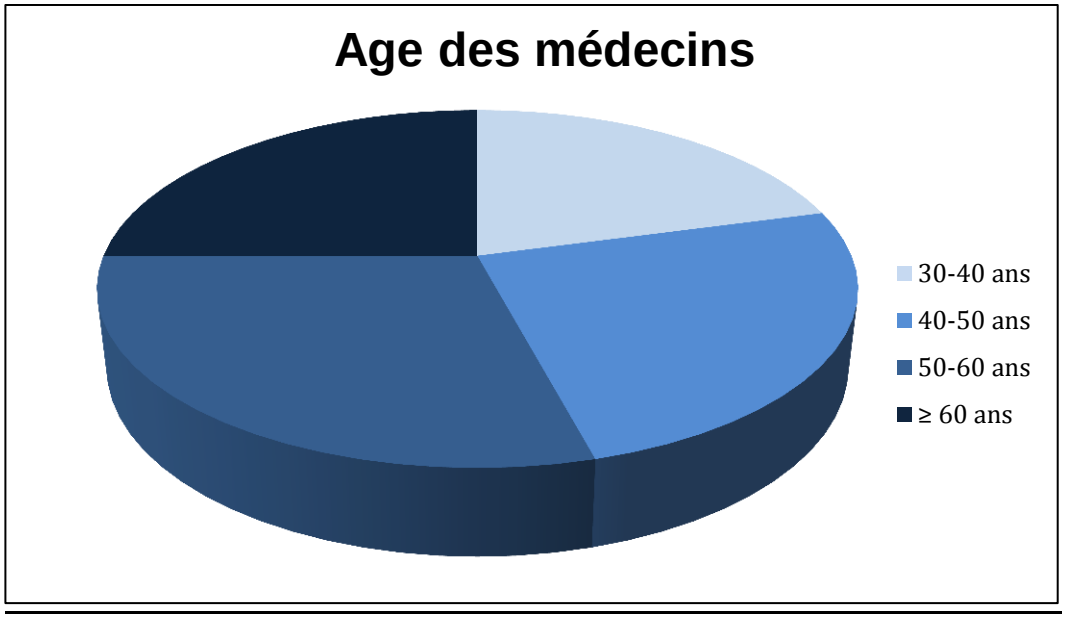
- Durée minimale : 7 minutes
- Durée maximale : 48 minutes
- 15 entretiens de moins de 24 minutes, 10 entretiens de plus de 24 minutes
- 16 entretiens d'au moins 20 minutes

Zone géographique :

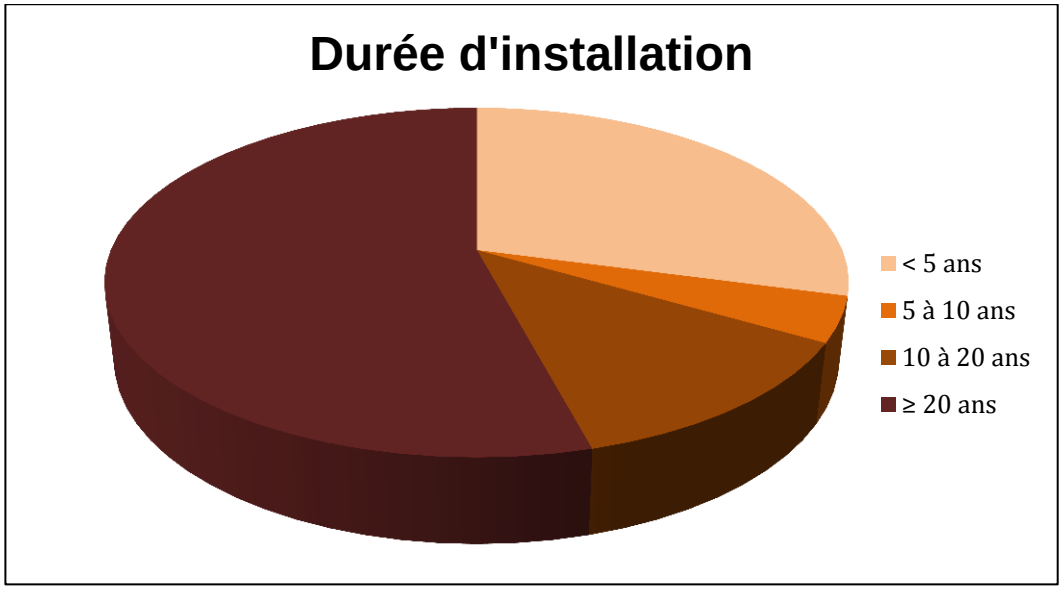
- **16** travaillaient en milieu **urbain**,
- **8** travaillaient en milieu **rural** ou **semi-rural**
- Tous travaillaient en **secteur 1**.

Type d'exercice :

- 7 médecins travaillaient seuls,
- les 17 autres travaillaient avec au moins un autre médecin généraliste, soit au sein d'un cabinet de plusieurs médecins généralistes, soit en cabinet pluridisciplinaire.



- 5 médecins avaient entre 30 et 40 ans
- 6 médecins avaient entre 40 et 50 ans
- 7 médecins avaient entre 50 et 60 ans
- 6 médecins avaient 60 ans ou plus



- 7 médecins étaient installés depuis moins de 5 ans
- 1 médecin était installé depuis 8 ans
- 16 médecins étaient installés depuis au moins 10 ans, dont 13 depuis au moins 20 ans

B) La pratique des médecins interrogés

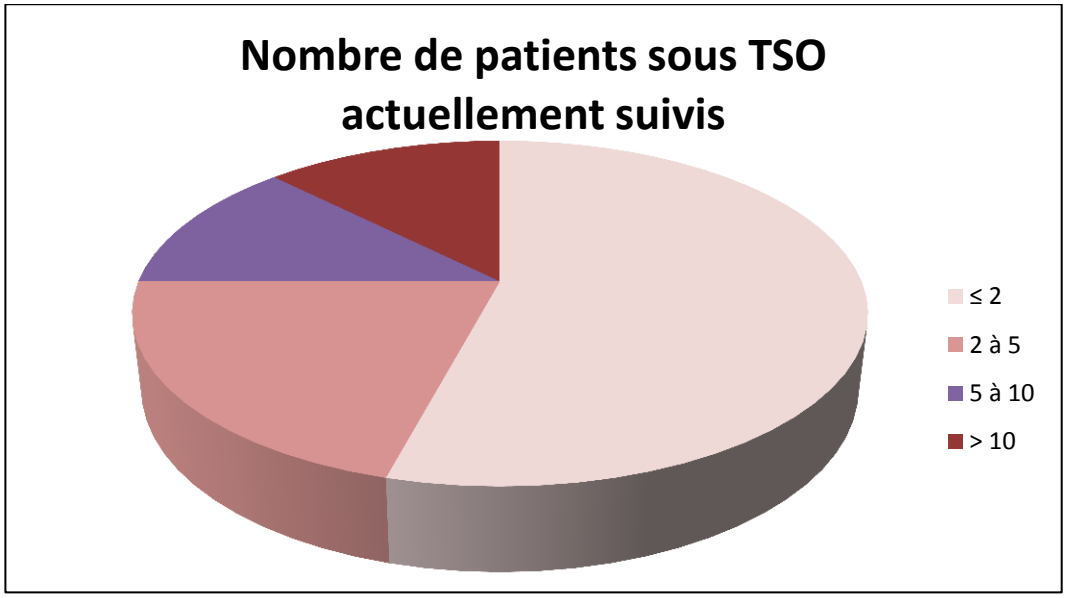
1 File active de patients sous traitements de substitution aux opiacés

Le **nombre moyens de patients sous TSO suivis par les médecins au moment des entretiens était de 3,09** (Un médecin n'a pas été comptabilisé pour calculer cette moyenne car ayant une file active très nettement au dessus de cette moyenne, d'au moins 45 patients)

Un seul médecin ne suivait alors aucun patient sous TSO, mais en avait suivi au cours de sa carrière.

Les femmes interrogées suivaient en moyenne 2,5 patients, les hommes en suivaient 4 (sans tenir compte encore une fois du médecin suivant le plus de patients)

Pour la majorité des médecins, le nombre de patients suivis au moment de l'entretien correspondait à **la file active usuelle** depuis qu'ils prenaient en charge des patients sous TSO, à l'exception d'un médecin très récemment installé ayant exercé pendant plusieurs années au sein de structures spécialisées de soins en addictologie, dont le nombre de patients pris en charge au cabinet était ainsi très nettement inférieur au nombre de patients qu'il avait suivis par le passé.



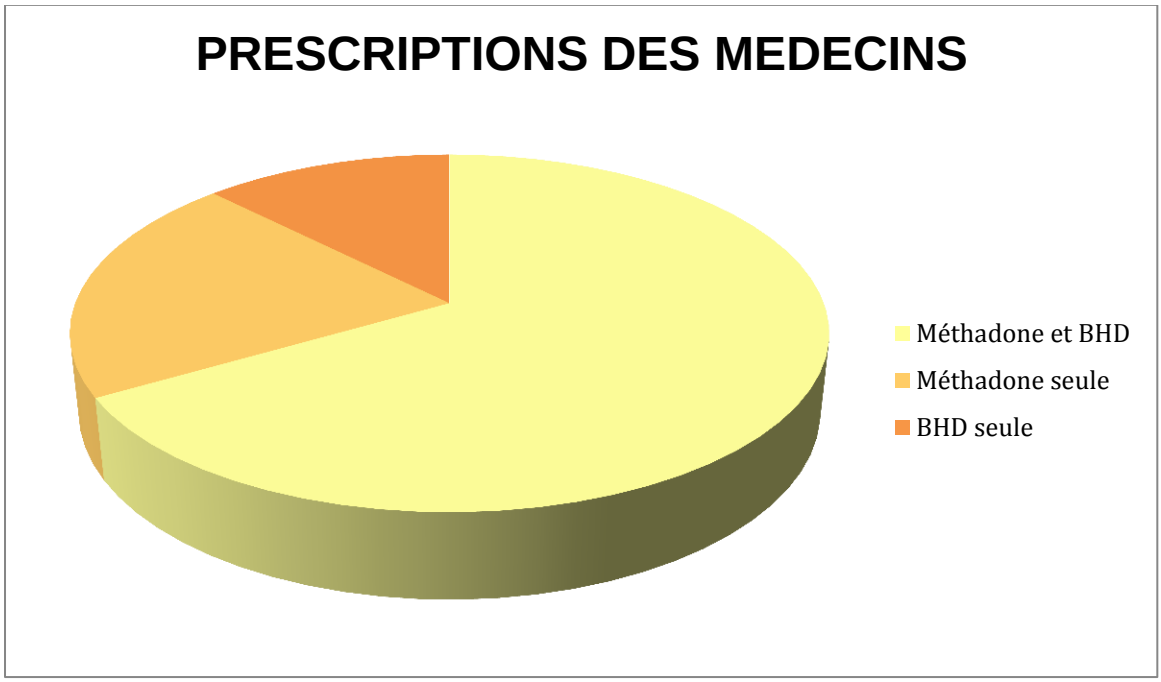
- 18 médecins suivaient moins de 5 patients, dont 13 suivaient 2 patients au plus
- 3 médecins suivaient de 5 à 10 patients
- 3 médecins suivaient plus de 10 patients

2 Types de TSO prescrits

Sur les 24 médecins interrogés, **la majorité** (16 médecins) **prescrivait ou avait prescrit de la Méthadone et de la Buprénorphine Haut Dosage (BHD).**

5 prescrivaient exclusivement de la Méthadone, 3 exclusivement de la BHD.

- Parmi les médecins ne suivant que des patients sous Méthadone, 4 suivaient entre 1 et 2 patients sous TSO, adressés par un centre spécialisé, et ces patients étaient les premiers suivis dans ce cadre. Le 5e médecin de ce groupe suivait des patients depuis une dizaine d'années à raison d'une file active de 3 en moyenne, ne faisait pas de primo prescription et exprimait sa préférence pour la Méthadone car elle permettait, selon lui, une meilleure prise en charge compte tenu du suivi conjoint obligatoire par une structure spécialisée.
- Les médecins ne prescrivant que de la BHD avaient entre 1 et 3 patients sous TSO, et n'en avaient pas suivi par le passé (un médecin était installé depuis 3 ans, les deux autres travaillaient en milieu rural.)
- Les médecins suivant 5 patients et plus faisaient tous partie des médecins prescrivant les deux molécules.



- 3 médecins prescrivaient de la BHD seule
- 5 médecins prescrivaient de la Méthadone seule
- 16 médecins prescrivaient Méthadone et BHD

3 Patientèle occasionnelle

Une minorité de médecins faisait des renouvellements pour un patient non suivi du cabinet, de manière exceptionnelle. Il s'agissait alors d'un patient habituellement suivi par un confrère absent, d'un patient de passage en possession de son ordonnance précédente ou dont le médecin était joignable, ou d'un « dépannage » de durée courte avant adressage en structure.

« Donc là effectivement, moi je ne prescris jamais, c'est une règle. Ou alors il faut que je téléphone au médecin traitant, il faut que je sois sûr de mon coup, mais c'est exceptionnel. » (D3)

La grande majorité des médecins refusait de délivrer des ordonnances dites « de dépannage ». Un motif fréquemment avancé était le risque secondaire d'être « étiqueté » comme délivrant facilement des TSO et d'attirer ainsi une patientèle à fort risque de mésusage, rapidement informée par le bouche-à-oreille.

« J'ai fait ça une fois pour un patient et forcément dans la semaine t'en as trois ou quatre qui se présentent. Donc c'est non. » (D13)

« Parce que l'expérience montre, alors je pense que c'est particulièrement le cas de la ville et du centre ville, que si tu fais un dépannage de huit jours, t'en vois dix dans la semaine » (D9)

« Le premier patient qui est venu me voir j'étais tout débutant, il m'a raconté un truc je me suis dit c'est super son discours, c'est vachement bien, donc je lui ai donné tout ce qu'il voulait, une semaine après je voyais débarquer toute la place d'Italie donc là j'ai compris que j'étais un con, ils étaient tombés sur le pigeon de service. » (D18)

4 Primo prescription de TSO

Une faible minorité de médecins faisait ou avait fait de la primo prescription de BHD, dont la moitié seulement continuait à en faire de manière usuelle. L'un de ces médecins évoquait dans ce cas « une situation suffisamment simple pour pouvoir initier le traitement en ambulatoire ». Ce médecin travaillait par ailleurs dans un cabinet de groupe comprenant un médecin formé en addictologie.

La grande majorité des médecins s'y refusait, les raisons avancées étant :

- La connaissance insuffisante du produit, le manque de formation ou d'expérience :

  « Non, non… pfiit : Pélican. Ça je ne sais pas faire et je ne veux pas faire. Je ne fais que les choses faciles qui vont bien en fait. Parce que je ne maîtrise pas le sujet, et ce n'est pas mon truc.» (D13)

  « Non parce que c'est sûr à ce moment là c'était le début des problèmes. » (D2)

- La volonté de faire réaliser la primo-prescription par une structure pour poser un cadre de suivi initial.

  « Je refuse de prescrire sans un passage par une association, comme ça, pour qu'il y ait déjà un cadre fixé » (D4)

  « Non, je fais un dépannage de 48 h si besoin avant qu'ils aillent en structure mais pas plus » (D9)

La majorité des médecins avaient la pratique des deux TSO et suivaient moins de cinq patients.

La prescription de TSO en « dépannage » à des patients occasionnels et la primo prescription de BHD ne concernaient que quelques médecins sur l'ensemble des interrogés.

C) Le médecin généraliste et le patient sous TSO

Au cours des entretiens, nous avons interrogé les médecins rencontrés sur la place que devait prendre à leurs yeux le médecin généraliste dans la prise en charge des patients sous TSO, et sur leur ressenti envers cette population. Dans un grand nombre de cas, le sujet était spontanément abordé par les médecins et des questions de relance seules suffisaient à étayer la discussion.

1 Le rôle du médecin généraliste

Pour tous les médecins généralistes interrogés, **la prise en charge des patients sous TSO faisait partie du champ de la médecine générale,** au même titre que le suivi de n'importe quel patient, ce point de vue étant également exprimé par les médecins se décrivant peu intéressés par le sujet.

Plusieurs médecins évoquaient la place privilégiée du médecin généraliste, cet exercice permettant l'approche globale d'un patient suivi très régulièrement et au long cours.

« C'est tout à fait du recours de la médecine générale. Les patients sous méthadone c'est tous les 14 jours et sur plusieurs années. A part les psychanalystes il n'y a pas grand monde qui fait des suivis si proches et si soutenus que ça. » (D24)

« Alors je pense que il ne faut pas faire que ça, déjà, et c'est quand même eux qui sont les mieux placés pour avoir une relation de confiance quoi. » (D9)

Cependant, **la grande majorité des médecins ne désirait pas suivre une file active plus importante de patients sous TSO,** et ceux qui se disaient prêts à recevoir de nouveaux patients en suivi régulier exprimaient la volonté que ce type de prises en charges ne représente pas une part trop importante de leur activité.

« Et puis je n'ai pas forcément envie de voir plus de patients comme ça » (D8)

Les notions de **temps**, de **lourdeur de prise en charge et d'investissement personnel** du médecin étaient évoquées comme facteurs limitant l'augmentation du nombre de patients.

« Alors j'ai dit au Pélican « stop, stop, allez doucement !» parce que je suis pas sûre d'être prête pour en voir plus, pour assumer … » (D11)

« C'est pour ça, que je dis que ça demande beaucoup d'investissement personnel et qu'il ne faut pas en avoir trop, quoi… » (D6)

La spécialisation de certains médecins généralistes dans le domaine n'apparaissait généralement pas comme souhaitée car cela pouvait entraîner le risque de concentrer la patientèle chez un nombre restreint de médecins.

« Je pense qu'on devrait tous en faire. Moi je n'ai pas envie de me spécialiser là dedans. » (D20)

« Je pense qu'il ne faut pas qu'il y ait une médecine générale spécialisée là dedans. Sinon ça retombe sur les mêmes personnes, et c'est mieux si ça se répartit sur l'ensemble des médecins » (D4)

Le **suivi antérieur du patient par le médecin généraliste,** ou le fait que le patient (ou son entourage) soit connu du cabinet semblait être un facteur facilitant important pour son inclusion, notamment du fait que la relation médecin-patient, déjà établie en amont, favorisait l'instauration d'un climat de confiance reconnu comme particulièrement important dans ce type de suivi.

« Le contact est complètement différent, parce que je les ai connus avant, je les connais pendant et je les connaîtrai après, donc ça n'a rien à voir. Moi je pense que l'accroche, elle est déjà faite dès le départ » (D14)

De nombreux médecins exprimaient ainsi l'opinion que **tout patient devrait pouvoir être pris en charge par le médecin qui le connaissait antérieurement**. Cette opinion était d'ailleurs présente chez des médecins très réticents à prendre en charge de nouveaux patients, mais qui se disaient cependant prêts à suivre les leurs.

« Le patient a un médecin traitant donc c'est à lui de le prendre en charge s'il est d'accord. » (D17)

« Quand ce sont mes patients je ne vais pas les laisser tomber je les prendrai en charge, mais prendre des nouveaux en charge(…) moi je trouve que c'est au médecin qui l'a suivi depuis le départ, sauf s'ils ont bougé hein.. Mais de continuer le suivi. » (D14)

La majorité des médecins insistait cependant sur le fait que chaque médecin devait rester libre de suivre ou non des patients sous TSO, et ils disaient comprendre leurs confrères qui refusaient ce type de suivi.

« C'est comme tout… c'est en fonction des sensibilités propres. » (D13)

« Je sais qu'il y a des généralistes qui refusent, je peux le comprendre » (D19)

« Je pense qu'il faut que ce soit un choix de leur part » (D11)

« Suivre un toxicomane n'est pas une obligation, c'est une décision qui (nous) appartient » (4, p 120)

Au cours de ce suivi chronique nécessitant une consultation au moins mensuelle ou bimensuelle, le risque de « routine » et du **cantonnement du médecin au rôle exclusif de prescripteur de TSO** était exprimé par plusieurs médecins, dont l'ancienneté de pratique en toxicomanie était variable. Ces mêmes médecins avouaient que la survenue d'une consultation prévue comme « rapide » dans un planning parfois chargé était certains jours, reçue avec soulagement.

La nécessité et parfois la difficulté de replacer périodiquement la rencontre dans un contexte médical pur, l'interrogation du patient sur les aspects familiaux, professionnels, sociaux de sa vie, apparaissaient comme clés du maintien de cette relation médecin-patient qui pouvait être mise à mal dans ce contexte spécifique.

« En gros c'est vrai que je culpabilise un peu, dans le sens où la consultation c'est rapide quand même. Ça, ça me frustre un peu, parce que j'ai pas l'impression de leur apporter grand-chose

quoi. (…) J'espère qu'un jour ils auront besoin de moi au point de vue médical et que du coup se crée un autre lien. » (D11)

« Ils reviennent tous les 14 jours donc des fois c'est un peu la consultation… on sait que ça va pas durer longtemps quoi… (…) des fois on oublie de poser la question « le travail, ça va bien ? Et ton ami, vous en êtes où ? Vous avez déménagé, ça s'est bien passé ? » enfin des choses qui permettent de savoir où elle en est, de sa vie (…) c'est lourd de suivre quelqu'un tous les 15 jours, parce que on tombe dans la routine. » (D15)

« Après il faut pas avoir un double discours, faut dire que de temps en temps t'es pris par le temps, t'es bien content de lui faire son ordonnance rapide. (…) Après, ce qui est intéressant c'est de pouvoir, enfin quand on y arrive, s'occuper de la partie médicale pure (…) s'occuper d'eux d'une autre façon. Il faut les faire s'asseoir. » (D25)

« En inversant la relation, [le patient] nous condamne à une « prestation de service », nous assigne au rôle exclusif de prescripteur, nous empêchant d'exercer entièrement notre métier (..) Répondre en quelques instants par une ordonnance renforce cette rencontre (...) Pour le soigner, il nous faut donc redevenir médecin » (4)

« Il faut que vous éprouviez que je suis, d'abord, médecin, et donc que je m'occuperai de votre corps. Je ne suis pas un simple prescripteur de substitution, pas plus que je ne suis psychothérapeute. » (21)

Le suivi de patients sous TSO était considéré comme du champ de la médecine générale mais prenant en termes de temps et d'investissement, et à répartir sur l'ensemble des médecins.

La plupart des médecins ne désiraient pas avoir une patientèle trop importante sous TSO, et suivaient plus facilement ceux dont ils étaient déjà le médecin traitant.

Le cantonnement au rôle de « prescripteur » pouvait être un piège de la relation.

2 Le ressenti des médecins envers les patients sous TSO

« La rencontre médecins généralistes et toxicomanes est placée sous le signe de la diversité des toxicomanies, des toxicomanes, des demandes, des attitudes des généralistes face aux problèmes posés. »

« Mais cette diversité n'est peut-être qu'apparente car il existe, dans la représentation que les uns se font des autres, un certain monomorphisme lié à des apriorismes de part et d'autre, et probablement à une perte supposée d'identité tant du côté du médecin que du côté du toxicomane. » (12)

« Moi les premières fois où j'en ai vu, j'ai eu peur. (…) On a peur du toxicomane parce qu'on a tous l'imaginaire de ce que ça peut être. Et on n'est pas totalement dans le faux. » (D17)

Le ressenti exprimé envers cette patientèle mêlait des éléments de bienveillance à une attitude de méfiance, dans des proportions variables d'un médecin à un autre.

La perception « positive » des patients s'appuyait sur l'approche empathique de personnalités complexes décrites comme attachantes, artistiques même pour un médecin, au passé difficile, pour lesquelles la sensibilité sociale et psychologique du praticien prenait ici toute sa place.

Une **minorité** de médecins reconnaissait ainsi prendre plaisir et trouver un intérêt particulier au suivi de patients sous TSO.

« Moi, c'est une patientèle que j'aime bien. J'aime bien ce côté social, parce qu'il y a un aspect social important… des gens qui sont pas bien, des gens qui vivent des choses difficiles, c'est pas le commun des mortels, quand même, la plupart du temps, ils ont une vie un peu difficile, ils vivent des situations difficiles… moi c'est des gens qui me touchent et c'est des gens que j'aime bien suivre. » (D3)

« Je connais pas bien leur histoire, mais je sais que forcément ça a été douloureux. » (D11)

Une certaine **ambivalence** était toutefois retrouvée parmi ces mêmes interrogés, qui faisaient part des difficultés inhérentes à ce type de prise en charge. Cet intérêt porté aux patients toxicomanes ne masquait jamais une certaine complexité dans l'approche, la relation, le suivi des ces patients.

« …parce que je suis très, très ambivalente par rapport à la question, c'est-à-dire que ça m'attire beaucoup enfin c'est très, très, très intéressant, et qu'en même temps c'est très, très, très compliqué à prendre en charge » (D10)

Ainsi, parmi les éléments à l'origine d'une attitude de méfiance de la part des médecins, et souvent générateur d'une réticence à la prise en charge, **l'aspect manipulateur** de la personnalité des patients sous TSO était exprimé par de nombreux médecins interrogés, faisant craindre à ces derniers de se rendre complices malgré eux de mésusage de TSO.

« Enfin c'est des gens qui sont quand même très souvent, très manipulateurs et qui, avec moi, obtiendraient absolument tout ce qu'ils voudraient je pense » (D10)

« Je crois qu'ils trahissent presque tous. Ce qui est bien c'est quand ils le disent. (..) Ça, on l'a dans toute la médecine générale aussi mais c'est très particulier à ces patients là. C'est spécial » (D6)

«… Ils perdent toujours leur ordonnance alors qu'ils n'ont jamais perdu leur portable (…) C'est le côté » je me fais avoir, je me fais manipuler », ça c'est pas gérable. C'est ce que craignent le maximum les médecins. (D13)

« Ils essayent toujours, hein, ce sont des gens qui essaient toujours de passer par la fenêtre » (D14)

Plusieurs médecins évoquaient ainsi **des expériences antérieures « négatives »,** en tant que jeunes médecins peu formés, peu aguerris et somme toute « naïfs», échaudés par des épisodes au cours desquels ils avaient eu l'impression que la confiance accordée avait été trahie.

« Mon premier, j'étais très utopiste. Je pensais effectivement que ça allait très bien se passer, ça s'est pas bien passé. Les autres, j'ai eu des difficultés à ne pas avoir cette méfiance d'emblée, spontanée. J'essayais de réfréner tout ça. » (D6)

« Je pense que la première fois que j'ai vu des toxicos, c'est quand j'étais tout jeune installé, je me suis fait vraiment rouler dans la poussière et ça m'a marqué. » (D18)

« C'est vrai qu'au tout début je me suis fait un peu avoir, à faire trop facilement de la prescription, après c'est pas le défilé, mais ça vient plus facilement » (D4)

Cette notion de manipulation était cependant décrite à plusieurs reprises comme un élément à prendre en compte dans ce type de suivi sans être pour autant limitant, parfois même comme outil thérapeutique, de travail relationnel avec le patient, entrant dans la démarche de soin.

« J'adore ce jeu de la manipulation, de la contre -manipulation, c'est le lien, c'est le rapport avec l'autre hein... savoir qui manipule qui…je pense que c'est même thérapeutique, quelqu'un qui essaie de vous manipuler en face, si vous êtes suffisamment clair et que vous êtes capable de faire passer le message que vous ne vous laissez pas manipuler(…) c'est bien d'essayer de ré -instaurer une relation qui ne soit pas justement basée sur la manipulation, une relation un peu plus juste…et au bout du compte, c'est peut être ça le plus important, pour eux, une relation plus juste... »(D3)

« Ben on sait qu'on va être manipulé de toute façon. Et c'est là qu'ils sont intéressants justement (…) faut pas être naïf (..) moi ça me fait penser à des gamins quoi…qui veulent te baiser. Faut pas être dupe. » (D25)

Les patients toxicomanes pouvaient par ailleurs être décrits **comme des personnalités difficiles, exigeantes, un « public autre »,** au contact particulier, itinérant dans sa prise en charge, pouvant **désorganiser** le fonctionnement du cabinet par son respect variable des dates et des horaires.

« Mais je le ferai pas vingt fois, ou vingt patients de ce type là hein... voilà parce que c'est quand même un peu .. ,Olé, olé des fois… elle vient pas, elle vient, elle vient le lendemain, elle vient une heure après, elle vient une heure avant… » (D15)

« Ben ça prend du temps, ils désorganisent quand même quelque part un peu le cabinet, …sur leur relation avec les prises de rendez-vous, tu vois ce que je veux dire ! Ils sont un peu anarchiques dans leurs comportements » (D9)

Le **cadre légal de prescription** était cité par quelques médecins: crainte de sortir du cadre réglementaire et de subir des sanctions disciplinaires et judiciaires, en particulier en début d'exercice, crainte d'être un « dealer » en blouse blanche, maillon du trafic des TSO.

« On a peur de ça, on a peur du cadre légal sur une ordonnance qui est techniquement compliquée. On a peur déjà sur n'importe quelle prescription alors là, en plus, on a peur d'être dealer. » (D17)

« Je pense qu'en numéro un, le plus important, enfin quand t'es installé libéral, c'est le côté réglementaire, pour quoi on peut te taper dessus un jour ou l'autre si ça se passe mal » (D13)

Nous avons noté que la **violence** n'entrait pas en ligne de compte dans ces difficultés pour la plus grande partie des médecins. Un médecin qui ne l'avait pas vécu directement mais par le biais d'une consœur par le passé, décrivait cet aspect comme frein à la prise en charge, et avait par la suite refusé le suivi de patients sous TSO avant un adressage par structure.

L'intérêt et le rôle des TSO dans la prise en charge des patients toxicomanes faisaient peu débat. Les objectifs retrouvés chez la majorité des médecins étaient la resocialisation, la reconstruction personnelle, professionnelle, familiale, le but de détourner la vie du patient de la recherche du produit et de l'illégalité, la reprise d'un suivi médical.

L'interruption du traitement de substitution était souvent présentée comme objectif final idéal, mais difficile à atteindre et secondaire.

« La réussite elle peut commencer assez vite parce que si tu as quelqu'un qui se resocialise, c'est déjà une réussite. Même s'il continue à prendre un peu de méthadone, un peu de Subutex… » (D9)

« L'objectif final c'est de les sevrer complètement, ça on est bien d'accord, mais je pense que l'objectif immédiat c'est de les cadrer, qu'ils aient une prise en charge médicale correcte, et qu'ils aillent pas chercher de la drogue par des biais illégaux, par des réseaux… et qu'on arrive médicalement à pouvoir les suivre et cadrer les choses. Et puis deuxièmement arriver à les réinsérer. » (D16)

" La finalité, je pensais avant que c'était le sevrage mais c'est pas vrai, la finalité c'est la socialisation, c'est pas d'arrêter le TSO un jour, c'est de rendre quelqu'un qui est confronté à un milieu où il ne rencontre que des toxicos, des dealers et il y a un problème d'argent parce que ça lui coûte une fortune sa drogue, de pouvoir passer à un cercle plus vertueux, prendre sa drogue mais version comprimés, donc drogue froide mais qui coûtera pas cher, qui lui permette de travailler, de plus avoir de problèmes de santé, de rentrer dans la vie sociale normalement quoi… enfin de vivre…. mais enfin s'il vit avec son TSO, c'est pas un problème. » (D13)

Ce positionnement global des médecins en faveur de la prescription des TSO chez les patients toxicomanes, n'occultait pas pour certains le nécessaire questionnement qui devait entourer ce type de prescription.

« Je pense que oui, c'est quelque chose qui est bien, quelque chose de positif (...) mais bon, voilà, il faut rester dans le questionnement, de toute façon on doit bien toujours rester dans le questionnement… si on ne se pose pas des questions, c'est pas une bonne chose, donc je pense que c'est intéressant de se poser des questions par rapport à l'intérêt de ce type de traitement »(D3)

Un médecin faisait part de ses **doutes quand à l'utilité réelle des TSO** pour les patients, perçu surtout comme un transfert de la dépendance, et plaçait surtout l'intérêt de ce type de traitement à l'échelle sociétale, car facteur réduisant la criminalité. La place du médecin généraliste s'en trouvait fragilisée :

« Je lui sers certainement à fournir une substance de shoot quoi. J'ai pas envie d'être un nouveau dealer ».

Ce doute n'était pas pour autant le reflet d'une position fermée, puisque ce même médecin considérait le suivi des patients sous TSO comme « typiquement de la médecine générale ».

Ce terme de « dealer » était retrouvé dans d'autres entretiens :

« C'est un peu un deal quoi… Ca, c'est peut être le truc qui me gène le plus » (D11),

Illustrant une certaine ambivalence des médecins généralistes, reflet de la complexité du sujet malgré les bénéfices largement reconnus des TSO en termes de santé publique.

« Est-ce que le travail que je fais sert à quelque chose. Voilà la question, à chaque fois c'était ça. Est-ce que je sers à quelque chose ou est ce que je suis une autre forme de dealer. » (D18)

Certains médecins faisaient part d'une vision assez fataliste de certaines prises en charges, qui ne se généralisait pas à l'ensemble de leur patientèle sous TSO.

« Moi je pense qu'il y a des gens qu'on va pouvoir accompagner, et il y en a d'autres... bon, on pourra pas. On est là, on canalise… mais bon, il n'y a plus d'espoir » (D25)

« Je sais pas ce qu'on peut faire de plus hein… au moins on s'adapte, on va dire, en tenant compte des règles de prescription, en faisant gaffe avec la communication. » (D5)

Une ambivalence à l'encontre des patients sous TSO était fréquente, en lien avec les difficultés inhérentes à cette population considérée comme particulière : crainte de la manipulation et du mésusage, sujets exigeants peu respectueux des horaires, cadre légal de prescription, fatalisme pour certaines prises en charge.

La quasi unanimité des médecins reconnaissait les bénéfices des TSO à l'échelle du patient, ce qui n'occultait pas pour quelques-uns un questionnement sur ce traitement qui reste stigmatisé.

3 La formation des médecins au suivi des patients sous TSO et le sentiment de compétence

Selon les recommandations de l'HAS de 2004, **une des adaptations du dispositif de prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés devait résider en l'incitation des médecins à se former.** ***(6, p 28)***

a- Formation initiale

Trois médecins avaient bénéficié d'une **formation initiale** sous différentes formes : cours de 2nd cycle, séminaire de 3e cycle, stages d'internat en secteur spécialisé (psychiatrique en lien avec une structures spécialisée de soins en toxicomanie ou projet personnel en centre de soins pour toxicomanes), capacité d'addictologie.

Ces médecins étaient âgés de 32 ou 33 ans.

Le degré de formation était hétérogène entre ces 3 médecins, allant de quelques heures de cours embrassant de manière générale le thème « toxicomanie et dépendance » en 2nd cycle à une formation personnelle plus poussée dans un cadre structurel.

L'un de ces 3 médecins, ayant par la suite exercé pendant plusieurs années en structures spécialisées, sera considéré comme ayant suivi une formation secondaire.

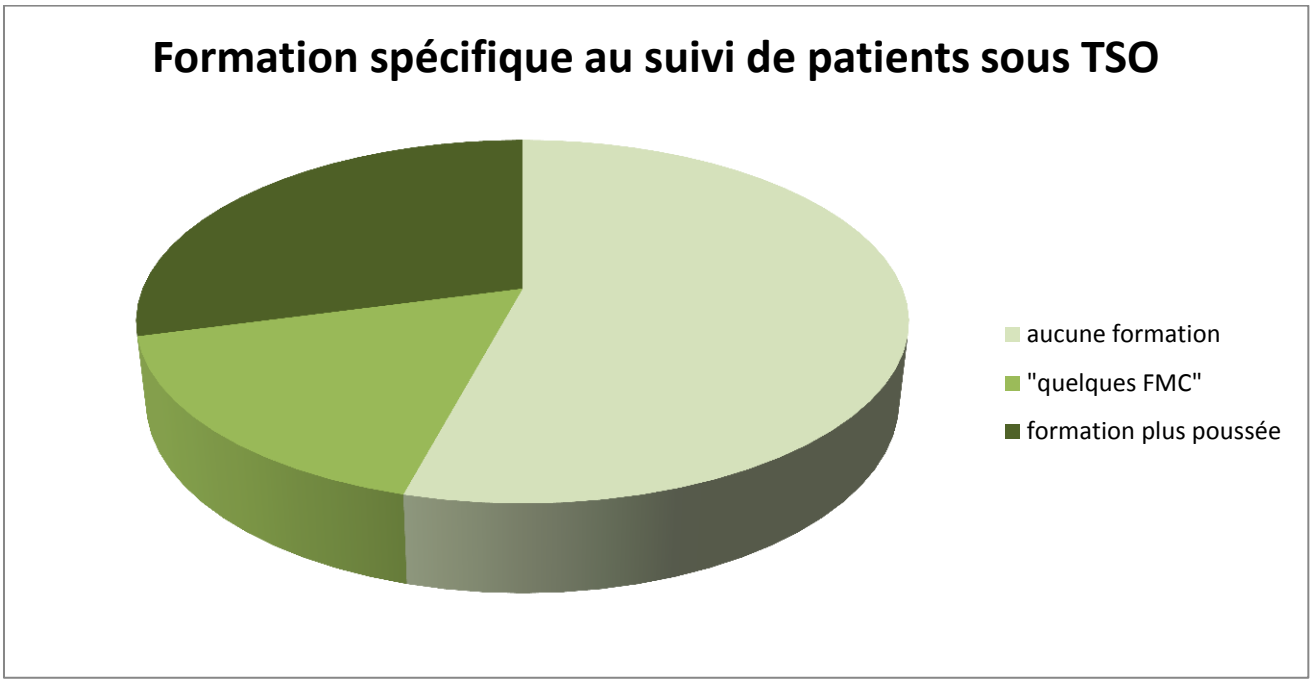
b- Formation secondaire

En dehors de la formation initiale très minoritaire, et sur l'ensemble des médecins rencontrés, 13 disaient n'avoir suivi aucune formation spécifique aux TSO, 11 avaient suivi une ou plusieurs formations spécifiques.

Nous distinguions par le terme de **formations spécifiques** les soirées ou journées de FMC, séminaires, réunions de concertation. Ce que les médecins énonçaient sous le terme de « lecture personnelle » n'a pas été retenu, car il était difficile d'en apprécier la signification concrète (d'un ou deux articles de la presse médicale à la lecture d'ouvrages plus spécialisés).

De même l'exercice au contact de confrères plus chevronnés sur le sujet n'a pu être comptabilisé dans cette catégorie et était considéré comme équivalent des appellations « formation sur le tas » ou « par l'expérience » utilisées par les médecins.

Au sein du groupe ayant suivi une formation spécifique, l'hétérogénéité était là encore de mise, depuis le médecin déclarant « j'ai dû suivre quelques soirées il y a longtemps, en début d'installation… je ne m'en souviens plus bien » au médecin ayant participé à plusieurs journées de formation sur le sujet de manière plus récente.



- Aucune formation : 13 médecins
- Quelques formations : 4 médecins
- Formation poussée : 7 médecins

c- <u>Le sentiment de compétence.</u>

De nombreux médecins rencontrés faisaient part de leur sentiment **de manque de compétence** pour la prise en charge de ces patients. Cet aspect du ressenti des médecins ne faisait pas partie des questions du guide d'entretien et ne correspondait qu'à des médecins ayant spontanément abordé le sujet.

On peut supposer, au vu des entretiens menés, que ce nombre aurait été supérieur si ce thème avait été systématiquement présenté par les enquêteurs.

« A partir du moment où je ne me sens pas très fiable dans ma position, ben je suis pas sûre que ce soit une très bonne idée de m'engager dans un truc comme ça où je me sens pas très forte en fait. Je ne sais pas si je serais très performante là dedans. » (D10)

« Je me sens pas à l'aise par rapport à la prise en charge. Je domine pas du tout le sujet » (D11)

« En plus la drogue dure on est pas vraiment formé à ça en pratique » (D19)

Ce sentiment pouvait être renforcé par celui que le patient lui-même était plus performant que le médecin sur la connaissance des produits illicites et la manipulation des produits de substitution, inversant la **hiérarchie du savoir entre le médecin et son patient**, atteignant le médecin dans sa compétence, sa vocation, sa supposée toute-puissance ainsi que le décrit L. GIBIER : ***(4)***

« Le toxicomane sait ce qu'il lui faut… Dans la classique relation médecin-malade, celui qui est supposé avoir le savoir est le médecin, le patient venant questionner ce savoir. Le toxicomane inverse cette relation : il est celui qui sait (...), c'est lui le professionnel du produit »

« Je me suis sentie un peu…perdue parce que j'ai aucune formation là-dessus, pour moi ils en savaient plus que moi à la limite hein…je me suis sentie dépassée » (D11)

Le ressenti de cette limitation de capacité se situait principalement dans le champ de la relation avec le patient toxicomane, **son approche comportementale**, et peu sur les produits en eux même dont la gestion ne représentait pas un obstacle majeur puisque facilement surmontable par la documentation et le recours à l'avis d'un pair.

« Je pense que, pour les médecins tout venant, (la crainte) c'est le psychologique. Enfin bon, c'est le côté je me fais avoir, je me fais manipuler, ça c'est pas gérable » (D13)

« Pas classer les toxicomanes tous dans le même sac, avec tous le même comportement. On n'est pas du tout préparé à ça. Avoir des bases sur tout ce qui est comportement… ça on n'a pas…(..) La thérapeutique je pense que c'est un peu de la cuisine. »(D15)

« On a peur du toxicomane parce qu'on a tous l'imaginaire de ce que ça peut être. Et on n'est pas totalement dans le faux. Dont on n'a pas parlé, qu'on n'a pas appris à gérer, et dont on ne sait pas ce qu'il faut faire non plus. » (D17)

« Le piège est de considérer qu'ils se ressemblent tous, qu'ils fonctionnent tous grosso modo de la même façon, qu'ils se présentent tous à nous de manière semblable, bref qu'ils ont la même personnalité. »

Les produits et leurs effets, les sensations qu'ils procurent, le mode de vie qu'ils peuvent impliquer, créent « une sorte de moule, une pseudo-structure de personnalité, un style relationnel, qui n'a rien à voir le plus souvent avec la personnalité sous jacente du sujet »

« S'arrêter à ce style relationnel est le premier piège à éviter » (4, p 118)

d- La demande de formation

L'opinion des médecins interrogés sur l'intérêt de formations complémentaires était très partagée.

Globalement et logiquement, les médecins se décrivant comme peu intéressés par le suivi de ce type de patients et ne souhaitant pas s'y impliquer d'avantage déclaraient ne pas être en attente de formations sur ce sujet, et ceux suivant d'avantage de patients ou ne se montrant pas réticents à cet exercice, les qualifiaient de souhaitables, voire nécessaires.

« Donc c'est vrai que je ne vais pas me former, passer tant d'heures à me former, pour éviter d'avoir des toxicos » (D2)

« Si je suivais plus de patients je pense que j'en aurais l'intérêt, mais là pas vraiment. Et puis je n'ai pas forcément envie de voir plus de patients comme ça » (D8)

Pour les médecins qui estimaient qu'une formation spécifique serait intéressante pour leur pratique, les freins à son accès étaient de plusieurs types :

Le temps était décrit comme le principal obstacle. L'aspect chronophage d'une formation sur le suivi des patients sous TSO étant pour bon nombre de médecins, inadaptée à la proportion faible qu'ils représentaient parmi leur patientèle.

« Les formations officielles elles durent quand même un ou deux jours, c'est un investissement…Et puis ça ne me passionne pas au point d'y passer un ou deux jours complets. » (D14)

« Ca occupe une trop petite part de ma clientèle, de mon activité pour que j'y consacre beaucoup de temps. » (D22)

« Je pense que c'est toujours intéressant de se concerter et de se former. Après il y a toujours le problème du temps qui est toujours le plus gros obstacle. » (D24)

L'organisation de la formation au cours du cursus médical apparaissait ainsi comme une solution, non seulement à l'obstacle du temps, mais également au faible intérêt ou aux craintes de prise en charge ultérieure par méconnaissance de ce type de population.

Comme certains médecins le relevaient, les formations secondaires attiraient les médecins déjà sensibilisés à une problématique donnée, et **le sentiment de manque de compétence par défaut de formation initiale** ne participait pas à développer l'intérêt pour ce type de suivi perçu comme particulièrement difficile.

« Si il y avait une formation dans le cursus, peut être qu'il y aurait plus de gens parce que je pense que c'est l'ignorance qui fait qu'on en suit pas, on qu'on veut pas… » (D11)

« Actuellement pourquoi pas, elle peut être incluse dans le processus des études hein »(D5)

« La formation continue, quel que soit le type, ne va intéresser que les médecins déjà intéressés, c'est bien connu, hein, pour tous les sujets c'est pareil, et donc ça exclura une grande partie … Alors par contre au niveau de la formation initiale, là il y aurait peut être quelque chose à faire. (…) Le problème il est là. Si tu n'es pas sensibilisé au problème, tu n'es pas tenté de te former en un deuxième temps. Alors tu le fais parce que tu as une sensibilité qui peut te rapprocher de ce type de problèmes, mais sinon tu le fais pas » (D9)

« La formation initiale n'est pas bonne, surtout ce qui est communication, gestion du patient difficile, gestion des conflits, il faudrait une meilleur formation initiale. » (D17)

e- Le contenu de la formation

C'était particulièrement en termes **d'approche relationnelle, psycho-comportementale,** de compréhension et de prise en charge du patient toxicomane que les médecins identifiaient les besoins de formation.

« …pour nous ouvrir un peu les yeux sur ce qu'est la vie des toxicos, pourquoi ils en sont arrivés là, quel contexte ils vivent ou quel raisonnement psycho ils ont, pour pouvoir mieux les appréhender, les comprendre. Je pense que c'est à ça qu'ils pourraient nous aider, pour après, ne pas être braqués contre mais finalement comprendre un peu mieux leur raisonnement, leur fonctionnement, et puis mieux les prendre en charge. » (D13)

« Avoir des bases sur tout ce qui est comportement… ça on n'a pas. On progresse de fait parce qu'on est bien obligé, parce qu'on s'y intéresse, mais il me semble que d'avoir des bases ça serait quand même un minimum » (D15)

« L'idée ce serait que les gens comprennent ce que c'est une addiction, comment ça se gère, et que c'est pas qu'une histoire de gens qui ont pas envie. (…) ça va pas donner la possibilité de tout prendre en charge, mais ça va permettre de dédramatiser un petit peu » (D17)

Pour un médecin, l'organisation de formations par les structures spécialisées pouvait également être un moyen d'entrer en contact avec les professionnels de ces structures.

« Ce serait bien, au moins pour connaitre l'équipe » (D19)

f- L'indemnisation des temps de formation

Si l'indemnisation du temps de formation se révélait pour beaucoup indispensable et justifiée (plus au cours des formations de journée que pour les soirées de FMC), ce n'était pas un argument suffisant pour augmenter le taux de participation qui dépendait surtout de l'intérêt des médecins pour le sujet.

« Je pense que si vous ne mettez pas d'argent vous n'aurez personne. Après il y a toujours le problème du temps qui est toujours le plus gros obstacle » (D24)

« Tout travail justifie un salaire. Ça fait partie de notre travail, ça permet de rendre service à la population et je pense qu'il n'y a pas de raison que ce ne soit pas rémunéré. Je ne sais pas s'il y aurait plus de recrues, mais c'est normal qu'une formation soit rémunérée. » (D18)

« Si c'est une formation d'une soirée, moi ça ne me pose pas de problème qu'elle ne soit pas indemnisée. Si c'est une formation d'une journée c'est différent » (D4)

« Si on veut attirer un public de médecins motivés par ça une indemnisation changera rien, mais si on veut attirer des personnes qui ne sont pas motivées, il faut qu'au minimum ils soient indemnisés pour qu'ils n'y perdent pas. On limite les pertes. On paie des charges et on paie la formation dans ces charges donc c'est normal qu'on autorise les gens à se former et qu'il y ait une indemnisation » (D17)

Pour quelques médecins, l'indemnisation n'était pas un critère nécessaire.

« C'est plus une question de temps. Je ne crois pas qu'on va résoudre tous les problèmes par l'indemnisation. » (D16)

« Si ça l'est tant mieux… Mais je ne pense pas que ce soit la priorité pour moi. » (D 22)

« Ce n'est pas indispensable mais c'est mieux. » (D19)

Une minorité de médecins avait suivi une formation spécifique. La majorité des médecins n'avait pas reçu de formation initiale car close avant l'obtention d'AMM des TSO en France.

Si l'intérêt d'une formation secondaire n'était pas nié, l'obstacle majeur restait le temps, non corrélé pour la plupart des médecins au petit nombre de patients suivis. L'indemnisation, pour beaucoup justifiée, était d'impact secondaire.

Ce faible niveau de formation nourrissait souvent un sentiment de manque de compétence, en particulier sur le volet comportemental.

L'évolution de la formation initiale était pour beaucoup le meilleur moyen pour éviter cette lacune au sein des jeunes générations de médecins.

4 Le cadre de prise en charge

Apparaissait dans la quasi-totalité des interviews réalisées, la nécessité, quels que soient le médecin interrogé et ses positions vis-à-vis des patients toxicomanes, de l'instauration d'un cadre structurant le suivi, et ce dès le début de la prise en charge, afin de circonscrire au mieux les difficultés et rendre le soin possible.

Ce cadre qui semblait d'autant plus nécessaire à mettre en place chez les patients sous TSO, était décrit comme généralement plus difficile à faire accepter et respecter que pour une patientèle autre.

Plusieurs médecins soulignaient l'équilibre à rechercher entre **fermeté et souplesse** en fonction de la personnalité et du parcours de chaque patient, pour permettre à la relation médecin-patient et au suivi de prendre corps.

« Si le cadre est trop rigide, ça le fait fuir, c'est évident. » (D9)

« Je pense qu'effectivement il faut avoir une certaine souplesse parce que sinon, ça peut vite pas bien tourner pour elle, voire pour le médecin aussi » (D15)

« Si le médecin fait « non, je donne pas », forcément la violence elle augmente, parce qu'il y a un effet de manque mais il faut connaître le problème et savoir que ça se gère. Et qu'il y a des techniques pour être à peu près dans le droit chemin sans trop déraper. » (D17)

Un petit nombre de médecins disait imposer pour leur part **un cadre très strict, « rigide » d'emblée**. Il s'agissait de médecins déclarant avoir peu d'intérêt pour ce genre de suivi, suivant chacune une seule patiente sous TSO adressée par une structure et décrite comme « facile ».

« Je ne suis pas souple. Donc après ils partent et comme c'est pas des gens avec lesquels le contact passe très bien ça ne me gène pas, voire ça m'arrange. (…) Là par exemple celle que je suis, il n'y a pas de soucis, elle est cadrée naturellement, elle respecte.. Donc il n'y a pas de problème.. une toxico facile » (D2)

La mise en place de ce cadre étant perçue comme très difficile en médecine générale, la quasi-totalité des médecins interrogés disait recourir aux **structures spécialisées de soin en addictologie** dans ce but, pour poser les bases de suivi ultérieur, évaluer le patient de manière pluridisciplinaire et limiter le risque de se sentir manipulé par le patient au sein d'une relation duelle. Ce relai précoce à des professionnels formés, travaillant en équipe était également une solution au sentiment de manque de compétence des médecins libéraux, qui visaient ainsi à ne pas se retrouver seuls pour une prise en charge perçue comme complexe.

L'instauration d'un cadre de prise en charge apparaissait essentielle pour la prise en charge des patients sous TSO en médecine de ville.

Les généralistes considéraient très souvent cette étape comme du ressort des structures spécialisées plutôt que du médecin libéral.

III.2 Liens entre les médecins généralistes et les structures de soins en addictologie

La prise en charge du patient toxicomane par le médecin généraliste est délicate, et de ce fait nécessite très fréquemment une prise en charge multidisciplinaire.

« La prise en charge d'un toxicomane nécessite un travail de partenariat tout simplement parce qu'il est à multi problèmes…et aussi parce qu'aucune profession n'a de solution exclusive…enfin parce que, dans ces suivis difficiles, il est sain de ne pas travailler seul » (4, p 163)

Nous avons donc étudié la connaissance des structures spécialisées en addictologie par les médecins, les circonstances d'adressage des patients aux structures et inversement, ainsi que les modalités de suivi en réseaux en nous intéressant plus particulièrement a la qualité de la communication.

A) Connaissance des structures

Les structures de soins en addictologie pour les patients sous TSO sont assez nombreuses sur les bassins Chambérien et Aixois :

- **Le Pélican,** basé a Chambéry et possédant des antennes à Aix les Bains et dans l'avant pays savoyard, ayant pour mission « L'accueil des personnes présentant une conduite addictive, incluant tant l'accès aux soins que l'insertion du public accueilli, l'accueil des familles, ainsi que les actions de prévention et de réduction des risques ».

- **Le RESADH** (Réseau Addiction VIH Hépatites) également basé à Chambéry, soutient les professionnels de santé libéraux dans leur prise en charge en leur proposant des outils de suivi, des formations, des échanges pratiques et des réunions de concertation.

- **L'Unité médico sociale rattachée au service des maladies infectieuses** (B7) regroupe trois pôles entremêlés, ayant en commun certains professionnels et patients : la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé, le suivi des détenus et le pôle Toxicomanies. Cette structure permet une prise en charge ambulatoire en ayant comme outil spécifique l'accès à l'hospitalisation.

1 Structures connues par les médecins

A la question « quelles structures spécialisées en addictologie connaissez vous ? » la totalité des médecins a répondu : **le Pélican**. Cette structure était toujours la première citée et c'était très souvent la seule connue.

« C'est le premier nom qui me vient sous la plume quand je dois adresser un patient » (D 22)

« Ben je vais vous dire, je sais pas s'il y en a tellement d'autres, si ? Moi je travaille surtout avec le Pélican, je sais pas.. » (D16)

« C'est la seule que je connaisse » revenait dans de nombreux entretiens.

La deuxième plus citée, dans des proportions bien moindres, était **le ResAhH.**

« Le RESADH avec qui j'essaye de travailler des fois pour obtenir un suivi complémentaire » (D19)

« Après il y a le RESADH mais j'ai pas eu de patient envoyé pour ça par le RESADH » (D20)

Cette structure était surtout connue pour d'autres champs de l'addictologie (tabac, alcool, cannabis) mais pas pour le versant TSO.

« Je travaille des fois avec le RESADH mais pour l'alcool ou le cannabis » (D 8)

« Je ne sais pas s'ils s'occupent des TSO ». (D 20)

Ses rôles étaient souvent mal identifiés, notamment son offre de consultations gratuites avec un psychologue ou l'organisation de réunions de concertation rémunérées au cabinet du médecin.

« Je sais qu'ils ont des forfaits pour des consultations avec des psychologues dans le cadre du réseau pour les sevrages à l'alcool ou au tabac. Ca pourrait être une bonne chose aussi avec les TSO. » (D 9)

L'ELSA et l'unité de toxicologie du centre hospitalier n'ont été que très rarement citées.

« Je connais bien le Pélican, et l'hôpital au B7 » (D 13)

« Je crois que y'a ELSA aussi qui s'occupe de ça » (D 3)

« ça m'arrive de passer directement par le service du B7 par le Dr DG ou les autres du service, justement pour qu'il y ait aussi un cadre hospitalier. » (D4)

2 Modes de connaissance des structures

Nous nous sommes ensuite intéressés aux différents vecteurs ayant permis aux médecins généralistes de faire connaissance avec les structures spécialisées. Les entretiens nous ont permis d'identifier les deux principaux comme étant les confrères et les patients.

Très souvent les médecins évoquaient **un professionnel de santé** :

- un confrère travaillant dans la structure : *« je connais le Dr V… qui travaille au Pélican.» (D19),*
- un autre professionnel de santé de la structure : *« l'infirmière du Pélican est la femme d'un des médecins du cabinet, donc elle nous connait aussi un peu » (D2)*
- un médecin travaillant dans le même cabinet au cours de leurs premiers remplacements : *« le premier médecin qui avait des patients sous traitement de substitution aux opiacés que j'ai remplacé a dû m'en parler. » (D24).*

Le terme de « bouche à oreille » au sein du milieu médical revenait fréquemment.

Le patient était à plusieurs reprises celui qui informait le médecin sur l'existence de ces structures. Au cours de nos entretiens, les médecins de zone rurale donnaient plus fréquemment cette réponse.

- *« Et puis c'est surtout les patients qui m'en parlent » (D22)*
- *« Par le biais d'un patient qui avait une demande de soins »(D4)*
- *« Moi c'est le patient qui m'a appris » (D7)*

Certains médecins avaient été contactés par **le Pélican pour le relai en médecine libérale** d'un patient, et avaient ainsi connu la structure par ce biais.

« Alors c'est eux qui m'ont contactée (…) C'est une personne qui a fait le lien, elle m'a présenté un petit peu le fonctionnement de la structure» (D11)

D'autres modes étaient plus rarement évoqués, notamment **les plaquettes informatives** des structures

« J'ai dû trouver un prospectus dans ma boîte aux lettres » (D 8)

« J'ai connu le pélican par la pub, ils nous envoyé plusieurs fois des documents là-dessus » (D8)

ou la **proximité**

« C'est juste à côté ». (D 22)

Certains médecins les ont découvertes lors de leurs gardes d'interne quand ils ont été confrontés pour la première fois à des patients toxicomanes.

« Une fois en garde j'avais eu un toxico et je m'étais renseignée… » (D21)

« Et puis sinon par l'hôpital, quand je faisais des gardes » (D20)

Un seul médecin pensait avoir connu les structures **par le biais de formations** :

« A priori suite à une formation de deux jours a Saint Baldoph. Je ne suis pas sûre, la chronologie est peut être différente.. » (D6)

La seule structure connue par tous les médecins était le Pélican, le ResAdH et l'unité hospitalière étant très rarement cités et leurs rôles méconnus.

Le bouche à oreille entre professionnels de santé, l'évocation par un patient, le cursus médical sur Chambéry, la sollicitation par la structure étaient les principaux modes de connaissance par le médecin.

B) Patients adressés aux structures par les médecins généralistes

Le questionnaire était conçu pour étudier les causes amenant les médecins généralistes à adresser ces patients aux structures spécialisées, les moyens de communications utilisés pour ce faire, ainsi que leur ressenti sur les délais et la prise en charge. La place du médecin généraliste par rapport aux structures était également investiguée.

1 Orientation des patients

Une écrasante majorité des médecins avait adressé au moins un patient au Pélican. Au cours de nos entretiens, deux médecins s'étaient adressés directement au centre hospitalier de Chambéry et ce en deuxième recours, suite au refus de patients de retourner au Pélican.

« Ça arrive certaines fois que la personne ne veuille pas passer par le Pélican pour éviter de fréquenter des personnes qu'il connaît, donc ça m'arrive de passer directement par le service du B7 par le Dr DG. » (D4)

Lorsque les médecins travaillaient avec le RESADH, le patient était toujours passé par le Pélican auparavant.

« Le RESADH c'est plus pour qu'il y ait un soutien par le psychologue, ça permet d'obtenir une aide psychologique à Aix, qui est gratuite du coup. » (D19)

2 Les raisons d'orientation vers les structures

Parmi les raisons incitant les médecins à adresser leurs patients aux structures, la plus fréquemment évoquée était la nécessité de poser **un cadre de suivi initial**.

« On pose les bases du contrat au départ. Un cadre ferme mais souple. » (D9)

«Ça permet de poser les choses, ça permet de mettre en place un cadre. Reposer un cadre qui n'existe peut être plus... c'est vraiment ce que j'attends en premier du Pélican. Savoir où il en est, s'il a des traitements, s'il n'en prend pas, s'il est suivi s'il n'est pas suivi, donc remettre le cadre en place…donc là c'est vrai que le Pélican il joue bien ce rôle là » (D3)

« Je l'adresse au Pélican. Parce que de toute façon, moi je considère que ça se termine toujours mal ces affaires, quand ils ne sont pas dans une structure un peu carrée. » (D9)

Le besoin **d'une prise en charge pluridisciplinaire**, impliquant une aide psychologique, sociale, éducative, faisait partie de l'étayage conjoint à la pose de ce cadre.

« C'est plus pour avoir un soutien social, psychologique. C'est vraiment quand on a besoin de soutien, ne plus être seul dans la prise en charge. Le RESADH c'est plus pour qu'il y ait un soutien

par le psychologue, ça permet d'obtenir une aide psychologique à Aix qui est gratuite du coup. » (D19)

« Parce que l'accompagnement que je pouvais avoir en médecine générale ne suffisait plus, il y avait une nécessité de prise en charge psychologique, éducative et surtout sociale. Et du coup en médecine générale ça ne suffisait pas. » (D17)

« Et puis avec DG on peut partir aussi bien sur le plan psychologique que sur le plan médical, on peut creuser d'autres choses. Et ce relais est bon.., même, il est indispensable. Moi je l'ai fait un moment, je trouve que ce n'était pas satisfaisant.» (D25)

Les difficultés liées directement aux maniements **des traitements substitutifs** aux opiacés faisaient également partie des causes fréquentes d'adressage vers les structures, notamment pour la primo prescription, les changements de doses ou le relais BHD-Méthadone.

« La primo prescription ? Non, non… pfiit : Pélican. Ça je sais pas faire et je veux pas faire. Je fais que les choses faciles qui vont bien en fait. Parce que je ne maîtrise pas le sujet, et ce n'est pas mon truc. » (D13)

« Pour la primo prescription de Subutex. Moi, je me sens pas. Aussi j'explique à la patiente que je préfère qu'elle soit prise au départ par un médecin qui s'occupe spécifiquement de ça au départ. Elle avait peut être besoin au départ d'un médecin formé à ça, à l'addictologie » (D20)

« Parce que j'estime que je n'ai pas les compétences pour pouvoir initier ce genre de traitement. » (D18)

« Le passage des opiacés au TSO, ben c'est une prise en charge que je ne connais pas » (D13)

« Quand il y a des difficultés, des passages trop rapides ou des augmentations de dose un peu fortes » (D4)

«Pour des prises complètement anarchiques de méthadone, il prenait sa méthadone une fois par semaine pour pouvoir en prendre des bonnes doses d'un coup.» (D6)

« Je souhaitais faire le changement Subutex méthadone » (D24)

Le **mésusage** faisait partie des causes évoquées à plusieurs reprises au cours des entretiens, notamment l'injection intraveineuse de Subutex ou les suspicions de revente des TSO sur le marché noir.

« On a essayé trois mois et puis finalement il a fini au Pélican parce que vraiment c'était pas gérable : il se l'injectait en fait » (D10)

« Quand il y avait du mésusage, que je ne savais pas bien où ça allait tout ça. …. Je me demandais s'il ne faisait pas du trafic, des trucs comme ça… Je ne me sentais pas en capacité de gérer ça. J'ai préféré que ce soit le Pélican qui est plus habitué… » (D18)

« Quand je vois que le patient n'arrive pas à suivre le contrat qu'on avait en place au début de la relation. Quand y a un mésusage ou un problème social et que mon cadre à moi toute seule ne suffit pas. » (D19)

« Je pense qu'il faisait du trafic, j'ai pas voulu continuer » (D 10)

« Des fois on se demande si y'a pas du trafic… » (D20)

Les pathologies organiques liées à la toxicomanie, les comorbidités ou un contexte médical particulier, étaient plus rarement évoqués. Notamment les infections transmissibles par le partage des seringues ou favorisées par la précarité socio-économique de ces patients.

« Pour tous les problèmes annexes effectivement, les hépatites, les choses comme ça, qui permettent d'avoir un avis médical par rapport à ça » (D 2)

« Pour une patiente qui est tombée enceinte sous méthadone. Médicalement j'étais un peu bloqué.» (D3)

«Je me posais de grosses questions sur la conduite et le traitement, parce qu'il avait à la fois benzo, neuroleptiques et méthadone.» (D4)

«Il y avait une prise d'alcool en même temps. » (D 12)

L'existence de **difficultés sociales** était également évoquée.

« Quand y a un mésusage ou un problème social et que mon cadre à moi toute seule ne suffit pas. » (D19)

« Parfois même sur le plan social, parfois il est perdu dans les papiers… » (D4)

Un très petit nombre de médecins a également évoqué des **causes médicolégales.**

« Il était ambulancier donc je me posais de grosses questions sur la conduite et le traitement. Donc ça me posait bien une question de conscience, et du coup je me suis rapproché de la structure. C'est des situations, sur le plan médico-légal on est un peu embêté » (D4)

« Ca m'arrive de les contacter pour les problèmes réglementaires » (D13)

« Je pense qu'en numéro un, le plus important, enfin quand t'es installé libéral, c'est le côté réglementaire, pour quoi on peut te taper dessus un jour ou l'autre si ça se passe mal… c'est ce qui fait peur aussi, et à mon avis c'est une chose un peu incontournable. C'est légal ; la loi c'est la loi. » (D13)

3 Les modalités d'adressage aux structures

Peu de médecins disaient envoyer un courrier au centre spécialisé pour adresser un patient. La plupart contactaient la structure par téléphone :

« En général au moins le contact par téléphone…on a un rendez vous, ou sinon la personne passe libre au Pélican pour fixer un rendez vous. » (D4)

« Eventuellement, si c'est possible, un coup de fil et c'est bon quoi. » (D9)

« Je fais un petit mot, ou simplement un coup de fil hein, « voilà je t'envoie machin, voilà ce qu'il faut en faire » et puis souvent il y a un petit bout de courrier, un petit mot de courtoisie. » (D5)

«J'appelle directement. (…) Je n'envoie pas de courrier. En général j'appelle pendant que j'ai le patient » (D16)

4 Le refus de primo-adressage aux structures

Certains médecins évoquaient la difficulté qu'ils pouvaient rencontrer à adresser un patient vers le Pélican, par réticence de ce dernier.

« Alors c'est sûr que c'est peut être une barrière parce que ils n'ont pas tous envie d'aller dans une structure. Le Pélican ça peut faire un peu peur (…) Des fois quand je leur parle du Pélican, les mecs ils se disent qu'est ce qu'il va encore m'arriver » (D18)

« Ca arrive certaines fois que la personne ne veuille pas passer par le Pélican pour éviter de fréquenter des personnes qu'elle connaît » (D4)

5 Interlocuteurs souhaités

La quasi-totalité des médecins interrogés ne souhaitait pas, dans la plupart des situations où il faisait appel à la structure, communiquer spécifiquement avec un médecin. Très souvent, le médecin appelait pour une demande de prise en charge ou de reprise en charge, et la prise d'un rendez vous avec un professionnel de la structure.

Lorsqu'ils souhaitaient, et c'était peu fréquent, un avis purement médical, ils ne décrivaient généralement pas de difficulté à l'obtenir. Certains appelaient dans ce cas des médecins hospitaliers.

« La dernière fois j'avais demandé à parler à quelqu'un qui pouvait éventuellement m'aider, moi. Donc je n'avais pas précisé d'avoir un médecin. Si je me souviens bien c'était un psychologue qui a fait en sorte que le patient ait un rendez-vous le lendemain, avec un psychologue. » (D6)

« Alors je sais pas toujours, je tombe sur quelqu'un mais je sais pas toujours qui c'est. C'est rare que ce soit un médecin. Après, sauf si moi de toute façon je veux parler au médecin, mais sinon j'appelle surtout pour orienter, donc pour fixer un rendez vous quoi » (D4)

« Alors là ce n'est pas une difficulté comme on parlait de multidisciplinarité tout à l'heure ceci ne pose vraiment aucun problème. (…) Quand on téléphone et que la personne à la réponse à la question que l'on se pose, peu nous importe la fonction. » (D24)

(Avis médical) « Oh ben comme toujours, il faut essayer deux, trois fois… Non mais on y arrive hein, ils sont pas inaccessibles, faut pas dire. » (D16)

6 Les délais de prise en charge

Les avis sur le délai de prise en charge des patients sous TSO par les structures étaient très partagés, voire souvent diamétralement opposés. Ressortait à plusieurs reprises la **notion d'urgence de la demande du patient.**

« J'ai dû avoir... ben quelqu'un qui m'a donné un rendez vous très rapidement puisqu'elle m'a donné rendez vous à la fois avec l'infirmière éducatrice, et deux jours après avec le médecin » (D 2)

« Il est raisonnable, parce que… éventuellement, si c'est possible, un coup de fil et c'est bon quoi. Après il y a uniquement les problèmes d'horaires d'ouverture, les choses comme ça... » (D9)

« Globalement on arrive toujours à avoir un rendez vous assez rapide, au moins avec un éducateur et même à parler au médecin s'il y a un souci. » (D17)

« Ils ont une bonne disponibilité. S'ils ne peuvent pas le prendre en charge tout de suite on a un conseil téléphonique facilement. » (D24)

« Un peu long à chaque fois. Quelqu'un, quand il est prêt à aller consulter, c'est une petite fenêtre qui n'est pas très grande. Comme quand tu fais de la voile. La fenêtre il faut la prendre quand elle s'ouvre. Si tu la prends quand elle se referme la météo est moins bonne et ça ne marche pas. » (D18)

« Trop loin pour le patient, pas pour moi. Ça me paraissait rapide effectivement, pas pour le patient, c'est souvent sur un coup de tête… c'est quand même très courant qu'ils acceptent une consultation, ou au moins un avis spécialisé, s'il est immédiat mais s'il est le lendemain ou le surlendemain, ils n'y vont plus » (D6)

« Oh c'est long. Au moins un mois et demi, deux mois » (D8)

« Monstrueux. Honnêtement je dirais deux mois, au moins. » (D5)

En cas de nécessité d'adressage en structure spécialisée, la très grande majorité des médecins se tournait vers le Pélican.

Les principaux motifs étaient la primo prescription avec évaluation globale et pose d'un cadre pluridisciplinaire, les maniements de TSO (changement de TSO, de dose, sevrage, mésusage), les comorbidités.

Les médecins contactaient rarement la structure pour un avis purement médical.

L'opinion sur les délais de prise en charge était très partagée.

7 La place du médecin généraliste par rapport à la structure

Revenait fréquemment dans le discours des interviewés, le rôle du médecin généraliste en tant que **relai de la prise en charge en ville**, une fois le patient stabilisé par la structure, cette dernière restant un recours en cas de dégradation au cours du suivi. La consultation au cabinet libéral était parfois décrite comme un symbole de retour à une vie « normale », dans le cadre de prise en charge médicale d'un patient « lambda ».

« Pour moi, moi je vois les structures, c'est elle qui débutent la prise en charge parce qu'ils ont tout ce qu'il faut ils ont psychologue, assistante sociale et compagnie, enfin ils peuvent avoir une vue d'ensemble que nous tout seuls en cabinet on ne peut pas avoir, et ensuite lorsque les patients sont

à peu près stabilisés, nous on peut prendre le relai. Toujours en relation avec eux si nécessaire. » (D16)

« La place de MG, je pense que c'est de prendre le relai de la structure effectivement, alors quand les gens sont capables de réintégrer une vie sociale, une vie professionnelle, je pense que c'est plus facile pour eux d'aller chez leur généraliste de proximité, chez leur pharmacien de proximité chercher leur produit, que ça leur facilite probablement la vie, et le rôle de la structure c'est de les accompagner jusque là » (D15)

« Ben c'est un petit peu le retour à la vie civile, à la vie normale. On retourne chez son médecin généraliste parce qu'on est sorti de cette prise en charge peut être plus lourde –et elle a besoin de l'être hein- au départ et après c'est un petit peu une libération, je pense. Je le vois comme ça moi… On vous donne le droit de repartir en ville, ça veut dire qu'on vous donne confiance... » (D11)

« On peut bricoler quelque chose de réglo mais… c'est vraiment l'unité, faut vraiment qu'il y ait toute une équipe qui mette en route le système, parce que sinon tout seul on y arrive pas, et puis on n'a pas le temps » (D5)

Les médecins généralistes situaient leur rôle en relai de la prise en charge en structure, une fois le cadre posé et le patient suffisamment stabilisé pour un suivi en libéral.

C) Patients adressés aux médecins généralistes par les structures

Une part importante des médecins interrogés suivait, ou avait suivi des patients adressés par le Pélican ou par des médecins y travaillant. Aucune autre structure n'avait adressé de patients à ces généralistes au cours de nos entretiens.

1 Les modalités de relais

La transmission du dossier médical s'effectuait de plusieurs manières. Le plus fréquemment par téléphone et/ou par courrier. Pour la première consultation les patients étaient parfois accompagnés par une infirmière travaillant dans la structure. Les termes « d'ordonnance relais » et de « carnet de liaison » revenaient dans plusieurs entretiens.

La communication à ce niveau était dans l'ensemble jugée satisfaisante, quelles que soient les modalités du relai.

« Le professionnel de structure m'appelle quand il donne la main. Quand il dit : il est stabilisé avec telle dose, maintenant est ce que vous pouvez le gérer ? C'est à ce moment là qu'ils nous appellent » (D18)

« La première fois qu'ils viennent, ils viennent avec ma copine (l'infirmière).La première fois elle fait les présentations, et je pense que ça établit un climat de confiance et de continuité qui est très valorisant et rassurant pour celui qui est pris en charge » (D9)

«Un coup de fil me demandant si c'était d'accord pour la prise en charge, et après on m'a envoyé le dossier et j'ai vu le patient. Mais on n'a pas de transmission ni éducative ni psychologique. » (D17)

« Souvent il y a un coup de fil pour savoir si on accepte, et après ça dépend. Parfois des courriers, pas toujours… Alors après peut être que le patient n'amène pas toujours le courrier aussi, je ne sais pas. » (D4)

« Je crois que c'est la patiente qui est venue avec une ordonnance. Peut être un carnet de liaison... » (D 21)

« Un courrier ? Je ne crois pas. Y'a l'ordonnance relai. Quand on a la dose c'est déjà pas mal. » (D 24)

2 Refus de prise en charge

A la question « avez vous déjà refusé un patient adressé par ces structures ? » la quasi-totalité des médecins répondait spontanément non.

« Refusé non... Par principe je ne refuse pas de patient. » (D13)

« Ca ne me viendrait pas à l'idée de refuser. » (D 20)

Le fait d'avoir **confiance dans la structure de soins** était quelquefois cité parmi les motivations pour accepter les patients sous TSO :

« J'ai tellement confiance, je sais qu'ils ne vont pas m'envoyer des cas foireux.» (D18)

Mais parfois les médecins nuançaient leur propos :

Certains n'accepteraient plus de patients si la demande était plus importante.

« Non, en général non. Alors peut être que si ça tombait à un moment où j'en avais déjà pas mal… » (D 9)

« J'accepte, mais ce n'est pas très souvent et ça va très bien comme ça » (D 21)

« J'ai dit au Pélican « stop, stop, allez doucement » parce que je ne suis pas sûre d'être prête pour en voir plus, pour assumer … » (D11)

Cependant un certain nombre de médecins affirmait qu'ils ne refuseraient pas une prise en charge s'ils étaient le médecin traitant ou s'ils connaissaient déjà le patient.

« Si c'est mon patient non, je ne refuse pas. Ce qui serait bien c'est que les médecins généralistes s'occupent chacun de leurs patients qui ont cette problématique là » (D4)

« Non, non, c'est à double sens on va dire. Si on me demande... mais la plupart du temps c'est des patients qui sont « à moi », donc c'est rare qu'on m'envoie un pékin, simplement ou en traitement substitutif de relais ou quoi. C'est soit je les connaissais avant, soit je les ai introduits au Pélican, jamais des tout nouveaux ». (D5)

Un seul médecin refuserait catégoriquement d'assurer la suite de la prise en charge d'un patient qui ne serait pas le sien :

« Quand ce sont mes patients je ne vais pas les laisser tomber je les prendrai en charge, mais prendre des nouveaux en charge... si le Pélican m'appelle, me dit « est-ce que tu veux prendre en charge » je dirai non. » (D14)

3 Liste de Médecins

Dans le cadre de l'étude nous souhaitions savoir si les médecins désiraient la mise en place par les structures d'une liste de médecins auxquels elles pourraient envoyer préférentiellement les patients sous TSO pour continuer la prise en charge ambulatoire. Les réponses étaient assez partagées.

L'intérêt n'était clairement exprimé que par très peu de médecins. Le but pouvant être de mieux orienter les patients dans leur parcours de soins et de réduire l'errance médicale.

« Moi il me semble. Je milite pour qu'a la maternité, ils aient la liste des médecins généralistes qui suivent les grossesses, et je pense que pour ce genre de pathologies aussi » (D18)

« Une sorte de spécificité ? Oui je ne suis pas contre peut être. Ca pourrait éviter le nomadisme des patients. » (D22)

« Oui ce serait peut être mieux. Je ne sais pas s'ils ont une liste. Moi je ne me suis signalée à personne. Je n'ai pas forcément envie non plus. J'en ai quelques uns mais j'ai pas forcement envie d'en avoir beaucoup, beaucoup plus. S'il y a des problèmes de place c'est quand même plus simple pour eux » (D19)

Pour les autres médecins, n'en trouvant pas l'intérêt ou ne se prononçant pas sur le sujet, si le frein éthique était quelquefois mentionné, plusieurs interviewés définissaient un « recensement officiel » comme non nécessaire. En effet pour ces derniers, les structures avaient de toute manière connaissance des médecins plus ou moins disposés ou plus ou moins habitués au suivi de ces patients.

« Je ne sais pas, c'est par rapport aux intérêts personnels, c'est difficile d'avoir une liste de médecins. (…) Je ne sais pas j'ai pas d'idée. Déontologiquement c'est sûr que c'est difficile à résoudre. » (D6)

« Ca ne me semble pas une bonne idée de faire des listes, et puis déontologiquement je ne sais pas… » (D 18)

« Ils le savent. Ça part du Pélican vers le médecin et les médecins en envoient inversement beaucoup, donc ils savent avec qui ils ont l'habitude de travailler. » (D 14)

« De toute façon, même sans liste ils connaissent bien les médecins... Il n'y a pas de liste officielle mais de toute façon ils savent bien qui accepte ou qui n'accepte pas » (D2)

Les deux **critiques** les plus souvent retrouvées contre l'établissement d'une liste étaient d'une part la volonté de ne pas se « spécialiser » avec une part trop importante de leur patientèle sous TSO et d'autre part le fait que le médecin traitant se doit de prendre en charge tous ses patients, y compris ceux sous TSO.

« Le patient a un médecin traitant donc c'est à lui de le prendre en charge s'il est d'accord. Il y a peu de médecins traitants qui refusent de suivre leur patient. Ils vont accepter de re-prescrire les TSO, sans forcément creuser ». (D17)

Les médecins étaient globalement satisfaits du relai en ville, les réserves se situaient sur les transmissions psychologique et éducative.

Aucun des interrogés n'avait jamais refusé de patient adressé par le Pélican, le niveau de sollicitation les satisfaisait mais ils étaient nombreux à désirer qu'il n'augmente pas.

Peu de médecins étaient en faveur de l'établissement d'une liste officielle de médecins suivant les patients sous TSO, à risque de concentrer les patients chez quelques médecins « spécialisés » et allant à l'encontre de l'idée qu'ils se faisaient de la médecine générale pour la prise en charge de ces patients.

D) Patients suivis conjointement par les structures et les médecins généralistes

Souvent les patients sous TSO pris en charge en ambulatoire ne sont pas suivis uniquement par leur médecin traitant. Ils gardent des liens avec les structures de soins. Nous avons essayé de comprendre pourquoi et quels étaient les intervenants. Nous nous sommes également intéressés aux moyens de communications mis en place, à leur qualité ainsi qu'aux moyens proposés par les médecins généralistes pour les améliorer.

1 Les motifs de suivi en partenariat

La majorité des médecins interrogés ne suivaient par leurs patients seuls :

« C'est vrai que pour les patients en substitution, moi j'aime bien ne pas être tout seul. Parce que il y a un moment ou un autre où ça dérape quoi... donc je pense que ce serait pas mal justement qu'il y ait le lien obligatoire entre guillemets, avec soit le Pélican, soit quelqu'un d'autre, le réseau… » (D 4)

« Je pense que c'est important, parce qu'il n'y a pas que le sirop, parce que je pense qu'ils ont beaucoup de choses à reconstruire, que ce soit socialement, que ce soit dans la confiance en eux, que ce soit dans leur passé.. » (D11)

Mais il existait quelques **rares cas de refus du travail en partenariat**.

« Moi c'est la deuxième fois que j'essaye de travailler en réseau et je ne rentre pas dedans… Pour moi ça perd de la consistance, ça ne correspond à rien. Ca ne rentre pas dans ma façon de faire. Je ne sais pas… Du coup maintenant j'ai renoncé. Je ne suis pas faite comme ça a priori » (D21)

C'était parfois **le patient** qui ne désirait pas garder de liens avec la structure. Les raisons avancées étaient le désir de rompre avec le passé, une volonté d'anonymat, la crainte d'y rencontrer de vieilles connaissances. Peut être également le désir d'être un « patient comme les autres ».

« Tu sais y'en a plein qui veulent pas retourner au Pélican. Ils ne veulent pas revoir de veilles connaissances. Et puis tous les vendeurs sont là bas… » (D 6)

« C'est arrivé une fois car elle est tombée enceinte. C'est la seule fois. En général ils aiment bien éviter le Pélican quand même » (D 24)

« La plupart, je n'arrive pas à les faire retourner à la structure. C'est pour ça que je finis par fonctionner beaucoup avec l'hôpital. C'est plus anonyme » (D4)

« Il y en a qui s'en vont du Pélican parce qu'ils en ont marre aussi » (D17)

« Refus d'aller au Pélican aussi, parce que il va retrouver dans la salle d'attente tous ses bons copains qu'il ne veut plus revoir… qui étaient d'excellents dealers et qui le sont à priori toujours. Donc c'était un moyen de ne pas retourner au Pélican parce que c'est un moyen de rompre avec le passé. » (D13)

2 Les intervenants du suivi

Dans la plupart des cas la structure de soins s'occupait de la **prise en charge psychologique ou sociale.**

« Un problème social et psycho, et le Pélican l'a repris en charge parce que moi ici je ne pouvais plus rien faire… je veux dire il y avait tellement de problèmes psy par derrière que c'était plus mon boulot. » (D16)

« Ils continuent à être suivis au niveau psychologique, régulièrement, au Pélican » (D11)

Un **suivi médical** était aussi régulièrement évoqué. Soit pour adapter spécifiquement les traitements substitutifs, soit pour des causes médicales plus variées.

« Oui, là elle a eu un rendez vous pour la diminution des doses de méthadone » (D 8)

« Je pense qu'on en a deux ou trois qui sont suivis à l'hôpital, mais pas au Pélican justement. Suivis une fois par mois surtout pour des problèmes d'hépatite C. » (D 4)

« C'est arrivé une fois car elle est tombée enceinte ». (D 19)

3 Les consultations conjointes et le suivi systématique

La réalisation des consultations conjointes, des réunions de concertation semblait peu adaptable à la pratique des médecins généralistes, qui pour la plupart y opposaient la contrainte du

temps et la difficulté à réunir aux mêmes lieu et moment les différents intervenants d'une prise en charge.

« Réunion en cas de problème, c'est difficile à gérer. Parce que pour réunir tout le monde à la même heure, enfin… c'est très difficile. » (D4)

Pour les professionnels de structure, cette difficulté semblait mal comprise et, peut être, nourrie par l'ignorance qu'avaient les médecins des possibilités d'adaptation des membres de l'équipe à leur exercice, et de rémunération de ces temps de travail hors cabinet (de périodicité très faible).

Pour la plupart des médecins interrogés, **le caractère annuel et systématique de réévaluation** par la structure n'était pas justifié, le suivi devant s'adapter au cas par cas selon les difficultés identifiées par le médecin.

« Systématiquement on ne fait jamais rien de bien. C'est pas adapté, ça coûte des sous et c'est pas rentable. Oui, il vaut mieux que ce soit du cas par cas. » (D13)

Un médecin cependant se disait en faveur de telles réévaluations, ceci même en l'absence de difficultés décelées au cabinet, au même titre que tout patient suivi au long cours pour une pathologie chronique.

« Je trouve que c'est bien qu'il y ait une autre évaluation, dans toutes les pathologies chroniques tu prends une certaine habitude. C'est pas mal qu'il y ait un regard extérieur qui soit là et qui peut être, décèle des choses que toi tu n'a pas vues. Comme un mec qui a une pathologie cardiaque, un diabète, même sans avoir un problème majeur » (D18)

Un médecin évoquait la place possible du **réseau** pour la coordination de réunions pluridisciplinaires regroupant les acteurs de la prise en charge en relai de ville.

« Je pense que quand il y a des gros problèmes, une réunion de concertation ça peut être intéressant sauf que je sais pas si c'est le Pélican qui doit être le centre ou si c'est plutôt le réseau qui doit coordonner ça. Quand il y a un problème, c'est souvent un problème que le médecin rencontre, que le pharmacien rencontre, et du coup regrouper tout le monde (…) le RESADH c'est une de ses fonctions de se déplacer, de coordonner entre les gens. » (D17)

De nombreux médecins généralistes avaient des patients poursuivant un suivi plus ou moins régulier au Pélican sur les plans psychologique ou médical.

Ce suivi au Pélican pouvait être refusé par le patient qui désirait rompre avec la structure.

La mise en place de consultations conjointes ou de réévaluations systématiques n'était pas souhaitée par la plupart des médecins, respectivement pour des raisons de temps et d'inadaptation à leur pratique.

Le réseau était cité comme possiblement facilitateur de la concertation avec le médecin généraliste.

4 La communication avec les structures

La communication s'effectuait principalement par courrier ou par téléphone. Un certain nombre se déclarait satisfait par la qualité de la communication.

« C'est bien fait, ils ont un compte rendu avec toutes les consultations, donc une fiche de synthèse informatique qui se fait, et il y a la lettre manuelle de relais pharmaceutique » (D 22)

« Elle est suffisante. Et puis je sais que je peux les appeler en cas de besoin. » (D 7)

« Cordiale, ça se passe très bien ». (D 14)

D'autres opinions étaient plus nuancées, voire franchement négatives. Les médecins situaient surtout **les carences d'information sur les plans paramédicaux**, tout en comprenant qu'il était difficile de partager des éléments détaillés sur le plan psychologique en particulier.

« Donc c'est vrai que la communication avec les gens elle est bonne, maintenant ce qui s'y fait, ce qui s'y passe, c'est vrai qu'honnêtement c'est un peu une vaste nébuleuse hein... on sait pas comment ça fonctionne. » (D15)

« Honnêtement non. Il faut que je téléphone, que je me renseigne mais autrement des lettres, des choses comme ça non. C'est vrai que ce patient pendant six mois je n'ai pas eu de nouvelles, je me demandais où il était passé. » (D16)

« C'est dommage on a que la parole du patient et pas du tout des spécialistes. On pourrait appeler c'est sûr, mais le temps d'avoir le médecin qui l'a vu au téléphone... » (D7)

(Sur le suivi psychologique) « Je comprends pourquoi ils ne communiquent pas, dans certains cas, par éthique générale, mais certaines fois c'est extrêmement ennuyeux (...) Un résumé de ce qui a été fait au départ, et de ce qui devrait être continué, je pense que ça rentre dans le suivi global. Savoir tout ce qui a été fait, et tout ce qu'il faut continuer » (D6)

Nombreux étaient les généralistes souhaitant **une communication plus étroite** avec les structures afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

« Je pense que les questions de communication c'est un gros problème pour la médecine générale, en général. Avec tous les spécialistes, avec les structures hospitalières, avec des courriers qui nous parviennent très tardivement, ce n'est pas spécifique à ce genre de pathologies. Maintenant c'est vrai que dans ce genre de pathologies, à moins de suivre beaucoup de patients et d'avoir vraiment l'habitude, on est plus démuni que devant d'autres choses pour lesquelles on a vraiment l'habitude, et là c'est vrai que des courriers rapides, savoir quand ils ont changé quelque chose, quand ils ont quelque chose en vue, ça serait bien. » (D6)

« Ça manque. Je ne sais pas s'il a été vu avant ou pas, s'il rencontre des psychologues, combien de fois et si ça s'est arrêté depuis quand. Avoir un petit résumé du suivi psychologique ça pourrait être intéressant, sans avoir le détail mais au moins savoir si ça vaudrait le coup de relancer un suivi psychologique ou éducatif, s'il y avait des problèmes particuliers à gérer » (D17)

« Je pense que ce serait bien, en ce qui me concerne moi, qu'il y ait une collaboration peut être plus étroite. » (D18)

« Mais ce serait bien, ne serait-ce que pour connaitre la structure. Il y a certainement un décalage avec la vision qu'en a le patient. Ca permettrait aussi de savoir comment ils fonctionnent et ce qu'ils ont prévu pour le patient » (D8)

La nécessité de travailler davantage en **réseau** était plusieurs fois évoquée.

« Il faudrait pouvoir organiser un suivi similaire mais hors de la structure, en ville. Créer un réseau… » (D 11)

« Ouais, qui n'ont pas envie parce qu'il y a trop de mauvais souvenirs, un peu difficiles, et parce que effectivement ils rencontrent des toxicos là bas (…) Alors, pourquoi pas prévoir une structure en post sevrage et.. pour les personnes qui sont équilibrées, qui ont juste besoin d'un suivi autre que... enfin… différencier un petit peu l'aigu du chronique.. du chronique stabilisé et de l'aigu où... on prend en charge toute la misère du monde (…) Une autre structure type réseau pourquoi pas éventuellement… rencontrer les mêmes personnes mais dans un cadre différent. » (D13)

« Je pense que ce serait bien, en ce qui me concerne moi, qu'il y ait une collaboration peut être plus étroite. Le mieux ce serait que les gens soient intégrés dans le RESADH, rencontrent les gens du RESADH en partant du Pélican. Sur le dernier mois de suivi, qu'ils aient déjà une rencontre avec le ou la psychologue local qui va les suivre, d'Aix ou de St Jean de Maurienne, qu'ils aient des rendez vous, pour que comme ça le relai se fasse dans de meilleurs conditions et qu'on ait une meilleure prise en charge à la sortie. » (D17)

Interrogés sur **les moyens de communication** qu'ils considéraient les plus efficaces, les médecins étaient partagés. Ils souhaitaient souvent une communication plus régulière par courrier, téléphone et/ou courrier électronique.

« Je sais que je peux les joindre par téléphone à tout moment. C'est important, on se sent moins seul » (D 11)

« Par mail ça serait pas mal. C'est vrai qu'on le fait avec certains spécialistes. Ca n'encombre pas la consultation, on peut le faire entre deux. Le problème c'est que ce n'est pas sécurisé mais ça pourrait être bien à mettre en place. » (D19)

« Le coup de fil est très chronophage, on croule un peu. Je pense que si j'avais des soucis j'aurais appelé moi. Je n'ai jamais eu besoin. Je dirais que le courrier ou le mail c'est très bien. » (D22)

« On pourrait appeler c'est sûr, mais le temps d'avoir le médecin qui l'a vu au téléphone…». (D 16)

La notion **d'absence de sécurisation du courrier électronique** était présentée par un médecin comme un faux problème, puisque le courrier papier et les fax n'étaient pas non plus sécurisés.

« Mais à la limite, le courrier il n'est pas sécurisé non plus, c'est ça que je trouve aberrant. Le fax il n'est pas sécurisé, la feuille de fax elle atterrit on ne sait pas où, et qui est ce qui tombe dessus on ne sait pas. Moi ça me paraît aberrant cette histoire. Des mails on en fait beaucoup… » (D4)

Les **réunions de concertation** étaient évoquées à plusieurs reprises. Elles étaient désirées par différents médecins mais avec la crainte qu'elles prennent trop de temps ou soient trop complexes à organiser.

« Il faudrait peut être des réunions comme avec le RESADH pour certains patients pour faire le point. Ca m'est arrivé d'être convié par le CMP à des réunions mais je n'ai pas pu y aller. C'est vrai ce n'est pas commode à organiser. » (D19)

« Les réunions de concertations c'est intéressant. Maintenant en médecine générale c'est assez difficile de se dégager du temps. Je vais de temps en temps au CHS pour certains de mes patients, c'est toujours des réunions qui sont en milieu de demi journée et bloquent absolument tout, c'est extrêmement difficile d'y assister. On essaie de le faire mais s'il y en a plusieurs dans la semaine ça ne marche plus ». (D6)

De nombreux médecins constataient que la communication avec les structures gagnerait à être améliorée pour les patients suivis conjointement.

Ils regrettaient souvent le peu d'information qu'ils obtenaient sur le suivi psychologique.

Les solutions semblaient difficiles à identifier, le temps et la réalisabilité restant encore les premiers obstacles quel que soit le mode de communication envisagé.

Les réunions de concertation, dont l'intérêt était reconnu, semblaient difficiles à organiser.

IV. **DISCUSSION**

IV.1 Validité de l'étude

A) <u>Le choix de la méthode</u>

Certaines « tendances » de perceptions, d'opinions, de pratiques semblaient affleurer à la lecture des entretiens, en fonction de critères d'âge, de sexe, de durée d'installation, de zone géographique, de formation aux TSO des médecins interrogés.

Une approche qualitative ne nous permettait pas de vérifier ces orientations observées, d'en rechercher, affirmer ou infirmer la significativité. Seule une approche quantitative aurait pu mener à ce type d'analyse.

<u>Une approche quantitative</u> sur l'ensemble du pays savoyard aurait nécessité :

- **L'établissement d'un questionnaire** distribuable à un grand nombre de médecins, dont les réponses auraient été fermées pour obtenir des mesures quantifiables selon les critères observés. Or, ces questions auraient été élaborées selon notre point de vue ou avec l'aide d'un nombre très restreint de médecins spécialisés en addictologie et de généralistes, pour des raisons de faisabilité. Sa pertinence pour apprécier les positions à grande échelle d'une population de médecins généralistes aurait été discutable puisque ne correspondant pas forcément à leurs préoccupations et à leur pratique de terrain.

- **L'envoi de ce questionnaire** dans un second temps à un nombre conséquent de médecins généralistes, le recueil puis l'analyse des données obtenues. Ce travail aurait été long et fastidieux

- **Un découpage cartographique** précis des structures spécialisées sur le territoire savoyard. En effet, en fonction de la situation géographique des médecins, les ressources varient :

    - **En terme de distance**, donnée d'une grande importance prévisible pour analyser les caractéristiques de pratiques et de liens des médecins interrogés.
    - **En terme de fonctions**, de personnel disponible, de type de structures (centres, antennes, professionnels de réseaux), qui conditionnent aussi probablement l'attitude des médecins.

Ces deux critères seraient entrés en ligne de compte au stade de l'analyse des résultats qui aurait gagné en complexité.

- **La comparaison de l'échantillon** à la population des médecins généralistes de Savoie selon les critères déjà évoqués, afin d'en vérifier la représentativité. En ce qui concerne le nombre de patients sous TSO suivis, cette donnée n'aurait pas été disponible à l'échelle départementale.

Cette approche ne nous aurait pas donné un accès direct à l'expérience, au vécu et aux ressentis des médecins concernés.

Les données obtenues à partir d'un questionnaire directif, quelle que soit l'exhaustivité que nous aurions cherché à atteindre, auraient été orientées par notre perception propre, non forcément adaptée à

l'exercice des médecins. Les questions auraient pu laisser de côté un certain nombre de notions non envisagées par les chercheurs.

Le matériau recueilli aurait manqué de détails et de diversité et, sorti de son contexte et en l'absence du reste du discours, risquait d'être d'interprétation difficile.

Nous avons ainsi opté pour une approche qualitative.

B) Les forces de notre étude

Notre thèse étudiait une situation spécifique de la médecine générale. Le médecin généraliste est l'acteur au long cours de la prise en charge globale de patients sous TSO, et de la mise en relation avec les structures spécialisées.

A notre connaissance, il s'agissait du premier travail élaboré sur les relations entre médecins généralistes et structures spécialisées pour le suivi de ces patients. Dans le champ d'exercice des médecins généralistes, certaines études réalisées portaient sur le mésusage des TSO en médecine générale ou les difficultés de prise en charge de ces patients en ambulatoire.

Les médecins se sont **exprimés de manière libre** sur leur exercice. Cela nous a permis de connaître en détails leurs motivations, leurs fonctionnements, leurs difficultés et leur vécu.

L'objectif était de faire **le point sur les pratiques** des médecins, **leurs perceptions,** de détecter des besoins d'interaction avec les structures. Nous cherchions à faire émerger de nouvelles idées et de nouvelles hypothèses permettant de comprendre le cadre relationnel entre les médecins généralistes et les structures.

Il ne s'agissait pas de connaître les caractéristiques de la population, de mesurer les opinions majoritaires ou d'étudier les déterminants sociodémographiques des pratiques et des représentations mais de recueillir des **témoignages détaillés et individualisés** afin de comprendre les logiques qui sous-tendaient les pratiques.

Nous avons utilisé l'entretien semi directif, qui permet d'entrer dans le champ des représentations et des pratiques individuelles. Il permet de formaliser et de systématiser la collecte des données et de constituer un corpus de données homogènes rendant possible une étude comparative des entretiens. ***(22)***

Le guide d'entretien permettait au chercheur de s'assurer que les thèmes prévus étaient bien abordés. **C'était un outil souple et flexible**, qui pouvait être adapté pendant le déroulement de l'entretien afin de tenir compte du discours du répondant.

L'intervention de deux chercheurs pour la réalisation des entretiens, et la mise à disposition pour chacun de l'intégralité du verbatim recueilli, permettait le croisement des données tant au niveau de leur obtention que de leur analyse.

L'absence de données de la littérature sur le lien entre médecins généralistes et structures d'addictologie permettait d'aborder le sujet avec un « œil neuf », en minimisant l'impact de données préalablement répertoriées sur le choix des thèmes abordés et en évitant aux chercheurs d'être influencés par la quête de résultats superposables à ceux d'études antérieures.

C) Les faiblesses de notre étude

1 D'une manière générale

« La principale limite des approches qualitatives tient à la ***généralisation à une société*** entière des observations portant sur un nombre limité d'individus. Toute généralisation de type statistique est, bien sûr, impossible, les échantillons étant trop restreints et n'étant pas représentatifs » ***(22)***

Un second biais de la méthode qualitative est celui induit par la **subjectivité de l'interviewer** au moment de la réalisation des entretiens. De par sa documentation, ses connaissances, sa personnalité et sa sensibilité, celui-ci a des opinions, des sentiments et des présuppositions sur le sujet abordé.

Adopter une attitude non directive est très complexe. Se centrer sur l'interviewé exige une attention soutenue et la maîtrise de ses propres réactions. Il n'est pas aisé de ne rien laisser paraître de ses propres associations d'idée et, d'une manière générale, de ses propres pensées et sentiments. ***(22)***

Par ailleurs, les données recueillies au cours d'un entretien correspondent à un **moment donné,** à l'état d'esprit du répondant au temps de l'entrevue.

2 Concernant notre recherche

Sur le plan technique, quelques parties des enregistrements n'ont pu être retranscrites car inaudibles. Cela représentait moins d'une minute au total, sur plus de dix heures d'enregistrement.

Un biais important était le fait que **tous les entretiens n'étaient pas menés par le même interviewer.** Malgré la concertation préalable pour l'établissement du guide d'entretien et la réalisation commune des entretiens tests, la personnalité de chaque interviewer était susceptible de moduler l'interaction entre l'enquêteur et le répondant au cours des entretiens en « tête à tête ». On pouvait supposer que, selon l'enquêteur présent et la sensibilité du répondant à l'influence de l'interviewer, le dialogue puisse s'engager avec plus ou moins de facilité ou de tabous.

Ce biais d'étude pouvait néanmoins être considéré comme force, puisque permettant de croiser les données provenant des deux enquêteurs et de minimiser l'impact de la subjectivité de chacun sur le déroulement des entretiens.

Les interviewers n'avaient par ailleurs pas de **formation à l'entretien exploratoire**, qui nécessite un savoir-faire.

Le guide d'entretien a été adapté au fur et à mesure de la réalisation, retranscription et analyse longitudinale des interviews. **Les entretiens n'ayant pu être réalisés parallèlement par les deux enquêteurs** pour des contraintes d'emploi du temps (décalage d'un mois entre les séries d'entretiens de chacun des enquêteurs), cette adaptation n'a pu se faire par une réflexion commune.

Notre recherche aurait sans doute gagné en validité scientifique par une description plus détaillée de la démarche de recherche à ses différentes étapes et par l'élaboration d'un canevas d'entretiens plus rigoureux, modifié de manière conjointe. La reproduction dans le recueil des données s'en serait trouvée facilitée.

Par ailleurs, les entretiens « urbains » et « ruraux » ne se sont pas répartis également entre les deux enquêteurs. Compte tenu de l'absence d'analyse des résultats selon des caractéristiques géographiques, l'impact de ce biais pouvait être considéré comme mineur.

La validité interne *(d'une enquête qualitative)****, suivant la définition classique « (…) réside essentiellement dans la justesse et la pertinence du lien établi entre les observations empiriques et leur interprétation »***

Les partisans de la recherche qualitative assurent habituellement la justesse et la pertinence de ce lien en« restituant au sens sa place centrale dans l'analyse des phénomènes humains, par la prise en considération du rôle de la subjectivité dans l'action humaine et de la complexité des influences qu'elle subit en contexte naturel » (23)

Cette étude portait sur un petit nombre de cas. Les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des médecins suivant des patients sous TSO. Ce n'était pas le but de notre travail.

Ce travail de recherche pourrait être la partie préparatoire d'une étude quantitative secondaire.

IV.2 Lecture critique des résultats

A) La population des médecins généralistes

1 Profil des médecins interrogés

Un point fort de notre étude était l'obtention de profils diversifiés en termes d'âge, sexe, durée d'installation, zone et mode d'exercice.

Le milieu rural et semi rural étaient cependant minoritairement représentés, le médecin le plus éloigné du centre chambérien exerçait sur Yenne (30 min de Chambéry).

Critères d'exclusion :

Nous n'avons volontairement pas interrogé de médecins ne suivant aucun patient sous TSO ou n'en ayant jamais suivi par le passé. Il s'en est trouvé deux seulement lors de nos premiers contacts téléphoniques, que nous n'avons pas retenus. Les raisons de non suivi de patients sous TSO ne faisaient pas l'objet de notre recherche, et étaient par ailleurs développées dans des études antérieures.

De même, les médecins remplaçants n'ont pas été sollicités. L'absence de suivi prolongé dans la grande majorité des cas, est très probablement à l'origine de divergences de pratique sur plusieurs points :

- De manière évidente, le médecin remplaçant prend part de manière ponctuelle à un suivi chronique qu'il n'a pas mis en route. Son implication ne peut être celle du médecin traitant.
- En ce qui concerne les patients connus du cabinet, la marge de manœuvre personnelle du médecin est susceptible d'être réduite, le praticien calquant son attitude sur la pratique du médecin du cabinet. Le médecin remplaçant n'ayant généralement pas un recul suffisant sur l'historique de la démarche de soins de chaque patient sous TSO, il peut lui être difficile, à l'occasion d'un renouvellement, de modifier le degré de souplesse du cadre fixé.
- N'étant pas soumis durablement aux conséquences d'un « dépannage » occasionnel, on peut se demander si cette pratique serait plus répandue.
- Enfin, il est reconnu par plusieurs médecins installés interrogés que l'intervention d'un remplaçant au sein du cabinet motive fréquemment des consultations « tests » de patients toxicomanes, tentant d'obtenir ce que le médecin habituel ne leur délivrerait pas.

2 Le médecin généraliste et le patient sous TSO : pratique et place du médecin

En ce qui concernait le type de TSO prescrit, le fait que la majorité des médecins interrogés ait eu une pratique des deux traitements était un point fort.

Sur le nombre de patients sous TSO suivis par les médecins, nous avons là encore pu nous entretenir avec des médecins aux pratiques variées, bien que la plupart des médecins interrogés ait assuré le suivi de moins de cinq patients, mais ce qui correspond à la moyenne des médecins généralistes en France. (Selon des données les plus récentes de l'OFDT, 75 % des médecins ne suivraient qu'un seul patient sous MSO, ce qui confirmait les résultats d'études antérieures – ***(10, p 110)***)

Rares étaient les médecins à primo prescrire la BHD au cabinet et à engager véritablement un traitement de substitution en libéral malgré l'accès direct rendu possible par l'AMM, contrairement à la méthadone.

Pour la majorité des médecins, ne primo prescrivant jamais ou très rarement, cette possibilité de délivrance pouvait être occasionnellement utilisée pour un dépannage chez un patient en manque dont l'ordonnance n'était pas disponible, ou un patient « de passage ».

Les quelques médecins initiant des traitements en médecine libérale étaient surtout des médecins formés au suivi de patients sous TSO et rompus au travail avec les structures spécialisées.

D'autre types de médecins paraissent susceptibles d'avoir plus fréquemment recours à la primo prescription :

- ceux suivant une patientèle très marginalisée, dont le suivi a échoué avec d'autre médecins et/ou au sein des structures spécialisées (un médecin interrogé entrait dans ce cas de figure)
- les médecins de zone rurale isolée, dont les patients peuvent avoir plus difficilement accès aux structures pour des raisons de distance.

La volonté de ne pas primo prescrire de TSO en libéral semblait garantir aux nombreux médecins faisant ce choix l'absence de recrutement de patients trop marginalisés ou non adaptés à un cadre de suivi très balisé. Le médecin s'assurant ainsi d'initier la prise en charge en structure (et donc de ne pas être seul pour la prise en charge ultérieure si le patient revient, l'interlocuteur spécialisé faisant déjà partie de l'environnement médico-social du patient), ou, en cas de refus de la structure par le patient, de ne pas assurer le suivi d'un patient qui refuserait ce cadre structurel et pluridisciplinaire.

En ce qui concerne la notion de **« spécialisation au suivi de patients sous TSO »,** que nombre de médecins considéraient comme non souhaitable : on constate qu'un très petit nombre de médecins aura une file active importante de patients sous TSO, nettement au dessus de la moyenne de la profession, suggérant comme il fut constaté lors d'études antérieures que la majorité des patients est suivie par une minorité des médecins prescripteurs ***(24 et 25)***. Ainsi l'on verra malgré tout des médecins se « spécialisant » dans la prise en charge de patients sous TSO, sous réserve de la signification précise à donner à cette expression, que nous n'avions pas fait préciser au cours de nos entretiens. Il nous apparaît comme qualifiant des médecins généralistes assurant peut être le suivi de patients réputés « plus difficiles », plus sujets aux dérapages et mésusages, et dont la confrontation peut se révéler problématique avec le médecin « tout venant » peu aguerri à l'approche comportementale des patients toxicomanes.

« Ici (…) vous avez Mr V. qui en fait beaucoup donc du coup je pense que c'est vers lui qu'ils se dirigent la plupart du temps et Mr B. qui en fait beaucoup. Donc moi je n'en recrute aucun. » (D14)

Nous avons peu interrogé de médecins correspondant à ces critères. Leur cadre de prise en charge est-il « plus souple », moins contraignant pour les patients ?

« Nous l'objectif qu'on s'était donné, c'est que le maximum de médecins généralistes prennent en charge peu de toxicomanes chacun. Qu'on ne soit pas dans des spécialistes de toxicomanie, même s'il y en a quelques uns qui... et finalement ça se passe pas si mal je pense. Alors l'inconvénient de ça, c'est effectivement, si on en a un ou deux, ben on n'est pas très à l'aise dès que ça dérape un peu, bien sûr. » (S)

Le **suivi antérieur au cabinet,** la connaissance antérieure du patient par le médecin, étaient considérés comme facilitateurs pour la prise en charge : il apparaît évident qu'en cas d'exclusivité, ce critère réduira grandement la patientèle sous TSO du médecin. Un bon nombre de ces patients ont « bougé » au cours de leur parcours de vie, n'ont pas de médecin traitant dans le secteur, voire pas de médecin traitant du tout, sont en marge d'un suivi médical régulier dont la mise en place fait partie des objectifs de prise en charge dans le cadre de rétablissement de liens pérennes de l'individu avec son environnement. Mais il faut reconnaître que, si cette condition était reconnue comme aidant à la prise de contact avec le patient, rares étaient les médecins qui la considéraient indispensables.

3 L'ambivalence des médecins

Ressortait de manière frappante de cette partie de l'étude, la contradiction entre l'opinion fortement exprimée que la prise en charge de patients sous TSO était du ressort de la médecine générale, et le « peu d'intérêt » porté par la majorité des médecins à ce type de suivi.

La notion de rôle central du médecin généraliste était largement répandue au cours de notre enquête, ce qui dénotait une évolution majeure de point de vue des médecins généralistes sur leur pratique, si l'on se réfère à une étude réalisée en 1994 (avant l'obtention d'AMM des TSO), chez 150 médecins généralistes dont **les deux tiers étaient plutôt réticents à la mise en place des TSO dans le cadre de leur exercice.** ***(26)*** Il est à noter qu'à l'époque, 25 % des médecins contactés avaient refusé de participer à l'étude, incluant certainement des médecins refusant les prises en charge.

Cependant cette opinion semblait se heurter à un obstacle de taille : la réticence au suivi de ces patients nourrie par les apriorismes, eux-mêmes renforcés par de premières expériences peu

engageantes, le tout étant majoré par le sentiment de manque de compétence corrélé à celui d'une formation insuffisante.

Tout au long de nos entretiens, cette contradiction semblait rejoindre celle qui caractérisait le ressenti des médecins généralistes envers ces patients, alternant entre le rôle de soignant du patient toxicomane, souffrant de dépendance, et la crainte de perte de maîtrise de sa capacité d'agir et décider au sein d'une relation duelle complexe avec le toxicomane, personnage de l'imaginaire collectif.

*« On a peur du toxicomane parce qu'on a **tous l'imaginaire de ce que ça peut être. Et on n'est pas totalement dans le faux.** » (D17)*

Au cours des entrevues, cette ambivalence de perception et de ressenti se faisait l'écho de **l'ambivalence du patient lui-même dans sa présentation**: d'une part sujet « attachant, touchant », au vécu perçu ou imaginé comme particulièrement difficile et semé d'embûches, titillant la fibre humaniste du médecin…d'autre part sujet décrit comme fréquemment manipulateur, marginal, se jouant du cadre légal comme de toute tentative de structuration de son environnement, éveillant chez le médecin la méfiance et la volonté d'auto-préservation devant le risque de débordement et de déstabilisation du soignant dans sa compétence médicale.

Des premières expériences négatives venaient souvent renforcer cette vision du toxicomane comme individu s'interposant entre le médecin et l'exercice de sa fonction, de son art médical.

« Les premières rencontres peuvent dans de nombreux cas être vécues comme conflictuelles. Ce vécu risque de perdurer tant que, dans ce face à face, le professionnel est « le prescripteur » (et non le médecin) et le patient « le toxicomane » (et non le toxicomane donné, puis un patient donné) » (4, p 116)

Ces premières rencontres, si elles laissaient toujours un souvenir marquant, résonnaient différemment d'un médecin à l'autre et ne façonnaient pas de manière identique leur attitude ultérieure.

Si elles pouvaient pour certains être le moteur d'un désir d'approfondissement des connaissances sur le sujet, dans un objectif d'acquisition de compétences les rendant plus aptes à faire face à ce type de situation par la suite, d'autres médecins visaient plutôt à limiter au maximum leur patientèle toxicomane.

Ainsi l'imposition **d'un cadre de suivi initial très rigide**, pouvait être considérée comme une voie de sélection d'un certain type de patients toxicomanes. Les quelques médecins qui avaient cette pratique étaient ceux n'ayant qu'un seul patient, adressé par la structure et considéré (par les médecins eux-mêmes) comme « facile », présélectionné en quelque sorte. On peut considérer que l'établissement de règles très strictes dès le départ sélectionne des patients déjà adaptés à une prise en charge très cadrée en ambulatoire, ce qui ne correspond qu'à peu de patients toxicomanes en début de démarche de soins. L'un des objectifs du travail relationnel étant de faire évoluer la demande du patient dans le sens d'une structuration plus aboutie des différents aspects de son cadre de vie… tout en respectant cette demande et le seuil accessible au patient, le rythme de son appropriation.

4 La formation des médecins

« C'est bien parce que la demande du toxicomane, adressée au médecin, est conjointe à celle de la drogue que le praticien convoqué doit être à l'aise avec sa conception de la toxicomanie et en particulier avec la place et l'apport du médecin généraliste dans les attentes du toxicomane dans sa vie en général » (12)

Le sentiment de manque de compétence, nous l'avons vu, était présent chez de nombreux médecins interrogés, et corrélé à celui d'une formation lacunaire en ce domaine.

Ce constat est loin d'être nouveau :

Dans le rapport 2011 de l'OFDT on peut ainsi lire : ***« La prescription de MSO est en effet actuellement une pratique répandue mais une part non négligeable de médecins ne dispose pour autant pas d'une grande expérience de cette pratique et le déplorent . L'importance de la formation médicale (…) a d'ailleurs plusieurs fois été démontrée dans diverses études et travaux » (10, p 110)***

Pour l'HAS :

Une formation au service de la qualité des soins doit permettre aux professionnels de santé de :

- prendre en compte la souffrance et la détresse des usagers de drogues
- acquérir l'assurance et le recul nécessaires à la gestion d'une relation thérapeutique à long terme, soumise à des enjeux forts : pressions, crises, ruptures, répétitions, etc.
- prendre en compte les problématiques particulières, médicales, psychiques, relationnelles ou culturelles qui sous-tendent les conduites addictives ou qui en découlent, pour aider plus efficacement les patients
- proposer aux patients les soins les plus appropriés ou les adresser à des collègues plus spécialisés.

Ces propositions concernent surtout la formation des médecins généralistes qui se retrouvent « en première ligne » de la prescription des TSO.

*« La possibilité pour un généraliste de prendre en charge un toxicomane ne fait pas l'unanimité, et la grande majorité des médecins considèrent qu'ils ne sont pas formés à la prise en charge des toxicomanes, même lorsqu'ils ont suivi des formations sur le sujet » **(26)***

Plusieurs médecins parlaient de « formation sur le tas ». Il nous semble que dans ce contexte, **il reste difficile de se former par sa propre et seule expérience**, entre autres parce que, ainsi que le signalaient certains interrogés, l'exposition à ces patients reste minoritaire au sein de la pratique habituelle de médecine générale… De nombreux propos recueillis nourrissaient l'idée qu'appréhender une personne souffrant de toxicomanie ne s'improvise pas.

« Ça s'apprend pas que sur le tas, sûrement pas » (D16)

L'avis était répandu qu'une **formation spécifique** serait intéressante pour aider les praticiens dans la prise en charge, en particulier sur le volet comportemental, à la base de l'appréhension que suscitent les patients toxicomanes. Mais pour autant, l'obstacle du temps reste difficile à contourner…

La formation est chronophage. De nombreux médecins insistaient sur l'inadéquation entre le temps de formation et le nombre de patients toxicomanes suivis. Il s'agit d'un cercle vicieux… le patient toxicomane est difficile à prendre en charge, les médecins ne sont pas formés pour ça. Une prise en charge globale nécessite sans doute une formation spécifique si le médecin ne veut pas se cantonner au rang de prescripteur. **En l'absence de formation, le sentiment de manque de compétence renforce la réticence à prendre en charge de nouveaux patients sous TSO.**

« C'est intéressant parce que c'est déjà ce qu'on entendait il y a 15 ans : alors je ne veux pas, si je suis formé, qu'on m'en envoie trop, et en même temps effectivement s'il n'y en a pas beaucoup, pourquoi investir dans une formation, c'est toute la journée, alors que s'il y en a un de temps en temps. Sur le VIH c'était typique ça. Et c'est vrai que ce sont des arguments… sauf que si on n'est pas à l'aise, c'est un peu embêtant parce qu'on est en position difficile. » (S)

Ainsi que le relevait une présentation sur la formation en addictologie des médecins généralistes lyonnais, issue d'une thèse de 2006 de médecine générale:

« La principale barrière à la formation en addictologie des médecins semble être **la persistance de représentations négatives** : (…) **fausses représentations dans l'esprit des médecins auxquels n'ont pas été donnés les moyens de dépasser leurs préjugés et craintes,** et qui évitent donc de s'occuper des problèmes d'addictions aux substances psychoactives et **ne se forment pas sur le sujet**. » ***(27)***

« Une optimisation de la prise en charge des patients "addictés" passera par une meilleure formation des professionnels de santé, elle-même induite par une représentation plus juste et plus positive de l'addictologie et des patients relevant de cette discipline. » ***(27)***

Un biais de notre étude était qu'elle interrogeait surtout des médecins de plus de cinquante ans, n'ayant bénéficié d'aucune formation initiale au cours de leur cursus médical, sortis de leur internat avant l'avènement des TSO.

Pour autant, le sentiment éprouvé de compétence des quelques jeunes installés interviewés ne divergeait pas de celui de leurs aînés.

D'où l'importance que revêt, à nos yeux, **la <u>formation initiale</u>** pour sensibiliser les jeunes médecins à la complexité de ce suivi, leur permettre de se sentir mieux armés pour faire face à des situations aisément déstabilisantes susceptibles de réduire leur intérêt dans ce domaine, conforter leur statut de médecin fort de son savoir médical mis à mal par la relation inversée que peut induire le patient toxicomane.

« Les toxicomanes possèdent un certain savoir, celui de l'éprouvé, mais ce n'est pas un savoir scientifique, et surtout pas le seul savoir » (4)

B) Les liens entre les médecins généralistes et les structures spécialisées

1 La connaissance des structures

Nous avons rapidement constaté que les médecins connaissaient quasi exclusivement le Pélican, et interagissaient avec cette seule structure. Notre étude se trouvait ainsi être une enquête sur le lien entre les médecins généralistes et le Pélican…

Nous reviendrons plus loin sur les autres structures, peu citées par les médecins.

2 Les motifs d'orientation

Le principal motif d'orientation en structure pour les médecins était la recherche d'un cadre de prise en charge, stabilisateur et structurant, compliqué à mettre en place en médecine libérale. Cet adressage initial permettait une évaluation globale de la trajectoire et de l'état de santé du patient, en faisant appel à des intervenants spécialisés travaillant en équipe (médecin, infirmier, éducateur, psychologue, assistante sociale). Y était associée la volonté de ne pas se retrouver seul pour cette prise en charge.

Le mésusage était également très cité, ainsi que les manipulations des produits de substitution.

Ces motifs d'adressage faisaient logiquement écho aux difficultés rencontrées par les médecins, point développé dans la première partie d'analyse des résultats.

Du point de vue des professionnels de structure, on notait une certaine correspondance sur ces motifs d'adressage: il était surtout sujet de contextes de **dégradation de suivi**, nécessitant effectivement la remise en place plus ferme de ce cadre se délitant.

« Ca peut arriver en primo prescription, mais souvent c'est parce que la situation se dégrade et il y a un mésusage de Subutex qui est fait, ou alors après il y a le relais méthadone sirop-méthadone gélules aussi, mais c'est souvent parce qu'il y a une dégradation du suivi et que du coup le médecin pense qu'il faut une ***reprise en charge d'une équipe pluridisciplinaire.*** *»*

« ***C'est pas des refus de soins c'est plutôt « on vous l'adresse parce que il y a besoin d'un étayage, d'un accompagnement*** *plus important que seulement le médecin » »*

« La spécificité du coup du CSAPA, qui est demandée c'est vraiment ***de stabiliser le traitement.*** *» (S)*

3 La place des médecins généralistes par rapport aux structures

Ici encore, les médecins et les structures s'accordaient sur leur point de vue. Les médecins généralistes se positionnant le plus souvent en relai de la structure, une fois le patient stabilisé. La prise en charge initiale par la structure permettant de sélectionner des patients dont la pérennité de la démarche de soins avait été éprouvée par une équipe spécialisée pluridisciplinaire ayant pu étayer le contexte social, professionnel, psychologique, éducatif du patient.

4 Le mode d'adressage aux structures

Un biais de notre enquête était que la question des modalités d'adressage en structure ne figurait pas dans les items d'entretiens. Le sujet a cependant été abordé par plusieurs médecins, et la question avait été posée aux professionnels de structure. C'est pourquoi nous le faisons figurer dans la discussion, avec la réserve qui s'impose compte tenu de la faible proportion de généralistes y ayant répondu.

Selon les professionnels de structure, les courriers d'adressage de médecins étaient « exceptionnels », le lien étant généralement fait par le patient lorsque celui-ci déclarait venir sur conseil de son médecin. Les courriers circonstanciés étaient plus fréquemment obtenus de la part de médecins faisant partie du réseau d'addictologie.

Les appels téléphoniques semblaient également peu fréquents, contrairement à ce que laissaient entrevoir les entretiens.

« Prendre contact devant lui, avec lui (le patient), est également très facilitant » ***(4, p 166)***

Il était cependant relevé que peu de patients venaient sur orientation du médecin traitant. Les raisons en étaient surtout l'absence de médecin traitant et l'absence d'évocation du problème toxicomaniaque par le patient avec le « médecin de famille », qui ne revêtait pas aux yeux des patients l'anonymat de la structure.

5 Interlocuteurs souhaités

L'interrogation des médecins à ce sujet faisait apparaître dans la plupart des cas **l'absence de préférence** sur le statut du professionnel de structure qui leur répondrait. Cette notion, qui paraissait interprétable comme témoignant d'une **confiance générale du médecin envers les professionnels de la structure,** quelle que soit leur fonction, n'était pas toujours perçue de la même manière par ces derniers.

L'absence de demande d'un contact médical spécifique pouvait parfois être considérée comme une demande en urgence d'intervention de la structure, sans identification précise du problème posé

« Si ils faisaient ça systématiquement je dirais aussi que c'est dommage, mais ce que je veux dire par là c'est que du coup on ne sait pas trop quelle est la demande, souvent c'est des demandes en

urgence (…) donc c'est plus un étayage en urgence qu'une réflexion plus aboutie sur le projet de soin.» (S)

6 Le délai de prise en charge par la structure

On pouvait relever dans les réponses à cette question, non seulement une divergence entre les points de vue des médecins interrogés, mais également une divergence entre la perception du délai de prise en charge par le médecin et par le patient. Le temps du patient n'étant pas forcément celui du médecin dans ce contexte…

Ainsi que le rapportaient des médecins, s'il n'y a pas d'urgence médicale à l'instauration ou à la modification d'une substitution, il peut y avoir, fréquemment, urgence de la demande de la part du patient.

C'est ce qui peut désemparer le médecin, faisant face à un patient incapable de temporiser, de différer, attendant du médecin un acte magique pour soulager son manque, répondre à une situation qui ne lui est subitement plus supportable… attendant du médecin qu'il se révèle tout puissant comme le fut le produit.

« Le toxicomane demande des actes, et non des mots, et sous le sceau de l'urgence » (4, p 117)

7 Les modalités de relais en médecine de ville

L'étape du relai en ville semblait pour les médecins particulièrement importante, car **moment clé dans la continuité de la démarche de soins,** temps de la transmission entre l'équipe structurelle et le médecin généraliste.

Les modalités du relai différaient selon les médecins interrogés (infirmière accompagnatrice, courrier détaillé ou appel téléphonique et prescription initiale) et semblaient surtout varier en fonction de l'ancienneté du médecin dans la prise en charge de patients sous TSO. La pratique des professionnels étant connue de la structure, le relai s'adaptait en fonction des habitudes du médecin ou de son « noviciat » en la matière.

Les médecins dont le patient venait accompagné d'une infirmière pour la première consultation de relai, jugeaient cette démarche particulièrement bénéfique et appréciée car symbolisant de manière très concrète cette transmission, sécurisante pour le patient et le médecin, créant un climat de confiance pour la suite de la prise en charge.

Que cet accompagnement de première consultation soit réalisé ou non (il est difficile de le mettre en place systématiquement !), **il paraissait essentiel aux yeux de nombreux praticiens que le patient ait notion du partenariat entre le médecin et les professionnels de la structure, en tant qu'élément structurant, porteur, sécurisant.**

En ce qui concernait **l'accompagnement physique de première consultation,** réalisé majoritairement par une infirmière de structure, les professionnels de structure nous disaient le proposer autant que possible dans les limites de disponibilité, et en particulier en cas de relai vers un médecin ayant peu l'habitude de la prise en charge de patients sous TSO. Dans ce cas de figure il permettait, outre le relai du dossier du patient, de présenter la structure au médecin, de faire le point sur ses éventuelles

questions au sujet du traitement et de suivi, et de rassurer le médecin sur une situation à laquelle il n'était pas aguerri.

Ainsi que les entretiens avec les médecins nous le suggéraient, **les refus de prise en charge en médecine de ville étaient exceptionnels** du point de vue de la structure, quelle que soit l'ancienneté du médecin (avec le biais que les quelques médecins refusant ce type de prise en charge étaient connus de la structure et n'étaient plus sollicités).

8 Le suivi conjoint

« Si un relai est effectué auprès d'un médecin de ville après initialisation en CSST ou en établissement de santé, un échange régulier d'informations est utile, surtout dans le cas où le médecin généraliste souhaite poursuivre la prescription du MSO sans s'engager dans la prise en charge psychosociale, qui est alors poursuivie par le CSST ou l'établissement. » (6, p21)

Si la communication était jugée satisfaisante dans l'ensemble, certains interviewés se déclarant même pleinement satisfaits, les médecins exprimaient fréquemment le **souhait d'un partage d'information plus étoffé et plus systématique** concernant en particulier les suivis psychologique, social, parfois éducatif.

Les médecins interrogés comprenaient qu'il n'y ait pas de compte rendu psychologique détaillé, mais certains exprimaient le regret de ne pas disposer d'éléments pouvant les aider à mieux comprendre le fonctionnement de leur patient. Ainsi que décrit au cours de notre étude, c'était surtout dans le domaine de l'approche comportementale que les médecins disaient se sentir démunis.

La notion même de l'existence d'un suivi conjoint en structure n'était pas connue de manière certaine pour un grand nombre de médecins, qui vérifiaient sur leurs dossiers, au cours de l'entrevue, s'ils avaient des courriers.

Par ailleurs, les patients pour lesquels le maintien d'un suivi pluridisciplinaire semblait particulièrement nécessaire, étaient ceux susceptibles de poser le plus de problèmes au médecin généraliste... donc pour lesquels la communication entre le médecin et les professionnels de structure s'avérait d'autant plus précieuse.

« En gros quand le patient est moteur et qu'il veut voir l'éducateur et le psychologue, le problème il est minime pour nous. Parce que le patient va prendre ses rendez vous, il va voir. Ceux qui sont fuyants, sur lesquels nous il faudrait qu'on travaille vraiment pour les inciter à le faire, c'est sur ceux là qu'on aurait besoin de transmission. » (D17)

La communication avec les structures était souvent présentée comme améliorable, sans que les médecins ne parviennent à identifier un mode de communication plus avantageux que les autres en terme de faisabilité. On décryptait parfois une certaine fatalité dans ce constat.

« La nécessité d'un travail de partenariat avec les acteurs du dispositif spécialisé impose encore d'être présent aux temps et aux lieux de contact ou de réflexion des autres intervenants. Or,

ceci est par contre inhabituel pour le généraliste et se heurte aux inconvénients liés au caractère individuel de son exercice. » (12)

Le courrier et les réunions de concertation étaient chronophages, le téléphone pouvait être un bon moyen d'obtenir rapidement et directement des informations mais se heurtait à la disponibilité de l'interlocuteur et ne résolvait pas le problème du manque de lien avec les professionnels paramédicaux. Il nous semble également pouvoir poser un problème en termes de traçabilité de l'information recueillie dans le dossier du patient.

Le courrier électronique semblait avoir des bénéfices en termes de rapidité d'interaction et s'adapter à l'indisponibilité immédiate de l'interlocuteur. La non existence d'un réseau sécurisé était qualifiée de « faux problème » par un médecin, puisque cet obstacle existait également pour tout courrier postal.

<u>En miroir, le point de vue des structures :</u>

Au sujet du suivi psychologique, social ou éducatif, le contact avec le médecin n'était pas fait systématiquement au cours du suivi, mais seulement en cas de problème. Au moment du relai en ville, la notion de poursuite d'un suivi spécifique figurait sur le courrier de transmission.

Cependant les professionnels de structure regrettaient pour leur part que les médecins n'appellent pas pour prendre des nouvelles de patients adressés…

« Moi ce que je trouve dommage, c'est que très souvent, c'est pas que pour les médecins c'est un peu pour tous les professionnels qui nous orientent des personnes, c'est que effectivement du coup c'est eux qui ont une demande pour le patient, donc du coup qui les orientent, mais qu'après ils ne se mettent pas forcément en contact avec nous, pour savoir comment ça se passe, où ça en est, comment ça avance » (S)

« C'est un vrai travail et une vraie débauche d'énergie, hein, le partenariat et le travail en relai mais … sur lequel on devrait investir, on gagnerait certainement plus de temps et d'efficience à mon avis, mais c'est vrai que ça prend du temps. » (S)

Le relai du patient en médecine de ville et le partenariat entre le médecin et la structure semblaient soulever plusieurs questions :

- Le travail en partenariat questionne la notion de **secret professionnel partagé**. Lorsqu'il est pris en charge dans la structure, le patient sait que les informations le concernant seront partagées par les membres de l'équipe, permettant ainsi à chaque intervenant d'avoir accès aux différentes clés de compréhension de sa situation pour lui proposer l'accompagnement le plus personnalisé et adapté possible.

    - Que devient cet élément du contrat de soins lors du relai en ville ? Quelle est la place du médecin généraliste par rapport à ce secret professionnel partagé, qui peut déjà poser question au sein de la structure, elle-même rompue à la culture du travail en pluridisciplinarité ?

    - « Le partenariat correspond à ce dont on a besoin autour d'un patient donné, à un moment donné, impliquant une connaissance partagée du patient et de son intérêt »

« Il questionne donc le secret professionnel et son partage avec l'accord du patient. Il faut être vigilant à dévoiler ce qui doit l'être et uniquement ce qui doit l'être » ***(4, p 163 et 165)***

« Se souvenir que la règle du secret a été conçue dans l'intérêt légitime du patient et du citoyen concerné, ce qui doit rester l'ultime repère des professionnels » (28, p 576)

- Certains médecins évoquaient le risque d'être cantonnés au rôle de **« médecin prescripteur »**. Cette position de « relai de prescription » en ville, pourrait être renforcée par la méconnaissance du contexte de vie et de suivi du patient, d'autant plus que le praticien n'était pas auparavant le médecin traitant du patient. Ce dernier peut d'ailleurs partager ce sentiment.

    - Le patient a progressivement établi des liens avec le médecin et les autres professionnels de structure, au cours d'un travail long et rapproché. Il y a ses repères, connaît les membres de l'équipe et est connu d'eux. La refondation d'un nouveau lien médecin-patient en cabinet de ville demande de recommencer cette étape. Il se pourrait que dans certains cas, le médecin puisse ressentir des difficultés à s'impliquer dans un suivi complexe et débuté de longue date dont il peut se sentir en marge, à s'« immiscer » dans la vie du patient que ce dernier a déjà longuement évoquée lors de son passage en structure.

    « En plus souvent ça les fatigue parce que s'ils sortent du Pélican ils ont déjà raconté toute leur histoire ça leur a coûté, il faut raconter de nouveau l'histoire.. » (D14)

    « Moi je connais pas leur histoire parce que je pense qu'ils l'ont largement racontée là bas et petit à petit, des bribes reviennent et je les laisse venir, je veux dire je vais pas mener une enquête (…) là bas ils connaissent leur histoire, et que donc ils parlent librement. Je sais que là bas ils peuvent le faire (…) Moi je leur ai dis, hein, « je sais que vous êtes suivi là bas mais je suis maintenant aussi votre médecin, donc, d'abord on peut parler d'autre chose, c'est important aussi, et puis on peut discuter de vos problèmes, de comment vous le vivez » (D11)

    - Le médecin généraliste qui « prend la suite » peut manquer d'éléments pour appréhender de manière globale la situation de son patient. Le recours à la structure en cas de difficulté ne risque t-il pas alors d'être plus rapide ? Le médecin généraliste est il alors le mieux armé pour faire face aux difficultés d'un patient qu'il connaît peu, et qui connaît bien mieux les intervenants de la structure ? Serait-ce une des raisons pour lesquelles il peut paraître aux professionnels de structure que le médecin « appelle à l'aide » sans avoir pu cerner de manière plus précise la nature du problème ?

      « Parce qu'en fait, eux passent en gros d'une prise en charge à trois (médecin éducateur, psychologue) et nous on doit tout coordonner du coup si on a pas d'élément, on peut pas faire la suite ni le relais, ni réorienter. Ni repousser pour voir s'il y a des problèmes qu'on n'a pas vus. » (D17)

- D'un autre point de vue, cet « œil neuf » peut pour certains patients être perçu comme une étape « bénéfique », un redémarrage puisque offrant la possibilité de nouer une relation médecin-patient nouvelle, lui permettant de quitter le cadre structurel pour se retrouver un patient comme un autre, en médecine de ville.

    « Soit ça les angoisse trop de revenir à la structure, parce que ça leur rappelle trop de mauvais souvenirs et de galères, soit c'est pour éviter aussi de rencontrer des gens qui se soignent et qui pourraient … voilà des anciennes connaissances, … et puis ils n'ont pas

envie de revivre un mauvais film quoi, pour certains ; Ils veulent tourner la page, comme ils disent tous. » (S)

9 Les autres structures

Elles étaient très rarement citées par les médecins.

Le pôle Toxicomanie relié au service de maladies infectieuses était **peu contacté de manière directe par les médecins.** Le basculement était souvent fait par le Pélican (patients avec des comorbidités, échec de prise en charge au Pélican et/ou en ville, absence de droits sociaux, personnes en situation irrégulière...)

Y sont suivis de manière exclusive certains patients sous TSO « non basculables » en médecine de ville, considérés comme trop instables, dont le comportement rendrait la prise en charge extrêmement compliquée en cabinet libéral (à hauteur d'une vingtaine de patients sous méthadone ou BHD).

Les hospitalisations pour initialisation de Méthadone chez des patients ne pouvant se rendre quotidiennement en centre, et pour les sevrages de TSO ou de toxique associé, font partie de leurs spécificités. Très peu de médecins généralistes cependant nous ont parlé d'adressage direct à l'hôpital pour ce type de demande.

De même, peu de médecins interagissaient directement avec les médecins hospitaliers.

Certains patients cependant y sont suivis de manière conjointe avec le médecin traitant, que ce soit pour un « simple » suivi de TSO ou dans un contexte infectieux associé (Hépatites surtout, VIH).

L'intervention de **professionnels travaillant en même temps au sein du Pélican et du pôle hospitalier** (médecin et assistante sociale) était un critère facilitant les bascules de patients entre les deux structures en fonction du type de suivi semblant le plus adapté à chaque patient.

Le Réseau

Selon les dernières recommandations 2004 de l'HAS pour la prise en charge de patients dépendants aux opiacés ***(6, p22)*** :

« Les réseaux de santé représentent le cadre idéal d'une prise en charge globale multidisciplinaire. La promotion des réseaux de santé, dans le cadre de la prise en charge des TSO en particulier et de la prise en charge de l'addiction en général, doit être la plus large possible. Une couverture de tout le territoire serait souhaitable pour favoriser une égalité d'accès aux TSO. Dans ce cadre, la diffusion du dossier médical partagé facilitera la prise en charge. »

Dans notre étude, **Le RESADH** était **très peu connu et sollicité** pour son offre de soins aux médecins suivant des patients sous TSO, pourtant différente et complémentaire de celle du Pélican.

Les médecins qui connaissaient le réseau avaient surtout notion de son offre de soins pour la prise en charge de patients dépendants au tabac, à l'alcool ou au cannabis.

En miroir, le point de vue des structures

Chez les professionnels du réseau interrogés, on relevait une certaine amertume dans le constat que les médecins généralistes n'avaient pas intégré le réseau à leur pratique depuis sa création en 2008.

« C'était notre parti pris depuis le début, on n'est pas une institution de prise en charge. L'idée c'était de proposer le dispositif et que, nous ce qu'on pouvait espérer c'est que les professionnels l'intègrent en particulier les médecins, et qu'ils le relaient, qu'ils le proposent aux patients. Finalement ce n'est qu'une minorité… »

« C'est-à-dire qu'il ne faut pas attendre d'inclusion spontanée, enfin de proposition du dispositif, ça c'est dommage. Alors qu'au début, il y a quatre ans, on se serait dit ils vont comprendre, c'est quand même vachement intéressant… »

« C'est une des limites aussi des réseaux de santé, c'est une expérimentation de service public. Enfin c'est notre parti, on va tâcher d'inclure ce dispositif dans le droit commun. » (S)

Ses services semblent pourtant particulièrement s'adapter à certaines situations:

- **En cas de difficulté d'accès au centre spécialisé** : isolement géographique du médecin et/ou du patient, patient pour lequel les trajets sur Chambéry fréquents sont compliqués pour des raisons pratiques (locomotion) ou de contexte professionnel (reprise de travail, horaires de la structure non adaptés) ou familial
- **En cas de refus ou d'une réticence par le patient** d'un retour vers la structure (sur la prise en charge initiale, ou après prise en charge initiale en structure) pour différents motifs présentés dans l'analyse des résultats : crainte de revoir de vieilles connaissances, volonté de tourner la page, caractère stigmatisant du suivi en structure.

De par son mode de fonctionnement, le réseau organise véritablement **le suivi autour du médecin généraliste**, d'avantage qu'un suivi en alternance entre les professionnels spécialisés et le médecin. La mobilisation des professionnels intervenant dans le suivi du patient se faisant sur un même périmètre, le réseau a ainsi la possibilité de les réunir au sein de la maison du réseau aussi bien que dans le cabinet du généraliste en cas de besoin.

Lors de l'entretien avec des membres du réseau, le principal bénéfice de ce mode de fonctionnement était de créer un lien entre le médecin généraliste et les professionnels de son secteur de soins autour du patient (infirmiers, éducateur, psychologue), susceptible par la suite de se pérenniser (ceci également au bénéfice d'autres patients que ceux suivis pour TSO).

Le médecin se trouve alors au cœur de la prise en charge pluridisciplinaire, tout en ayant la possibilité de recourir à des référents spécialisés du réseau en cas de nécessité.

Les professionnels du réseau définissaient son rôle en tant que ***catalyseur du lien entre les différents intervenants.***

Un bémol paraissait être l'absence de place dévolue aux acteurs socio-éducatifs dans le « listing » du réseau.

« Autour de ces structures gravite beaucoup de monde qu'ils n'ont pas envie de revoir. Le problème et que une fois en ville ils aiment bien y rester. Il faudrait pouvoir organiser un suivi similaire mais hors de la structure, en ville. J'ai ré adressé une jeune fille au Pélican pour une rechute mais très vite son souhait était de revenir en ville car il y a plus de place, on est moins rigide

que la structure. La structure est utile pour mettre en place la régularité. Une fois que la régularité est obtenue c'est à nous de garder le lien. Et ça c'est plus facile en ville. » (D24)

L'auteur d'une thèse de 2010 envisageait ainsi une piste de réponse aux demandes des médecins de formation, d'accès spécialisé et de communication avec les structures :

« L'organisation de réseaux peut rompre l'isolement des médecins et favoriser la prise en charge des patients. Son organisation peut demander un investissement personnel important (…) Une configuration moins contraignante pourrait néanmoins être développée. Il s'agit des « microstructures » dont le principe est la venue régulière au cabinet du médecin d'intervenants psycho-sociaux d'un centre spécialisé. » ***(29, p 53)***

Ce mode de fonctionnement nous semble exiger certains prérequis :

- **Une stabilisation suffisante du patient** dans son suivi pour adopter cette démarche ambulatoire. Pour que le suivi en ville soit suffisamment efficace, le patient doit lui-même être constant dans son soin.
  Les patients les plus marginalisés, pour lesquels la structuration est difficile, ou les patients ne s'étant pas encore suffisamment approprié leur démarche de soin, ne nous paraissent pas prêts pour ce « seuil » d'exigence. La souplesse induite par ce fonctionnement peut ne pas correspondre à un patient ayant encore besoin d'un cadre très ferme. Certains médecins évoquaient ainsi le caractère rassurant de l'unité de lieu de la structure pour des patients fragiles.
- **La volonté du médecin généraliste** de s'impliquer dans ce type de fonctionnement, d'interagir directement avec les différents acteurs de cette prise en charge pluridisciplinaire tout au long du -long- suivi du patient sous TSO. Ce qui peut sous entendre une certaine assurance du médecin en ses capacités à coordonner ce suivi…

Les médecins de ville semblaient au final peu demandeurs dans la plupart des cas d'un autre type de suivi que celui effectué, mais travaillaient à proximité du centre spécialisé, avec des patients logeant majoritairement en ville.

Cependant pour leurs patients les plus réticents à poursuivre un suivi pluridisciplinaire en structure, l'idée du réseau leur semblait intéressante.

Un médecin évoquait la difficulté qu'il pouvait rencontrer à faire adopter à des patients, sortis du Pélican, le relai de prise en charge par le réseau quand il le jugeait nécessaire. Il pointait en particulier **l'absence de relai interprofessionnel et administratif** entre les structures, pour des patients qui pourraient justifier d'une prise en charge de ce type lors de leur sortie en ville. Le patient ne connaissant pas cette autre structure, et « libéré » de son contrat de prise en charge pluridisciplinaire au sein de la structure, était alors difficile à motiver pour accepter ce suivi. La lourdeur administrative (remplissage d'un nouveau dossier pour un patient déjà connu du secteur spécialisé) incombant au médecin et au patient s'ajoutait aux obstacles.

« En pratique, la grosse difficulté c'est que les gens sortent du Pélican sans avoir grandement entendu parler du RESADH et que du coup ils arrivent ici, nous on leur parle du RESADH, ils ne sont pas super motivés et du coup ça devient compliqué. »

«En tout cas que ce soit une partie du contrat, parce qu'on est toujours dans les contrats avec le patient,(...) et l'idée elle serait de dire « ok on vous adresse au généraliste et puis il va vous prendre en charge avec le RESADH » (D17)

Un autre médecin faisait part de difficultés de ce type :

« … et du coup après, elle ne voulait pas retourner là bas. Elle ne voulait pas retourner voir un psychologue qu'elle ne connaissait pas au Pélican. Donc elle souhaitait plutôt avoir un suivi en ville. (…) Ça a été compliqué en plus parce qu'elle faisait pas partie du réseau… je ne comprends pas bien les liens entre les deux, du réseau et du Pélican… donc du coup il a fallu la faire re-rentrer dans le réseau pour qu'elle ait des séances de psychothérapie… ses dix séances gratuites là… » (D15)

L'intérêt d'un travail en réseau semblerait encore d'avantage pouvoir trouver sa place pour les médecins travaillant en zone rurale.

***« On est là pour donner une articulation**, plusieurs portes d'entrées possibles en fonction des personnes, de leur histoire » « Le but c'est de réorienter pour que quelqu'un puisse se stabiliser au meilleur endroit …et pas la patate chaude. »*

*« **L'objectif c'est qu'on multiplie les portes d'entrées. Plus il y a de portes d'entrées, plus ça correspond à certaines personnes qui vont pouvoir enclencher quelque chose. »** (S)*

10 Le rôle de formation des structures

« C'est donc aux réseaux et structures de communiquer autant que possible sur le terrain en s'invitant aux réunions de FMC » ***(29, p 46)***

Les structures ont un rôle de formation des professionnels. Elles semblent s'en être emparé.

Malheureusement, bien que l'intérêt de la formation spécifique soit reconnu par les médecins généralistes désirant approfondir leurs connaissances dans le champ de la prise en charge des patients sous TSO, le faible taux de participation à certaines réunions de formation pouvait décourager les professionnels de structure d'en organiser de nouvelles.

« Ça dépendait, on a fait ça deux ans, on avait entre 4 et 10 médecins (…) ça s'est dégradé, enfin altéré, par faute de combattants hein… très clairement » (S)

Nous avons déjà abordé les freins à la formation secondaire des médecins.

De nouvelles perspectives s'ouvrent cependant qui viennent offrir aux structures la possibilité de mener à bien cette mission de formation des médecins, par le développement de stages en troisième cycle des études médicales, auxquels les internes répondent très positivement et avec une demande croissante.

Souhaitons que l'accès à ce terrain d'apprentissage en pluridisciplinarité se démocratise, au même titre que le sont les services hospitaliers, au fonctionnement pourtant plus éloigné de notre exercice ambulatoire ultérieur. Le problème du financement de ces pôles d'enseignement pourrait malheureusement s'opposer à cette évolution souhaitable, et souhaitée par les jeunes médecins…

IV.3 Synthèse

« Collaborer avec les autres soignants, pour harmoniser les pratiques et améliorer la sécurité des soins, est essentiel. Développer de telles synergies est indispensable et justifie des efforts pour dépasser certains obstacles ou certaines difficultés d'organisation. » (28, p600)

Le but de notre enquête était d'interroger des médecins généralistes sur leur façon de travailler avec les structures de soins de leur secteur et sur le retentissement de cette intervention spécialisée sur leur pratique.

A partir de vingt-quatre entretiens exploratoires avec des médecins généralistes des bassins chambérien et aixois, de profils diversifiés, nous avons pu réaliser une étude qualitative et descriptive de ces modes d'interactions, des points de vue des praticiens et de leurs attentes.

De cet exercice devenu pour les généralistes indissociable de leur pratique, il ressortait des difficultés rendant le recours aux structures spécialisées indispensable à un moment donné de la prise en charge. Dans notre étude, la structure recours était le centre spécialisé dans la très grande majorité des cas.

Pour la grande majorité des médecins, ce relai se situait au tout début de la démarche de soins, afin de permettre une évaluation globale et la pose d'un cadre de suivi, étapes indispensables et difficilement réalisables dans de bonnes conditions au cabinet de ville. Le praticien prenant la suite de la structure une fois le patient stabilisé, si sa situation le permettait. Les intervenants spécialisés restaient un recours en cas de nécessité ressentie par le patient et/ou le médecin.

Parmi les difficultés exprimées par les médecins, l'approche comportementale au sein de la relation duelle prenait souvent le pas sur le maniement des thérapeutiques. En ce domaine la plupart d'entre eux se sentaient peu compétents et peu formés, et préféraient alors faire appel à des professionnels habitués aux patients toxicomanes.

Pour autant, la formation complémentaire des médecins voulue par l'HAS dans le cadre de la promotion de la qualité des pratiques professionnelles, se heurte à plusieurs obstacles :

- La majorité des médecins généralistes, dont la patientèle sous TSO est très réduite, n'est pas prête à investir du temps, déjà compté, dans une formation qui concerne souvent moins de cinq patients.
- Il persiste des apriorismes et des réticences vis-à-vis de ces patients qui freinent la volonté de nombreux médecins de s'engager d'avantage dans le domaine de la toxicomanie.

Si les médecins se disaient globalement satisfaits de la communication avec la structure, certains points étaient soumis à réserve :

- Les délais de prise en charge étaient parfois perçus comme trop longs devant l'urgence de la demande du patient devant laquelle de nombreux médecins se trouvaient démunis, dans un contexte de rareté de la primo prescription en ville.
- Le partage d'informations de manière générale, et sur les plans psychologique et éducatif en particulier, faisait souvent défaut pour la prise en charge globale lorsque le patient était sorti de la structure.

- La participation aux réunions de concertation avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge, dont l'intérêt n'était pas nié, était majoritairement perçue comme trop chronophage.

Par ailleurs, il était étonnant de constater la méconnaissance de l'existence du réseau d'addictologie par la grande majorité des médecins, et quand il était connu, des possibilités qu'il offrait dans la coordination pluridisciplinaire autour du généraliste et le soutien de sa pratique pour la prise en charge des patients dépendants aux opiacés.

Dans le même temps, ses fonctions nous semblaient insuffisamment utilisées par rapport à certaines situations qui semblaient d'avantage trouver leur résolution dans le cadre d'un réseau que dans un cadre structurel.

IV.4 Perspectives de recherche

Plusieurs travaux pourraient découler de notre étude :

- Il conviendrait d'interroger les professionnels de structure de manière plus approfondie et rigoureuse sur leurs pratiques et leurs points de vue.
- L'opinion et le vécu des patients sous TSO seraient indéniablement très intéressants à prendre en compte au sein de ce triptyque.
- Une enquête quantitative sur une population large de médecins permettrait de cibler plus finement les pratiques, besoins, attentes en fonction des critères géographiques notamment, de sexe, d'ancienneté d'installation.

IV.5 Implications pratiques de notre thèse

Le travail en partenariat n'est pas inné pour les généralistes, plus habitués à un exercice « solitaire ». Il ne peut cependant se réduire à la simple alternance entre un suivi monodisciplinaire et un suivi pluridisciplinaire.

La communication est affaire d'échange. Il est certain qu'elle implique une volonté des deux parties de la faire vivre, et de produire des efforts, ou du moins une intention en ce sens.

Cependant il paraît plus difficile d'initier un changement de sujets épars, à la pratique essentiellement individuelle et sans lien direct les uns avec les autres, que d'un groupe d'individus en connexion permanente et reliant ces sujets entre eux. Il nous semble ainsi que les professionnels de structures seraient les mieux placés pour faire évoluer cet état, de par leur statut de relai incontournable des médecins généralistes et par leurs connaissances et compétences dans le domaine de la toxicomanie.

Pour les patients suivis conjointement par le médecin généraliste et la structure, l'envoi d'un courrier synthétique de manière périodique, même en l'absence d'évènement majeur, permettrait le maintien

d'un lien avec le praticien libéral et à celui-ci de se sentir plus impliqué au sein de ce travail partenarial. Cette démarche aurait probablement tendance à inciter les médecins à faire de même en retour. Le contenu de ces transmissions resterait bien sûr à définir avec le patient lui-même et selon les domaines abordés, compte tenu du souci de préserver la confidentialité dans ce suivi aux multiples intervenants.

Pour un patient donné, une incitation des médecins à prendre part à des réunions de concertation pourrait passer par une information des libéraux sur les possibilités réelles d'indemnisation et d'adaptation à leur exercice en termes d'horaires et de lieu. Ces temps de rencontre entre le médecin généraliste et les autres acteurs de ce suivi complexe, bien qu'encore difficiles à organiser, paraissent d'un intérêt évident et non négligeable pour le patient comme pour le médecin.

Une meilleure intégration des réseaux de soin dans la pratique des généralistes bénéficierait d'une communication renforcée de leur part en destination des libéraux et d'une transmission d'information entre les structures spécialisées elles mêmes. Pour certains patients, le relai avec le réseau lors de la sortie du centre pourrait ainsi être établi progressivement lors des dernières étapes avant le retour en ville. Lors de cette phase décisive, il serait intéressant que le réseau puisse être conjointement présenté au médecin et au patient, peut être par l'intervention d'un de ses interlocuteurs.

La formation des jeunes médecins évolue déjà sur l'intégration de la notion de pluridisciplinarité dans leur exercice. Les modules transdisciplinaires d'apprentissage ont été introduits en 2000 au cours du second cycle, et le passage de tous les étudiants par trois années d'internat leur permet d'être confrontés de manière concrète au travail en équipe, même si leur choix ultérieur est l'installation en cabinet. L'intérêt, l'habitude et le choix du partenariat pour certaines prises en charge s'en trouveront peut être modifiés.

En ce qui concerne les compétences spécifiques en addictologie, la question de l'amélioration de la formation nous semble particulièrement aiguë concernant sa branche initiale :

- L'évolution de la formation initiale au cours du second cycle paraît indispensable. Mais les modalités de cette réalisation devront prendre en compte l'abord d'un public non encore exposé, et centré sur un apprentissage théorique en vue d'une réussite à l'Examen Classant National.

- C'est pourquoi le troisième cycle des études médicales pourrait être un terreau plus propice à la sensibilisation des jeunes médecins :

  - par le biais d'une systématisation des séminaires d'addictologie avec la participation des professionnels des structures et une approche très pratique (mises en situation, jeux de rôle, récits d'expériences..),
  - par une proposition large des formations du réseau aux internes des centres hospitaliers (soirées de formation à l'internat..),
  - par la pérennisation et l'extension de terrains de stage en milieu spécialisé lors du troisième cycle.

V. CONCLUSION

*Thèse soutenue par Mlle **Joëlle MOY** et Mr **Yann Vanlerberghe***

***Titre :** Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire. Enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie.*

Depuis l'apparition légale en France des TSO entre 1995 et 1996, la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés a considérablement évolué, ainsi que le rôle du médecin généraliste dans ce soin complexe nécessitant l'intervention pluridisciplinaire de professionnels du champ médico-socio-éducatif.

Parce que l'un des objectifs est la restauration à long terme d'un lien rompu du sujet avec son environnement médical, social, familial, professionnel, le médecin généraliste se trouve en première ligne en tant que professionnel de santé de proximité, maillon de la chaîne formée avec le dispositif spécialisé en addictologie.

Par une enquête qualitative basée sur l'interview de vingt quatre médecins des bassins chambérien et aixois, nous avons mené une étude sur les liens entre des médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie de leur secteur.

Il apparaît que :

- les structures sont un recours indispensable pour la quasi-totalité des praticiens, en particulier lors de l'initiation de la prise en charge, puis après le relai par le médecin généraliste dans le cadre d'un suivi conjoint ou épisodique en cas de difficultés.
- La communication avec les professionnels des structures est jugée globalement satisfaisante, mais les praticiens sont souvent demandeurs de liens plus étroits, en particuliers au sujet des suivis psychologiques.
- Le réseau est largement méconnu et sous-utilisé pour son aide aux médecins libéraux dans le suivi des patients sous TSO.
- Le sentiment de manque de formation et de compétence reste très répandu parmi les médecins généralistes, et semble difficilement solutionnable par la seule promotion de la formation secondaire. Les apriorismes et réticences à l'encontre de patients sous TSO persistent, renforcés par la difficulté ressentie de leur abord comportemental.

La prise en charge des patients sous TSO a néanmoins indéniablement progressé ces dernières années, et le regard des médecins évolue sur ces suivis autrefois très craints en médecine de ville.

Des pistes pour améliorer encore cette situation ne peuvent exclure le travail sur la qualité du lien entre les généralistes et les structures spécialisées et entre les structures elles-mêmes, l'intégration du travail partenarial dans la pratique des libéraux, et le renforcement de la formation des médecins à la prise en charge des patients sous TSO.

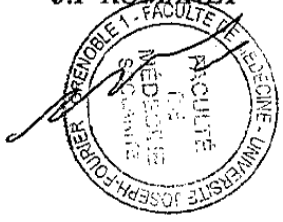
Les résultats de cette étude gagneraient à être affinés par une approche quantitative, et seraient enrichis par des enquêtes qualitatives complémentaires auprès de professionnels des structures et de patients sous TSO.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 28/09/2012

LE DOYEN

J.P ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR M DEMATTEIS



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 : Balas M.N. : Comorbidités psychiatriques : prévalence chez les toxicomanes fréquentant un centre de sois spécialisé. Le Flyer HS N°3 Vol.2, sept. 2004. Disponible sur : http://www.rvh-synergie.org/articles_comorbidite_psychiatrique.htm

2 : InVS : Rapport annuel 2009. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2010/rapport_annuel_2009/rapport_annuel_2009.pdf

3 : PESTIAUX D., VANTHUYNE D. : Médecine générale : apprendre à travailler en pluridisciplinarité. Revue Prescrire tome 32, N° 346, Août 2012 : p 635

4: GIBIER L. : Prises en charge des usagers de drogues. Rueil-Malmaison : DOIN, Collection conduites, 2002, 333 p

5: DOLE V.P. et JOSEPH H. : Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance. Annals of the New York Academy of Sciences, 1978, 311p : p 181-189

6 : HAS : Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendante des opiacés : place des traitements de substitution, textes des recommandations version longue, juin 2004, 40p

7 : Alho H., Sinclair D, Vuori E, Holopainen A. Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. Drug and Alcohol Dependence 2007: 88p ,p 75-78.

8 : Buprénorphine + Naloxone. Dépendance aux opiacés : pas de preuves d'un moindre risque d'auto-injections. Revue Prescrire n° 284, tome 27, Juin 2007 : p 405-408

9 : HAS : Commission de la transparence du 16 avril 2008. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-5344_suboxone_.pdf

10 : CANARELLI T., COQUELIN A. : Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Analyse de données de remboursement concernant un échantillon représentatif de patients en 2006 et en 2007. OFDT : 2011, 128 p

11 : AFSSAPS : Traitements substitutifs aux opiacés. Mise au point sur le bon usage de la Buprénorphine Haut Dosage. Communiqué de presse, Octobre 2011

12 : CLAUZET P.C., COQUS J.C., BINDER Ph. : Médecins généralistes et toxicomanies, qu'en attendre ?, Toxibase, 1994. Disponible sur : http://www.hopital-marmottan.fr/spip/IMG/pdf/dossier_medecins.pdf

13 : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports : CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

14 : Le Pélican : Bilan moral et d'activité 2010, 123 p

15: Réseau Addictions VIH Hépatites – Savoie. Site disponible sur : www.resadh73.fr

16 : ResAdH : Rapport d'activité 2011.Disponible sur : http://www.resadh73.fr/le-resadh-73/presentation.html

17 : TAYLOR S.J., BOGDAN R.: Introduction to qualitative research methods: The search for meanings, John Wiley, New York, 1984

18 : KAKAI H. : Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire, Université de Franche-Comté, février 2008

19 : BLANCHET A., GOTMAN A. : L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2e édition. Paris : Armand Collin, Collection 128 Sociologie, 2007 : p 126

20 : KAUFMANN JC. : L'entretien compréhensif, Paris : Nathan, 1996 : p 127

21 : AUBERT J.P. : Le Toxicomane en médecine générale : les premières consultations. La Revue du Praticien-Médecine Générale, tome 12, N° 440 novembre 1998, p 17-22 : p 18

22 : COUVREUR A., LEHUEDE F. : Essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives à partir d'un exemple : Le passage à l'euro vécu par les consommateurs. CRéDOC : Cahier de Recherche n° 176, 2002. Disponible sur : www.credoc.fr/pdf/Rech/C176.pdf

23 : LAPERRIERE A. : La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées, in J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière et al, A. Pires (Eds.): La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques (pp. 309-340), Boucherville: Gaetan Morin. 1997 : p. 384

24 : Auriacombe M., Fatséas M., Dubernet J. et al: French Field experience with Buprenorphine. The American Journal on Addictions, volume 13 (suppl 1), 2004: p 19. Disponible sur : http://www.seedwiki.com/accounts/Ekgren_Joe_Siri_13424/Auriacombe,%20et%20al,%202004.pdf

25 : Feroni I., Paraponaris A., Aubisson S. et al : Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, volume 52, Dec 2004 : P 511-522

26 : HEFEZ S. : Le médecin généraliste face au toxicomane, revue Transcriptases N°28, Septembre 1994 : p 6-8. Disponible sur : http://www.pistes.fr/transcriptases/28_515.htm (page consultée le 26 août 2012)

27 : ROUYER S. : Un point sur la formation des Médecins Généralistes en addictologie. Mise à jour Août 2011. Disponible sur : http://giara.frd.homelinux.org/index.php/component/content/article/48-2009-2010/62-rouyer-generalistes

28 : Travailler ensemble pour mieux soigner. Revue Prescrire tome 32, N° 346, Août 2012 : 79 p

29 : NEAU P. : Le médecin généraliste et le mésusage des traitements de substitution aux opiacés. Enquête auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine. Thèse de doctorat en médecine. Rennes : Université de Rennes 1, 2010, 68 p

ANNEXES

Annexe 1. **Définitions :**

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10) présente la **toxicomanie** comme la manifestation d'au moins trois des signes ci après sur une période d'un an et ayant persisté au moins un mois ou étant survenus de manière répétée.

-Un désir compulsif de consommer le produit.

-Des difficultés à contrôler la consommation.

-L'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou d'une prise de produit pour éviter un syndrome de sevrage

-Une tolérance aux effets. (Augmentation des doses pour obtenir un effet similaire).

-Un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche.

-Une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

Le DSM-IV définit **la dépendance** à une substance ainsi :

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
   a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
   b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
   a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
   b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

4) il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.

5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple fumer sans discontinuité), ou à récupérer de ses effets.

6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple poursuite de la cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

Spécifier si :

- avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c'est à dire des items 1 ou 2) ;
- sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (c'est à dire tant de l'item 1 que de l'item 2).

On distingue actuellement **3 catégories de comportement de consommation de substances psycho-actives** : le non-usage, l'usage et le mésusage.

- Non-usage : toute conduite à l'égard d'une substance psycho-active caractérisée par une absence de consommation.
- Usage : consommation d'une substance psycho-active caractérisée par l'absence de risque(s), de dommages et de dépendance.
- Mésusage : consommation d'une ou plusieurs substances psycho-actives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance ; cette catégorie se décline en 3 sous-catégories :
- l'usage à risque : consommation d'une substance psycho-active caractérisée par l'existence de risques et l'absence de dépendance et de dommages ;
- l'usage nocif : consommation d'une substance psycho-active caractérisée par l'existence de dommages et l'absence de dépendance ;
- l'usage avec dépendance : consommation d'une substance psycho-active caractérisée par l'existence d'une dépendance : perte de la maîtrise de la consommation, quels que soient la fréquence et le niveau de la consommation, et qu'il existe ou non des dommages.

ANNEXE 2. **Le tableau récapitulatif des médecins interrogés.**

MEDECIN	SEXE	AGE	LIEU D' INSTALLATION	TYPE D'EXERCICE	DUREE D'INSTALLATION	TYPE DE CABINET	NOMBRE DE PATIENTS SOUS TSO (ACTUEL)
D2	F	51	Chambéry	Urbain	23	Groupe	1
D3	H	59	Chambéry	Urbain	26	Seul	10
D4	H	49	Chambéry	Urbain	18	Seul	1
D5	H	54	Barberaz	Urbain	23	Groupe	3
D6	F	62	Bassens	Urbain	33	Seul	0
D7	H	61	Novalaise	Rural/ semi rural	21	Groupe	3
D8	F	44	Novalaise	Rural/ semi rural	3	Groupe	3
D9	H	63	Chambéry	Urbain	33	Groupe	6
D10	F	32	Chambéry	Urbain	2	Groupe	6
D11	F	46	Grésy sur Aix	Rural/ semi rural	3	Seul	2
D12	F	57	Saint Baldoph	Rural/ semi rural	23	Groupe	1
D13	H	39	Saint Alban en Leysse	Urbain	8	Groupe	1
D14	F	46	Chambéry le Haut	Urbain	14	Groupe	1
D15	F	52	Viviers du Lac	Urbain	19	Groupe	2
D16	H	60	Chambéry le Haut	Urbain	31	Seul	2
D17	H	33	Aix les Bains	Urbain	1	Seul	2
D18	H	63	Chambéry	Urbain	34	Groupe	0
D19	F	36	Mouxy	Rural/ semi rural	4	Groupe	6
D20	F	33	Chambéry	Urbain	3	Groupe	3
D21	F	46	La Biolle	Rural/ semi rural	20	Groupe	1
D22	H	56	Yenne	Rural/ semi rural	27	Groupe	4
D23	F	60	Montmélian	Rural/ semi rural	22	Groupe	1
D24	H	40	Chambéry le Haut	Urbain	4	Groupe	12
D25	H	58	Chambéry	Urbain	21	Seul	45

ANNEXE 3. LE GUIDE D'ENTRETIEN.

NDA : les items entre parenthèses étaient proposés en fonction des réponses données

1) PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES

► Sexe :

►Age :

►Durée d'installation :

►Année de passage de la thèse et sujet :

►Lieu d'exercice :

►Exercice seul/ en groupe (médical, pluridisciplinaire)

► **FORMATION** à la prise en charge de patients sous TSO (FI, FMC, lectures personnelles, stages d'internat…)

► **Prise en charge** de patients sous TSO ? File active ? Quels TSO ? Comment ? (en primo prescription, seulement si adressé par structure, seulement si connu du cabinet…)

Si pas de patient/ peu de patients : Pourquoi ?

(manque d'intérêt, pas de demande, sentiment de manque de formation, insécurité, sentiment de solitude pour la prise en charge, distance géographique par rapport aux structures spécialisées, suivis antérieurs décevants, échecs…)

2) LIENS AVEC LES STRUCTURES DE SOINS EN ADDICTOLOGIE

► Environnement professionnel : Connaissance des structures ? Comment ?

2-A ORIENTATION DU PATIENT :

► Adressé des patients en structure ? Comment ? Pourquoi ?

Si jamais adressé : pourquoi ?

► Contacté les structures pour autres motifs ? Demande d'avis médical pur ? Ok pour autre interlocuteur ?

► Délais de prise en charge ? Réponses satisfaisantes ?

► Recours à l'hôpital pour un patient sous TSO ? (urgences ? B7 ?) pourquoi ?

2-B RELAIS DU PATIENT EN AMBULATOIRE :

► Patients adressés par la structure ? Pourquoi ? Comment ?

► Refus de patients adressés par la structure ?

2-C « SERVICE APRES VENTE »

► Patients suivis par la structure après relais en médecine ambulatoire ? pourquoi ? (psycho, social, éducatif, pathologie organique, autre..) > Comment êtes vous au courant de ce suivi s'il est fait ? Avez-vous des contacts avec la structure au sujet de ce suivi ?

► Difficultés/ réticences pour certains patients, pour lesquels vous souhaiteriez un suivi conjoint par professionnel autre que vous même, à retourner en structure ? Pourquoi ? Quelles solutions ? (structure ambulatoire ?)

2-D COMMUNICATION GLOBALE AVEC LES STRUCTURES

► Satisfait ?

► Quelle forme de communication vous paraît la plus adaptée ? Que changer ?

► « Liste » officielle des médecins suivant les patients sous TSO ?

3) LE MEDECIN GENERALISTE ET LE PATIENT SOUS TSO

► Quel est pour vous le rôle des TSO, et l'objectif de la prise en charge des patients sous TSO ?

► Place du médecin généraliste dans leur prise en charge ?

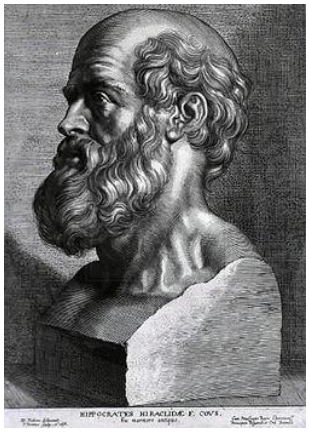
► Place des structures ?

► Si difficultés ressenties dans la prise en charge de ces patients, de quel ordre sont-elles ? (liée au comportement des patients, au sentiment de manque de compétence, au sentiment de solitude dans la prise en charge, à la crainte d'être manipulé, au contexte légal…) – proposer les items si n'apparaissent pas

Si sentiment de manque de compétence: lié à quoi ? (aspect psychologique de la prise en charge ou aspect technique ?)

► Rôle de la formation des MG dans la prise en charge des patients sous TSO ? (modifier la FI ou FMC suffisante ?)

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME DE LA THESE

Depuis l'apparition légale en France des traitements de substitution aux opiacés (TSO) entre 1995 et 1996, la prise en charge des personnes dépendantes aux opiacés a considérablement évolué, ainsi que le rôle du médecin généraliste, qui se trouve en première ligne de la chaîne formée avec le dispositif spécialisé en addictologie.

Ce travail en pluridisciplinarité et la nécessaire communication avec d'autres acteurs du champ médico-socio-éducatif, ne vont pas forcément de soi pour le praticien libéral.

Par une enquête qualitative basée sur l'interview de vingt quatre médecins des bassins chambérien et aixois, nous avons mené une étude sur les liens entre des médecins généralistes et les structures spécialisées de leur secteur.

Il apparaît que :

- les structures sont un recours indispensable pour la quasi-totalité des praticiens, en particulier lors de l'initiation de la prise en charge, puis après le relai par le médecin généraliste dans le cadre d'un suivi conjoint ou épisodique en cas de difficultés.
- La communication avec les professionnels des structures est jugée globalement satisfaisante, mais les praticiens sont souvent demandeurs de liens plus étroits, en particuliers au sujet des suivis psychologiques.
- Le réseau est largement méconnu et sous-utilisé pour son aide aux médecins libéraux dans le suivi des patients sous TSO.
- Le sentiment de manque de formation et de compétence reste très répandu parmi les médecins généralistes, et semble difficilement solutionnable par la seule promotion de la formation secondaire. Les apriorismes et réticences à l'encontre de patients sous TSO persistent, renforcés par la difficulté ressentie de leur abord comportemental.

La prise en charge des patients sous TSO a néanmoins indéniablement progressé ces dernières années, et le regard des médecins évolue sur ces suivis autrefois très craints en médecine de ville.

Des pistes pour améliorer encore cette situation ne peuvent exclure le travail sur la qualité du lien entre les généralistes et les structures spécialisées et entre les structures elles-mêmes, l'intégration du travail partenarial dans la pratique des libéraux, et le renforcement de la formation des médecins à la prise en charge des patients sous TSO.

Les résultats de cette étude gagneraient à être affinés par une approche quantitative, et seraient enrichis par des enquêtes qualitatives complémentaires auprès de professionnels des structures et de patients sous TSO.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2012

MOTS CLES : Médecine générale, Toxicomanie, Structures Spécialisées en Addictologie, Partenariat, Pluridisciplinarité

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER, GRENOBLE

UFR de Médecine

Domaine de la Merci, place Commandant Nal

38700 LA TRONCHE