



HAL
open science

Freins et leviers dans la pratique de la réduction des risques et des dommages en médecine générale lors de la prise en charge des patients consommateurs d'opioïdes en Basse-Normandie

Timothé Lemaire

► To cite this version:

Timothé Lemaire. Freins et leviers dans la pratique de la réduction des risques et des dommages en médecine générale lors de la prise en charge des patients consommateurs d'opioïdes en Basse-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03324411

HAL Id: dumas-03324411

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03324411v1>

Submitted on 23 Aug 2021

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 de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2020 / 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 27 Janvier 2021

par

M Timothé Lemaire

Né (e) le 19/04/1989 à Reims (*Marne*)

Freins et leviers dans la pratique de la Réduction Des Risques
et des Dommages en médecine générale lors de la prise en
charge des patients consommateurs d'opioïdes en basse
Normandie

Président : Monsieur le Professeur Delamillieure Pascal

Membres : Monsieur le Docteur Sainmont Nicolas

Monsieur le Docteur Pithon Anni

Madame le Docteur Le Pennec Annaïg « Directrice de thèse »

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Asseseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale

Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie

M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech.de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements :

Merci au Professeur Delamillieure d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Merci aux Docteurs Sainmont et Pithon, d'avoir accepté de participer au jury

.

Merci également au Dr. Lepennec d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, et surtout de m'avoir guidé, soutenu, encouragé, tout au long ce travail.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de participer à ces entretiens malgré leur emploi du temps chargé.

Merci à tous les Normands rencontrés pendant l'internat Valou Brazou.

Merci à Miguel colloque et compère de Cherbourg.

Merci à Lulu et Anaël pour ces moments d'externats inoubliables.

Merci à Damien pour ton amitié et tous ces moments passés. Comme dirait l'autre « Longue a été la route et longue est l'éternité ».

Merci à Manon et Émilie, pour ces souvenirs depuis Léon à aujourd'hui.

Merci à Decluche, pour ces voyages et leurs organisations.

Merci à Alain, Françoise, Pascal et Anne pour votre bienveillance et votre soutien

Merci à mes parents pour leur soutien moral et « techniques » indéfectible durant toute ces années et ce jusqu'au dernier jour.

Merci aux Auvergnats pour ces semaines montagnardes... dans les Alpes

Merci à Etienne pour le futur, et à Camille G

Enfin, merci à toi, ma moitié, pour ces moments de bonheurs, pour la vie que nous construisons chaque jour, et sans qui, cette thèse n'aurait pas été. Merci Camille < 3

Abréviations :

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DRAMES (Enquête): Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ESCPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense

FFA : Fédération Française d'Addictologie

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

MSO : Médicaments de substitution aux opiacés

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RDRD : Réduction Des Risques et des Dommages

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SPA : Substances psycho actives

Index des tableaux et figures

Tableau 1 : Outils de dépistage d'un trouble de l'usage, page 3

Tableau 2 : Les différentes catégories de substances opioïdes, page 10

Tableau 3 : Présentation des principaux modes d'absorption des substances selon les profils des usagers, page 13

Tableau 4 : Caractéristiques socio-démographiques des patients dans les CSAPA, par groupe, 2017, page 19

Tableau 5 : Synthèse des résultats d'évaluation internationale des outils de RDRD, page 26

Tableau 6 : Caractéristiques de la population, pages 33

Figure 1 : Classement des SPA par dommages induits sur l'utilisateur et l'entourage, page 9

Figure 2 : Pourcentages de décès impliquant les opioïdes parmi les études DRAMES de 2010 à 2018, page 15

Figure 3 : Nombres de décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances, page 15

Figure 4 : Condamnation pour infraction à la législation sur les stupéfiants en 2017, page 20

Figure 5 : Extrait n°1 de la branche des freins de l'arbre thématique, page 34

Figure 6 : Extrait n°2 de la branche des freins de l'arbre thématique, page 36

Figure 7 : Extrait n°3 de la branche des freins de l'arbre thématique, page 37

Figure 8 : Extrait n°1 de la branche des leviers l'arbre thématique, page 48

Figure 9 : Extrait n°2 de la branche des leviers l'arbre thématique, page 52

Figure 10 : Extrait n°3 de la branche des leviers de l'arbre thématique, page 57

Figure 11 : Branche concernant la place du médecin en addictologie de l'arbre thématique, page 60

Figure 12 : Branche des pratiques de RDRD repérées, extrait de l'arbre thématique, page 66

Sommaire

I. INTRODUCTION.....	1
A. LES USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....	1
B. LA PROBLEMATIQUE DES USAGES DE SPA EN FRANCE.....	4
1. <i>Les principales substances et consommations</i>	4
2. <i>Impacts sur la santé publique</i>	7
C. L'USAGE D'OPIOÏDES EN FRANCE.....	10
1. <i>Définition</i>	10
2. <i>Les chiffres en France</i>	11
a) Les usages en France.....	11
(1) Opioides licites.....	11
(2) Opioides illicites.....	12
(3) Les modes de consommation :.....	12
b) Les conséquences sanitaires :.....	14
c) Les conséquences sociales.....	18
D. LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES (RDRD).....	20
1. <i>Définition</i> :.....	20
2. <i>Historique</i>	22
3. <i>Efficacité de la RDRD sur les substances illicites</i>	25
E. LES ACTEURS DE L'ADDICTOLOGIE EN FRANCE.....	27
1. <i>Structures médico-sociales</i>	27
1. <i>Structures hospitalières</i>	27
2. <i>Structures libérales</i>	28
F. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE.....	28
1. <i>En addictologie</i>	28
2. <i>En RDRD</i>	29
II. MATERIELS ET METHODES :	30
A. TYPE D'ETUDE.....	30
B. GUIDE ENTRETIEN.....	30
C. POPULATION DE L'ETUDE.....	31
D. LE RECUEIL DES DONNEES.....	31
E. ANALYSE THEMATIQUE DES DONNEES.....	32
III. RESULTATS	33
A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	33
B. REPRESENTATIONS.....	34
1. <i>Freins</i>	34
a) ORGANISATIONNEL.....	34
(1) Manque de temps.....	34
(2) Structure.....	35
b) LEGISLATIF.....	36
(1) Pas d'accès à la primo-prescription de méthadone en médecine de ville.....	36
c) INDIVIDUEL.....	37
(1) Connaissance.....	37
(2) Socio-culturel.....	42
(3) Vécu des prises en charges.....	44
(4) Pratique des médecins interrogé.....	45
2. <i>Leviers</i>	48
a) ORGANISATIONNEL.....	48
(1) Pluridisciplinarité.....	48
(2) Place du médecin généraliste.....	49
b) INDIVIDUEL.....	52
(1) Pratique du médecin.....	52
(2) Culturel.....	53
c) PROPOSITION.....	57
(1) Consultation dédiée.....	57
(2) Délégation de tâches.....	58
(3) Distribution de documentations à destination des patients et des médecins.....	58
(4) Amélioration de la formation aux outils de la RDRD.....	59
C. PRATIQUE.....	60
1. <i>Place du médecin généraliste en addictologie</i>	60
a) Première Ligne.....	60
(1) Rôle : dépister, aiguiller porte d'entrée en addictologie.....	60
(2) Pour le tabac mais deuxième ligne pour les autres substances.....	61
(3) Prévention.....	61

b)	Accompagner.....	62
c)	Acceptation de la maladie.....	62
d)	Dépistage.....	62
(1)	Dépistage non systématique.....	62
(2)	Dépistage systématique.....	64
2.	<i>RDRD repéré</i>	66
a)	Substitution.....	66
(1)	Substitut nicotinique.....	66
(2)	Prescription de MSO.....	67
(3)	Primo-Prescription de MSO.....	67
b)	Entretien motivationnel.....	67
c)	Identification des risques.....	67
(1)	Liés aux dépendances et Co dépendances.....	67
(2)	Liés aux injections.....	67
(3)	Liés aux modes de vies.....	68
(4)	Liés à la vigilance et à la conduites.....	68
(5)	Sociaux.....	68
(6)	Risques liés à la poursuite de consommation en parallèle des substituts.....	68
(7)	Liés aux Mésusages.....	69
(8)	Liés aux comorbidités Psychiatriques.....	69
a)	Information.....	69
(1)	Information des risques liés à l'injection.....	69
(2)	Information sur les risques sociaux.....	69
(3)	Information sur la dépendance.....	69
(4)	Information sur les risques psychiatriques.....	70
(5)	Information sur les risques associés à la consommation de substances psychoactives.....	70
b)	Prescription vigilante d'antalgiques.....	70
c)	Avancer au rythme du patient.....	70
d)	Une prise en charge du patient dans sa globalité.....	70
(1)	Somatique.....	71
(2)	Évaluation situation sociale.....	71
(3)	Prise en charge psychiatrique ou psychologique proposée.....	72

IV. DISCUSSION.....72

A.	REPRESENTATION DE LA RDRD.....	73
1.	<i>Concernant les freins liés à leur représentation</i>	73
a)	Freins liés aux valeurs morales des médecins interrogés.....	73
b)	Image des usagers d'opioïdes.....	73
2.	<i>Concernant les leviers liés à leur représentation</i>	76
a)	Représentation de la définition et des outils.....	76
b)	Représentations de leur place dans la RDRD.....	76
B.	PRATIQUE DE LA RDRD.....	77
1.	<i>Pratique de la Réduction des Risques</i>	77
2.	<i>Concernant les freins à leur pratique</i>	79
a)	Freins liés à l'organisation.....	79
(1)	Le temps.....	79
(2)	La structure.....	79
b)	Législatif :.....	79
c)	Frein individuel.....	80
(1)	Freins liés aux connaissances.....	80
(2)	Objectif des MSO.....	81
(3)	Le dépistage non systématique des consommations d'opioïdes.....	81
(4)	Le manque d'envie.....	82
3.	<i>Concernant les leviers dans leur pratique</i>	82
a)	Organisationnel.....	82
(1)	La pluridisciplinarité.....	82
(2)	La place du médecin généraliste.....	83
(3)	Les propositions des médecins.....	83
C.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	84

V. CONCLUSION.....86

VI. BIBLIOGRAPHIE.....87

VII. ANNEXES.....93

I. Introduction

Dans ce travail, nous allons nous intéresser à la notion de Réduction Des Risques et des Dommages (RDRD) chez les consommateurs d'opioïdes par le biais des pratiques et représentations des médecins généralistes.

A. Les usages de substances psychoactives

Les substances psychoactives (SPA), définies par l'OMS (organisation mondiale de la santé) comme étant des substances légales ou non, qui altèrent ou affectent les processus mentaux ou cognitifs (1) sont susceptibles d'être consommées, comme nous le verrons plus tard, dans les sociétés humaines.

On peut noter plusieurs types d'usages de ces SPA :

- « Le non- usage » qui est l'absence de consommation de SPA
- « L'usage simple » qui est la consommation qui ne présente pas de caractère pathologique (l'usage simple n'existe pas pour les substances illicites)
- Le mésusage, qui regroupe les conduites de consommation de SPA pouvant entraîner des risques et des dommages. Ce dernier regroupe l'usage à risques, l'usage nocif et la dépendance. L'usage à risque correspond à un usage exposant à des risques de complications liés à la consommation aiguë ou chronique, mais qui ne se produisent pas forcément. L'usage nocif correspond à une consommation induisant des dommages médicaux ou sociaux sans notion de dépendance. Enfin, la dépendance correspond à l'impossibilité de se retenir de consommer (2).

Cette notion de dépendance se rapproche de celle de l'addiction, comme nous le rappelle Michel Reynaud en 2016 (3), durant l'audition publique de la Fédération Française d'Addictologie (FFA) sur la RDRD liée aux conduites addictives. Au cours de cette audition, Michel Reynaud revient sur la définition d'addiction, qui pour lui est « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne et la poursuite de ce comportement, en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ». Pour Michel Reynaud, l'addiction c'est la « concrétisation des dommages liés à la prise de risque et la poursuite du comportement malgré l'existence des dommages ». Il précise également que « tout consommateur n'est pas addict » et les conséquences néfastes des consommations ne s'arrêtent pas à l'addiction. Il est à noter que

cette définition peut concerner la consommation de SPA ou des comportements (jeux d'agent, sexe, troubles alimentaires qui ne seront pas abordés ici).

Aujourd'hui, dans les définitions internationales et notamment dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), l'addiction est intégrée dans un continuum de troubles plus ou moins importants et nous parlons de troubles de l'usage d'une substance plus ou moins sévère (4).

A titre d'exemple, voici ci-dessous une échelle d'évaluation de l'addiction à une substance, basée sur les critères du DSM-5, qui a été développée par l'équipe de Nicolas Authier.

Tableau 1 : Outils de dépistage d'un trouble de l'usage (5)

<h2 style="text-align: center; background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">ADDICTION À UNE SUBSTANCE : CRITÈRES DSM-5</h2>		
<p><i>Les questions suivantes reprennent les critères d'addiction à une substance selon le DSM-5 (alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne ...). Ces questions se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance sur une période de 12 mois. Un score de gravité peut-être calculé en fonction du nombre de symptômes présents.</i></p>		
<p>L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :</p>	Non	Oui
1 - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu		
2 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance		
3 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets		
4 - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance		
5 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison		
6 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance		
7 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance		
8 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux		
9 - 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 cette substance		
<p>10 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance 		
<p>11 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - syndrome de sevrage caractérisé à la substance - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. 		

Score <2 pas de troubles de l'usage

Score entre 2 et 3 troubles de l'usage léger

Score entre 4 et 5 troubles de l'usage modéré

Score entre >6 troubles de l'usage sévère

Comme nous venons de le voir, il existe plusieurs niveaux d'usage des SPA, allant de l'absence de trouble de l'usage, jusqu'au trouble de l'usage sévère.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'usage de ces substances et aux conséquences de leurs consommations en termes de santé publique.

B. La problématique des usages de SPA en France

1. Les principales substances et consommations

L'alcool

La consommation d'alcool est une pratique fréquente en France. En effet, 47 millions des 11-75 ans interrogés pour le baromètre santé publique France de 2017, déclarent avoir déjà consommé au moins une fois de l'alcool dans leur vie (6). Dans ce même sondage, 86,5% des 18-75 déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Chez ces mêmes personnes, 40% disent en consommer au moins une fois par semaine.

Cette consommation d'alcool est estimée à 11,7 L d'alcool pur par an et par habitant âgé de 15 ans et plus. 10% de cette même population déclarent également consommer de l'alcool quotidiennement et 16% en avoir consommé plus de 6 verres au cours d'une même occasion durant le dernier mois (7).

Le tabac

Concernant la consommation de tabac en France, le baromètre santé publique France de 2019 nous informe que 30,4% des 18-75 ans déclaraient consommer du tabac et 24% fumer quotidiennement, avec une consommation moyenne de 12,5 cigarettes, ou équivalent, par jour (8).

Médicament psychotrope

Concernant les médicaments psychotropes, nous pouvons noter qu'en 2017, 21% de la population des plus de 15 ans ont déjà eu au moins un remboursement de médicaments de cette nature dans l'année. Ils se répartissent en 15% d'anxiolytiques, 6% d'hypnotiques et 9% d'antidépresseurs.

Nous pouvons aussi observer que 4 usagers sur 10 des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) déclarent avoir pris des médicaments psychotropes, dont des benzodiazépines.

Cannabis

En France, le cannabis est la substance illicite la plus consommée dans la population. En 2017, le baromètre santé retrouvait chez les 18-64 ans, 44,8% d'expérimentateurs et 11% d'utilisateurs dans l'année.

La part d'utilisateurs réguliers (10 usages ou plus au cours du dernier mois), s'élève à 3,6% et l'usage quotidien à 2,2% (9).

Chez les jeunes de 17 ans, 39,1% ont déjà expérimenté le cannabis d'après l'étude ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense). L'usage régulier concerne, quant à lui 7,2% des jeunes de 17 ans (10).

Cocaïne

D'après le baromètre Santé publique France de 2017, 5,6% des 18-64 ans ont expérimenté la cocaïne. Une consommation dans l'année est rapportée pour 1,6% des sondés (9). Chez les jeunes de 17 ans, le nombre d'expérimentateurs s'élève lui à 2,8% selon l'étude ESCAPAD (10).

Concernant le crack (cocaïne sous forme de base) ou la freebase (cocaïne basée par le consommateur lui-même) le nombre de consommateurs est estimé à 27000 en France en 2017 (11).

MDMA / ecstasy :

En 2017, chez les 18-64 ans, 5% déclarent avoir pris de la MDMA (méthylènedioxyméthamphétamine) ou de l'ecstasy au moins une fois dans leur vie, et 1% d'entre eux déclare en avoir consommée dans l'année. Pour les amphétamines, le chiffre de l'expérimentation s'élève à 2,2% (11).

Poppers/LSD/hallucinogène, nouveaux produits de synthèse, GHB/GBL/Protoxyde d'azote

Pour le poppers, l'expérimentation au cours de la vie reste importante avec 8,7% chez les 18-64 ans en 2017 et représente la 4e substance la plus expérimentée chez les jeunes de 17 ans, après l'alcool, le tabac et le cannabis.

Pour les champignons et le LSD (diéthylamide de l'acide lysergique), la consommation dans l'année en 2017 est estimée à 0,3% des 18-64 ans. La consommation de champignons hallucinogènes est la deuxième substance illicite la plus expérimentée chez les plus de 30 ans. Les conséquences sanitaires sont moins connues mais apparaissent relativement plus faibles que pour les autres substances (11).

Les nouveaux produits de synthèse issus de la chimie visent à reproduire les effets des drogues illicites existantes. La prévalence des consommateurs de ces substances est difficile à estimer du fait de la variété importante des substances, de l'absence de termes standardisés pour les nommer et du consommateur lui-même, qui ne sait pas toujours ce qu'il consomme. Les conséquences sanitaires de ces consommations sont méconnues. L'enquête DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et substances) (11), évaluant le nombre de décès par abus de substances ou de médicaments, estime que le nombre de décès liés aux nouveaux produits de synthèse est faible comparé aux autres drogues, mais est malgré tout en augmentation .

Pour le GHB-GBL (acide gammahydroxybutyrique-acide gamma butyrolactone), l'expérimentation ne concerne que 0,2 % de cette même population. Il n'existe pas de mesures précises concernant le protoxyde d'azote (11), mais le nombre de déclarations auprès du Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance – Addictovigilance est croissante (12).

Héroïnes et Opioïdes

Pour les opioïdes, nous développerons les consommations et les conséquences de celles-ci dans la partie « Usage d'opioïdes en France »

Ces données nous indiquent qu'en France, l'usage de SPA est fréquent et qu'il concerne une tranche d'âge large de la population. Nous allons maintenant nous intéresser aux conséquences de ces consommations sur la population en termes de santé publique.

2. Impacts sur la santé publique

Alcool

Concernant l'alcool, si on s'intéresse à la mortalité induite par sa consommation, on peut noter qu'en France, elle est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac (13). Cela représente 41000 décès en 2017 qui se répartissent entre cancers (39%) maladies cardiovasculaires (24%) maladies digestives (17%) accidents et suicides (13%) et 7% de causes autres (6).

Tabac

Concernant la mortalité liée au tabac, est à l'origine de 75000 décès en 2015 en France. Les causes de décès liées au tabac sont à 61,7% des cancers, à 22,1% une maladie cardiovasculaire et 16,2% une pathologie respiratoire (14).

Cannabis

La consommation régulière de cette substance peut entraîner une dépendance psychique, des problèmes relationnels, scolaires ou professionnels. Elle est également un facteur de risque de transition psychotique notamment chez les sujets ayant des antécédents personnels ou familiaux de troubles psychotiques (11).

Le consommateur chronique s'expose également au risque de développer un syndrome cannabinoïde, qui se manifeste par des douleurs abdominales et des nausées répétées. Cette consommation entraîne également une augmentation du risque cardiovasculaire (infarctus ou accidents vasculaires cérébraux) (11).

Cocaïne

La consommation de cocaïne et de cocaïne basée (crack, free base) peut être à l'origine de différents troubles. On retrouve des troubles psychiques (agitation, angoisses, paranoïa, hallucinations auditives, visuelles, des symptômes dépressifs si la prise est prolongée), des troubles cardiovasculaires aigus (ischémie myocardique, infarctus) et chroniques (hypertension, hypertrophie myocardique, micro angiopathie, artériosclérose, formation de thrombus) pouvant causer des troubles du rythme à l'origine de mort subite (15).

Sur le plan neurologique, la prise de cocaïne peut entraîner des céphalées, des crises d'épilepsie, des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques ou thromboemboliques. Et des troubles cognitifs peuvent apparaître en cas de prise récurrente. Ces troubles peuvent persister à l'arrêt de la prise de substance (15).

Il existe également des risques infectieux (VIH, hépatite, infection bactérienne) avec le partage du matériel de consommation et de lésions pulmonaires si elle est consommée par inhalation de fumée (15).

Amphétamines et ecstasy

Les amphétamines et l'ecstasy peuvent entraîner des troubles neuropsychiatriques (crise d'angoisse, confusion, désorientation temporo-spatiale, hallucinations) et somatiques (hypertonie, hyperthermie, troubles cardiovasculaires potentiellement mortels) (16).

Coût social

Les conséquences sont également sociales. D'après l'étude de Pierre Kopp concernant le coût social des drogues, publiée en 2015 (17), il a été défini que ce coût (valeur des vies humaines perdues, pertes de la qualité de vie, pertes de production, et coût pour les finances publiques) était estimé à 118 milliards d'euros par an pour l'alcool, 122 milliards par an pour le tabac et 8,7 milliards d'euros pour les drogues illicites.

Si nous nous intéressons maintenant à l'importance des dommages sanitaires et sociaux de chaque substance les unes par rapport aux autres, une étude de Nutt et coll publiée en 2010 s'intéressant aux dommages liés aux drogues au Royaume- Uni (18) a montré que l'alcool était le produit le plus dommageable pour celui qui le consommait et pour les autres au sens de « la société », suivi ensuite de l'héroïne et de la cocaïne (Figure 1).

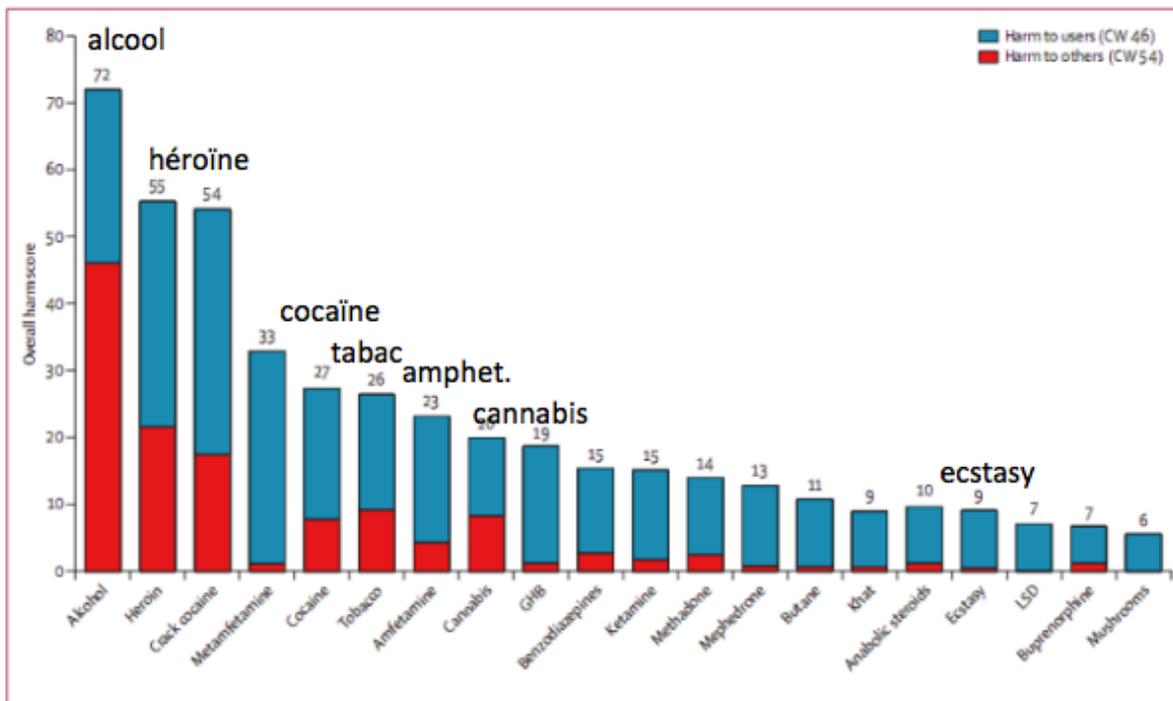


Figure 1 : Classement des SPA par dommages induits sur l'utilisateur et l'entourage (18)

D'après l'intervention de Michel Reynaud en 2016, dans l'audition publique de la FFA (3), d'autres études réalisées dans des pays différents, retrouvaient des résultats similaires et les experts européens se sont entendus sur le fait que l'alcool était la SPA la plus dommageable sur le plan sanitaire et social, suivi de l'héroïne, de la cocaïne puis du tabac (qui était la substance la plus dommageable sur la santé) et enfin le cannabis (qui était la substance la plus dommageable sur le plan sociétal).

Nous pouvons retenir que les conséquences de l'usage de SPA en France sont non négligeables et l'héroïne reste, selon les experts européens, la seconde substance la plus dommageable sur le plan sanitaire et sociétal.

Nous allons donc nous intéresser maintenant à l'usage des opioïdes, dont l'héroïne fait partie, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

C. L'usage d'opioïdes en France.

1. Définition

Les opiacés sont une famille de substances produites à partir de l'opium (extrait du pavot). La morphine est le produit de référence et c'est à partir d'elle qu'est produite l'héroïne (ou diacétylmorphine). Elle existe sous deux formes ; un sel (chlorhydrate) que l'on appelle « la blanche » et une base, nommée « la brune ». Le terme « opioïdes » inclut, en plus des opiacés, les molécules qui ont un effet semblable aux morphiniques, mais qui sont issus de la synthèse et non dérivés de la morphine (11).

Certains opioïdes sont licites, c'est le cas des MSO comme la buprénorphine, la méthadone, ou des médicaments antalgiques (sulfate de morphine, codéine ou le tramadol).

D'autres sont illicites, comme l'héroïne, l'opium ou les nouveaux opioïdes de synthèse (19). Cette classification se retrouve dans le tableau 2

Tableau 2 : Les différentes catégories de substances opioïdes (11)

Opioïdes pharmaceutiques		Substances illicites
Analgésiques opioïdes faibles ¹	Codéine ² (1/6) ³ Poudre d'opium Tramadol (1/5) ³	Opium* et rachacha*
Analgésiques opioïdes forts ¹	Morphine et sulfate de morphine* Oxycodone* (x 2) ³ Fentanyl* (x 160 minimum) ³	Héroïne* (x 2 à 3) ³ NPS opioïdes* dont dérivés du fentanyl (jusqu'à x 1000) ³
Médicaments de substitution aux opioïdes	Méthadone* (x 10) ³ Buprénorphine haut dosage (BHD) (x 30) ³	

Opioïdes naturels, opioïdes semi-synthétiques, opioïdes synthétiques

* Opioïdes classés comme stupéfiants

1. Selon la classification OMS

2. La codéine est également utilisée comme antitussif.

3. Les mentions (1/a) et (x b) concernent la puissance antalgique par rapport à la morphine. Elles signifient que la substance est environ a fois moins puissante que la morphine ou b fois plus puissante.

Sources : OFDT, EMCDDA et Fédération nationale de lutte contre le cancer

2. Les chiffres en France

a) **Les usages en France**

(1) Opioïdes licites

Les MSO

Les MSO comme la Méthadone la Buprénorphine haut dosage (BHD) ou l'association BHD et Naloxone sont utilisés dans le cadre des traitements de substitution. Ils sont prescrits aux usagers d'opioïdes et notamment d'héroïne, dans le but d'arrêter ou de diminuer les consommations de l'opioïde mésusé (2). En France, 180 000 personnes ont bénéficié d'une prescription de MSO. Les ventes de MSO ont augmenté de 5% entre 2016 et 2019, ce qui fait de la France le pays le plus gros prescripteur de MSO par habitant d' Europe (20).

Ces médicaments sont parfois eux aussi mésusés. Soit à des fins d'auto-substitution soit pour l'effet du MSO lui-même. Les usagers mésusant les MSO peuvent s'en procurer via le marché noir ou par leur entourage. Il est difficile de quantifier le mésusage de MSO, cependant certains indicateurs peuvent laisser le présumer (20) :

- l'existence de prescripteurs multiples pour un même patient : en 2017, 23 % des bénéficiaires de MSO avaient plus de 3 prescripteurs et 9% d'entre eux les faisaient délivrer par plus de 3 pharmacies différentes.

-des doses prescrites supérieures aux recommandations : en 2017, 2% des bénéficiaires de BHD avaient des doses quotidiennes moyennes supérieures à 32mg pour une dose maximale à 24 mg par jour. Pour la méthadone les doses moyennes restent dans les recommandations

Les médicaments antalgiques opioïdes :

Les prescriptions d'antalgiques opioïdes en 2017 concernaient 17,5% des assurés sociaux. Parmi ces prescriptions d'antalgiques opioïdes 8,4% concernaient le Tramadol®, 6,8% la codéine et 5,3% l'opium. Les opioïdes forts quant à eux représente 1,1% des antalgiques opioïdes prescrits (21). Même si les chiffres de consommation sont en hausse en France, et même si des cas de dépendance et d'abus ont pu être observés chez des malades souffrant de douleurs aiguës ou chroniques, les conséquences restent bien moindre qu'en

Amérique du nord qui, elle, subit une réelle épidémie de dépendance et de surdose parfois mortelle aux opioïdes antalgiques (22). Les usagers de drogues détournent plutôt les opioïdes forts comme le sulfate de morphine ou le fentanyl (22), mais ces pratiques restent peu fréquentes et les conséquences sanitaires associées moins importantes que pour les autres opioïdes (23).

(2) Opioïdes illicites

L'héroïne

Pour l'héroïne, en 2017, le nombre d'expérimentateurs est estimé à 1,3 % des 18-64 ans d'après le Baromètre santé de 2017. La consommation au cours de l'année représente 0,2% de la population (9). Chez les jeunes, l'expérimentation se situe à 0,7% d'après l'étude ESCAPAD (10). Il est à noter que, même si ces chiffres paraissent inférieurs à la consommation des autres produits, et que, la consommation a baissé avec l'arrivée des traitements de substitution en 1995, une réelle reprise des consommations est de nouveau observée. Le niveau important des saisies d'héroïne par les autorités (en moyenne 670 kg) depuis 20 ans, fait du marché français un des plus importants d'Europe (11).

Les nouveaux opioïdes de synthèse :

Concernant les nouveaux opioïdes de synthèse (U-47700 ou les dérivés du Fentanyl), la consommation reste marginale par rapport aux autres opioïdes et cela probablement par leur accessibilité plus difficile (11).

(3) Les modes de consommation :

Comme le montre le tableau 3, les opioïdes peuvent être consommés de différentes manières. Ce tableau nous montre également que le mode de consommations dépend du profil des usagers (11).

Tableau 3 : Présentation des principaux modes d'absorption des substances selon les profils des usagers (11)

Produits	Usagers dépendants très précarisés ¹	Usagers des espaces festifs alternatifs ¹	Usagers des espaces festifs conventionnels ¹	Usagers problématiques insérés ou semi insérés ¹
Cannabis	Fumé (C) en joint, moins fréquent : pipe à eau (bang) Développement des usages en vaporisateurs ou en cigarette électronique, parfois VO			
Cocaïne	Surtout IV ou fumée ² (SC)	Surtout sniffée, de + en + fumée ² (SC)		Surtout sniff, de + en + fumée ² (SC), IV possible
Ecstasy (MDMA comprimés)	VO, mais aussi IV	Plutôt VO, parfois sniff	VO, émergence sniff	VO
MDMA poudre	VO ³ , mais aussi IV	VO ³ , sniff, fumée ⁴ (SC)	Plutôt VO ³ , parfois sniff	Plutôt VO
Amphétamine	Snif, IV par les plus précaires	Plutôt sniff, aussi VO ³ ou fumée ⁴ (SC)	Snif, parfois VO ³	Snif
Héroïne	Plutôt IV, de + en + fumée (SC)	Fumée, parfois IV	Snif	Snif, IV possible
BHD UNC	IV ou sniff mais aussi fumée ⁴ (SC) ou VO			Sublinguale, sniff ou IV
Méthadone UNC	VO (Sirop injecté à la marge)			VO
Sulfate de morphine UNC	IV, sniff possible			Plutôt VO mais aussi IV
Benzodiazépines	VO, moins souvent IV		VO	VO
GHB/GBL				VO
Nouveaux produits de synthèse	VO, sniff, IV, fumés, selon molécule	VO, sniff, IV, fumés, selon molécule	VO, sniff, IV, fumés, selon molécule, plug ⁵	
Kétamine		Snif, plus rarement IM, IV marginal	Snif	Snif, plus rarement IV, plug ⁵
LSD			VO	
Plantes/champignons hallucinogènes		VO		VO

VO Voie orale IV Injection intraveineuse IM Injection intramusculaire C combustion

SC sans combustion = inhalation UNC usage non conforme peu consommé par ce profil

¹ Voir catégories d'usagers dans le chapitre « Profils d'usage et d'usagers de drogues », p. 34

² La cocaïne est préalablement transformée sous sa forme base (crack, free base) pour être fumée sans perte d'effet (voir chapitre « Cocaïne, crack, free base », p. 124).

³ En parachute (ou bombe), c'est-à-dire emballée dans un morceau de papier qui est avalé

⁴ Méthode de la chasse au dragon

⁵ Voie anale

Source : TREND, OFDT

L'injection :

Pour l'héroïne, il s'agit de diluer la poudre avec de l'eau et un acide, en cas de forme base (héroïne brune). Puis le mélange est aspiré à travers un filtre dans une seringue et injecté en intraveineux (24).

« Sniff »

Inspiration intra Nasale à travers une paille (19).

Chasser le dragon (fumer sans combustion)

La substance est placée sur une feuille d'aluminium puis chauffée, les vapeurs sont ensuite inhalées à l'aide d'une paille (19).

Per os

Ingestion par voie Orale

Quelle que soit leur catégorie licite ou illicite, leur usage « simple » ou leur mésusage, les opioïdes restent un produit consommé en France. On peut donc se demander quelles sont les conséquences de cette consommation sur le plan sanitaire et social.

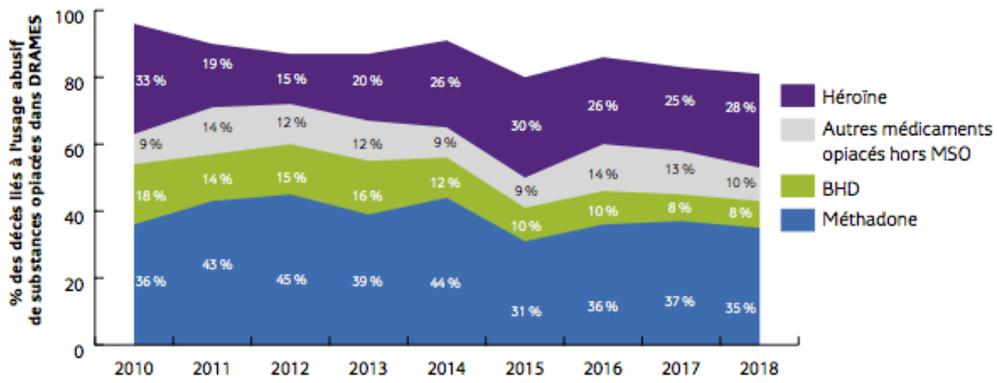
b) Les conséquences sanitaires :

Surdose et intoxication aiguë :

La surdose, ou overdose, est une cause importante de décès chez les consommateurs de drogues illicites. Pour les opioïdes, c'est la dépression respiratoire entraînée par les fortes doses qui peut entraîner le décès (25).

En 2015, 373 décès par surdose (toutes drogues confondues) ont été recensés (d'après le centre d'épidémiologie des causes médicales de décès). Après un pic dans les années 90, ce nombre de décès a diminué avec l'arrivée des MSO. Une nouvelle hausse a été notée entre 2004 et 2010 puis le nombre de décès a fluctué entre 2011 et 2013. Il a tendance à se stabiliser depuis. Ces chiffres sont probablement sous-estimés du fait de l'absence d'analyse toxicologique systématique et des codages imprécis au moment de la rédaction de certificats de décès (11).

D'après l'enquête DRAMES la majorité des décès par intoxication est liée à des opioïdes (81% des cas en 2018). Comme nous le voyons figure 2 et 3 en première ligne, nous retrouvons les MSO (43% dont 35 % pour la méthadone et 8% pour la buprénorphine), devant l'héroïne (28 % des cas en 2018) et 10% pour les autres opiacés, (20).



* Seuls les décès directement provoqués par un usage de drogues sont pris en compte. Plusieurs substances peuvent être impliquées dans un décès lorsqu'aucune substance prédominante n'a pu être mise en évidence.
 Lecture : En 2018, 35 % des décès observés dans l'enquête DRAMES impliquent la méthadone.
 Source : DRAMES - CEIP-A de Grenoble - ANSM

Figure 2 : Pourcentages de décès impliquant les opioïdes parmi les études DRAMES de 2010 à 2018 (20).

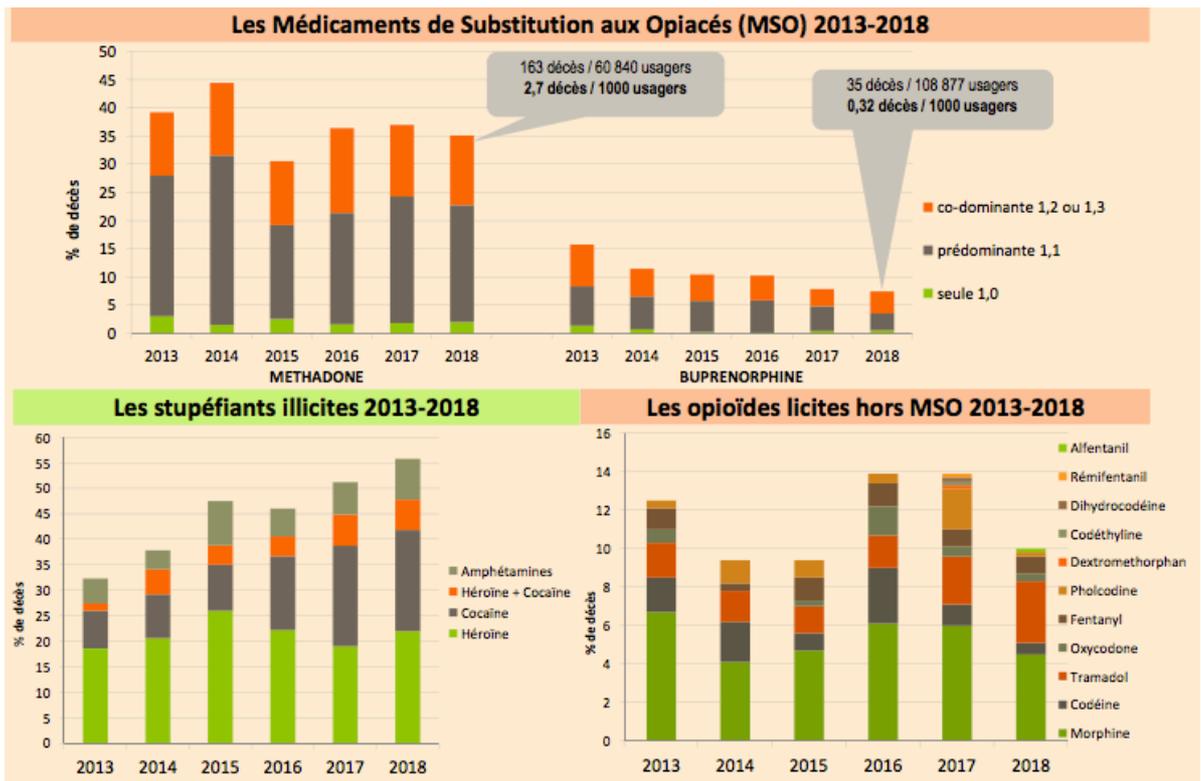


Figure 3 : Nombre de décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (26).

Complications infectieuses :

Ces complications infectieuses sont en lien avec le mode de consommation.

Les infections bactériennes sont surtout liées aux injections, (préparation non stérile). Elle peuvent être systémiques (septicémie, endocardite) ou locorégionales (abcès, nécrose cutanée) (11).

Les contaminations virales quant à elles, sont liées au partage de matériels entre les usagers.

- Pour le VIH en 2017, 2% des découvertes de séropositivités sont liées à l'injection de drogues intraveineuses soit 127 cas. Ce nombre a diminué de 40% depuis 2010 (27). La prévalence d'usagers de drogue séropositifs ayant au moins pratiqué une fois une injection était de 13% en 2011. Cette tendance paraît stable depuis 2004 d'après les données de l'enquête « Coquelicot » repris par Weill-Barillet en 2016 (28).
- Concernant l'hépatite C, la transmission a lieu essentiellement via le partage de seringues ou de matériels de préparation. Mais elle peut également se faire avec les pailles de sniff (11). En 2011, la prévalence d'usagers de drogue injecteurs positifs à l'hépatite C était de 64% (28).
- Pour l'hépatite B, la prévalence était en 2011 de 1,4% chez les usagers de drogue (11).

Dégradation du réseau veineux

L'injection peut également être à l'origine de la dégradation du réseau veineux et à l'origine de lymphœdèmes (11).

Lésions de la cloison nasale

Pour les consommateurs par « sniff » il peut se produire des irritations et des lésions de la muqueuse nasale, voire une nécrose pouvant aller jusqu'à la perforation de la cloison nasale (2) .

La dépendance :

La dépendance est définie par l'OMS par « un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit) » (29). La consommation d'opioïdes peut entraîner une dépendance.

En effet, les opioïdes absorbés, vont prendre la place de certains neurotransmetteurs, les opioïdes endogènes, sur leurs récepteurs Mu, Kappa et Delta (30). Ils vont produire des effets que peuvent rechercher des usagers (une sensation de détente, de mieux-être et d'apaisement, accompagnée d'une euphorie (19)).

L'utilisation répétée d'opioïdes va entraîner l'augmentation de la fabrication de ces récepteurs pour empêcher les stimulations excessives entraînant un effet de dépendance (nécessité de consommer pour avoir un fonctionnement normal) et de tolérance (pour une même dose consommée les effets deviennent moindres).

A l'arrêt des consommations le nombre de récepteurs étant augmenté et la sécrétion d'opioïdes endogènes insuffisante des signes de sevrage apparaissent (douleurs musculaires diverses et profondes, sensations intenses de froid ou de chaud, nausées, vomissements, diarrhées, sentiments de malaises et d'angoisse). C'est la dépendance physique ou pharmacologique (31),(24).

La tolérance induite par les consommations répétées peut être à l'origine de l'augmentation des doses employées pouvant entraîner des surdoses (11).

La consommation d'opioïdes va également entraîner une augmentation de la libération de dopamine, entraînant une sensation de plaisir et activant les systèmes de la récompense (30) entraînant une dépendance psychique pouvant être à l'origine du craving (fort désir de consommer) (11).

Complications psychiatriques :

Il existe une dualité entre psychiatrie et les troubles de l'usage d'une SPA. Il devient alors difficile d'identifier si les troubles viennent de la consommation ou de l'existence d'un trouble psychiatrique co-morbide (32). Chez l'utilisateur d'opioïdes on a pu remarquer que :

Les troubles de l'humeur était 5 fois plus fréquent que dans la population générale. L'utilisations de traitements de substitution peuvent les stabiliser mais une prise en charge spécifique associé est nécessaire.

Les troubles anxieux sont 3 fois plus fréquents que dans la population générale. Ils sont souvent révélés au moment du sevrage. (33)

Complication de la grossesse

Des retards de croissance intra-utérin ou des fausses couches peuvent survenir lors d'épisodes de sevrage par contraction des muscles lisses. Le nouveau-né sera également exposé à un syndrome de sevrage à la naissance (2).

c) Les conséquences sociales

Concernant les conséquences sociales, deux indicateurs sont intéressants :

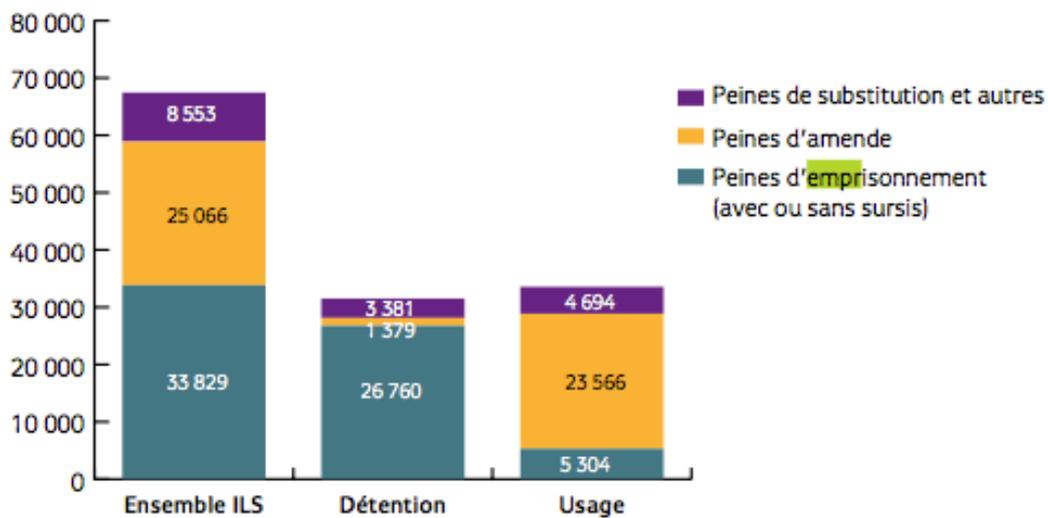
- Les données socio démographiques nous montrent qu'en 2017 40% des bénéficiaires de MSO sont affiliés à la CMU-C (20). Le tableau 4 nous montre que parmi les patients consultant en CSAPA (Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), ce sont les usagers de drogues illicites (hors cannabis) les plus précarisés (11).

Tableau 4 : Caractéristiques socio-démographiques des patients dans les CSAPA, par groupe, 2017 (11)

	Cannabis (n = 33 250)	Drogues illicites autres que cannabis (opioïdes, cocaïne) (n = 46 874)	Alcool ou tabac (n = 86 407)
Âge moyen	26,5 ans	38,5 ans	44,2 ans
Homme	86 %	77 %	76 %
Activité rémunérée continue	26 %	26 %	41 %
RSA	8,7 %	21 %	13 %
Logement durable indépendant	41 %	57 %	74 %
SDF	1,4 %	4,6 %	1,7 %
Venus à leur initiative ou celle de proches	37 %	63 %	51 %
Adressés par la justice ou l'administration	41 %	7,9 %	26 %
Adressés par des partenaires sanitaires	10 %	25 %	28 %

Source : RECAP 2017, OFDT

- Des interdits légaux concernant les produits illicites existent en France, et exposent, les consommateurs à des peines pouvant aller de l’amende, à la prison selon les circonstances. En France, le nombre d’interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants est de 200 000 en 2017 et a donné lieu à 67 500 condamnations (hors compositions pénales) (11), comme nous le voyons figure 4. De plus, nous pouvons observer que les consommateurs d’héroïne ont fréquemment été incarcérés (2).



Source : Casier judiciaire national (CJN), sous-direction de la statistique et des études, ministère de la Justice

Figure 4 : Condamnation pour infraction à la législation sur les stupéfiants en 2017 (11).

Les conséquences sanitaires et sociales des consommations d'opioïdes et plus particulièrement du mésusage des MSO et de l'héroïne associent dommages infectieux, troubles psychiatriques, incarcérations et suivi socio-judiciaire dans une population en situation de plus grande précarité sociale que la population générale. Ces différents dommages sont en interrelation et se majorent lorsqu'ils sont associés. Une des réponses apportées pour faire face à ces problématiques est le développement des politiques de réduction des risques et des dommages.

D. La Réduction des Risques et des Dommages (RDRD)

1. Définition :

Selon l'International Harm Réduction Association (IHRA) la réduction des risques et des dommages est l'ensemble des lois, programmes et pratiques qui ont pour but de réduire les conséquences néfastes socio-économiques ainsi que les conséquences sur la santé de la consommation de drogues, licites ou non, sans forcément la réduire. Cette démarche bénéficie autant à l'utilisateur, à sa famille qu'à la communauté, elle qui repose sur « la forte volonté de protéger la santé publique et les droits de l'homme » (34).

En France, elle est aussi définie dans la loi « 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé » :

Art. L. 3411-8.-I du code de santé publique :

« La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogues vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

1°) Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

2°) Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale.

3°) Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques.

4°) Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au 1 afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation.

5°) Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées. » (35).

Pour résumer la démarche de la RDRD de manière pragmatique, je citerai une phrase d'Anne Coppel lors de l'audition publique organisée en 2016 par la fédération française d'addictologie(36) :« Il vaut mieux ne pas consommer de drogues. Mais, si on en consomme, mieux vaut consommer les drogues les moins dangereuses, et de la façon, la moins dangereuse. Mieux vaut sniffer que s'injecter. Mais si l'utilisateur ne veut pas ou ne peut pas renoncer à l'injection, alors il ne faut pas partager sa seringue et utiliser une seringue stérile. ». La RDRD repose donc sur une « conception progressive des changements de comportements ». L'abstinence ne devient pas le « but ultime » et le contrôle de l'usage peut suffire à la protection de la santé. Elle est fondée sur un bas niveau d'exigence envers le

patient et un accueil inconditionnel. Elle doit favoriser l'accès des patients aux services de santé, aux droits sociaux et à aux outils de RDRD. Elle respecte le droit du libre choix de l'utilisateur et valorise son savoir dans ces décisions (36).

La RDRD entraîne donc un changement de paradigme en « rompant avec l'idéal d'éradication des drogues en proposant plutôt d'apprendre à vivre avec la drogue ».

Cependant il faut noter qu'il existe plusieurs façons de penser la RDRD (37).

On peut en définir deux modèles de soins :

- Un modèle dit gradualiste qui « crée un continuum entre les approches de réduction des risques et les approches thérapeutiques orientées vers l'abstinence »
- Un modèle dit intégrationniste « selon laquelle l'arrêt de la consommation est perçu uniquement comme une finalité » (37).

Concernant la place que la RDRD accorde à la morale, à la politique et à la loi, on peut distinguer :

- Un modèle « faible » centré sur la dimension sanitaire et imposant un traitement considéré comme le meilleur à l'utilisateur.
- Un modèle « fort » où l'usage de drogue n'est pas considéré comme un risque mais un choix raisonné et éclairé par l'information sur les risques encourus et les moyens de s'en prémunir (37).

La France a fait le choix d'un modèle intégrationniste faible très sanitaire construit autour du risque infectieux et axé sur une réponse médicamenteuse notamment avec le MSO. Ce choix puise sa source dans son histoire et sa politique de lutte contre les drogues.

2. Historique

La RDRD est un concept qui est né initialement pour faire face aux problématiques liées aux drogues illicites. C'est notamment en Grande Bretagne que les premières mesures de RDRD ont été mises en place. En 1924, une commission présidée par Sir Humphrey Rolleston a montré que les usagers d'héroïne ou de morphine finissaient par diminuer ou arrêter leur consommation au bout de 10 à 20 ans. A condition qu'ils ne meurent pas de complications liées à la consommation de produits frelatés ou des conséquences sociales

induites par la dépendance. Le royaume uni a donc autorisé des médecins habilités à prescrire de la morphine et de l'héroïne afin de limiter les dommages induits et permettre, une meilleure insertion sociale aux usagers (38). Mais c'est surtout la menace de l'épidémie de SIDA (Syndrome immunodéficience acquise) en France comme à l'international qui a permis à la RDRD d'obtenir un statut légal dans les politiques de santé publique et qui a fait émerger le principe (36).

Initialement la France s'est dotée d'une politique de lutte contre les drogues illicites répressives, avec notamment la loi du 31 décembre 1970 où l'utilisateur est à la fois malade et délinquant. Elle interdit et condamne l'usage de produits stupéfiants mais prévoit l'absence de poursuites pénales si l'utilisateur accepte de soumettre à une cure de désintoxication (39).

Dans ce contexte d'épidémie de SIDA, la France décide alors de revoir sa politique. Et instaure sa première, de RDRD : la vente libre de seringues en pharmacie en 1987 (37), qui avaient été interdites 1972 dans un objectif de lutte contre la drogue.

Devant la pression de cette épidémie et des dégâts qu'elle occasionne, des associations d'utilisateurs vont se battre pour faire évoluer la politique RDRD en France en montrant que les utilisateurs peuvent être acteurs de leur santé en modifiant leurs pratiques (50% des utilisateurs avaient renoncé à partager leur seringue après la vente libre de seringues) et en légitimant leur parole auprès des autorités. Ces associations ont contribué à l'évolution de la RDRD en France notamment dans la mise à disposition des substituts opiacés. On peut citer par exemple le collectif « Limiter La Casse » créé en 1993 qui a milité pour le développement de la substitution, la défense des programmes d'échange de seringues ainsi que pour l'accès aux soins de prévention pour les utilisateurs de drogues en mettant en avant l'urgence sanitaire. *« Vaut-il mieux un héroïnomane en voie d'abstinence mais séropositif ou un ex-héroïnomane traité à la méthadone mais encore séronégatif »* (Lowenstein 1993) (37)

En juillet 1994, face à l'épidémie de SIDA, Simone Veil met en place un dispositif de réductions des risques avec la possibilité d'acheter des seringues en pharmacie via la stéribox. Elle met également en place un programme d'échange de seringues via les « boutiques » ainsi qu'un réseau de prise en charge des utilisateurs(40).

En 1995, la politique de réduction des risques évolue avec la mise à dispositions des MSO pour les utilisateurs d'héroïne. Ainsi la Méthadone obtient l'AMM (autorisation de mise sur le marché) en France, mais relevant du soin spécialisé, son accès reste limité (36).

En 1996 la BHD (Subutex®), un nouveau MSO est disponible (37). La BHD pouvait enfin être prescrite par les médecins généralistes, laissant la médecine de ville et son cadre libéral s'emparer de la question permettant ainsi une diffusion large du MSO et une prise en charge globale des usagers et notamment des problématiques liées à l'injection.(36)

En 1999, la présidente de la MILDT (Mission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue et la toxicomanie) présente un plan gouvernemental de « lutte contre les drogues et la Toxicomanie » où la RDRD tient un place importante et où son efficacité est reconnue (41).

En 2002, les CSAPA sont créés et remplacent les différentes structures ambulatoires de la prise en charge des addictions existante, réunissant sous des missions communes les CSST (Centre spécialisé de soins aux toxicomanes) et le CCAA (centre de cure ambulatoire en alcoologie). La RDRD fait partie de leurs missions (42).

Jusque-là mise en œuvre par des circulaires, c'est en 2004, que la politique de RDRD obtient un statut légal en France par la loi de santé publique.(36) Cette loi de 2004 a également fait naître les CAARUD (43).

Leurs missions de CAARUD ont été précisées en 2005 par le décret 2005-1606 du 19 décembre 2005 :

« Art. R. 3121-33-1. – Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues assurent :

1) L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues

2) Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :

a) L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place.

b) L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun.

c) L'incitation au dépistage des infections transmissibles.

3) Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle.

4) La mise à disposition de matériel de prévention des infections.

5) L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers. »

En 2016, l'article 43 de la loi de modernisation de notre système de santé, autorise à titre expérimental, les salles de consommation à moindre risque (35). C'est aussi cette année-là que des kits de lutte contre les overdoses à base Naloxone sont distribués aux personnes à risque. 25 000 kits ont été distribués notamment pour (88%) dans les CSAPA et CAARUD et le reste (16%) en pharmacie de ville.

Nous avons vu que la France a mis en place progressivement un certain nombre de mesures de RDRD. Nous allons maintenant nous intéresser aux effets de ces politiques.

3. Efficacité de la RDRD sur les substances illicites

Comme nous pouvons le voir dans le tableau 5 la RDRD a montré une certaine efficacité.

Concernant la lutte contre les infections virales :

L'utilisation des MSO a permis une baisse des pratiques à risque comme l'injection ou le partage de seringues (44) et par conséquent une baisse de la transmission du VIH (45). Cependant, c'est surtout l'action cumulée de plusieurs mesures qui a montré le plus d'efficacité. En effet l'action cumulée des MSO, programme d'échange de seringues et antirétroviraux est l'association la plus efficace dans la diminution des contaminations par le VIH (46). Pour la réduction des contaminations par l'hépatite C, c'est l'association MSO et programme d'échange de seringues qui a été le plus efficace (47).

Concernant la diminution de la mortalité liée aux overdoses :

La large diffusion de la BHD (Subutex®) par les médecins généralistes a montré son efficacité (48). L'efficacité semble s'améliorer également si on associe aux MSO, de l'éducation et la mise en place de structures d'injection supervisées (49).

Tableau 5 : Synthèse des résultats d'évaluation internationale des outils de RDRD (49)

Champs évalués	Résultats évalués	Outils évalués	Injection				Naloxone		"Aller vers"	Education CMR (autre que injection)
			PES en pharmacie	Distribution du petit matériel	SCMR	Education à l'injection à MR	Education à la prise de naloxone	Naloxone intra-nasale		
Résultats	Décès									
	Contamination VIH									
	Contamination VHC									
	Problèmes de santé mentale lié aux									
	Nuisances urbaines									
Modification comportements	Comportements à risque liés à l'injection									
	Comportements de consommation à risque autre que injection									
	Adhésion au traitement VHC									
	Résultats du traitement VHC									
Moyens	Contacts établis									

	Efficacité solidement démontrée	CMR	Consommation à moindre risque
	Probablement efficaces	MR	Moindre risque
	Preuves insuffisantes		

Source : Données EMCDDA, synthèse OFDT

Concernant l'usage de l'héroïne :

Avec les MSO, l'usage d'héroïne a chuté et le nombre d'infractions à la loi concernant l'héroïne ont été divisées par 4 (50).

Concernant l'accès aux soins :

L'étude de Batel et coll publiée en 2001 sur les retombés économique et sociale de la Buprénorphine montre que l'accès au soin des usagers a été amélioré par la diffusion des MSO. En effet chez les usagers traités par Buprénorphine, le nombre de consultations passe de 4,4 à 4,8 au cours des 6 derniers mois, et il est noté une diminution du nombre d'hospitalisations, d'abcès et de tentatives de suicide (51).

Ces éléments nous montrent que la politique de RDRD est un outil intéressant dans la prise en charge des usagers de SPA et notamment chez les consommateurs d'opioïdes.

E. Les acteurs de l'addictologie en France

En France les prises en charge en addictologie sont articulées autour de 3 filières définies par la circulaire N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 (52).

1. Structures médico-sociales

Elles sont composées :

- Des CSAPA. Au nombre de 385 en France, ces structures sont composées d'équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs socio-éducatifs) permettant d'accueillir et de prendre en charge les patients et leur entourage pour des problématiques addictologiques.

- Des consultations « jeune consommateur », dédiées à la prise en charge des jeunes et de leur famille. On compte 540 consultations jeune consommateur en France.

- Des CAARUD. Ces 146 centres ont une mission de réduction des risques auprès des usagers de drogues par l'accueil, la délivrance d'informations, le matériel de réduction des risques (53). Les missions des CAARUD ont été développées dans l'historique.

1. Structures hospitalières

Certaines structures hospitalières bénéficient d'unités dédiées à l'addictologie. Composés de services de consultation d'hôpital de jour ou d'hospitalisation complète.

Il existe 3 niveaux de structures :

- Le niveau 1 : pour une réponse de proximité avec des consultations, et de l'activité de liaison entre les différents services de l'hôpital.

- Le niveau 2 : (qui inclut le niveau 1) pour une réponse spécifiquement en addictologie avec des prises en charge de soins complexes en hospitalisation ou en unité de soins de suite et réadaptation addictologie
- Le niveau 3 (qui inclut le niveau 2) correspondant au service d'addictologie universitaire régional et son activité d'enseignement et de recherche (53).

2. Structures libérales

Les professionnels du soin travaillant dans le libéral participent également aux prises en charges addictologiques(53).

On y retrouve :

- Les médecins généralistes,
- Les pharmaciens,
- Psychiatres,
- Psychologues,
- Addictologues libéraux.

F. La place du médecin généraliste.

1. En addictologie

Par le nombre important d'usagers de SPA et la conséquence de leurs mésusages, le médecin généraliste se retrouve indéniablement un acteur de l'addictologie.

Reconnu comme le praticien de premier recours par les autorités (54), il a été également désigné à ce titre, dans le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 comme un acteur « pivot du repérage et la porte d'entrée des parcours de santé ». Le secteur spécialisé quant à lui est rarement la porte d'entrée pour les soins en addictologie (55).

Dans les faits cela se confirme. En effet, dans le « baromètre santé médecin généraliste » réalisé en 2009 (56), on observait que les médecins généralistes recevaient par semaine 70 000 patients pour sevrage tabagique et 50 000 pour sevrage alcoolique (ces chiffres n'ont pas été réactualisés depuis).

2. En RDRD

Historiquement, face à l'épidémie de SIDA certains médecins généralistes se sont mobilisés et ont fait partie des premiers acteurs de la RDRD en France. Au départ, à contre-courant de la loi, en prescrivant des morphiniques comme substitut (40), puis en diffusant largement la BHD auprès des usager de drogues dès son autorisation d'utilisation en 1996 (57). Aujourd'hui encore les médecins généralistes restent les premiers prescripteurs de MSO en France. En 2017, 180 000 prescriptions de MSO ont été enregistrées, 162 500 ont été réalisées en médecine de ville et 98% d'entre elles sont faites par un médecin généraliste (20).

Au-delà de la substitution, une étude a montré que le suivi, de patients sous BHD par des médecins généralistes, avait permis de réduire des risques liées à l'usage de drogue (notamment au niveau des séroconversions, VIH et Hépatite C) (58).

Le médecin généraliste est désigné par les experts comme un acteur de la RDRD (45) par la substitution mais aussi par l'accès aux soins, deux actions qui font partie de leurs missions de RDRD comme nous le rappelle Beck et Coll (59). « Les « acteurs généralistes » sont chargés d'effectuer un travail de fond en assurant un accès aux soins et aux droits ». Et ils y contribuent effectivement comme le montre l'étude de Batel et coll de 2001 citée plus haut (51).

Le niveau d'usage et de mésusage des SPA et leurs conséquences en matière de santé publique font de l'addictologie un enjeu majeur. Bien que n'étant pas les SPA les plus consommées, les opioïdes restent pourvoyeurs de dommages pour l'usager et la société. La RDRD ayant montré une efficacité dans ce domaine et voyant le médecin généraliste comme un des acteurs définis dans cette politique, nous avons voulu identifier les différentes représentations et pratiques des médecins généralistes en matière de réduction des risques chez les consommateurs d'opioïdes afin de mettre en évidence les freins et les leviers à cette pratique. Nous sommes également partis du postulat que des médecins ne connaissaient pas forcément cette pratique et nous avons voulu vérifier s'ils pratiquaient la RDRD sans le savoir.

II. Matériels et méthodes :

A. Type d'étude

Nous souhaitons identifier les différentes représentations et pratiques des médecins généralistes en matière de réduction des risques, chez les consommateurs d'opioïdes afin de mettre en évidence les freins et les leviers à cette pratique.

Pour cela nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. En effet, cette méthode de recherche permet d'explorer les ressentis, les émotions et les expériences des personnes interrogées et non de quantifier des données, ce qui nous paraissait plus approprié pour définir ces freins et leviers.(60)

Pour réaliser cette étude nous avons fait passer des entretiens individualisés semi-dirigés à des médecins généralistes à l'aide d'un guide d'entretien. Ce guide composé de questions ouvertes a permis aux médecins interrogés de s'exprimer en les influençant le moins possible (61) .

B. Guide d'entretien

Nous avons réalisé un premier guide d'entretien (cf Annexe 1). A l'issue des 4 premiers entretiens et après analyse des résultats, nous nous sommes rendus compte que certaines questions étaient trop ouvertes et que les médecins interrogés jusqu'alors ne connaissaient pas la notion de RDRD. Les réponses qui en ressortaient n'exploraient pas selon nous, suffisamment la pratique et les ressentis face à cette notion.

Nous avons donc réalisé un deuxième guide que nous avons utilisé à partir du 5^e entretien. Dans ce nouveau guide (cf Annexe 2), nous avons voulu cibler les domaines de la RDRD qui nous paraissaient relever de la médecine générale. Nous avons donc ciblé, les MSO, le repérage des consommations et des risques associés, l'information de l'usage à moindre risque et enfin leurs interlocuteurs en addictologie. Puis nous leur avons présenté une définition simple de la RDRD (cf Annexe 3) trouvé sur le site de la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives) (62), et nous leur avons demandé ce qu'elle représentait pour eux.

Le questionnaire a été envoyé au guichet d'orientation recherche santé afin de confirmer que l'anonymat était respecté.

C. Population de l'étude

Les médecins ont été sélectionnés par choix raisonné. Étaient inclus les médecins généralistes installés en cabinet, en Basse Normandie pratiquant de l'addictologie et ayant eu au moins une expérience avec un consommateur d'opioïdes. Étaient exclus les médecins généralistes travaillant dans un centre d'addictologie ou ayant un diplôme en addictologie. Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat auprès de médecins généralistes rencontrés au cours de mes stages et de mon exercice libéral.

Ils étaient d'abord contactés par téléphone, informés du thème de la thèse mais la question de recherche n'était pas dévoilée afin que les médecins soient influencés le moins possible et puissent répondre de la manière la plus spontanée possible. Ils étaient ensuite informés que les entretiens seraient individuels et enregistrés puis anonymisés. Après avoir recueilli leur consentement, un rendez-vous dans leur cabinet a été programmé.

D. Le recueil des données

Les interviews se sont déroulées du 5 mars 2020 au 15 octobre 2020. Dans le contexte épidémique actuel, certains entretiens ont dû être réalisés en distanciel.

Les entretiens étaient dans un premier temps, enregistrés puis retranscrits sur Word® manuellement (Cf Annexe 4). Nous avons retranscrit de la manière la plus fidèle possible les entretiens reprenant les tournures de phrases des personnes interrogées afin de ne pas interférer dans le sens des propos.

Un phénomène de saturation des idées est survenu au 12ème entretien, mais un 13^e déjà programmé a été réalisé.

E. Analyse thématique des données

Pour explorer les freins et leviers à la mise en œuvre de la RDRD chez les consommateurs d'opioïdes en médecine générale nous avons procédé à une analyse thématique séquencée (en continue tout au long de l'étude) des données fournies par les Verbatim, ce qui nous permettait de faire une synthèse des idées de manière descriptive plutôt qu'interprétative.

Nous avons donc réalisé une lecture flottante des verbatim puis un codage manuel des verbatim nous a permis de faire ressortir des thèmes. En les regroupant et en les hiérarchisant, nous avons construit un arbre thématique (Cf Annexe 5). La construction a été élaborée en continue durant toute l'étude et réalisée avec le logiciel Xmind® (63)

III. RESULTATS

A. Caractéristiques de la population

Tableau 6 : Population de l'étude

Médecin interrogé	Genre	Age (années)	Type de structure	Durée des entretiens	Prescripteur de MSO	Expérience avec consommateurs d'opioïdes
M1	H	38	Activité de groupe	13 min 11	oui	oui
M2	F	57	Activité de groupe	9 min 54	oui	oui
M3	H	45	Activité de groupe	12 min 05	oui	oui
M4	H	36	Activité de groupe	22 min 14	oui	oui
M5	H	39	Activité de groupe	18 min 20	oui	oui
M6	H	50	Activité de groupe	25 min 12	oui	oui
M7	F	37	Activité de groupe	21 min 48	oui	oui
M8	M	44	Activité de groupe	17 min 44	oui	oui
M9	F	30	Activité de groupe	21 min 23	oui	oui
M10	F	46	Activité de groupe	16 min 56	oui	oui
M11	H	61	Activité de groupe	17 min 15	non	oui
M12	F	50	Activité de groupe	26 min 58	oui	oui
M13	F	41	Activité de groupe	18 min	oui	oui

Les entretiens ont eu lieu du 5 mars au 5 octobre 2020. Ils ont duré 16 min 27 en moyenne, 9 min 54 pour le plus court et 26 min 58 pour le plus long.

Les médecins interrogés exerçaient tous en groupe, avaient tous au moins eu une expérience avec des usagers d'opioïdes dans leur carrière. Un seul médecin n'était pas prescripteur de MSO.

B. Représentations

1. Freins

a) **ORGANISATIONNEL**

Nous avons pu observer chez les médecins interrogés que certains freins étaient liés aux représentations de l'organisation de leur exercice. Ces représentations sont présentées dans la figure 5

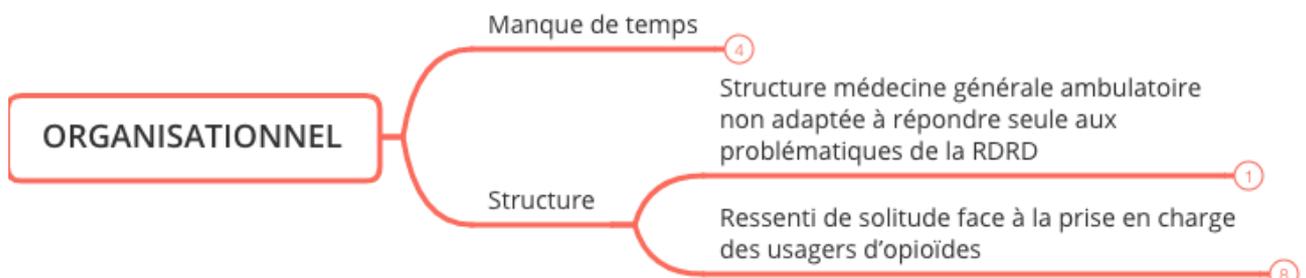


Figure 5 : Extrait n°1 de la branche des freins de l'arbre thématique

(1) Manque de temps

Les médecins interrogés mettaient en avant le manque de temps qu'ils avaient pour la prise en charge des problématiques liées à l'usage d'opioïdes

M6 : « parce qu'on n'a pas le temps »

M9 : Mais c'est des consultations qui sont un peu longues il faut avoir du temps »

M10 : « Il faudrait qu'on ait du temps d'entretien et ça en pratique c'est un peu compliqué. En fait, c'est ça. C'est de se dégager du temps. Parce que c'est du temps de discuter avec les gens »

M12 : « Mais je trouve qu'on est tellement submergé par le nombre de consultes et la paperasse et le peu de temps. C'est aussi frustrant de ne pas accorder le temps nécessaire aux patients..... Par rapport au socio et judiciaire, je dirais que ça rentre plus dans notre domaine, sinon il faut qu'on valorise l'acte et qu'on passe une demi-heure trois, quarts d'heure avec chaque patient »

(2) Structure

(a) Structure médecine générale ambulatoire non adaptée à répondre seul aux problématiques de la RDRD

Certains médecins interrogés évoquaient le fait que les structures spécialisées en addictologie possédaient une équipe formée de différents professionnels permettant la gestion notamment des problèmes sociaux et psychiatriques.

M6 : « Le service d'addictologie, la maison des addictions, vont peut-être faire un tour vraiment précis des choses en mettant en place, l'assistante sociale, en voyant le psychologue, faire une enquête sociale. Je pense que poser des questions comme cela, c'est bien de m'intéresser mais je ne suis pas assistant social et je vais avoir du mal à répondre à tout ça. »

M12 : « Par rapport au socio et judiciaire, je dirais que ça rentre plus dans notre domaine Je trouve que c'est compliqué, car t'es pas que dans le médical. Tu pars dans le social. Avec tous les problèmes de couple les enfants la violence. Et que voilà en tant que généraliste, il y a aussi l'assistante sociale qui a son boulot à faire et on est seule et que dans des structures comme les CMP, ils ont des assistantes sociales, des infirmières psy des psychiatres. Je pense que ce soit un travail d'équipe quoi. »

(b) Ressenti de solitude face à la prise en charge des usages d'opioïdes

Certains des médecins interrogés évoquaient l'isolement et le fait de se sentir seuls face ces prises en charge compliquées.

M1 : « Mais nous, tout seul arriver à les sevrer quand cela fait des années qu'ils en prennent c'est compliqué. »

M3 : « J'avoue que parfois déléguer c'est plutôt bien et plus facile »

M6 : « Ce n'est pas que je me dis que je n'ai pas la capacité de le faire, maintenant notre métier c'est la pluridisciplinarité mais on n'est pas « médecin je peux tout gérer tout »

M11 : « Je ne suis pas apte à les prendre en charge tout seul...Je pense qu'il y a tout un contexte socioprofessionnel qui intervient derrière tout ça. Je pense que tout seul, on ne peut pas les prendre en charge. Il faut qu'ils soient déjà stabilisés dans leur couple, dans leur boulot, dans leurs études, pour arriver à leur faire prendre conscience qu'à un moment il faudrait peut-être tout arrêter progressivement. Après, c'est tout le côté social. Nous, on est médecin. Pas assistante sociale. Je crois que chacun doit rester à sa place. »

b) LEGISLATIF

Un frein évoqué par l'un des médecins interrogés présenté figure 6, était lié à la législation. En effet pour ce médecin, le fait de ne pas pouvoir utiliser de la méthadone en primo-prescription pouvait parfois compliquer la prise en charge d'usagers d'opioïdes.

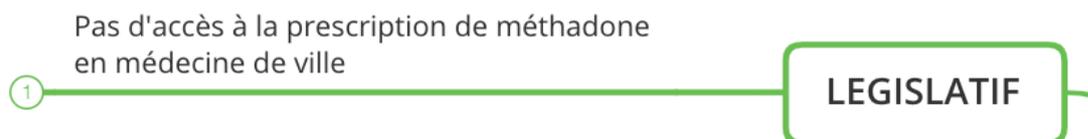


Figure 6 : Extrait n°2 de la branche des freins de l'arbre thématique.

(1) Pas d'accès à la primo-prescription de méthadone en médecine de ville

M7 : Ce sont des problèmes hyper concrets en fait. Il y a plein de gens d'ailleurs qu'on n'arrive pas à passer de la buprénorphine à la méthadone. On sait qu'il serait mieux avec mais on ne

peut pas le faire car c'est un problème organisationnel, plus que de volonté pour passer à la méthadone. Moi je pense que c'est notre rôle en fait de prescrire c'est traitement là, je n'ai jamais bien compris pourquoi on n'a pas le droit de prescrire de la buprénorphine et pas de la méthadone

c) INDIVIDUEL

Nous avons repéré des freins liés aux médecins interrogés. Ils sont détaillés figure 7.

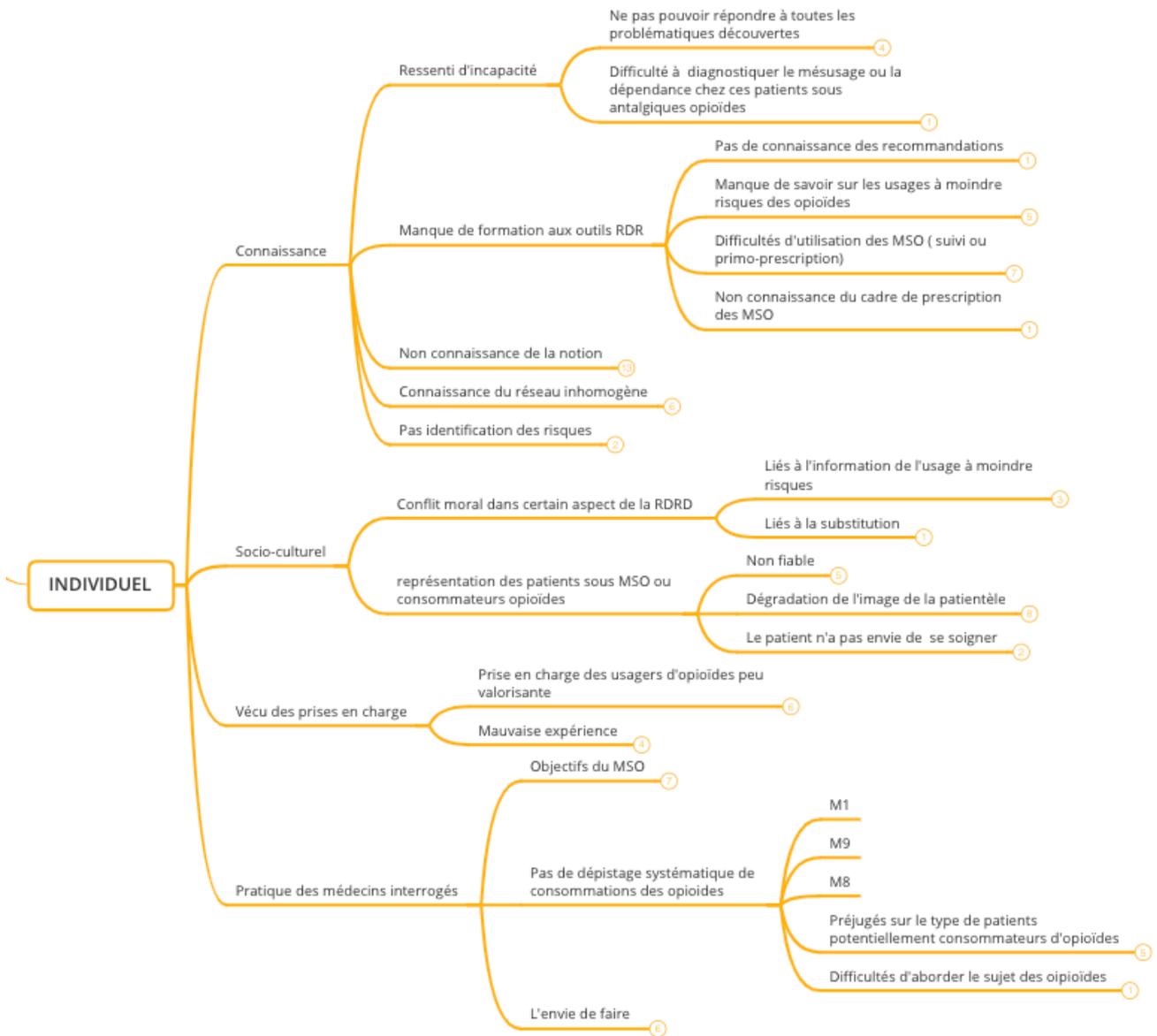


Figure 7 : Extrait n°3 de la branche des freins de l'arbre thématique

(1) Connaissance

Un des freins repérés était lié aux connaissances des médecins sur le sujet de la RDRD chez les usagers d'opioïdes.

(a) Ressenti d'incapacité

Une partie des médecins avait l'impression de ne pas avoir les capacités ou les connaissances suffisantes pour prendre en charge les patients dépendants aux opioïdes de manière satisfaisante.

Ils évoquaient notamment le fait de ne pas pouvoir répondre à toutes les problématiques découvertes.

M6 : « si je pose des questions, il faut que je puisse y répondre et est- ce que je peux y répondre... »

M10 : « Je me trouve nul. Je ne sais pas faire. Le seul patient que j'ai, il a été suivi à la maison des addictions. Mais voilà... Moi je trouve que je n'ai pas... du moins, je ne sais pas gérer ce genre de situation. Je ne me sens pas à l'aise du tout. J'ai l'impression que je n'ai pas les compétences pour le faire. »

M13 : « Après, j'ai moins de connaissances dans tout ce qui est toxicomanie type : héroïne, cocaïne, tout ça. Je maîtrise moins donc là je sais moins faire, en fait. Mais aborder le sujet ça ne me dérange pas. C'est juste que j'ai moins d'expériences et je passe la main plus facilement quand c'est ces substances-là. Mais, je n'ai pas eu le cas en fait à initier un traitement pour ces substances »

M12 : « les addictos ils sont plus à la pointe par rapport au produit qu'on peut proposer et le patient aura certainement plus de chance d'avoir une réponse qui va lui convenir ou pas. »

Un médecin a quant à lui, évoquait la difficulté à diagnostiquer le mésusage ou la dépendance chez ces patients sous antalgiques opioïdes au long court pour des douleurs chroniques.

M4 : « je réfléchis sur tramadol codéine, j'ai des patients qui sont au long court sous l'une ou l'autre des substances, maintenant de là, à dire qu'il y a une dépendance, j'en sais rien, ce que je sais, c'est qu'on arrive pas à l'arrêter parce que sinon « j'ai mal » ou s'ils ne sont pas capable de l'entendre, moi j'essaie souvent de switcher dès que je peux après je ne saurais pas te dire s' il y a une dépendance parce qu'on le garde dans le traitement chronique en fait ...Addiction codéine, tramadol, morphine, j'ai l'impression que c'est difficile de voir ce qui est addiction ou pas.. »

(b) Ressenti de manque de formation aux outils de la RDRD

Nous avons observé également que certains médecins interrogés avaient l'impression de ne pas être assez formés.

M7 : « Je pense qu'il y a un problème de formation, c'est vrai que c'est un thème que je n'ai pas souvenir d'avoir abordé pendant l'internat de médecine générale, et puis il y a un problème de formation qui est même plus général en psy finalement aussi. »

Un médecin évoquait le fait qu'il ne savait pas s'il existait des recommandations claires en RDRD sur lesquelles il pouvait s'appuyer.

M6 : « C'est la- dessus que je vais me battre. Alors comment là : c'est de l'humain. Alors après, il y a peut-être des outils pour que ce soit un peu plus carré »

D'autres évoquaient leur manque de savoir concernant les différents usages d'opioïdes et par conséquence de leurs usages à moindre risque

M7: « Après c'est quelque chose que je fais pas du tout, et sur lesquelles j'ai aucune connaissance. On ne m'a jamais appris et je ne me suis jamais poser la question. »

M9: « Pour les usages illicites. Ce n'est quand même pas quelque chose qu'on ... si on n'y est pas confronté durant les études ce n'est pas quelque chose qu'on va nous apprendre. On est mal informé sur l'usage illicite si on ne va pas nous-mêmes chercher les informations. On n'est pas capable d'emblée au début de notre exercice de fournir ce genre d'information. »

M13 : « Oui après c'est pareil, je ne connais pas suffisamment les pratiques. Je n'ai pas d'expérience dans ces pratiques de consommation pour savoir comment on injecte ça et je ne suis pas sûre que j'aurais une information très utile. À part de ne pas se piquer avec une seringue usagée des choses qui tombent sous le sens, mais, je ne pense, pas maîtriser suffisamment le sujet pour donner une information claire. »

M12: « Je ne me sens tellement pas capable de gérer ça... »

Ce manque de formation s'exprimait également par les difficultés d'utilisation des MSO que ce soit pour leur initiation ou le suivi.

M2: « C'est quand même un champ particulier de la prescription. Je crois que si t'es pas formé, tu ne fais pas bien et tu ne leur rends pas service. Alors tu peux faire en 5 min « c'est quelle dose ? Vous voulez combien ? » »

M9: « S'il est compétant, pourquoi pas. Moi je pense que j'aurai du mal. Je peux faire la prescription, mais j'aurai besoin au moins d'un avis téléphonique avec quelqu'un qui est formé...Mais j'aurais du mal à me lancer toute seule sur une primoprescription sans avoir (pas forcément de consultation ça dépend du patient aussi). J'aurais besoin d'un appui. A titre personnel. »

M10 : « Tant qu'on n'est pas formé, je trouve qu'on n'est pas apte à les prescrire correctement. Moi en tout cas je ne me sens pas... Je trouve en ce qui me concerne que ce n'est pas bien de le prescrire, car je n'ai pas été formé pour ça. Dans mes études et après je n'ai pas fait de formation dans ce sens- là. »

M11: « Ce n'est pas moi qui le mettrai en place. Je ne sais pas si on peut le faire ? Je pense que je ne suis pas compétent. »

M12: « Moi je pense que ... soit tu peux le faire parce que tu auras toujours des patients pour le faire. Mais je pense qu'il faut avoir fait un stage, un DU, ou je ne sais pas trop quoi en addicto pour avoir les compétences pour pouvoir répondre et pas juste mettre un nom de médicaments sur une ordonnance. Savoir à quelle fréquence on peut diminuer, à quelle fréquence ça va se faire ? Est-ce qu'il y a des questions particulières à poser ? Je sais que je suis incompétente. »

Un des médecins interrogés ne connaissait pas les cadres de prescriptions des MSO.

M11: « Je ne sais pas si on peut le faire »

(c) Non connaissance de la notion

Aucun des médecins interrogés ne connaissait la notion de RDRD même si cela pouvait leur évoquer quelque chose.

M1 : « Non je ne sais pas à quoi cela fait référence Je ne sais pas RR pour la santé RR sur les répercussions sociales. Non je ne sais pas. »

M2 « Non, je sais pas. »

M3 : « Je vais dire que c'est un mot qui me parle mais je sais pas trop pourquoi. Je dirais réduction des risques liés à tout ce qui est drogue mais après ça ne me parle pas plus que ça. »

M4 : « Non, comme ça réduction des risques non »

(d) Connaissance du réseau inhomogène

Parmi les médecins interrogés, nous avons pu remarquer qu'ils avaient tous au moins un interlocuteur pour les aider dans les problèmes addictologiques. Mais la connaissance du réseau était inhomogène et les différentes structures disponibles n'étaient pas connues de tous.

M2 : « Les centres d'addiction, éventuellement les centres où on fait des cures de désintoxication, mais on a l'impression que c'est très réservé aux alcooliques. J'ai pas de notion de services spécialisés en addictologie, substances autres dans le coin, je sais pas. »

M5 : « CHR, maisons des addictions, XXX,XXX »

M7 : « Il y a les maisons des addictions à XXX, XXX, XXX, on a aussi le CAARUD justement pour la réduction des risques à XXX où ils viennent deux fois par mois. Et après dans les hôpitaux locaux, ils peuvent faire des sevrages aussi. Voilà, en gros c'est cela mes ressources habituelles. »

M9 : « Un de mes collègues qui est formé et qui travaille en parallèle avec une activité mixte. C'est le premier qui nous aide. On a la PASS sur certaines situations très très socialement précaires, qui prend le relai. Et on a le CMP qui nous accompagne sur les traitements anxiolytiques hypnotiques et ceux qui expriment des souffrances évidentes. » « Il manque...je pense qu'on manque de contact ou de ressource pour aller chercher ces infos-là »

M11 : « Soit les services d'addicto du CHU ou le CMP dont on dépend. Je n'ai pas de référent libéral je ne sais pas s'il en existe. »

(e) Pas identification des risques

Deux médecins n'identifiaient aucun risque à l'usage des opioïdes au moment des entretiens

M12 : « Non je ne vois pas trop. »

M11 : « Comme je suis peu confronté à ce genre de patient. Je les refoule ou ils ne veulent plus me voir... »

(2) Socio-culturel

Un autre thème concernant les freins individuels était les représentations culturelles des médecins interrogés.

(a) Conflit moral de certains aspects de la RDRD

Pour une partie des médecins interrogés, la RDRD, dans certains aspects de sa pratique, allait à l'encontre de leur valeur morale :

- Soit par rapport à l'information de l'usage à moindre risque.

M5: « Là je ne me sentirais pas hyper à l'aise d'aller cautionner tout ça, sans porter de jugement évidemment, mais mon métier ce n'est pas d'aider à prendre de l'héroïne mon métier c'est d'aider à plus prendre de l'héroïne justement. »

M9: « Euh !. C'est un peu... je ne sais pas quoi en penser...est ce que ce n'est pas un peu allez dans leur sens en disant que ce n'est pas si grave que ça de consommer des opioïdes. Je trouve ça un peu limite. Je comprends pour les personnes qui sont très dépendantes pour éviter tout ce qui est risqué infectieux, overdose d'accord. Mais pas pour leur faire croire que ce n'est pas si grave que ça de consommer des opioïdes. Il faut que ce soit quelque chose, qui soit bien mesuré au niveau de ce que l'on dit, je pense »

- Soit par rapport à la substitution

M11: « Après on devient des dealers officiels ... »

(b) Représentation du patient sous MSO ou consommateurs opioïdes

L'image que certains médecins avaient des consommateurs d'opioïdes apparaissait également comme un frein à la RDRD chez les usagers d'opioïdes.

En effet, ils percevaient les usagers comme non fiables.

M1 : « Moi j'en ai un que je suis depuis le début. J'en ai un ou deux qui sont passés, qui sont repartis parce que c'était des gens qui n'étaient pas fiables qui changeaient souvent de médecin et qui ont fini par être démasqués. »

M6 : « Pour tout ce qui est licite, c'est-à-dire les gens qui font du mésusage, me paraît plus difficile à gérer. Parce que les gens « bah, si je peux en avoir, vas y donne mois une boîte de plus », il te laisse des post-it et c'est pénible et comme je refuse la plupart du temps, ils arrêtent de demander. Je préfère, quelqu'un qui vient me voir et qui me dit : « voilà je suis à l'héroïne je voudrais faire quelque chose ». »

M8 : « Moi ce que je crains, c'est le détournement de ces médicaments là et si t'es connue comme un médecin primo-prescripteur, recruter de façon préférentielle des patients dépendants. Je l'ai vu chez certains médecins de ville qui le faisaient. »

M11 : « Comme je suis peu confronté à ce genre de patient. Je les refoule ou ils ne veulent plus me voir... J'en ai eu un il y a quelque temps qui est venu. Je connais un peu le système, je suis de passage. J'ai oublié mon ordonnance, machin chose. Alors il y a quelques années j'aurais dit : bon allez, je renouvelle pour 15 jours maintenant je dis non, et je ne veux plus recommencer. Je n'accroche pas avec ce genre de patient. »

Ils estimaient également que la prise en charge des patients usagers d'opioïdes dégraderait l'image de leur patientèle, attirant chez eux tous les usagers d'opioïdes.

M6 : « Après il y a les habitants qui disent « ouais c'est un attroupement de gens pas nets » Tout un concept dans la tête des gens ! »

M8 : « Quand tu te mets à prescrire des traitements substitutifs rapidement, ça attire toute une population de patients qui savent qu'ils vont pouvoir en trouver potentiellement à cet endroit et je ne voulais pas du tout me retrouver dans cette situation. »

M11 : « Quand tu t'installes si t'en vois un, tu en vois 10. Tu vois tous leurs copains. »

M13 : « Je n'ai pas envie d'avoir ça dans ma salle d'attente et je ne les prends pas en charge, car je sais qu'il y a des gens beaucoup plus compétents et ils pourront le faire. »

Et que certains patients n'avaient pas envie de se soigner.

M13 : « On a juste l'impression de leur donner leur dose parce qu'ils ne peuvent pas s'en passer. Et avec un certain... Enfin, de leur part. Il n'y a pas forcément un désir d'un sevrage complet. On n'a pas l'impression qu'ils sont dans la démarche de se sevrer par ce qu'ils ont se médicament de substitution et il continue avec ça. Ce n'est pas satisfaisant ces traitements. »

(3) Vécu des prises en charges

Le vécu des prises en charge des usagers d'opioïdes pouvait représenter un frein.

(a) Prise en charge des usagers d'opioïde peu valorisante

Une partie de médecins interrogés évoquait des prises en charge peu valorisantes.

M6 : « Nous, les médecins, on va dire il y a plus d'héroïne mais une addiction au sub ou à la meta, : d'illicite, elle devient licite et le problème est toujours là : on a toujours une addiction. »

M11 : « Car comme je te dis tout ce que j'ai pu voir. Ils en prennent depuis des années ou des décennies et je n'ai pas l'impression qu'ils sortent de ce circuit. J'ai l'impression que c'est du temps de perdu. »

M13 : « Mon expérience, c'est surtout une certaine impuissance avec l'impression de renouveler sans réel objectif de sevrage complet. Je parle des médicaments de substitution, ils sont substitués, mais j'ai l'impression que c'est sans fin et que c'est compliqué d'avoir un sevrage complet. En tout cas je n'en ai jamais eu qui ont réussi à faire un sevrage complet.

J'ai des fois l'impression d'avoir le rôle du dealer en fait. Ils viennent chercher leur dose auprès de moi. Mais en l'absence de traitement plus efficace, je me contente de ça. Mais ce n'est pas satisfaisant en fait. »

M12 : « Dans ma pratique personnelle, ça me pose beaucoup de questions, j'ai toujours l'impression d'être le dealer du patient. J'ai du mal. »

(b) Mauvaises expériences

D'autres évoquaient leurs mauvaises expériences avec certains usagers. Deux médecins parlaient même de comportements de menaçants à leur égard.

M8: « Tu te retrouves parfois dans des situations très compliquées avec des dépendants à l'héroïne qui te demandent du subutex et puis en fait c'est quasiment des menaces quoi. »

M12: « J'ai fait mes études en région parisienne. J'ai fait mon stage médecine gé dans des quartiers difficiles avec des gens qui pouvaient être très très violents qui venaient chercher leur renouvellement, qui pouvaient taper des crises et faire peur aux autres patients. » « . Il y en a un que j'ai suivi qui faisait un peu n'importe quoi et que j'ai arrêté de voir, qui est allé voir le collègue, qui allait voir plusieurs collègues, plusieurs pharmacies. Je suis très très méfiante dans mon rôle. »

M11: « Mais je pense que c'est parce que j'ai été un peu dégoûté par certains patients que j'ai rencontrés quand je me suis installé. Je me suis fait avoir au début de mon installation et j'ai plus envie de m'investir pour eux »

(4) Pratique des médecins interrogés

Nous avons aussi repéré des freins à la RDRD dans les pratiques des médecins interrogés.

(a) Objectif du MSO

Concernant les MSO nous avons remarqué qu'une partie des médecins interrogés avait pour objectif l'arrêt des MSO et le sevrage de toute substance.

M1: « surtout l'objectif du médecin généraliste, c'est de diminuer leur dose petit à petit. »

M4: « C'est le sevrage progressif...Et puis pouvoir progressivement essayer de diminuer et aussi d'être sûr de ce qu'ils prennent en terme substitution, ça reste un médicament. »

M5: « Quand tu inities c'est de te dire que ça ne va pas être Ad vitam aeternam. Le premier objectif c'est de te mettre la barrière et de te dire, c'est pas de dire tu vas te retrouver dans 5 ans avec un traitement. »

M11 : « Substitution, c'est un bien grand mot, car j'ai l'impression que ça devient un traitement chronique. » « L'objectif ça serait qu'à un moment, ils arrivent à se passer de tout, mais après voilà. »

M12 : « La diminution et voir l'arrêt »

(b) Pas de dépistage systématique de consommations des opioïdes.

Nous avons également remarqué que le repérage des consommations était non systématique parmi la plupart des médecins interrogés.

M1 : « Pour les opioïdes, j'ai moins de demande, ceux qui m'en demandent ont souvent des pathologies derrière, des lombalgies chroniques ou ils ont été opérés du dos. C'est des cas compliqués. Je n'ai pas de personne qui m'en demande de manière non raisonnée. »

M9 : « Mais héroïne non »

Ils étaient souvent conditionnés par les préjugés qu'ils avaient sur le type de patients potentiellement consommateurs d'opioïdes.

M2 : « On en découvre beaucoup maintenant. Je découvre des adultes. Plus la tranche d'âge après 35- 40 ans qui ont acheté ça quand c'était en vente libre et il y en a qui était totalement accros à leur codéine mais accro à 10-12 par jour. Et des patients pour lesquels je n'avais jamais suspecté genre de prise de médicaments. Et après je pense que l'on ne recherche pas assez chez les adultes dans la tranche 35 40 45, on ne le recherche pas assez. C'est vrai que chez les jeunes je le demande systématiquement. Chez les plus âgés, moins je pense. »

M4 : « Pour le cannabis, c'est vraiment à la tête du client autant pour le tabac et alcool je suis systématique autant pour le cannabis je le fais vraiment en fonction du patient que j'ai en face de moi et pareil pour l'héroïne. »

Un médecin évoquait, quant à lui, la difficulté d'aborder le sujet.

M8 : « Opiacé, c'est un peu moins évidant de rentrer directement sur ce sujet- là, je ne sais pas trop pourquoi. » ... « Ouais c'est vrai que la prise d'héroïne, on l'évoque pas alors qu'elle peut se rencontrer. Les patients souvent (car c'est rarement moi qui fais la démarche) peuvent en parler et ça peut toucher n'importe qui. » « Le rendement de cette question-là semble moins bon. Peut-être pour ça qu'on ne pose pas la question. »

(c) L'envie de faire

Nous avons pu constater également que certains médecins interrogés n'avaient pas envie de s'impliquer plus que ce qu'ils faisaient déjà chez les patients consommateurs d'opioïdes.

M2 : « Oui avec formation et envie de le faire. »

M4 : « Après, il y a autre chose en termes d'écoute et de psychologie etc. après moi c'est personnel, voir toutes les semaines pour faire du motivationnel machin au bout d'un moment je ne suis pas ... j'aime bien sensibiliser et voir la motivation au début après les voir toutes les semaines.... Alors vous en êtes où ? Vous êtes machin etc ? Je kiffe moins. »

M6 : « je pense qu'il y a des gens qui ont une propension à se lancer dans la bataille, moi, ce genre de bataille, je n'avais pas les éléments pour répondre à cela, et j'étais plutôt à la subir et essayer de baisser avec des dosages phénoménaux. Par contre, dans les substances dans le coté social de l'héroïne c'est vrai que j'aurai plus de mal à m'investir, à prendre le temps de faire une enquête sur la vie du patient, c'est comorbidité. Je devrai peut-être ? » « Pour celui qui envie et qui a l'habitude, cela devrait être possible voilà. »

M10 : « Je te dis je passe très vite la main par rapport à ça donc à part essayer de les orienter pour aller voir quelqu'un voilà. Moi c'est ma seule façon de limiter les risques. Plutôt que d'éluder la question, j'essaie de les envoyer. »

2. Leviers

a) **ORGANISATIONNEL**

Parmi les leviers retrouvés dans les entretiens certains dépendaient de l'organisation des médecins. Ils sont détaillés dans l'extrait de l'arbre thématique figure 8.

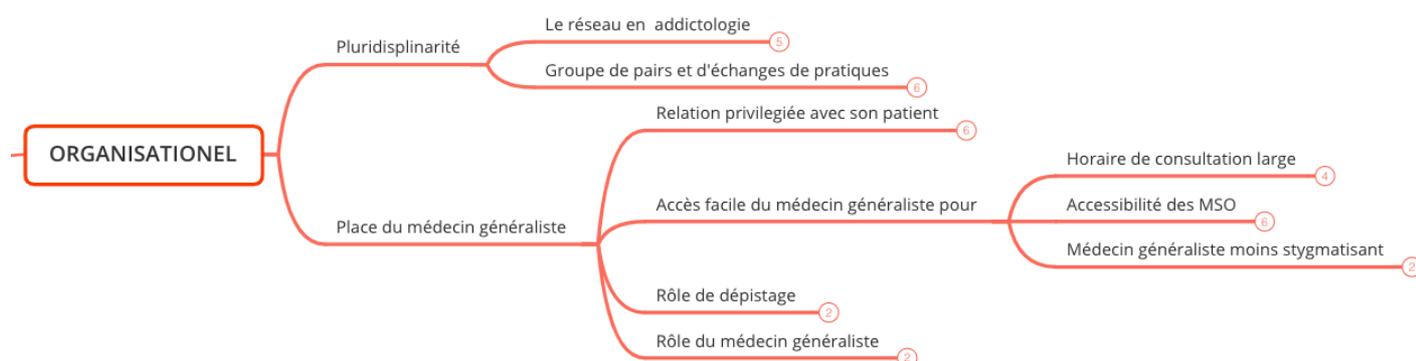


Figure 8 : extrait n°1 de la branche des leviers l'arbre thématique

(1) Pluridisciplinarité

(a) **Le réseau en addictologie**

Nous avons retrouvé dans les entretiens que la pluridisciplinarité était un levier. Des médecins évoquaient notamment le travail avec le réseau en addictologie, permettant un contrôle sur leur pratique et une sécurité.

M2 : « Mais toujours avec l'aide d'un addictologue ou d'un psychologue. Rarement tout seul. »

M5 : « j'aime bien pour les subu qu'ils aient au moins un ou deux entretiens à la maison des addictions, pour faire valider par un addicto, c'est plus confortable. J'ai un bon réseau addicto, sur XXX. »

M8 : « et c'est pour ça qu'avoir la délégation de prescription une fois qu'ils ont été vus par la rue de Bretagne ça me va très bien quand c'est quelque chose de cadré pas de soucis, mais je ne suis pas prêt à faire une primo-prescription. »

M6 : « Après, c'est bien d'avoir des centres d'addictologie, XXX pour moi. Ce sont des référents. Ce sont des patients, qui sont souvent en grande souffrance. Il n'y a pas juste qu'un abord chimique, il y a un abord psychologique qu'on ne peut pas obligatoirement aborder. Tu as un abord sociologique, économique. Tu as pleins de choses. S'ils arrivent chez toi c'est qu'ils sont dans une grande souffrance. Moi j'ai besoin de le diagnostiquer de l'aider de le rassurer, tout ça. Mais, après, peut-être, qu'il y a pleins de facteurs. Voir une assistante sociale. »

M9 : « Donc addictologueAprès c'est aussi, selon le patient. On a aussi le CMP qui intervient sur certaine prise en charge addictive. »

(b) Groupes de pairs et échanges de pratiques

Quelques médecins évoquaient également les groupes de pairs pour partager leurs expériences et leurs connaissances.

M3 : « Et de l'échange entre confrère, après on en voit pas mal ici. Expérience sur le terrain, en essayant de bidouiller sur le terrain tout seul avec des méthodes qu'on apprend en groupe de pairs en groupe qualité et du suivi rapproché. »

M5 : « En vrai, je n'ai pas une grande expérience, je me la suis faite un peu sur le terrain. Et au début quand je me suis installé et que j'avais des demandes, je parlais avec mes collègues, et finalement je me suis aligné sur leur pratique à eux. »

M9 : « ou même au sein du pôle, d'avoir des discussions entre collègue et pourquoi pas de voir une autre personne, un autre médecin au sein du pôle pour en discuter. »

(2) Place du médecin généraliste

(a) Relation privilégiée avec son patient

La relation privilégiée du médecin généraliste avec son patient apparaissait comme un levier dans les entretiens.

M1 : Pour moi il faut que ce soit quelqu'un de ta patientèle, que l'on connaisse, que l'on connaisse son histoire et qu'on le comprenne un petit mieux.

M7 : la proximité c'est fondamental, cela peut parfois être pénible de les voir tous les mois voire toutes les deux semaines pour leur traitement, mais le jour où cela ne va pas, on se rend compte à quel point c'est important de construire cette relation de confiance

M12 : Lui, je lui fais, parce que ça fait 10 ans que je le suis. J'ai réussi à diminuer. Et de voir que voilà, il est bien inséré. Il a un boulot, il en a besoin.

(b) Accès facile du médecin généraliste

Certains médecins évoquaient la facilité d'accès des cabinets de médecine générale. Notamment par leur amplitude plus large des horaires de consultation...

M6 : « Or ici on sait qu'à XXX, les gens qui consomment qui sont en mésusage ou en consommation de stupéfiants, c'est souvent la population des serveurs, des gens qui travaillent dans la restauration et entre 10h et 13h ils sont au boulot. »

M7 : » Moi je pense que c'est plutôt quelque chose d'adapté, sachant que les patients quand on les envoie au centre d'addiction... En fait le problème des centres d'addiction c'est que cela va être ouvert de 9h à 16h que c'est tel jour de la semaine. »

...permettant et assurant l'accessibilité des MSO.

M5 : » Je pense que c'est une bonne idée, parce qu'on est une porte d'entrée là-dedans. Je pense que pour les gens, ce n'est pas facile de venir consulter, c'est un effort de venir consulter pour ça et je pense que s'ils arrivent chez leur généraliste et qu'on leur dit bah, moi je peux rien pour vous, allez voir ailleurs, Je pense qu'on va passer à côté de beaucoup de gens qui venaient et qui n'osaient pas aller voir un spécialiste un addicto. On est vraiment la porte d'entrée là-dedans. »

M3 : « Je pense que c'est indispensable pour répondre à certaines personnes qui n'ont pas les moyens ou la volonté de rentrer dans un circuit addicto tierce. Ce qui permet parfois de gérer en ville un sevrage sans passer par un cercle d'addiction qui est parfois trop lourd pour certains patients. »

M1 : » On peut très bien faire un dépannage. Quelquefois, les rendez-vous à la MDA c'est 3 ou 4 mois on peut commencer ici tant qu'il est motivé. Je trouve ça bien qu'on puisse le faire. A condition de la faire avec des gens qu'on connaît bien. »

Une partie des médecins interrogés avaient aussi l'impression que le médecin généraliste était moins stigmatisant.

M9 : « Quand on parle d'addictologue, des fois c'est pas possible pour certains patients par contre leur proposer de voir quelqu'un d'autre au sein du cabinet c'est un premier pas qui est

plus facile à faire. C'est peut-être moins honteux pour eux ou une démarche moins compliquée, c'est moins loin »

(c) Rôle de dépistage

Un médecin mettait en avant la place du médecin généraliste dans le dépistage.

M4 : « j'ai envie de te dire oui comme pour toutes addictions, on est les plus à même de repérer donc je pense qu'on peut avoir notre place pour prescrire ... »

(d) Rôle du médecin généraliste

Un autre évoquait que le médecin généraliste se devait d'apporter des solutions en cas d'usage d'opioïdes

M6 : « D'un point de vue médicamenteux après, si quelqu'un vient et que je constate une dépendance à l'héroïne, en tant que médecin généraliste, c'est à nous d'apporter des solutions de dédramatiser »

b) INDIVIDUEL

Concernant les leviers individuels voici dans la figure 9, les thèmes qui sont ressortis.

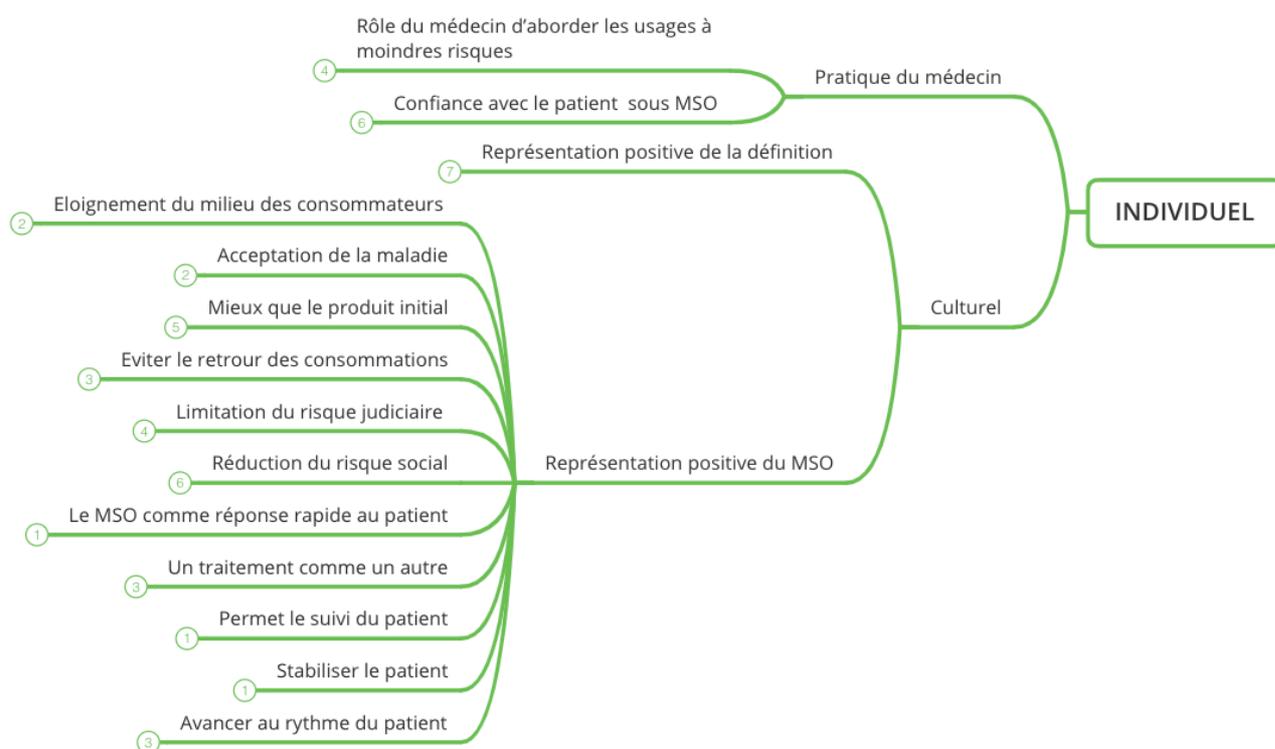


Figure 9 : Extrait n°2 de la branche des leviers l'arbre thématique

(1) Pratique du médecin

(a) **Rôle du médecin d'aborder les usages à moindre risque**

Certains voyaient dans les médecins généralistes un rôle à jouer dans l'abord de l'usage à moindre risques avec les patients

M6 : « oui carrément »

M7 : « je pense que c'est une très bonne chose, »

M8 : « oui carrément »

M13 : « oui, je pense que c'est tout à fait la place du médecin généraliste d'aborder ces problèmes. Et de ... Pour mieux guider son patient, quel que soit la voie dans lequel il y a un risque qui s'ajoute. »

(b) Confiance avec le patient sous MSO

Nous retrouvions parfois dans les entretiens, l'importance de la relation de confiance entre le médecin et son patient sous MSO.

M1 : « Pour moi l'enjeu c'est qu'ils viennent, prennent leur traitement à la bonne date et respectent bien le protocole, le contrat de confiance que l'on a établi. Quand ils viennent en disant j'ai oublié mon médicament je l'ai laissé dans la voiture ou j'ai perdu l'ordonnance déjà ça part pas très bien. Il faut qu'il y ait une confiance. Quand tous les mois il y a eu un souci. C'est bizarre aussi. »

M4 : « C'est à dire qu'à partir du moment où ils ont leur traitement pour 28 jours, je dois les revoir tels jours s'ils ont 3 jours d'avance ou 4 jours de retard ou machin je leur explique dès le début que je veux bien les suivre et qu'on fasse le traitement mais qu'il faut qu'on puisse se faire confiance et si c'est pas le cas en fait, je peux aller jusqu'à la délivrance en une fois tous les 28 jours s'ils sont parfaitement réglés et après, dans ma manière de prescrire je re-diminue progressivement . »

Pour un médecin, il fallait que ce soit un patient suivi au cabinet pour qu'il engage une prise en charge de sa problématique avec les opioïdes et notamment pour l'introduction un MSO.

M1 : « Il faut déjà que je les connaisse. Si c'est quelqu'un qui arrive de je ne sais pas où et demande de la méthadone, c'est souvent louche et s'ils sont répertoriés c'est que ce sont des gens qui avaient déjà un suivi ailleurs et en général on n'initie pas. » « Je pense que c'est bien que les Médecins traitants puissent le faire, si c'est quelqu'un que l'on connaît et si le contexte le permet. »

(2) Culturel

(a) Représentation positive de la définition

Parmi les leviers liés aux représentations culturelles des médecins, nous avons noté que les médecins interrogés avaient une bonne image de la RDRD quand nous leur présentons une définition.

M5 : « C'est du bon sens, c'est la vraie vie et que l'addiction ce n'est pas simplement sevrer les gens, mais aussi les accompagner de manière exhaustive sans jugement de la manière de vivre de chaque patient. Bref c'est la médecine générale voir entendre écouter conseiller accompagner, mais ne pas juger. »

M7 : « Cela me paraît cohérent et cela me paraît faisable dans nos consultations peut-être pas tout en une consultation mais ce sont des sujets que l'on peut aborder au fur et à mesure des consultations, surtout que ce sont des patients qu'on est amené à voir souvent après. Donc cela ne me choque pas. »

M11 : « Après, effectivement... si on peut aider à ce qu'il y ait moins de transmission de certaines maladies infectieuses associée pourquoi pas »

M13 : « Ça me parle complètement, car c'est ce que j'essaie d'aborder à chaque fois. J'étais passé quand j'étais externe dans un service où il y avait un peu d'addictologie. Et j'avais retenu ce mode d'interrogatoire en fait. D'aborder sur tous les plans. Le plan judiciaire, le plan social, d'aborder tous les risques sur chaque plan et d'évaluer avec le patient, s'il y a un de ces risques où il se trouve en tout cas, pour essayer de corriger le tir »

(b) Représentation positive du MSO

Nous retrouvons parmi les médecins interrogés une représentation positive des MSO. Selon eux :

Ils permettaient l'éloignement du milieu des consommateurs.

M1 : « Pour moi c'est de ne plus prendre le risque d'aller chercher sa substance donc de ne plus rencontrer le gens qui consomment, donc de sortir de ses mauvaises fréquentations. »

M8 : « Moi l'objectif, c'est de lui permettre de quitter ses relations, ses réseaux. »

Ils aidaient à l'acceptation de la maladie.

M1 : « aussi s'ils veulent une prescription, c'est qu'ils ont reconnu leur problème. »

M7 : « Et l'objectif, c'est aussi de le faire rentrer dans une démarche de soins avec un suivi. »

Les MSO étaient perçus comme meilleurs que le produit initial

M1 : « Il vaut mieux qu'ils prennent ça et qu'ils ne consomment plus que de vouloir les sevrer à tout prix et qu'ils rechutent et re consomment. »

M2 : « pour moi les objectifs, c'est qu'ils prennent ça à la place de ce qu'ils prenaient avant. »

M4« C'est le sevrage progressif sans les effets secondaires d'une consommation, sans les risques périphériques d'une consommation de drogue autre, que soit injection ou autre. Limiter les effets indésirables d'une autre consommation de drogue ».

M7 : « Les objectifs ? C'est que le patient consomme le moins possible, donc qu'il se mette le moins en danger possible. Cela représente un traitement qui permet de pallier le manque, de la substance nocive voilà. »

Pour certains médecins interrogés, les MSO permettaient d'éviter le retour des consommations.

M1 : « Il vaut mieux qu'ils prennent ça et qu'ils ne consomment plus que de vouloir les sevrer à tout prix et qu'ils rechutent et reconsomment. »

M9 : « qu'on essaie de prévenir de la rechute. Pas de consommation parallèle. Essayer qu'ils ne retombent pas, et qu'il reste dans le médicament substitutif à la dose prescrite ou être à la dose qui s'approche de ce qu'ils ont besoin en plus. »

M4 : « Ce que je veux c'est qu'il soit bien équilibré avec son traitement et surtout ce que je recherche c'est qu'il n'y ait pas de de rechute,.... »

Ils permettaient aussi la limitation du risque judiciaire.

M2 : « ça leur évite de faire d'autres conneries »

M3 : « Et de ne pas avoir de conduite délictuelle. »

M5 : « les mettre dans des cercles légaux on va dire. »

M9 : « On essaie qu'ils ne retombent pas dans un usage illicite, illégale. »

Ils contribuaient à la réduction des risques sociaux

M3 : « Le deuxième c'est que même, s'il y a des consommations occasionnelles, qu'ils soient capables de ne pas avoir de syndrome de manque quand ils sont hors consommation et leur permettre de se réinsérer socialement, de chercher en permanence, de se désinsérer socialement. »

M6 : « Je pense encore une fois que c'est de sociabiliser le patient. Ce sont des gens qui quittent un univers : des vols, de la misère sociale, ils se resocialisent, ils trouvent du boulot, ils ont des enfants. »

M8 : « C'est quelque chose de palliatif et qui permet d'avoir une vie normale. Un retour à une vie normale sans être dépendant d'un fournisseur, et de ne pas être dépendant financièrement de ces produits- là. » Et pouvoir mener une vie quasiment normale en dehors de cette autre dépendance à un médicament.

M13 : « Je pense que c'est bien parce que ça permet d'insérer et d'aider beaucoup de gens. »

Pour un médecin, les MSO étaient vus comme une réponse rapide au patient.

M3 : Et ça nous permet nous de donner une réponse immédiate. Donc oui plutôt pour.

Le MSO était considéré par certains des médecins interrogés comme un traitement comme un autre.

M5 : « Un médicament comme un autre voilà, accompagner une addiction, accompagner une maladie. Ce sera ma seule réponse, tu as les antalgiques pour la douleur, les anti HTA pour la tension et les médicaments pour les addictions »

M6 : « C'est un traitement. Tu fais de l'hypertension tu as un traitement. »

M10 : « C'est un médicament qui permet de ne pas avoir les signes de manque sans les effets négatifs de la drogue en fait. C'est comme ça que je le définirai. »

Pour un médecin interrogé, les MSO permettaient le suivi régulier du patient.

M9 : « Une solution au sevrage. Après temporaire ou durable, peu importe. Mais ça permet que médicalement il y ait un suivi. »

Pour un autre, ils permettaient de stabiliser le patient.

M6 : « Mon objectif n'étant pas d'arrêter le traitement mais de stabiliser le patient. »

Enfin certaines voyaient les MSO comme un outil permettant d'avancer au rythme du patient.

M9 : « Après sur la durée, ça ne pose pas de soucis qu'on soit sur des choses longues. Ce n'est pas forcément qu'une transition. Après, l'objectif d'une diminution future. On a des gens qu'ils l'ont. Il y en a qu'ils l'ont pas, mais ce ne me pose pas de soucis qu'il ne l'ait pas. De diminuer leur dose petit à petit. Des gens qui sont sous Subutex ou buprénorphine à leur dose et qui n'envisagent pas de diminution, ça ne pose pas trop soucis, je ne vois pas ça comme un objectif. Si c'est l'objectif du patient, très bien on peut l'accompagner. Mais je ne suis pas sûre que c'est une fin en soi »

M8 : « Ceux qui sont sous traitement substitutif (alors je n'en ai pas beaucoup) ça ne me pose pas de problème, c'est des gens qui sont bien intégrés, qui ont une vie sociale et qui viennent renouveler leur traitement, probablement à vie, car on n'arrive pas à l'arrêter. Donc ça, ça ne pose pas de soucis. »

M10 : « Alors, à une époque mon objectif c'était d'essayer de diminuer. Pour qu'ils ne prennent plus ça buprénorphine. Et j'en ai discuté avec des collègues qui me disaient qu'en fait l'objectif n'était pas forcément de l'arrêter. Mais c'est qu'ils soient bien, et soient stables avec une dose, qui leur convient. Donc mon objectif n'est plus de le diminuer. Mon objectif c'est qu'elle soit bien comme ça »

c) PROPOSITION

Dans le guide d'entretien, nous avons aussi voulu voir ce que propose le médecin pour favoriser la pratique de la RDRD en médecine générale. Ces propositions sont détaillées figure 10.



Figure 10 : Extrait n°3 de la branche des leviers de l'arbre thématique

(1) Consultation dédiée

(a) **Création d'une check liste**

Un médecin évoquait l'intérêt d'une consultation dédiée avec une check-list des points à aborder dans une consultation de RDRD.

M9 « On pourrait faire des consultations plus centrées sur la réduction des risques et moins centrées sur le médicament en lui-même ou la drogue. Ou c'est un peu une check-list à être vigilant au cours des consultations. Surtout qu'on les voit quand même régulièrement. Au moins tous les 28 jours donc on pourrait se fixer des objectifs. »

(b) Valorisation de l'acte

Un autre proposait une valorisation de l'acte afin de pouvoir dédier plus de temps de consultation aux usagers d'opioïdes.

M12 « sinon il faut qu'on valorise l'acte et qu'on passe une demi-heure trois quarts d'heure avec chaque patient. Donc soit on fait vite et on ne fait pas bien. Soit, on prend le temps et pour ce type de patient il faut prendre le temps. Et on se donne les moyens de le faire bien. »

(2) Délégation de tâches

Deux médecins évoquaient la délégation de tâches auprès d'infirmiers formés sur le modèle de ce qui existe déjà pour certaines pathologies chroniques comme le diabète.

M10 : « Après, il existe des... comment ça s'appelle... Nous, on a pris contact avec des infirmières. Nous, en tant que médecin généraliste on peut avoir 20 % de temps infirmiers par médecin généraliste, qui fait de l'éducation au cabinet. Soit par des assistants médicaux ou ces infirmières-là que ça pourrait être fait. Ça pourrait être une délégation de tâches. Tu enclencherai le processus avec le patient, et puis que soit l'infirmière ou l'assistant médical ils puissent faire l'entretien comme ils feraient avec les diabétiques faire de l'éducation que toi tu n'as pas le temps de faire. Je pense que pour ces patients-là, ça pourrait être ça, aussi. »

M12 : « On pourrait imaginer qu'on ait une infirmière CO qui fasse le taf à notre place. D'avoir quelqu'un de dédié. Quand tu es en SISA des choses comme ça, tu peux avoir des subventions pour des infirmières pour les diabétiques, pour les pathologies chroniques. Et pourquoi ne pas avoir quelqu'un au sein du pôle qui prend le temps ? »

(3) Distribution de documentations à destination des patients et des médecins.

Deux des médecins interrogés évoquaient la distribution d'un support à destination du médecin et du patient sur lequel s'appuyer au cours des consultations liées à la RDRD.

M6 : « Carrément oui. Il y a aussi le CAARUD et j'ai des flyers. Bon là je n'en ai pas en ce moment. J'essaie toujours d'en mettre, histoire de dire qu'on peut en parler si vous voulez. »

M8 : « Et puis surtout il faudrait éventuellement avoir un support. C'est vrai qu'on délivre beaucoup d'information de prévention et qu'il y a des livrets qui sont faits sur tel et tel domaine, je pense que ça peut faciliter le passage d'info. »

Je pense que c'est, de se baser sur une petite plaquette bien faite ou l'on pourrait aborder ensemble. Ça pourrait participer à un échange. Je pense que ça peut être un bon moyen »

(4) Amélioration de la formation aux outils de la RDRD

(a) Faire des rappels de connaissance réguliers à destination des médecins généralistes

Parmi ceux ayant déjà reçu une formation, un des médecins insistait sur l'importance de faire des rappels de connaissance pour stimuler les médecins à poursuivre et à améliorer leurs pratiques.

M6 : « On l'a fait mais c'est toujours pareil faut répéter les choses, il faut avoir des flyers. Il faut toujours restimuler. Sinon on reste dans nos petites habitudes, et on ne le fait pas trop. C'est l'information, c'est de répéter c'est de redonner l'information, c'est d'avoir des flyers, de les poser, de ne pas les oublier et de les redemander. Si, on ne restimule pas eh bien, au bout de quelques temps, tu oublies. »

(b) La Formation à la RDRD

La formation apparaissait comme une des solutions permettant de favoriser la pratique de la RDRD chez les usagers d'opioïdes en médecine générale.

M2 : « Alors oui sans problème quand on a été formé. Si c'est une démarche volontaire du médecin qui va se former et qui sait faire. »

M5 : « Peut- être tout simplement qu'on soit déjà mieux formé à l'addictologie, par des soirées addicto, des DU, les FMC. Mieux se former. »

M7 : « La formation continue ? Il faudrait presque, pour devenir bon, des jeux de rôles pour s'améliorer. Moi je sais qu'à la fac à Rouen on faisait beaucoup de jeux de rôles et c'est très intéressant de se trouver dans la situation, même si c'est pour de faux, pour pouvoir avoir du recul sur ce que l'on fait. »

M13 : « Euh. Je ne sais pas. La formation, l'expérience. »

C. Pratique

Une partie du guide d'entretien avait pour but de sonder les pratiques des médecins interrogés. La figure 11 détaille les représentations que les médecins interrogés avaient de leur place en addictologie.

1. Place du médecin généraliste en addictologie

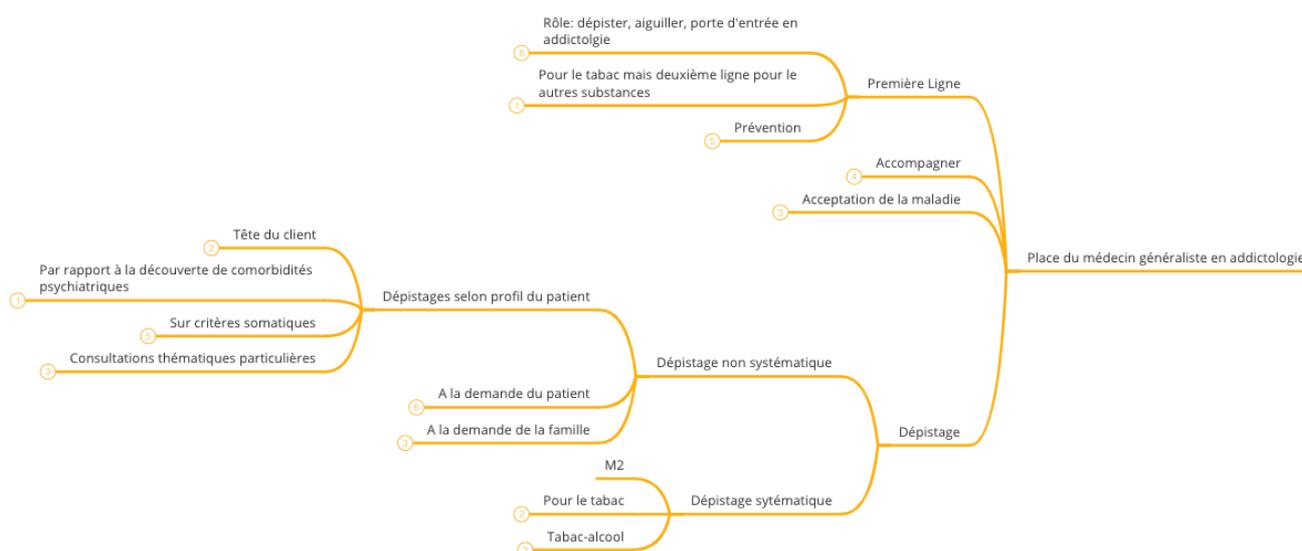


Figure 11 : Branche concernant la place du médecin en addictologie de l'arbre thématique

a) **Première Ligne**

Les médecins interrogés se voyaient en première ligne concernant l'addictologie.

(1) Rôle : dépister, aiguiller porte d'entrée en addictologie

Certains médecins se voyaient comme une porte d'entrée dans les soins et se disaient avoir un rôle à jouer dans le dépistage et l'aiguillage des patients.

M1 : « D'en parler, déjà, d'arriver à soulever le problème et là c'est le début. Le jour où ils en parlent je pense que ça y est c'est gagné. On peut enfin avancer. Soit nous, on juge c'est à nous d'aiguiller. »

M2 : « La découverte, les orienter, en parler avec le jeune, c'est primordial. Enfin pour moi c'est vraiment important. De toute façon maintenant on est le premier recours pour plein de choses, donc, oui il faut leur en parler. »

M5 : « Eh bien, c'est de pouvoir mettre au moins le doigt pour le patient, dans un cercle où tu peux les orienter. Tu es la porte d'entrée dans le réseau addicto médical. En gros t'es la première personne qu'ils viennent voir. »

M9 : « Dépistage, les trouver déjà...si le médecin ne le fait pas ça va être compliqué de relever les problématiques parce qu'on les voit tous en premier recours, les patients. »

M11 : « C'est d'essayer de les mettre en évidence et de trouver éventuellement un spécialiste ou un service pour les prendre en charge. »

(2) Pour le tabac mais deuxième ligne pour les autres substances.

Un médecin se voyait en première ligne uniquement avec la prise en charge du tabac.

M4 : « "Central. Autant pour le tabac, je sens qu'on peut avoir une place en première intention de pouvoir gérer, d'être là, d'écouter, d'accompagner. Peut-être par ce que je m'y intéresse moins autant que ce soit alcool ou autre traitement de substitution je me sentrais bien d'être en deuxième ligne de suivre et d'être une écoute, on voit où ça en est, s'il y a des rechutes mais plutôt en 2ème ligne. »

(3) Prévention

Certains évoquaient le rôle de prévention qu'ils avaient en addictologie.

M5 : « Oui bien sûr c'est du préventif, ça fait partie de nos missions. Surtout le tabac et l'alcool »

M8 : « C'est d'alerter sur le problème de l'addiction, des risques encourus. Voilà... on est dans l'intervention courte intervention brève »

M9 : « Et je pense, qu'il y a une question de promotion de la santé d'éducation à la santé, chez les jeunes avant qu'elle existe. »

M12 : « C'est de prévenir. C'est de faire de la prévention. Dire qu'on est disponible, car il y a beaucoup de déni quand même »

b) Accompagner

Les médecins se voyaient dans un rôle d'accompagnement du patient dans ses démarches de soin.

M6 : « La place du médecin généraliste c'est de faire la démarche avec le patient et de dire : il y a un problème et il y a des solutions. »

M9 : « Et commencer à aborder le fait d'aller vers un sevrage si les patients sont motivés »

M13 : « et puis d'aider à partir du moment où il y a une demande d'aide au sevrage »

M12 : « Dire qu'on est disponible, car il y a beaucoup de dénis quand même. »

c) Acceptation de la maladie

Ils avaient pour certains un rôle dans l'acceptation de la maladie par le patient.

M7 : « Une fois qu'ils auront vu le spécialiste c'est que le problème est déjà accepté finalement. Donc oui du dépistage, il faudrait en faire énormément. »

M12 : « Mais essayer de lui faire prendre conscience qu'il y a quand même un problème dans sa prise d'antalgique quoi. »

M1 : « Le jour où ils en parlent je pense que ça y est, c'est gagné. On peut enfin avancer. »

d) Dépistage

Certains des médecins interrogés mettaient en avant leur rôle dans le dépistage.

(1) Dépistage non systématique

La plupart d'entre eux ne faisaient pas de dépistage systématique des consommations de substances psychoactives

(a) Dépistage selon le profil du patient

Certains déclaraient faire le dépistage en fonction de la « tête du client »...

M4 : « et pour le cannabis c'est vraiment à la tête du client autant pour le tabac et alcool je suis systématique autant pour le cannabis je le fais vraiment en fonction du patient que j'ai en face de moi et pareil pour l'héroïne »

M11 : « La tête du client, au faciès »

D'autres, le faisait par rapport à la découverte de comorbidités psychiatriques.

M7 : « Les contextes, cela va être des contextes, des dépressions, des demandes par rapport à des demandes psy. Là, je vais facilement le demander. Après non, j'ai pas de... Enfin, pour le tabac, cela va être assez systématique, mais sinon, j'ai pas d'outil particulier, J'ai simplement moi, mes questions comme cela. »

Certain encore le faisaient sur des critères somatiques.

M10 « : Après c'est difficile. Après quand tu as quelqu'un qui vient avec des altérations du bilan hépatique, souvent je vais rechercher les addictions à l'alcool. »

M1 : « Alors le tabac oui Pareil, quand ils viennent pour une bronchite. »

M11 : « C'est par rapport soit à une modification du bilan biologique éventuellement...S'il y a des signes qui peuvent évoquer éventuellement une prise d'alcool. Des tremblements pour certains »

M12 : « Alors au niveau de l'alcool je vais plutôt aborder le sujet suite à des bilans pathologiques »

M6 : « Par contre, l'alcool, c'est quelque chose qui est encore un petit peu particulier donc ça arrive qd on voit les bilans hépatiques. »

Parfois le dépistage avait lieu lors de consultations thématiques particulières.

M1 : « Alors le tabac oui, c'est pas du systématique c'est quand ils viennent qu'ont fait le certificat de sport, on leur demande s'ils fument et si oui combien, les ATCD familiaux. On voit si ça peut coller ou pas et on fait un rappel sur les méfaits du tabac. »

M10 : « Le tabac c'est assez régulier, je pose assez souvent la question. Dans des consultations de renouvellement ou de certificats pour le sport, je pose tout le temps la question pour le tabac »

M12 : « Et sur les jeunes au moment des certificats médicaux d'aptitude à la pratique du sport je vais essayer d'aborder ça quand ils sont tout seuls, car avec les parents ils ne disent jamais rien. »

(b) A la demande du patient

Parfois les médecins interrogés nous informaient que les demandes venaient parfois des patients eux même.

M3 : « J'ai pas de modalités particulières, après c'est vrai que souvent, il y a le patient : pour les dépendances drogues dure, c'est le patient qui est en démarche de sevrage et pour ce qui est de l'alcool il y a des demandes de sevrage. »

M5 : « Pour les substances illicites, moi je trouve que c'est pas des gens qui viennent facilement, ou spontanément. Quand ils viennent, ils viennent pour un traitement donc c'est eux qui abordent le sujet en général. C'est : bonjour Dr je suis addict, il me faut un traitement...Après les autres addictions, j'attends plus que ça vienne d'eux, ou de la famille. Mais le tabac, j'en parle facilement. »

M6 : « S'il n'y a pas la demande, je n'aborde pas le sujet. Sauf si j'ai des doutes

Le tabac, je l'aborde très fréquemment. L'alcool quand je pense qu'il y a vraiment besoin et les autres, si on me demande. »

M12 : « Tabac, ça va plus être quand le patient va me demander une aide au sevrage. »

(c) A la demande de la famille

Les demandes pouvaient également venir de la famille des patients.

M12 : « Ou quand le conjoint m'a signalé une consommation excessive. Je vais essayer d'aborder ça quand je revois le patient. »

M11 : « Et quelquefois si je suis le couple ça peut être l'épouse qui vient toute seule qui me dit « Faudra parler à mon mari, car je trouve qu'il boit trop » »

M5 : « Après les autres addictions, j'attends plus que ça vienne d'eux, ou de la famille »

(2) Dépistage systématique

Un médecin indiquait réaliser des dépistages systématiques chez ces nouveaux patients pour les substances psychoactives. Certains disaient le faire uniquement pour le tabac et l'alcool.

M2 : « Alors systématiquement je leur demande... Alors les nouveaux patients, je leur demande systématiquement, s'ils boivent, s'ils fument, s'ils prennent du cannabis ou d'autres substances. La question, elle est dans mon interrogatoire systématique »

(a) Pour le tabac

M5 : « Oui très fréquemment, c'est un truc que j'aborde assez facilement dans des consultations qui n'ont rien avoir avec ça au départ. Le grand sujet d'addiction pour moi, le plus facile à aborder on va dire, c'est le tabac. On en parle très souvent, et à toutes les consultations systématiquement. »

M7 : « Enfin, pour le Tabac, cela va être assez systématique, mais sinon, j'ai pas d'outils particulier, J'ai simplement moi, mes questions comme cela. »

(b) Tabac, alcool

M4 : « Pour le tabac, c'est systématique l'alcool c'est pareil.. »

M12 : Avec les nouveaux patients, je demande alcool et tabac. Les autres drogues pas au premier contact. Car c'est souvent des patients d'un certain âge

2. RDRD repérée

Dans les pratiques des médecins interrogés, certaines s'apparentaient à de la RDRD comme nous le montre la figure 12.

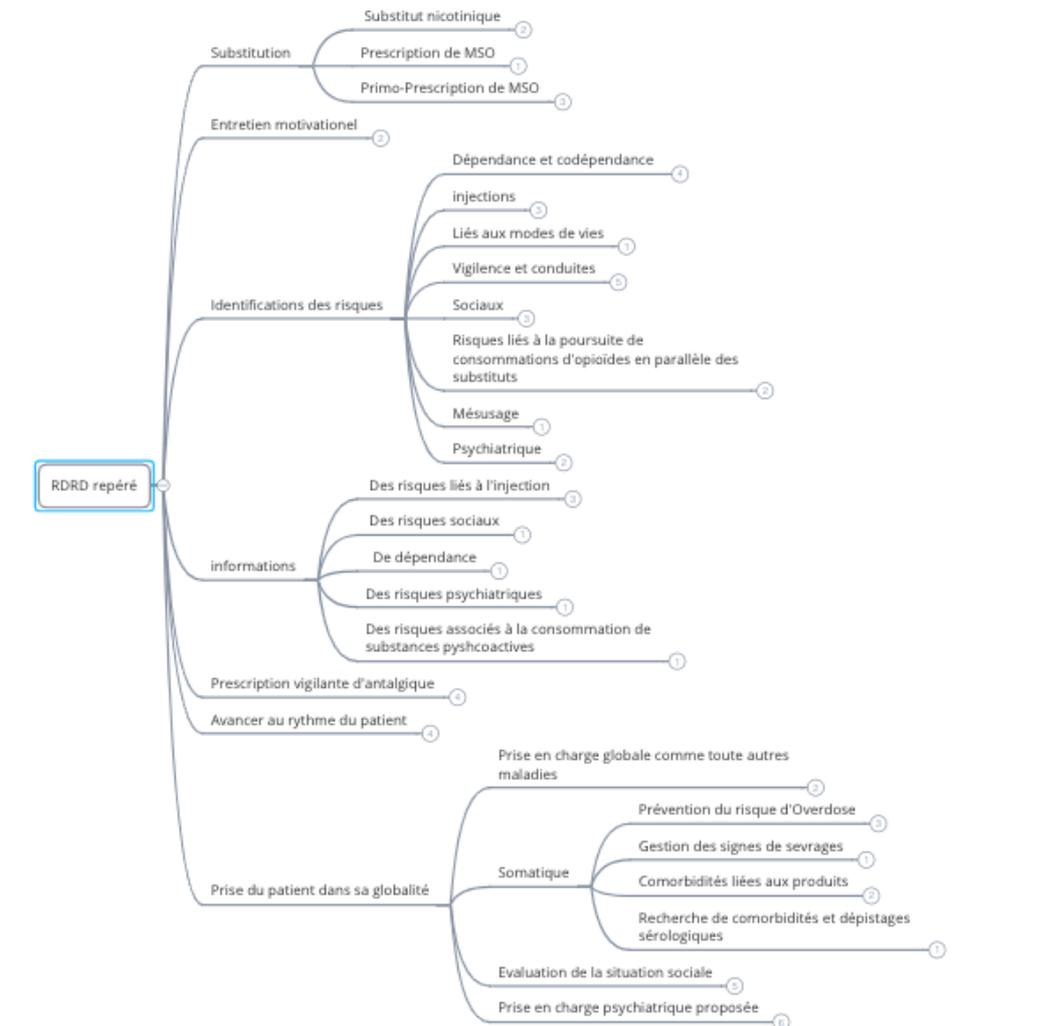


Figure 12 : Branche des pratiques de RDRD repérées, extrait de l'arbre thématique

a) **Substitution**

Une des pratiques repérées était la proposition de traitements de substitution.

(1) Substitut nicotinique

Pour le tabac certains proposaient des substituts nicotinniques.

M1 : « on leur propose toujours les patchs »

M4 : « Moi, j'estime qu'on est là pour les encourager et leur prescrire des substituts nicotinniques... »

(2) Prescription de MSO

Concernant les MSO tous les médecins sauf M11 nous ont indiqué prescrire des MSO.

(3) Primo-Prscription de MSO

Certains indiquaient réaliser des primo-prescriptions de buprénorphine.

M3 : « j'essaie le traitement ambulatoire »

M5 : « Mais quand c'est sur du Subutex ou de la bupré, bon bah tu gères »

M7 : « En donnant quand c'est souhaité des traitements substitutifs »

b) Entretien motivationnel

Un des médecins interrogés évoquait l'entretien motivationnel dans ses pratiques.

M6 : « Moi, c'est surtout l'entretien motivationnel, c'est-à-dire, qu'il faut qui y ait une volonté du patient. »

c) Identification des risques

Un autre élément observé dans les entretiens était l'identification de certains risques de la consommation d'opioïdes.

Les médecins repéraient notamment les risques :

(1) Liés aux dépendances et Co dépendances.

M5 : « de codépendance, de créer d'autres dépendances, à d'autres trucs en voulant se sevrer. ».

M6 : « Alors les risques qu'il faut limiter et bien c'est, je me méfierai des co-addictions. »

M13 : « Quand c'est des opioïdes illicites, être vigilant qu'il n'y ait pas de consommation en parallèle des traitements substitutifs. Et voir s'il reconsume de l'héroïne régulièrement en parallèle. La dépendance et les conséquences cliniques de ces consommations C'est les co-consommations en fait. »

(2) Liés aux injections

M7 : « Les risques plus chroniques avec toutes les maladies VHC, parce que cela on en découvre pas mal aussi. »

M9 : « Donc il faut essayer quand même de leur proposer au moins de s'injecter dans de bonnes conditions. Il faut quand même les accompagner même là-dedans. »

M10 : « tout ce qui est hépatite B, hépatite C, SIDA. Voilà.

(3) Liés aux modes de vies

M7 : « Après cela va être les risques en fonction de leur mode de vie qui vont avec ces drogues-là, avec des comportements sexuels, à risque des choses comme cela. »

(4) Liés à la vigilance et à la conduite

M7 : « Et puis je ne sais pas pour les médicaments, il peut aussi y avoir des risques au niveau vigilance pour conduire, autant que pour les drogues d'ailleurs. »

M5 : « la conduite aux volant tous ces trucs »

M9 : « Vigilance au travail sur la route. »

M10 : « Si bien sûr les troubles de la vigilance pour la conduite par exemple. »

(5) Sociaux

M7 : « Et puis les risques sociaux, qui sont hyper importants aussi car c'est toujours la même chose, car ils perdent d'abord leur boulot puis leur famille leur logement. Donc les risques sociaux sont hyper importants à prendre en charge. »

M8 : « Ce qui est surtout dépendant de la réussite, c'est surtout la bonne intégration sociale. Si c'est des gens qui n'ont que ce souci-là... mais si à côté ils ont plein d'autres problèmes, ça va être compliqué. Ça simplifie beaucoup les choses, quand ils ont déjà une vie un peu posée, pas d'autres soucis familiaux financiers boulots, etc. ça simplifie déjà le problème quoi. »

M13 : « sociaux »

(6) Risques liés à la poursuite de consommation en parallèle des substituts

M9 : « Pas de consommation parallèle. »

M4 : « Ce que je veux c'est qu'il soit bien équilibré avec son traitement et surtout ce que je recherche c'est qu'il n'y ait pas de rechute, c'est qu'il n'y ait pas de consommation en plus à côté et qu'il puisse trouver un équilibre... »

(7) Liés aux mésusages

M9 : « Mais oui s'il y a un mésusage ça peut représenter un danger. Il faut essayer de comprendre le mésusage et d'essayer de les accompagner. On fait au mieux. Pas que les juger quoi »

(8) Liés aux comorbidités psychiatriques

M6 : « il y a un abord psychologique.

Ce sont des patients, qui sont souvent en grande souffrance. Il n'y a pas juste qu'un abord chimique, il y a un abord psychologique »

a) Information

Certains médecins déclaraient d'ailleurs pouvoir donner des informations sur les risques dus à l'usage d'opioïdes. Ils pouvaient notamment donner de l'information concernant :

(1) Information des risques liés à l'injection

M2 : « Ah ,bah pour ceux qui se piquent, tout ce qui est maladies transmissibles. Les autres, la dépendance, les risques psychiatriques de décompensation et c'est tout. »

M3 : « leur décrire les risques liés à l'injection, tout ce qui est infection MST , infection transmissible par le sang. »

M8 : « On peut l'alerter sur les risques infectieux »

(2) Information sur les risques sociaux

M3 : « vie sociale qui peut être détruite par ça »

(3) Information sur la dépendance

M2 : « la dépendance »

(4) Information sur les risques psychiatriques

M2 : « les risques psychiatriques de décompensation »

(5) Information sur les risques associés à la consommation de substances psychoactives

M3 : « et le côté santé à long terme »

b) Prescription vigilante d'antalgiques

Concernant la prescription d'antalgiques, opioïdes, certains médecins ont évoqué l'importance d'être vigilants et d'informer le patient sur la durée, les posologies.

M13 : « Pour les opioïdes licites, c'est moi qui suis vigilante à ne pas represcrire, ne pas repartir dans ces traitements-là ».

M12 : « À part dire « pour tout ce qui est licite vous devez attendre tels délais entre deux prises, vous ne devez pas dépasser tel poso ». Tu ne gères pas trop ce qu'ils font à la maison. Mais comme toute ordonnance que tu leur donnes, tu expliques ta prescription. »

c) Avancer au rythme du patient

Pour certains médecins, ressortait dans les entretiens, l'importance d'avancer avec les patients à leur rythme et de partager le choix des prises en charge avec lui.

M9 : « ça dépend un peu de l'envie du patient aussi. On s'adapte un peu à ce qu'il est prêt à faire. »

M7 : « Après, cela va être plus sur l'environnement thérapeutique, trouver, ce qui leur convient »

M3 : « Et de fixer avec eux un objectif à atteindre mais en ayant un cocooning quand même »,

d) Une prise en charge du patient dans sa globalité

On pouvait constater dans certains entretiens, que les médecins avaient une vision globale du patient, et prenaient en charge le patient sur différents niveaux.

M7 : « Mais chercher, ce qu'il y a autour c'est très important et c'est sous-estimé par beaucoup de confrères. Il faut une prise en charge globale comme on ferait pour un autre patient, pas que sur cette problématique-là »

(1) Somatique

Cela pouvait notamment se retrouver sur le plan somatique avec la prévention des risques d'overdose.

M7 : « Oui, mon premier certificat de décès que j'ai fait en tant que médecin installé, c'était une overdose donc voilà. Chez une personne de 24 ans, donc cela met bien les choses en place. Les risques, oui bien sûr, de sur- consommation, les risques aigus, »

M8 : « recherche de doses toujours plus importantes, »

M10 : « Les risques de surdosage, d'overdose »

Un médecin évoquait quant à lui, la gestion des signes de manque et de sevrage liés au opioïdes.

M5 : « C'est accompagner le sevrage éventuellement, les douleurs, les troubles digestifs. »

D'autres évoquaient les comorbidités liées à la consommation des opioïdes.

M9 : « Les risques sur leur santé au long court. Les risques pour les prises en charge ultérieures, quand ils ont déjà des doses de morphines au long court ou des traitements substitutifs et qu'il leur arrive des problématiques douloureuses aigues à chaque fois pour nous, c'est compliqué, le risque de ne pas arriver à bien les soulager. »

M13 : « Sur la santé aussi avec les effets secondaires par la suite. »

Un autre médecin, recherchait les comorbidités associées et notamment les sérologies à la recherche d'infection virale.

M7 : En dépistant les comorbidités

M7 : Toujours faire des sérologies, les risques plus chroniques, avec toutes les maladies VHC, parce que comme cela on en découvre pas mal aussi

(2) Évaluation situation sociale

L'accompagnement social du patient était également un élément qui ressortait dans leur vision de leur prise en charge.

M1 : « Est- ce qu'au niveau de son permis, de son emploi, de sa vie familiale. Voir avec lui qui va l'accompagner dans sa démarche, savoir s'il en a parlé à sa compagne ou à ses parents.

Fait-il le tri dans ses amis, avec qui, il consomme. Qu'il oublie ces numéros là pour faire une coupure avec le milieu ; s'il continue à les fréquenter, ça ne marchera pas. »

M3 : « Un environnement social aussi parce qu'il ne faut pas qu'il soit désinsérer »

M6 : « Voir une assistante sociale »

M7 : « Et puis les risques sociaux, qui sont hyper importants aussi car c'est toujours la même chose, car ils perdent d'abord leur boulot puis leur famille, leur logement. Donc les risques sociaux sont hyper importants à prendre en charge. Puis les envoyer chez l'assistante sociale par exemple. »

(3) Prise en charge psychiatrique ou psychologique proposée

La prise en charge des comorbidités psychiques chez les usagers a été évoquée lors des entretiens.

M1 : « S'il veut avoir une psychologue à côté, »

M6 : « Par-contre si quelqu'un vient avec un problème d'alcoolisme c'est évident que je vais traiter sa dépression sous-jacente. Recherche contexte psy associé »

M5 : « Le coté dépression, irritabilité, la somnolence. Moi je dirais que c'est ça. »

M7 : « Rechercher des troubles anxieux. Cela c'est hyper important car c'est « méga » fréquents, pour qu'il soit dans les meilleures conditions possible pour se soigner »

IV. DISCUSSION

Nous avons mené une étude qualitative dans le but d'identifier les différentes représentations et pratiques des médecins généralistes en matière de réduction des risques chez les consommateurs d'opioïdes, afin de mettre en évidence les freins et les leviers à cette pratique. Pour cela, nous avons fait passer des entretiens semi-dirigés dans une population de 13 médecins généralistes en Basse Normandie.

A. Représentation de la RDRD

1. Concernant les freins liés à leur représentation

a) Freins liés aux valeurs morales des médecins interrogés

Parmi les représentations des médecins interrogés sur la RDRD, des freins liés à leurs valeurs morales et personnelles ont été observés.

En premier lieu, il apparaît compliqué pour certains d'entre eux, d'évoquer avec le patient l'usage à moindre risque au cours de la consultation, sans avoir l'impression de cautionner la pratique du patient et de l'encourager à poursuivre dans cette voie. De plus, concernant la substitution, d'autres médecins interrogés évoquent l'impression de se retrouver en position de « dealer officiel » lorsqu'ils prescrivent des MSO. Cette position de « dealer officiel » est un frein qui a été retrouvé dans d'autres études, notamment dans l'enquête de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) en 2001 sur l'évolution la prise en charge d'usagers d'opioïdes (64) ou la thèse de Azrak Daniel en 2017 sur les freins à la prise en charge d'usagers d'héroïne (65). On retrouve différentes hypothèses dans la littérature scientifique pouvant être l'origine de ces freins liés aux valeurs morales.

Premièrement, comme nous le fait remarquer Marie Jauffret-Roustide dans son intervention sur les différents modèles de RDRD durant l'audition publique de la FFA en 2016 (37), en France l'usage de drogue est un délit pénal et la classe politique n'hésite pas à recourir à un discours « d'interdit moralisateur » lorsqu'elle aborde le sujet. Elle nous fait également remarquer le choix français d'un modèle de RDRD dit « faible » et « intégrationniste » très sanitaire (visions médicalisées construites autour du risque infectieux au détriment des risques légaux, sociaux et relationnels) où l'arrêt des consommations est perçu comme une finalité, ne considérant pas l'usage comme un droit de l'usager de disposer de son corps et qui impose aux usagers un traitement considéré comme étant meilleur pour eux.

On peut donc se demander si les valeurs morales induites par la vision de notre politique de santé publique et par la classe dirigeante ne rendent pas certaines mesures de RDRD contre intuitives pour ces acteurs. En effet aborder l'usage à moindre risque d'une substance interdite par la loi et la morale peut sembler difficile.

b) Image des usagers d'opioïdes

Un autre frein lié aux représentations de la RDRD est l'image que certains médecins interrogés ont sur les usagers d'opioïdes.

En effet certains médecins manquent de confiance envers les patients consommateurs d'opioïdes qu'ils considèrent comme non fiables. Ils craignent notamment le détournement (Revente, trafic...) ou le mésusage (Fractionnement des doses, détournement de la voie d'administration du MSO : sniff, injection...) de leur prescription de médicaments de substitution. Ce frein lié à la crainte du détournement, se retrouve dans un autre travail de thèse datant de 2010, sur le thème de la difficulté de la substitution opiacé en médecine générale (66).

Le mésusage est une réalité et ces craintes ne sont pas infondées même s'il est difficile d'avoir des chiffres exacts. Dans la publication de l'OFDT « le tableau de bord des traitements de substitution aux opioïdes » 2020, deux indicateurs d'éventuel mésusage sont définis (20), et pourraient être utiles pour quantifier la part de détournement des MSO

Le premier indicateur est la dose prescrite, qui, lorsque qu'elle est trop élevée, pourrait être un indicateur de détournement. Il est à noter que 2% seulement des prescriptions de BHD dépassent les doses maximales (20) (chiffre stable depuis 2011) et pour la méthadone, les doses quotidiennes moyennes augmentent mais restent dans les normes établies par les recommandations.

Le second indicateur est, le nombre de prescripteurs et de dispenseurs. En effet, pour contrôler la prescription de MSO le patient doit avoir un seul prescripteur et un seul lieu de délivrance des médicaments. En 2017, 23% des usagers avaient 3 prescripteurs ou plus et 9% se faisaient délivrer leur traitement dans 3 pharmacies ou plus (20). Ces chiffres ne reflètent pas forcément un détournement, mais cet indicateur peut parfois correspondre à ce qui a été appelé le « Docteur shopping » (nomadisme médical et pharmaceutique d'un patient pour obtenir une plus grande quantité d'un même médicament), et il a été démontré qu'il était la source principal des MSO à visée non médicale (67).

Concernant les causes de détournement ou de mésusage, elle sont multiples selon Laurent Michel dans un article les MSO publié en 2009 (68): le trafic, un trouble psychiatrique associé, une recherche d'effet, une prise en charge insuffisante avec des posologies inadaptés

Sans le nier ou le banaliser, le mésusage ou le détournement des MSO doit être mis en balance avec ce que ces médicaments ont apporté en termes de RDRD (diminution des comportements à risques liés à l'injection, des contaminations au VIH et hépatite C chez les usagers de drogue, de l'usage d'héroïne...) comme nous l'avons vu dans l'introduction. De plus certaines causes de détournement paraissent modifiables. Nous pouvons faire

l'hypothèse que la formation à la prescription des MSO des médecins généralistes et un travail en partenariat avec les structures spécialisées pourraient lever en partie ce frein.

Certains médecins mettent en avant l'aspect peu valorisant des prises en charge d'usager d'opioïdes. Ils évoquent le manque de volonté du patient à vouloir se soigner, les sevrages en MSO impossible. Finalement l'origine de cette frustration, vient probablement du choix du modèle de RDRD intégrationniste où l'arrêt des substances est une finalité, même si parfois elle est inatteignable et de leurs perceptions de la maladie. En effet c'est sous-estimer la maladie que d'évoquer la volonté de se soigner, quand le « craving » et le noyau dur de la maladie.

Certains évoquent également la dégradation de l'image de leur patientèle. Ils craignent également un recrutement important de ce type de patient induit par le fait d'accepter de les prendre en charge. Cette image négative des usagers d'opioïdes se retrouve comme un frein à la prise en charge des usagers d'opioïdes dans d'autres travaux de thèses traitant des freins à la prise en charges d'usagers d'opioïdes en médecine générale (65) et de la difficulté d'utilisation des MSO en médecine générale (66). On retrouve également ce frein dans l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes par l'OFDT en 2001 autour de l'évolution de la prise en charge des toxicomanes (64)

L'origine de cette image négative est sans doute multifactorielle.

Pour certains médecins interrogés, il y a les mauvaises expériences, parfois violentes, avec des patients qui peuvent être à l'origine de leur représentation des consommateurs d'opioïdes. Cependant, au-delà des expériences professionnelles, c'est aussi la représentation sociétale des usagers de drogue qui ressort probablement ici. En effet, si on s'intéresse aux représentations, en population générale, de la dangerosité des produits consommés, l'héroïne occupe la première place (36). Pour l'entourage des consommateurs, l'héroïne est la deuxième substance perçue comme dangereuse derrière l'alcool (69). Comme nous l'avons vu avec l'intervention de Marie Jauffret-Roustide dans le chapitre sur les freins liés aux valeurs morales le discours politique et le modèle de RDRD choisis par la France ont sans doute un impact sur ces représentations.

2. Concernant les leviers liés à leur représentation

Dans cette étude nous avons remarqué que certaines représentations des médecins généralistes interrogés pouvaient être des leviers à la pratique de la RDRD en médecine générale.

a) Représentation de la définition et des outils

Les médecins interrogés ne connaissaient pas la notion de RDRD. Certains, par intuition, pouvaient en définir quelques termes. Après leur avoir fourni une définition trouvée sur le site de la MILDECA (cf annexe 3) (62), nous remarquons que les médecins interrogés ont une vision positive de celle-ci et se projettent comme ayant un rôle à jouer en RDRD. Mais il est à noter que certains médecins émettent des réticences dans leurs participations aux prises en charge sociales et psychiatriques. Nous développerons ces réticences dans un prochain paragraphe.

Pour la majorité d'entre eux, nous observons également qu'ils ont une bonne représentation du MSO, et notamment concernant son utilité pour réduire les risques aussi bien sur le plan de la santé du patient, que sur la réinsertion socio-professionnelle. Une thèse traitant de la perception des MSO par les médecins généralistes, retrouve également que les médecins généralistes ont des représentations positives sur ces molécules (70). Ce qui peut paraître paradoxale aux vus des réticences dans leur pratique.

b) Représentations de leur place dans la RDRD

Les médecins interrogés se trouvent à leur place dans la pratique de RDRD

En premier lieu par la relation privilégiée qu'ils peuvent avoir avec leurs patients. Cette relation est basée sur la confiance entre les deux parties de la relation médecin-malade, elle permet d'aborder tous les sujets. Cette relation de confiance est pour certains indispensable pour la prise en charge des usagers d'opioïdes et notamment pour la prescription de MSO. Ce levier était également présent dans l'enquête de l'OFDT autour de l'évolution de la prise en charge des toxicomanes (64).

Ils se voient également plus accessibles que les structures spécialisées, de par leur organisation, qui sera abordée dans un prochain paragraphe, mais aussi par la représentation moins stigmatisante de la consultation de médecine générale, par rapport aux consultations spécialisées en addictologie.

Du point de vue des patients concernant la place du médecin généraliste, une étude va également dans ce sens. Dans l'article de Beck et coll. publié en 2002 qui traite de l'opinion publique des français sur les drogues et les politiques publiques qui les concernent (71), il apparait que les patients ont une confiance élevée envers leur médecin pour les prises en charge en addictologies. Ce même article (71) indique que 70% des Français s'adresseraient à leur médecin si un de leurs proches avait des problèmes avec la drogue, et 25% à un service spécialisé.

Ces éléments nous montrent donc que les médecins généralistes sont perçus par leurs patients et se perçoivent eux-mêmes comme une porte d'entrée dans les soins en addictologie et donc dans la RDRD.

Malgré les freins moraux liés aux représentations sociétales de l'usage de drogue, nous constatons qu'après une information simple sur ce qu'est la RDRD, la plupart des médecins interrogés se donnent une place dans cette politique. Cela souligne la nécessité d'informer de manière plus importante les médecins généralistes sur ce qu'est la RDRD, les résultats qu'elle apporte en termes de santé publique, et comment ils peuvent y contribuer.

B. Pratique de la RDRD

Nous avons fait le postulat que les médecins ne connaissaient pas forcément la RDRD, mais que dans certains aspects de leurs pratiques, ils en faisaient déjà, notamment via la prescription de MSO.

1. Pratique de la Réduction des Risques

Dans cette étude, nous avons pu constater que les médecins interrogés ne connaissaient pas la notion de RDRD. Cependant, malgré cette méconnaissance, nous avons remarqué que, par certains aspects de leur pratique, ils entraient dans le domaine de la RDRD.

Nous constatons que les médecins généralistes ont une vision globale du patient. Ils portent un intérêt non seulement à sa santé physique (somatique), psychique (psychiatrique et psychologique) mais évoquent aussi l'intérêt de connaître l'étayage familial, l'entourage et le statut professionnel du patient (social). C'est pour eux une combinaison nécessaire à l'accompagnement des consommateurs d'opioïdes. Nous retrouvons l'importance de cette vision globale du patient en RDRD dans le livre « *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie* » p280 publié en 2012, où Jean Pierre Lhomme et Alain Morel indiquent deux pratiques fondamentales en RDRD :

« - Le prendre soin de la personne auquel doit s'attacher le professionnel en cherchant dans l'expérience de la personne qu'il rencontre, les éléments clés de réalisation de ses objectifs, et en mettant ses connaissances « techniques » et son sens clinique au service d'une réelle prise en compte de la personne dans sa globalité, dans son vécu social, psychique et biologique.

- La congruence des propositions thérapeutiques avec la situation, la temporalité de la personne, son intentionnalité de soin du moment, lui donnant ainsi possibilité d'y accéder, de s'approprier ces propositions pour « prendre soin de soi » (72).

Nous notons également, que certains médecins généralistes interrogés, sont prescripteurs de traitement de substitution pour différentes substances psycho actives. Par rapport aux consommations d'opioïdes, cette pratique de la substitution se retrouve essentiellement dans la prescription de MSO et pour quelques-uns, dans la primo prescription. Données que nous retrouvons aussi dans les études sur l'origine des prescriptions de MSO. En effet, 98% des prescriptions de MSO sont réalisées par des médecins généralistes (20).

Concernant la prise en charge du tabagisme, certains évoquent également la substitution nicotinique, qui est une forme de pratique de la RDRD. C'est finalement la pratique de la RDRD la plus courante en médecine générale au vu du grand nombre de consommateurs comme nous l'avons écrit dans l'introduction.

La pratique de l'entretien motivationnel évoquée par certains médecins interrogés peut être utilisée en RDRD et montre une certaine efficacité. C'est ce qu'ont montré Bertrand et coll. dans un article publié en 2015 qui traite de l'impact de l'entretien motivationnel sur la diminution des comportements à risque liés à l'injection (73) dans lequel il a été mis en évidence qu'un entretien motivationnel, pour travailler autour de la réduction des comportements à risque chez des patients injecteurs, était plus efficace qu'une simple information sur les risques.

L'identification des risques à la consommation et l'information donnée au patient sur ces derniers, rentrent également dans le cadre de la RDRD.

Le questionnaire n'avait pas pour objectif premier de sonder les pratiques de manière exhaustive, mais de laisser les sujets s'exprimer en les influençant le moins possible dans les réponses. De ce fait, il se peut que certaines pratiques de RDRD réalisées ne soient pas ressorties des interviews. La nature d'une étude qualitative ne permet pas une justification statistique de ces résultats, mais permet de faire ressortir des idées ou des thèmes particuliers. La réalisation d'une étude de pratiques quantitatives pourrait compléter ces résultats.

Après l'étude des représentations, nous nous sommes centrés sur la pratique de la RDRD par les médecins généralistes et en particulier, quels étaient les freins et les leviers qui ressortaient de leur pratique.

2. Concernant les freins à leur pratique

a) Freins liés à l'organisation

(1) Le temps

Sur le plan organisationnel, les médecins interrogés mettent en avant le manque de temps de consultation à consacrer à ces prises en charge. En effet, entre 18 minutes, en moyenne, consacrées à chaque consultation (74) et la pression due à la démographie médicale (75), il peut leur paraître difficile de se libérer du temps supplémentaire pour l'exploration et la prise en charge sociale psychique et somatique du patient.

(2) La structure

Les médecins généralistes trouvent également que leur structure n'est pas adaptée à la prise en charge des consommateurs d'opioïdes. En effet, ils se sentent en situation d'isolement face à des prises en charges complexes, nécessitant une pluridisciplinarité (médecin spécialiste, travailleur social, psychologue, etc...). Cette pluridisciplinarité n'est pas systématiquement accessible pour eux facilement, induisant une peur de ne pas pouvoir répondre seul aux problèmes soulevés.

Une enquête réalisée auprès des médecins généralistes par OFDT en 2001 avait déjà montré que « le manque de temps » et « l'isolement du médecin » était un frein à la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes (64).

b) Législatif :

Un médecin interrogé dans l'étude met en avant le cadre législatif et le fait de ne pas pouvoir primo prescrire de la méthadone en tant que médecin généraliste. Cela constitue effectivement un frein. En RDRD le patient est acteur de sa santé et doit s'en saisir. S'il souhaite prendre un traitement de substitution, il doit avoir le choix. La primo-prescription de méthadone par les médecins généralistes faciliterait l'accès à cet outil de RDRD à une plus large population d'usagers d'opioïdes. La levée de ce frein a déjà été étudiée et les résultats sont encourageants. Une étude, en effet, comparant les initiations de méthadone par des médecins généralistes et de CSAPA a été réalisée par Patrizia Carrierri en 2014. Cette étude,

nommée *Methaville* (76) a montré des résultats similaires en terme d'abstinence et de conservation des traitements à un an. En outre, les patients ont exprimé une meilleure satisfaction concernant leur prise en charge globale en médecine de ville. Il est à noter que les préalables à cette étude, étaient : la formation et le volontariat des généralistes participants, ainsi que l'appui de CSAPA en soutien des généralistes.

c) Frein individuel

(1) Freins liés aux connaissances

Des freins liés aux connaissances des médecins généralistes dans le domaine de la RDRD et de la prise en charge des problématiques autour des opioïdes ressortent également de l'étude, mettant en avant le manque de formation.

Nous relevons un manque de formation aux outils de la RDRD (connaissance des recommandations, utilisation des MSO et primo prescription, information sur les usages à moindres risques des opioïdes) et une connaissance du réseau addictologie inhomogène. Ils connaissent tous un lieu de référence où ils peuvent appeler pour avoir des conseils mais il persiste des doutes chez les médecins généralistes vis à vis des capacités de certains services à s'occuper des opioïdes. Le CAARUD quant à lui, n'a été cité que par deux d'entre eux. Notamment par un médecin déclarant avoir eu un contact avec eux lors d'une formation.

Deux médecins n'identifient pas de risque à la consommation d'opioïdes.

Enfin la notion de réduction des risques n'était pas connue des médecins interrogés ce qui devrait être un préalable si nous souhaitons investir les médecins généralistes dans cette démarche.

Certains en font le constat eux-mêmes et font part d'un ressenti d'incapacité face à la prise en charge des consommateurs d'opioïdes.

Ces freins montrent le manque de formation des médecins dans le domaine de la RDRD et plus largement de la prise en charge des consommateurs d'opioïdes.

Sur le plan de l'addiction aux opioïdes des études ont également observé ce frein.

L'enquête de l'OFDT citée plus haut (64) a montré que ce manque de formation était un frein à la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes. D'autres travaux de thèse traitant de l'utilisation des MSO en médecine générale (65) (66) ont également mis en avant l'incidence négative du manque de formation dans l'utilisation des MSO par les médecins généralistes.

Au-delà des opioïdes et de la RDRD, c'est même la formation des médecins généralistes en addictologie qui ferait défaut. C'est le constat porté par la MILDECA dans le plan national de mobilisation contre les addictions. La MILDECA précise notamment que: « Les compétences en addictologie des médecins généralistes peuvent être renforcées; il existe manifestement une insuffisance de formation initiale sur le sujet. En outre, il apparaît qu'une amélioration de la formation initiale permet une amélioration des pratiques. L'autonomie des universités et la disparité des formations nécessitent un travail de mobilisation en vue de garantir un socle minimal de formation et d'acquisition des compétences sur les conduites addictives. » (55).

(2) Objectif des MSO

Certains médecins interrogés ont pour objectif la réduction et le sevrage de toutes substances de leur patient y compris de MSO. Ils expriment ici finalement leurs objectifs, et non ceux du patient. Cela leur procure d'ailleurs une sensation d'échec car le patient « consomme toujours ». Nous avons observé chez deux d'entre eux un discours paradoxal, tiraillé entre leurs connaissances des bénéfices (sanitaires, sociaux) du MSO, dont l'arrêt n'est pas une fin en soi, et leur désir de sevrer leurs patients de toutes substances.

Cette volonté absolue de sevrage peut avoir pour conséquence de baisser la posologie des MSO trop vite et, comme nous l'avons vu précédemment dans l'article de Laurent Michel dans un article sur le point de vue des médecins concernant les MSO publié en 2009, cela peut majorer le risque de mésusage et diminuer la probabilité de maintien de la substitution (68).

(3) Le dépistage non systématique des consommations d'opioïdes

Parmi les médecins interrogés, seuls deux disent être systématiques dans les repérages des consommations de substances psychoactives.

Pour certains, le préjugé sur les consommateurs potentiels d'opioïdes influe sur leurs démarches et la question des consommations ne sera posée que si le patient entre dans leurs critères. Pour d'autres c'est plutôt la difficulté d'aborder le sujet, ou le rendement jugé trop faible de la question.

Il est clair que pour réduire les risques de la consommation d'un produit chez un patient il faut déjà savoir qu'il consomme. Le plan national de mobilisation contre les addictions fait également ce constat et met en avant le manque de sensibilisation et de formation des soignants à ce repérage (55).

(4) Le manque d'envie

Une partie des médecins interrogés reconnaît ne pas avoir envie de s'investir dans ces prises en charge.

Les chiffres donnés par la MILDECA dans le plan national de mobilisation contre les addictions vont également dans ce sens. Il y est rapporté que 80% des patients suivis pour une dépendance aux opioïdes étaient suivis par 5% des médecins généralistes (55).

Derrière ce frein se cachent d'autres raisons. En effet dans le discours des médecins interrogés, il ressort l'impression d'incompétence, la peur de la complexité des prises en charges ou encore le découragement.

La motivation apparaît donc comme un élément primordial pour l'investissement du praticien.

3. Concernant les leviers dans leur pratique

Certaines solutions pouvant améliorer la pratique de la RDRD ressortent des entretiens.

a) Organisationnel

(1) La pluridisciplinarité

Le travail d'équipe semble être une solution naturelle chez les médecins interrogés pour contourner leurs difficultés.

En effet certains évoquent notamment les groupes de pairs. Un article de la société française de médecine générale publié en 2016 (77) définit les groupes de pairs comme des rassemblements de médecins d'une même discipline, qui se réunissent afin d'évaluer leurs pratiques professionnelles (EPP) « Participer à un groupe de pairs permet aux médecins de développer leur identité professionnelle et de jeter un œil critique sur leurs pratiques en les comparant aux données de la science et à celles de leurs pairs. ». Leurs valeurs en terme de formation est reconnue par la HAS (Haute autorité de santé) et par la société nationale Française de médecine générale.

D'autres évoquent leurs contacts avec le réseau en addictologie de leur secteur qui leur permet d'obtenir cette pluridisciplinarité, notamment en ce qui concerne la validation de leur prescription et de leur prise en charge, avoir l'avis d'un spécialiste les rassure. Nous

retrouvons cette notion dans l'étude traitant de l'évolution de la prise en charge des toxicomanes réalisée par l'OFDT en 2001, où parmi les facteurs facilitant la prise en charge de patients consommateurs d'héroïne sont retrouvés ; l'appartenance à un réseau et la connaissance de structures de soins où adresser ses patients (64).

L'importance de la pluridisciplinarité et le lien avec les structures spécialisées sont des facteurs favorisant la prise en charge de ces patients dans les travaux de thèse de Boireau et coll. (66) traitant de la difficulté autour de la substitution et Azrak et coll. (65) sur les freins de la prise en charge des consommateurs d'héroïne en demande de traitement.

Pour favoriser la pluridisciplinarité en addictologie et le partenariat des médecins généralistes avec les structures spécialisées, des « Microstructures » ont été développées. Ces structures sont composées d'une équipe de « soins primaires associant un médecin généraliste, un psychologue et un travailleur social au sein du cabinet du médecin ou en maison de santé pluridisciplinaire », et s'inscrivent « dans un maillage territorial des soins de premiers recours ». elles permettent la mise en place « d'un parcours de soins individualisé et coordonné pour chaque patient suivi pour des conduites addictives, en situation de précarité ou de mal-être psychique» (78). Ces réseaux n'existent pas partout en France.

(2) La place du médecin généraliste

La place du médecin généraliste dans le système de soins est un levier qui ressort dans les entretiens. En effet, les généralistes interrogés mettent en avant la facilité d'accès à leur cabinet de médecine générale, permettant la mise à disposition des MSO, la prise en charge et l'accompagnement des patients consommateurs d'opioïdes qui n'auraient pas pu, ou pas voulu, passer par les services spécialisés en addictologie. L'amplitude d'ouverture plus large de leur cabinet est également un avantage selon eux, permettant d'allier vie professionnelle du patient et prise en charge. Ils ont donc un rôle à jouer dans l'accès aux soins, rôle fondamental du généraliste en RDRD, comme le rappellent Beck et coll. (59) dans leur article publié en 2013 s'intéressant à la prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes.

(3) Les propositions des médecins

Nous avons demandé aux médecins généralistes quelles pistes pourraient faciliter leur investissement dans la RDRD des patients consommateurs d'opioïdes.

Pour répondre à la contrainte du temps, la valorisation financière de l'acte inciterait, selon un médecin à prendre plus le temps avec le patient. Les cotations d'actes complexes

existent déjà pour certaines prises en charge de médecine générale. Nous n'avons pas retrouvé d'article concernant l'efficacité de cette mesure en France. Cependant une thèse réalisée en 2017 sur les comportements et les représentations des généralistes face aux cotations (79), a montré que ces cotations n'étaient que peu utilisées, car trop complexes, augmentant leurs charges administratives et perturbant la relation médecin malade.

Deux médecins évoquent également la délégation de tâches, par des infirmières dédiées, sur le modèle de ce qui existe dans certaines pathologie chronique.

La création d'outils standardisés à destination des médecins généralistes, avec une mise à disposition de documentations à destination des médecins et des patients serait aussi pertinente pour eux.

Ils évoquent aussi l'importance de la formation universitaire mais également de la formation continue, pour une remise à niveau régulière des connaissances et pour conserver le contact entre les différents acteurs.

C. Forces et limites de l'étude

L'objectif de cette étude était de s'intéresser à la pratique de la RDRD chez le consommateur d'opioïde en médecine générale et cela au-delà de la prescription des MSO. En effet la plupart des études sur le sujet s'intéressaient à la prise en charge des consommateurs d'héroïne et notamment aux MSO, nous avons donc voulu explorer d'autres aspects de la RDRD.

La place du médecin généraliste n'ayant pas de limites clairement définies, nous avons décidé de cibler certains domaines (les MSO, le repérage des consommations et des risques, l'information et l'accès aux soins). Notre volonté a été d'influencer le moins possible le médecin interrogé dans les questions afin d'analyser sa vision et sa pratique.

Le choix de la méthode qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a permis de laisser les médecins s'exprimer librement, en préservant leur anonymat et a pu montrer leur pratique et leur ressenti.

Le choix d'une retranscription fidèle à partir des enregistrements audios a également permis de ne pas perdre des données durant les entretiens. L'analyse thématique a permis de définir des thèmes correspondant le plus fidèlement aux réponses des médecins interrogés.

De plus, les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème n'apparaisse durant l'entretien suivant, permettant une bonne validité externe.

Cependant, il est important de préciser que cette étude qualitative était la première étude de ce type réalisée par l'auteur. De ce fait, il se peut que la technique d'entretien n'ait pas été optimale et qu'il ait pu manquer des données. L'analyse thématique peut également, être sujette à des interprétations dues à la subjectivité de l'auteur. Une triangulation des données avec l'analyse d'un autre intervenant aurait pu augmenter la validité interne de l'étude.

En outre, un biais de déclarations est aussi possible ; nous ne pouvons pas être sûrs que l'interrogé n'ait pas, volontairement ou non, omis des éléments dans ses réponses.

De plus le fait que l'auteur ait déjà rencontré professionnellement les médecins interrogés a pu induire un biais de désirabilité influençant leurs réponses avec une volonté de bien répondre. Il se peut aussi que certaines de leurs réponses aient pu être influencées par les expressions non verbales de l'intervieweur.

Cette étude, comporte donc certaines limites. Malgré ces limites, certains freins ou leviers ont été retrouvés dans d'autres études, permettant une meilleure validité de ces derniers.

Grâce à ces différentes données, nous pouvons retenir plusieurs éléments importants. Premièrement, les médecins interrogés se voient acteurs de la RDRD, même s'ils ne connaissaient pas la notion et nous avons observé que dans certaines de leurs pratiques, des aspects de RDRD apparaissent. Cependant il ressort également la nécessité d'une formation plus poussée concernant les outils de RDRD mis à leur disposition : leurs fonctionnements, leurs efficacités ainsi que sur le repérage des risques et des consommations.

Nous avons noté aussi que l'isolement pouvait être problématique même si certains des médecins interrogés avançaient le fait qu'ils n'hésitent pas à prendre conseil auprès de leurs pairs ou faisaient marcher leur réseau. L'isolement évoqué dans les réponses montre l'importance du partenariat entre médecine générale et médecine spécialisée et de la nécessité de resserrer les liens entre ces deux médecines. L'étude *Méthaville (76)* citée plus haut en est un bon exemple et nous amène à nous questionner vis-à-vis de l'accès à la méthadone en primoprescription pour les médecins généralistes. L'intérêt de développer les « Microstructures » citées plus haut, semble une solution permettant de lever de nombreux freins, liés aux connaissances, à l'isolement des médecins face à des problématiques complexes.

L'utilisation de ces leviers et la levée des freins redonneront peut-être l'envie aux médecins réticents de s'emparer de la RDRD dans leur pratique et de prendre une place plus importante dans le suivi des usagers aux opioïdes. Cependant une variable est plus délicate

à modifier. Elle concerne le modèle de RDRD choisi par la France. Comme nous l'avons vu elle est à l'origine de nombreux freins notamment liés aux représentations. L'intérêt de faire évoluer ce modèle vers un modèle fort et gradualiste se trouve dans l'efficacité qu'il a montré dans d'autres pays. C'est le cas notamment aux Pays-Bas où, comme nous l'indique Marie Jauffret-Roustide dans son intervention à l'audition publique de la FFA de 2016 sur les modèles de RDRD (37), l'usage de drogue est considéré comme une pratique acceptable pour la société et où la loi est relativement tolérante concernant son usage. Une des conséquences visibles de ce modèle fort est l'incidence nulle de l'hépatite C chez les usagers de drogues aux Pays Bas.

V. Conclusion

Nous avons vu que le médecin généraliste est un acteur désigné de la RDRD par les experts et les usagers d'opioïdes. Il l'est par sa place dans le système de soins, son accueil inconditionnel des patients, sa vision globale de l'utilisateur d'opioïdes et son investissement dans la diffusion des MSO. Cependant, par le manque de formation à la RDRD et à ses outils, les contacts trop faibles avec les structures spécialisées, le médecin généraliste n'est pas suffisamment armé pour remplir pleinement ses missions dans ce domaine.

Au-delà de la formation c'est le modèle « faible » et « intégrationniste » très sanitaire de RDRD choisi par la France, qui paraît être le principal facteur limitant à la pratique de la RDRD auprès des usagers d'opioïdes. En effet, ce modèle participe à la naissance des représentations négatives des usagers d'opioïdes, à la formation centrée sur le sanitaire des soignants et de ce fait est à l'origine d'une partie des frustrations des médecins généralistes dans les prises en charges de ces usagers.

Les acteurs de l'addictologie et de la RDRD se mobilisent pour essayer de faire évoluer ce modèle mais le chemin est encore long. Cependant une note d'espoir existe dans la nature même de la médecine générale, car comme nous le rappellent Jean Pierre Lhomme et Alain Morel « Le prendre soin fait partie des fondamentaux de la médecine générale, et la réduction des risques liés à l'usage de produits psychoactifs vient naturellement s'installer dans sa pratique. La position du médecin, empathique, humaniste et expérientielle, rejoint celle du soignant en addictologie qui s'écarte de tout jugement moral et de toute stigmatisation de la personne addictive »(80)

VI. Bibliographie

1. OMS: Substances psychoactives [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/
2. Collège national des Universitaires de Psychiatrie France. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie / Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. [2e édition révisée]. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. 583 p.
3. Reynaud M. Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ? Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ? Connaissances, représentations, objectifs. In : Audition publique à l'initiative de la FFA « Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives », 7-8 avril 2016, Paris. *Alcoologie et Addictologie*. 15 sept 2016;38(3):229-48.
4. Crocq Marc-Antoine. Mini DSM-5®: critères diagnostiques / American Psychiatric Association ; coordination générale de la traduction française Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi directeurs de l'équipe de la traduction française Patrice Boyer, Marc-Antoine Crocq, Julien Daniel Guelfi... [et al.]. 2016. Ivi+347.
5. DSM-5 : critères d'addiction à une substance [Internet]. Addictauvergne. [cité 27 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.addictauvergne.fr/echelle-addiction/dsm-5-addiction/>
6. Drogues, chiffres clés - 8ème édition - 2019 - OFDT [Internet]. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/drogues-chiffres-cles-8eme-edition-2019/>
7. Nguyen-Thanh V, Guignard R. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé / Alcohol consumption, behaviors and consequences on health in France. :31.
8. Pasquereau A. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019 / tobacco use among adults: five-year review of the national tobacco control programme, 2014-2019. 2020;8.
9. Spilka S, Richard J-B, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon, A, et al. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017.
10. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Jalpa S, et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. [cité 24 nov 2020];
11. Brisacier A-C, Brissot A, Brossard Pastre A, Chyderiotis S, Díaz Gómez C, Gandilhon M, et al. Drogues et addictions, données essentielles. [cité 23 nov 2020]; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>
12. Bilan d'Addictovigilance Protoxyde d'Azote Données 2018- 2019 [Internet]. [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a9e47ad8bffd2f9b2533127aaecb08a6.pdf

13. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. août 2013;23(4):588-93.
14. Bonaldi C. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015/ Estimation of death attributable to tobacco smoking, in France from 2000 to 2015. 2019;7.
15. Rossier V, Zimmermann G, Monnat M. Réduction des risques au cabinet du généraliste chez les consommateurs de cocaïne : une perspective motivationnelle. *Revue Médicale Suisse*. 2009;5.
16. Ecstasy et amphétamine - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/ecstasy-et-amphetamine/#consequ>
17. Kopp P. Le coût social des drogues en France. :10.
18. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*. 6 nov 2010;376(9752):1558-65.
19. Le dico des drogues - Opioïdes - Drogues Info Service [Internet]. NomSite. [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Opioides>
20. Brisacier A-C. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » Mise à jour septembre 2020. :21.
21. Chenaf C, Kaboré J-L, Delorme J, Pereira B, Mulliez A, Zenut M, et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity–mortality. *European Journal of Pain*. 2019;23(1):124-34.
22. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Martinez M, Néfau T, Milhet M. Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2015-2016). [cité 30 nov 2020]; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxacwc.pdf>
23. Clément G, Cadet-Taïrou A, Gandilhon, M, Milhet M, Detrez, V, Martinez M. Usagers, marchés et substances - évolutions récentes (2018-2019).pdf. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcgzc.pdf>
24. Le dico des drogues - Héroïne - Drogues Info Service [Internet]. NomSite. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Heroin>
25. Brisacier A-C, Palle C, Mallaret M. Décès directement liés aux drogues: Évaluation de leur nombre en France et évolutions récentes. juill 2019;8.
26. CEIP-A Grenoble Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances Principaux résultats enquête DRAMES 2018 [Internet]. [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: http://www.addictovigilance.fr/IMG/pdf/plaquette_drames_2018.pdf
27. Évolution du nombre de découvertes de séropositivité VIH liée à l'usage de drogues - OFDT [Internet]. [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-decouvertes-de-seropositivite-vih>

liee-l-usage-de-drogues/

28. Weill-Barillet L, Pillonel J, Semaille C, Léon L, Le Strat Y, Pascal X, et al. Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. sept 2016;64(4):301-12.
29. OMS | Syndrome de dépendance [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 26 déc 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
30. Gonthier A. La réduction des risques chez les personnes dépendantes aux substances psychoactives.
31. Richard D, Senon J-L, Hautefeuille M, Facy F. l'héroïne. *Toxibase*. :25.
32. Benyamina A, CPNLF. Addictions et comorbidités. Dunod; 2014. 447 p.
33. Pillon F. Les opiacés. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 mars 2009;48(483):18-20.
34. Quest ce que la réduction des risques et des méfaits? Position de L'IHRA (International Harm Reduction Association) sur la définition de la réduction des risques et de méfaits. [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf
35. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
36. Coppel A. Quelles définitions des conduites addictives, des risques et de la RdRD ? Quels en sont les principes fondateurs et les objectifs aujourd'hui ? Pour la construction d'un consensus sur la définition de la RdRD. Principes fondateurs, pratiques professionnelles et objectifs. In : Audition publique à l'initiative de la FFA « Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives », 7-8 avril 2016, Paris. *Alcoologie et Addictologie*. 15 sept 2016;38(3):207-27.
37. Jauffret-Roustide M. Quels sont les différents modèles de RdRD ? Quelle place la RdRD doit-elle avoir dans l'ensemble des interventions et dans la politique des drogues et des addictions en France ? In : Audition publique à l'initiative de la FFA « Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives », 7-8 avril 2016, Paris. *Alcoologie et Addictologie*. 15 déc 2016;38(4):335-47.
38. Chappard P, Couteron J-P, Morel A. 1. Origines et histoire de la réduction des risques [Internet]. *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*. Dunod; 2012 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-la-reduction-des-risques--9782100582150-page-8.htm>
39. Loi | Mildeca [Internet]. [cité 27 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/taxonomy/term/392>
40. Histoire de la Réduction des Risques en France – AFR [Internet]. [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <https://a-f-r.org/histoire-de-la-reduction-des-risques-en-france/>
41. Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001 [Internet]. Disponible sur: https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_triennal1999-

2001.pdf

42. 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 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf

43. Usagers des CAARUD en 2012 [Internet]. [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/actualites/drogues-illicites/645-usagers-caarud-2012>

44. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 10 août 2011;(8):CD004145.

45. INSERM. Réduction des risques chez les usagers de drogues: synthèse et recommandations. 2010.

46. Strathdee SA, Shoptaw S, Dyer TP, Quan VM, Aramrattana A, Substance Use Scientific Committee of the HIV Prevention Trials Network. Towards combination HIV prevention for injection drug users: addressing addictophobia, apathy and inattention. *Curr Opin HIV AIDS*. juill 2012;7(4):320-5.

47. Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M, Amsterdam Cohort. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*. sept 2007;102(9):1454-62.

48. Carrieri MP, Amass L, Lucas GM, Vlahov D, Wodak A, Woody GE. Buprenorphine use: the international experience. *Clin Infect Dis*. 15 déc 2006;43 Suppl 4:S197-215.

49. Sporer KA. Strategies for preventing heroin overdose. *BMJ*. 22 févr 2003;326(7386):442-4.

50. Gatignol C. Les traitements de substitution aux opiacés en France. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1 sept 2009;67(5):360-4.

51. BATEL P, CONSTANT MV, JOURDAIN JJ, LAVIGNASSE P, LOWENSTEIN W, MUCCHIELLI A, et al. Retombées économiques et sociales d'un traitement de substitution par buprénorphine haut dosage : résultats préliminaires après six mois de suivi. *Etude ANISSE. THS*. déc 2001;(Vol.3, n°12):688-90.

52. N°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 [Internet]. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2012/02/PJ1_circulaire_DGS6BDHOSO22007203_16mai2007.pdf

53. Le dispositif de soins en addictologie [Internet]. [cité 28 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/le-dispositif-de-soins-en-addictologie>

54. Durais P. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé [Internet]. [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_druais_mars_2015.pdf

55. MILDECA. plan national de mobilisation contre les addiction 2018-2022 [Internet]. Disponible sur:
https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
56. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
57. Michel L. La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de drogues illicites ? alcoologie et addictologie. 1 janv 2017;39:42-56.
58. Duburcq A, Charpak Y, Blin P, Madec L. [Two years follow-up of a heroin users cohort treated with high dosage buprenorphine. Results of the SPESUB study (pharmacoepidemiologic follow-up of general practice Subutex)]. Rev Epidemiol Sante Publique. août 2000;48(4):363-73.
59. Beck F, Guignard R, Gautier A, Palle C, Obradovic I. La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes. Revue française des affaires sociales. 17 déc 2013;(3):24-41.
60. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
61. Lejeune Christophe. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer / Christophe Lejeune. 2e édition. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. 155 p. (Méthodes en sciences humaines).
62. La réduction des risques (RDR) [Internet]. [cité 18 avr 2020]. Disponible sur:
<https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques>
63. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2016 [cité 21 déc 2020]. Disponible sur:
<https://www.cairn.info/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706.htm>
64. Marchand C, Coulomb S, Duburcq A, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Évolution de la prise en charge des toxicomanes enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001. Paris: OFDT; 2001.
65. Azrak D, Thiberville J, Hermil J-L, Ladner J, Guillin O. Freins à la prise en charge des consommateurs d'héroïne en demande de traitement substitutif: étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes de l'agglomération rouennaise. [France]; 2017.
66. Boireau L. Les difficultés de la substitution aux opiacés en médecine générale: état des lieux dans la Loire en 2009 et étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2010.
67. Sansone RA, Sansone LA. Doctor shopping: a phenomenon of many themes. Innov Clin Neurosci. nov 2012;9(11-12):42-6.
68. Michel L. Traitements de substitution aux opiacés : état des lieux du point de vue du médecin. Annales Pharmaceutiques Françaises. sept 2009;67(5):369-73.

69. Tovar M-L, Le Nézet O, Bastianic T. Perceptions et opinions des Français sur les drogues - OFDT. [cité 20 déc 2020]; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/enquete-sur-les-representations-opinions-et-perceptions-relatives-aux-psychotropes-eropp-drogues-illicites/>
70. Lelièvre Y. Médicaments de substitution aux opiacés : quelles perceptions ont les médecins généralistes des objectifs et de la durée de ces traitements ? 5 déc 2019;59.
71. Beck F, legleye stephane, peretti-watel patrick. Penser les drogues : perceptions, des produits et des politiques publiques, EROPP 2002. janvier 2003. - OFDT. [cité 19 déc 2020]; Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2003/penser-les-drogues-perceptions-des-produits-et-des-politiques-publiques-eropp-2002-janvier-2003/>
72. Lhomme J-P, Morel A. 18. Réduction des risques et médecine générale [Internet]. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Dunod; 2012 [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-la-reduction-des-risques--9782100582150-page-271.htm>
73. Bertrand K, Roy E, Vaillancourt E, Berbich J, Boivin J-F. Randomized controlled trial of motivational interviewing for reducing injection risk behaviours among people who inject drugs - PubMed. [cité 14 nov 2020]; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25641704/>
74. DREES. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. [cité 15 déc 2020]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>
75. bouet patrick. atlas de la démographie médicale en France [Internet]. ordre national des médecins; [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
76. Carrieri PM, Michel L, Lions C, Cohen J, Vray M, Mora M, et al. Methadone Induction in Primary Care for Opioid Dependence: A Pragmatic Randomized Trial (ANRS Methaville). PLOS ONE. 13 nov 2014;9(11):e112328.
77. Les groupes de pairs. L'information psychiatrique. 2006;Volume 82(1):25-8.
78. Nos objectifs [Internet]. CNRMS. [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.reseaux-rms.org/les-missions/>
79. Watrin B. COMPORTEMENT ET REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX.
80. Lhomme J-P, Morel A. 18. Réduction des risques et médecine générale [Internet]. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie. Dunod; 2012 [cité 14 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-la-reduction-des-risques--9782100582150-page-271.htm>

VII. Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien numéros 1

Population :

Mode d'exercice :

Age : ; genre

Formation initiale :

Question preliminaries:

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice si oui quelle substance ?

Avez-vous dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ?

Entretien :

1. **Recherchez-vous des consommations chez vos patients, lesquelles et selon quelle modalité ? Que faites-vous du résultat ?**

Et que faites- vous du résultat qd une personne vous en parle ?

2. **Quel est selon vous, le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?**
3. **Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?**
4. **Quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription des MSO ?**
5. **Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?**
6. **Quelles informations de préventions pourriez-vous donner à vos patients consommateurs d'opioïdes ?**
7. **Quel est votre avis sur la primo-prescription de MSO par les médecins généralistes ?**
8. **Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? qu'est-ce que cela vous évoque ?
Connaissez- vous les acteurs de la prise en charge addictologique en France ?**
9. **Quelle lieux et personnes ressources connaissez-vous en addictologie ?**

Annexe 2 : guide d'entretien numéros 2

Population :

Mode d'exercice :

Age , genre :

Formation initiale :

Durée : 4

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui avec quelle substance ?

Oui addiction, c'est assez fréquent en fait, que ce soit tabac alcool héroïne. Surtout ça... Le Jeu aussi, une personne.

RDRD et addictologie en pratique

1. **Interrogez-vous facilement vos patients sur leurs consommations de substances : tabac, alcool, opioïdes, médicaments ?**
Dans quel contexte et avec quels outils ?
Certaines substances sont-elles plus difficiles à questionner ou à interroger, comme les substances illicites ?
2. **Vous sentez-vous dans vos missions quand vous abordez ces questions ?**
3. **Avez-vous, dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ? (Héroïne, antalgique, MSO)**
4. **Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?**
5. **Quelles différences y a-t-il entre la prise en charge des addictions aux opioïdes licites et opioïdes illicites selon vous ?**
6. **Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?**
Représentation RDRD → frein et levier
7. **Identifiez-vous des risques à la consommation d'opioïdes, comment peut-on les limiter ?**
8. **Que représentent les MSO pour vous ?**
9. **Et quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription d'un MSO ?**
10. **Quel est votre avis sur la primo prescription d'un MSO par les médecins généralistes ?**
11. **Que pensez-vous de la délivrance d'informations par le médecin traitant sur les bons usages (l'usage à moindres risques ?) Opioïdes licites (antalgique MSO) pensez-vous pouvoir l'appliquer aux opioïdes illicites (héroïne) ?**
12. **Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?**

Définition RDRD donnée s'ils ne connaissent pas <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques>.

La RDRD envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- Les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.
- Les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
- Les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.
- Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération.

« La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. »

13. **Que représente pour vous cette définition, en tant que médecin traitant ?**
14. **Qu'est-ce qui pourrait faciliter la pratique de la réduction des risques par les médecins généralistes chez les patients dépendants aux opioïdes ?**
15. **Quels lieux et personnes-ressources connaissez-vous en addictologie ?**

Annexe 3 : Définition de la RDRD du site de la MILDECA



The screenshot shows the MILDECA website header with the logo of the French Republic and the text 'MILDECA Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives drogues.gouv.fr'. The navigation menu includes 'ACCUEIL', 'LA MILDECA', 'ACTUALITÉS', and 'ÊTRE AIDÉ'. The breadcrumb trail is 'Accueil > Comprendre > Ce qu'il faut savoir sur ... > La réduction des risques'. The main heading is 'La réduction des risques (RDR)' with a sub-heading 'Publié le 10/08/2015'. The text defines RDR as addressing active consumers of psychoactive substances and their relatives, developed since the 1980s in response to the HIV epidemic among injective drug users. It lists four types of risks: somatic, psychiatric, social, and judicial.

La réduction des risques s'adresse avant tout aux consommateurs actifs de substances psychoactives licites et illicites et à leurs proches.

Développée au cours des années 1980, dans le contexte de l'épidémie de VIH chez les usagers injecteurs d'héroïne, la RDR a progressivement intégré d'autres registres d'action concernant d'autres produits, comme les initiatives développées autour des risques liés à l'alcool.

La RDR envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.
- les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
- les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.
- Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération

“ La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. ”

Annexe xx

M1

Population :

Mode d'exercice : Cabinet de groupe -

Age : 38 ans ; genre masculin

Formation initiale : Agrément pour le permis de conduire

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice si oui quelle substance ? oui, après j'ai remplacé dans un TSUNGA à Xxx et le médecin que je remplaçais, lui avait des compétences dans les traitements substitutifs. Aussi sur Xxx, il y en avait énormément. Il en voyait, je ne sais pas 8 par jour pour un traitement substitutif et il intervenait aussi à la prison pour les traitements substitutifs quand il y en avait besoin. Et du coup quand je l'ai remplacé, on en a discuté un petit peu et maintenant j'en fais quasiment plus sur Xxx car c'est un bassin de population où il y en a peu. Moi j'en ai un que je suis depuis le début. J'en ai un ou deux qui sont passés, qui sont repartis parce que c'étaient des gens qui n'étaient pas fiables, qui changeaient souvent de médecins et qui ont finis par être démasqués. J'en ai qu'un seul qui est suivi vraiment pour ça. Voilà ça, c'est pour les stupéfiants après pour l'alcool, bien sûr, comme tout le monde, ça va ça vient. Il y en a qui ont réussi à arrêter et pour d'autres, on fait un sevrage, mais je sais très bien qu'ils ont repris une consommation non maîtrisée mais cela ne les gêne plus dans leur quotidien.

Avez-vous dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ?

J'avais une personne qui est partie justement, c'était pas un passage, je l'ai vue pendant 2 ans ; elle était suivie avant et, elle avait des grosses doses de morphines. Mais attention, elle avait un support anatomique, je n'ai jamais pu baisser son Mونسcotin 80 2x par jour. Je l'ai envoyé 3 fois au centre antidouleur. Elle n'a jamais donné de suite. Il y avait toujours une bonne raison et chaque tentative de diminution ne se passait pas. Oui donc,

on peut supposer qu'elle a une dépendance psychologique et physique peut-être ?

1. Recherchez-vous des consommations chez vos patients, lesquelles et selon quelle modalité ? Que faites-vous du résultat ?

Alors le tabac oui, c'est pas du systématique, c'est quand ils viennent quand on fait le certificat de sport ; on leur demande s'ils fument et si oui, combien de cigarettes, les ATCD familiaux. On voit si ça peut coller ou pas et on fait un rappel sur les méfaits du tabac. Pareil, quand ils viennent pour une bronchite. On leur propose toujours les patchs. Qu'est ce qui les bloque pour arrêter ? Après, faut le faire avec tact parce que si on les braque, à chaque fois ça ne passera pas. Pour les opioïdes, j'ai moins de demande. Ceux qui m'en demandent, ils ont souvent des pathologies derrière des lombalgies chroniques, ou ils ont été opérés du dos. Ce sont des cas compliqués. Je n'ai pas de personne qui m'en demande de manière non raisonnée. Et pour l'alcool. Oui, oui, on en parle c'est pas toujours facile. Quelquefois, c'est les gens qui nous en parlent alors qu'on ne le soupçonnait pas. C'est là que c'est bien. Parfois, ils ont attendu un an ou deux avant de vraiment nous en parler.

Et que faites-vous du résultat qu'une personne vous en parle ?

Cela dépend à quoi. Si c'est à l'alcool. On voit combien elle consomme par jour et depuis combien de temps et si cela est lié à un élément de vie qui fait que c'est un substitutif. Ou si vraiment ils ont une dépendance sans cause qui s'est installée au long cours. Donc, soit c'est modéré en termes de consommation et on gère ça en ambulatoire avec moi uniquement et puis parce qu'ils sont motivés et qu'il y a un bon entourage familial. Ou alors quand c'est vraiment une consommation qui est plus dure, je les oriente, en générale, soit pour une cure si un sevrage ambulatoire n'est pas possible, et là, je travaille avec XXX car ils ont un centre d'addictio. Si, c'est un sevrage en ambulatoire, c'est avec la MDA et parfois avec le boulevard de XXX le centre d'addiction avec le CHR.

2. Quel est selon vous, le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?

D'en parler, déjà de parvenir à soulever le problème et là c'est le début. Quand la personne arrive à en parler ou accepte de répondre oui à notre question. C'est que ça y est, elle reconnaît. Tant qu'elle est dans le déni

c'est difficile. Moi j'ai une ou deux personnes avec qui j'ai plusieurs fois dit vous avez des gammas, les VGM sont hauts « à non, non, je prends qu'un kir le midi, un kir le soir » c'est pas possible quoi. Cela fait 2 ans et ils veulent pas en parler : y'a un déni tant qu'ils ne veulent pas en parler, on peut rien faire. On peut leur dire attention au permis tout ça « Non mais y a pas de problèmes » Le jour où ils en parlent je pense que ça y est, c'est gagné. On peut enfin avancer. Soit, nous, on juge c'est à nous d'aiguiller. Soit y'a un contexte social qui fait qu'en ambulatoire ça va aller, soit, on voit bien que dès le départ ça va être compliqué et qu'il vaut mieux une hospitalisation. Et un suivi derrière.

3. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?

J'en ai eu peu. Je pense que c'est compliqué surtout si une personne prend des opiacés depuis longtemps. Moi ça a rarement été des gens qui en ont pris à des fins récréatives comme les gens qui courraient les pharmacies pour de la codéine, ça je n'ai pas eu. J'ai des cas de fibromyalgie ou des maladies chroniques prises en charge dans les centres anti-douleurs qui ont eu des morphiniques pendant des années et c'est hyper compliqué de diminuer. On est un peu dans l'impasse. Du coup j'ai une patiente qui a été hospitalisée à XXX et ils lui ont fait un sevrage complet de sa morphine avec des perf de kétamine et là, elle n'en prend plus et ça c'est bien. Mais nous, tout seul arriver à la sevrer quand cela fait des années qu'ils en prennent c'est compliqué. Je pense qu'un passage par un centre antidouleur ou un centre de sevrage comme ils ont fait sur une semaine, c'est une bonne idée pour les gens motivés. Encore faut-il qu'ils acceptent l'idée de se séparer de leur morphine. Mais j'ai pas de gens qui m'en réclament sans support anatomique. Après je pense qu'on a un bassin de vie un peu plus préservé que dans certaine zone Urbaine où ça va être des consommations non motivées récréatives.

4. Quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription des MSO ?

Pour moi, c'est de ne plus prendre le risque d'aller chercher sa substance donc de rencontrer des gens qui consomment, donc de sortir la personne

de ses mauvaises fréquentations, et aussi si elles veulent une prescription, c'est qu'elles ont reconnu leur problème. Si on leur donne ça et qu'elle ne côtoie plus les personnes avec qui elle consommait alors on est sur la bonne voie, même si parfois ça dure trop longtemps c'est toujours mieux, qu'elles prennent ça et qu'elles ne consomment le substitutif plutôt que de vouloir les sevrer à tout prix et qu'elles rechutent et re consomment.

5. Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?

Il faut déjà que je les connaisse. Si c'est quelqu'un qui arrive de je ne sais où et qui demande de la méthadone, c'est souvent louche, il faut vérifier que ce sont des gens qui avaient déjà un suivi ailleurs et en général, on n'initie pas. Pour moi, il faut que ce soit quelqu'un de ta patientèle, quelqu'un qu'on connaît, qu'on connaisse son histoire et qu'on comprenne un petit mieux. Savoir déjà d'où il vient. Puis voir avec lui ses motivations, les répercussions de son traitement, sa consommation. Est-ce qu'au niveau de son permis, de son emploi, de sa vie familiale. Voir avec lui qui va l'accompagner dans sa démarche, s'il en a parlé à sa compagne, ou à ses parents. Fait-il le tri de ses amis avec qui il consomme ? Qu'ils oublient ces numéros de téléphone pour faire une coupure avec le milieu ; s'il continue à les fréquenter : ça ne marchera pas.

6. Quelles informations de préventions pourriez-vous donner à vos patients consommateurs d'opioïdes ?

On parlerait des différents traitements qui existent, je l'informerai qu'on peut faire un suivi ici ou qui peut-être aussi un suivi à la maison des addictions ou au boulevard XXXX. S'il veut avoir une psychologue à côté, une infirmière, s'il a besoin d'un suivi plus important au départ, ce qui est souvent le cas, puis qu'ils vont mieux, ils reviennent avec nous pour le suivi du traitement.

Après, ce que je leur dis, c'est surtout dans un premier temps de ne plus fréquenter ces gens-là, car quand on commence avec un produit un jour, on nous propose autre chose puis c'est l'engrenage. Pour moi l'enjeu c'est qu'ils viennent, prennent leur traitement à la bonne date et respectent bien le protocole, le contrat de confiance que l'on a établi. Quand ils viennent en disant j'ai oublié mon médicament je l'ai laissé dans la voiture ou j'ai perdu

l'ordonnance déjà ça part pas très bien. Il faut qu'il y ait une confiance. Quand tous les mois il y a eu un souci. C'est bizarre aussi.

7. Quel est votre avis sur la primo-prescription de MSO par les médecins généralistes ?

Je pense que c'est bien que les médecins traitants puissent le faire, si c'est quelqu'un qu'on connaît et si le contexte le permet. On peut très bien faire un dépannage. Quelquefois, les rendez-vous à la MDA, c'est 3 ou 4 mois. On peut commencer ici tant qu'il est motivé. Je trouve ça bien qu'on puisse le faire. A condition de la faire avec des gens qu'on connaît bien.

8. Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? qu'est-ce que cela vous évoque ?

Non, je ne sais pas à quoi cela fait référence. Je ne sais pas RR pour la santé RR sur les répercussions sociales. Non je ne sais pas.

9. Connaissez-vous les acteurs de la prise en charge addictologique en France ?

Je connais ceux du canton, ceux avec qui je peux travailler, en général cela me suffit. Et si jamais j'ai un problème je les appelle par téléphone que ce soit XXX pour une demande d'hospitalisation rapide ou la MDA pour avoir avec eux.

10. Quelle lieux et personnes ressources connaissez-vous en addictologie ?

Y'a deux médecin à la MDA. Si vraiment j'ai des questionnements sur une initiation de traitement ou sur un délai que je veux écourter, c'est eux que j'appelle et il me renseigne et si j'ai besoin d'une hospitalisation j'appelle le médecin de XXX en disant j'ai besoin d'un sevrage pour activer les choses.

M2

Population :

Mode d'exercice : cabinet de groupe -
Age : 57 ans ; genre féminin
Formation initiale : néant

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui quelle substance ?

Oui, on a quelques patients jeunes qui ont eu des problèmes d'addiction qui nous ont sollicités. Alors, addiction alcool oui souvent. Addiction à d'autres substances, oui pour des patients jeunes qu'on connaissait donc suivi de soins, obligation de soins (j'en ai eu plusieurs qui sont venus donc ils viennent tous les mois en obligation de soins) et puis prescription de Subutex, en suite de cure de désintox.

Et les patients jeunes ils vous sollicitent pour quelle substance ?

Alors ce qu'on a eu, c'était, de mémoire, cocaïne, héroïne mais c'est quand même pas fréquent.

Avez-vous dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ?

Oui, après je sais pas si les patients qui prennent du Dafalgan codéiné à haute dose ça en fait partie pour vous ? On en découvre beaucoup maintenant. Je découvre des adultes. Plus la tranche d'âge après 35- 40 ans qui ont acheté ça quand c'était en vente libre et il y en a qui était totalement accros à leur codéine mais accro à 10-12 par jour. Et des patients pour lesquels je n'avais jamais suspecté genre de prise de médicaments.

1. Recherchez-vous des consommations chez vos patients, lesquelles et selon quelle modalité ?

Alors systématiquement je leur demande... Alors les nouveaux patients, je leur demande systématiquement, s'ils boivent, s'ils fument, s'ils prennent du cannabis ou d'autres substances. La question, elle est dans mon interrogatoire systématique. Probablement plus chez les jeunes que chez les plus vieux au-delà de 50 ans sauf ce que je connais bien et dont je sais qu'ils consomment depuis longtemps du cannabis notamment. A eux je leur en parle. Mais oui oui, ça fait partie des questions classiques.

Que faites-vous du résultat ?

Eh bien, j'essale de leur dire qu'il faut arrêter. Si c'est une consommation de cannabis, je dirais récréative, ils peuvent gérer ici, si c'est plus je les envoie en addicto.

2. Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?

La découverte, les orienter, en parler avec les jeunes, c'est primordial. Enfin pour moi, c'est vraiment important. De toute façon, maintenant on est le premier recourt pour pleins de choses, donc oui il faut leur en parler.

3. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?

Toute petite expérience quand ils sont vraiment accros, c'est pas nous. C'est pas moi. Je ne sais pas faire. Non c'est pas moi.

4. Quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription des MSO ?

Pour moi les objectifs, c'est qu'ils prennent ça à la place de ce qu'ils prenaient avant. Donc ça leur coûte moins cher et ça leur évite de faire d'autres conneries et puis surtout l'objectif du médecin généraliste, c'est de diminuer leur dose petit à petit. Mais toujours avec l'aide d'un addictologue ou d'un psychologue. Rarement tout seul.

5. Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?

Je sais pas... c'est de prendre en charge le patient. Alors pourquoi il a pris ça ? Où est son mal être ? Comment je peux l'aider ? Quand est-ce qu'il a commencé ? C'est ça qui est important. Pourquoi ? Qu'est-ce que ça représente pour eux ? Quand ce sont des opiacés, qu'ils ont pris pour une douleur et après ils n'ont pas réussi à s'en débarrasser, ou quand ils prennent ça pour être défoncés tous les weekends c'est pas la même prise en charge.

Et après je pense qu'on ne le recherche pas assez chez les adultes dans la tranche 35- 40- 45, on ne le recherche pas assez. C'est vrai que chez les jeunes, je le demande systématiquement. Chez les plus âgés moins je pense.

6. Quelles informations de prévention pourriez-vous donner à vos patients Consommateurs d'opioïdes ?

Ah bah, ceux qui se piquent : tout ce qui est maladie transmissible. Les autres, la dépendance, les risques psychiatriques de décompensation et c'est tout.

7. Quel est votre avis sur la primo-prescription de MSO par les médecins généralistes ?

Alors oui sans problème quand on a été formé. Si c'est une démarche volontaire du médecin qui va se former et qui sait faire. Sinon moi, j'ai des souvenirs car je ne suis pas d'ici. Je suis de l'est et j'ai remplacé un peu à XXX et c'est une ville où il y a beaucoup de toxicos, tu te fais facilement avoir, notamment sur les réquisitions, les gardes à vue, tu leur prescribes pour qu'ils ne soient pas en manque après, c'est compliqué. Il faut vraiment.... C'est quand même un champ particulier de la prescription. Je crois que si t'es pas formé, tu fais pas bien et tu ne leur rends pas service. Alors tu peux faire en 5 min « c'est quelle dose ? Vous voulez combien ? »

Oui avec formation et envie de le faire. C'est comme quand tu t'occupes d'alcooliques, il faut être disponible. Il faut les revoir souvent, il faut tenir le coup en face. C'est de l'énergie. Et donc l'addicto, c'est un monde particulier. Mais comme d'autres formations de médecine générale. Si tu ne sais pas faire faut pas, tu ne leur rends pas service parce que la prescription en soit c'est pas compliqué.

8. Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

A non, je sais pas.

9. Connaissez-vous les acteurs de la prise en charge addictologique en France ?

Les centres d'addiction, éventuellement les centres où on fait des cures de désintoxication, mais on a l'impression que c'est très réservé aux alcooliques. J'ai pas de notion de services spécialisés en addictologie, substances autres dans le coin, je sais pas.

10. Quelle lieux et personnes ressources connaissez-vous en addictologie ?

Ici la maison des addictions c'est tout.

Population :

Mode d'exercice : Cabinet de groupe -
 Age : 45 ans ; genre masculin
 Formation initiale : Diplôme de médecine hyperbare

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui quelle substance ?

Oui surtout alcool et cocaïne et benzo mais ça c'est tellement courant que limite on l'oublie.

Avez-vous dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ?

Oh que oui ! A la fois médicament et drogue dure.

1. Recherchez-vous des consommations chez vos patients ? Lesquelles et selon quelle modalité ?

J'ai pas de modalité particulière après c'est vrai que souvent, il y a le patient :

-pour les dépendances drogue dure, c'est le patient qui est en démarche de sevrage

- et pour ce qui est de l'alcool il y a des demandes de sevrage.

Ya des fois du dépistage par du questionnement simple. On essaye de quantifier la quantité par jour et voir s'il y a un problème. Mais c'est pas systématique.

Que faites-vous du résultat ?

Essayer de la quantifier, essayer de faire le sevrage en ville pour ce qui est de l'alcool. Sinon pour les drogues dures, j'essaie le traitement ambulatoire ou sinon j'aime bien la maison des addictions à XXXX où il y a un centre d'addicto là- haut à XXXX maintenant. J'avoue que parfois déléguer c'est plutôt bien et plus facile. Après quand les patients sont adhérents. C'est toujours la gêne, c'est quand tu dépistes quelque chose et que les patients ne sont pas adhérents, là c'est de la relance. Pour essayer de voir à chaque fois. Dans le sens d'essayer de les relancer dans une démarche, qu'ils saisissent la perche pour rentrer dans une démarche de sevrage. Et là, j'essaie d'être assez systématique dans chaque consultation.

2. Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?

Souvent c'est quand même nous qui sommes en première ligne. On est souvent le médecin identifié à qui, ils peuvent se confier. Après de ce que je vois, j'ai l'impression que toutes les addictions sont au moins dépistées par nous. C'est vrai que j'ai rarement des cas de patients aller directement dans un centre d'addicto pour ça. On est la première ligne pour le dépistage. Je vois ça comme ça.

Après, est ce que je suis dans le juste ou pas ? Ça serait intéressant d'avoir une réponse, de l'autre côté, voir si dans les centres d'addiction ils ont beaucoup d'entrées spontanées ou pas. Je ne suis pas objectif dans ma réponse mais je pense qu'on est la première ligne.

3. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?

De terrain, Du bidouillage de terrain. Et de l'échange entre confrères, après on en voit pas mal ici. Expérience sur le terrain, en essayant de bidouiller sur le terrain tout seul avec des méthodes qu'on apprend en groupe de pairs en groupe qualité et du suivi rapproché. Un suivi rapproché avec un plan de sevrage et un suivi du sevrage après.

Et d'essayer après de comprendre pourquoi l'addiction. Après c'est pas très valorisant de temps en temps l'addiction.

4. Quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription des MSO ?

Premier objectif, c'est qu'ils arrêtent de consommer. Le deuxième c'est que même, s'il y a des consommations occasionnelles, qu'ils soient capables de ne pas avoir de syndrome de manque quand ils sont hors consommation et leur permettre de se réinsérer socialement. Et de ne pas avoir de conduite délictuelle ou de chercher en permanence, de se dés insérer socialement. Le but, c'est de permettre d'arrêter la consommation sans sd de sevrage aigü et de pouvoir continuer sa vie sociale.

5. Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?

Le premier élément, c'est la volonté du patient, car sans volonté, y a pas grand-chose à faire. Après, il faut quand même qu'il y ait un support familial, un environnement familial, qui puisse supporter et un environnement social aussi parce qu'il ne faut pas qu'il soit dés-insérer. Le gros objectif, c'est aussi de le retirer de son cercle social de drogué pour le retirer de ce cercle là et ne pas avoir de tentation. Pour ne pas être dans un cercle de re-tentation et de re-consommation. Je pense que ce sont les points les plus importants. Et de fixer avec eux un objectif à atteindre mais en ayant un cocooning quand même, un support familial, un support autour de lui car souvent tout seul il n'y arrive pas, et d'avoir De se sortir du cercle social où il était dans la drogue.

i. Quelles informations de prévention pourriez-vous donner à vos patients Consommateurs d'opioïdes ?

Leur décrire les risques liés à la pathologie, leur décrire les risques liés à l'injection, tout ce qui est infections MST, infections transmissibles par le sang et puis après le côté santé et vie sociale qui peut être détruite par ça. Et le côté santé à long terme.

r. Quel est votre avis sur la primo-prescription de MSO par les médecins généralistes ?

Je pense que c'est indispensable pour répondre à certaines personnes qui n'ont pas les moyens ou la volonté de rentrer dans un circuit addicto tierce. Ce qui permet parfois de gérer en ville un sevrage sans passer par un cercle d'addiction qui est parfois trop lourd pour certains patients. Et ça nous permet nous de donner une réponse immédiate. Donc oui plutôt pour.

s. Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

Je vais dire que c'est un mot qui me parle mais je sais pas trop pourquoi. Je dirais réduction des risques liés à tout ce qui est drogue mais après ça ne me parle pas plus que ça.

t. Connaissez-vous les acteurs de la prise en charge addictologique en France ?

Je connais celle d'ici qui est la maison des addictions c'est un sigle quelconque et le centre des addictions à XXXX. Je connais les gens de terrain. Je ne connais pas la hiérarchie des circuits d'addictio en France.

10. Quels lieux et personnes ressources connaissez-vous en addictologie ?

La maison des addictions XXXX, le Dr YYY, et le centre des addictions à XXXX. Avec les deux équipes le contact se fait très bien, et on a des échanges régulièrement sur les cas à problème. Et ce sont de vrais supports. Après je n'ai pas eu besoin de travailler plus loin.

M4

Population :

Mode d'exercice : Cabinet de groupe -

Age : 36, genre masculin

Formation initiale : master 1 de recherche clinique

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui quelle substance ?

Alors, patient venant avec la demande, on m'a déjà sollicité en numéro un tabac, alcool beaucoup plus rarement et j'ai pas eu de demande pour une personne qui avait une addiction aux opioïdes et qui a fait une demande en me disant : voilà, je veux tout arrêter ! j'ai surtout suivi des gens qui avait des traitements de substitution et que tu vois là, que tu encourages à maintenir.

Et sur des addictions que tu recherches ?

Tabac, systématiquement quand ils sont fumeurs. Le tabac c'est quand même plus simple aujourd'hui. Ils sont plus ouverts et tu entends parler toute la journée partout c'est plus facile. L'alcool aussi j'essaie d'initier beaucoup mais c'est plus difficile dans le sens où celui qui fume on sait qu'il est dépendant de la cigarette alors que l'alcool pose une autre particularité qui fait qu'on peut très bien avoir une consommation d'alcool sans avoir une addiction ce qui est moins vrai je trouve pour le tabac. Le tabac à partir du moment où tu fumes on te dit : « bah voilà, c'est pas bon pour la santé » alors que pour l'alcool si on te dit bah oui je bois de l'alcool, je fais mes deux verres de vin par jour. C'est plus difficile à distinguer car pour eux ils n'ont pas une consommation qui est anormal. Le cannabis, c'est pareil, c'est toujours toi qui proposes, tu fais le premier pas le conseil minimum d'arrêt au tabac ou à l'alcool mais après soit, ils ont vraiment une demande de

sevrage et notamment pour le tabac, soit, c'est pas le tabac et c'est plus délicat.

Avez-vous dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ?

Oui dans ma patientèle, oui avec tous les traitements que je suis, enfin ils sont pas énormes, en « patient médecin traitant, » de patients sous tt de substitution buprénorphine, j'en ai 4 en tête de patients que je vois régulièrement pour ça. Addiction à l'alcool en général c'est pas moi, le suivi est fait en addictologie pour l'alcool. Oui je réfléchis sur tramadol codéine, j'ai des patients qui sont au long court sous l'une ou l'autre des substances, maintenant de là, à dire qu'il y a une dépendance, j'en sais rien, ce que je sais, c'est qu'on arrive pas à l'arrêter parce que sinon « j'ai mal » ou s'ils ne sont pas capable de l'entendre, moi j'essaie souvent de switcher dès que je peux, après je ne saurais pas te dire s'il y a une dépendance parce qu'on le garde dans le tt chronique en fait. Autant buprénorphine, on est capable d'identifier, autant pour tout ce qui est antalgique que l'on pourrait prescrire de manière classique, j'en ai quelques-uns qui sont au long court aussi.

1. Recherchez-vous des consommations chez vos patients ? Lesquelles et selon quelle modalité ? Que faites-vous du résultat ?

Tabac systématique avec le conseil minimal, en gros est ce que vous fumez, je quantifie d'abord et derrière je leur propose toujours : Vous voulez pas arrêter ? Soit, ils rebondissent et voilà et soit ils ne rebondissent pas et je leur propose s'ils le veulent, dès qu'ils se sentent prêts. Je leur imprime systématiquement l'info « patient » prescrire sur les bénéfices de l'arrêt du tabac et de se préparer à ne pas avoir de mauvaises surprises en disant j'arrête mais je suis pas préparé et de se rendre compte que : « à merde j'ai pris 5 kg donc je vais reprendre le tabac etc ... » et reprendre pour une mauvaise raison. Pour le tabac, c'est systématique l'alcool c'est pareil, j'essaie de quantifier et après c'est plus dur à quantifier car les personnes ont plus de mal à se rendre compte de leur addiction à l'alcool (enfin ça c'est mon ressenti) mais pareil je pose la même question en disant il faudrait essayer de limiter un petit peu ou voir sans être beaucoup plus large et pour le cannabis c'est vraiment à la tête du client ,autant pour le tabac et alcool je suis systématique, autant pour le cannabis je le fais vraiment en fonction du patient que j'ai en face de moi et pareil pour l'héroïne .

Que faites-vous du résultat ?

Eh bien tout dépend du type de consommation.

Si c'est le tabac je propose toujours. Moi, j'estime qu'on est là pour les encourager et leur prescrire des substituts nicotiques, après je propose toujours d'autres alternatives tant qu'il n'y a pas de contre- indications, s'ils veulent faire de l'hypnose, faire d'autre chose.

Pour l'alcool, que ce soit pour alcool et le traitement de substitution à l'héroïne ou autre j'oriente vers l'addicto, c'est pas moi qui gère même pour l'alcool je me sens pas capable sur l'addiction à l'alcool d'instaurer. J'estime qu'il faut pouvoir avoir un suivi. Et surtout j'aime bien voir la démarche. C'est à dire Quand il faut faire vraiment la démarche de prendre rendez- vous sur l'addicto, on sait que le plus important c'est la motivation et la démarche des gens donc ça me permet de voir. Quand je leur dis bah voilà, je vois, je donne les coordonnées vous prenez rendez-vous, s'ils font l'effort d'appeler et de prendre rendez-vous, c'est plutôt bon signe car c'est qu'ils sont suffisamment motivés

2. Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?

Central. Autant pour le tabac, je sens qu'on peut avoir une place en première intention de pouvoir gérer, d'être là, d'écouter, d'accompagner. Peut-être par ce que je m'y intéresse moins autant que ce soit alcool ou autre traitement de substitution, je me sentirais bien d'être en deuxième ligne de suivre et d'être une écoute, on voit où ça en est, s'il y a des rechutes mais plutôt en 2ème ligne. Je n'ai jamais instauré un TT de substitution de buprénorphine ou de Subutex ou autre et pour l'alcool les TT que j'ai instaurés ce sont des traitements qui avaient déjà été donnés auparavant ou bien le patient était demandeur et ça avait bien marché et je refais le suivi derrière.

Pour le tabac je trouve qu'on a toute notre place, je pense aussi qu'on a toute notre place que ce soit pour l'alcool au moins en termes de dépistage et aussi de pouvoir sensibiliser les gens. Après il y a autre chose en termes d'écoute et de psychologie etc. Après moi c'est personnel, voir toutes les semaines pour faire du motivationnel machin au bout d'un moment je suis pas ... j'aime bien sensibiliser et voir la motivation au début après les voir toutes les semaines.... Alors vous en êtes où ? Vous êtes machin etc ? Je kiffe moins.

3. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?

Aucune. Addiction codéine, tramadol, morphine, j'ai l'impression que c'est difficile de voir ce qui est addiction ou pas, si je le mets en tt chronique c'est que je ne pense pas que je lui mette pour son addiction, je lui mets parce qu'elle a des douleurs et ça le soulage, c'est difficile de parler d'addiction sur ces traitements-là.

Après, sur tous les traitements Subutex, buprénorphine, moi, je fonctionne dans le suivi des traitements je fonctionne au jour le jour. C'est à dire qu'à partir du moment où ils ont leur traitement pour 28 jours, je dois les revoir tels jours, s'ils ont 3 jours d'avance ou 4 jours de retard ou machin je leur explique dès le début que je veux bien les suivre et qu'on fasse le traitement mais qu'il faut qu'on puisse se faire confiance et si c'est pas le cas en fait, je peux aller jusqu'à la délivrance en une fois tous les 28 jours s'ils sont parfaitement réglés et après, dans ma manière de prescrire je re-diminue progressivement. S'il n'est pas dans les clous ça sera une délivrance tous les 15 jours puis tous les 7 jusqu'à aller à une délivrance journalière pour qu'il puisse être dans les clous. C'est la seule chose que je fais en termes de prescription et pour le tramadol, la morphine, la codéine, je m'assure juste qu'ils soient dans les clous quand ils viennent, que ça ne fasse pas un mois alors que j'en avais mis pour 3.

Mais je suis surtout vigilant pour la buprénorphine et le Subutex.

4. Quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription des MSO ?

C'est le sevrage progressif sans les effets secondaires d'une consommation, sans les risques périphériques d'une consommation de drogue autre, que soit injection ou autre. Limiter les effets indésirables d'une autre consommation de drogue. Et puis pouvoir progressivement essayer de diminuer et aussi d'être sûr de ce qu'ils prennent en terme substitution, ça reste un médicament.

5. Quels éléments sont importants pour vous dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?

Ce que je veux c'est qu'il soit bien équilibré avec son traitement et surtout ce que je recherche c'est qu'il n'y ait pas de rechute, c'est qu'il n'y ait

pas de consommation en plus à côté et qu'il puisse trouver un équilibre, qu'il se libère de cette dépendance et aussi de tout ce qui est périphérique à une consommation comme trouver de l'argent pour se procurer une substance. Donc, pour moi la principale chose c'est de limiter tout ce qui va être autour et de sentir qu'il va être écouté et accompagné et qu'on va y arriver progressivement.

6. Quelles informations de prévention pourriez-vous donner à vos patients consommateurs d'opioïdes ?

Alors là tu me demandes tramadol codéine ? c'est en générale tout opioïdes et c'est prévention en termes d'effet indésirable ou de dépendance ? De prévention si tu devais faire de la prévention a un patient dépendant aux opioïdes qu'est-ce que tu ferais

Sur le tt morphine codéine ou autre, soit il est instauré depuis longtemps et on a pas réussi à sans dépatouiller et donc en fait, je mets pas forcément de place pour la prévention même si sur les personnes âgées ou autres ou diabétiques et tramadol, je fais de la prévention aux effets indésirables du médicament en lui-même après en termes de prévention d'effets secondaires du médicament potentiel constipation hypoglycémie ou autre. Après quand j'instaure un tt par codéine ou morphine j'ai toujours en tête de le mettre sur de l'aiguë et d'éviter le long court. Je ne me vois pas quand je le leur prescris dire attention je vais le mettre pour très longtemps il va y avoir une possible dépendance je ne fais pas de prévention par rapport à ça. Et pour le buprénorphine, je ne fais pas de prévention au médicament lui-même. Je leur explique que dès le début, c'est de s'en passer et après pour moi le fait déjà qu'il soit sous tt substitutif et qu'il ne touche plus à d'autres substances c'est là pour moi la prévention mais je n'ai pas de prévention spécifique en tant que consommation d'opioïde de tt médicamenteux

7. Quel est votre avis sur la primo-prescription de MSO par les médecins généralistes ?

J'en ai jamais fait, j'ai jamais eu l'occasion. J'ai jamais eu un patient qui est venu me voir en me disant voilà, je suis dépendant à cela il me faut ça. J'en sais rien, c'est comme tout, moi je me sentrais moins à l'aise car je n'en fais pas et que j'en ai jamais fait donc j'ai envie de te dire oui comme pour toutes addictions, on est les plus à même de repérer donc je pense qu'on peut avoir notre place pour prescrire, maintenant le manque d'habitude fait que je ne sais pas. En plus en général, les mecs, ils ont déjà essayé quelque chose où ils viennent avec leur propre dosage.

Ils te disent : ben voilà, moi j'ai essayé par truc, j'ai envie d'arrêter, je voudrais de la buprénorphine à tel dosage. J'ai jamais eu, mais si je pense, qu'on vient en me demandant ça et que le mec, avec les règles de prescription que je lui explique, et qu'on est dans les clous et qu'on réussit progressivement. Moi ce que j'ai surtout en tête, c'est que les mecs ils en savent beaucoup plus que nous sur la dépendance aux opioïdes, j'ai vraiment l'impression qu'ils savent déjà beaucoup de choses et quand ils viennent nous voir ils savent déjà ce qu'ils veulent. J'ai pas eu l'expérience mais quelqu'un qui viendrait en me disant voilà je suis dépendant à ça et j'ai essayé ça et j'ai besoin de buprénorphine car j'ai envie de m'en sortir, écoute je pense que je pourrais instaurer un traitement.

8. Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

Non, comme ça réduction des risques non. Et cela t'évoquerait quoi ?

Reduction des risques par rapport à la consommation d'opiacé, par rapport à la dépendance aux opiacés. Je le verrais dans deux sens. Je réduis les risques en arrêtant le tabac et en proposant une substitution nicotinique mais je aussi les risques en l'informant alors pas forcément que sur les substitues nicotiniques. Quelqu'un qui consomme de la drogue comme un opioïde je réduis les risques en lui proposant un tt de substitution en lui évitant les dommages collatéraux d'une consommation de drogue et il faut aussi réduire les risques en anticipant notre prescription d'opioïdes en lui précisant effectivement qu'il y aura une dépendance que ce sera très dur de l'arrêter et qu'il faut y aller vraiment dans l'optique d'arrêter et pas de switcher d'une dépendance pour une autre dépendance.

9. Connaissez-vous les acteurs de la prise en charge addictologique en France ?

Je me réfère au centre addictologique en général hospitalier. Quand j'ai vraiment un truc c'est en général le centre d'addicto.

10. Quels lieux et personnes ressources connaissez-vous en addictologique ?

J'ai pas de nom. En fonction du territoire du patient, s'il veut aller à XXXX ou s'il veut aller à XXXX, je demande à la secrétaire les coordonnées du centre addicto et je l'oriente comme ça en général, c'est hospitalier et public, je sais pas si ça existe en libéral.

A partir de M5, le questionnaire a été modifié

M5

Population :

Mode d'exercice : Cabinet de groupe -
Age : 39, Genre masculin
Formation initiale : néant
Durée : 18min20

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui avec quelle substance ?

Addiction oui, tabac, alcool, drogue. Et j'ai eu une addiction un peu spéciale, à l'informatique et réseaux sociaux. Une addiction numérique on va dire, pas chimique du coup. Enfin indirectement si.

RDRD et addictologie en pratique

1. Interrogez-vous facilement vos patients sur leurs consommations de substances : tabac, alcool, opiacés, médicaments

Dans quel contexte et avec quels outils

Oui très fréquemment, c'est un truc que j'aborde assez facilement dans des consultations qui n'ont rien avoir avec ça au départ. Le grand sujet d'addiction pour moi, le plus facile à aborder on va dire, c'est le tabac. On en parle très souvent, et a toutes les consultations systématiquement. Après les autres addictions, j'attends plus que ça vienne d'eux, ou de la famille. Mais le tabac, j'en parle facilement...

Certaines substances sont-elles plus difficiles à questionner ou à interroger, comme les substances illicites. ? c'est vrai que l'alcool il y a une espèce de tabou en France. Dès que tu parles d'alcool en France, les gens le prennent mal. Donc il faut l'amener de manière plus détournée que le tabac. C'est plus facile de parler de tabac que d'alcool.

Pour les substances illicites, moi je trouve que c'est pas des gens qui viennent facilement, ou spontanément. Quand ils viennent, ils viennent pour un traitement donc c'est eux qui abordent le sujet en général. C'est :

bonjour Dr je suis addict, il me faut un traitement. Donc là c'est facile parce qu'ils viennent pour cela. Après ce n'est jamais : bonjour vous consommez de l'héroïne, qu'est-ce que je peux faire pour vous. C'est pas les gens que tu vois je trouve.

2. Vous sentez-vous dans vos missions quand vous abordez ces questions ?

Oui bien sûr c'est du préventif, ça fait partie de nos missions. Surtout le tabac et l'alcool.

Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?

Eh bien, c'est de pouvoir mettre au moins le doigt pour le patient, dans un cercle où tu peux les orienter. Tu es la porte d'entrée dans le réseau addicto médical. En gros t'es la première personne qu'ils viennent voir. Donc soit les médecins généralistes formés, et tu es à l'aise, soit tu es humble et tu connais la limite et tu adresses en addicto. Mais c'est la porte d'entrée. Pour certains c'est plus que la porte d'entrer, mais ça dépend de la formation de chacune et le fait d'être à l'aise. Donc moi Tabac alcool, j'arrive à me débrouiller, je suis passé en addicto donc c'est ce que je maîtrise à peu près, peut-être pas parfaitement, mais a peu près. Mais c'est vrai que quand c'est un peu plus fort ou mis en échec, j'adresse en addicto, j'ai un bon réseau addicto, sur Caen. Le dr XXXX et XXXX en med g, ils font un peu d'addicto.

3. Avez-vous, dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ? (Héroïne antalgique MSO)

Oui j'en ai.

4. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes? En vrai, je n'ai pas une grande expérience, je me la suis faite un peu sur le terrain. Et au début quand je me suis installé et que j'avais des demandes, je parlais avec mes collègues, et finalement je me suis aligné sur leur pratique à eux. Je ne sais même pas si les pratiques sont dans les clous. Enfin dans les clous : si l'on ne fait pas de prescription illégale évidemment, mais tu vois tout ce qui est méthadone tu passes par la maison des addictions, qui finalement te donne une délégation de prescription. Donc

tous ces trucs là j'envoie facilement, à la maison des addictions de XXX. Mais quand c'est sur du subutex ou de la buprè, bon bah, tu gères Rire, tu vois ce que je veux dire. Donc la méthadone tu laisses gérer le subu on essaie de le gérer. Idéalement s'ils peuvent, j'aime bien pour les subu qu'ils aient au moins un ou deux entretiens à la maison des addictions, pour faire valider par un addicto, c'est plus confortable...

5. Quelles différences y a-t-il entre la prise en charge des addictions aux opioïdes licites et opioïdes illicites selon vous ?

C'est pareil la codéine et compagnie, la morphine, j'ai 2 ou 3 patients qui étaient traités pour la douleur et finalement, au niveau douleur ça va mais qui sont addict à leur traitement, c'est compliqué. C'est pareil, disons que socialement c'est moins mal vu d'être dépend à la codéine qu'à la buprénorphine. Mais sinon pour moi c'est la même chose.

6. Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?

C'est accompagner le sevrage éventuellement, les douleurs, les troubles digestifs. Le côté dépression, irritabilité, la somnolence. Moi je dirais que c'est ça.

Représentation RDRD → frein et levier

7. Identifiez-vous des risques à la consommation d'opioïdes, comment peut-on les limiter ?

Tous les troubles digestifs, la constipation, la somnolence, la conduite au volant tous ces trucs-là. Pour moi c'est ça le gros risque. Et puis le risque de dépendance, ou de co-dépendance, de créer d'autres dépendances, à d'autres trucs en voulant se sevrer. Ou le mésusage qui amène d'autres dépendances, pour obtenir toujours au moins les mêmes effets si ce n'est des différends ou voir plus. Les « Cotrucs » qui apparaissent derrière. Comment lutter contre, c'est plutôt être dans une décroissance, un sevrage progressif, pour ne pas créer de manque, bien les accompagner. Sachant que tout ce qui est subu tout ça, l'objectif n'est pas forcément d'être à zéro. On en avait parlé avec un addicto, si on reste sur de la buire et tout l'objectif ce n'est pas de les sevrer complètement. L'objectif c'est de les stabiliser, de les responsabiliser, les mettre dans des cercles légaux on va dire.

8. Que représentent les MSO pour vous ?

Un médicament comme un autre voilà, accompagner une addiction, accompagner une maladie. Ce sera ma seule réponse, tu as les antalgiques pour la douleur, les anti HTA pour la tension et les médicaments pour les addictions

9. Et quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription d'un MSO ?

Quand tu inities, c'est de te dire que ça va pas être Ad vitam Æternam. Le premier objectif c'est de te mettre la barrière et de te dire, c'est pas de dire tu vas te retrouver dans 5 ans avec un traitement...

10. Quel est votre avis sur la primo prescription d'un MSO par les médecins généralistes ?

J'en pense que c'est une bonne idée, parce qu'on est une porte d'entrée là-dedans. Je pense que pour les gens, ce n'est pas facile de venir consulter, c'est un effort de venir consulter pour ça et je pense que s'ils arrivent chez leur généraliste et qu'on leur dit bah moi je peux rien pour vous, allez voir ailleurs, je pense qu'on va passer à côté de beaucoup de gens qui venaient et qui n'osaient pas aller voir un spécialiste un addicto. On est vraiment la porte d'entrée là-dedans. Je pense que c'est important que les généralistes puissent instaurer. Mais tout en restant humble, en sachant ré-adresser rapidement un protocole par un addicto.

11. Que pensez-vous de la délivrance d'informations par le médecin traitant sur les bons usages (l'usage à moindre risques ?) opioïdes licites (antalgique MSO) pensez-vous pouvoir l'appliquer aux opioïdes illicites (héroïne)

Ça fait partie de la consultation, prévenir des effets indésirables. Éventuellement anticipé si constipation machin. Je pense que ça devrait être une consultation longue où tu as le temps de parler de tous les effets indésirables de savoir dire aux gens de se revoir très rapidement dans les 48, 72 premières heures. Pour adapter les doses.

Et tu pourrais aussi donner des conseils sur l'usage par exemple de l'héroïne. Là, je ne me sentrais pas hyper à l'aise d'aller cautionner tout ça, sans porter de jugement évidemment, mais mon métier ce n'est pas d'aider à prendre de l'héroïne, mon métier c'est d'aider à plus prendre de l'héroïne justement.

12. Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ? Rien du tout. J'imagine réduction des risques de mésusage, choper une hépatite, prendre la même aiguille pour 50 personnes, etc. oui ça oui.

Définition RDE donnée s'ils ne connaissent pas

<https://www.droques.gov.fr/comprendre/ce-qui-est-il-faut-savoir-sur-la-reduction-des-risques>.

La RDRD envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- Les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.
 - Les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
 - Les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.
 - Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération.
- « La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. »

13. Que représente pour vous cette définition, en tant que médecin traitant ?

C'est du bon sens, c'est la vraie vie et que l'addiction ce n'est pas simplement sevrer les gens, mais aussi les accompagner de manière exhaustive sans jugement de la manière de vivre de chaque patient. Bref c'est la médecine générale voir entendre écouter conseiller accompagner, mais ne pas juger.

14. Qu'est-ce qui pourrait faciliter la pratique de la réduction des risques par les médecins généralistes chez les patients dépendants aux opioïdes ?

Peut-être tout simplement qu'on soit déjà mieux formé à l'addictologie, par des soirées addicto des DU. Les FMC pour mieux se former.

15. Quels lieux et personnes-ressources connaissez-vous en addictologie ? XXXX, XXX, CHU à XXXXX et la maison des addictions de XXX.

Population:

Mode d'exercice : Cabinet de groupe
 Age 50, genre : masculin
 Formation initiale : Maître de stage
 Durée : 25, 12 min

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui avec quelle substance ? Oui bien sûr, héroïne, cocaïnes médicamenteuses, au cannabis mais moins culpabilisant je dirais.

RDRD et addictologie en pratique

Interrogez-vous facilement vos patients sur leurs consommations de substances : tabac, alcool, opioïdes, médicaments ?

Dans quel contexte et avec quels outils ?

Certaines substances sont-elles plus difficiles à questionner ou à interroger, comme les substances illicites ?

1. Recherchez-vous des consommations chez vos patients, lesquelles et selon quelles modalités ? Que faites-vous du résultat ? (Intérêt ?)

Ce n'est pas difficile d'interroger sur les substances illicites mais je ne le fais pas systématiquement s'il n'y en pas la demande. S'il n'y a pas la demande, je n'aborde pas le sujet. Sauf si j'ai des doutes. Par contre, l'alcool, c'est quelque chose qui est encore un petit peu particulier donc ça arrive qd on voit les bilans hépatiques. J'aborde facilement l'alcool plus que les autres drogues on va dire.

Tabac aussi ? A oui c'est vrai le tabac aussi. Number one, c'est tabac en deuxième l'alcool. Le tabac, je l'aborde très fréquemment. L'alcool quand je pense qu'il y a vraiment besoin et les autres, si on me demande.

2. Vous sentez-vous dans vos missions quand vous abordez ces questions ? Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?

Carrément. La place je dirais que c'est de trouver la confiance, de déculpabiliser et de trouver des solutions. La place du médecin généraliste

c'est de faire la démarche avec le patient est de dire : il y a un problème et il y a des solutions. Les gens, souvent, ils sont dans leur truc avec une culpabilité que ce soit avec le tabac, l'alcool et tout. Ils n'osent pas en parler. Après le médecin généraliste, c'est lui qui est le plus proche pour pouvoir aborder le thème.

3. Avez-vous, dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ? (Héroïne, antalgique, MSO) oui

4. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?

Personnellement, j'ai de moins en moins de patients déviants. Parce que finalement avec le temps, sans le vouloir, on sélectionne les patients. Il y a les patients déviants qui ne vont pas avoir de réponse parce qu'ils veulent nous redemander des renouvellements d'hypnotiques ou d'opiacés. Il y a eu toutes ces périodes où les pharmaciens, ne pouvaient plus donner tout ce qui était co-doliprane qui a fait révéler « a bon vous prenez ça ? » mais je n'ai plus de patients qui ont de conduites addictives aux opiacés

Dans le sens où tu les as éloignés par ta pratique ? je pense qu'il y a des gens qui ont une propension à se lancer dans la bataille, moi, ce genre de bataille, je n'avais pas les éléments pour répondre à cela, et j'étais plutôt à la subir et essayer de baisser avec des dosages phénoménaux.

5. Quelles différences y a-t-il entre la prise en charge des addictions aux opioïdes licites et opioïdes illicites selon vous facilité ?

J'aurai plus de facilité à prendre en charge les dépendances aux opiacés illicites puisque c'est carrément illicite, donc tu prends en charge comme une pathologie.

Le licite (que j'ai moins) c'est traitement la

L'héroïne, tu as le subtex, tu fais la substitution tu accompagnes. Mon objectif n'étant pas d'arrêter le traitement mais de stabiliser le patient. Pour tout ce qui est licite, c'est-à-dire les gens qui font du mésusage, me paraît plus difficile à gérer. Parce que les gens « bah, si je peux en avoir, vas y donne mois une boîte de plus », il te laisse des post it et c'est pénible et comme je refuse la plupart du temps, ils arrêtent de demander. Je préfère,

quelqu'un qui vient me voir et qui me dit : « voilà je suis à l'héroïne je voudrais faire quelque chose ».

6. Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?

Après plusieurs années, des nouveaux patients, on n'en a pas tant que ça. Moi, c'est surtout l'entretien motivationnel, c'est-à-dire, qu'il faut qui y ait une volonté du patient. Et donner des solutions, dire qu'il y en a. L'entretien motivationnel, c'est aussi se dire que leur démarche est bien. D'un point de vue médicamenteux après, si quelqu'un vient et que je constate une dépendance à l'héroïne, en tant que médecin généraliste, c'est à nous d'apporter des solutions de dédramatiser. Après les solutions, on ne les a pas obligatoirement, on peut voir avec la maison des addictions, un service d'addictologie. On a un service d'addictologie à XXX. Le problème de l'addictologie, c'est que souvent ils sont à 80 % sur l'alcool, un petit peu sur le médicament et il n'y a guère que le service d'addictologie du CHR qui s'occupe des substances de type : héroïne, opiacé, et benzodiazépine.

Représentation RDRD → frein et levier

7. Identifiez-vous des risques à la consommation d'opioïdes, comment peut-on les limiter ?

Le risque, c'est de remplacer une addiction par une autre, que ce soit une substance illicite par une autre. Cela étant, je suis un peu sec. Nous, les médecins, on va dire il y a plus d'héroïne mais une addiction au sub ou à la méta ; d'illicite, elle devient licite et le problème est toujours là : on a toujours une addiction. Quand on commence le métier et que tu n'as pas de formation particulière, on deux façons de faire : on considère que l'on va donner ce médicament pour un laps de temps et qu'ensuite on va essayer petit à petit de baisser progressivement pour sevrer les gens. Ça, j'ai arrêté depuis très longtemps de le penser. Je pense encore une fois que c'est de socialiser le patient. Alors les risques qu'il faut limiter, eh bien c'est, je me méfierai des co-addictions. Par exemple, tu donnes de la buprénorphine, et le monsieur te demande quelque chose pour dormir, ou d'autres addictions à l'alcool. C'est là-dessus que je vais me battre. Alors comment là : c'est de l'humain.

Alors après, il y a peut-être des outils pour que ce soit un peu plus carré.

8. Que représentent les MSO pour vous ?

Ce sont des gens qui quittent un univers : des vols, de la misère sociale, ils se re-socialisent, ils trouvent du boulot, ils ont des enfants. C'est un traitement. Tu fais de l'hyper-tension tu as un traitement. Tu as été addict à ça (tout en restant vigilant aux autres co-addictions). C'est la socialisation

9. Et quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription d'un MSO ?

Mon objectif n'est pas de sevrer. Est-ce que c'est bien ou pas bien je ne sais pas ? Mais j'ai abandonné cette idée. Ce qui me pose un problème ? c'est quid des patients vieillissants sous bupré. Est-ce qu'on est condamné vraiment... ?

J'ai quelques patients, je baisse régulièrement les prescriptions, je ne suis jamais arrivé jusqu'au dernier 1mg ou un demi qui va être le plus dur à arrêter. Mais mon objectif, c'est qu'ils n'augmentent pas. Tu as des patients qui augmentent de plus en plus et là ça ne va pas. Après s'ils augmentent de plus en plus c'est qu'ils sont sous dosés. Moi je vois que cela comme un traitement d'entretien.

10. Quel est votre avis sur la primo prescription d'un MSO par les médecins généralistes ?

Pour celui qui envie et qui a l'habitude, cela devrait être possible voilà ! Si on arrive à trouver des solutions pour le patient et qu'il est répondant pourquoi pas. Après, c'est bien d'avoir des centres d'addictologie, XXXX pour moi. Ce sont des référents. Ce sont des patients, qui sont souvent en grande souffrance. Il n'y a pas juste qu'un abord chimique, il y a un abord psychologique qu'on ne peut pas obligatoirement aborder. Tu as un abord sociologique économique. Tu as pleins de choses. S'ils arrivent chez toi c'est qu'ils sont dans une grande souffrance. Moi j'ai besoin de le diagnostiquer de l'aider de le rassurer, tout ça. Mais, après, peut-être, qu'il y a pleins de facteurs. Voir une assistante sociale.

Ce n'est pas que je me dis que je n'ai pas la capacité de le faire, maintenant notre métier c'est la pluridisciplinarité mais on n'est pas « médecin je peux tout gérer tout seul ». En équipe on peut gérer avec, les centres d'addiction sont là pour donner « un kick »

11. Que pensez-vous de la délivrance d'informations par le médecin traitant sur les bons usages (l'usage à moindre risques ?) Opioïdes

ilicites (antalgique MSO) pensez- vous pouvoir l'appliquer aux opioïdes illicites (héroïne) ?

Carrément oui. Il y a aussi le CAARUD et j'ai des flyers. Bon là je n'en ai pas en ce moment. J'essaie toujours d'en mettre, histoire de dire qu'on peut en parler si vous voulez. Le CAARUD était venu faire deux réunions ici. C'est un peu compliqué car il faut venir avec le mobil home. Mais au moins le mode d'emploi du mésusage. C'est faites attention aux piqûres, aux injectables.

On l'a fait mais c'est toujours pareil faut répéter les choses, il faut avoir des flyers. Il faut toujours restimuler. Sinon on reste dans nos petites habitudes, et on ne le fait pas trop. **Quand tu dis restimuler, c'est le patient ou l'équipe médicale ?** L'équipe médicale, parce que le CAARUD, c'est compliqué ils doivent couvrir un grand territoire, ils viennent le mardi de telle heure à telle heure. Or ici on sait qu'à XXX, les gens qui consomment qui sont en mésusage ou en consommation de stupéfiants, c'est souvent la population des serveurs, des gens qui travaillent dans la restauration et entre 10h et 13h ils sont au boulot. Après il y a les habitants qui disent « ouais c'est un attroupement de gens pas nets » Tout un concept dans la tête des gens ! Mais je pense qu'en le faisant, en redonnant l'information même aux patients qui sont concernés par cela, c'est important. Parce que cela les intéresse. On a un magasin qui vient d'ouvrir, genre un coffee shop bio. Avec le CBD. Les premiers patients sont venus demander, qu'est-ce que vous en pensez. Il faut s'intéresser à leur univers pour comprendre un peu leur fonctionnement.

12. Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

Pas trop non justement, ça ne m'évoque rien. Bien sûr les 3 mots je les comprends, je vois ce qu'on peut imaginer derrière ça mais en tant qu'entité formelle, je ne connais pas.

Définition RDE donnée s'ils ne connaissent pas

<https://www.droques.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques>.

La RDRD envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- Les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.
- Les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
- Les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.
- Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération.

« La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. »

13. Que représente pour vous cette définition, en tant que médecin traitant ?

Ouais quand je te parlais de pluridisciplinarité, assistante sociale, psychologie, bah on y est là. Cela me paraît bien. **Et toi en tant que médecin généraliste est ce ça rentre dans tes valeurs de médecin ?** Moi, je ne le fais pas, est ce que j'ai le réflexe de poser toutes ces questions-là ? et de m'y intéresser, non parce que je n'y pense pas. Intuitivement, j'ai tout ça mais je ne suis pas à cataloguer. Je pense que cela peut être un bon outil pour poser les questions. Après si je pose les questions, est ce que cela ne m'emmène pas dans des trucs... si je pose des questions, il faut que je puisse y répondre et est-ce que je peux y répondre...

14. Qu'est-ce qui pourrait faciliter la pratique de la réduction des risques par les médecins généralistes chez les patients dépendants aux opioïdes ?

On pourrait répondre à un questionnaire type, mais je ne suis pas sûr. Encore une fois qu'il y ait des gens qui sont tout à fait compétents qui font que ça. Le service d'addictologie, la maison des addictions, vont peut-être faire un tour vraiment précis des choses en mettant en place, l'assistante sociale, en voyant le psychologue, faire une enquête sociale. Je pense que poser des questions comme cela, c'est bien de m'intéresser mais je ne suis pas assistant social et je vais avoir du mal à répondre à tout ça. Par-contre si quelqu'un vient avec un problème d'alcoolisme c'est évident que je vais traiter sa dépression sous-jacente. Par- contre, dans les substances dans le coté sociale de l'héroïne c'est vrai que j'aurai plus de mal à m'investir, à prendre le temps de faire une enquête sur la vie du patient, c'est comorbidité. Je devrai peut-être ? **et sur la partie somatique de risque de surdose, de contamination ?** oui ça je le dis de façon intuitive mais pas cadré. Mais je pense que, encadré une fois, et on le voit avec nos collègues,

c'est l'information, c'est de répéter c'est de redonner l'information, c'est d'avoir des flyers, de les poser, de ne pas les oublier et de les redemander. Si, on ne restimule pas eh bien, au bout de quelques temps, tu oublies. Et puis, tiens, au fait le CAARUD y passe encore ? tu vois là je ne sais plus, tu vois une visite par an c'est bien. On est submergé d'informations ? Tu vois dans les PSLA, on a des intervenants qui viennent nous parler, on prend des notes, mais s'ils ne reviennent pas c'est fini ça n'aura servi à rien car il faut réinjecter, si je puis dire.

C'est bien de se dire qu'on devrait le faire.

Entre- nous, on a eu une pédiatre qui est venue nous faire le dépistage des troubles neurosensoriels, dépistage de l'autisme etc. on a les troubles des acquisitions chez enfants, on a la mallette qui coûte un bras, personne ne l'utilise, parce que c'est beaucoup d'informations. Cela devrait être notre métier mais cela ne l'est pas. Même si on des cotations spécifiques ce n'est pas utilisé parce qu'on n'a pas le temps. Qu'est-ce qu'il faut dire : il faut quand même voir les pédiatres une fois par an ou le faire mais pas bien parce qu'on n'a pas le temps. Alors faudrait peut-être se spécialiser

15. Quels lieux et personnes-ressources connaissez-vous en addictologie ?

M7

Questionnaire : modifications après premiers entretiens

Population :

Mode d'exercice : Cabinet de groupe

Age : 37, genre féminin -

Formation initiale : néant

Durée : 21min 48

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui avec quelle substance ? Oui Alcool tabac cannabis héroïne, addiction aux jeux.

RDRD et addictologie en pratique

Interrogez-vous facilement vos patients sur leurs consommations de substances : tabac, alcool, opioïdes, ? Oui

Dans quel contexte et avec quels outils ? Les contextes, cela va être des contextes, des dépressions, des demandes par rapport à des demandes Psy. Là, je vais facilement le demander. Après non, je n'ai pas de... Enfin, pour le Tabac, cela va être assez systématique, mais sinon, j'ai pas d'outils particulier, j'ai simplement moi, mes questions comme cela.

Certaines substances sont-elles plus difficiles à questionner ou à interroger, comme les substances illicites ? Moi, je me sens libre de demander absolument tout, par contre pour certains patients, on voit bien que, oui, l'alcool c'est compliqué. Je dirais que c'est l'alcool le plus compliqué parce que les drogues quand on pose la question, ils répondent.

2. Vous sentez-vous dans vos missions quand vous abordez ces questions ? Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?

Oui je pense que c'est tout à fait notre rôle, après il y a deux choses. Soit de la prévention et c'est nous qui abordons le sujet, soit c'est plutôt du soin et c'est le patient qui va plutôt aborder le sujet. La place du médecin Généraliste, est ultra importante, c'est même l'une des plus importantes. Comme on voit tout le monde, si on pose les questions relativement systématiquement, je pense que le dépistage, il va se faire beaucoup plus facilement. Une fois qu'ils auront vu le spécialiste c'est que le problème est déjà accepté finalement. Donc oui du dépistage, il faudrait en faire énormément.

3. Avez-vous, dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ? (Héroïne, antalgique, MSO) Oui, héroïne et médicaments de substitutions, pour les antalgiques, pas à ma connaissance. Mais c'est peut-être un problème de connaissance.

4. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ? Alors je vois une histoire en fait, d'une patiente qui était sous codéine à l'époque et qui disait elle-même en être un peu dépendante et en même temps elle demandait quand même cela en prescription donc c'est un peu compliqué. Mais en dehors de cela, je n'ai pas l'impression d'y avoir été confrontée. **Quand je disais aux opioïdes, je parlais aussi héroïne et MSO donc ton vécu, sur ce genre de prise en charge en fait ?** Moi dans mes prises en charge, j'ai beaucoup de patients chroniques, j'ai eu assez peu de demandes de mise en place de traitement ou de sevrage, j'en ai peut-être eu deux depuis que je suis installée, puis après c'est beaucoup de prise en charge chronique. Alors, ce qui est toujours surprenant, c'est que tu as l'impression... c'est très important parce qu'on les voit souvent déjà pour leur renouvellement de traitement et puis on se rend compte quand cela merde, à quel point c'est important d'être proche d'eux. Cela arrive que, pendant plusieurs années ce soit stable, et finalement tu ne sais pas trop pourquoi, cela va merder, et là, c'est vraiment important, d'avoir une bonne relation pour qu'ils puissent te le dire et qu'on puisse travailler là-dessus. Je digresse... la proximité c'est fondamental, cela peut parfois être pénible de les voir tous les mois voire toutes les deux semaines pour leur traitement, mais le jour où cela ne va pas, on se rend compte à quel point c'est important de construire cette relation de confiance.

5. Quelles différences y a-t-il entre la prise en charge des addictions aux opioïdes licites et opioïdes illicites selon vous ?
C'est différent car les patients n'ont pas tout à fait les mêmes profils, je pense qu'il va y avoir plus de comorbidité dans les dépendances aux opioïdes illicites par rapport aux médicaments. Après je n'ai pas beaucoup d'expérience dans la dépendance aux médicaments. Y'a un groupe où j'ai 30 personnes et un où j'en ai une.

6. Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?
Moi un des premiers trucs que je fais, c'est de regarder les comorbidités, donc par exemple, chez les gens qui ont pris des drogues, toujours faire des sérologies, rechercher des troubles anxieux. Cela c'est hyper important car c'est « méga » fréquents, pour qu'il soit dans les meilleures conditions possible pour se soigner.

Sonder un petit peu l'environnement familial, sur qui on peut s'appuyer ; l'environnement amical, parce qu'on sait aussi car c'est important dans ce genre de problématique d'avoir un environnement sain.

Après, cela va être plus sur l'environnement thérapeutique, trouver, ce qui leur convient. Mais chercher, ce qu'il y a autour c'est très important et c'est sous-estimé par beaucoup de confrères. Il faut une prise en charge globale comme on ferait pour un autre patient, pas que sur cette problématique-là.

Représentation RDRD → frein et levier

7. Identifiez-vous des risques à la consommation d'opioïdes, comment peut-on les limiter ?

Oui, mon premier certificat de décès que j'ai fait en tant que médecin installé, c'était une overdose donc voilà. Chez une personne de 24 ans, donc cela met bien les choses en place. Les risques, oui bien sûr, de surconsommation, les risques aigus, et les risques plus chroniques avec toutes les maladies VHC, parce que cela on en découvre pas mal aussi. Après cela va être les risques en fonction de leur mode de vie qui vont avec ces drogues-là, avec des comportements sexuels, à risque des choses comme cela.

Et puis je ne sais pas pour les médicaments il peut aussi y avoir des risques au niveau vigilance pour conduire, autant que pour les drogues d'ailleurs

Et puis les risques sociaux, qui sont hyper importants aussi car c'est toujours la même chose, car ils perdent d'abord leur boulot puis leur famille leur logement. Donc les risques sociaux sont hyper importants à prendre en charge.

Et comment tu pourrais essayer de limiter cela en tant que médecin Généraliste ?

En dépitant les comorbidités, en les soignant. En donnant quand c'est souhaité des traitements substitutifs et puis les envoyer chez l'assistante sociale par exemple, pour prendre ou chez un psychologue, s'il y a un problème plus psy.

Tous les « à-côtés » vont être pour moi aussi importants que le traitement de substitution ne lui-même.

8. Que représentent les MSO pour vous ?

Cela représente un traitement qui permet de pallier le manque de la substance nocive voilà.

9. Et quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription d'un MSO ?

Les objectifs ? C'est que le patient consomme le moins possible, donc qu'il se mette le moins en danger possible. Et l'objectif, c'est aussi de le faire rentrer dans une démarche de soins avec un suivi.

10. Quel est votre avis sur la primo prescription d'un MSO par les médecins généralistes ?

Moi je pense que c'est plutôt quelque chose d'adapté, sachant que les patients quand on les envoie au centre d'addiction... En fait le problème des centres d'addiction c'est que cela va être ouvert de 9h à 16h que c'est tel jour de la semaine. Ce sont des problèmes hyper concrets en fait. Il y a plein de gens d'ailleurs qu'on n'arrive pas à passer de la buprénorphine à la méthadone. On sait qu'il serait mieux avec mais on ne peut pas le faire car c'est un problème organisationnel, plus que de volonté pour passer à la méthadone. Moi je pense que c'est notre rôle en fait de prescrire c'est traitement là, je n'ai jamais bien compris pourquoi on n'a pas le droit de prescrire de la buprénorphine et pas de la méthadone. A partir du moment où c'est bien suivi ou c'est bien contrôlé derrière, qu'il n'y ait qu'un seul médecin avec une seule prescription, je ne vois pas trop le problème.

11. Que pensez-vous de la délivrance d'informations par le médecin traitant sur les bons usages (l'usage à moindres risques ?) Opioides licites (Antalgique, MSO) pensez-vous pouvoir l'appliquer aux opioides illicites (héroïne) ?

Je pense que c'est une très bonne chose, après c'est quelque chose que je fais pas du tout, et sur lesquelles j'ai aucune connaissance. On ne m'a jamais appris et je ne me suis jamais posé la question.

12. Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

J'imagine que c'est tout ce qui est matériel à usage unique, par rapport aux drogues. Je sais qu'il existe des kits ou qu'il existait des kits qui pouvaient être délivrés par rapport à cela. Je sais que les salles de shoots par exemple, c'est un peu dans cet esprit-là aussi de réduction des risques voilà ce que cela m'évoque.

Définition RDE donnée s'ils ne connaissent pas

[https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques.](https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques)

La RDRD envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- Les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.
- Les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
- Les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.
- Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération.

« La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. »

13. Que représente pour vous cette définition, en tant que médecin traitant ?

Cela me paraît cohérent et cela me paraît faisable dans nos consultations peut-être pas tout en une consultation mais ce sont des sujets que l'on peut aborder au fur et à mesure des consultations, surtout que ce sont des patients qu'on est amené à voir souvent après. Donc cela ne me choque pas

14. Qu'est-ce qui pourrait faciliter la pratique de la réduction des risques par les médecins généralistes chez les patients dépendants aux opioides ?

Comme j'ai l'impression moi d'aborder à peu près cela ... c'est vrai que je ne sais pas comment améliorer.

Je pense qu'il y a un problème de formation, c'est vrai que c'est un thème que je n'ai pas souvenir d'avoir abordé pendant l'internat de médecine générale, et puis il y a un problème de formation qui est même plus général en psy finalement aussi.

Après il y a peut-être aussi quelque chose qui est plus dans l'éthique. Alors je ne sais pas si c'est dans la formation qu'il faut aborder cela, mais en fait il faut le prendre comme tous les autres problèmes de santé. Il faut prendre le patient dans cela globalité, et voir le problème pour lequel il vient et ce

qu'il y a autour et comment cela pourrait être amélioré ; En dehors de la formation, je ne vois pas trop. La formation continue ? Il faudrait presque, pour devenir bon, des jeux de rôles pour s'améliorer. Moi je sais qu'à la fac à Xxxxx on faisait beaucoup de jeux de rôles et c'est très intéressant de se trouver dans la situation, même si c'est pour de faux, pour pouvoir avoir du recul sur ce que l'on fait.

15. Quels lieux et personnes-ressources connaissez-vous en addictologie ?

Il y a les maisons des addictions à XXXX, à XXXX, au XXXX, on a aussi le CAARUD justement pour la réduction des risques à XXXXX où ils viennent deux fois par mois. Et après dans les hôpitaux locaux, ils peuvent faire des sevrages aussi. Voilà, en gros c'est cela mes ressources habituelles.

M8

Population:

Mode d'exercice : Cabinet de groupe -

Age 44, genre : masculin

Formation initiale : DIU ostéopathie

Durée : 17min 44

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui avec quelle substance ?

Oui addiction, c'est assez fréquent en fait, que ce soit tabac alcool héroïne. Surtout ça... Le Jeu aussi, une personne.

RDRD et addictologie en pratique

- 1. Interrogez-vous facilement vos patients sur leurs consommations de substances : tabac, alcool, opioïdes, médicaments ? Dans quel contexte et avec quels outils ? Certaines substances sont-elles plus difficiles à questionner ou à interroger, comme les substances illicites ?**

Assez facilement sur alcool, tabac. Opiacé, c'est un peu moins évidant de rentrer directement sur ce sujet-là, je ne sais pas trop pourquoi. C'est vrai

que c'est surtout sur ces addictions-là, je trouve ça plus simple de poser des questions.

Certaines substances sont-elles plus difficiles à questionner ou à interroger ? Ouais c'est vrai que la prise d'héroïne, on ne l'évoque pas alors qu'elle peut se rencontrer. Les patients souvent (car c'est rarement moi qui fais la démarche) peuvent en parler et ça peut toucher n'importe qui.

Et c'est le fait que ce soit illicite qui rend plus difficile ?

Je ne pense pas que ce soit ça, c'est moins fréquent que le tabac et l'alcool donc je pense que c'est pour ça. Le rendement de cette question-là semble moins bon. Peut-être pour ça qu'on ne pose pas la question.

- 2. Vous sentez-vous dans vos missions quand vous abordez ces questions ?**

Oui complètement

Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques

C'est d'alerter sur le problème de l'addiction, des risques encourus. Voilà... on est dans l'intervention courte, l'intervention brève.

- 3. Avez-vous, dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ? (Héroïne, antalgique, MSO)**

Oui

- 4. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?**

Ceux qui sont sous traitement substitutif (alors je n'en ai pas beaucoup) ça ne me pose pas de problèmes, c'est des gens qui sont bien intégrés, qui ont une vie sociale et qui viennent renouveler leur traitement, probablement à vie, car on n'arrive pas à l'arrêter. Donc ça, ça ne pose pas de soucis. Ce qui est compliqué, c'est plus les addictions aux antalgiques ou à l'héroïne. Alors moi je n'institue pas de traitement substitutif, pour ceux qui prennent de l'héroïne, je leur demande de passer par le centre d'addictio, rue de Bretagne donc... C'est un choix. Moi je fais comme ça. Je leur propose s'ils veulent un sevrage (j'avais eu un protocole justement de « rue de Bretagne » de sevrage à domicile avec un arrêt de travail, en les revoyant régulièrement avec un traitement, etc...) mais je ne prescris pas de traitements substitutifs, c'est le centre rue de Bretagne qui leur délivre et je

prends le relais après si j'ai un courrier de de leur part. Alors je fais ça certainement parce que j'ai eu des mauvaises expériences, notamment quand je remplaçais en centre-ville de Caen ou quand tu te mets à prescrire des traitements substitutifs rapidement, ça attire toute une population de patients qui savent qu'ils vont pouvoir en trouver potentiellement à cet endroit et je ne voulais pas du tout me retrouver dans cette situation. Voilà ma démarche à peu près.

5. Quelles différences y a-t-il entre la prise en charge des addictions aux opioïdes licites et opioïdes illicites selon vous ?

Oui je pense qu'il y en a. Ce n'est pas la même relation notamment quand tu as une dépendance aux antalgiques, car ils ont une demande. Et ce n'est pas la même relation quand tu as quelqu'un qui va prendre ces substances ailleurs que chez toi.

T'es purement dans l'aide quand tu as quelqu'un qui prend de l'héroïne, t'es plus dans la négociation quand tu es avec quelqu'un qui est dépendant aux antalgiques, je le ressens un peu comme ça.

6. Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?

Ce qui est surtout dépendant de la réussite, c'est surtout la bonne intégration sociale. Si c'est des gens qui n'ont que ce souci-là... mais si à côté ils ont plein d'autres problèmes, ça va être compliqué. Ça simplifie beaucoup les choses, quand ils ont déjà une vie un peu posée, pas d'autres soucis familiaux financiers boulots, etc... ça simplifie déjà le problème quoi.

Représentation RDRD → frein et levier

7. Identifiez-vous des risques à la consommation d'opioïdes, comment peut-on les limiter ?

L'aborder chez des ados pour des consultations pour d'autres motifs. Il n'y a qu'à ce moment-là qu'on peut intervenir.

Et qu'est-ce que tu identifierais comme risque chez quelqu'un qui consomme des opioïdes ?

On peut l'alerter sur les risques infectieux, sur les risques de désocialisation, de recherche de dose toujours plus importante, etc...

Je ne vois pas trop comment les limiter en pratique à part être préventif quoi.

8. Que représentent les MSO pour vous ?

C'est quelque chose de palliatif et qui permet d'avoir une vie normale. Un retour à une vie normale sans être dépendant d'un fournisseur, et de ne pas être dépendant financièrement de ces produits-là. Et pouvoir mener une vie quasiment normale en dehors de cette autre dépendance à un médicament.

9. Et quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription d'un MSO ?

Moi l'objectif, c'est de lui permettre de quitter ses relations, ses réseaux et de ne pas utiliser son argent à ce genre de chose, après en le mettant en garde qu'après il sera dépendant quand même à ce médicament-là.

10. Quel est votre avis sur la primo prescription d'un MSO par les médecins généralistes ?

Moi ce que je crains, c'est le détournement de ces médicaments-là et si tu es connu comme un médecin primo-prescripteur, recruter de façon préférentielle des patients dépendants. Je l'ai vue chez certains médecins de ville qui le faisaient. Tu te retrouves parfois dans des situations très compliquées avec des dépendants à l'héroïne qui te demandent du Subutex et puis en fait c'est quasiment des menaces quoi. Moi c'est ça qui me gêne et c'est pour ça qu'avoir la délégation de prescription une fois qu'ils ont été vus par la rue de Bretagne ça me va très bien quand c'est quelque chose de cadré pas de soucis, mais je ne suis pas prêt à faire une primo-prescription. Après, ça peut changer, si c'est un patient que je connais très bien j'imagine qu'il y a des variables qui peuvent faire que tu y passes, mais comme ça à priori non.

11. Que pensez-vous de la délivrance d'informations par le médecin traitant sur les bons usages (l'usage à moindres risques ?) Opioïdes licites (antalgique MSO) pensez-vous pouvoir l'appliquer aux opioïdes illicites (héroïne) ?

Et tu pourrais aussi donner des conseils sur l'usage par exemple de l'héroïne ?

Oui carrément.

Alors après à qui le délivrer est ce que c'est systématique dans une consultation à tel âge ? Et puis surtout il faudrait éventuellement avoir un support.

C'est vrai qu'on délivre beaucoup d'informations de prévention et qu'il y a des livrets qui sont faits sur tel et tel domaine je pense que ça peut faciliter le passage d'infos.

12. Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

Non

J'imagine que c'est à partir du moment que tu as pris ce risque, c'est de minimiser tous les risques dont on a parlé tout à l'heure, c'est-à-dire le risque infectieux etc...

Définition RDRD donnée s'ils ne connaissent pas

<https://www.drogues.gov.fr/comprendre/ce-ou-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques>.

La RDRD envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- Les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.
- Les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
- Les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.
- Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération.

« La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. »

13. Que représente pour vous cette définition, en tant que médecin traitant ?

Ça résume bien ce dont on parle depuis le début. Je crois que c'est notre rôle d'intervenir et de prévenir les gens sur ces risques. Oui, c'est complètement dans notre rôle.

14. Qu'est-ce qui pourrait faciliter la pratique de la réduction des risques par les médecins généralistes chez les patients dépendants aux opioïdes ?

Je pense que c'est de se baser sur une petite plaquette bien faite ou l'on pourrait aborder ensemble. Ça pourrait participer à un échange. Je pense que ça peut être un bon moyen.

15. Quels lieux et personnes-ressources connaissez-vous en addictologie ?

Rue de Bretagne, les consultations d'alcoologie du chu et voilà.

M9

Population :

Mode d'exercice : Cabinet de groupe -

Age : 31, genre : féminin

Formation initiale : néant

Durée : 21min23

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui avec quelle substance ?

Oui tabac, alcool, poursuite de traitement dans le suivi de traitements substitutifs héroïne

RDRD et addictologie en pratique

1. Interrogez-vous facilement vos patients sur leurs consommations de substances : tabac, alcool, opioïdes, médicaments ? Dans quel contexte et avec quels outils ?

Non après ça va avec la création d'activité, créer ou reprendre tous les dossiers, et du coup on a un onglet dans les antécédents sur les consommations. Le tabac je pose la question à tout le monde, les traitements en cours et s'il-y-a des consommations médicamenteuses d'anxiolytiques, antidépresseurs, opioïdes au long cours, on l'aborde à ce moment-là. L'alcool, on ne l'aborde pas à chaque fois.

Et tout ce qui est substance illicite ?

Cannabis oui mais héroïne non.

Et tu n'as pas de modalité particulière ?

Non c'est dans mon interrogatoire

2. Vous sentez-vous dans vos missions quand vous abordez ces questions ?

Oui c'est dans nos missions. Après sur le tabac, ce n'est pas compliqué. L'alcool, c'est déjà plus compliqué. T'as une image plus difficile après si le médecin ne le fait pas ça va être compliqué de relever les problématiques parce qu'on les voit tous en premier recours, les patients. Ça fait quand même partie de notre rôle, mais selon les substances... des fois, il faut quand même les voir plusieurs fois, et il y a des gens qu'on ne voit pas si souvent que ça. Et il faut les voir plusieurs fois pour commencer à aborder ce genre de choses. Je trouve qu'au premier contact, au premier rendez-vous, ce n'est pas évident de but en blanc de demander certaines choses, mais quand on commence à les voir plusieurs fois, ça vient dans les discussions. Mais il y a aussi de gens qu'on voit une fois tous les deux ans, ce n'est pas évident.

Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?

Dépistage, les trouver déjà. Et commencer à aborder le fait d'aller vers un sevrage si les patients sont motivés. Et je pense, qu'il y a une question de promotion de la santé d'éducation à la santé, chez les jeunes avant qu'elle existe.

3. Avez-vous, dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ? (Héroïne antalgique MSO)

Oui

4. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?

Ce n'est pas facile et même les gens qui ont une problématique antalgique. Les gens qui sont sous morphine au long court, c'est compliqué tout seul. On a quand même souvent recours soit aux médecins algologues, soit aux addictologues quand on estime qu'il y a quand même un problème. Je trouve que c'est moins compliqué de suivre les gens qui sont sous traitement substitutif. Après on n'en a pas non plus des masses où j'exerce et ils sont plutôt dans les règles et très rigoureux dans leur suivi et motivés. Donc c'est vrai que je n'ai pas été confrontée à des problématiques là-dessus donc je n'ai pas un ressenti difficile. Je trouve que c'est plus dur pour les gens qui sont sous opiacé pour la douleur au long cours. C'est vraiment dur de savoir comment faire, comment les aborder. Car ce sont des douloureux chroniques qui se braquent très facilement. C'est des consultations qui sont

longues, et qui prennent pas mal d'énergie. Tout seul je trouve que c'est trop dur.

5. Quelles différences y a-t-il entre la prise en charge des addictions aux opioïdes licites et opioïdes illicites selon vous ?

Oui je trouve ça moins dur, après je n'ai jamais eu la demande de quelqu'un qui arrive sous héroïne pour une demande d'arrêt ou de traitement substitutif. Je n'ai pas trop d'expérience là-dessus. Ceux que j'ai je les ai récupérés déjà sous traitement substitutif. Et déjà bien cadrés. Donc c'est vrai qu'ils ne me posent pas de soucis. Ils sont dans une démarche, elles sont simples. Mais ceux qui sont sous opiacés licites, c'est compliqué.

6. Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?

La régularité du suivi, je pense qu'il faut les voir régulièrement. Faut pas les laisser trop s'échapper, le côté pluridisciplinaire je pense que c'est important aussi. Parce qu'encore une fois tout seul c'est dur. Donc addicto algologue ou même au sein du pôle, d'avoir des discussions entre collègues et pour qu'on ne se voit pas de voir une autre personne, un autre médecin au sein du pôle pour en discuter. On n'est pas tous formés à l'entretien motivationnel. Donc ça arrive, qu'on profite de la formation des autres. Aussi pour les aborder sous un angle différent. Quand ça fait longtemps qu'on patauge avec certaines situations, un regard nouveau ça aide. Après c'est aussi, selon le patient. On a aussi le CMP qui intervient sur certaines prises en charge addictives, ça dépend un peu de l'envie du patient aussi. On s'adapte un peu à ce qu'il est prêt à faire. Quand on parle d'addictologue, des fois ce n'est pas possible pour certains patients par contre leur proposer de voir quelqu'un d'autre au sein du cabinet c'est un premier pas qui est plus facile à faire.

C'est peut-être moins honteux pour eux, ou une démarche moins compliquée, c'est moins loin, ils auront toujours quelque chose à répondre. « Non je ne vais pas faire 20 km », mais si on leur dit que c'est la porte juste à côté ça enlève des freins.

Représentation RDRD → frein et levier

7. Identifiez-vous des risques à la consommation d'opioïdes, comment peut-on les limiter ?

Déjà il y a le risque tout simplement lié aux effets indésirables, le médicament en lui-même. Vigilance au travail, sur la route. Après c'est compliqué de les limiter. En les voyant régulièrement, on peut prévenir mais je trouve que c'est compliqué de les limiter nous même, il faut quand même qu'on ait l'adhésion du patient là-dessus. Les risques sur leur santé au long cours. Les risques pour les prises en charge ultérieures, quand ils ont déjà des doses de morphines au long cours ou des traitements substitutifs et qu'il leur arrive des problématiques douloureuses aiguës à chaque fois pour nous c'est compliqué, le risque de ne pas arriver à bien les soulager.

Je trouve que limiter les risques de la consommation dépend aussi beaucoup de la relation de confiance qu'on a avec le patient qui consomme. S'ils adhèrent bien, ils sont plus motivés, plus enclin à écouter nos recommandations. Quand ils n'adhèrent pas du tout... je trouve que l'accroche, elle est longue à créer.

Et pour les consommateurs d'héroïne, tu identifierais des risques potentiels ?

Oui il y a les modalités de consommation aussi. La manière de consommer est dangereuse en soi. Il y a toute une surveillance s'il s'injecte. Donc il faut essayer quand même de leur proposer au moins de s'injecter dans de bonnes conditions. Il faut quand même les accompagner même là-dedans. Après sous traitement substitutif je trouve que j'ai moins de problèmes. Parce qu'on n'a pas trouvé de mésusage pour l'instant chez nos patients. On n'a pas l'impression qu'ils l'utilisent autrement que comme il est prescrit et dans de bonnes doses. Mais oui s'il y a un mésusage ça peut représenter un danger. Il faut essayer de comprendre le mésusage et d'essayer de les accompagner. On fait au mieux. Pas que les juger quoi.

8. Que représentent les MSO pour vous ?

Une solution au sevrage. Après temporaire ou durable, peu importe. Mais ça permet que médicalement il y ait un suivi, qu'on essaie de prévenir de la rechute. On essaie qu'ils ne retombent pas dans un usage illicite, illégal. De les protéger aussi de tous les risques d'une consommation illégale face à la loi. Et de les sevrer de leurs substances illicites. Après sur la durée, ça ne pose pas de soucis qu'on soit sur des choses longues. Ce n'est pas forcément qu'une transition.

9. Et quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription d'un MSO ?

Je suis un peu toujours en train de me poser les mêmes questions. Pas de consommations parallèles. Essayer qu'ils ne retombent pas, et qu'ils restent dans le médicament substitutif à la dose prescrite ou être à la dose qui s'approche de ce qu'ils ont besoin en plus. Qu'ils nous disent la vérité, s'ils en ont besoin en plus ou pas. Qu'ils ne retombent pas dans le côté illégal. Après l'objectif d'une diminution future. On a des gens qu'ils l'ont. Il y en a qui ne l'ont pas, mais ce ne me pose pas de soucis qu'ils ne l'aient pas. De diminuer leur dose petite à petit. Des gens qui sont sous Subutex ou Buprénorphine à leur dose et qui n'envisagent pas de diminution, ça ne pose pas trop soucis, je ne vois pas ça comme un objectif. Si c'est l'objectif du patient, très bien on peut l'accompagner. Mais je ne suis pas sûr que ce soit une fin en soi.

10. Quel est votre avis sur la primo prescription d'un MSO par les médecins généralistes ?

S'il est compétent, pourquoi pas. Moi je pense que j'aurais du mal. Je peux faire la prescription, mais j'aurais besoin au moins d'un avis téléphonique avec quelqu'un qui est formé. On a un médecin au sein du cabinet qui est formé donc ça facilite les choses. Mais j'aurais du mal à me lancer toute seule sur une primo-prescription sans avoir (pas forcément de consultation, ça dépend du patient). J'aurais besoin d'un appui. A titre personnel. Après il y a des médecins qui sont plus à l'aise que d'autres. Mais quand on connaît bien ses limites, pourquoi pas.

11. Que pensez-vous de la délivrance d'informations par le médecin traitant sur les bons usages (l'usage à moindres risques ?) Opioides illicites (antalgique MSO) pensez-vous pouvoir l'appliquer aux opioides illicites (héroïne) ?

Je pense qu'on n'est pas tous calés sur le sujet. Même sur les prescriptions d'initiation de morphine, je pense qu'on ne délivre pas tous une bonne information. Il y a des médecins qui font des ordonnances sans s'assurer de la bonne compréhension du patient. Parce que ça peut être une délivrance par un généraliste, un médecin traitant, qui a une relation de confiance avec son patient donc c'est un avantage. Mais c'est des consultations qui sont un peu longues il faut avoir du temps, et il doit s'assurer de la bonne compréhension. Ils ne comprennent pas tous au même niveau, à la même vitesse, les mêmes informations. Je pense que certains médecins traitants sont un peu débordés pour avoir le temps de délivrer ce genre d'informations. Après on a l'avantage quand même d'avoir la disponibilité

de pouvoir les voir régulièrement et ça, je pense que c'est important pour l'information, la prévention. D'avoir des contacts réguliers sur des initiations de traitement comme ça, ou même sur l'usage au long cours. Donc on a la disponibilité d'avoir des rendez-vous quand même plusieurs fois. Mais s'il y a des rendez-vous longs que certains médecins ne doivent pas accorder aux patients, mais je pense qu'encore une fois il faut que le médecin connaisse ses limites. Qu'il se fasse aider si...

Et des informations sur le bon usage de produits illicites tu en penses quoi ?

Je ne sais pas si les médecins l'abordent beaucoup. Oui, le bon usage, d'avoir accès à des seringues stériles, de connaître les partenaires qui peuvent les aider. Je pense qu'il y a plein de médecins qui ne connaissent pas le réseau qui ne savent pas trop vers qui se tourner. Pour les usages illicites. Ce n'est quand même pas quelque chose qu'on ... si on n'y est pas confronté durant les études ce n'est pas quelque chose qu'on va nous apprendre. On est mal informés sur l'usage illicite si on ne va pas nous-mêmes chercher les informations. On n'est pas capable d'embrée au début de notre exercice de fournir ce genre d'informations. Il manque...je pense qu'on manque de contacts ou de ressources pour aller chercher ces infos-là.

12. Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

Non

Le but c'est d'encadrer un peu les patients pour qu'ils « consomment le mieux possible ». Qu'ils soient encadrés par des professionnels dans leur consommation. Même si elle est illicite. Qu'il n'y ait pas une escalade des doses ou des réseaux compliqués, des problèmes de justice aussi. Mais je ne connais pas trop la notion.

Définition RDE donnée s'ils ne la connaissent pas :

<https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-ou-il-faut-savoir-sur-la-reduction-des-risques>.

La RDRD envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- Les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.

- Les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
- Les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.
- Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération.

« La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. »

13. Que représente pour vous cette définition, en tant que médecin traitant ?

Je pense qu'on pourrait être mieux du coup. On ne recherche peut-être pas assez certains problèmes. On reste très judiciaire et les choses évidentes. La sécurité routière, la sécurité au travail, des choses évidentes qu'on va rechercher. Mais peut-être moins le côté : violence, social, les souffrances psychiatriques ou psychologiques qui peuvent être associées à l'usage de substances illicites. On pourrait faire des consultations plus centrées sur la réduction des risques et moins centrées sur le médicament en lui-même ou la drogue. Ou c'est un peu une check-list à être vigilant au cours des consultations. Surtout qu'on les voit quand même régulièrement. Au moins tous les 28 jours donc on pourrait se fixer des objectifs.

14. Qu'est-ce qui pourrait faciliter la pratique de la réduction des risques par les médecins généralistes chez les patients dépendants aux opioïdes ?

Avoir des espèces de points de choses à aborder avec le patient. Peut-être pas tous les 28 jours, tout aborder, ça manque de sens, mais dans le suivi. Comme on les voit régulièrement. Les consultations, on n'est pas obligé de poser un peu toujours les mêmes questions, peut-être qu'on pourrait un peu ouvrir les discussions, sur des thèmes différents. Et puis il y a des patients, on connaît leur famille leurs enfants. En cabinet, on suit souvent des groupes, on connaît l'entourage. Je pense qu'il y en a qui vont peut-être plus s'inscrire dans un type de risque que dans l'autre, ils ne s'inscrivent pas dans tout. Et je pense que ça pourrait donner des grands points de vigilance à voir en consultation.

Ou des entretiens types à avoir dans l'année. Tout le côté précarité souffrance psychologique, je pense qu'on ne l'aborde pas assez on demande si ça va, mais ça reste très évasif.

15. Quels lieux et personnes-ressources connaissez-vous en addictologie ?

Un de mes collègues qui est formé et qui travaille en parallèle avec une activité mixte. C'est le premier qui nous aide. Après on a la PASS sur certaines situations très socialement précaires, qui prend le relais.

Et on a le CMP qui nous accompagne sur les traitements anxiolytiques, hypnotiques et ceux qui expriment des souffrances évidentes. On a des prises en charge avec eux. On a, avec l'accord des patients, quelques suivis conjoints.

M10

Population:

Mode d'exercice : Cabinet de groupe -
Age 46, genre : féminin
Formation initiale : DU diabétologie
Durée : 16min50

Avez-vous déjà été sollicitée pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui avec quelle substance ?

Oui addiction alcool tabac et cannabis.

RDRD et addictologie en pratique

1. Interrogez-vous facilement vos patients sur leurs consommations de substances : tabac, alcool, opioïdes, médicaments ?

Dans quel contexte et avec quels outils ?

Oui, j'en recherche, après ça dépend du type de consultation. Pas systématiquement. Après c'est difficile. Quand tu as quelqu'un qui vient avec des altérations du bilan hépatique, souvent je vais rechercher les addictions à l'alcool. Le tabac c'est assez régulier, je pose assez souvent la question. Dans des consultations de renouvellement ou de certificats pour le sport, je pose tout le temps la question pour le tabac. Et après ça dépend de la consultation en fait. Ce n'est pas systématique dans chaque consultation.

2. Vous sentez-vous dans vos missions quand vous abordez ces questions ?

Dans mes missions ah ah, c'est beau comme phrase. Comment dire, eh bien oui, je pense que c'est à moi d'aborder le sujet, après le prendre en charge, c'est autre chose.

Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?

Dépister, mettre en évidence les problèmes d'addiction. Déjà. Faire prendre conscience aux gens qu'ils ont un problème d'addiction.

3. Avez-vous, dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ? (Héroïne antalgique MSO)

Très peu. J'ai un patient qui est sous Buprénorphine. Après connue. Il y en a peut-être d'autres dont je n'ai pas connaissance. Il y en a peut-être qui sont addicts aux Opioïdes, mais je n'en ai pas connaissance.

4. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?

Je me trouve nul. Je ne sais pas faire. Le seul patient que j'ai, il a été suivi à la maison des addictions. Mais voilà... Moi je trouve que je n'ai pas... du moins, je ne sais pas gérer ce genre de situation. Je ne me sens pas à l'aise du tout.

Pas à l'aise par rapport à quoi ? Mon manque de formation et je n'ai pas un intérêt pour ça donc je ne me forme pas non plus.

5. Quelles différences y a-t-il entre la prise en charge des addictions aux opioïdes licites et opioïdes illicites selon vous ?

Je pense que maintenant que tout ce qui est codéine n'est plus en vente libre, c'est différent. Avant les gens, ils n'avaient même pas conscience qu'ils étaient addicts aux opioïdes. Moi je n'ai pas eu le cas, mais ma collègue eut le cas de personnes qui étaient addicts aux opioïdes et qui n'avaient pas conscience qu'ils étaient addicts. Alors que quand tu vas acheter ta drogue, tu sais que tu vas l'acheter. Mais tout ce qui est codéine, les gens ne se rendent pas forcément compte qu'ils sont addicts. C'est plus sournois

6. Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?

C'est le fait d'en prendre de façon quotidienne et d'avoir des signes de manques et de devoir en prendre pour calmer ses signes de manques. Donc ça veut dire qu'à partir de ce moment-là où je me rends compte... alors je te dis pour tout ce qui est héroïne cocaïne, je n'ai pas l'impression d'en avoir beaucoup. Après je me trompe peut-être. Je passe vite la main. Dès que je me rends compte de ce genre de chose, je leur demande d'aller voir la maison des addictions, de voir un addictologue. Tout ce qui est héroïne et cocaïne de toute façon pour moi c'est d'emblée une addiction. Tout ce qui est codéine c'est plus difficile à mettre en évidence. Donc quand je mets ça en évidence, j'oriente direct, je ne prends pas en charge. J'ai l'impression que je n'ai pas les compétences pour le faire.

Représentation BDRD → frein et levier

7. Identifiez-vous des risques à la consommation d'opioïdes, comment peut-on les limiter ?
Ouf je ne sais pas ...

Tu n'identifies pas un risque à la consommation ?

Si bien sûr les troubles de la vigilance pour la conduite par exemple. Les risques de surdosage, d'overdose. Des risques assez classiques, que te dire d'autre... Pour tout ce qui est pour héroïne, cocaïne, tout ce qui est hépatite B, hépatite C, SIDA. Voilà.

Et toi en tant que médecin généraliste. Comment pourrais-tu limiter ces risques ?

Je te dis je passe très vite la main par rapport à ça donc à part essayer de les orienter pour aller voir quelqu'un voilà. Moi c'est ma seule façon de limiter les risques. Plutôt que d'étudier la question, j'essaie de les envoyer.

8. **Que représentent les MSO pour vous ?**

C'est un médicament qui permet de ne pas avoir les signes de manque sans les effets négatifs de la drogue en fait. C'est comme ça que je le définirai.

9. **Et quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription d'un MSO ?**

Alors, à une époque mon objectif c'était d'essayer de diminuer. Pour qu'il ne prenne plus sa Buprénorphine. Et j'en ai discuté avec des collègues qui me disaient qu'en fait l'objectif n'était pas forcément de l'arrêter. Mais c'est qu'ils soient bien, et soit stable avec une dose, qui lui convient. Donc mon objectif n'est plus de le diminuer. Mon objectif c'est qu'elle soit bien comme ça.

10. **Quel est votre avis sur la primo prescription d'un MSO par les médecins généralistes ?**

Tant qu'on n'est pas formé, je trouve qu'on n'est pas apte à les prescrire correctement. Moi en tout cas, je ne me sens pas... Je trouve en ce qui me concerne que ce n'est pas bien de le prescrire, car je n'ai pas été formé pour ça dans mes études et après je n'ai pas fait de formation dans ce sens-là. Après il y a des médecins généralistes qui ont les compétences. Je ne pense pas que tout le monde ait les compétences. Il faut avoir des compétences en addicto pour le faire.

11. **Que pensez-vous de la délivrance d'informations par le médecin traitant sur les bons usages (l'usage à moindre risques ?) Opioïdes licites (antalgique MSO) pensez-vous pouvoir l'appliquer aux opioïdes illicites (héroïne) ?**

Euh. C'est un peu... je ne sais pas quoi en penser... est ce que ce n'est pas un peu aller dans leur sens en disant que ce n'est pas si grave que ça de consommer des opioïdes. Je trouve ça un peu limite. Je comprends pour les personnes qui sont très dépendantes pour éviter tout ce qui est risque infectieux, overdose d'accord. Mais pas pour leur faire croire que ce n'est pas si grave que ça de consommer des opioïdes. Il faut que ce soit quelque chose, qui soit bien mesuré au niveau de ce que l'on dit, je pense.

12. **Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?**

Non je ne connais pas. Réduction des risques par rapport à quoi ? En addicto ?

Non je ne sais pas du tout. Alors qu'est-ce que ça m'évoque... C'est peut-être éduquer un peu les gens qui sont addicts pour éviter qu'ils aient des risques infectieux ou des overdoses. Les sevrer ce n'est pas évident non plus donc c'est peut-être pour eux limiter les risques que leur entraîne la drogue.

Définition RDE donnée s'ils ne connaissent pas

<https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qui-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques>

La RDRD envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- Les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.
 - Les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
 - Les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.
 - Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération.
- « La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. »

13. Que représente pour vous cette définition, en tant que médecin traitant ?

Il y a des risques auxquels je n'avais pas pensé. Au moins ça prend l'ensemble des risques. Parfois, il vaut mieux diminuer les risques que d'avoir comme objectif premier de sevrer d'emblée. C'est une définition qui est intéressante et plus atteignable que d'essayer de sevrer tout le monde.

14. Qu'est-ce qui pourrait faciliter la pratique de la réduction des risques par les médecins généralistes chez les patients dépendants aux opioïdes ?

Il faudrait qu'on ait du temps d'entretien et ça en pratique c'est un peu compliqué. En fait, c'est ça. C'est de se dégager du temps. Parce que c'est du temps de discuter avec les gens. Après, il existe des... comment ça s'appelle... Nous, on a pris contact avec des infirmières. Nous, en tant que médecin généraliste on peut avoir 20 % de temps infirmiers par médecin généraliste, qui fait de l'éducation au cabinet. Soit par des assistants médicaux ou ces infirmières-là que ça pourrait être fait. Ça pourrait être une délégation de tâche. Tu enlèverais le processus avec le patient, et puis que l'infirmière, ou l'assistant médical, puisse en entretien, comme il ferait avec les diabétiques, faire de l'éducation que toi tu n'as pas le temps de faire. Je pense que pour ces patients-là ça pourrait être ça aussi.

15. Quels lieux et personnes-ressources connaissez-vous en addictologie ?

La maison des addictions principalement. Il y a un service d'addictologie à l'hôpital de XXXX et parfois et moins souvent le service d'alcoologie à Clemenceau.

M11

Population :

Mode d'exercice : Cabinet de groupe

Age : 61, genre : masculin

Formation initiale : Capacité médecine du sport

Durée : 17min15

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui avec quelle substance ?

Oui, tabac alcool personne sous substitue méthadone mais il y a 30 ans

RDRD et addictologie en pratique

1. Interrogez-vous facilement vos patients sur leurs consommations de substances : tabac, alcool, opioïdes, médicaments ? Dans quel contexte et avec quels outils ?

Tabac oui alcool moins souvent.

Est-ce que tu as des modalités de recherche ?

C'est par rapport soit à une modification du bilan biologique éventuellement. La tête du client, au faciès. S'il y a des signes qui peuvent évoquer éventuellement une prise d'alcool. Des tremblements pour certains. Et quelquefois si je suis le couple ça peut être l'épouse qui vient toute seule qui me dit. Faudra parler à mon mari, car je trouve qu'il boit trop.

2. Vous sentez-vous dans vos missions quand vous abordez ces questions ?

Oui, mais je trouve qu'on n'est pas bien formé pour aborder ces questions-là.

Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?

C'est d'essayer de les mettre en évidence et de trouver éventuellement un spécialiste ou un service pour les prendre en charge.

3. Avez-vous, dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ? (Héroïne antalgique MSO)
Non ou alors je les ignore

4. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?

J'ai une expérience, j'ai un patient qui prenait des traitements codinés à très forte dose. Ce patient a été hospitalisé pour essayer de le sevrer, mais je ne l'ai pas revu depuis. Mais je l'avais hospitalisé, car il en prenait des doses astronomiques.

5. Quelles différences y a-t-il entre la prise en charge des addictions aux opioïdes licites et opioïdes illicites selon vous ?

Difficile à dire. Tout ce qui est illicite... disons que les choses qu'on peut être amené à voir c'est plutôt le cannabis actuellement et je trouve que les patients en parlent plus facilement. Je n'en avais pas, mais depuis quelque temps j'ai 3, 4 patients qui me disent qu'ils prennent du cannabis régulièrement tous les soirs depuis des années et qu'ils avaient envie de s'en séparer, car il arrive à 35, 40 ans et qu'il voulait changer de vie et de ne plus être dépendant de cette substance. Plus que le jeune. Par- contre les ados c'est très difficile d'aborder le sujet. Soit parce qu'ils viennent avec leurs parents, c'est pas toujours facile à aborder. Et même quand ils viennent seuls. Bon, on a l'impression qu'on n'a pas le même discours. On a l'impression que pour eux, prendre un joint de temps en temps c'est festif, c'est récréatif, ils ne voient pas les conséquences médicales à long terme.

6. Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?

Déjà, lui faire prendre conscience qu'il en prend un petit peu trop. Alors après, pourquoi a-t-il était amené à prendre des opiacés, est-ce qu'à un moment, il a eu une pathologie quelconque qui l'a amené à prendre des antalgiques. Palier un, palier deux puis à un moment donner il s'est trouvé très bien avec les paliers deux. Je ne sais pas. J'ai peu d'expérience dans ce domaine.

Il faut trouver le moyen d'en parler avec le patient. Je ne suis pas très perforant dans le suivi de ce genre de pathologie. Ça, j'en suis tout à fait convaincue. Mais je pense que c'est parce que j'ai été un peu dégouté par certains patients que j'ai rencontrés quand je me suis installé. Quand tu

t'installés si t'en vois un, tu en vois 10. Tu vois tous leurs copains. Il y en a un dont je me souviens bien, j'avais essayé effectivement de le sevrer progressivement, mais ça a été un échec, car je me suis fait avoir comme beaucoup de médecins se font avoir. Et après je me suis dit les toxicos en général, je ne veux plus les voir. Je ne suis pas apte à les prendre en charge tout seul.

Représentation RDRD → frein et levier

7. Identifiez-vous des risques à la consommation d'opioïdes, comment peut-on les limiter ?

Comme je suis peu confronté à ce genre de patient. Je les refoule ou ils ne veulent plus me voir... J'en ai eu un il y a quelque temps qui est venue. Je connais un peu le système, je suis de passage. J'ai oublié mon ordonnance, machin chose. Alors il y a quelques années j'aurais dit : bon allez, je renouvelle pour 15 jours maintenant je dis non, et je ne veux plus recommencer. Je n'accroche pas avec ce genre de patient.

8. Que représentent les MSO pour vous ?

Substitution, c'est un bien grand mot, car j'ai l'impression que ça devient un traitement chronique. Moi je n'en ai pas, mais je sais que mon collègue a un couple qui en prend et ça fait des années que je renouvelle le même traitement à chaque fois qu'il est en vacances donc ils ne s'en sortent pas. Ils sont dépendants à ce qu'on leur prescrit.

9. Et quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription d'un MSO ?

L'objectif ça serait qu'à un moment, ils arrivent à se passer de tout, mais après voilà. Je pense qu'il y a tout un contexte socioprofessionnel qui intervient derrière tout ça. Je pense que tout seul, on ne peut pas les prendre en charge. Il faut qu'ils soient déjà stabilisés dans leur couple, dans leur boulot, dans leurs études, pour arriver à leur faire prendre conscience qu'à un moment il faudrait peut-être tout arrêter progressivement. Moi, l'expérience que j'ai c'est qu'il ne s'en sorte pas quoi. Après on devient des dealers officiels ...

10. Quel est votre avis sur la primo prescription d'un MSO par les

médecins généralistes ? Ce n'est pas moi qui le mettrais en place. Je ne sais pas si on peut le faire ? Je pense que je ne suis pas compétent. Ou alors il faudrait qu'on ait des formations spécifiques pour savoir où, quand, comment. Quelle surveillance mettre en place ? Mais pour le moment je ne

me sens pas capable d'instaurer ce traitement. Car comme je te dis tout ce que j'ai pu voir. Ils en prennent depuis des années ou des décennies et je n'ai pas l'impression qu'ils sortent de ce circuit.

11. Que pensez-vous de la délivrance d'informations par le médecin traitant sur les bons usages (l'usage à moindres risques ?) Opioides licites (antalgique MSO) pensez-vous pouvoir l'appliquer aux opioides illicites (héroïne) ?

Si je suis formé éventuellement oui. On peut prêcher la bonne parole en s'aidant des recommandations qu'on voit à droite à gauche. Mais j'ai l'impression que les adolescents ou les adultes jeunes, ils ont déjà leur propre opinion et leur propre source d'information et qu'elles ne sont pas les mêmes que nous. Je trouve que c'est un dialogue de sourds. Moi je trouve qu'on ne se comprend pas et ils n'ont pas forcément envie de comprendre notre démarche médicale et de faire un pas vers nous. J'ai l'impression que c'est du temps de perdu.

Et tu pourrais donner des infos sur la consommation à moindre risque de substance illicite ?

Non, car je ne les connais pas. Et je ne pense pas.

12. Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

Non. C'est un domaine de la médecine qui ne me passionne pas beaucoup. Est-ce que c'est lié à la personnalité des patients que j'ai pu avoir et qui m'ont dégoûté ? Je me suis fait avoir au début de mon installation et j'ai plus envie de m'investir pour eux.

Définition RDE donnée s'ils ne connaissent pas
<https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques>.

La RDRD envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- Les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.
- Les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
- Les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.

- Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération.

« La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. »

13. Que représente pour vous cette définition, en tant que médecin traitant ?

Après, effectivement... si on peut aider à ce qu'il y ait moins de transmission de certaines maladies infectieuses associées pourquoi pas. Les risques psychiatriques ...

Après c'est tout le côté social. Nous, on est médecin. Pas assistante sociale. Je crois que chacun doit rester à sa place. Le problème, c'est qu'après, à quelle interlocutrice tu vas t'adresser pour mettre ces choses en places. Car la psychiatrie les accès ne sont pas toujours faciles. La première consolation on peut l'avoir rapidement, mais quand on vous dit le suivi psychothérapeutique il faut revenir dans un an... Ça ne correspond pas à ce qu'on attend.

14. Qu'est-ce qui pourrait faciliter la pratique de la réduction des risques par les médecins généralistes chez les patients dépendants aux opioïdes ?

Je crois qu'il faudrait des médecins spécialisés ou des services spécialisés pour accueillir rapidement quand nous, on a besoin d'une prise en charge avec un patient. Une coordination. Quand quelqu'un vient te voir et à cette demande-là. Il ne faut pas le laisser patienter des mois, car il aura oublié sa bonne volonté. Il faut qu'il y ait des services qui peuvent prendre en charge rapidement quand il y a besoin.

15. Quels lieux et personnes-ressources connaissez-vous en addictologie ?

Soit les services d'addictologie du CHU ou le cmp dont on dépend. Je n'ai pas de référent libéral, je sais pas s'il en existe.

M12

Population:

Mode d'exercice : Cabinet de groupe –
Age 50, genre féminin
Formation initiale : néant
Durée : 26min58

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui avec quelle substance ?

Oui ; cannabis tabac alcool.

RDRD et addictologie en pratique

Interrogez-vous facilement vos patients sur leurs consommations de substances : tabac, alcool, opioïdes, médicaments ?

Dans quel contexte et avec quels outils ?

Certaines substances sont-elles plus difficiles à questionner ou à interroger, comme les substances illicites ?

1. Recherchez-vous des consommations chez vos patients, lesquelles et selon quelles modalités ? Que faites-vous du résultat ? (Intérêt ?)
Alors au niveau de l'alcool je vais plutôt aborder le sujet suite à des bilans pathologiques. Ou quand le conjoint m'a signalé une consommation excessive. Je vais essayer d'aborder ça quand je revois le patient. Tabac, ça va plus être quand le patient va me demander une aide au sevrage. Et le cannabis, quand les parents me sollicitent pour des mineurs et puis quand je sais que dans les antécédents il y avait des consommations de cannabis quand je vois les patients je leur pose les questions initialement. Et sur les jeunes au moment des certificats médicaux d'habitude à la pratique du sport je vais essayer d'aborder ça quand ils sont tout seuls, car avec les parents ils ne disent jamais rien. Avec les nouveaux patients, je demande alcool et tabac. Les autres drogues pas au premier contact. Car c'est souvent des patients d'un certain âge.

2. Vous sentez-vous dans vos missions quand vous abordez ces questions ? Dans mes missions oui. Dans les résultats de ma mission, on n'est vraiment pas bon, ou je ne suis vraiment pas bonne. **Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ?** C'est de prévenir. C'est de faire de la prévention. Dire qu'on est disponible, car il y a beaucoup de dénis quand même. Mais je trouve qu'on est tellement submergé par le nombre de consultations et la paperasse et le peu de temps. C'est aussi frustrant de ne pas accorder le temps nécessaire aux patients.

3. Avez-vous, dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ? (héroïne, antalgique, MSO)

Oui j'en ai un sous subutex.

4. Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ? Moi j'ai beaucoup de mal. Lui, je lui fais, parce que ça fait 10 ans que je le suis. J'ai réussi à diminuer. Et de voir que voilà, il est bien inséré. Il a un boulot, il en a besoin. Mais le fait que j'arrive plus à diminuer et que je lui distribue tous les mois ces ordonnances ça me perturbe un peu. Je sais que j'avais été voir le psy du CMP pour demander conseil et il m'a dit : bah voilà un traitement antihypertenseur tu le délivres tous les mois. ça te pose pas de problème. Donc là c'est pareil. Et puis il y a eu d'autres expériences un peu... Enfin là il y en a un que je suis régulièrement et que j'accompagne et voilà. Il est régo, il n'y a pas de décalage dans les dates. Mais voilà, j'ai eu des demandes ou les gens allaient à droite et à gauche. Et là je dis non. Il y en a un que j'ai suivi qui faisait un peu n'importe quoi et que j'ai arrêté de voir qui est allé voir le collègue qui allait voir plusieurs collègues plusieurs pharmacies. Je suis très très méfiante dans mon rôle. Et comme j'ai un CMP juste à côté, j'ai tendance à diriger tous les nouveaux patients vers eux. Je ne veux pas, par rapport à tout ce qui est drogue dure, m'engager le dedans. Car ils te pompent une énergie. Ils ne viennent pas au rendez-vous, ils veulent un rendez-vous tout de suite. Ils n'ont pas la carte vitale. Tu ne peux pas vérifier les délivrances. Ils ont compris le système aussi. Quand ils viennent sans la carte vitale, ça pue un peu.

5. Quelles différences y a-t-il entre la prise en charge des addictions aux opioïdes licites et opioïdes illicites selon vous facilité ?

C'est aussi compliqué pour l'un que pour l'autre. Et c'est vrai que bien souvent on va mettre du temps dans les deux, mais se rendre compte qu'ils sont addicts aux antalgiques de palier deux que tu leur prescris. Avant de comprendre qu'ils sont vraiment... enfin pour ma part... addicts. Et après avec la responsabilité qu'on a de leur délivrer régulièrement leurs antalgiques. Ça renvoie à quelque chose de personnel, est ce que j'ai bien fait. Pourquoi je l'ai pas vu avant ? Que l'héroïne. Voilà il va chercher sa dose ailleurs et je me sens moins responsable. Mais c'est vrai que pour les patients addicts aux antalgiques, on en a quand même. Ce n'est pas une addiction à laquelle j'aurais pensé, mais on en a plusieurs dans notre patientèle. C'est sûr.

6. Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?

C'est peut-être prendre le temps d'en parler déjà. Plutôt que de refaire ton ordonnance sans trop poser de question. Ce qu'on fait pour ma part assez souvent par manque de temps. Et de voir ce qu'on peut faire. Ça nécessitera peut-être une prise en charge avec des gens qui ont l'habitude des addictions afin de réévaluer le traitement. Essayer de les diriger petit à petit vers le CMP. Quelqu'un qui vient pour ces antalgiques il va pas comprendre pourquoi je le dirige vers le CMP. Mais essayer de lui faire prendre conscience qu'il y a quand même un problème dans sa prise d'antalgique quoi.

Et si tu avais un patient consommateur d'héroïne est-ce que tu identifierais des choses importantes aussi ? Je ne me sens tellement pas capable de gérer ça que je redirige vers le CMP.

Représentation RDRD → frein et levier

7. Identifiez-vous des risques à la consommation d'opioïdes, comment peut-on les limiter ?

Les risques... les ados surtout, je les préviens des risques d'escalade dans l'addiction. Et du mal que ça peut leur faire. **Et pour l'héroïne par exemple est ce que tu identifies des risques particuliers à cette consommation ?** Non je ne vois pas trop.

8. Que représentent les MSO pour vous ?

Je pense que c'est bien parce que ça permet d'insérer et d'aider beaucoup de gens. Dans ma pratique personnelle, ça me pose beaucoup de questions, j'ai toujours l'impression d'être le dealer du patient. J'ai du mal. C'est pour ça que je dirige dès que je peux vers un addicto parce que je n'ai pas toujours eu des bonnes expériences quoi.

J'ai fait mes études en région parisienne. J'ai fait mon stage médecine générale dans des quartiers difficiles avec des gens qui pouvaient être très très violents qui venaient chercher leur renouvellement, qui pouvaient taper des crises et faire peur aux autres patients. Je n'ai pas envie d'avoir ça dans ma salle d'attente et je ne les prends pas en charge, car je sais qu'il y a des gens beaucoup plus compétents et ils pourront le faire. Mais je vais les diriger. Je ne vais pas les laisser non plus.

9. Et quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription d'un MSO ?
La diminution et voir l'arrêt.

10. Quel est votre avis sur la primo prescription d'un MSO par les médecins généralistes ?

Moi je pense que ... soit tu peux le faire parce que tu auras toujours des patients pour le faire. Mais je pense qu'il faut avoir fait un stage, un DU, ou je ne sais pas trop quoi en addicto pour avoir les compétences pour pouvoir répondre et pas juste mettre un nom de médicaments sur une ordonnance. Savoir à quelle fréquence on peut diminuer, à quelle fréquence ça va se faire ? Est-ce qu'il y a des questions particulières à poser ? Je sais que je suis incompétente. Après peut-être que je me dis être incompétent et que c'est comme un autre traitement. Mais si je devais prendre quelqu'un en charge. Je pense que j'irais ... enfin si je devais prendre des patients parce qu'il y a plus assez d'addicto de psy qui peuvent les prendre. J'irai faire une formation en addicto.

11. Que pensez-vous de la délivrance d'informations par le médecin traitant sur les bons usages (l'usage à moindres risques ?) Opioïdes illicites (antalgique MSO) pensez-vous pouvoir l'appliquer aux opioïdes illicites (héroïne) ?

Je pense qu'on devrait le faire, mais dans la pratique on ne le fait pas. À part dire « pour tout ce qui est licite vous devez attendre tels délais entre deux prises, vous ne devez pas dépasser telle poso ». Tu ne gères pas trop ce qu'ils font à la maison. Mais comme toute ordonnance que tu leur donnes, tu expliques ta prescription.

Et tu te verrais donner aussi des conseils sur la bonne façon de consommer de l'héroïne ? Non, car je n'ai pas les compétences, je ne maîtrise pas le sujet. Je n'ai pas fait de stage psy dans mon cursus. Je n'ai pas fait de stage en addicto. **Et si tu étais formée ?** Ah oui, si j'étais formée je pourrais. Si tu as l'information, tu peux la délivrer sinon c'est compliqué. Après soit je prends le temps d'aller potasser des choses, mais je ne le prends pas, car je n'ai pas assez de temps déjà.

12. Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ? Du tout... réduction des risques... est-ce que c'est notion de réduction des risques d'overdose en leur apportant l'information sur le bon usage de leurs consommations ?

Définition RDE donnée s'ils ne connaissent pas
<https://www.droques.gov.fr/comprendre/ce-qui-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques>.

La RDRD envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- Les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.
- Les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
- Les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.
- Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération.

« La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. »

13. Que représente pour vous cette définition, en tant que médecin traitant ?

Je dirais que c'est une belle définition et bien complète.

Par rapport à tout ce qui est psychique somatique je dirais oui. Par rapport social et judiciaire, je dirais que ça rentre plus dans notre domaine ; sinon il faut qu'on valorise l'acte et qu'on passe une demi-heure trois quarts d'heure avec chaque patient. Donc soit on fait vite et on ne fait pas bien. Soit, on prend le temps et pour ce type de patient il faut prendre le temps. Et on se donne les moyens de le faire bien. Mais moi j'ai toujours une petite alarme qui se met à briller en me disant est-ce que je ne me fais pas avoir quoi.

14. Qu'est-ce qui pourrait faciliter la pratique de la réduction des risques par les médecins généralistes chez les patients dépendants aux opioïdes ?

On pourrait imaginer qu'on ait une infirmière CO qui fasse le taf à notre place. D'avoir quelqu'un de dédié. Quand tu es en SISA des choses comme ça, tu peux avoir des subventions pour des infirmières pour les diabétiques, pour les pathologies chroniques. Et pourquoi ne pas avoir quelqu'un au sein du pôle qui prend le temps ? En tant que médecin généraliste je sais qu'en addicto, j'ai toujours cette alarme qui se met en place certainement par rapport à mon expérience, que je n'ai pas bien vécu. Et qui fait que je vais avoir du mal à m'investir.

C'est un domaine où j'ai beaucoup de mal, car j'ai eu aussi beaucoup d'échecs. Ne serait-ce que vis-à-vis de l'alcool et du tabac. Je n'ai pas été bonne je vais essayer de me concentrer sur autre chose quoi. A chaque fois j'investis beaucoup certainement par rapport à notre histoire personnelle qu'on a aussi en tant que médecin. Tu mises beaucoup, tu donnes du temps. Tu fais des consultations plus longues qui vont déborder qui va faire que tu vas être en retard, que les autres patients vont devoir attendre. Les patients qui veulent les sevrages tout de suite dans le service de médecine pour une intoxication oh. Tu as beau leur expliquer que c'est une démarche à eux, que c'est à eux d'appeler le service. Ya pas d'urgences à se faire hospitaliser le jour même. Je trouve que c'est compliqué, car t'es pas que dans le médical. Tu pars dans le social. Avec tous les problèmes de couple les enfants la violence. Et que voilà en tant que généraliste, il y a aussi l'assistante sociale qui à son boulot à faire et on est seule et que dans des structures comme les CMP ils ont des assistantes sociales, des infirmières psy des psychiatres. Je pense qu'il faut que ce soit un travail d'équipe quoi. L'addicto en tant que généraliste je trouve ça très dur parce qu'on est seule.

15. Quels lieux et personnes-ressources connaissez-vous en addictologie ?

Le CMP et puis le centre d'addicto.

Je vais botter en touche en leur renvoyant les patients. Alors je prends le temps d'écouter et de les diriger petit à petit. Tu te dis voilà ils ont un tafte, des enfants qui sont en souffrance, je vais pas dire que je ne vais pas m'en occuper. Je vais prendre le temps de les écouter. Je vais faire l'arrêt, car il y a une souffrance, mais à un moment donné, les addicts ils sont plus à la pointe par rapport au produit qu'on peut proposer et le patient aura certainement plus de chance d'avoir une réponse qui va lui convenir ou pas. Ou alors il faudrait qu'on nous demande de prendre le temps de faire de la formation, de revaloriser l'acte aussi en addicto. Car pour moi en 15 min, le temps de faire un examen somatique de faire l'arrêt c'est compliqué quoi.

M13

Population :

Mode d'exercice : Cabinet de groupe -

Age 41 ; genre féminin

Formation initiale : néant

Durée : 18min

Avez-vous déjà été sollicité pour des problèmes d'addiction dans votre exercice ? Si oui, avec quelle substance ? Oui alcool, tabac, cannabis un peu. Mais tabac essentiellement.

RDRD et addictologie en pratique

- 1. Interrogez-vous facilement vos patients sur leurs consommations de substances : tabac, alcool, opioïdes, médicaments ? Dans quel contexte et avec quels outils ?**

Oui, non, j'ai pas d'outils, pas de test. C'est vraiment dans la discussion.

Certaines substances sont-elles plus difficiles à questionner ou à interroger, comme les substances illicites ?

A aborder pas forcément. Après, j'ai moins de connaissances dans tout ce qui est toxicomanie type: héroïne, cocaïne, tout ça. Je maîtrise moins donc là je sais moins faire en fait. Mais aborder le sujet ça ne me dérange pas. C'est juste que j'ai moins d'expériences et je passe la main plus facilement quand c'est ces substances-là. Mais je n'ai pas eu le cas en fait. A initier un traitement pour ces substances

- 2. Vous sentez-vous dans vos missions quand vous abordez ces questions ?**

Oui carrément.

Quel est selon vous le rôle (place) du médecin généraliste dans la prise en charge des problématiques addictologiques ? Eh bien, c'est d'aborder, de découvrir les problématiques d'informer et puis d'aider à partir du moment où il y a une demande d'aide au sevrage

- 3 Avez-vous, dans votre patientèle, des patients concernés par les addictions aux opioïdes ? (Héroïne, antalgique, MSO)**

Oui j'en ai 4 anciens héroïnomanes sous méthadone subutex, et j'ai deux patients addicts aux tramadol et codéine

- 4 Quelle est votre expérience de la prise en charge de l'addiction aux opioïdes ?** Oui du coup. Je suis les 4 anciens toxicomanes que je suis

depuis longtemps quand même. Mon expérience, c'est surtout une certaine impuissance avec l'impression de renouveler sans réel objectif de sevrage complet. Je parle des médicaments de substitution, ils sont substitués, mais j'ai l'impression que c'est sans fin et que c'est compliqué d'avoir un sevrage complet. En tout cas je n'en ai jamais eu qui ont réussi à faire un sevrage complet.

- 5 Quelles différences y a-t-il entre la prise en charge des addictions aux opioïdes licites et opioïdes illicites selon vous facilité ? ?**

Oui, ce n'est pas la même prise en charge. Par rapport au traitement de substitution déjà. Et dans l'évolution aussi. Car sur les opioïdes licites on arrive à les sevrer complètement en fait. Ya pas de substitut du coup. Alors que les illicites ils restent avec leur traitement de substitution et on a l'impression que c'est sans fin en fait.

- 6 Quels éléments sont importants pour vous, dans la PEC de l'addiction aux opioïdes ?**

Il n'y a rien qui me vient comme ça... être vigilant sur le risque de rechute. Pour les opioïdes licites, c'est moi qui suis vigilante à ne pas re prescrire, ne pas repartir dans ces traitements-là. Quand c'est des opioïdes illicites être vigilant qu'il n'y ait pas de consommation en parallèle des traitements substitutif. Et voir s'il re consomme de l'héroïne régulièrement en parallèle.

Représentation RDRD → frein et levier

- 7 Identifiez-vous des risques à la consommation d'opioïdes, comment peut-on les limiter ?**

La dépendance et les conséquences cliniques de ces consommations. La somnolence les risque sur la route, sociaux et sur la santé aussi avec les effets secondaires par la suite. Pour les illicites le risque c'est les consommations en fait. Parce qu'en général c'est un terrain social familial particulier avec souvent des consommations associées. Je dirais ça, c'est ce qui me vient en premier.

- 8 Que représentent les MSO pour vous ?**

J'ai des fois l'impression d'avoir le rôle du dealer en fait. Ils viennent chercher leur dose auprès de moi. Mais en l'absence de traitement plus efficace, je me contente de ça. Mais ce n'est pas satisfaisant en fait. On a

juste l'impression de leur donner leur dose parce qu'ils ne peuvent pas s'en passer. Et avec un certain... Enfin, de leur part. Il n'y a pas forcément un désir d'un sevrage complet. On n'a pas l'impression qu'ils sont dans la démarche de se sevrer par ce qu'ils ont se médicament de substitution et il continue avec ça. C'est pas satisfaisant ces traitements.

- 9 Et quels peuvent être vos objectifs lors de la prescription d'un MSO ?**
Alors je ne les initie pas de toute façon ces traitements. C'est initié par un addictologue à chaque fois ... J'essaie de voir à chaque fois s'il y a possibilité de diminuer le dosage voilà... S'il y a un objectif de sevrage complet... Leur situation sociale aussi. C'est souvent ça qui va faire évoluer les choses. S'il s'installe dans une vie de famille en fait, ça peut motiver à stopper complètement. Ou s'ils sont toujours dans une dérive sociale qui n'aide pas à se motiver, à se sevrer complètement.

- 10 Quel est votre avis sur la primo prescription d'un MSO par les médecins généralistes ?**

Euh, je n'ai pas vraiment d'avis. Si on l'autorise, je pense qu'il faudrait que je me forme un peu à toutes ces drogues-là pour mieux les connaître et mieux les gérer, je pense. Je ne suis pas contre, mais il faudrait que je me forme un petit peu, je pense.

- 11 Que pensez-vous de la délivrance d'informations par le médecin traitant sur les bons usages (l'usage à moindre risques ?) Opioides licites (antalgique MSO) pensez-vous pouvoir l'appliquer aux opioïdes illicites (héroïne) ?**

Illicite ? Il n'y a pas de bons usages, je ne pense pas ? **À moindre risque en tout cas ?** Je ne maîtrise pas assez le sujet pour donner l'information. Pour les opioïdes licites, c'est les informations que je donne à chaque fois. La très courte durée dans l'objectif de trouver la cause du problème et de la traiter et de trouver un autre traitement plus adapté au long court. **Je reviens sur les opioïdes illicites, c'est de l'information sur les bonnes conditions de prises ?** Ah c'est à dire ne pas prendre plus de risque. Je n'ai pas eu l'occasion de le faire, car je n'ai pas eu de consommateur actif. **Et si cela se présentait ?** Oui après c'est pareil, je ne connais pas suffisamment les pratiques. Je n'ai pas d'expérience dans ces pratiques de consommation pour savoir comment on injecte ça et je suis pas sûre que j'aurais une information très utile. À part de ne pas se piquer avec une

seringue usager des choses qui tombe sous le sens, mais, je ne pense, pas maîtriser suffisamment le sujet pour donner une information claire.

- 12 Connaissez-vous la notion de réduction des risques ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?**

Euh ! je vois ce que ça veut dire, ce n'est pas un terme que j'ai entendu fréquemment, j'imagine que c'est prévenir d'une éventuelle dérive vers une consommation non contrôlée

Définition RDE donnée s'ils ne connaissent pas

<https://www.droques.gov.fr/comprendre/ce-qu'il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques>.

La RDRD envisage tous les types de risques associés à la consommation de substances psychoactives. Elle prend ainsi en compte :

- Les risques somatiques : accidents, surdoses, contaminations par le VIH, les virus des hépatites B et C, des bactéries ou des champignons, etc.
- Les risques psychiatriques : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc.
- Les risques sociaux : violences, insécurité routière, exclusion, précarité.
- Les risques judiciaires : poursuites pénales, incarcération.

« La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. »

- 13 Que représente pour vous cette définition, en tant que médecin traitant ?**

Ça me parle complètement, car c'est ce que j'essaie d'aborder à chaque fois. J'étais passé quand j'étais externe dans un service où il y avait un peu d'addictologie. Et j'avais retenu ce mode d'interrogatoire en fait. D'aborder sur tous les plans. Le plan judiciaire, le plan social, d'aborder tous les risques sur chaque plan et d'évaluer avec le patient, s'il y a un de ces risques où il se trouve en tout cas, pour essayer de corriger le tir.

- 14 Qu'est-ce qui pourrait faciliter la pratique de la réduction des risques par les médecins généralistes chez les patients dépendants aux opioïdes ?**

Euh. Je ne sais pas. La formation, l'expérience. Après il faut que chacun soit à l'aise avec ces sujets-là aussi et à l'aise avec ces patients. Suffisamment

à l'aise pour aborder ces sujet-là. Je pense que c'est tout à fait la place du médecin généraliste d'aborder ces problèmes. Et de ... Pour mieux guider son patient, quel que soit la voie dans lequel il y a un risque qui s'ajoute.

15 Quels lieux et personnes-ressources connaissez-vous en addictologie ?

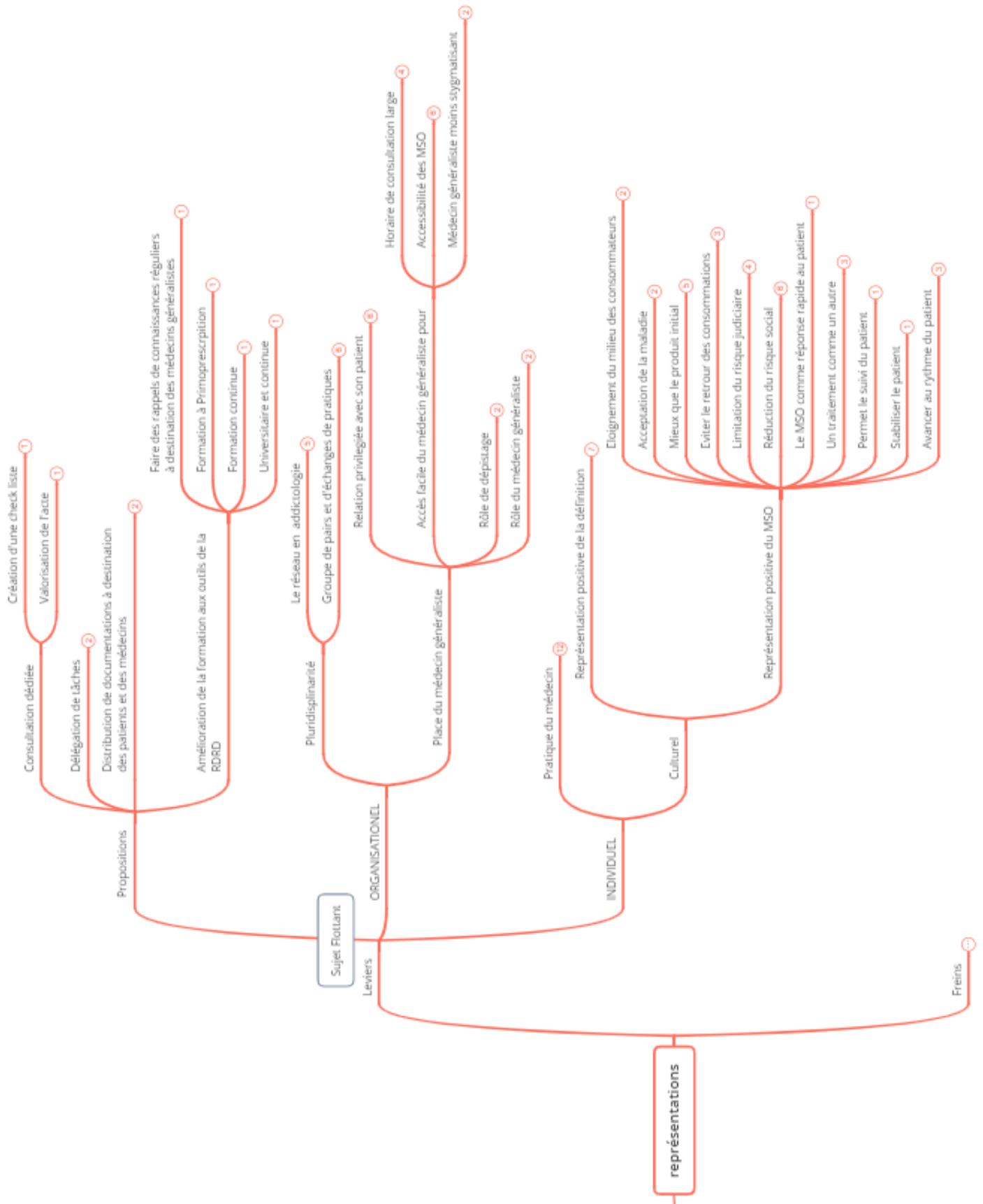
Pour tout ce qui est substances illicites, c'est le centre qui est rue de XXXX à XX. Il y a les CSAPA aussi. Le service du CHU aussi. En tabacologie, j'ai fait un stage quand j'étais interne donc je gère un peu plus. Mais les gens qui veulent voir un spécialiste, je les envoie au CHU aussi.

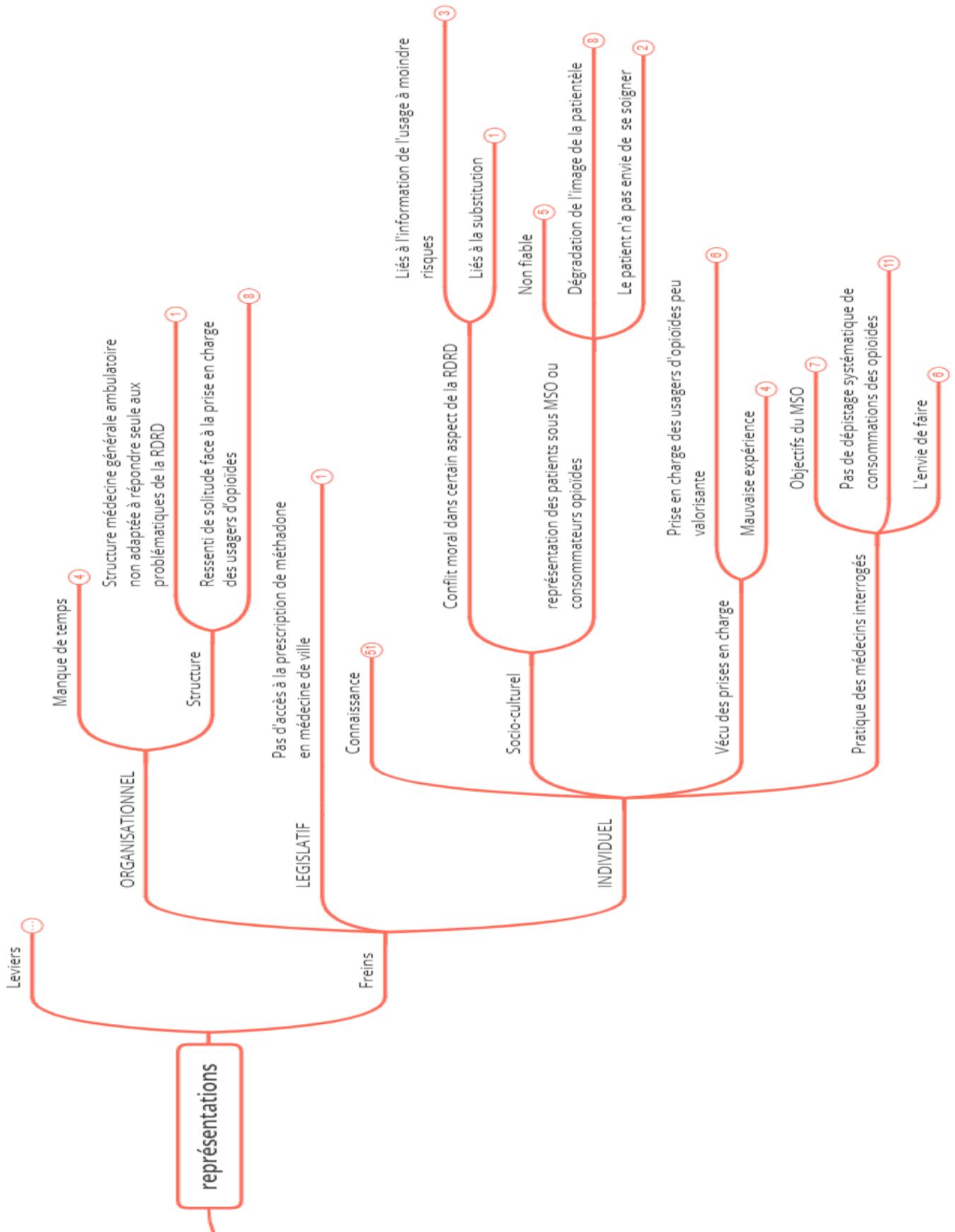
Annexe Arbre thématique ses différentes branche

Les deux branches principales « pratique » et « représentation »

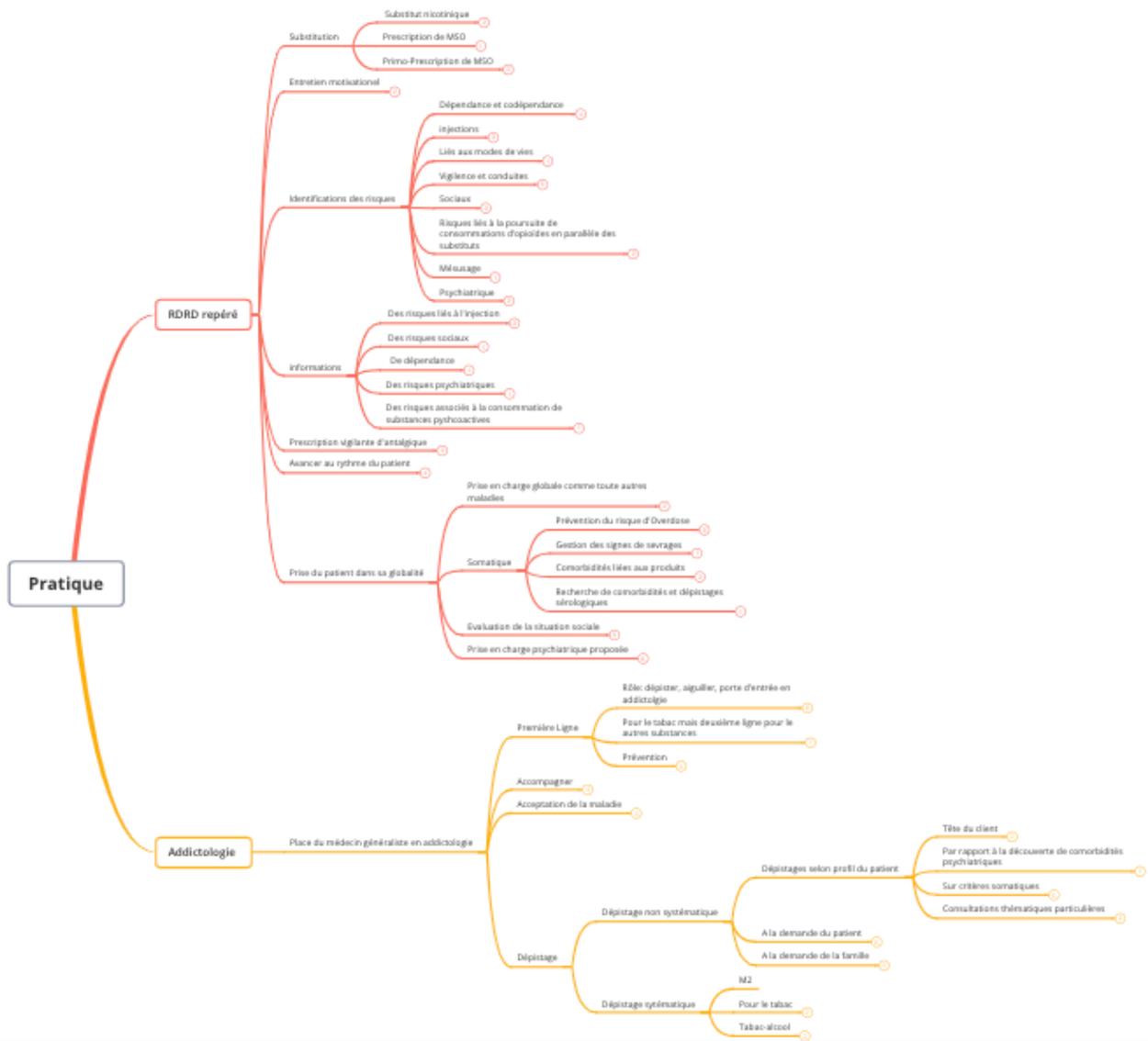


Branche « représentations – leviers »





Branche « des pratiques repérées »



« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : Lemaire Timothé

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Freins et leviers dans la pratique de la Réduction Des Risques et des Dommages en médecine générale lors de la prise en charge des patients consommateurs d'opioïdes en Basse-Normandie

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : INTRODUCTION: Le médecin généraliste étant un acteur de premier recours dans le soin et notamment en addictologie, nous avons voulu identifier quels étaient les différents freins et leviers à la mise en œuvre de la Réduction Des Risques et des Dommages (RDRD) chez les consommateurs d'opioïdes en médecine générale, à travers les représentations et les pratiques des généralistes. MÉTHODE: Nous avons réalisé une étude qualitative à l'aide de 13 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés en Basse-Normandie. Une analyse thématique a été réalisée en constituant un arbre thématique à l'aide du logiciel Xmind®. RÉSULTATS: Les freins liés à leur pratique étaient: le manque de formation aux outils de la RDRD, la législation, l'isolement et le manque de temps. Les freins liés à leurs représentations étaient: leurs valeurs morales et l'image des usagers d'opioïdes. Les leviers liés à la pratique étaient: la pluri-professionnalité, la place du médecin généraliste dans le système de soins, la formation aux outils de la RDRD et la valorisation des actes complexes. Les levier liés à leurs représentations étaient: l'image positive de la définition et des outils de la RDRD, leur positionnement comme acteur de la RDRD. CONCLUSION: Par son accueil inconditionnel des patients, sa vision globale de l'individu et sa mission de diffusion des médicaments de substitution aux opiacés qui lui a été confiés, le médecin généraliste est un acteur désigné de la RDRD. Cependant, son manque de coordination avec les structures spécialisées, son manque de formation et sa place souvent limitée à un rôle sanitaire de prescripteur semble limiter leurs pratiques de la RDRD.

MOTS-CLÉS : Médecine générale, opioïdes, réduction des risques et de dommages,

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Brakes and levers in the practice of Risk and Damage Reduction in general medicine during the care of patients who consume opioids in Basse Normandie

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS : INTRODUCTION: The general practitioner (GP) is an actor of primary care and in addictology particularly. We wanted to identify what were the different brakes and levers for the implementation of Harm reduction (HR) among opioid users in primary care, through the representations and practices of GPs. METHOD: We made a qualitative study using 13 semi-directiv interviews with GPs based in Basse Normandie. A thematic analysis was made by constituting a thematic tree using the Xmind® software. RESULTS: The obstacles linked to their practice were: lack of training in HR tools, legislation, isolation and lack of time. The obstacles linked to their representations were: their moral values and the representation of opioid users. The levers linked to the practice were: multi-professionalism, the GPs's place in the healthcare system, training in HR tools and the promotion of complex acts. The levers linked to their representations were: the positive image of the definition and tools of HR, their positioning as an actor of HR. CONCLUSION: Through his unconditional welcome to patients, his global vision of the individual and his mission of disseminating the opioid substitution drugs entrusted to him, the GP is a central actor in HR. However, its lack of coordination with specialized structures, its lack of training and its place often limited to the health role of prescriber seems to limit their HR practices.

KEY WORDS : Primary care, opioid , harm réduction