

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Délia BONIS et Mathilde MOREL

Le 23 juin 2022

**Freins et leviers à l'implication des médecins généralistes dans la
prescription de buprénorphine**

Directrices de thèse : Dr Julie DUPOUY et Dr Laetitia GIMENEZ

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO	Assesseur
Madame le Docteur Julie DUPOUY	Assesseur
Madame le Docteur Laetitia GIMENEZ	Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHE Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHE Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIÈRE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
P.U. Médecine générale		
M. MESTHÉ Pierre		
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		
Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène		
Mme MALAUDAUD Sandra		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. Curot Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLIZEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

Maitres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale
M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements communs

A Monsieur le Professeur Pierre Mesthé, merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse et merci votre investissement dans la formation des internes de médecine générale. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Nicolas Franchitto, merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse et d'avoir pris le temps de juger notre travail. Veuillez recevoir l'assurance de notre sincère gratitude.

A nos directrices de thèse,

Madame le Docteur Julie Dupouy, nous te remercions infiniment de nous avoir fait confiance en nous proposant ce beau projet de thèse, et de nous avoir accompagnées pour le mener à bien.

Madame le Docteur Laetitia Gimenez, merci pour ton aide capitale tout au long de ce travail, pour la justesse de tes conseils et ta disponibilité.

A Madame le Docteur Lise Dassieu, nous te remercions profondément d'avoir pris le temps de partager tes connaissances aiguisées sur le sujet et sur la méthodologie qualitative. Nous avons eu la chance de bénéficier de ton regard sociologique et de tes travaux de recherche approfondis qui ont certainement contribué à améliorer la qualité de notre thèse.

A tous les médecins ayant participé aux entretiens, merci de vous être intéressés à notre travail et merci pour le temps que vous nous avez accordé.

Remerciements de Délia

Au **Dr Baladon**, vous avez fait naître en moi une vocation. Depuis l'enfance, j'admire votre investissement pour vos patients et votre pratique de la médecine est une source d'inspiration.

A **Emile Escourrou**, merci pour ta bienveillance et ta pédagogie. Tu m'as permis de confirmer mon choix pour cette spécialité et tu incarnes pour moi un modèle dans l'exercice de notre métier.

A mes maîtres de stage **Arnaud, Claire, Mailis, Emilie, Pierre, Caroline, Julie, Hervé, Choukri et Suzanne**, pour votre accompagnement bienveillant. Chacun à votre façon, vous avez contribué à ma construction professionnelle et à la constitution d'un bagage solide pour me lancer dans l'autonomie plus sereinement.

A **tous les médecins** que j'ai rencontré pendant mon parcours et aux **équipes soignantes**, pour l'aide, les connaissances et la confiance apportées.

A **Charles**, merci pour ton soutien sans failles et pour tout ce qui fait de toi quelqu'un d'aussi exceptionnel. La fin de ce travail marque le début de notre nouvelle vie, tant espérée depuis toutes ces années. J'espère que tu sais à quel point j'en suis profondément heureuse.

A **mes parents**, pour la confiance que vous m'avez toujours accordée et pour les valeurs si justes que vous nous avez transmises. Je vous aime.

A **Camille, Pierre et Maxime**, mes grands frères et sœur chéris, merci d'avoir pris soin de moi depuis toujours. Notre lien si fort et précieux me semble inégalable. Merci Camille pour ce modèle que tu as toujours représenté pendant mes études puis dans notre métier commun.

A **Anna et Christophe**, pour avoir complété si parfaitement notre famille.

A **Elana et Andréa**, mes nièces adorées, pour cette joie immense que vous m'apportez sans compter. Nanou, je suis heureuse que ce jour soit celui de ton onzième anniversaire et nous unisse encore un peu plus.

A **mes grands-parents. Bonpapa**, pour cette passion pour la science que tu as cherché, et manifestement réussi à nous transmettre. Puisse cette thèse rendre hommage à ta pédagogie, ton intelligence et ton savoir exceptionnels. **Mamie Monique**, pour cet amour infini que tu nous as si généreusement apporté et qui raisonnera en nous pour toujours. **Papy**, pour ce modèle de loyauté, de détermination et d'humilité que tu incarnes. **Mamie Lisou**, pour ton courage, ta force et ta résilience dont j'aimerais m'inspirer.

A **mes oncles, tantes, cousins et cousines**, et particulièrement à **Alice**, pour m'avoir apporté tes compétences sur mon premier projet de thèse... et pour ce nombre infini de bons

souvenirs avec toi. A **Geneviève**, pour m'avoir toujours encouragée dans mes études et pour ces mots gentils et rassurants concernant ta vision de ma future pratique.

A **Christine et Cyrille**, merci de m'avoir accueilli si chaleureusement au sein de votre belle famille.

A **Ariane et Emma**, pour notre amitié dont on sait qu'elle est indestructible.

A **mes copines scientifiques**, merci à chacune d'entre vous de rendre notre groupe si unique et si parfait. Notre complicité a fait de nous une famille, et aucun mot ne pourrait qualifier la chance que je ressens d'en faire partie.

A **Marion**, pour ce lien si spécial que nous avons depuis le collège. Dans ces années charnières, tu as grandement contribué à mon épanouissement et à mon développement dans une meilleure direction que celle à laquelle j'aspirais. Je t'en serai éternellement reconnaissante.

A **Océane, Manon, Léa, Morgane**, pour ces belles années passées ensemble, ces retrouvailles passées et à venir et notre complicité immuable.

A **Elsa**, pour ces conseils, ton écoute et ton soutien tout au long de nos études en plus de notre solide amitié.

A **la meute**, pour tous ces moments géniaux passés au paroxysme de notre vie étudiante et qui continuent d'exister malgré la distance pour certains. Vous retrouver sera toujours un immense bonheur.

A **Philippe**, pour ces super souvenirs de nos années de médecine et tous les bons moments depuis.

Aux belles rencontres de la deuxième moitié de l'externat : **Laurie et Laureline**, merci pour ces moments passés à dévorer d'innombrables gâteaux et bons repas en refaisant le monde ; aux **BellaZouz**, pour m'avoir accueilli en chemin au sein de cette belle bande de copines.

A **Clément et Laurène**, vous rencontrer pendant l'internat a été une chance incroyable.

A la **team des urgences de Rodez**, notre équipe soudée a permis de rendre ce stage bien moins difficile qu'il n'y paraissait.

Aux **internes de Rodez et de Saint Gaudens**, pour ces chouettes 6 mois respectivement passés avec vous tous.

Aux **tarbais et apparentés**, pour votre formidable accueil.

A **Mathilde**, pour ce chouette travail accompli ensemble.

Remerciements de Mathilde

A mes parents chéris, Cécile et Laurent. Merci pour votre soutien sans faille depuis toutes ces années, pour me dire et me répéter que vous êtes fiers de moi, pour m'avoir transmis ces valeurs précieuses qui m'ont menées là où je suis aujourd'hui, pour être là quand ça va, et encore plus quand ça ne va pas, pour avoir construit une famille aussi unie qui reste mon premier refuge ; je vous aime !

A mes sœurs chéries. A **Marie**, ma grande sœur, pour avoir nourri mon enfance de moments magiques, pour toujours avoir su me guider et me montrer le bon chemin. A **Justine**, ma petite sœur, et néanmoins si grande, pour ton soutien constant, ton optimisme et ta philosophie. Vous êtes des exemples pour moi, vous m'inspirez tous les jours, vous m'êtes essentielles ; je vous aime !

A Quentin. Pour partager tous ces beaux moments depuis quelques années, et pour savoir si bien parfaire notre famille. Merci pour ton humour, notre complicité, et tes précieux conseils.

A mes grands-parents adorés, qui ont fait de moi une enfant heureuse. A ma **Mémé**, pour ton amour inconditionnel et pour ton incroyable force qui m'inspire tous les jours, je suis fière d'être ta petite fille et je t'aime fort. A la mémoire de **Pépé**, qui m'a constamment soutenue et félicitée, dont le sourire tranquille et encourageant me manque énormément. A la mémoire de **Mailou**, au souvenir de son optimisme génial et éternel qui m'inspire chaque jour le plus important, savoir apprécier les petits bonheurs simples. A **Jacques**, dont j'espère honorer la mémoire.

A toute ma famille. A **Clémence** et **Margaux**, à **Agathe** et **Ophélie**, pour nos merveilleux souvenirs d'enfance. A mes très chers **parrain, marraine, oncles, tantes, cousin, cousines**, et « **pièces rapportées** ». Merci pour votre soutien, c'est toujours un bonheur infini de tous vous retrouver.

A mes amis stéphanois. **Amélie**, pour nos souvenirs et coups de soleil malaisiens, et nos retrouvailles toujours heureuses. **Cécile**, pour ta joie et ta force inspirantes. **Coline**, pour ton sens de l'amitié, ta présence tellement précieuse, et pour toujours faire de nos vacances un séjour sportif. **Emeline**, pour ta gentillesse et ta simplicité d'être. **Flo**, pour rester toujours le même, pour nos régressions enfantines libératrices, et pour cette sagesse réconfortante avec laquelle tu sais me remonter le moral en deux secondes. **Gaëlle**, pour tes coupes de cheveux improvisées festives narbonnaises, et ta belle philosophie. **Guillemette**, ça a été un réel plaisir de partager avec toi la découverte de la ville rose, à nos chouettes petits restau' et bières d'entre-deux-semestres. **Julie**, pour ton optimisme solaire, irremplaçable et inspirant, pour nos souvenirs géniaux au Sri Lanka, et pour continuer à savoir prendre la vie comme elle vient. **Léonard**, pour ton humour, nos fou-rires, ton flegme, et pour partager avec moi l'amour du Bec de l'Aigle. **Louise**, pour notre belle amitié qui se renforce de jour et jour, ton écoute inépuisable, et tes délicieux gin to' corses. **Luisa**, avec qui les retrouvailles sont toujours faciles. **Nico**, merci d'être là, toujours, quelle que soit la distance qui nous

sépare, pour notre inestimable amitié. **Pauline**, pour ta douceur et les valeurs que tu partages. **Poup's**, pour tout, pour nos bêtises, pour tous nos appels qui ont beaucoup de sens, mais encore plus pour ceux qui n'en n'ont aucun.

A mes amis cadurciens. **Arnaud**, pour ton enseignement mixte médical et métalleux, tes précieux conseils et tout simplement notre amitié. **Camille**, pour ta sincérité et ton écoute, nos joyeuses excursions cadurciennes, pyrénéennes, campagnardes et landaises passées et futures. **Céline**, pour ton écoute inépuisable et tous ces beaux moments irremplaçables qu'on continuera de partager encore très longtemps. **Goudou**, pour tous nos fous rires depuis le premier mois d'internat, et tous ceux à venir. **Guigui**, pour notre amitié si précieuse, ton humour et tes essentiels plans d'entraînement de course à pied. **Elise**, mon acolyte et super dernière coloc', pour nos séances d'aquarelle, nos soupes-chocolat-film-belles discussions irremplaçables, et pour être là, quoiqu'il arrive. **Kyky**, pour les appels téléphoniques en panique ou à 4 heures du matin, pour avoir partagé deux semestres d'internat incroyables, pour ta belle philosophie, et pour savoir si bien me rassurer. **Iohanna**, pour ta bonne humeur imperturbable, et pour avoir partagé jusqu'au jour même de ta soutenance de thèse. **Marion**, pour toutes nos escapades lotoises et pyrénéennes, nos belles soirées toulousaines, depuis ce génial premier Week-End Adrenaline Aveyron. **Maud**, pour ta gentillesse et ta bienveillance infinies, pour tous ces jolis moments et réunions cadurciennes à notre Coloc'. **Zaza**, pour tous ces moments précieux de confiance, nos tentatives d'accro-yoga, et pour toujours savoir me dire la vérité quand j'ai besoin de l'entendre. **Antoine, Chacha, Dadou, Léa, Pierre**, ça a été un plaisir de partager l'Ehpad des Tilleuls avec vous.

A mes aristo', Karim et Théophile, depuis notre improbable escapade à Carcassonne, pour tous ces bons moments, ces belles soirées en terrasse, ces sorties nocturnes toulousaines, et toutes celles à venir !

A mes cointernes d'Albi. Antoine D., Arse, Bastien, Bubuche, Camille, Carole, Charlotte, Géraldine, Jessica, Joffrey, Lucie, Manon, Marie G., Marie S., Mathilde, Maxime, Myriam, Paul, Paulo, Pierre M., Pierre T., Théo, Tim, Vincent : merci de m'avoir permis de revivre un dernier semestre génial à l'internat. On se retrouve aux promenades gaillacoises !

A tous mes maîtres de stages, tuteurs, professeurs, praticiens, co-internes, secrétaires, soignants, et à tous ceux qui ont croisé ma route durant tout mon cursus. C'est à votre contact que j'ai découvert la médecine et que je me suis façonnée en tant que professionnelle.

A Délia, merci de m'avoir permis de partager cette belle expérience avec toi.

A vous tous, je vous dédie cette thèse. Je vous remercie pour votre amour, votre soutien, vos conseils... vous avez toute ma reconnaissance. J'espère que j'ai été et que je serai toujours à la hauteur de vos espérances.

UN IMMENSE MERCI !

Abréviations

NIDA : National institute of drug abuse

DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5

OEDT : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

TUO : Trouble lié à l'usage d'opioïdes

MG : Médecins généralistes

AMM : Autorisation de mise sur le marché

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHC : Virus de l'hépatite C

MSO : Médicament de substitution aux opiacés

CSAPA : Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

OPPIDUM : Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation
Médicamenteuse

ASMR-V : Amélioration du service médical rendu 5

COVID-19 : Coronavirus disease 2019

FG : Focus group

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

IReSP : Institut de recherche en santé publique

CMU : Couverture médicale universelle

ALD : Affection de longue durée

RSA : Revenu de solidarité active

OFDT : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers
de drogues

MILAD : Mission de lutte antidrogue

HAS : Haute autorité de santé

DES : Diplôme d'études spécialisées

Table des matières

INTRODUCTION	1
LA POLITIQUE SANITAIRE EN FRANCE EN MATIERE DE SUBSTITUTION : L'EMERGENCE D'UN MODELE EUROPEEN	2
LES MEDICAMENTS SUBSTITUTIFS : QUELS BENEFICES POUR QUELS RISQUES ?	3
UNE BAISSSE D'IMPLICATION DES MG	5
OBJECTIF DE NOTRE ETUDE	7
MATERIEL ET METHODE	8
CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE	8
POPULATION D'ETUDE, RECRUTEMENT ET ECHANTILLONNAGE	8
ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	9
RECUEIL DES DONNEES ET RETRANSCRIPTION	10
ANALYSES DES DONNEES	11
CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	11
FINANCEMENT.....	12
RESULTATS	13
ECHANTILLON ETUDIE	13
FREINS ET LEVIERS A L'IMPLICATION DES MG DANS LA PRESCRIPTION DE BUPRENORPHINE.....	14
Partie 1 - Le regard des MG sur la substitution par buprénorphine.....	14
A. La buprénorphine	14
B. L'acte de substitution	16
C. Un objectif thérapeutique ambivalent.....	19
Partie 2 - La relation de soin avec les patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes.....	23
A. Les représentations au sujet des patients	23
B. Le MG face au patient dépendant aux opioïdes.....	28
C. Les enjeux de l'alliance thérapeutique.....	31
Partie 3 - La pratique substitutive intégrée à l'exercice de la médecine générale	36
A. La substitution par buprénorphine, une des missions de la médecine générale	36
B. L'expérience de la substitution au quotidien	41
C. La volonté de conserver son identité professionnelle	48
Partie 4 - Pistes d'amélioration.....	52
A. Des solutions d'accès aux compétences	52
B. Tendre vers l'acceptation de ses propres limites	54
Partie 5 - Théorisation des résultats.....	56
DISCUSSION	59
SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE	59
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	59
A. Forces	59
B. Limites.....	60
DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS	60
A. Freins à la prescription de buprénorphine appuyés par la littérature.....	60
B. Régulation de l'activité substitutive par les MG : mécanismes et modélisation	64
C. Pratique substitutive et influence du genre	66
D. Baisse de l'implication des médecins généralistes dans l'initiation de buprénorphine : hypothèses et apports croisés de l'étude mixte.....	67

E. Leviers.....	69
CONCLUSION.....	74
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXES.....	83

Introduction

Le National Institute of Drug Abuse (NIDA) Nord-Américain définit l'addiction comme une « pathologie chronique et récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsifs de drogue, malgré ses conséquences néfastes » [traduction libre]. Elle est considérée comme affection cérébrale caractérisée par une modification des circuits neuronaux impliqués dans la récompense, le stress et la maîtrise de soi. (1) Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) introduit en 2013 le terme de « trouble de l'usage d'une substance » pour redéfinir cette maladie caractérisée par l'usage problématique d'un produit, se traduisant par une perte de contrôle et une prise de risque liées à la consommation, une altération du fonctionnement social ainsi que des manifestations de dépendance pharmacologique. (2)

D'après les estimations de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) réalisées en 2019, le trouble de l'usage d'opioïdes (TUO) concernerait environ 1 million d'individus en Europe, soit 0,35% de la population. A l'échelle nationale, une prévalence d'environ 0,5% de la population est rapportée. (3)

Les opioïdes désignent l'ensemble des substances psychoactives agissant sur les récepteurs opioïdes cérébraux. Ils sont classés en trois catégories : les opioïdes dits naturels, présents dans l'opium extrait de la plante de pavot (morphine, codéine), les opioïdes semi-synthétiques, issus de la transformation d'opioïdes naturels (héroïne, oxycodone, buprénorphine) et les opioïdes synthétiques (méthadone, tramadol, fentanyl). (4) Tous ces produits induisent des phénomènes de tolérance et de dépendance physique et psychique puissants, à l'origine de comportements addictifs. (5) Selon les travaux du Pr David Nutt parus dans le Lancet en 2007, l'héroïne représenterait la substance psychoactive ayant le plus haut potentiel addictif et la plus grande dangerosité en terme d'impact physique et social (6).

En effet, un rapport européen récent sur les drogues et les toxicomanies révèle une implication des opioïdes dans 76% des décès liés aux drogues. (3) Par ailleurs, les résultats d'une méta-analyse réalisée en 2010 suggère un taux brut de mortalité parmi les usagers réguliers d'opioïdes de 2 pour 100 personnes-années, soit un risque de décès près de 15 fois plus élevé que chez les individus non-consommateurs de même âge et de même sexe. Les causes de décès rapportées sont majoritairement les décès par overdose, mais également les décès par accident, homicide, suicide, infection, et maladie cardiovasculaire. (7) Outre cette morbi-mortalité accrue, ces patients sont confrontés à une forte stigmatisation, à une plus grande précarité ainsi qu'à un isolement social et relationnel marqué. (8)

Malgré les conséquences sanitaires catastrophiques liées au développement de la consommation d'opioïdes en France dès la deuxième moitié du XXème siècle, plusieurs dizaines d'années auront été nécessaires pour que les autorités sanitaires françaises prennent la mesure de ce fléau et proposent des solutions adaptées à large échelle. (9)

La politique sanitaire en France en matière de substitution : l'émergence d'un modèle européen

Jusqu'alors uniquement considéré comme un délinquant, l'usager de drogue ne devient un malade au regard de la loi qu'à partir de celle du 31 décembre 1970, instaurant le soin comme alternative à la répression en matière d'usage de drogues illicites. Dès lors, l'abstinence est considérée comme le seul objectif thérapeutique acceptable, et le travail psychanalytique en centre spécialisé est rapidement présenté comme l'unique moyen d'y parvenir. (10)

Malgré la mise en place progressive de politiques substitutives dans plusieurs pays voisins et les critiques émanant des défenseurs de la réduction des risques, les autorités sanitaires françaises ainsi que les référents en addictologie rejettent toute alternative à l'abstinence. (11) Pourtant, les médecins généralistes (MG) se retrouvent peu à peu confrontés à des demandes de prise en charge de patients ayant une addiction aux opiacés au sein de leurs cabinets. De manière officieuse, la prescription hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de buprénorphine bas dosage (Temgésic®), médicament initialement utilisé à visée antalgique, ainsi que les produits à base de codéine, permettent de pallier aux besoins de centaines de milliers d'usagers de drogues non intégrés au dispositif de soins spécialisé. (11,12) Ces pratiques « de l'ombre », bien qu'elles permettent de garantir un accès au soin à une majorité de patients, subissent un sévère jugement de la part des spécialistes de l'addictologie qui ont tendance à accuser les MG prescripteurs de participer à l'entretien de la toxicomanie en France. (11)

Il faudra attendre les années 1990 et le constat d'une situation sanitaire critique pour qu'un tournant idéologique n'opère. Les pouvoirs publics doivent faire face à l'explosion de la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC) parmi les usagers de drogues injectables et à l'augmentation croissante des décès par overdose d'opioïdes. La mise sur le marché de la méthadone en 1995, puis de la buprénorphine en 1996 comme Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) s'inscrit dans une volonté de l'Etat d'endiguer l'épidémie en employant une stratégie de réduction des risques. (13)

La spécificité française réside principalement dans le cadre de prescription de la buprénorphine, qui autorise tout médecin à l'initier et la renouveler, « quelle que soit sa spécialité, et sans nécessité de formation complémentaire ». (14) Ce médicament est classé parmi les médicaments sur liste I comme un « assimilé aux stupéfiants » et est donc

partiellement soumis à la réglementation des stupéfiants. A l'inverse, la méthadone, classée parmi les stupéfiants, répond à des exigences de prescription et de surveillance thérapeutique plus strictes. Bien que renouvelable par tout médecin, celle-ci ne peut être initiée qu'en centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou en milieu hospitalier, après réalisation d'un test urinaire. La durée de prescription de la buprénorphine est limitée à 28 jours, tandis que la méthadone sous forme sirop (seule galénique autorisée la première année de prescription) ne peut être délivrée que pour 14 jours maximum. Ces deux médicaments doivent être prescrits sur ordonnance sécurisée, et peuvent être dispensés en pharmacie de ville. (15) A l'inverse, la plupart des pays européens appliquent une réglementation différente concernant la prescription et la délivrance des MSO, qui n'autorise pas la plupart des MG à prescrire la buprénorphine et qui leur impose un certain nombre de conditions. (16)

En proposant cette réglementation, l'Etat donne aux MG français un rôle essentiel dans la diffusion des médicaments substitutifs, en particulier de la buprénorphine. (17) Ces mêmes médecins dont les pratiques étaient dénoncées quelques années plus tôt deviennent alors des acteurs clefs de la prise en charge des patients ayant une addiction aux opiacés. En 2017, ils représentent effectivement les seuls prescripteurs de buprénorphine pour près de 80% d'entre eux. (16) Contrairement à la majorité des pays européens dans lesquels l'utilisation de méthadone est la plus répandue, la buprénorphine devient alors dès son autorisation de mise sur le marché en France le médicament substitutif le plus largement prescrit. De fait, elle représente 80% des MSO initiés en 2009. (18)

Ces conditions de prescription de buprénorphine facilitées par la législation française permettent de garantir un accès à la substitution à la majorité des consommateurs d'opioïdes, et ce sur l'ensemble du territoire français. En 2017, la France majore le classement des pays européens en termes de taux de couverture par MSO des patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes avec un chiffre qui s'élève à plus de 85%, contre seulement 50% en moyenne en Europe. (19)

Cette politique de diffusion à large échelle des MSO a ainsi permis à la France de s'établir comme un « modèle » européen de prise en charge de l'addiction aux opiacés. (20)

Les médicaments substitutifs : quels bénéfices pour quels risques ?

Les MSO agissent en se fixant sur les récepteurs aux peptides opioïdes endogènes. Grâce à leur longue durée d'action, ils ne provoquent pas l'effet « pic » propre aux produits addictogènes, permettant ainsi de prévenir les symptômes de manque et d'éviter un effet stimulant sur le circuit de la récompense. (21,22)

Les MSO représentent un moyen particulièrement efficace dans la réduction des risques et des dommages liés à la consommation d'opiacés. Le nombre de décès par overdose a en effet chuté de 79% en l'espace de quatre ans après l'autorisation de mise sur le marché des traitements substitutifs en France. (20) Une méta-analyse réalisée en 2021 fait état d'une division par plus de deux de la mortalité toutes causes chez les patients traités par MSO, comparativement à la période où ils n'en bénéficiaient pas. Ces traitements sont également associés à une diminution de la mortalité cardiovasculaire, liée aux cancers, aux suicides et à la consommation de drogues et d'alcool (23), ainsi qu'à une diminution de la consommation d'héroïne et du nombre de contaminations virales liées au partage des seringues (VIH, VHC) (24,25). Ils sont par ailleurs associés à une amélioration de l'observance du traitement antirétroviral (26) ainsi qu'à une amélioration de l'insertion sociale et de la qualité de vie des patients. (27)

Malgré un bénéfice net sur la morbi-mortalité, le principal risque lié à leur utilisation correspond à la survenue d'un surdosage mortel : ils étaient en 2018 au moins en partie responsables de 43% des décès par surdose. Ce risque est notamment majoré chez des sujets naïfs ou après une phase d'arrêt des traitements et lors de la consommation associée d'alcool ou de benzodiazépines. (28) La buprénorphine, par son activité pharmacodynamique spécifique d'agoniste partiel des récepteurs opioïdes μ , présente toutefois un risque de surdose mortelle largement inférieur à celui de la méthadone. (29) En 2019 en France, le taux de décès en lien avec la méthadone était 7 fois supérieur à celui de la buprénorphine, et cette proportion est globalement stable sur la dernière décennie. (30)

Ces médicaments peuvent également faire l'objet de détournement de la voie d'administration, de trafic sur le marché noir et de nomadisme médical ou pharmaceutique. (31,32) Les estimations les plus récentes publiées dans le rapport Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse (OPIDDUM) 2020 rapportent une prévalence d'administration intraveineuse et intranasale de buprénorphine globalement similaire, avoisinant les 10%. (33) Plusieurs études ont évoqué une plus grande proportion de détournement de la voie d'administration pour la buprénorphine que pour la méthadone, probablement en lien avec sa formulation galénique. (34–36) Cette association n'a toutefois pas été retrouvée dans une étude plus récente menée en Italie. (37) La mise sur le marché en 2012 d'une association buprénorphine-naloxone s'est inscrite dans la volonté de limiter l'utilisation de ce médicament par une voie d'administration détournée du fait d'une antagonisation de la buprénorphine par la naloxone lors d'une utilisation intraveineuse ou intranasale qui ne serait pas ou peu absorbée par voie sublinguale. Malgré ce postulat pharmacologique, les résultats cliniques beaucoup plus mitigés ont conduit les autorités sanitaires à attribuer à ce médicament une « absence d'Amélioration du Service Médical Rendu » (ASMR-V). (38) Ainsi, son utilisation ne s'est pas démocratisée et elle

n'est actuellement prescrite qu'à 5% des patients bénéficiant d'un MSO. (28) Concernant le trafic, l'enquête OPPIDUM 2020 avance une prévalence similaire d'environ 14% des sujets ayant obtenu illégalement la buprénorphine ou la méthadone qu'ils consomment. (33) La prévalence du nomadisme médical et pharmaceutique en France a été estimée en 2014 à 3,9% des patients traités pour la buprénorphine contre 0,5% pour la méthadone contre 12,3% et 0,2% respectivement en 2004. (39) Cette chute spectaculaire pour la buprénorphine s'explique probablement en partie par le renforcement des contrôles exercés par l'assurance maladie et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques concernant la prescription des MSO en 2004. (40)

Une baisse d'implication des MG

Aujourd'hui, la prescription de MSO sur le territoire français semble largement établie et son utilisation continue de s'accroître, avec une augmentation des ventes de MSO de 5 % entre 2016 et 2019. (28) A noter que le « confinement lié à la pandémie de COVID-19 n'a pas diminué l'accès à la délivrance de MSO » ; leur vente a d'ailleurs été légèrement augmentée. (41)

Pourtant, une étude réalisée à partir des données du système national de santé 2009 à 2015 fait état d'une forte diminution de l'initiation de buprénorphine par les MG : la proportion d'entre eux initiant ce traitement a été divisée par 2 en passant de 10,3% à 5,7%. (42) De façon plus large, les données de ventes des MSO révèlent une stagnation du nombre de doses de buprénorphine délivrées quotidiennement depuis 2011 tandis que les ventes de méthadone sont en constante augmentation depuis sa commercialisation. La part de la méthadone dans la consommation de MSO ne cesse donc d'augmenter, et en représentait 38% en 2019. (28)

Une éventuelle baisse d'implication des MG dans la prescription de buprénorphine telle que suggérée par ces chiffres serait préoccupante. En effet, la disponibilité du traitement par buprénorphine via les MG assure un accès au soin pour la grande majorité des patients sur l'ensemble du territoire français. Un désengagement de la part des médecins de premier recours dans la prise en charge de ces patients pourrait menacer ce taux couverture élevé en raison d'une répartition géographique inhomogène des centres spécialisés et des patients sur le territoire national, limitant l'accès à ces établissements pour une partie d'entre eux. (14,28,43) A noter qu'en plus de ces disparités dans la répartition territoriale des centres, certains d'entre eux restent encore aujourd'hui spécialisés dans la prise en charge de l'addiction à une seule substance, l'alcool notamment, accentuant parfois les difficultés d'accès aux soins pour les patients ayant un TUO. (44)

En outre, la buprénorphine représente une option thérapeutique plus sûre que la méthadone, principalement en termes de risque de décès par surdose : la diminution de sa part dans les prescriptions de MSO pourrait entraîner une augmentation de la mortalité par surdosage.

Enfin, l'augmentation du nombre de patients concernés par un TUO pourrait nécessiter une plus grande implication des MG dans leur prise en charge substitutive au cours des années à venir. En effet, alors que les chiffres nationaux de consommation d'héroïne restent globalement stables au cours des dernières années (45), il existe une inquiétude croissante concernant la consommation et le détournement d'opioïdes légaux destinés à l'usage antalgique. En Amérique du Nord, la banalisation de la consommation d'antalgiques opioïdes et l'augmentation de leur prescription à partir des années 1990 a provoqué une crise sanitaire majeure, marquée par une explosion de la mortalité par surdosage. (46) Entre 2001 et 2016, la mortalité annuelle liée à la consommation d'opioïdes est passée de 9 489 à 42 245 aux Etats-Unis. (47) Encore loin des chiffres nord-américains, les données européennes et nationales révèlent cependant de façon similaire une tendance à la hausse des prescriptions d'opioïdes au cours des vingt dernières années (48,49). Les autorités sanitaires françaises ont récemment élaboré un rapport alarmant concernant l'augmentation du nombre de patients ayant un trouble de l'usage des antalgiques opioïdes ainsi que de la mortalité liée à leur consommation, qui ont tous deux plus que doublé depuis le début du XXIe siècle. (49) Malgré des conditions de prescription, de délivrance et d'information très différentes entre les systèmes français et américain, ces chiffres invitent à la prudence et incitent au développement de politiques préventives.

En 2004, la Conférence de Consensus organisée par la Fédération Française d'Addictologie faisait déjà état d'une diversité des modes d'implication des MG dans la substitution et soulevait les principales difficultés rencontrées par ces médecins. (15) Ce texte de recommandations encourageait à approfondir les recherches interrogeant les déterminants de l'initiation du traitement par les médecins et du suivi de ces patients. Comprendre l'origine de ce phénomène pourrait probablement permettre de développer des mesures préventives pour limiter ce qui semble constituer un recul dans l'implication des MG dans la prise en charge de ces patients.

Un premier volet quantitatif du projet de recherche mixte auquel s'intègre notre travail a permis de soulever des pistes de réflexion. (50) D'une part, le genre féminin semble constituer un frein à l'initiation ainsi qu'au renouvellement de la buprénorphine, avec un effet générationnel plus marqué chez les femmes âgées de plus de 50 ans. D'autre part, le manque de formation semble associé à une moindre activité d'initiation chez les MG interrogés.

Objectif de notre étude

Notre travail a ainsi pour objectif d'approfondir ces premiers résultats en explorant les freins et les leviers à l'implication des MG dans la prescription de buprénorphine afin de chercher à en expliquer les mécanismes.

Matériel et Méthode

Choix de la méthode de recherche

Notre travail de recherche repose sur une méthodologie qualitative. Issue des sciences humaines et sociales et adaptée au domaine de la santé, elle est particulièrement pertinente pour l'étude des phénomènes sociaux au sein d'un système de soins. Elle permet, à partir de données verbales, d'explorer les ressentis, le vécu, les représentations et les comportements des sujets interrogés. Elle cherche à comprendre le fonctionnement des individus et de leurs interactions dans le but d'expliquer des phénomènes sociaux complexes. (51) Il s'agit d'une méthode complémentaire à la démarche quantitative, qui s'intéresse aux opinions et actions individuelles ou collectives et non à des données chiffrées. (52)

Ce travail s'intègre dans un projet intitulé « IMPLI MG TUO », s'intéressant au changement d'implication des MG dans la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes. Ce projet est fondé sur une méthodologie mixte séquentielle explicative, composée d'une partie quantitative complétée par une étude qualitative. La partie quantitative correspond à une enquête épidémiologique transversale descriptive réalisée dans le cadre d'un travail de thèse soutenu par le Dr Barbara Lépine (50). Notre travail vient compléter cette enquête afin de comprendre les freins et les leviers à l'implication des MG dans la prescription de buprénorphine. Il a pour but d'apporter un éclairage supplémentaire aux données quantitatives en documentant les questions non résolues émanant de l'analyse des résultats.

Population d'étude, recrutement et échantillonnage

La population source correspond aux MG français installés, répartis sur tout le territoire français. Le choix de ne pas restreindre la zone géographique d'exercice des participants permettait de prendre en compte les disparités régionales en termes d'accessibilité aux substances opioïdes et de comportement des consommateurs (nomadisme médical, niveau de consommation). (53)

Le recrutement des participants a été réalisé selon la technique de l'échantillonnage boule-de-neige, c'est-à-dire parmi les médecins de notre entourage et de celui de nos directrices de thèse, puis parmi l'entourage des médecins recrutés. (54) Par ailleurs, le contact via une *mailing list* de MG universitaires ou ex-universitaires comprenant 518 membres à ce jour a permis de prendre contact avec de potentiels participants supplémentaires à notre étude.

Nous avons contacté, par téléphone ou par mail, les MG pour leur proposer de participer à notre étude après leur avoir présenté et expliqué notre travail. Nous les informions lors du recrutement du thème général de la recherche ainsi que des modalités de recueil des données.

Initialement, les participants étaient recrutés indépendamment de leurs caractéristiques sociodémographiques. Au fur et à mesure des entretiens, nous avons adapté le recrutement en fonction de ces caractéristiques afin d'établir un échantillon de MG le plus diversifié possible, en appliquant la méthodologie d'échantillonnage par choix raisonné (55). Cette diversité a été recherchée dans l'objectif d'obtenir une variabilité maximale des données recueillies et ainsi de ne pas précipiter la suffisance des données sur l'interrogatoire d'un groupe de MG trop homogène. (56)

La variation de l'échantillonnage s'est effectuée sur le genre, la classe d'âge, le milieu d'exercice (urbain, semi urbain ou rural), les différents modes d'exercice (cabinet isolé, cabinet de groupe, centre de santé ou maison de santé pluri professionnelle), les différents statuts (collaborateur, associé, salarié), les compétences en addictologie (lectures, congrès, formation médicale continue, diplômes universitaires complémentaires), le statut de maître de stage universitaire, l'éventuelle file active de patients ayant une addiction ainsi que la zone géographique d'exercice.

Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré en collaboration avec nos directrices de thèse et Mme Lise Dassieu, docteur en sociologie, à partir des données disponibles dans la littérature et à l'issue d'une réflexion collective. Nous avons proposé une première ébauche qui a ensuite été remaniée suite aux corrections apportées par les trois intervenantes. Nous avons utilisé cette version exploratoire du guide pour réaliser deux premiers entretiens individuels dits « tests », afin de s'assurer de sa pertinence. Les données recueillies lors de ces deux entretiens n'ont pas été incluses dans l'analyse et n'ont donné lieu à aucune modification initiale. Cependant, le guide a été ajusté au fil des entretiens en fonction des réponses des participants et des notions qui nous apparaissaient nécessaires de faire préciser. De plus, les données issues du travail quantitatif de Barbara Lépine nous ont incitées à ajouter une question spécifique visant à compléter l'un des principaux résultats. Au total, le guide d'entretien a connu 3 modifications. La première et la dernière version sont présentées en annexes 1 et 2.

À l'issue des entretiens individuels, nous avons réalisé un entretien de groupe. Celui-ci a suivi le même déroulé que les entretiens individuels, toutefois certaines questions du guide ont été supprimées pour laisser davantage de temps pour les échanges entre participants. Cette version remaniée est également présentée en annexe 3.

Le guide était composé de quatre thèmes, qui exploraient successivement la relation médecin patient, l'expérience et les connaissances des médecins participants dans la prescription de buprénorphine, l'impact sur leur pratique et leurs suggestions pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

Recueil des données et retranscription

Nous avons choisi d'utiliser deux techniques de recueil complémentaires : l'entretien individuel et le groupe de discussion - ou « focus group » (FG). Les entretiens individuels étaient semi-dirigés et suivaient le déroulement d'un guide d'entretien conçu pour balayer un ensemble de problématiques prédéfinies par les chercheurs. En réunissant idéalement 4 à 10 participants, les groupes de discussion cherchent à explorer les interactions entre les individus pour révéler des attitudes et des perceptions développées par la dynamique sociale du groupe. (57) Ils permettent ainsi d'accéder à « des dimensions de compréhension [...] souvent inexploitées ou inaccessibles par d'autres formes de collecte de données » [traduction libre]. (58) Ainsi, certaines opinions difficilement dicibles à l'échelle individuelle ont plus de chances de ressortir de l'expression d'un groupe. Cette technique nous est apparue particulièrement pertinente en raison du contexte social dans lequel s'inscrit notre sujet, marqué par le poids des représentations sociales et des controverses historiques.

Les données ont donc été initialement recueillies lors d'entretiens individuels de juin 2021 à mars 2022, dont le nombre a été réparti de manière équitable entre les deux chercheuses.

Une fois l'accord des participants obtenu, la date et le lieu du rendez-vous étaient laissés à leur convenance. Une majorité des entretiens s'est déroulée en distanciel via une plateforme d'appel vidéo pour des raisons de faisabilité de l'enquête et de contexte sanitaire épidémique incitant à limiter les déplacements. Dans tous les cas, les entretiens se déroulaient dans un lieu calme, en l'absence de tiers. Une fiche d'information était systématiquement transmise et expliquée oralement au participant avant l'entretien, puis leur consentement écrit était recueilli via la signature d'un formulaire.

Lors de l'entretien, le médecin interrogé était invité à s'exprimer librement aux questions posées. Le chercheur pouvait recourir à des questions de relance non incluses dans le guide d'entretien pour encourager un participant à développer son propos. Le chercheur prenait des notes concernant les éléments de communication non verbale émanant de la discussion et ne pouvant être identifiés sur les enregistrements.

Chaque entretien individuel ou collectif était enregistré à l'aide de deux dictaphones et parfois du logiciel de visioconférence. Les enregistrements ont été anonymisés à l'aide d'un numéro d'inclusion, puis retranscrits intégralement mot à mot sur Microsoft Word® par

l'investigateur ayant réalisé l'entretien. Les fautes de français et les répétitions n'étaient pas corrigées. Les intonations, les pauses ou hésitations et les émotions perceptibles issues des enregistrements et des notes d'observation étaient ajoutées à la retranscription afin de rendre compte du langage non verbal des participants. Les chercheurs s'étaient accordés au préalable sur la typographie à employer pour décrire ces éléments de communication.

Concernant le focus group, sa retranscription a été partagée équitablement entre les deux chercheuses.

Analyses des données

Les données collectées ont été analysées selon une méthodologie de théorisation ancrée.

Afin de garantir la triangulation des chercheurs, l'analyse des données a été effectuée par les deux investigatrices de manière indépendante avec le logiciel EXCEL®, puis mis en commun à chacune de ses étapes. En cas de désaccord sur le classement des données, l'avis d'une des directrices de thèse était sollicité.

Le verbatim de chaque entretien a été découpé en unités de sens, véhiculant une idée ou un concept, auxquelles étaient attribuées un code descriptif. Un même code pouvait correspondre à plusieurs unités de sens.

Au fil des entretiens, des connexions entre les différents codes ont émergé permettant de les classer en catégories puis en thèmes plus généraux. Les analyses successives ont permis d'affiner la classification jusqu'à suffisance des données.

La catégorisation et la mise en relation de nos données nous a permis de modéliser des schémas intégratifs par théorisation ancrée, répondant à notre question de recherche.

Considérations éthiques

L'identité de chaque participant a été remplacée par un numéro d'inclusion. Concernant les caractéristiques socio démographiques, l'âge du participant a été relevé plutôt que sa date de naissance. Seules les caractéristiques géographiques qui nous sont apparues indispensables à l'analyse des données ont été recueillies (région, zone rurale ou urbaine).

Seul un fichier indiquant l'identité des participants inclus et la date des entretiens correspondants a été créé et conservé sur un disque dur unique appartenant à l'une des thésardes.

Notre thèse s'intéressant aux pratiques professionnelles, elle s'inscrit hors Loi Jardé et n'a donc pas nécessité l'obtention d'un avis favorable auprès d'un Comité de Protection des Personnes.

Le traitement des données concernant les médecins recrutés a été soumis au délégué à la protection des données du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse (Pr Pierre Boyer), conformément à la méthodologie de référence MR004.

L'avis favorable de la Commission d'Éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a été obtenu suite à la soumission de la description de l'étude et du formulaire de consentement (annexe 4).

Financement

Ce travail de recherche a reçu un financement de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) et de l'Alliance Aviesan suite à sa soumission à un appel à projets de recherche concernant la lutte contre les addictions aux substance psychoactives en décembre 2019.

Ce financement a permis une indemnisation des médecins participants à hauteur de 100 euros par entretien.

Résultats

Echantillon étudié

Parmi les 25 médecins contactés pour participer aux entretiens individuels, 17 ont répondu favorablement. Deux d'entre eux n'ont pas été interrogés car leurs caractéristiques sociodémographiques ne correspondaient plus au profil recherché. Un médecin n'a pas été relancé devant la suffisance des données. Au total, 14 entretiens individuels ont été réalisés entre juin 2021 et février 2022. Leur durée moyenne était de 40 minutes.

Concernant le focus group, 7 médecins ont été contactés directement, parmi lesquels 4 étaient d'accord pour participer mais l'un d'entre eux n'a finalement pas donné suite. Le contact via la *mailing list* a permis le recrutement de 5 médecins supplémentaires, mais trois d'entre eux ont finalement annulé par indisponibilité. Ainsi, 5 médecins ont participé à l'entretien de groupe, dont la durée était d'une heure et 52 minutes.

L'échantillon total comprenait 9 femmes et 10 hommes. Les caractéristiques sociodémographiques des participants, présentées en annexe 5, étaient globalement variées. Le statut de maître de stage et la localisation en Occitanie étaient toutefois deux paramètres sur-représentés.

Il nous a semblé avoir obtenu une suffisance des données après le 13^{ème} entretien. Le 14^{ème} a permis de le confirmer, et le focus group n'a pas apporté de nouvel élément nécessitant d'être exploré lors d'entretiens supplémentaires.

Freins et leviers à l'implication des MG dans la prescription de buprénorphine

Partie 1 - Le regard des MG sur la substitution par buprénorphine

A. La buprénorphine

1. Un médicament « révolutionnaire »

Étant donné le contexte médico-social dans lequel la buprénorphine est apparue sur le marché en 1996, plusieurs médecins ayant participé à sa mise en place dans les prescriptions de médecine générale soulignaient son caractère révolutionnaire.

« C'est une révolution. Vraiment c'est une révolution. Moi, dans ma carrière médicale, j'ai pas eu 50 000 révolutions à part en cancérologie et compagnie. Il y a eu la buprénorphine, et il y a eu les antirétroviraux directs sur l'hépatite C. » M6

Ce bouleversement sanitaire avait pu être facilité par les dispositions de prescription et par son accessibilité sur le territoire français.

« Comparé à d'autres pays comme les Etats-Unis par exemple, qui est d'accès simple encore en France, et c'est très bien, et ça doit absolument le rester. » M4

Son utilisation à large échelle avait alors pu avoir un impact marquant sur le climat d'insécurité vécu par certains soignants avant son autorisation de mise sur le marché.

« Mais la buprénorphine pour nous ça a été une délivrance, ce que je vous racontais historiquement ben on a arrêté de se faire agresser par des gens qui étaient en manque. » M5

2. Un médicament jugé sûr et efficace

La buprénorphine était considérée par la majorité des médecins interrogés comme un médicament efficace en tant que substitut aux opiacés, et dont la sûreté d'utilisation en avait fait un « traitement de référence » dans les TUO. L'un d'entre eux insistait particulièrement sur son efficacité importante en termes de réduction de la mortalité.

Les médecins s'accordaient sur une excellente tolérance du médicament. L'un d'entre eux faisait d'ailleurs remarquer une meilleure tolérance de la buprénorphine par rapport aux opioïdes légaux prescrits à visée antalgique.

Ce caractère sécurisant était renforcé par un risque de surdosage mortel largement moindre par rapport à la méthadone, ainsi que par ses propriétés pharmacodynamiques limitant le nombre d'interactions médicamenteuses, tel que rapporté par l'un des participants.

« C'est un médicament assez sûr en fait, parce que quand on regarde des overdoses à la buprénorphine, on a beau prendre des chiffres dans tous les sens, ça va. [...] Moi je suis plus à l'aise aussi avec la buprénorphine que la méthadone. Vis-à-vis de mes patients. Et même en termes de dangerosité. Je suis moins inquiet. » M6

En outre, son action agoniste-antagoniste favorisait une meilleure prévention des rechutes dans la consommation addictive, et en faisait donc pour un médecin une molécule de choix.
« J'ai remarqué aussi c'est s'ils ont un événement de vie, un deuil ou même une naissance [...] Ils vont être moins tentés avec l'effet agoniste d'ajouter la méthadone avec de l'héroïne, donc ils résistent mieux » D5

Son utilisation sous forme de comprimés la rendait d'autre part plus acceptable pour l'un des médecins que la forme solution buvable de la Méthadone. La forme orodispersible pouvait d'ailleurs, via sa rapidité d'assimilation, encourager l'adhésion des patients au traitement.

3. Les limites de l'utilisation de la buprénorphine selon les MG

Certains médecins remettaient en question l'efficacité de la buprénorphine chez les plus gros consommateurs d'opiacés. Ils rapportaient également une action sur le syndrome de manque fluctuante en fonction des formes pharmaceutiques (par exemple, buprénorphine seule ou buprénorphine – naloxone)

« Je sais que s'ils ont une héroïne à dix euros ou à quinze euros [considérés par le médecin interrogé comme des gros consommateurs], c'est même pas la peine que je mette ma buprénorphine ». D5

Par ailleurs, plusieurs d'entre eux mentionnaient un effet moins puissant que la méthadone sur la réduction des symptômes anxieux, à l'origine parfois d'une réticence à son utilisation de la part des patients.

Des médecins évoquaient de surcroît les difficultés liées à l'existence de formes génériques du Subutex®, à l'origine d'une tolérance et d'une efficacité variables exprimées par les patients.

Outre l'incertitude liée à l'efficacité de la buprénorphine, c'est sa potentielle dangerosité pour le patient qui transparaissait dans les échanges avec certains médecins et traduisait une crainte vis-à-vis de sa prescription et des modifications posologiques.

« J'avais peur de faire des bêtises parce que je savais que c'était quand même des produits qu'on manipule pas comme ça. » D5

La buprénorphine était notamment perçue comme étant à l'origine d'un risque considérable d'usage non-médical. Pour beaucoup d'entre eux, il s'agissait de la plus grande difficulté liée à la prescription de cette molécule.

La modification de la voie d'utilisation avait d'ailleurs pu être à l'origine de souvenirs choquants pour plusieurs médecins.

« Moi la première expérience que j'ai eu de ce produit c'est lorsque j'étais urgentiste et je voyais des patients avec des avant-bras énorme, avec des abcès, avec des phlébites du bras et je me demandais « mais qu'est-ce que c'est ce truc ! ». FG, P1

Ainsi, cette facilité de détournement de la voie d'administration en faisait un médicament particulièrement indésirable pour certains, qui interrogeaient alors la balance bénéfice risque de son utilisation.

« Alors moi j'avais des patients sous buprénorphine, maintenant j'en n'ai plus, parce que c'est pas un bon produit. C'est injectable, c'est fumable, c'est vendable [...]. Non mais c'est un truc foireux, c'est un truc totalement foireux qu'on devrait supprimer de la pharmacopée. » M4

De plus, l'image fortement stigmatisante associée à la buprénorphine était évoquée.

« Moi quand je vois marqué buprénorphine sur une ordonnance c'est terrible, mais je trouve que c'est terriblement stigmatisant. C'est-à-dire que je peux pas m'empêcher d'avoir une petite case qui s'ouvre avec tout un tas d'idées préconçues sur le patient sous buprénorphine. » FG, P4

Cette image négative de la buprénorphine pouvait également constituer un frein pour les patients eux-mêmes selon les médecins, car pouvant être à l'origine d'un sentiment de honte.

« C'est je pense un médicament que les patients n'aiment pas et ça ça m'embête un petit peu moi j'aimerais que ce soit un petit peu plus séducteur d'être sous traitement, non pas que tout le monde ait envie d'être héroïnomanes pour finir sous buprénorphine mais juste que les patients ils soient un peu plus fiers d'être sous ce traitement-là, parce que je trouve qu'il y a vraiment une connotation pour eux très négative quand même. » M2

B. L'acte de substitution

1. Les compétences du MG dans la substitution

La prescription de buprénorphine est un acte dont l'aisance dépendait pour la majorité des médecins de l'expérience qu'ils en avaient dans leur pratique de MG. Alors que pour certains elle s'apparentait à un acte de routine, pour d'autres l'inexpérience était à l'origine d'un manque de confiance en soi et d'un sentiment d'incompétence.

« Franchement quand on fait ça depuis 30 ans c'est comme si vous me demandiez « est ce que vous êtes à l'aise pour traiter une angine ? » D5

« Mais c'est peut-être un de mes freins, c'est mon manque de confiance en moi, c'est ma jeunesse d'installation, et le fait que je me sente pas à l'aise là-dedans » M2

Outre l'expérience, l'aisance à prescrire semblait majoritairement influencée par la finalité même de la prescription. En effet, le simple renouvellement d'ordonnance ne posait pas de difficulté technique pour la grande majorité d'entre eux.

Certains étaient même rassurés par l'existence d'un cadre légal qui permettait d'appliquer des règles de prescription précises, laissant ainsi peu de place à l'erreur.

« C'est quand même des délivrances hyper cadrées avec des protocoles et tout, enfin je veux dire on arrive à prescrire de la morphine, au final la buprénorphine c'est pareil quoi » D6

Cependant, la nécessité de modifier les posologies en cas de sous-dosage, de décroissance du traitement ou bien de rechute secondaire était évoquée comme une difficulté pouvant mettre à mal l'aisance du médecin dans la prescription de buprénorphine.

« Dès qu'il y a des adaptations de posologie et tout moi je suis très très frileuse, et voilà j'ai toujours peur de les faire décompenser, j'ai toujours peur d'en avoir prescrit trop » M2

De la même manière, la situation d'initiation d'un traitement par buprénorphine constituait une préoccupation supplémentaire. Pour la plupart des médecins interrogés, le choix d'une posologie initiale constituait la limite de leur exercice.

« Pour initier un traitement : quelle dose mettre, comment commencer, quel produit utiliser parce qu'il y en a plusieurs. Ça j'ai aucune idée de comment... commencer, combien et avec quoi. » D3

Un des médecins participants interrogeait de surcroît sa légitimité en tant que MG à initier un traitement par buprénorphine, bien que l'acte de prescription ne lui semblait techniquement pas inaccessible.

« Faire un renouvellement de buprénorphine je me sens capable, après introduire de moi-même un traitement par buprénorphine je me sentirais pas légitime pour le faire, je sais où trouver l'information, je connais la modalité mais je pense que c'est plutôt la légitimité qu'il me manque pour le faire [...] je préférerais prendre l'avis ou en tout cas laisser...

que l'initiation du traitement soit faite par un collègue addictologue ou spécialiste. » FG, P2

2. Une formation indispensable et parfois insuffisante

La prescription de buprénorphine pouvant impliquer de nombreuses difficultés, la formation apparaissait alors comme étant un prérequis indispensable à la prise en charge des patients ayant un TUO.

« Il faut vraiment se former. Il faut avoir conscience de la pharmacocinétique, de la pharmacodynamie, tout ça il faut vraiment l'apprendre parce que sinon je pense qu'on peut tuer un malade. » D5

A l'arrivée sur le marché de la buprénorphine, les premiers médecins prescripteurs avaient dû, en l'absence de formation officielle, acquérir les compétences nécessaires sur le terrain ou à travers les revues médicales.

Quelques médecins parmi les plus jeunes installés avaient pu tirer profit d'une formation sur le terrain dans le cadre d'un stage. D'autres déploraient les obstacles administratifs empêchant tout accès à cette formation aux étudiants pourtant volontaires.

« Quand je leur dis [les étudiants] que suis aussi une demi-journée par semaine en centre d'addicto, quasiment tous ils me demandent s'ils peuvent m'accompagner en stage. Malheureusement la fac n'accepte pas. Je leur demande hein, à chaque stage je leur demande. [Rires] A chaque stagiaire ils me font toujours la même réponse, que c'est pas possible pour X raisons administratives. » FG, P5

Pour ceux qui n'avaient pas pu bénéficier d'une formation universitaire, l'organisation de réseaux locaux avait alors permis le développement d'une collaboration pluriprofessionnelle ayant elle-même constitué une source de formation riche et transdisciplinaire.

« En 1996 quand elle [la buprénorphine] est devenue officielle, on a organisé une formation pour justement tous les pharmaciens et les médecins volontaires [...] le réseau qui s'appelait autrefois [nom de réseau] [...], le conseil de l'ordre [...], les assistantes sociales sont venues aussi. On a passé deux jours entiers pour bien discuter de comment on allait s'organiser sur le long... ça, ça a été la formation initiale » M5

La formation plus ou moins formelle auprès de ces intervenants locaux paraissait alors une solution adaptée.

Pour ceux qui en avaient ressenti le besoin, l'autoformation constituait un des outils principaux d'actualisation et d'approfondissement des connaissances. Cependant, cette autoformation pouvait paraître insuffisante.

« Clairement, il me manque vraiment je pense ce bagage-là. Après j'ai essayé de me former par moi-même, d'apprendre par moi-même, de lire, de demander conseil. Mais je dirais que j'ai vraiment un manque de formation. » FG, P4

La participation à des diplômes universitaires restait également possible, bien qu'un des médecins déplorait le manque d'applicabilité en pratique des notions abordées en séminaire.

Plusieurs médecins interrogés, dont certains intervenaient dans le cadre d'enseignements universitaires initiaux ou de formation continue, remettaient ainsi en question les canaux de formation existants, ainsi que leur contenu.

« Je pense que dans la formation initiale il y a de très graves carences [...] Donc pour moi, ce qu'il faut faire, c'est éduquer à ce qu'est une consultation médico psycho socio culturelle de qualité » M4

« Elles [les formations] sont un peu pompeuses, un peu descendantes. Un peu chiantes. Et j'en fais partie, je fais partie des formateurs et je me rends compte. » M6

C. Un objectif thérapeutique ambivalent

1. Des objectifs prioritaires

Parmi les médecins interrogés, le sens donné à l'objectif thérapeutique de la prise en charge substitutive n'était pas consensuel, et souvent équivoque chez un même médecin.

La prise en charge substitutive était majoritairement perçue comme un moyen de réduction des risques sanitaires liés au trouble de l'usage des opioïdes, afin d'en prévenir les conséquences en termes de morbi-mortalité.

La réduction de risques était tout d'abord permise par le lien créé entre le patient et le système de soin via la consultation de substitution. La pérennité de ce lien représentait pour certains médecins un premier objectif intermédiaire, permettant d'ancrer le patient dans une démarche de soins.

« Le but effectivement c'est de réduire au maximum les risques qu'ils prennent, moi je me dis qu'à partir du moment déjà où le patient revient, même s'il fait un mésusage, mais qu'il revient et qu'il reste en gros dans la boucle, c'est déjà une réduction de risques et c'est déjà l'aider dans sa prise en charge de sa santé globale » FG, P5

Sur le plan des risques sanitaires liés à la consommation d'opiacés, la prise en charge substitutive visait d'après plusieurs médecins à diminuer le risque de contaminations virales et de surdoses.

Toutefois, la réduction des risques ne se limitait pas au champ des risques sanitaires mais touchait au contraire l'ensemble des dimensions de la vie du patient. Sur le plan social, la

substitution avait effectivement pour but d'éloigner le patient du produit illicite afin qu'il puisse s'extraire des implications financières associées à sa consommation (prostitution, deal par exemple).

« La réduction des risques c'est aussi sauver ce qu'il reste de la vie sociale. Ça peut être faire des papiers, pour garder la CMU, ou avoir l'ALD... moi j'appelle ça une réduction des risques, il y a les risques sociaux, il y a les risques de violence, il y a les risques judiciaires... il y a les risques financiers, il y a les risques sanitaires bien sûr. » M5

En permettant au patient de sortir de cet environnement défavorable, la prise en charge permettait ainsi au patient d'accéder à une potentielle réinsertion socioprofessionnelle, ou plus généralement à un mieux-être psychique.

« Maintenant je commence à le comprendre que je peux pas... enfin qu'il y aura des consommations. L'essentiel c'est de les limiter le plus possible et qu'ils arrivent à travailler, à avoir une vie de famille, à être socialement heureux. » D5

2. L'arrêt du médicament : finalité ou futilité ?

Certains médecins considéraient que l'objectif de soins devait tendre vers un sevrage complet des consommations, y compris du médicament substitutif.

Le médicament était alors considéré comme un moyen temporaire pour parvenir au sevrage.

« En soi le produit est pas mauvais puisque ça aide à arrêter mais pour moi c'est comme la cigarette électronique dans le sevrage du tabac, faut que ça reste une étape quoi. » D6

Plusieurs médecins exprimaient leurs difficultés face à la diminution posologique qu'ils considéraient alors comme un véritable enjeu, impliquant une négociation avec les patients qui se montraient souvent réticents.

« Et souvent pendant la négociation pour arriver à faire baisser les doses doucement c'est plutôt « oui la prochaine fois... ». On a tendance à rester à un certain palier et les gens ont du mal à envisager la décroissance. Moi mon souci c'est plutôt ça. » D3

Selon les médecins, certains patients pouvaient aussi se montrer impatients à l'idée d'aboutir à un sevrage qui représenterait pour eux le seul moyen de ne plus être assimilé à un « toxicomane ». Les médecins n'adhérant pas à cet objectif de sevrage devaient parfois lutter pour faire intégrer au patient le concept de maladie chronique et de l'importance du maintien sous traitement.

« Là aussi faut beaucoup que je batte en brèche cette histoire de « j'ai de la méthadone je suis un toxico » quand ils en ont pris pendant 10 ans. Et là faut que je leur explique que

c'est comme un diabétique, il arrête pas son insuline quoi. Ou un cul-de-jatte, s'il prend pas de prothèse il va pas marcher. » D5

Certains médecins considéraient l'insertion professionnelle et le maintien prolongé de l'équilibre thérapeutique, tant sur le plan de la posologie médicamenteuse que sur le contrôle des symptômes de manque, comme des prérequis à toute démarche de sevrage. L'arrêt du traitement était alors perçu comme l'ultime objectif de leur prise en charge.

On retrouve dans plusieurs entretiens l'expression d'une ambivalence entre les considérations personnelles des médecins incitant au sevrage, et les propos rapportés des spécialistes de l'addiction visant à corriger cette injonction.

A l'inverse, un médecin très impliqué dans la substitution tentait de combattre la notion d'impératif de sevrage très ancrée chez certains confrères. Il expliquait alors que le sevrage ne devenait un objectif que s'il s'agissait d'un but pour le patient lui-même, plaçant ainsi le médecin dans un rôle d'accompagnant à qui il n'appartient pas d'imposer ses propres croyances.

« Ce qui est difficile pour mes confrères c'est de comprendre souvent qu'il s'agit d'une substitution et non pas d'un sevrage. Ça c'est vraiment le point compliqué. On n'est pas dans l'objectif d'un sevrage, on sèvre le patient qui le souhaite. Voilà, et ça, c'est une notion compliquée à faire comprendre. » M5

Ainsi, plusieurs médecins considéraient que le sevrage ne devait pas faire partie de leurs propres objectifs thérapeutiques.

« J'ai aucun problème à me dire que je pars sur une maladie chronique avec un médicament que je prescris sur 40 ans, je m'en fous. » M6

3. Vers l'accompagnement du patient dans son propre objectif thérapeutique : l'approche motivationnelle

Plusieurs médecins investis dans la substitution semblaient centrer leur approche sur le souhait du patient. Ainsi, ces médecins intégraient une approche motivationnelle dans leur prise en charge : l'objectif n'était pas fixé par le médecin mais déterminé par le patient et est propre à chacun, faisant écho à la prise en charge éducative des autres maladies chroniques.

« Le principe de l'éducation thérapeutique, c'est-à-dire savoir ce que le patient veut et l'accompagner dans ses choix, maintenant c'est une banalité pour tout le monde ! Au départ c'était difficile, on n'était pas dans cet exercice-là. C'est l'avantage c'est que moi j'ai vu ça, se transformer peu à peu, mais maintenant c'est quand même un lieu commun,

parce qu'on parle d'éducation thérapeutique à longueur de journée. Finalement ces patients on les prend en charge exactement de cette façon. » M5

Cet objectif thérapeutique personnalisé était alors évolutif et adaptable selon la progression du patient dans son parcours de vie et de soin.

« Je dis juste que les objectifs ils changent au cours d'une vie donc on les définit au départ avec le patient et puis ils vont changer au fur et à mesure, ils vont changer en fonction de leur inquiétude pour leur santé, par exemple, ils vont changer s'ils deviennent père, ou s'ils veulent une maison, ou s'ils se mettent en couple ou... enfin père ou mère d'ailleurs... donc leurs objectifs de départ ça sera pas... enfin ils vont changer tout le temps, et c'est peut-être ça où nous faut qu'on soit vigilant. » M5

Partie 2 - La relation de soin avec les patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes

A. Les représentations au sujet des patients

1. Naissance des représentations

Des représentations négatives au sujet des usagers de drogues étaient déjà ancrées chez les étudiants en médecine avant même leur intégration au cursus universitaire. Les étudiants accueillis en stage par certains médecins interrogés semblaient régulièrement faire allusion à une image stéréotypée de patients marginaux désinsérés socio-professionnellement et pouvant manifester des comportements agressifs.

« J'ai beaucoup d'internes qui quand ils arrivent les voient tous comme des junkies, et quand ils repartent ils disent « ah bon on pensait pas que les usagers c'était ça. On pensait pas que c'était des gens qui travaillaient, qui avaient des enfants... qui étaient... quand on les voyait dans la salle d'attente on savait pas... Voilà, tout à fait... comme n'importe quel patient ». Et ça tous les internes donc surpris, et puis de la correction, de... oui de... ils sont très corrects, voilà il y a pas du tout de clash. » D5

Toutefois, ce médecin mentionnait toutefois la curiosité et la grande ouverture d'esprit de ses étudiants, quelle que soit leur expérience personnelle de consommation de substances.

Au-delà de leurs propres idées préconstruites, un médecin notifiait chez certains de ses confrères et consœurs l'existence de jugements et d'apriorismes envers ces patients, parfois renforcés par le vécu de situations désagréables.

« Je pense qu'il y a un problème de représentation. [...] Les médecins la seule représentation qu'ils ont c'est le patient toxicomane qui est venu entre deux, qui a embolisé leur salle d'attente, qui est passé en force entre deux patients. » D7

Un médecin reconnaissait avoir construit l'image de ces patients sur la confrontation en début de carrière à des usagers d'opioïdes ne cherchant pas réellement à bénéficier d'une substitution mais plutôt en recherche des effets du produit.

« Je pense qu'on a une mauvaise image... moi l'image que j'ai c'est ça. C'est que les types qui venaient en chercher ils devaient pas être équilibrés, ils étaient pas euh... dans une démarche de vraiment de traitement substitutif quoi. » D2

D'après un médecin, ces représentations devenaient très difficiles à modifier une fois installées.

2. Les représentations dans la relation de soins

Les comportements des patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes semblaient les distinguer des autres patients suivis pour une maladie chronique car souvent non conformes aux attentes des médecins. Ces conduites étaient susceptibles d'entraver le bon déroulement des consultations et d'induire un sentiment de pénibilité voire d'insécurité chez les médecins concernés.

La malhonnêteté supposée des patients était l'un des torts les plus fréquemment évoqués par les médecins soulevant des difficultés régulières avec ces patients.

« Moi j'ai du mal. J'ai du mal parce qu'ils mentent, enfin c'est dans leur personnalité, enfin je trouve [...] il y en avait une qui était aussi addict et en fait elle faisait toutes les pharmacies de [nom de ville] [...] et elle pouvait me dire droit dans les yeux que l'ordonnance avait brûlé dans la voiture ou... enfin des trucs de plus en plus hallucinants quoi. » D6

Plusieurs médecins évoquaient des situations au cours desquelles les patients cherchaient à les manipuler, en les culpabilisant sur d'éventuelles conséquences du manque de souplesse dans leur prescription.

« On a affaire à pas forcément des gens très cortiqués, mais très aguerris sur la manipulation euh... « C'est de votre faute si j'ai un malaise, c'est de votre faute... » » M4

A l'extrême, ce report de responsabilité sur le médecin pouvait avoir des répercussions légales.

« Y'a un autre qui a porté plainte contre moi, car comme je n'avais pas prescrit ce qu'il me demandait, ce qui n'était pas du tout raisonnable, il a porté plainte en disant que s'il avait commis des vols pour se droguer c'est parce que je n'avais pas trop voulu le prendre en charge, ça c'est des conflits enfin... » M5

Plusieurs participants exprimaient leur lassitude face à des patients cherchant systématiquement à négocier pour obtenir des médecins leurs traitements selon les modalités qu'ils souhaitaient.

« C'est le genre de patients qui vont essayer de gratter au maximum et que on est toujours, on est toujours en train de dire non à quelqu'un d'addict. On est toujours en train de négocier, on est toujours en train de voir la limite jusqu'où on peut pas négocier et qu'on est en train de lâcher quoi, et c'est toujours un rapport de force qui est pas forcément agréable non plus quoi. Enfin pour moi hein, après y en a qui aiment ça mais moi j'aime pas. » D6

A titre d'exemple, la problématique de la prescription des génériques pouvait constituer une source de cristallisation des tensions entre patient et prescripteur.

« Ou alors il y a eu aussi, ça c'est très désagréable, le refus des génériques. C'était insupportable. Donc c'était « génériques on veut pas », tous les autres patients acceptaient les génériques pour les antibiotiques ou les antihypertenseurs mais les traitements de substitution ça... et si on marquait pas non substituable on avait presque le couteau sous la gorge, donc à un moment, c'est bon. » M1

Au-delà des simples désaccords, certains médecins rapportaient avoir été exposés à des comportements menaçants, voire violents.

« Alors, il y a à la maison de santé des consultations avec violence. J'ai viré trois patients cette année du cabinet médical, parce que c'est moi qui le fais, et j'ai porté plainte contre deux parce qu'il y en a un qui avait violenté l'une de mes collègues. Il l'avait secouée un peu. Parce qu'elle voulait pas lui filer du Co Doliprane. » M4

De façon générale, la consultation de substitution était régulièrement perçue comme désagréable voire éprouvante, en lien avec les différents éléments suscités.

Les situations de conflit pouvaient avoir un retentissement majeur sur les émotions des médecins impliqués susceptibles de les affecter personnellement bien au-delà du seul temps de consultation ou d'être responsables d'un sentiment d'insécurité.

Ainsi les représentations de ces patients pouvaient induire une forme de méfiance chez les médecins confrontés à des patients qu'ils ne connaissaient pas.

A l'extrême, l'exposition à la violence des patients ou à des situations menaçantes constituaient souvent un point de rupture à partir duquel la prise en charge substitutive était abandonnée.

« Et il se trouve que je vivais dans le site où je travaillais, avec des enfants en bas âge, et un jour, il y a eu un toxico, puisque c'est comme ça qu'on les appelle vulgairement, qui s'est introduit dans mon domicile. Avec ma petite fille, qui était toute petite. Et donc pour moi ça a été rédhibitoire, j'ai dit c'est terminé je ferme la porte définitivement. » M1

Pourtant, d'après un médecin expérimenté dans la substitution, ces représentations devraient évoluer dans la mesure où les comportements de ces patients se sont fortement modifiés depuis la mise sur le marché des MSO, parallèlement à l'acceptation de leur pathologie addictive en tant que telle et son intégration à la médecine courante.

« On voyait des patients qui arrivaient avec une méfiance vis-à-vis du médecin qui étaient « pour me faire accepter, il faut que je sois dans la violence, ou il faut être dans quelque chose d'imposant, ou mettre une pression ». Ça n'existe plus. Enfin moi j'en vois plus [...] donc il y a eu une modification, les patients savent qu'il existe des traitements les patients savent que l'addiction est rentrée dans le champ de la médecine et ça peut être pris comme une pathologie comme une autre donc en fait moi je n'ai plus ça. [...] de temps en temps

je me fais avoir, voilà des ordonnances qui ont été recopiées des machins... Ça existe ! Ok mais c'est anecdotique par rapport à ce qui se passait il y a 20 ans ou 25 ans ou 30 ans ça n'a rien à voir. » M6

Celui-ci expliquait d'ailleurs que les mensonges des patients pouvaient résulter d'un sous-dosage thérapeutique, qu'ils n'osaient parfois pas remettre en cause de peur de froisser le médecin prescripteur.

« Les patients qui viennent avant les 28 jours, ils viennent toujours avec des chevauchements thérapeutiques, et si le médecin ne se pose pas la question du dosage, c'est pas le patient qui va l'amener. Parce que le patient, il a sa culpabilité de se dire « j'ai trouvé un médecin qui prescrit, c'est déjà extraordinaire, si en plus je lui dis ça me suffit pas ce qu'il me donne », j'ai peur qu'il me vire ». Donc ils viennent... « J'ai perdu ma boîte, on m'a volé ma boîte, mon enfant machin, je suis parti en vacances, j'ai oublié mes boîtes » ... Et puis ça revient. Un mec qui revient 5 6 7 fois de suite avec des chevauchements, commencez par augmenter ! » M6

Certains médecins exprimaient d'ailleurs n'avoir jamais été confrontés à ces difficultés parmi les patients demandeurs de substitution.

3. Le patient dépendant aux opiacés : un patient avant tout

a. Un patient chronique

Malgré l'ensemble des difficultés évoquées, plusieurs médecins habitués à prendre en charge les patients sous MSO évoquaient l'existence de mécanismes psychologiques pouvant être à l'origine des comportements décriés par certains praticiens, mais dont ils étaient surtout les premières victimes.

« Mais ce qui fait peur c'est que beaucoup de mes confrères ils pensent que ils vont être trahis par le patient... enfin c'est des mots hein que j'ai entendus à longueur de temps... « la trahison », « on peut pas leur faire confiance », « ils sont jamais là aux heures et aux jours qu'on veut », alors ça c'est vrai que même si on essaye de donner un cadre , il faut quand même qu'il soit un petit peu plus large que celui qu'on donne à nos autres patients... mais, euh... bon non mais la trahison c'est une ânerie, bien sûr. La seule personne qu'ils trahissent, c'est eux-mêmes, pas nous. » M5

En plus de la déculpabilisation du patient, considérer le TUO comme une pathologie dont les patients sont victimes leur permettait de dédramatiser les situations conflictuelles.

Ainsi, l'une de ces médecins ne considérait pas les comportements non conformes aux attentes générales des médecins comme rédhibitoires puisque, selon elle, ils faisaient partie de la maladie.

« Tout dépend comment est le vol, si le vol me semble être lié à un craving lié à la maladie... je vais être sévère mais je vais, en 6 mois je vais leur en parler et leur dire que je l'ai vraiment vécu comme une mauvaise preuve de confiance mais que je sais que c'était le craving qui était très fort. » D5

Un médecin mettait en avant la fréquence des mensonges des patients perçus en consultation en dehors de tout TUO pour rappeler que ces comportements n'étaient pas l'apanage des patients substitués.

« C'est un des freins aussi, c'est le mésusage, c'est la peur de se sentir trahi, roulé dans la farine. Et quelque part si on sait que d'emblée on va l'être hein, c'est inévitable, et pas que par les patients sous Subutex, par tout un tas d'autres patients, sur les arrêts de travail par exemple... et du coup c'est peut-être une part inhérente à notre job, qu'on délivre des documents, des papiers, des médicaments et qu'un jour ou l'autre ben des gens font un mésusage des arrêts de travail, tel truc, bon... il faut peut-être relativiser, peut-être que c'est plus saillant dans le Subutex mais peut-être que finalement on navigue avec ça au quotidien, donc bon. » FG, P3

La maladie addictive s'inscrivant sur un mode chronique, la relation avec ces patients pouvait finalement s'apparenter à celle des autres patients couramment pris en charge en médecine générale.

« On peut avoir le même genre de relations qu'avec les autres hein y a pas de... ça c'est sûr. » M1

b. Des attentes similaires aux autres patients

Comme les autres patients, les patients demandeurs de prise en charge substitutive avaient des attentes et exigences envers les médecins qui les prenaient en charge au-delà de la seule qualité de prescripteur.

Une médecin exprimait sa fierté à apporter ses compétences relationnelles à ses patients, faisant d'après elle partie des qualités médicales recherchées par la plupart d'entre eux.

« Ça me fait plaisir qu'on vienne me chercher moi pour ça, plutôt qu'ils aillent dans les quartiers où les mecs ils renouvellent ça à la toque et ils en ont rien à faire de savoir comment le patient il va et où est-ce qu'il en est de sa vie quoi » M2

La volonté d'éviter tout jugement et de garantir une certaine discrétion quant à leur prise en charge en lien avec la substitution semblait expliquer que certains patients se tournent vers un autre médecin que leur médecin de famille.

« Je suis toujours un peu triste parce que j'ai des patients qui viennent me voir en me disant qu'ils vont pas voir leur médecin traitant parce qu'ils pensent qu'ils comprennent pas... ou bien parce que c'est le médecin de famille et ils veulent pas en parler, donc il y

a aussi ça qui est une barrière. Si c'est le médecin de la maman du papa... du frère de la femme. [Rires] » M5

Une autre médecin avait le sentiment que la compétence du médecin était l'un des éléments clés dans le choix du prescripteur et considérait que son manque d'expérience pouvait expliquer l'absence de sollicitation par les patients.

B. Le MG face au patient dépendant aux opioïdes

1. L'influence des déterminants sociodémographiques du médecin
 - a. L'influence des déterminants sociodémographiques du médecin sur le sentiment d'insécurité

Face aux patients ayant un TUO, le genre et l'âge du médecin semblaient avoir une influence plus ou moins marquée sur le sentiment d'insécurité.

Pour quelques médecins, homme ou femme, le sentiment d'insécurité était davantage retrouvé chez les participants de genre féminin.

« Je pense que j'ai peut-être un sentiment d'insécurité du fait d'être une femme et d'être seule en consult et sur des personnalités parfois limites et qui peuvent dégoupiller à tout moment, je me sens pas en sécurité pour gérer ce genre de consult. » D6

Pour d'autres, le genre masculin ne représentait pas nécessairement une barrière supplémentaire à ce sentiment d'insécurité.

« Au-delà, on peut tout à fait être un homme et se sentir vulnérable aussi dans ce genre de situation. » FG, P2

Au-delà du genre, c'est l'apparence physique qui paraissait impacter la crainte d'une agression en consultation.

« J'ai une autorité naturelle que j'ai construit au fil des expériences, donc je suis pas quelqu'un d'interchangeable avec une jeune femme compétente et dévouée qui fait cinquante kilos et qui démarre la médecine. » M4

- b. L'influence des déterminants sociodémographiques du médecin sur la relation de soins

Certains médecins interrogés semblaient noter une plus grande aisance des patients à se livrer à un médecin ou à un professionnel de santé du genre féminin. Celui-ci favorisait une certaine intimité, qui pouvait par certains aspects se rapprocher d'une interaction mère - enfant.

« Moi mes copines addicto elles ont des relations avec les patients qui sont extraordinaires. Et souvent elles abordent des sujets que nous on aborde pas. » M6

A l'inverse, plusieurs participants partageaient leur sentiment selon lequel le genre masculin ne constituait pas nécessairement une barrière au développement d'une relation d'écoute. Cela permettait même parfois d'aborder des sujets non évoqués par ailleurs avec des patientes femmes.

« Assez étonnamment les femmes toxicomanes ont des relations avec des hommes médecins plus intéressantes, c'est-à-dire que moi je parle beaucoup plus du corps des femmes toxicomanes, et qu'elles sont plus à l'aise de m'en parler que d'en parler avec [des médecins femmes]. » M6

L'une des médecins a par ailleurs indiqué que son genre féminin avait pu bloquer le développement d'une relation constructive avec des patientes femmes.

Finalement, un autre décrivait l'influence des caractéristiques du médecin comme étant similaire à toute prise en charge en médecine générale.

« Être médecin, c'est quelque chose qui nécessite d'être à peu près bien dans ses baskets, si on a un ongle incarné ou une crise de goutte ou d'hémorroïdes ou si on s'est fritté la gueule avec sa nana ou son mec, ou qu'elle se casse et cetera, c'est un peu compliqué de faire le médecin. Mais quand ça va à peu près bien, que t'es pas trop fatigué, et que t'es en bonne santé, ben t'es là à la disposition des gens à condition de pas faire n'importe quoi. » M4

Certains précisait en outre que c'est davantage la manière dont le médecin aborde le patient plutôt que ses caractéristiques personnelles qui influençait la relation de soins.

« Pour moi je pense pas que ça fasse une différence [le genre du médecin]. Je pense que c'est plutôt l'abord, la façon dont on aborde les gens, que le genre. » M5

2. L'implication professionnelle du prescripteur

Les enjeux médico-légaux en lien avec la prescription de produits stupéfiants ou apparentés donnaient nécessairement une dimension particulière à la relation avec ces patients les médecins engageant leur responsabilité de prescripteurs.

Plusieurs médecins décrivaient leur difficulté morale à prendre le risque de voir leurs prescriptions détournées au profit d'un trafic de drogue.

« J'ai toujours cette peur de participer en fait indirectement à un espèce de marché secondaire ou de participer à un mésusage des médicaments, et c'est important pour moi, enfin c'est important pour moi de ne pas le faire. » FG, P4

La crainte de l'implication potentielle de ses propres prescriptions dans un trafic de produits stupéfiants ou apparentés expliquait pour certains leurs réserves à s'engager dans ce domaine. La peur de la répression transparaisait dans le témoignage d'un médecin et était alimentée par les contrôles stricts exercés par les caisses d'Assurance Maladie.

« On savait qu'on travaillait sous l'œil de la CPAM, et qu'à tout moment ils pouvaient envoyer un petit recommandé avec demande de saisie d'un certain nombre de dossiers. Et ça, ça fait aussi partie quand on accepte le Subutex qu'on va quand même manipuler une substance qui est sous surveillance rapprochée, et que ça peut nous valoir une relecture des dossiers par un confrère médecin conseil de la sécu, et pas forcément bienveillant. » FG, P3

Outre les autorités sanitaires, plusieurs médecins évoquaient l'engagement de leur responsabilité pénale dans la prescription de ces stupéfiants.

« Il y avait un confrère qui avait été arrêté de manière spectaculaire, il était au [nom de quartier] et la police était venue à son cabinet lui mettre les menottes devant tout le monde, devant les patients et ils l'ont embarqué comme ça et il a été désigné par les journalistes locaux communs médecins dealer. » FG, P1

Au-delà de ces implications judiciaires, le poids du regard de la société alimentait leur crainte d'être assimilé à un « médecin dealer ».

« Dans l'esprit de pas mal de gens je pense notamment à un avocat qui lors d'une discussion me disait « Mais lorsque les médecins prescrivent du Subutex en fait ils se comportent en dealer, quoi. » » FG, P1

De même, plusieurs médecins rapportaient le jugement qui pouvait exister entre MG.

« Moi les premiers congrès que je faisais, j'étais traité de dealer en blouse blanche [...]. Au départ, on se sentait des médecins comme nos patients : voilà, des médecins marginaux. Et nos salles d'attente étaient les salles de shoot que les gens sont en train de faire. Donc on perdait de la clientèle en médecine générale. » M6

Ainsi, certains décrivaient encore aujourd'hui l'existence d'une mauvaise réputation des médecins « grands prescripteurs », et la crainte d'être associé à une telle image. Un des participants associait d'ailleurs le terme de « médecin dealer » à des praticiens qu'il avait pu remplacer, et dont le mode de fonctionnement impliquait des consultations de renouvellement plutôt expéditives.

Selon lui, ce mode de fonctionnement pouvait même être le reflet d'une perte de contrôle de leur propre pratique.

« Oui moi je le légitimais pas du tout le terme de médecin dealer, mais c'est vrai que pour moi un médecin dealer, entre guillemets, ce qu'on peut entendre par là c'est peut-être un médecin qui a perdu le contrôle dans sa prescription justement et qui finalement est victime en fait. » FG, P2

C. Les enjeux de l'alliance thérapeutique

1. Le poids de la confiance

Du fait des potentiels préjugés ainsi que des implications professionnelles et médico légales liées à la prescription de MSO, la confiance dans la relation de soin semblait représenter un enjeu capital, et constituer un impératif pour l'ensemble des médecins interrogés.

« J'ai du mal à gérer le mensonge en fait, je trouve que la relation médecin patient c'est sur la confiance. » D6

« Moi ce qui me met en difficulté c'est ce qu'on disait. C'est : j'ai perdu ma plaquette, je comprends pas pourquoi j'en ai pris plus, je l'ai oublié chez ma grand-mère. C'est ce que je disais en fait, j'ai besoin que mes patients aient confiance en moi mais j'ai besoin d'avoir confiance en eux. » FG, P4

La plupart des médecins considéraient alors l'honnêteté comme une condition *sine qua none* à la poursuite des soins.

« Je comprends qu'on consomme, que ça ça me pose pas de problème, mais par contre qu'on me la raconte à l'envers, qu'on soit pas dans de la confiance à dire les choses correctement ça m'intéresse pas, je leur dis que non je vais pas continuer. » D5

Les spécificités de la relation de soin avec ces patients expliquaient les difficultés à établir un lien de confiance mutuel solide. Des médecins déclaraient alors essayer de favoriser la construction d'une alliance en adoptant une attitude valorisante et non stigmatisante selon les attentes des patients.

La fréquence et la répétition des consultations permettait alors de tisser progressivement un lien de confiance solide, et semblait favoriser la naissance d'une intimité particulière avec les patients, leur permettant d'aborder des sujets plus profonds.

« Je pense que ça fait aussi partie de ça la substitution, c'est que c'est une pelote, et qu'après on va "débobiner" plein de choses, enfin plein de sujets importants pour le

*patient et tisser une relation thérapeutique au gré des renouvellement de 7, 14, 28 jours. »
FG, P3*

En effet, dès lors qu'une alliance thérapeutique était permise, il pouvait s'installer progressivement entre médecin et patient un lien très spécifique, presque amical ou familial. *« Il y a des patients que je suis depuis très longtemps donc euh... c'est très très amusant la relation hein. Parce qu'il y en a ils arrivent ils me demandent de mes nouvelles, ils me demandent comment je vais, quand je prends des vacances, donc c'est presque une relation... pas amicale, un petit peu, qu'on a, et puis y'en a d'autres qui vont se confier à moi comme si j'étais une bienveillante grand-mère ! [Rires] » M5*

*« On a une relation très forte avec ces patients. Le nombre de copains ou moi-même qui sont parrain des enfants de...et qui reçoivent des mots pour les anniversaires des patients... C'est beaucoup plus avec ses patients addict qu'avec des patients chroniques. »
M6*

Une participante justifiait même les mensonges de certains patients par leur volonté d'entretenir voire de protéger ce lien de confiance apparaissant essentiel.

« C'est à dire qu'ils ont tellement peur de me décevoir, de ne pas me plaire, qu'ils vont pas dire ce qu'ils font réellement. » M5

Malgré tout, la peur de la trahison de cette confiance pouvait parfois persister même après un long suivi, traduisant le poids des représentations et de la méfiance des médecins envers les patients souffrant de TUO.

2. Le contrat de soin, garant de l'alliance thérapeutique

a. L'établissement du contrat de soin

Face au caractère indispensable de cette confiance et la nécessité d'en définir les limites, certains MG élaboraient alors un véritable contrat avec leurs patients. Ce dernier était régi par des règles propres à chacun d'entre eux, et permettait de poser un cadre à la prise en charge des patients sous MSO. Ainsi, il constituait le fondement de l'alliance thérapeutique.

*« Le médecin est au service de l'usager, du patient, on est serviteur, mais dans un cadre que nous avons à valider et à poser. Si on pose pas le cadre, on est mort. Enfin, ça marche pas, on fait pas du bon boulot. Si on pose le cadre, à partir de là on peut faire le boulot. »
M4*

Les règles de ce contrat pouvaient être énoncées verbalement, ou être plus implicites. Un médecin exposait systématiquement au patient les différentes clauses en début de prise en charge. Si celui-ci y adhérait, la collaboration pouvait débiter.

Pour une autre, celui-ci correspondait en réalité à un contrat tacite dont les limites semblaient correspondre au respect du médecin impliqué. Chaque médecin fixait alors le seuil de ce qu'il considérait ou non comme de l'irrespect.

« C'est qu'est-ce qu'on accepte comme transgression, c'est-à-dire comme non-respect du contrat [...]. Je trouve que les patients où il y a pas de respect... très vite ils sortent de la file active quoi... c'est la limite de leur prise en charge en ville, il faut quand même qu'ils restent respectueux vis-à-vis de leur praticien. Ce qui veut pas dire qu'ils disent et racontent ce qu'il faut mais ça veut juste dire qu'ils sont juste respectueux de sa façon de pratiquer, de ses horaires, de ses limites. » M5

Pour certains, le non-respect de ce contrat de soin constituait un point de rupture irréversible dans la prise en charge. Pour d'autres, la rupture du cadre mis en place avait pu aboutir à la mise en place de règles plus strictes, comme l'augmentation de la fréquence des consultations, en attendant la reconstruction de la relation de confiance.

« Après on peut se fâcher hein. Moi ça m'est arrivé de dire bon ben voilà là ça fait beaucoup de fois que vous chevauchez, votre délivrance on va passer à toutes les semaines plutôt que tous les mois parce que j'ai pas confiance, et on va reconstruire notre confiance mutuelle, mais ça va passer par là. » FG, P3

b. Les clauses du contrat de soin

En plus de l'honnêteté, certaines conditions à l'élaboration et au maintien de l'alliance thérapeutique étaient communes à la majorité des médecins prescripteurs interrogés.

Le respect de l'organisation du médecin

Pour les médecins, le respect des horaires de travail et de l'organisation du médecin pouvait faire partie des conditions à la prise en charge d'un patient sous MSO. L'un des médecins abordait directement le sujet avec eux et les rendait acteur du bon fonctionnement du cabinet, ce qui renforçait l'alliance thérapeutique.

« Je demande à mes patients addict par exemple de prendre des rendez-vous, de venir à l'heure en rendez-vous, et je leur explique pourquoi. Et je leur dis qu'ils me rendent service. Voilà. Et je leur dis que ça me permet moi de continuer de faire de la médecine générale. Je les rends complices... et ça marche très bien. » M6

L'engagement dans la démarche de soins

Ensuite, l'engagement du patient dans sa propre prise en charge et sa « motivation » constituaient des conditions essentielles.

« C'est à lui de faire la démarche, je ferai aucune démarche pour lui quoi. Donc il faut qu'il ait une certaine volonté de bien vouloir adhérer à ce contrat : rien d'impossible vous voyez. » D7

L'un des médecins précisait même « tester » cette motivation en imposant des contraintes supplémentaires à sa prescription, qu'il assouplissait ensuite en fonction de l'adhésion du patient.

« Souvent je teste en disant je vais faire une ordonnance avec une délivrance quotidienne, [...] Si le patient qui vous dit aucun problème, je pense qu'on va rentrer sur une longue histoire. Celui qui va se mettre en colère, on peut se poser derrière la question du pourquoi il est là, et ça permet de... Voilà mais c'est une technique qui marche assez bien. » M6

Cette nécessité d'être certain de l'implication personnelle du patient dans le projet thérapeutique pour prescrire un MSO était illustrée par le refus systématique de plusieurs médecins de « dépanner » des patients qu'ils ne suivaient pas sur le long terme.

Le respect du cadre légal

Par ailleurs, le vécu de vols d'ordonnance a pu, pour certains, participer à leur désengagement dans la prise en charge addictologique. Le constat de la revente des médicaments pouvait aussi constituer un élément rédhibitoire.

« Le vol, le manque de correction, le fait de pas me respecter ma personne alors que moi je les respecte et que je suis d'une grande tolérance, ça c'est rédhibitoire. » D5

Pour la majorité des participants, le cadre réglementaire lié à la prescription substitutive constituait finalement une limite inébranlable au cadre qu'ils imposaient aux patients.

« Il faut toujours être dans la légalité aussi ça c'est mon leitmotiv, c'est de leur dire « non là c'est pas légal c'est pas la peine d'insister ». Euh... ils insistent pas. » D5

Ainsi, plusieurs médecins avaient vécu des vols d'ordonnance qui avaient, pour certains, participé leur décision d'arrêter la substitution.

« Et y a eu aussi un vol d'ordonnances, un toxico qui m'a volé un ordonnancier, j'avais oublié, ça me revient petit à petit, et je me suis retrouvée avec des ordonnances qui circulaient qui étaient falsifiées et j'avais plein de pharmaciens qui m'appelaient en disant « vous êtes sûre que vous avez prescrit ça ? » avec des doses énormes de traitement de substitution, qui étaient revendues dans un réseau, enfin utilisées à des fins ... disons commerciales. » M1

La conformité de l'usage avec la prescription

Les médecins interrogés se retrouvaient régulièrement dans la nécessité d'arbitrer les comportements d'usage non-médical des patients selon les règles fixées.

- Le chevauchement d'ordonnances

Les demandes de chevauchement d'ordonnance constituaient une problématique récurrente rapportée par les participants. Pour certains, celle-ci n'était pas tolérable.

Un médecin s'opposait fermement à la prise en charge des patients dont la dose et/ou fréquence des prises de traitement était largement supérieure à celle recommandée.

« Donc déjà un mec qui prend vingt-quatre milligrammes de Subutex trois fois par jour, la messe est dite, c'est pas quelqu'un qu'on peut suivre. On le renvoie au CSAPA il se démerde. » M4

- Le nomadisme médical

Par ailleurs, le constat d'un nomadisme médical de la part d'un patient aboutissait quasiment toujours à l'arrêt de la prise en charge par le médecin impliqué.

« Et un jour j'ai reçu un courrier de la Sécu me disant que ce monsieur faisait... voyait 20 médecins par mois et autant de pharmacies pour se procurer du Subutex. Moi déjà j'étais un peu réticent sur ces patients parce que je suis pas trop c'est pas très facile pour moi, et du coup je me suis dit non mais, il faut que j'arrête. » FG, P1

- La modification de la voie d'administration

Enfin, les situations de détournement de la voie d'administration induisaient des réponses différentes en fonction des médecins. Certains toléraient ce type de mésusage en le considérant comme faisant partie du parcours du patient, et s'efforçaient de s'y adapter dans une perspective de long terme. Pour d'autres, celle-ci constituait une limite à leur prise en charge justifiant de passer à la main à un confrère.

« Une fois qu'il sera revenu à une consommation plus traditionnelle à ce moment-là moi avec plaisir pour reconduire mais voilà moi toutes les adaptations et tout le passage de fumer à prise per os ça me dépasse un peu. [Rires] » M2

Là encore, un médecin expliquait cette modification de voie d'administration comme un possible sous dosage.

« Les injecteurs on se trompe. Plus on leur met des doses faibles, plus ils vont injecter. » M6

Partie 3 - La pratique substitutive intégrée à l'exercice de la médecine générale

A. La substitution par buprénorphine, une des missions de la médecine générale

1. Le MG, un garant dans l'accessibilité aux soins pour tous

Au même titre que les autres maladies chroniques, certains participants considéraient l'addictologie comme faisant partie intégrante de la médecine générale. La prescription substitutive représentait alors pour certains une obligation pour satisfaire à l'universalité de la profession.

« Après, le boulot, c'est la médecine générale hein ! Les maltraitances, le burn-out, l'inceste, les rhinopharyngites, tout ça, les crises de goutte, les patients chroniques, c'est notre activité de MG, c'est ce qui fait la richesse de notre métier. » M4

Ces patients étaient d'ailleurs considérés comme des patients fragiles pour lesquels l'aide du MG pouvait s'avérer capitale puisqu'elle constituait la seule porte de sortie de leur addiction.

« Je pense que c'est des gens qu'il faut particulièrement aider. [...] Je fais partie des médecins qui ont toujours pensé que la substitution c'était extrêmement important si on voulait donner une chance à ces patients toxicomanes de sortir de cet état de toxicomane justement. » D7

En ce sens, un médecin critiquait le choix assumé d'une consœur généraliste refusant la prise en charge de ces patients.

« Un médecin du quartier jeune qui s'est installée très récemment, en fait sur sa porte elle a écrit « je ne prescris pas de produits de substitution » et c'est vrai que moi j'aime pas du tout cette idée-là de... ça met sur la touche les patients et ça stigmatise. » M2

Cette même médecin s'amusait du lieu d'installation dans un quartier aisé d'une consœur spécialisée en addictologie qui aurait permis la sélection d'une patientèle favorisée.

2. Le MG dans son rôle d'acteur de santé globale

En charge du suivi global, les MG interrogés prenaient parfois conscience de l'addiction de leurs patients avant les patients eux-mêmes. Les missions spécifiques du médecin traitant évoquées dans ce cadre intégraient donc le dépistage de la maladie puis l'accompagnement du patient vers cette prise de conscience.

En outre, l'augmentation des problèmes liés à la surconsommation d'opioïdes légaux initiés pour des syndromes douloureux, parfois non repérés, ou prise en charge par les prescripteurs, plaçait le MG en première ligne dans leur repérage et leur prise en charge.

« Le nombre de patients qu'on a mis sous morphine et qui n'ont plus mal a priori, et quand on fait des imageries au moindre truc et quand on leur dit d'arrêter c'est un enfer et qu'on ne sait pas quoi faire, ce champ-là, si tout d'un coup la médecine générale se rend compte qu'il y a une problématique autour de ça et qu'il faut travailler, ils vont aller réfléchir. » M6

Par ailleurs, le métier de généraliste permettait d'apporter un regard global sur la prise en charge du patient qui ne se limitait pas à celle de l'addiction.

« Après les consultations elles sont parfois interrompues par des problèmes somatiques si c'est moi le médecin traitant sur le plan général aussi, et voilà, ça fait des consultations assez riches en général mais ouais j'adore moi ça. » M2

L'apport du MG était souvent décrit comme lié aux compétences relationnelles inhérentes à sa profession. La prescription substitutive, bien qu'indispensable, ne constituait que la partie formelle de la consultation dans laquelle le soutien psychologique et l'entretien motivationnel occupaient une place bien plus centrale.

« Je crois que quand ils viennent, ils viennent chercher plus que l'ordonnance quand même, il faut les écouter, il faut leur donner l'idée que oui c'est positif ils sont bien ils vont y arriver. Je pense qu'il y a beaucoup de psychologie là-dedans. » D3

Dans sa posture de soutien, le MG occupait un rôle de guide accompagnant le patient dans la réflexion à propos de ses propres difficultés.

3. Le MG dans son rôle de suivi des maladies chroniques

La prise en charge des maladies chroniques constitue le cœur même du métier d'un MG. Dès lors que la maladie addictive était perçue comme telle, celle-ci semblait s'intégrer plus aisément dans les missions que les généralistes s'imposaient.

« C'est vrai que quand les patients rentrent dans une forme de routine avec un traitement qu'ils stoppent jamais vraiment ben on se retrouve avec des patients en renouvellement comme de l'hypertension ou comme du diabète. » M1

L'une des médecins dédramatisait ainsi le suivi de ces patients en le rapprochant à la complexité de la prise en charge de certaines maladies courantes en médecine générale. Ce suivi de pathologie chronique, en tant qu'objectif thérapeutique global du MG, n'aurait d'ailleurs selon elle jamais remis en cause pour une autre discipline.

« Je pense que beaucoup de gens s'en font une idée pas possible, comme si c'était un truc très bizarre là, ces MSO... Alors que je sais pas, ça choque personne de faire du suivi de patients qui ont un diabète ou une hypertension alors que parfois, en termes d'éducation thérapeutique, enfin le mot est peut-être mal choisi, mais d'accompagnement, un traitement, où il faut modifier des habitudes de vie, des choses comme ça... ben en fait

c'est pas si simple non plus, et pourtant on s'en fait pas des montagnes en disant « oh la la, les diabètes je sais pas si je voudrais en suivre pendant mon exercice » ». M3

Un autre médecin pointait du doigt la différence de perception de la mauvaise observance et des échecs thérapeutiques entre les patients ayant une addiction et ceux ayant une autre maladie chronique. D'après lui, cette différence n'était pas justifiée car elle s'expliquait par la fréquence très rapprochée du suivi sous substitution comparativement à celle des autres maladies chroniques.

« Contrairement au patient qui a les coronaires toutes bouchées on va lui dire de faire du sport, on va lui mettre ses statines et on le reverra pas avant un bout de temps, et on sera pas confronté finalement au fait qu'il prend pas ses statines, et puis finalement il mange toujours aussi mal, et puis finalement il fait pas le sport qu'on lui demande, qu'à un moment il fait pas ce qu'il faut pour se prendre en main et il va mourir plus tôt qu'il aurait dû, mais c'est moins souffrant quelque part que le patient addicto où on va vraiment le voir de près quand il rechute hein » FG, M3

4. Le MG dans son rôle de coordination des soins

En tant que spécialiste de premier recours, la coordination des soins avec les autres professionnels de santé fait partie des missions du MG. Dans le cadre de la substitution, ce rôle revêtait des aspects spécifiques.

La majorité des intervenants a évoqué la place capitale du pharmacien dans la prise en charge de ces patients, qu'ils considéraient comme de véritables alliés ayant un rôle complémentaire à celui du médecin.

« Le réseau le plus important c'est le pharmacien. C'est vraiment le personnage important dans notre réseau de prise en charge de soin chez les patients addict, c'est le pharmacien. C'est lui qui va nous dire de temps en temps ton patient il est revenu machin, ton patient il a été voir un autre pharmacien, voilà et ce réseau là il fonctionne bien » M6

L'articulation des soins avec une infirmière Asalée¹ exerçant au sein de certains cabinets pouvait permettre au patient de sortir de la technicité des prescriptions en apportant une vision plus globale et porteuse de sens.

¹ ASALÉE (Action de Santé Libérale En Equipe) est un protocole de coopération porté par une association loi 1901 permettant la délégation d'activités d'éducation thérapeutique, de dépistages et de suivis de certaines maladies chroniques des médecins généralistes vers des infirmier(e)s de santé publique.

***« L’infirmière Asalée là-dedans elle vient me redonner toutes les dimensions du relief dans un patient, et c’est pas mal, honnêtement c’est pas mal. Les réhumaniser en fait. »
FG, P3***

Les microstructures d’addictologie pouvaient, à l’échelle d’une maison de santé, permettre au médecin d’offrir au patient un accès facilité aux intervenants dont il avait besoin.

À plus large échelle, la transdisciplinarité de la maladie addictive devait impliquer pour la majorité des interrogés le recours régulier à un réseau ou un centre spécialisé pour profiter des compétences des différents intervenants de façon adaptée aux besoins des patients.

« Des fois c’est parce que je voudrais plus un regard... profiter plus de l’équipe pluri pro du CSAPA, que vraiment le regard addictologique, parce que le CSAPA y a une assistante sociale, y a un éducateur, y a un psychologue et cetera et cetera., et je sais que pour des patients où il y a des grosses difficultés y’a clairement pas que les opiacés, y a tout ce qu’il y a autour, et clairement avoir accès à ça dans le cadre du CSAPA ça peut être vraiment une aide. » M3

D’ailleurs, pour la plupart des médecins, seule l’assurance d’un soutien spécialisé mobilisable à tout moment était susceptible de leur procurer la confiance nécessaire pour prendre en charge ces patients.

« Pour moi c’est clair, le frein pour moi c’est de me retrouver seul devant quelqu’un qui est pas cadré, là je me sens pas taillé pour. Par contre quelqu’un qui a un traitement, qui est suivi et cetera euh... alors je sais que je suis entouré de structures autour qui peuvent me permettre de raccrocher je peux appeler un référent en lui disant « voilà, je suis inquiet pour lui... » ou... tu vois. Alors à ce moment-là je me sens plus rassuré et je veux bien le prendre. » D3

Le centre spécialisé, détenteur de l’expertise technique, était souvent considéré comme le seul en mesure d’assumer la complexité de la prise en charge de certains patients.

Pour plusieurs participants, ce sont ces compétences des intervenants du centre qui étaient garantes d’une relation de confiance avec les patients car elles les décourageraient à mentir.

« Donc maintenant euh... je pense qu’ils sont mieux pris en charge avec des centres dédiés mais euh... où on les connaît, où on les suit régulièrement euh... où c’est des médecins formés donc ils peuvent pas se moquer d’eux quoi. » D2

Un médecin précisait que de se croire en mesure d’assurer seul cette prise en charge était généralement illusoire voire dangereux et critiquait sévèrement certains confrères ayant eu la prétention de pouvoir le faire.

« J’ai vu ce que c’était le Subutex dans les années 90-92, avec des mecs qui étaient sûrs d’eux et dominateurs notamment des mecs qui disaient « les miens y’a que moi qui les

suis » et en fait il a découvert qu'il était suivi par douze médecins et que le type il avait douze fois seize milligrammes de Subutex, il en vendait trois quarts et il se faisait son mois etc. » M4

Ainsi, pour ce même médecin, le recours à un réseau était une preuve d'humilité puisqu'elle sous-tendait l'acceptation de ses propres méconnaissances. Ce recours à la pluriprofessionnalité transparaisait paradoxalement comme une source d'épanouissement personnel tandis que la fierté d'être en mesure de gérer seul était considérée illégitime.

« Moi ce que j'aimerais qu'on retienne c'est que le patient toxicomane est un patient comme les autres, la femme est un médecin comme les autres, et que si on veut avoir la banane être épanoui et arriver au boulot avec la pêche même si de temps en temps on en a plein le dos, et ben faut travailler en équipe pluri pro, sinon on n'y arrive pas, isolé c'est un enterrement de première classe, il faut être pluri pro, il faut prendre le temps de discuter avec des collègues, et savoir qu'on est à la fois très experts, et très ignorants, et que c'est entre ces deux pôles qu'on doit essayer de faire au mieux notre travail. » M4

Une médecin semblait très satisfaite des rapports avec ses confrères spécialisés en addictologie faisant preuve d'une grande bienveillance à l'égard des médecins s'intéressant à cette discipline.

« Les addictos ils sont quand même hyper dispos et je pense que ça leur fait plaisir aussi qu'on prenne le relais, ça montre qu'y'a des médecins qui veulent bien le faire et du coup ouais ils sont jamais avares de conseils et de discussions ... donc ça c'est vrai que c'est rassurant d'avoir ce côté-là, de pas être tout seul finalement, on est seul face au patient mais dans le conseil on a d'autres choses. » M2

5. La substitution : un modèle de prise en charge en médecine générale

Plusieurs participants considéraient la substitution comme une activité gratifiante.

L'une d'entre eux affichait une certaine fierté à prendre en charge ces patients.

« Moi j'aime bien dire à mes potes que je fais partie de ces médecins qui prescrivent ça. » M2

Ainsi, cette pratique pouvait apporter ou renforcer des compétences chez le médecin.

Plus encore, un médecin évoquait l'aspect très stimulant intellectuellement du suivi de ces patients, même en l'absence de résultat immédiat ou de rechute.

« Et à chaque situation psychosociale il faut trouver un truc qui va les décider donc en général j'essaye d'avoir des idées, et de leur soumettre et j'y reviens plusieurs fois [rires], parce que c'est pas en une fois qu'on y arrive. Donc il faut toujours recommencer. Mais

c'est pas barbant ça, de recommencer, une fois qu'on a adhéré et qu'on a l'adhésion, on est content quoi, surtout si ça réussit. » D5

D'après un médecin, c'était d'ailleurs avec la prise en charge addictologique qu'avait débuté l'approche éducative, constituant désormais la référence en matière de prise en charge de toutes les maladies chroniques.

« Moi je dis toujours que mes patients addicts ils m'ont appris énormément en médecine générale, parce que l'éducation thérapeutique elle commençait là et finalement là elle se fait partout. » M5

Un médecin expliquait que la prise en charge de patients dépendants aux opiacés sollicite toutes les compétences dont un MG doit savoir faire preuve. En ce sens, elle constituerait presque un modèle pour la prise en charge éducative globale.

« Je trouve personnellement que c'est intéressant parce que c'est l'archétype de la situation de soins où on doit absolument être dans une approche centrée patient, et où on doit absolument travailler l'alliance thérapeutique. Et en fait, c'est juste les fondements de la médecine générale. On est obligé vraiment dans la santé individuelle de respecter le rythme des gens, on fait de l'entretien motivationnel, on doit avoir une approche super globale. Voilà [rires], en fait, c'est notre boulot. » M3

B. L'expérience de la substitution au quotidien

1. Un vécu parfois difficile

L'expérience de la substitution pouvait sur certains aspects compliquer le vécu de l'exercice de la médecine générale et impacter l'épanouissement professionnel des médecins interrogés.

a. Le sentiment d'impuissance sur l'évolution du patient

Un patient expert et décisionnaire

L'une des spécificités du TUO résidait dans la connaissance très complète des patients sur leur pathologie et les traitements disponibles.

« En face on a des patients experts. En termes de prise en charge des opioïdes, sur les effets indésirables, sur les signes cliniques, et cetera, ils sont plus forts que nous. Donc c'est une nouveauté pour les MG. » M6

Cette position de patient-expert pouvait alors bousculer la vision de la relation de soin selon laquelle le médecin, détenteur du savoir théorique, faisait face à un patient en grande partie « ignorant » sur sa maladie et ses traitements, qu'il devait alors « éduquer » en lui partageant

ses connaissances. La prise en compte de ce savoir du patient était alors susceptible de priver le médecin d'un certain contrôle sur l'orientation thérapeutique.

« Ces patients aujourd'hui sont quasiment aussi spécialisés d'addictologie que nous, et la difficulté c'est qu'ils viennent chercher un médicament qu'ils ont déjà testé pour la plupart, avec un dosage qu'ils ont déjà testé pour la plupart, et qui nous met nous en difficulté les soignants dans notre, comment vous dire, dans notre toute-puissance thérapeutique, que on contrôle pas tout » M6

Ainsi, le choix de l'adaptation posologique du traitement était parfois laissé à l'appréciation du patient, que le médecin se contentait de suivre.

Par ailleurs, l'une des médecins interrogés déplorait l'impact moindre des interventions médicales dans le cadre de l'addiction aux opiacés comparativement aux autres maladies chroniques. Elle l'expliquait par la place restreinte du médecin dans le processus de définition de l'objectif thérapeutique, exclusivement déterminée par le patient.

« Mais si vous voulez quand on suit un hypertendu vous avez une cible, on a un objectif. Mais là, c'est pas vous qui tenez l'objectif, c'est le patient qui le tient. Donc on n'a pas de pouvoir. » M1

Certains médecins semblaient ainsi déplorer d'endosser un rôle de prescripteur passif au service du patient qui constituerait en réalité le seul véritable décisionnaire dans sa prise en charge.

Les caractéristiques psycho-comportementales de la maladie addictive pouvaient également représenter des obstacles à l'adhésion thérapeutique ou renforcer le sentiment d'échec chez les médecins impliqués. L'intervention médicale au stade de déni était effectivement jugée inutile.

Le poids de l'environnement du patient

L'environnement du patient marqué par la précarité sociale pouvait constituer un frein majeur à la prise en charge addictologique.

« Des fois le dealer au rez-de-chaussée en bas de la barre d'immeuble, c'est difficile de s'en sortir. » FG, P3

Les changements dans le parcours de soin n'étaient alors pas nécessairement perçus comme un choix mais souvent comme une réaction face aux événements de vie et aux modifications dans l'environnement du patient. Ainsi, plusieurs médecins exprimaient un fatalisme quant à l'absence d'impact de leurs actions en comparaison avec le poids de l'environnement qui était perçu comme principal vecteur de changement.

« Je pense que c'est plus chez ces patients les aléas de la vie dans laquelle ils sont qui font que bon ils se trouvent confrontés à des situations familiales difficiles ou juridiques ou professionnelles et qu'à un moment donné c'est ça qui fait levier, plus que le médecin traitant » M1

Une médecin interrogée évoquait ainsi l'absence de levier d'intervention dès lors que le confort de vie du patient était conditionné par la revente et l'implication dans le trafic.

b. La confrontation aux situations de rechutes

Malgré tout, l'absence de guérison définitive en lien avec les rechutes pouvait être génératrice de frustration pour le médecin investi dans le soin.

« C'est toujours pareil c'était des rechutes et des rechutes, et toujours le même traitement et toujours le même discours. Et je trouvais qu'on tournait un peu en rond quoi. » D6

Les situations de rechute étaient régulièrement vécues comme des échecs conduisant à une certaine déception après un grand investissement émotionnel placé dans l'espoir d'une guérison.

Ces aspects, ajoutés aux difficultés relationnelles précédemment évoquées, pouvaient être sources d'épuisement chez le professionnel prenant en charge ces patients.

« C'est chronophage et on sait qu'il y a des rechutes et ça puise dans nos réserves quoi et je pense que c'est pour ça que c'est bien de les prendre en charge en équipe parce qu'un seul médecin il s'épuise sur ces prises en charge. » D6

c. La difficulté à trouver sa place au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire

La prise en charge pluriprofessionnelle souvent exigée par la transversalité de l'addictologie limitait nécessairement le champ d'intervention du MG. L'une des médecins interrogés regrettait que la prise en charge psychologique soit généralement assumée par un autre professionnel puisqu'il s'agissait, comme précédemment évoqué, d'une de ses compétences. Cette organisation réduirait le rôle du MG à celui d'un prescripteur et déprécierait ainsi le bénéfice potentiel de son intervention.

« Alors c'est vrai que souvent les patients qui ont un traitement de substitution ils voient souvent aussi un psychothérapeute à côté. Ils ont une double prise en charge. Donc finalement, la prise en charge de psychothérapie ben elle vous échappe puisqu'elle est déjà grignotée par un autre praticien, puis qu'est-ce qu'il vous reste ? Un ordonnancier. » M1

La pluridisciplinarité était susceptible de diminuer l'efficacité de la prise en charge en l'absence d'uniformité des pratiques.

A l'échelle des professions médicales, une interrogée soulevait la problématique du désaccord avec un confrère investi dans la prise en charge d'un même patient. Le devoir de confraternité impliquait pour elle de consentir « de force » à une prise en charge différente de la sienne.

De plus, la position de médecin de premier recours était dans ce cas remise en cause puisque parfois seulement sollicité en relai d'autres intervenants.

« Y a à mon avis tout un contexte qui fait que c'est pas nous la porte d'entrée, ils sont d'abord pris en charge sur le plan social et accompagnement et tout... et après comme on est un peu les médecins du quartier avec lesquels ils sont en partenariat ils nous les réadressent... » M2

Cette inversion du schéma classique du parcours de soin du patient peut aboutir à des difficultés lorsque le relai était trop précoce, que la communication entre intervenants était insuffisante ou que les pratiques entre les différents médecins divergeaient.

Parfois, pour des raisons démographiques ou organisationnelles, les médecins pouvaient se retrouver seuls sans solution de recours face à leurs difficultés.

« En fait les CSAPA pour avoir un accès aujourd'hui à une urgence, vous allez tomber sur un médecin ou quelqu'un qui va vous dire "mais attends attends la toxico c'est pas une urgence on va le voir la semaine prochaine"... Sauf que le médecin il est dans son cabinet avec le patient qui est en guerre » M6

Enfin, un médecin a raconté sa tentative infructueuse de mise en place d'une microstructure en raison des influences régionales des autres structures déjà présentes.

d. Un manque d'attrait intellectuel pour la pratique

D'après plusieurs médecins, le caractère rébarbatif de la succession des renouvellements ne nécessitant pas d'intervention particulière était susceptible d'entraîner une lassitude par leur caractère peu stimulant, voire un ennui partagé entre médecin et patient.

« Il y a un problème dans la relation médecin-malade chez les patients addicts c'est la lassitude. On s'ennuie. C'est-à-dire que tous les mois, refaire la même prescription, "ça va tu te shootes pas, tu as trouvé un boulot, ta femme et tes enfants vont bien" parce qu'on a rien d'autre à se raconter et ben le patient se fait chier, et nous aussi ! » M6

De manière plus générale, plusieurs participants décrivaient un manque d'attrait pour la pratique substitutive, si bien que certains n'envisageaient pas de développer leur activité en addictologie.

2. Des contraintes organisationnelles

a. Une difficile conjugaison des patientèles

La pratique substitutive pouvait s'accompagner de la crainte de véhiculer aux patients avoisinant une image dégradée de leur propre exercice. En premier lieu, ils redoutaient l'image véhiculée par ces patients en salle d'attente.

« Bon c'était devant la difficulté de ce type de patient qui était dans la précarité, qui dans la salle d'attente pouvait poser problème [...]. Il pouvait y avoir des animaux qui venaient avec eux [...]. Il pouvait y avoir de l'alcool qui rentrait dans la salle d'attente » M1

Ainsi, plusieurs médecins évoquaient leurs réticences à ce que ces patients partagent la même salle d'attente que le reste de la patientèle dès lors que leur « marginalité » était visible.

Un des participants s'était d'ailleurs séparé d'un associé prescripteur de buprénorphine en raison du caractère selon lui incompatible des patientèles.

Un autre précisait même que s'il venait à prendre en charge des patients ayant un TUO, il leur réserverait des créneaux de consultation spécifiques afin d'éviter les contacts avec le reste de la patientèle. Elle justifiait cette hypothétique organisation par la volonté d'éviter que l'image dégagée par ces patients n'ait un quelconque impact sur sa patientèle classique.

« Enfin dans le quartier y a un sentiment d'insécurité à cause des dealers, et le fait d'avoir ce genre de personnes en plus dans la salle d'attente... souvent ils parlent fort, parfois la présentation dénote, même s'ils sont pas méchants hein, mais voilà y a un sentiment de recul, enfin de peur et de recul qui fait que si j'en fais, si j'ai l'envie d'en faire, je les isolerais dans mon planning pour pas qu'ils se retrouvent dans une salle d'attente bondée. » D6

Plusieurs proposaient d'ailleurs de prendre en charge ces patients exclusivement au sein de centres de santé dédiés dans lesquels ils effectueraient des astreintes. Séparer physiquement ces deux patientèles permettrait notamment, d'après l'une d'entre eux, d'éviter la stigmatisation auprès du reste de la patientèle et de limiter paradoxalement le sentiment de rejet qu'ils pourraient ressentir.

« Avoir un endroit dédié, et je pense que le patient se sentirait peut-être même plus en sé... en liberté, moins jugé parce que je pense que lui aussi quand il voit que tout le monde le dévisage en salle d'attente, je suis pas sûre qu'ils se sentent bien plutôt que... Alors que de venir à un endroit où ils se sentent tous pareil au final, ça permettrait... et puis de faire peut-être des choses en groupe, enfin voilà. » D6

b. Un aménagement de l'emploi du temps parfois nécessaire

Pour plusieurs médecins, la prise en charge de patients sous buprénorphine nécessitait un aménagement de leur emploi du temps.

Pour certains, cette nécessité d'adaptation était plutôt en lien avec la volonté de se sentir en sécurité dans son propre cabinet.

« Je reçois pas ces patients là le soir. Ils savent mes patients... Alors je sais pas est-ce qu'une encore une fois c'est des préjugés j'en sais rien, en tout cas on termine pas tous toujours aux mêmes horaires on est trois dans mon cabinet, mais du coup ce sont des patients que je reçois... Enfin ils le savent, il faut venir me voir en matinée ou en début d'après-midi, mais c'est des patients que je reçois pas le soir à 19h 20h. » FG, P4

A l'inverse, un médecin proposait de recevoir ses patients sous buprénorphine en fin de journée afin de leur consacrer plus de temps de consultation si nécessaire mais devait s'adapter à l'horaire de fermeture de la pharmacie référente.

c. Le besoin d'une grande disponibilité

Plusieurs médecins témoignaient du temps et de la disponibilité nécessaires à la prise en charge substitutive, en particulier les premières semaines suivant l'initiation du traitement. Une fois le patient stabilisé, le cadre légal de prescription imposant une prescription pour une durée d'un mois maximum impliquait une multiplicité des consultations par rapport au suivi des autres maladies chroniques.

« Parce que ça veut dire qu'il faut être réactif au début, il faut être très disponible » M4

Ainsi, l'aspect chronophage de cette organisation pouvait poser problème dans un contexte démographique médical déjà tendu.

« A [nom de ville] il y a 7000 patients qui n'ont pas de médecin traitant. Vous imaginez, les usagers c'est pas les premiers qu'on prend » D5

Pourtant, bien que la fréquence des renouvellements imposée par le cadre légal puisse être difficile à organiser dans une pratique de médecine générale, la durée de la consultation de renouvellement d'un patient déjà connu et suivi du cabinet n'était pas nécessairement longue et permettait même parfois de rattraper un éventuel retard sur le planning.

d. Des difficultés à garantir une continuité des soins

L'organisation en cabinet de groupe était souvent régie par une politique commune, dans laquelle il était parfois convenu d'avance de refuser les prises en charge addictologiques afin de satisfaire à l'ensemble des médecins exerçant dans le cabinet.

« Lorsque je me suis installé avec eux dans le cabinet, elles m'ont dit en fait « on essaie d'éviter le suivi des toxicos » » M7

Ainsi, le refus de patients sous MSO par certains médecins résulterait de leur volonté d'éviter d'impacter l'exercice de leurs confrères en leur imposant une pratique qui ne leur conviendrait pas en cas d'absence.

Un médecin expliquait devoir limiter leur pratique substitutive pour ne pas risquer de mettre en difficulté les médecins qui devraient assumer leurs patients à leur départ à la retraite.

« Alors moi l'une des grandes difficultés là maintenant c'est que normalement je pars à la retraite dans un an, donc je veux pas augmenter ma file active parce que je vais avoir du mal à reprendre ce que j'ai, c'est un peu un sujet d'inquiétude, donc du coup c'est un peu compliqué pour moi d'augmenter la file active. Mais en même temps voilà, ils sont un peu en désarroi, c'est toujours un peu le problème hein, qui c'est qui va les prendre en charge. C'est compliqué. » M5

En effet, trouver des confrères prescripteurs constituait un défi supplémentaire, illustré par la difficulté à assurer une continuité des soins en cas de déménagement du patient.

Les journées d'absence au cabinet ou bien les départs en congés annuels du médecin référent demandait également une adaptation de l'organisation, les médecins remplaçants n'étant nécessairement à l'aise avec la prise en charge de ces patients.

3. Une implication professionnelle variable

Selon certains médecins, la prise en charge de patients sous TSO restait anecdotique voire absente dans leur exercice de médecine générale au quotidien, justifiant ainsi leur absence d'investissement professionnel dans le domaine. Un médecin évoquait ne jamais avoir repéré de patients ayant un TUO dans sa propre patientèle.

Pour quelques médecins, cette absence de demande auprès des MG pouvait être en lien avec un changement de profil des consommateurs de drogues au cours des vingt dernières années ; ainsi les patients seraient moins fréquemment enclins à la consommation illégale d'opiacés que dans le passé et se tourneraient vers d'autres substances.

« Et donc en ville oui je fais des initiations de buprénorphine. Mais effectivement j'en fais beaucoup moins [...] y'a moins de consommations d'opiacés à mon avis purs, il y a plus de poly consommateurs. Y'a des gros problèmes enfin moi je trouve que ce qui ressort le plus en ce moment c'est la cocaïne, le crack et la kétamine. Et puis toutes les drogues de synthèse par internet qui sont quand même aussi devant les dépendances aux opiacés purs [...] l'héroïne est souvent là pour gérer les descentes de crack, enfin c'est tout à faire une

autre prise, en rave party c'est toujours des poly consommations, enfin donc on a vraiment, un profil de patients qui a changé » M5

Pourtant, un médecin évoquait la possibilité que le désinvestissement des MG dans la prise en charge des addictions reposerait sur leur méconnaissance de la fréquence de cette pathologie au sein de leur patientèle. Celle-ci étant largement sous-estimée en médecine générale, l'une des clefs résidait d'après lui dans la communication au sujet de l'omniprésence de l'addiction, aux opioïdes légaux notamment, en plus des autres addictions.

« Si on veut faire rentrer le MG dans le champ, il faut aussi lui expliquer qu'il a une tonne de patients addict dans sa clientèle, et il le sait pas. » M6

Ce médecin prenait effectivement l'exemple de la mobilisation des MG américains entraînée par la prise de conscience de l'enjeu de l'addiction à la kétamine.

Quoiqu'il en soit, le manque de temps des MG justifiait qu'ils priorisent leur formation au sujet de problématiques plus fréquentes. Ainsi, une éventuelle actualisation des connaissances n'était justifiée que s'ils se retrouvaient confrontés à la demande.

« On se forme que quand on est confronté à la question, si on n'y est jamais confronté ben on va pas se former gratuitement. » M1

Ainsi, un médecin ayant mis en place des formations médicales continues dès la mise sur le marché des MSO a constaté un désinvestissement progressif des médecins dans la formation à cette discipline, qu'il attribuait à l'augmentation de leur charge de travail.

« Non on peut plus parce qu'aujourd'hui ça n'intéresse pas grand monde de faire de la substitution. Le problème des médecins c'est, comme vous le savez très bien, il n'y a pas beaucoup de médecins, ils sont surchargés de plein de choses donc aller se charger de consultations qui vont leur prendre du temps et qui vont être potentiellement difficiles, ben il y a pas foule hein ! » D7

Ceci expliquait, d'après un médecin, que ce thème ne soit que rarement proposé par les organismes de formation continue.

C. La volonté de conserver son identité professionnelle

1. L'ambition de « rester généraliste »

Une grande partie des médecins interrogés associait la pratique substitutive à la crainte de se retrouver débordé sous le poids des demandes de prise en charge par les patients, dès lors que cette pratique serait connue par les concernés, ou même par leurs confrères généralistes. Cet afflux de patients pouvait alors compromettre la variété de leur pratique qui caractérise leur métier.

Un médecin rapportait notamment sa crainte au moment de son installation de devoir intégrer dans leur pratique une forte activité d'addictologie en s'associant à des praticiens prescripteurs fréquents de buprénorphine.

« Mais c'est vrai qu'à un moment je me suis dit « mais dans quel cabinet je me suis installée, est-ce qu'elles font pas ça de manière trop systématique, moi aussi je vais être obligée de le faire » M2

Certains médecins interrogés exprimaient également cette crainte d'être étiqueté addictologue auprès de leurs confrères.

« J'ai pas envie de devenir l'addicto de référence, j'ai pas envie qu'on vienne me voir que pour des problèmes d'addiction, donc pour le moment j'en reste là (...) j'aimerais pas non plus que ce soit l'essentiel de mon activité, comme je vous le disais j'ai pas envie de me transformer en addicto » M2

Par ailleurs, plusieurs participants mentionnaient l'existence d'un système de communication de « bouche-à-oreille » parmi les patients sous MSO, à travers lequel la diffusion de leur nom en tant que prescripteur pouvait entraîner un risque d'augmentation des demandes. Pour certains, ce risque était rédhibitoire et justifiait l'absence de prescription.

Dès lors que ce risque « d'envahissement » était jugé tel qu'il pouvait compromettre la poursuite d'un exercice diversifié, plusieurs médecins expliquaient avoir mis fin à la prise en charge de ces patients, en les réorientant, ou à l'extrême en déménageant leur cabinet.

« Et donc j'ai envoyé à ses confrères là parce que justement moi j'avais peur de cette pression que ce type de relation pouvait exercer sur moi. Je me disais peut-être que je vais pas être assez fort, ils vont se donner le mot, ils vont tous venir à mon cabinet, c'est pas loin de [quartier] ils vont tous venir là et-moi comment je vais faire... Et du coup moi je les envoyais plus loin. Et ceux qui voulaient rester avec moi j'étais leur médecin traitant, mais j'étais pas leur addictologue. » FG, P1

Un médecin prescripteur de buprénorphine niait cependant la véracité d'un potentiel risque d'envahissement par les patients et rapportait une pratique substitutive très bien intégrée à son exercice.

« Je sais que c'est une crainte qu'on entend souvent, que, oui... le nombre de fois où j'ai entendu « ces patients-là » avec des guillemets... « tu vas voir t'auras que de ça » ... Non mais ! C'est pas vrai quoi. » M3

2. La limitation du nombre de patients

Ainsi, cette volonté de conserver un exercice diversifié et épanouissant conduisait à l'élaboration de stratégies pour façonner son activité en addictologie à sa manière, en

fonction de l'équilibre professionnel et personnel souhaité. Dans un premier temps, il s'agissait de réguler le nombre de patients pris en charge pour motif de TUO.

Un médecin dont le confrère associé recevait beaucoup de patients sous MSO évoquait une véritable lutte pour limiter le nombre de patients. Un autre décrivait user de discrétion parmi ses confrères généralistes et addictologues en ne précisant pas qu'elle pratique la substitution, afin d'éviter qu'on lui adresse des patients.

L'un des médecins refusait les prises en charge-relais proposées par les centres.

« Si je suis sollicité par le CSAPA pour décharger un petit peu leurs patients, ben je vais leur dire c'est pas mon activité hein, enfin moi je fais de la médecine du sport vous comprenez bien que c'est pas du tout le type de patient que je prends en charge » M7

Une autre, investie dans le suivi addictologique, avait développé une activité hospitalière pour ne pas mettre en péril l'équilibre son exercice.

« Ce qui m'a poussé à aller à l'hôpital, parce que j'ai commencé en 2012 à l'hôpital, c'est que je voulais plus augmenter ma file active en ville dans la mesure du possible, parce que je suis passionnée par la médecine générale et que je voulais pas avoir que ces problèmes-là dans ma file active. Donc à un moment donné j'ai trouvé que l'équilibre était un peu atteint. » M5

La situation de dépannage constituait pour certains la seule entorse envisageable à leur refus de prescription. Souvent, le patient devait justifier cet impératif, le renouvellement était de courte durée, et le patient devait par la suite en référer à son médecin habituel.

Accepter le renouvellement ponctuel d'un patient inconnu du cabinet constituait parfois un moyen le réorienter sans pour autant se mettre en position d'opposition face à sa demande et éviter une éventuelle mise en danger.

Pour finir, certains médecins faisaient le choix de restreindre leur prise en charge exclusivement aux demandes des patients issus de leur propre patientèle.

« Si c'est mes patients il y a pas de problème quoi [rires] [...] A un moment donné il faut dire stop il faut suivre que les malades qu'on voit et... Envoyer aux autres » D1

3. L'éviction des prises en charge complexes

En plus de réguler le nombre de patients pris en charge, les médecins interrogés s'appuyaient sur des critères pour sélectionner les patients qu'ils acceptaient de prendre en charge, selon leurs compétences et l'activité souhaitée.

Un certain nombre de médecins exprimaient préférer, contrairement au schéma classique intégrant le MG comme acteur de premier recours, ne prendre en charge les patients qu'en

cas de relais d'une prise en charge déjà cadrée par un centre spécialisé. Les prises en charge complexes étaient ainsi filtrées ou stabilisées, pour ensuite laisser au MG des patients plus simples à gérer.

Plusieurs médecins évoquaient notamment l'expertise du centre qui permettait de prendre en charge les patients dans leur globalité et leur complexité, ce que le MG ne se sentait pas en mesure de faire.

Ainsi pour certains, il n'appartenait pas au MG d'initier le traitement substitutif ni de gérer les difficultés liées à sa mise en place, ce qui justifiait une réorientation d'emblée des patients en demande.

« On m'a donné les armes pour me donner une consultation je trouve de suivi et de prescription mais je trouve que ça reste quand même du domaine du spécialiste que d'évaluer vraiment le niveau de dépendance, quel traitement il faut par rapport aux antécédents par rapport aux consommations par rapport à tout ça... moi je veux bien leur laisser ça... » M2

De même, les patients ayant des comorbidités psychiatriques ou les poly consommateurs de drogues pouvaient également justifier une réorientation vers un centre spécialisé.

« C'est souvent la psychiatrie qui me fait adresser, après, les poly consommateur je pense qu'il faut être un peu armé vis-à-vis des poly consommateurs, les crackers, les cocaïnomanes, je pense que pour le libéral c'est un petit peu compliqué, on n'a pas d'outils pharmacologiques » M6

En revanche, le suivi du patient équilibré sur le plan médicamenteux était plus acceptable.

« Je crois que mon rôle se limite à peu près à ça, donc en fait c'est des patients que je suis depuis 2 ans que je suis installée qui viennent tous les mois pour leur substitution, et heu du coup je les renouvelle, des fois on discute des petites « ajustations » mais en gros voilà, c'est des consultations mensuelles avec ces patients-là bien cadrés. [...] c'est plutôt des patients déjà cadrés » M2

Au-delà de la complexité purement médicale, les difficultés sociales pouvaient constituer un frein à la prise en charge en médecine générale. Un médecin expliquait en effet n'accepter de prendre en charge que les patients insérés socio-professionnellement.

Partie 4 - Pistes d'amélioration

A. Des solutions d'accès aux compétences

1. Uniformiser et renforcer la formation initiale

Pour la majorité des participants, l'addictologie devait impérativement s'intégrer à la formation initiale de médecine générale.

Effectivement, cette formation précoce permettrait de combattre d'éventuels préjugés avant qu'ils ne s'ancrent dans la pratique professionnelle.

« Ça leur permet aussi je pense de faire tomber certains clichés et certains a priori qu'on a tous hein, on l'a tous évoqué, sur ce type de patients. » FG, P5

Cette formation initiale permettrait ainsi de dédramatiser d'emblée la prise en charge de ces patients en la rapprochant de celle des autres maladies chroniques.

« En tout cas c'est ce que moi j'essaye de faire passer auprès des étudiants, que il faut pas s'en faire une montagne, et que en fait c'est pas un truc très bizarre, ésotérique, « ouh la la on est en train de parler de buprénorphine », non c'est voilà un traitement chronique. » D5

En plus de la formation addictologique proprement dite, un médecin considérerait que la prise en charge adéquate de ces patients était sous tendue par la capacité à mener une consultation psychosociale complexe, faisant partie intégrante du quotidien du MG. Ainsi, former des jeunes médecins à l'addictologie passait prioritairement par l'apprentissage de l'approche globale inhérente à leur métier.

« Donc pour moi, ce qu'il faut faire, c'est éduquer à ce qu'est une consultation médico psycho socio culturelle de qualité » M4

2. Faciliter un accès rapide aux connaissances nécessaires

Plusieurs pistes ont toutefois été évoquées pour aider les médecins non-initiés à intégrer progressivement la substitution à leur pratique.

Plutôt qu'une formation théorique décontextualisée, un accès facile à des informations pratiques susceptibles d'apporter une réponse adaptée à leurs difficultés constituerait d'après plusieurs médecins le meilleur moyen pour favoriser leur engagement dans ce domaine.

« Par contre le jour où ils ont un patient où ils sont en difficulté s'ils ont pas la ressource tout de suite, avec vraiment une formation in situ ils vont lâcher histoire. Donc je pense

que la formation aujourd'hui doit passer par ça, vraiment. Avec un guide à lire avec un truc, un appel, une espèce de plate-forme, et on arrive là. » M6

Plusieurs médecins ont évoqué l'idée de diffuser aux médecins les coordonnées d'un interlocuteur local référent.

Un médecin particulièrement impliqué en addictologie avait pour projet de développer un système de soutien téléphonique sectorisé à l'échelle nationale par des professionnels spécialisés pour permettre un recours rapide pour les MG à des conseils personnalisés.

« Je pense que demain, s'il y a des jeunes comme vous qui se lancent dans l'histoire et qui discutent, on crée une plate-forme par région, avec tout le temps un interlocuteur qui peut répondre et faire une formation en 4 minutes sur site face au patient, je pense que c'est la formation la plus intéressante qui puisse exister. » M6

De façon plus informelle, un médecin racontait son expérience d'intégration à un réseau local dans lequel un médecin addictologue était en lien avec les différents médecins du secteur et répartissait équitablement les patients entre ces médecins pour le relai de la prise en charge. Le médecin addictologue était ensuite disposé à répondre aux sollicitations de ces médecins pour toute demande de conseils en cas de difficultés. L'existence d'un réseau similaire sur son nouveau lieu d'exercice renforcerait selon lui son engagement dans la substitution.

« L'organisation que j'avais dans l'endroit où je travaillais c'était pas mal et je pense que si on pouvait faire quelque chose comme ça moi ça me gênerait pas d'assurer 4-5 suivis régulièrement, dans un réseau. Je suis pas seul, je sais quelles sont les limites que je peux atteindre. Moi il n'y a pas de problème. » D3

La disponibilité de son confrère addictologue constituait d'après lui un moteur pour son engagement auprès de ces patients.

De façon plus théorique, la diffusion de référentiels de bonne pratique proposant des prises en charges selon plusieurs situations ou profils de patient pourrait permettre aux médecins d'obtenir plus aisément des informations adaptées à leur cas.

Dans cet objectif, l'accès à un site d'aide à la prescription a été proposé comme outil de diffusion de ces recommandations.

En plus de la formation individuelle et du renforcement de la collaboration avec les centres et les spécialistes addictologues, une solution de collaboration locale était évoquée par plusieurs médecins. Effectivement, le travail en partenariat avec une infirmière Asalée constituait d'après eux une des principales pistes de soutien accessible aux MG, à l'échelle d'une structure de santé. Les compétences de ces infirmières en matière de suivi de maladies

chroniques permettaient d'après eux de compléter la prise en charge médicale et d'améliorer significativement la prise en charge de ces patients.

B. Tendre vers l'acceptation de ses propres limites

Les problématiques du sentiment d'impuissance et de la peur de l'échec ont conduit plusieurs interrogés à se questionner sur les raisons de ces ressentis.

Un médecin évoquait le potentiel impact de cette réflexion sur la vision de sa propre profession. Cette introspection pouvait constituer pour les médecins une menace à l'image quasi-héroïque qui pouvait avoir conduit au choix de ce métier.

« Au-delà de tout ce qui aurait à faire c'est aussi questionner notre rapport à l'addicto parce que je pense que ça concentre pas mal nos ambiguïtés de médecin, on se dit sauveur du monde pour être extrêmement caricatural, [...] le patient addicto [...] on va vraiment le voir de près quand il rechute hein, et ça va être assez violent, et ça vient nous, peut-être nous bombarder dans nos convictions intimes de médecin, de sauver les gens parfois contre leur gré. Ça nous bouscule parfois dans nos convictions, de pourquoi on fait ce job. Et clairement on est impuissants parfois, on est clairement impuissants, on a nos petits moyens, nos petits outils et... Je pense que ça questionne, ça peut questionner la vocation d'un médecin. » FG, P3

D'après un médecin, la clé paraissait reposer sur l'acceptation par le médecin de ses propres limites et de celles des patients. Le vécu de l'échec semblait expliqué par l'influence d'un modèle dans lequel le patient devrait théoriquement obéir aux exigences du médecin, et la remise en question de cette vision paraissait être la solution pour tendre vers un plus grand épanouissement professionnel.

« C'est peut-être avoir une vision différente de ce patient, accepter les échecs, accepter que c'est pas un super patient qui va accepter tout ce qu'on lui demande, qui va adhérer 100% à notre traitement, qui va nous suivre et nous dire « mais oui allez-y, continuez à me donner des conseils j'ai envie de », quoi qu'il y en a aussi et du coup ça m'interpelle, et je pense que peut-être que si j'ai des difficultés avec ces patients là aussi c'est parce que c'est moi aussi qui doit changer ma vision des choses » FG, P4

L'approche motivationnelle a permis à l'une des médecins de remettre progressivement en question ce modèle dont sa pratique était initialement inspirée en tant qu'interne. En recentrant la prise en charge sur les motivations du patient, cette vision démystifiait les pouvoirs du médecin et réduisait la pression liée à l'obligation de résultats qu'il pouvait jusqu'à lors s'imposer.

« J'étais en prat niveau 1 chez un mec qui faisait un petit peu je crois... et qui m'avait amené à une formation sur l'entretien motivationnel, et j'avais adoré cette notion et ça

colle vraiment très très bien à l'addicto donc du coup ça me permettait de... de... de désacraliser un petit peu mon rôle dans cette prise en charge, finalement c'est je pense grâce à ces notions que je suis arrivée à me mettre un petit peu à distance de mon rôle de prescripteur et d'ouvrir une consultation au patient pour qu'il puisse me parler, pour qu'ils puissent eux prendre possession de leur prise en charge. » M2

En plaçant les motivations du patient au centre de la prise en charge, le médecin permettait alors de rééquilibrer le rapport médecin-patient et entraînait une responsabilisation du patient dans sa propre guérison.

Ainsi, s'instaurait entre le médecin et le patient une relation basée sur le partenariat dans lequel les deux acteurs faisaient équipe face à maladie.

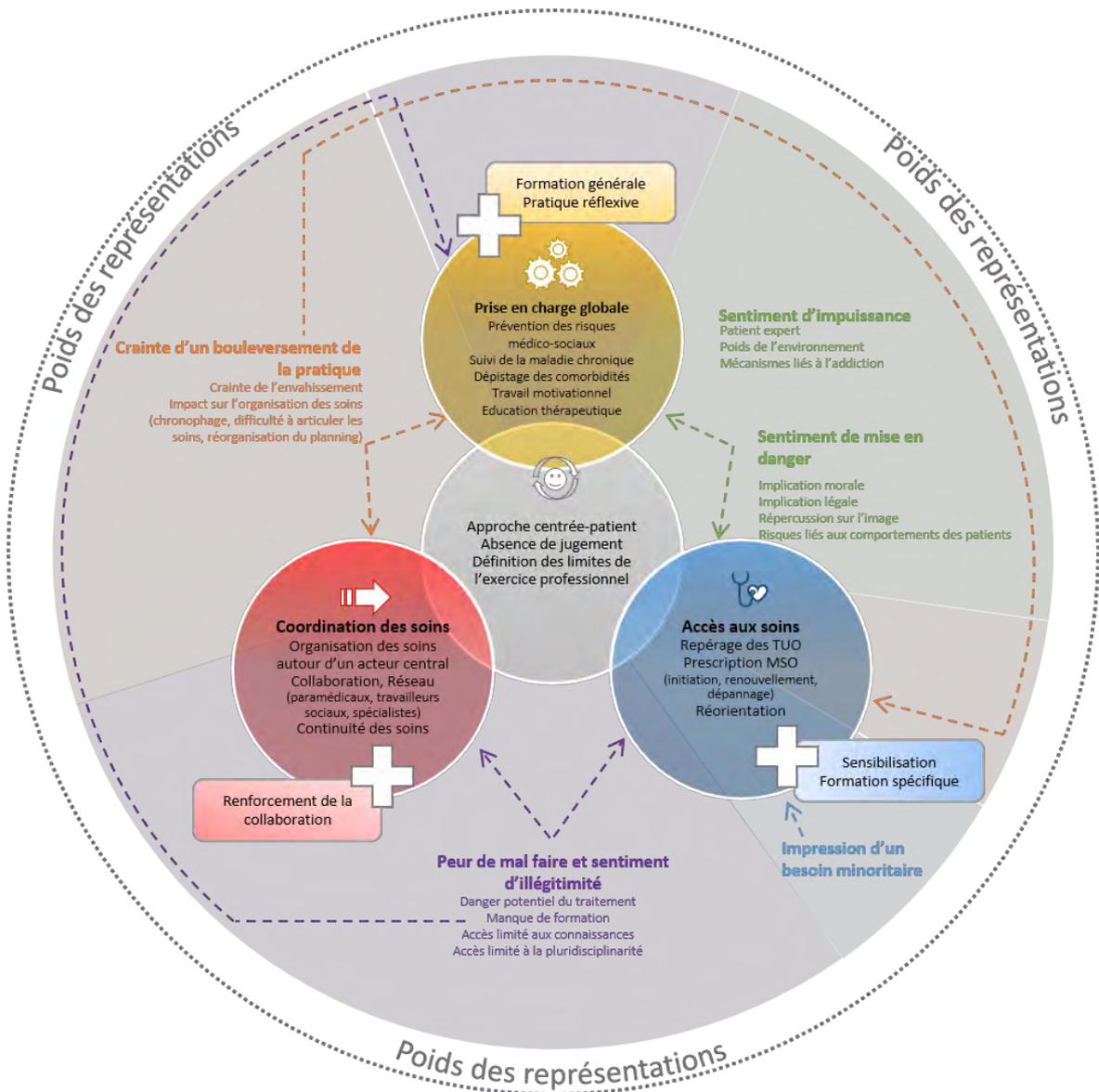
« On n'est pas policier il faut prendre le parti du patient et le défendre aussi contre ses pathologies » FG, P3

Partie 5 - Théorisation des résultats

L'ensemble des résultats de nos entretiens individuels et de notre focus group a permis de construire deux schémas visant à expliquer les clés de l'investissement d'un MG dans la prescription de buprénorphine.

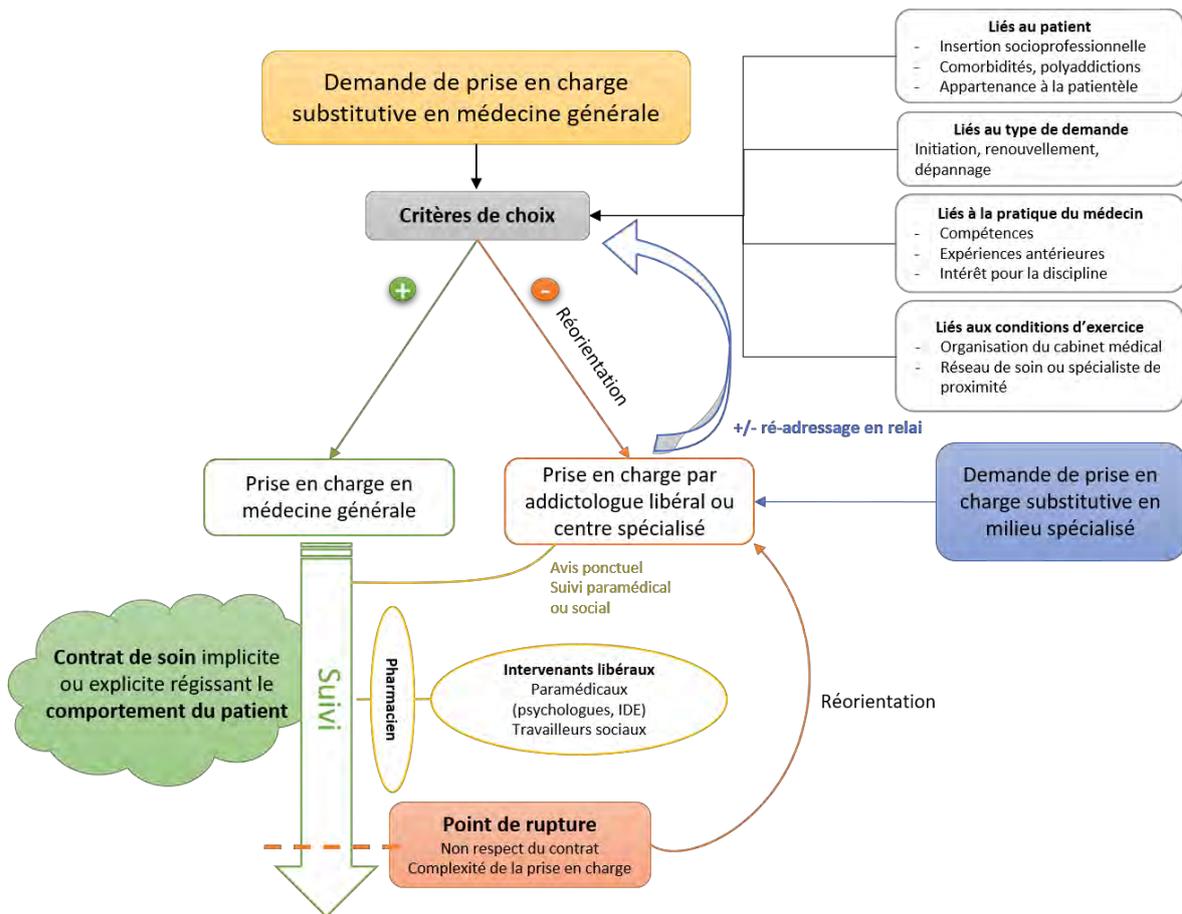
Tout d'abord, inspiré du concept symbolisé en marguerite des « compétences du médecin généraliste par le CNGE » (Annexe 6), nos résultats ont mis en évidence l'existence de compétences spécifiques au MG dans la prise en charge des patients sous buprénorphine. Si elles ont des similitudes avec les compétences nécessaires dans la prise en charge des autres pathologies en médecine de ville, elles semblent limitées par un certain nombre de freins propres au TUO : le sentiment de mise en danger, l'impression d'un besoin minoritaire, la peur de mal faire et le sentiment d'illégitimité, la crainte d'un bouleversement de sa pratique, le sentiment d'impuissance, s'associent de manière plus ou moins prégnante selon les caractéristiques individuelles, de mode d'exercice et de formation du médecin, pouvant le pousser à se désinvestir de la prise en charge des patients de TUO. Le poids des représentations semble alors revêtir un rôle particulièrement important et influencer l'ensemble de la prise en charge. A l'inverse, la formation, la sensibilisation et le renforcement de la collaboration semblent favoriser pour le médecin un exercice serein et épanouissant, dont il a pu définir des limites qui lui sont propres et qu'il accepte, afin de garantir une prise en charge adaptée au patient et à sa situation.

Figure 1 : Influence des freins et des leviers sur les compétences du MG dans la prescription de buprénorphine



Ainsi, en réponse aux limites suscitées, nos résultats ont également mis en exergue l'existence de stratégies permettant aux MG de réguler leur activité de prescription substitutive. Ce contrôle revêt un double niveau de sélection de patients et donne lieu à l'adaptation de leur exercice à leurs propres limites.

Figure 2 : Stratégies de régulation de l'activité substitutive par les MG



Discussion

Synthèse des principaux résultats de l'étude

Les différents entretiens individuels et la discussion en focus group ont permis de mettre en lumière les différents déterminants à l'implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine.

Les représentations négatives des patients associées au sentiment de mise en danger physique et déontologique, le sentiment d'impuissance, la crainte d'un bouleversement de la pratique et le sentiment d'incompétence apparaissaient au premier plan des facteurs de désinvestissement de la prescription de buprénorphine. A l'inverse, le renforcement de la formation initiale et la facilitation de l'accès aux outils d'autoformation et à la pluridisciplinarité, la considération du TUO comme une maladie chronique avec l'application d'une approche motivationnelle centrée patient, la définition et le respect de ses propres limites dans l'exercice substitutif, la sensibilisation à la fréquence de l'usage problématique des opioïdes antalgiques semblent constituer des facteurs clés d'investissement.

Forces et limites de l'étude

A. Forces

Le schéma mixte de notre étude est original et permet d'étudier un même sujet à travers deux approches complémentaires. A notre connaissance, il n'existe à ce jour aucun travail de recherche s'intéressant à l'implication des médecins généralistes proposant ce schéma d'étude. La double modalité d'entretiens a également permis de recueillir des données selon deux angles complémentaires. Les entretiens individuels ont cherché à favoriser au maximum la sincérité des échanges à travers une discussion à deux. Les questions de relances s'adaptaient à chaque discours des interrogés et ont permis d'ajuster le guide en fonction des données de terrain. Le focus group a apporté, via la dynamique des échanges et débats, une confrontation d'idées et de visions complétant les données d'entretiens individuels, et confirmant certains mécanismes et déterminants évoqués jusqu'alors.

La triangulation des chercheurs à chaque étape du codage et de l'analyse permet de renforcer la validité interne de notre étude. De même, la confirmation par le dernier entretien et le focus group de l'absence d'émergence d'idée nouvelle conforte la suffisance des données au terme de l'analyse. L'échantillon des médecins interrogés est varié sur de nombreux paramètres. La sollicitation directe des médecins selon leurs caractéristiques plutôt que la réalisation d'un appel à volontaires a permis d'inclure des médecins habituellement non

investis dans la substitution qui ne se seraient peut-être pas spontanément proposés pour participer.

B. Limites

Il s'agit de notre première expérience de recherche avec une méthodologie qualitative. Ce manque d'expérience a pu favoriser l'émergence de biais lors du recueil et l'analyse de données. Notre capacité à mener les entretiens s'est construite progressivement et, malgré nos efforts pour maintenir une attitude neutre, nous avons pu influencer la réponse des interrogés par notre formulation des questions. De plus, la réalisation d'entretiens en visioconférence imposée par le contexte sanitaire a pu altérer la fluidité des échanges et occasionner un biais lors du recueil des données non verbales.

Compte-tenu des préjugés entourant l'addiction aux opiacés, il est possible que nos entretiens fassent l'objet d'un biais de désirabilité sociale inhérent à la perception qu'ont les médecins de ce qui est dicible ou non. Ce biais déclaratif reste toutefois limité par la garantie de l'anonymat des participants.

Pour finir, l'échantillon constitué ne balaye pas l'ensemble du territoire national en termes de lieu d'exercice. La vision de médecins travaillant dans des zones géographiques différentes aurait peut-être permis de soulever d'autres problématiques spécifiques à l'organisation et au développement local des soins ou permettre de réfléchir à des solutions de terrain.

Discussion autour des résultats

A. Freins à la prescription de buprénorphine appuyés par la littérature

Les médecins généralistes interrogés à titre individuel ou au cours du focus groupe ont soulevé des obstacles à la prise en charge des patients ayant un TUO concordants avec les données de la littérature.

En effet, un travail réalisé en 2001 auprès des médecins généralistes français par l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT) s'était déjà interrogé sur les déterminants à leur implication professionnelle dans la substitution. La formation, l'interaction avec le patient sous TUO (le fait de bien le connaître, sa motivation, sa personnalité, la relation de confiance), le manque de temps, la crainte de violences, le poids des représentations (crainte de devenir un médecin dealer, crainte pour l'image du cabinet) ainsi que l'interaction avec un réseau multi disciplinaire et l'accès à des structures de soins apparaissaient déjà comme des éléments essentiels. (59) D'autres travaux de thèse

ont par la suite identifié des obstacles communs à ceux que nous avons pu isoler dans notre étude.

1. Un sentiment d'impuissance

Certains médecins interrogés déplorent l'importance de la place occupée par le patient dans le processus décisionnel concernant ses objectifs de soin et l'adaptation de son traitement ainsi que l'impact restreint de leurs interventions, responsables d'une perte de « contrôle » sur la prise en charge.

L'expertise du patient semble tout d'abord lui apporter une plus grande légitimité dans les prises de décision sur sa santé que le médecin doit apprendre à intégrer à sa propre vision, comme souligné par l'OFDT en 2012. (60) Ce vaste savoir acquis par l'expérience apparaît relativement spécifique au TUO, et peut sans doute en partie s'expliquer par la durée de la période au cours de laquelle le patient vit sa maladie en dehors de tout soin médical : en moyenne, onze ans d'écoulent entre la première consommation d'opioïdes et la prise en charge. (61)

Par ailleurs, certains mécanismes psycho-comportementaux propres au trouble de l'usage d'une substance sont susceptibles de constituer des freins supplémentaires à la prise en charge des patients. Plusieurs participants, et particulièrement les médecins impliqués dans la substitution, semblent distinguer deux « catégories » de patients : ceux à l'initiative de la démarche de substitution et donc conscients de leur maladie et prêts à entrer dans une démarche de soins, de ceux à la recherche des effets d'un produit, n'ayant pas dépassé le stade de déni ou de « pré-contemplation » selon Prochaska (62). Concernant cette deuxième catégorie de patients, le déni de la maladie apparaît comme un frein impossible à supplanter et une intervention de la part des médecins généralistes est souvent jugée inutile, comme conforté par une précédente étude. (63) Les incidents de parcours ou les situations de rechute, qui peuvent faire partie de l'évolution de la maladie addictive, apparaissent également comme source de frustration. De la même façon, l'absence de sevrage médicamenteux peut contribuer au sentiment d'échec. (64) La répétition de ces échecs pouvait alors être à l'origine d'une lassitude. (63)

De ces éléments découle un sentiment général d'impuissance voire d'inutilité chez ces médecins dans la mesure où leur place dans l'initiative du changement leur paraît dérisoire car très dépendante de l'histoire du patient, ainsi que de son environnement. Un précédent travail de thèse qualitative réalisé en 2012 auprès d'internes de médecine générale parisiens évoquait en effet l'existence d'une frustration chez le jeune praticien dans le cadre de la prise en charge par substitution. Son rôle d'intervention limité à l'accompagnement le

bouleversait dans son idée de « toute puissance du médecin » et pouvait être à l'origine d'une souffrance. (65)

2. La crainte de la « toxicomanie » : entre stéréotypes et vécu

a. Le poids des représentations

Qu'il s'agisse des études menées auprès des généralistes installés ou des internes en médecine générale, les représentations sociétales concernant les patients ayant un TUO semblent particulièrement impacter les médecins dans leur exercice. (65)

Les usagers de drogues illicites font l'objet d'une très forte stigmatisation, plus encore que les patients ayant une addiction à l'alcool. (66,67) Ils sont régulièrement perçus comme indignes de confiance voire dangereux, et cette image ne semble pas s'améliorer à l'échelle de la société. D'après un rapport de l'OFDT, les usagers d'héroïne sont perçus comme étant un danger pour leur entourage pour 87% des Français en 2012, contre 84% en 2008 et 74% en 1999. (68) La dernière enquête EROPP (enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) de 2018 fait par ailleurs état d'une persistance des stigmatisations sociales : en effet les usagers d'héroïne sont considérés de manière ambivalente, à la fois comme des délinquants et comme des victimes. (69) D'ailleurs, entre 1999 et 2008, la notion selon laquelle un usager d'héroïne est une personne malade tend à être de moins en moins communément admise, et 24% des Français ne les considèrent plus tels quels contre 51% en 1999. (70)

Un précédent travail étudiant les freins à la prise en charge des consommateurs d'héroïne chez des médecins généralistes de la région rouennaise présentait l'a priori négatif concernant le patient toxicomane comme un obstacle majeur à leur implication dans la substitution. Les médecins ne se heurtant jamais à ces patients les imaginaient comme dangereux, manipulateurs, et malhonnêtes et ces représentations étaient souvent à l'origine de leur refus de soin. (71) Tout comme dans la société au sens large, les médecins généralistes considèrent que le TUO était moins associé à une maladie chronique que le diabète de type 2. (72)

En dehors de l'image du patient lui-même, la buprénorphine présente elle aussi une image altérée et son assimilation à une drogue légale est parfois une source d'inquiétude pour le prescripteur. (73,74)

D'après certains addictologues, l'ensemble de ces représentations négatives de la part des médecins généralistes associée à la résistance à la confiance des patients pourraient gêner le repérage précoce des TUO, à l'origine d'une « autocensure partagée ». (75)

b. Le sentiment de mise en danger

Qu'il s'agisse de préjugés ou de craintes renforcées par la confrontation aux comportements de certains usagers menaçant leur intégrité physique, déontologique et leur image, la plupart des interrogés nous ont fait part d'un sentiment de mise en danger associée à la prise en charge des patients ayant un TUO, appelé par certains auteurs « l'addictophobie ». (32)

Le vécu ou la répétition d'expériences négatives face à des patients ayant un TUO pouvait effectivement renforcer les a priori initiaux et conduire les médecins à mettre définitivement un terme à leur engagement dans la prise en charge de ces patients. Dans une étude similaire à la nôtre, les comportements des patients (manipulation, de détournement des prescriptions vers le réseau secondaire, de perturbation de la consultation (retard, intrusion dans l'emploi du temps), d'immission dans la sphère privée ou bien d'agressivité verbale et physique)) avaient également conduit certains médecins à réduire voire abandonner leur activité substitutive. (71)

En outre, l'impact potentiel sur son image en tant que professionnel, l'image du cabinet voire la crainte d'être associé à un « dealer en blouse blanche » ont été largement évoqués dans nos résultats et dans de précédents travaux, y compris ceux interrogeant des internes encore en formation. (65) Malgré un recul progressif des comportements de nomadisme médical (39), il persiste en France « une crainte assez significative de la revente des traitements au marché noir et des conséquences judiciaires pour le médecin ». (39,76)

3. Le manque de formation

Le manque de formation est constamment évoqué et souvent placé en tête dans les travaux étudiant les freins à la prescription de MSO par les médecins généralistes. (77–80) Une étude récente révèle que près de « deux tiers des médecins généralistes qui initient des prescriptions de TSO et 35 % de ceux qui effectuent uniquement des renouvellements de prescriptions se considèrent suffisamment formés dans ce domaine ». (81) Concernant la formation initiale en addictologie, celle-ci est effectivement proposée de manière très inéquitable selon les régions et parfois inexistante au sein du programme de troisième cycle. (72) S'agissant de la formation continue, celle-ci se heurte à une problématique évoquée dans notre travail et dans la littérature : celle de l'impression d'un besoin restreint au sein de la patientèle limitant la volonté de s'y impliquer, eu égard à l'évolution de la démographie médicale impliquant une augmentation de la charge de travail des médecins exerçant en zone sous dotée, nécessitant de privilégier la formation au sujet de problèmes jugés prioritaires. (82)

4. Une prise en charge complexe et chronophage

La grande majorité des participants semble s'accorder sur l'absolue nécessité d'être entouré d'un réseau de professionnels paramédicaux et de spécialistes pour offrir aux patients une prise en charge complète et adaptée. Ce besoin de pluridisciplinarité s'explique notamment par l'intrication complexe des dimensions biologiques, psychologiques, sociales qui caractérisent le patient souffrant de TUO. (71,76) Ces consultations sont considérées chronophages (65,71) et nécessitent une grande disponibilité et un temps de consultation adapté, temps dont les médecins généralistes semblent particulièrement manquer. Si la question de l'inadaptation de la rémunération à l'acte pour ce type de consultation n'a pas été soulevée par nos participants, elle a pourtant déjà été évoquée par d'autres études préalables. (63,65)

Un sentiment d'isolement lié à un manque de coopération avec les réseaux existants a ainsi été fréquemment retrouvé dans différentes études. (63,71,76)

B. Régulation de l'activité substitutive par les MG : mécanismes et modélisation

Parmi notre population d'étude, trois profils de médecins semblent émerger. En premier lieu, certains praticiens ne souhaitent pas développer leur activité substitutive et se limitent à la prise en charge des patients appartenant leur propre patientèle. Un autre groupe de médecins est davantage impliqué dans le réseau local et accepte de prendre en charge, à des degrés divers, des patients en premier recours ou en relai. Enfin, plusieurs praticiens ont complètement abandonné la prescription de buprénorphine suite à des difficultés relationnelles avec les patients.

Il apparaît donc qu'il existe une grande diversité en termes de niveau d'implication des médecins concernés. Afin de garantir un exercice conforme à leur mode de fonctionnement et à leurs valeurs, les médecins généralistes semblent ainsi effectuer une régulation de leur activité selon un double procédé : une sélection initiale selon un ensemble de critères dépendants du patient et de sa demande, de la pratique du médecin, de ses représentations et de ses conditions d'exercice ; l'exclusion de certains patients en cours de suivi qui n'auraient pas respecté les règles, tacites ou énoncées, d'un contrat de soin encadrant la prise en charge et ceux dont la prise en charge deviendrait trop complexe. La modélisation de cette stratégie correspond à la figure 1.

Tout d'abord, malgré leur position habituelle de premier recours, la plupart des médecins généralistes considère que seule la prise en charge d'un petit nombre de patients substitué est compatible avec leur activité d'omnipraticien. La crainte que le bouche à oreille concernant leur qualité de prescripteur de MSO risque d'augmenter fortement le nombre de

demandes et justifie donc de limiter le nombre de patients qu'ils acceptent de voir, et notamment en faisant preuve de discrétion. A noter que le contexte démographique médical tendu peut également participer à cette volonté de limiter le nombre de patients. Plusieurs interrogés ont effectivement soulevé le problème de la diminution de l'offre de soin dans certains territoires qui pouvait constituer un obstacle à l'accès au traitement pour les patients demandeurs de substitution. Dans un travail de thèse récent, les auteurs évoquent une augmentation des pratiques de tri par les médecins généralistes liée à la désertification médicale. (83) Cette stratégie de tri des patients fait écho aux difficultés plus générales en lien avec le rôle de pivot du médecin généraliste, et sa difficulté à trouver sa place avec l'impression parfois d'être réduit au simple rôle d'aiguilleur. Une réponse à cette frustration est parfois la réalisation d'un tri des patients, permettant de dégager du temps pour une spécialisation informelle selon les domaines préférés. (84)

Une fois la prise en charge initiée, l'application d'un contrat de soin ou « contrat thérapeutique » est une notion largement abordée dans la littérature. Historiquement, celle-ci est apparue avec la loi de 1970 ayant instauré le soin pour les usagers d'opioïdes. L'accès au traitement était alors conditionné par l'adhésion stricte au protocole de soin, en alternative à la répression. En 1998, la Haute Autorité de Santé (HAS) énonçait dans un texte de recommandations la nécessité d'un engagement mutuel entre patient et médecin à l'issue d'une négociation visant à déterminer les règles encadrant la prise en charge. Si ces considérations ont évidemment évolué depuis 25 ans, plusieurs études quantitatives et qualitatives plus récentes ont souligné l'importance de ces règles dans le cadre de la substitution, dont le respect apparaît déterminant dans la prise en charge et la poursuite des soins. (59,76,78,85)

L'élaboration de ce contrat s'explique par la place essentielle de la confiance dans la relation de soin et la nécessité de formuler des règles pour en définir les limites. En effet, les enjeux judiciaires et déontologiques reposant sur la prescription de stupéfiants et apparentés, les stigmatisations portant sur les usagers d'héroïne ainsi que le vécu de comportements négatifs par certains praticiens sont source d'une grande méfiance, qui semble spécifique aux TUO.

Ces résultats font écho à plusieurs travaux de recherche en sociologie abordant la notion de sélection en médecine de premier recours (85,86), et notamment celui de Mme Lise Dassieu s'intéressant aux pratiques de tri exercées par les médecins généralistes dans le cadre de la prise en charge des patients dépendants aux opiacés. (87) D'après la sociologue, l'intégration en soin de cette patientèle serait régulièrement perçue comme une menace susceptible de compromettre la variété de l'exercice médical. Ce ressenti pourrait s'expliquer par la crainte de l'envahissement via le bouche-à-oreille d'une part, mais aussi par la peur de l'éventuelle répercussion sur le reste de la patientèle qui pourrait alors « fuir » leur cabinet. De plus, la prise en charge de ces patients pourrait mettre en péril leur sécurité physique, leur réputation

ainsi que leur responsabilité morale et juridique en lien avec d'éventuels détournements d'ordonnance. En réponse à ces écueils, les médecins procéderaient alors à une sélection ou un « tri » des patients en fonction de leur possibilité ou non à se conformer à l'activité et l'image qu'ils souhaitent préserver. Ainsi, en plus du respect de règles de « bonne conduite » propres à chaque médecin, certains éléments d'apparence physique susceptibles de refléter le milieu social dont patient est issu pourraient être pris en compte. De ce fait, les médecins octroieraient implicitement aux patients un statut basé sur les normes sociales : le « bon » toxicomane, inséré socialement et stabilisé sur le plan médical qu'ils opposeraient alors aux « mauvais » toxicomanes, dont la marginalité serait parfois perçue comme associée à un manque de fiabilité. Dès lors, les médecins acceptant la prise en charge de ces patients « indésirables » pourraient faire également l'objet de stigmatisation de la part de leurs confrères. Se faisant, cette ségrégation diminuerait les chances d'accès au soin pour ces individus.

C. Pratique substitutive et influence du genre

D'après Beck et collègues, les disparités de prescription entre médecins généralistes à l'origine de la diversité des pratiques professionnelles ne dépendent que très peu des caractéristiques des patients mais sont plutôt liées à celles des médecins (âge, genre, contexte d'exercice etc.). (88)

L'un des principaux résultats de l'étude quantitative de Barbara Lépine était l'association entre le genre féminin et le fait de ne pas être prescripteur de buprénorphine, avec une moindre prescription pour les femmes âgées de plus de 50 ans. Ces résultats sont appuyés par ceux du Baromètre Santé Médecins Généralistes qui retrouvait déjà en 2009 une implication moindre dans le suivi des usagers d'opioïdes chez les femmes par rapport aux hommes, tandis qu'elle prenaient davantage en charge les usagers de cannabis (89). D'après plusieurs travaux s'intéressant aux pratiques genrées chez les médecins généralistes, les femmes semblent plus impliquées dans la relation avec les patients et le travail en réseau. (90–93) Elles s'orienteraient davantage vers une approche éducative, d'écoute et de *counseling*, s'intéresseraient davantage aux caractéristiques psychosociales de leurs patients et auraient plus facilement tendance à orienter les patients vers des confrères ou des structures spécialisées que leurs homologues masculins.

Dans notre étude, plusieurs femmes ont évoqué leur vulnérabilité face au risque de confrontation à un patient violent. L'une d'entre elles a abandonné la substitution suite à une expérience jugée trop menaçante (introduction d'un patient dans son domicile). D'autres organisent leur planning pour s'assurer de la présence d'un collègue lors des consultations avec ces patients. Même si plusieurs hommes ont également exprimé leurs craintes face à d'éventuelles situations conflictuelles, l'homme médecin semble d'après plusieurs

participants véhiculer une autorité naturelle, et ce d'autant plus qu'il serait expérimenté ou disposerait d'une certaine carrure physique. Pourtant, deux interrogés ont souligné l'importance de la posture et l'assurance du médecin qui influeraient davantage la relation médecin patient que le genre.

Plusieurs entretiens révèlent ainsi une vision stéréotypée des différences de pratique médicale liées au genre, attribuant aux hommes une certaine autorité qui pourrait faciliter la prise en charge des patients ayant un TUO en limitant le risque de comportement menaçant ou manipulateur. L'influence de l'éducation genrée à l'échelle sociétale interroge face à ce ressenti. Des études complémentaires nous sembleraient intéressantes pour étudier ce phénomène à plus large échelle.

D. Baisse de l'implication des médecins généralistes dans l'initiation de buprénorphine : hypothèses et apports croisés de l'étude mixte

Face au constat d'une division par deux en 6 ans du nombre de médecins généralistes investis dans l'initiation de buprénorphine associée à une augmentation de leur prescription de méthadone (42), on peut s'interroger sur les motivations à favoriser de plus en plus la méthadone aux dépens de la buprénorphine en médecine de ville.

Parmi les hypothèses, la nécessité de primo prescription de la méthadone en centre spécialisé pourrait laisser penser qu'il existerait une plus grande sollicitation initiale du secteur spécialisé, et une intervention privilégiée des généralistes seulement en « relais » de ces structures. (42) Plusieurs éléments évoqués dans nos entretiens et dans la littérature pourraient éclairer cette tendance à positionner le médecin généraliste en prescripteur de second recours.

1. L'image négative de la buprénorphine

Comme évoqué par certains participants, la buprénorphine est régulièrement associée à un risque majeur de mésusage, particulièrement redouté par les médecins généralistes (32), et qui peut parfois conduire à une forte réticence à son utilisation. Chez les usagers également, la buprénorphine souffre d'une image considérablement négative, et semble être de plus en plus assimilée à une drogue de rue, à l'inverse de la méthadone. (94) Ainsi, au regard des grandes difficultés liées à son utilisation, la Fédération Française d'Addictologie se positionnait dès 2004, dans un texte de recommandations issu de la Conférence de Consensus, comme étant favorable à la primo-prescription de la méthadone en ville (15). Malgré cet avis, l'initiation de méthadone reste aujourd'hui l'apanage des centres spécialisés. Depuis, un communiqué publié en 2015 par l'Académie Nationale de Médecine dénonçait la persistance des risques de mésusage et de trafic du Subutex®, et ce malgré le renforcement de la législation encadrant sa prescription et l'augmentation de la répression

dans les années 2000, accordant ainsi à la méthadone une place privilégiée en première intention. (95) Nourrie par les expériences de mésusage et de trafic, il est donc possible que l'évolution du regard porté sur la buprénorphine au niveau sociétal mais surtout au sein de la sphère médicale ait joué un rôle dans le changement des pratiques de prescription des médecins généralistes et notamment dans l'initiation de buprénorphine.

2. La complexification du profil des usagers de drogues

Parmi les médecins fréquemment prescripteurs de buprénorphine, deux médecins que nous avons interrogés ont rapporté avoir perçu une évolution des modes de consommation des opioïdes illégaux au cours des vingt à trente dernières années. En effet, ces derniers seraient de plus en plus utilisés en association à un grand nombre d'autres produits. Cette notion est également soulignée par un rapport de l'OFDT, qui constate que « contrairement à la situation des années 1980, ce type de substances et notamment l'héroïne ne constituent plus l'essentiel des produits consommés, mais s'intègrent à la palette de ceux alimentant le poly usage. Ainsi, parmi les 30 % d'usagers des CAARUD qui consomment de l'héroïne au cours d'un mois donné, seul un sur cinq en prend quotidiennement. ». (96) Le chef de la Mission de lutte anti-drogue (MILAD), M. Michel Bouchet précisait déjà en 2003 que l'héroïne était de plus en plus utilisée en milieu festif pour diminuer les effets d'autres drogues stimulantes. (97) La poly-consommation étant dans nos entretiens perçue comme une situation complexe à prendre en charge, il est possible que celle-ci justifie également un recours accru au milieu spécialisé et donc une limitation des initiations de buprénorphine en médecine générale.

3. Le problème de la démographie médicale

Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'évolution actuelle de la démographie médicale est susceptible de contribuer aux changements des pratiques en médecine de premier recours. Il est ainsi possible que l'orientation « par défaut » vers les centres d'addictologie se développe dès lors que l'offre de soins premier décroît.

De plus, comme l'évoquent les résultats du volet quantitatif de notre projet, la pratique d'initiation de buprénorphine est significativement associée à la participation à une formation en addictologie. (50) Or, comme évoqué dans nos résultats, la formation continue dans ce domaine semble être de plus en plus délaissée par les médecins généralistes, en raison de la charge de travail accrue en zone sous-dotée et de l'impression d'un besoin restreint. On peut ainsi s'interroger sur l'existence d'un lien entre le manque de temps des médecins généralistes, leur faible motivation à participer aux formations continues expliqué par un nombre de demandes limité, et la diminution d'initiation de traitement par buprénorphine en médecine générale.

4. Le développement des réseaux de soin

Des médecins interrogés en exercice lors de l'arrivée sur le marché des MSO nous ont décrit la mise en place des réseaux d'addictologie jusqu'alors inexistants. Ainsi, parallèlement à l'évolution de la démographie médicale, les territoires ont connu une organisation progressive de l'offre de soin en addictologie. En ce sens, les données sur dernière décennie font l'état d'une très forte augmentation du nombre de patients accueillis au sein des CSAPA. (98,99) Il est également probable que le développement progressif des réseaux de soins ait contribué à favoriser la collaboration avec le milieu spécialisé, mais les données manquent à ce sujet.

E. Leviers

1. La formation

La formation des médecins constitue le principal levier soulevé lors des entretiens pour renforcer leur implication dans la substitution. D'après une étude américaine, celle-ci serait en effet le facteur ayant le plus d'influence sur la prescription de MSO par les jeunes médecins. (7) Trois enjeux principaux sont apparus lors de notre travail en dehors de l'acquisition de connaissances techniques : réduire la stigmatisation des patients et de leur maladie, favoriser une approche éducative et sensibiliser à la fréquence des TUO.

a. Principaux enjeux

Réduire la stigmatisation

- Stigmatisation envers les patients

D'après la littérature et nos entretiens, les médecins impliqués en addictologie semblent peu influencés par leurs jugements moraux et semblent avoir une représentation plutôt positive de ces patients. (100) Le travail sur ces représentations constitue l'un des principaux leviers exposés par les auteurs d'une thèse en addictologie. (63) Une étude récente suggère que les internes ayant reçu au moins six heures d'enseignement théorique sur les TUO avaient tendance à moins stigmatiser les usagers que les étudiants moins formés. (72) Une revue de la littérature confirme l'impact positif des interventions sur la stigmatisation. (101)

- Vision de la maladie addictive : l'accepter comme une maladie chronique

La facilité à envisager une relation d'entraide semble dépendre de la façon dont les médecins considèrent la responsabilité de la maladie addictive dans les agissements des patients. Certains médecins semblent attribuer les comportements des patients à leur personnalité tandis que d'autres les perçoivent comme seule conséquence de leur pathologie dont ils seraient des victimes. Dans le premier cas, la responsabilité du patient dans ses actes paraît

absolue et son comportement inaccessible au changement. L'addiction est alors plus considérée comme une « faute morale volontaire (...) qu'une maladie à soigner ». (102) Cette vision place le médecin en opposition au patient dont les « tares » exigeraient que l'on soit méfiant. En revanche, le fait de considérer l'addiction comme une pathologie chronique replace le patient du même côté que le médecin : face à la maladie, le médecin et le patient doivent faire union pour accéder à la meilleure santé possible. Cette notion apparaît capitale et est d'ailleurs soulignée dans une revue de la littérature s'intéressant aux profils des généralistes impliqués en addictologie. (100) En effet, la définition même d'une maladie chronique sous-tend que la guérison en tant que telle ne fasse pas partie des principaux enjeux d'une part, et d'autre part que les rechutes y soient inhérentes, en particulier dans le cas de l'addiction. (103) Ainsi, l'intégration de cette vision peut aider le médecin à adopter une démarche plus empathique et plus compréhensive et semble donc constituer une des clés pour améliorer la relation médecin-patient. (63)

Limiter le sentiment d'impuissance : approche centrée-patient et posture éducative

Lors des entretiens, plusieurs phénomènes ont été observés : les médecins ayant exprimé une frustration quant au manque d'impact de leurs interventions n'étaient pas ou peu prescripteurs de MSO et n'ont pas abordé la notion d'éducation thérapeutique ou d'autres concepts s'y rapprochant. A l'inverse, les médecins les plus impliqués dans la substitution ont tous évoqué, directement ou de manière plus implicite, l'importance de l'approche éducative et motivationnelle dans ces consultations, et semblaient satisfaits de la relation avec ces patients. Une médecin a raconté comment la posture éducative a été vectrice d'une plus grande satisfaction vis-à-vis de ses prises en charges en l'amenant à une déconstruction de l'image du « médecin tout puissant » qui allait de pair avec une certaine injonction à sauver le patient de sa maladie. Cette piste de réflexion a également été abordée en focus group, soulevant l'idée que la remise en question par le médecin de la vision idéalisée de ses propres « pouvoirs » pourrait permettre d'entrevoir une plus grande satisfaction professionnelle.

Etant donné le poids de ce sentiment d'impuissance et de cette frustration émanant des entretiens, il semble que les spécificités de la prise en charge des patients ayant un TUO constituent de puissants révélateurs des dysfonctionnements d'une relation de soin verticale et non centrée-patient, de façon plus prégnante que pour d'autres maladies. L'expression d'un certain désarroi face au savoir du patient souligne les difficultés à envisager des rapports plus « équitables » dans le partage des connaissances. Le souhait d'imposer au patient son propre protocole de soin (par exemple sevrage des consommations de produit, décroissance posologique) risque inéluctablement de placer le médecin en situation d'échec. Ainsi, la prise en compte des perspectives et des ressources du patient apparaît absolument indispensable pour éviter ce phénomène. Une médecin interrogée partageait d'ailleurs son

constat selon lequel l'addiction aurait été l'une des premières disciplines pour laquelle l'approche motivationnelle se serait rapidement imposée, puis se serait diffusée aux autres pathologies. D'après la littérature, cette approche serait effectivement source d'une plus grande satisfaction professionnelle. (104) Une étude qualitative belge révèle que les médecins flamands interrogés ayant bénéficié d'une formation à cette approche se considèrent plutôt à l'aise dans cette prise en charge à l'inverse des médecins wallons n'en ayant pas reçu. (10) Selon la HAS, celle-ci devrait « faire partie intégrante et de façon permanente » de la prise en charge des maladies chroniques dans la mesure où elle contribue à « l'amélioration de la santé du patient (biologique et clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches ». (105) En centrant la prise en charge sur le patient, elle améliore également sa satisfaction et son observance du traitement. (104,106) Tendre vers cette approche en favorisant l'autonomie du patient nécessite donc, en opposition au modèle paternaliste qui constituait une norme dans la relation de soin jusqu'au XXe siècle (107), l'acceptation par les médecins de leur propre vulnérabilité.

L'apprentissage d'une approche motivationnelle et globale apparaît donc comme un enjeu central de la formation en addictologie, le TUO n'en représentant qu'une déclinaison avec quelques spécificités techniques. Ainsi, outre l'autoréflexion permettant chez certains médecins d'interroger leur propre posture thérapeutique, l'accompagnement des internes et médecins généralistes vers le développement de cette approche est préconisée et repose notamment sur la formation initiale et continue via des ateliers pratiques et théoriques. (10–12) De même, le soutien via les groupes de pairs notamment lors de la formation universitaire peut constituer un moyen de développement de sa capacité d'autocritique et d'apprentissage de cette pratique. (11)

Sensibiliser à la fréquence de l'addiction

D'après nos entretiens, la prise de conscience par le médecin généraliste de la fréquence du TUO parmi sa patientèle semble constituer un prérequis pour qu'il initie une démarche de formation continue. En ce sens, plusieurs participants ont soulevé l'importance de la sensibilisation des MG à la prévalence de l'addiction aux opioïdes antalgiques dont ils sont eux-mêmes prescripteurs. D'après eux, cette responsabilisation des MG constituerait l'un des principaux leviers pour susciter leur intérêt dans ce domaine et s'ouvrir à l'addictologie. Au même titre que l'addiction aux drogues illicites, le TUO aux molécules antalgiques constitue une indication à la substitution par MSO et peut donc tout à fait être prise en charge en médecine générale. Dans ce contexte, des recommandations ont été élaborées en 2022 par la HAS pour apporter un support pratique d'aide à la prise en charge de cette pathologie. (108)

b. Propositions concrètes

S'agissant de la formation et du développement des outils d'auto-formations, quelques propositions peuvent être imaginées à l'issue de notre travail :

Une harmonisation de la formation initiale entre les différentes facultés de médecine au cours du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale :

- Définir des objectifs précis, reprenant les compétences attendues du MG dans ces situations et ne pas proposer seulement un cours théorique biomédical sur l'addiction
- Développer une offre de terrains de stage enrichie et diversifiée pour proposer différentes manières d'aborder la prise en charge en addictologie, auprès de structures de prise en charge addictologique ou auprès de médecins initiés exerçant en libéral
- Dans le cadre du développement professionnel continu, la définition d'un petit nombre de thèmes constituant un enjeu de santé publique à l'échelle nationale ou régionale et le développement de formations obligatoires relatives à ces domaines jugés « prioritaires ».
- La création d'un site d'aide à la prescription de médicaments substitutifs
- La diffusion d'information à propos de l'augmentation des cas de troubles de l'usage liés aux antalgiques opioïdes et les modalités de prise en charge en médecine générale selon les recommandations HAS 2022. (108)

2. La collaboration

a. Enjeux

Une démarche visant à améliorer la collaboration entre médecins généralistes et professionnels impliqués dans un réseau d'addictologie implique d'améliorer la connaissance de ce réseau par les professionnels en soins premiers, favoriser les échanges à propos des patients et situations difficiles et garantir la prise en charge des patients jugés trop complexes en médecine de ville. Rompre ainsi l'isolement de certains médecins permettrait probablement de leur apporter la confiance et le soutien nécessaire pour s'engager dans cette prise en charge, comme suggéré par des participants et plusieurs études. (71,109) L'augmentation du nombre de médecins investis permettrait d'équilibrer la répartition des patients entre généralistes et de limiter la crainte de « l'envahissement », elle-même à l'origine d'un refus de soin.

b. Propositions concrètes

A partir des expériences personnelles des médecins interrogés ou des solutions hypothétiques envisagées en fin d'entretien, des propositions ont émergé pour améliorer le soutien et la collaboration entre médecin généraliste et réseau d'addictologie :

- Favoriser l'accès aux stages en addictologie sur l'ensemble du territoire national au cours de l'internat de médecine générale, pour faire connaître le réseau existant et renforcer les liens entre futurs médecins généralistes et les professionnels du réseau
- Améliorer la visibilité du réseau local en diffusant aux médecins généralistes le nom des professionnels et structures de soutien en addictologie et leurs coordonnées
- Développer l'accès à des interlocuteurs privilégiés au sein des structures d'addictologie : diffuser aux médecins généralistes le numéro d'un « référent en addictologie » local pour obtenir un avis rapidement en cas de difficulté en consultation. Le développement actuel de la télé-expertise permettrait d'ailleurs de valoriser financièrement cette collaboration. (110)
- Favoriser la continuité des soins et la collaboration entre les centres et les médecins généralistes après relai des patients en médecine générale, par exemple en délivrant un courrier explicatif de la situation du patient, une fiche d'information générale rappelant la conduite à tenir en fonction des principales difficultés possiblement rencontrées, et le numéro de contact en cas de difficultés.
- Réfléchir une répartition des patients entre les différents médecins généralistes du secteur lors du relai du centre vers médecine de ville
- Favoriser la mise en place des microstructures en addictologie au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et le travail collaboratif avec les infirmières Asalée.

Conclusion

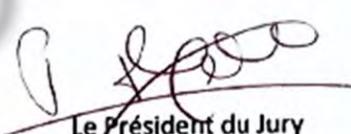
Notre étude qualitative a permis d'identifier de nombreux freins à la prescription de buprénorphine par les médecins généralistes, concordants avec les données de la littérature. Ces difficultés dont la nature et l'importance sont très variables selon les médecins interrogés sont révélatrices d'une grande diversité dans leurs profils de prescripteurs.

L'épanouissement professionnel des médecins impliqués semblait en partie résider dans l'acceptation de leur propre vulnérabilité et l'appropriation d'une démarche éducative centrée-patient. Renforcer la formation initiale doit constituer un enjeu prioritaire dans le champ de l'addiction, notamment pour favoriser l'adoption de cette approche et lutter contre la stigmatisation avant que les représentations des patients et leur maladie ne s'ancrent dans le vécu professionnel. La création d'outils pour faciliter l'accès aux connaissances ou pour simplifier la coopération avec des experts apparaissent essentiels pour permettre aux médecins d'acquiescer la confiance nécessaire pour s'engager dans la substitution. Sensibiliser à la fréquence des troubles de l'usage des opioïdes constitue un moyen supplémentaire pour susciter l'intérêt des médecins concernés.

Un changement d'implication des MG dans ces prises en charge est constaté au cours des deux dernières décennies, probablement associé à une sollicitation accrue du milieu spécialisé. Si certaines pistes explicatives ont pu être envisagées dans notre thèse, des études qualitatives complémentaires interrogeant plus spécifiquement des médecins généralistes ayant exercé depuis la mise sur le marché de la buprénorphine et étant donc susceptibles d'apporter leur vision sur l'évolution des pratiques permettraient probablement d'en préciser les mécanismes et déterminants.

Vu
Toulouse le 24/05/2022

Toulouse, le 24/05/2022
Vu, permis d'imprimer
Par délégation la Vice-Doyenne
de la Faculté de Santé
Directrice du Département de
Médecine, Pharmacologie et
Paramédical
Pr. Odile RAUZY


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale



Bibliographie

1. National Institute of Drug Abuse. Drug Misuse and Addiction [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>
2. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
3. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues 2021 : Tendances et évolutions. Luxembourg: Publications office of the European Union; 2021. :60.
4. Cadet-Taïrou A, Néfau T, Janssen É. Drogues et addictions, données essentielles: héroïne et autres opioïdes. 2019;5.
5. Meunier JC. Opioid receptors, tolerance and dependence. *Therapie*. nov 1992;47(6):495-502.
6. Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*. 24 mars 2007;369(9566):1047-53.
7. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 4 nov 2010;106:32-51.
8. Haute Autorité de Santé. La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/la_prevention_des_addictions_et_la_reduction_des_risques_et_des_dommages_par_les_csapa-_recommandations.pdf.
9. Kokoreff M, Coppel A, Peraldi M. La catastrophe invisible: histoire sociale de l'héroïne (France, années 1950-2000). Editions Amsterdam. 2018. 656 p.
10. Marchant A. L'impossible prohibition. Drogues et toxicomanie en France 1945-2017 [Internet]. Paris: Perrin; 2018. 596 p. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-impossible-prohibition--9782262051570.htm>
11. Dassieu L. Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale : les appropriations d'une politique publique [Internet] [These de doctorat]. Toulouse 2; 2015. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2015TOU20034>
12. Coppel A. Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques. La Découverte. Paris; 2002. 384 p.
13. Bergeron H. L'État et la Toxicomanie: Histoire d'une singularité française. FeniXX; 1999. 652 p.
14. Dupouy J. Actualités dans la prise en charge du trouble de l'usage des opiacés en médecine générale. *Courrier des Addictions* 2018;3:14-17. sept 2018;
15. Fédération française d'addictologie. Conférence de consensus: Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. *La Presse Médicale*. oct 2004;33(18):41-7.

16. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Statistical Bulletin 2020 — health and social responses. EMCDDA. 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/hsr>
17. 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. *Rev Francaise Aff Soc*, vol.17, pp.24-41, 2019.
18. Pariente A, Maumus-Robert S. Etude «U.TOPIA» Utilisation des traitements de substitution aux opiacés en France : analyse des données de l'assurance maladie de 2009 à 2015. 2018;31.
19. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues 2019 : Tendances et évolutions. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
20. Auriacombe M, Fatséas M, Dubernet J, Daulouède JP, Tignol J. French field experience with buprenorphine. *Am J Addict*. 2004;13 Suppl 1:S17-28.
21. Fédération française d'addictologie. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 2004.
22. Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soin. 2007 [Internet]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/audition_publicque_abus_dependance_19-02-07.pdf.
23. Santo T Jr, Clark B, Hickman M, Grebely J, Campbell G, Sordo L, et al. Association of opioid agonist treatment with all-cause mortality and specific causes of death among people with opioid dependence: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 sept 2021;78(9):979-93.
24. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 4 oct 2012;345:e5945.
25. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction*. mars 2018;113(3):545-63.
26. Moatti JP, Carrieri MP, Spire B, Gastaut JA, Cassuto JP, Moreau J. Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. The Manif 2000 study group. *AIDS*. 28 janv 2000;14(2):151-5.
27. Lavignasse P, Lowenstein W, Batel P, Constant MV, Jourdain JJ, Kopp P, et al. Economic and social effects of high-dose buprenorphine substitution therapy. Six-month results. *Annales de médecine interne*. 1 juin 2002;153:1S20-6.
28. Brisacier AC. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes » Mise à jour septembre 2020. sept 2020;21.
29. Bell JR, Butler B, Lawrance A, Batey R, Salmelainen P. Comparing overdose mortality associated with methadone and buprenorphine treatment. *Drug Alcohol Depend*. 1 sept 2009;104(1-2):73-7.

30. Centre d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacovigilance et l'Addictovigilance. Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances : Principaux résultats enquête DRAMES. Grenoble. 2019;2. [Internet] Disponible sur: <https://addictovigilance.fr/programmes-dobservation/drames/>.
31. Delorme J. Évaluation de la douleur et du mésusage de la buprénorphine et de la méthadone chez les patients dépendants aux opioïdes substitués [Thèse d'exercice]. Université Clermont Auvergne; 2019. :223.
32. Bertrand P. Le mésusage du médicament de substitution : un frein à la pratique de l'addictologie par les médecins généralistes libéraux ? : revue de la littérature [Thèse d'exercice]. France: Université de Lorraine. Faculté de médecine de Nancy; 2017. :165.
33. Réseau français d'addictovigilance. Résultats OPPIDUM : les principaux faits marquants 2020. 2020. [Internet] Disponible: https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/spip/pdf/plaquette_oppidum_2019_vf.pdf.
34. Moratti E, Kashanpour H, Lombardelli T, Maisto M. Intravenous misuse of buprenorphine: characteristics and extent among patients undergoing drug maintenance therapy. *Clin Drug Investig*. 2010;30 Suppl 1:3-11.
35. Guichard A, Lert F, Calderon C, Gaigi H, Maguet O, Soletti J, et al. Illicit drug use and injection practices among drug users on methadone and buprenorphine maintenance treatment in France. *Addiction*. 1 nov 2003;98(11):1585-97.
36. Larance B, Degenhardt L, Lintzeris N, Bell J, Winstock A, Dietze P, et al. Post-marketing surveillance of buprenorphine-naloxone in Australia: diversion, injection and adherence with supervised dosing. *Drug Alcohol Depend*. 1 nov 2011;118(2-3):265-73.
37. Lugoboni F, Zamboni L, Cibin M, Tamburin S, Gruppo InterSERT di Collaborazione Scientifica (GICS). Intravenous misuse of methadone, buprenorphine and buprenorphine-naloxone in patients under opioid maintenance treatment: a cross-sectional multicentre study. *Eur Addict Res*. 2019;25(1):10-9.
38. Haute Autorité de Santé. SUBOXONE, (buprénorphine/naloxone), traitement de la dépendance aux opioïdes: synthèse d'avis de la commission de la transparence. 2015. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/suboxone_sapub_ct13675.pdf.
39. Kernisant M, Delorme J, Kabore JL, Brousse G, Laporte C, Zenut M, et al. Trend in buprenorphine and methadone shopping behavior in France from 2004 to 2014. *Presse Med*. déc 2016;45:e369-75.
40. Feroni I, Lovell AM. Les dispositifs de régulation publique d'un médicament sensible : le cas du Subutex®, traitement de substitution aux opiacés. *Revue française des affaires sociales*. 2007;(3):153-70.
41. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Délivrance de médicaments de substitution aux opioïdes (MSO) et de kits Stéribox en pharmacies d'officine durant le confinement. 2020. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Infos-COVID-19-TSO.pdf>
42. Dupouy J, Maumus-Robert S, Mansiaux Y, Pariente A, Lapeyre-Mestre M. Primary care of opioid use disorder: the end of "the French Model"? *EAR*. 2020;26(6):346-54.

43. Registre français du médical et du médico-social. Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) : répartition par région. 2022. [Internet]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissemments/readaptation-sociale/centre-de-soins-accompagnement-prevention-addictologie-197/Repartition.html>
44. Duhamel G, Hesse C. Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2014 févr p. 4. Report No.: 2013-119R. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-119R_Dispositif_medicosocial.pdf
45. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014. Tendances, n° 99, 2015, 8 p.
46. King NB, Fraser V, Boikos C, Richardson R, Harper S. Determinants of increased opioid-related mortality in the United States and Canada, 1990–2013: a systematic review. *Am J Public Health*. août 2014;104(8):e32-42.
47. Gomes T, Tadrous M, Mamdani MM, Paterson JM, Juurlink DN. The burden of opioid-related mortality in the United States. *JAMA Netw Open*. 1 juin 2018;1(2):e180217.
48. Van Amsterdam J, Van den Brink W. The misuse of prescription opioids: a threat for Europe? *Curr Drug Abuse Rev*. 2015;8(1):3-14.
49. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques; 2019:52. [Internet]. Disponible sur: http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2020/01/Rapport_Antalgiques-Opioides_Fev-2019_3.pdf_2019-03-06.pdf.
50. Lépine B. Implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine en soins premiers, vingt-cinq ans après sa mise sur le marché : une enquête auprès des médecins du réseau Sentinelles. [Thèse de doctorat]. Toulouse: Université Paul Sabatier; 2021.
51. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19:4.
52. Lemerrier X, Aubin-Auger I. Faire de la recherche qualitative en médecine générale. *E-respect*. 2014;(6):21.
53. Nordmann S, Pradel V, Lapeyre-Mestre M, Frauger E, Pauly V, Thirion X, et al. Doctor shopping reveals geographical variations in opioid abuse. *Pain Physician* 2013;16:89–100.
54. Pires A. Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans Poupart J et al. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 113-172, 1997.
55. Royer I, Zarlowski P. Chapitre 8: Échantillon(s), Raymond-Alain Thiétart éd., *Méthodes de recherche en management*. Dunod, 2014, pp. 219-260.
56. Groupe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone. *Initiation à la recherche qualitative en santé*. CNGE Productions, GMSanté. 2021. 192 p.
57. Traynor M. Focus group research. *Nurs Stand*. 2015;29(37):44-8.

58. Wong LP. Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Med J.* mars 2008;49(3):256-60.
59. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Évolution de la prise en charge des toxicomanes: enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001. 2002;(20):4.
60. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les traitements de substitution vus par les patients. 2012;83:4.
61. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *European drug report 2019: trends and developments.* LU: Publications Office; 2019.
62. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J-C. In search of How People Change: Applications to addictive behaviors, *American Psychologist.* 1992, pp 1102-1114.
63. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia-Antipolis, Faculté de médecine de Nice. 2014;86.
64. Pierre N. Le médecin généraliste et le mésusage des traitements de substitution aux opiacés. Enquête auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine [Thèse d'exercice] Université Rennes 1, Faculté de médecine de Rennes. 2010;77.
65. Dias Moura Da Costa Gomes P. Prise en charge globale des patients toxicomanes au cabinet en ville : Obstacles et solutions [Thèse d'exercice] Université Paris Diderot, Faculté de médecine Paris 7; 2012:87.
66. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev.* mars 2005;24(2):143-55.
67. Deehan A, Taylor C, Strang J. The general practitioner, the drug misuser, and the alcohol misuser: major differences in general practitioner activity, therapeutic commitment, and « shared care » proposals. *Br J Gen Pract.* nov 1997;47(424):705-9.
68. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. 2013:6.
69. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues: perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers; 2019:8.
70. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). 2010;6.
71. Azrak D. 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 [Thèse d'exercice]. Université de Rouen, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. 2017;102.
72. Dupouy J, Vergnes A, Laporte C, Kinouani S, Auriacombe M, Oustric S, et al. Intensity of previous teaching but not diagnostic skills influences stigmatization of patients with substance use disorder by general practice residents. A vignette study among French final-year residents in general practice. *European Journal of General Practice.* 1 janv 2018;24(1):160-6.

73. Landreat MG, Rozaire C, Victorri CV, Grall-Bronnec M. Representation of opiate substitution treatment and their stop. Viewpoints of patients/doctors. *Psychotropes*. 2013;19(2):23-44.
74. 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]. Université de St-Etienne, Faculté de médecine de St-Etienne. 2010. 86 p.
75. Pautrat M, Ciolfi D, Riffault V, Breton H, Brunault P, Lebeau JP. Repérage des troubles liés à une substance et troubles addictifs en soins premiers. *Exercer*. 2019;156:340-6.
76. Beyaert C. Evaluation de la position des médecins généralistes français par rapport aux traitements de substitution aux opiacés (TSO) [Thèse d'exercice] Université de Lorraine, Faculté de Médecine de Nancy. 2017;124.
77. Feroni I, Peretti-Watel P, Masut A, Coudert C, Paraponaris A, Obadia Y. French general practitioners' prescribing high-dosage buprenorphine maintenance treatment: is the existing training (good) enough? *Addict Behav*. janv 2005;30(1):187-91.
78. Benyamina A. The current status of opioid maintenance treatment in France: a survey of physicians, patients, and out-of-treatment opioid users. *Int J Gen Med*. 9 sept 2014;7:449-57.
79. DeFlavio JR, Rolin SA, Nordstrom BR, Kazal LA. Analysis of barriers to adoption of buprenorphine maintenance therapy by family physicians. *Rural Remote Health*. 2015;15:3019.
80. Laleu E. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prescription de Médicament de Substitution aux Opacés: étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes du bassin de santé de Villefrance de Rouergue. [Thèse d'exercice] Université Paul Sabatier, Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013:136.
81. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. *Les dossiers de la DREES*. 2021;80:47.
82. Moy J, Vanlerberghe Y. Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire: enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble. 2012;104.
83. Deffontaines A, Dellon-Curutchet. Perceptions et impact des conditions de travail des médecins généralistes de la région PACA en zones sous-denses ou à risque de désertification. [Thèse d'exercice]. France: Université Aix-Marseille; 2022.:63.
84. Sarradon-Eck A. « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste-pivot » du système de soins. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, 2010.
85. Perc I. Les traitements de substitution en Belgique. Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et de patients. Gent : Academia Press, 2005:189.
86. Jeanmart C. Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France). 2007;650.
87. Dassieu L. La sélection entre logique d'appropriation et stigmatisation. Les médecins généralistes face aux patients dépendants aux opiacés. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*. 2 juill 2014;N° 6(1):179-97.

88. 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*. 2013;(3):24-41.
89. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
90. Flocke SA, Gilchrist V. Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services. *Med Care*. mai 2005;43(5):486-92.
91. Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. *Hum Resour Health*. 4 juin 2014;12:32.
92. Harrison CM, Britt HC, Charles J. Sex of the GP--20 years on. *Med J Aust*. 15 août 2011;195(4):192-6.
93. Dollin J., The feminization of family medicine : how is the health care system influenced ?, *The Canadian Journal of CME*. January 2002. 138-45.
94. Langlois E. Les traitements de substitution vus par les patients. Quels sont les enseignements de leur expérience ? *OFDT*; 2011:150.
95. Costentin J, Goullé JP, Dubois G. La buprénorphine à haut dosage: mésusage et détournements d'usage. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. juin 2015;199(6):965-6.
96. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Héroïne et autres opiacés: synthèse des connaissances. 2018. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/>
97. Plasait B, Olin N. Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites: tome II. Procès verbaux des auditions effectuées par la commission d'enquête: audition de M. Michel Bouchet. 2003. [Internet]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r02-321-2/r02-321-21.html>
98. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016. 2018:111. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-centres-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-en-2016/>
99. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA: situation en 2019 et évolution 2015-2019. 2019:6.
100. Couturier A. Profil des Médecins Généralistes qui s'investissent dans la prise en charge des addictions: revue de la littérature. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2017:34.
101. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*. janv 2012;107(1):39-50.
102. Binder P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. *exercer* 2017;129:24-31.
103. Agrinier N, Rat A-C. Etat des lieux: quelles définitions pour la maladie chronique? *Actualité et dossier en santé publique*; 2010. no 72, p. 12-13.

104. Ford S. Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). Health Expect. juin 2004;7(2):181-2.
105. Haute Autorité de santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique; 2007:109. [Internet]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf.
106. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ. 20 oct 2001;323(7318):908-11.
107. Abella A. Fantômes inconscients dans la relation médecin-malade. Rev Med Suisse, Vol. 2, no. 509; 2016:518-521. Revue Medicale Suisse.
108. Haute Autorité de santé. Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses. Recommandations de bonne pratique; 2022. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses
109. Binder P, Vanderkam P. L'engagement des médecins généralistes dans les addictions: une question de représentation [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/courrier-addictions/engagement-medecins-generalistes-addictions-question-representation>
110. Ministère des Solidarités et de la Santé. La téléexpertise. 2022. [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-teleexpertise>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien première version

Annexe 2 : Guide d'entretien dernière version

Annexe 3 : Guide d'entretien adapté pour le focus group

Annexe 4 : Fiche d'information et de consentement du participant

Annexe 5 : Caractéristiques des participants

Annexe 6 : Les compétences du médecin généraliste selon le CNGE

Annexe 1 : Guide d'entretien première version

A. Relation médecin patient

« Expliquez-moi en quoi consiste votre rôle dans la prise en charge des patients ayant une addiction aux opioïdes. »

« Si vous avez été face à un patient demandeur de traitement substitutif des opiacés (TSO), quelles difficultés avez-vous pu ressentir ? » « Pouvez-vous me raconter un moment où vous avez connu une difficulté particulière avec un de ces patients ? »

« Racontez-moi comment cela se déroule lorsque vous orientez un patient vers un autre professionnel. »

Relances :

« Faites-vous appel à des structures spécialisées ou médecins spécialistes ? »

« A quel stade de votre prise en charge y faites-vous appel ? »

« Pour quelles raisons ? »

Objectifs :

- *Exploration des représentations du médecin concernant le patient sous MSO*
- *Identification des différents aspects de la relation médecin patient*

B. Expérience personnelle et connaissances

« Parlons de la prescription de buprénorphine : comment gérez ou gèrerez-vous une consultation d'initiation ? De renouvellement ?

« A quel point vous sentez-vous à l'aise à l'initier ? A le renouveler ? »

Relances :

« Comment qualifieriez-vous vos compétences dans sa prescription ? »

Si pas de prescription : « Pour quelles raisons n'en prescrivez-vous pas ? »

« Quelle a été votre formation dans le domaine de l'addiction aux opiacés ? »

Relances :

« Qu'en est-il de votre formation initiale ? De votre formation continue ? »

« Par quel biais avez-vous bénéficié de ces formations ? »

« Que pensez-vous de la buprénorphine ? »

Relance :

« Qu'en pensez-vous en termes d'efficacité ou d'effets indésirables ? »

Objectifs :

- *Exploration des connaissances et du regard du médecin sur sa propre compétence*
- *Exploration des représentations concernant la buprénorphine*
- *Exploration des recours aux acteurs de réseau de coordination*

C. Impact sur la pratique

« Qu'est ce qui pourrait limiter votre prescription de traitements substitutifs dans votre exercice quotidien ? »

Relances :

« D'après vous, comment la prescription de traitements substitutifs influencerait-elle votre activité ? »

« Pouvez-vous me donner un exemple d'un cas ou d'un moment où cela a eu une influence positive ou négative ? »

Objectif : *Exploration des freins à la prescription en lien avec d'éventuelles conséquences négatives*

D. Suggestions

« Qu'est-ce qui vous permettrait personnellement de prescrire davantage de traitements substitutifs ? »

« Quelles seraient vos suggestions pour inciter les MG prescrire un traitement par buprénorphine ? »

Objectif : *Identification des leviers d'action pour l'amélioration de la prise en charge des patients*

Avez-vous quelque chose à ajouter à cet entretien ? Qu'aimeriez-vous que l'on retienne de cet entretien pour conclure ?

Annexe 2 : Guide d'entretien dernière version (**ajouts en gras**)

A. Relation médecin patient

« Expliquez-moi en quoi consiste votre rôle dans la prise en charge des patients ayant une addiction aux opioïdes. »

« Si vous avez été face à un patient demandeur de traitement substitutif des opiacés (TSO), quelles difficultés avez-vous pu ressentir ? » « Pouvez-vous me raconter un moment où vous avez connu une difficulté particulière avec un de ces patients ? »

Relance :

« **Du point de vue relationnel, comment ça se passe avec ces patients ?** »

« **Lorsque vous prenez en charge un patient, faites-vous appel à des intervenants paramédicaux pour vous aider ? Pour quelle raison ? De quelle manière ?** »

« Racontez-moi comment cela se déroule lorsque vous orientez un patient vers un autre professionnel. »

Relances :

« Faites-vous appel à des structures spécialisées ou médecins spécialistes ? »

« A quel stade de votre prise en charge y faites-vous appel ? »

« Pour quelles raisons ? »

Selon vous, dans quelle mesure votre genre (féminin ou masculin) influence-t-il la relation avec ces patients ?

Relances :

« **Pour quelles raisons ?** »

« **Pouvez-vous me raconter une situation au cours de laquelle votre genre a influencé cette relation ?** »

« **D'après vous, en quoi votre genre a-t-il influencé votre choix de vous engager ou non dans ce type de prise en charge ?** »

B. Expérience personnelle et connaissances

« Parlons de la prescription de buprénorphine : comment gérez ou gèrerez-vous une consultation d'initiation ? De renouvellement ?

« A quel point vous sentez-vous à l'aise à l'initier ? A le renouveler ? »

Relances :

« Comment qualifieriez-vous vos compétences dans sa prescription ? »

« **Concernant votre aisance à prendre en charge ces patients, comment celle-ci a-t-elle évolué au cours de votre carrière ?** »

Si pas de prescription : « Pour quelles raisons n'en prescrivez-vous pas ? »

« Quelle a été votre formation dans le domaine de l'addiction aux opiacés ? »

Relances :

« Qu'en est-il de votre formation initiale ? De votre formation continue ? »

« Par quel biais avez-vous bénéficié de ces formations ? »

« Que pensez-vous de la buprénorphine ? »

Relance :

« Qu'en pensez-vous en termes d'efficacité ou d'effets indésirables ? »

C. Impact sur la pratique

« Qu'est ce qui pourrait limiter votre prescription de traitements substitutifs dans votre exercice quotidien ? »

Relances :

« D'après vous, comment la prescription de traitements substitutifs influencerait-elle votre activité ? »

« Pouvez-vous me donner un exemple d'un cas ou d'un moment où cela a eu une influence positive ou négative ? »

« **Quelles conditions envisagez-vous à la prescription de traitement substitutif ?** »

D. Suggestions

« Qu'est-ce qui vous permettrait personnellement de prescrire davantage de traitements substitutifs ? »

« Quelles seraient vos suggestions pour inciter les MG prescrire un traitement par buprénorphine ? »

Avez-vous quelque chose à ajouter à cet entretien ? Qu'aimeriez-vous que l'on retienne de cet entretien pour conclure ?

Annexe 3 : Guide d'entretien adapté pour le focus group

A. Relation médecin-patient

« Expliquez-moi en quoi consiste votre rôle dans la prise en charge des patients ayant une addiction aux opioïdes ? »

« Quels sont vos objectifs dans la prise en charge de ces patients ? »

« Si vous avez été face à un patient demandeur de traitement substitutif des opiacés (TSO), quelles difficultés avez-vous pu ressentir ? » « Pouvez-vous me raconter un moment où vous avez connu une difficulté particulière avec un de ces patients ? »

« Lorsque vous prenez en charge un patient, faites-vous appel à des intervenants paramédicaux pour vous aider ? Pour quelle raison ? De quelle manière ? »

« Racontez-moi comment cela se déroule lorsque vous orientez un patient vers un autre professionnel »

Selon vous, dans quelle mesure votre genre (féminin ou masculin) influence-t-il la relation avec ces patients ?

B. Expérience personnelle et connaissances

« A quel point vous sentez-vous à l'aise à l'initier ? A le renouveler ? »

« Que pensez-vous de la buprénorphine ? »

C. Impact sur la pratique

« Qu'est-ce qui pourrait limiter votre prescription de traitements substitutifs dans votre exercice quotidien ? »

D. Suggestions

« Qu'est-ce qui vous permettrait personnellement de prescrire davantage de traitements substitutifs ? »

« Quelles seraient vos suggestions pour inciter les MG à prescrire un traitement par buprénorphine ? »

Avez-vous quelque chose à ajouter à cet entretien ?

Annexe 4 : Fiche d'information et de consentement du participant

Formulaire d'information et de consentement du participant

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Pr Pierre Boyer Faculté de Médecine 133 route de Narbonne 31 062 Toulouse dpo@dumg-toulouse.fr	Coordonnées de l'investigateur coordonnateur Dr Julie Dupouy Faculté de Médecine 133 route de Narbonne 31 062 Toulouse
--	--

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux internes de médecine générale et nous avons pour projet d'étudier les freins et les leviers à l'implication des MG dans l'initiation de buprénorphine dans le cadre de notre travail de thèse. Ce travail s'intègre dans un projet plus large financé par l'IReSP (Institut de Recherche en Santé Publique) s'intéressant à l'implication des MG dans la prise en charge des patients ayant une addiction aux opioïdes.

Objectif de l'étude :

L'objectif est d'explorer les freins et les leviers à l'implication des MG dans l'initiation de buprénorphine. Nous définissons les opioïdes par les substances illicites telles que l'héroïne et l'opium ainsi que les médicaments comme la morphine, l'oxycodone, le fentanyl, le tramadol ou la codéine.

Déroulement de l'étude :

Nous avons choisi une méthodologie qualitative impliquant la réalisation d'entretiens auprès de MG français. Après un premier contact téléphonique, nous vous proposerons de participer à un entretien individuel.

Au cours de l'entretien, l'une d'entre nous vous posera des questions concernant votre vécu et votre expérience dans la prise en charge des patients ayant une addiction aux opioïdes. Il n'y aura pas de mauvaise réponse possible aux questions posées. L'entretien durera jusqu'à 60 minutes et sera enregistré à l'aide d'un dictaphone.

Vous aurez la possibilité d'interrompre l'enregistrement et/ou de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de manière anonyme. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée de sorte qu'aucune personne extérieure à l'étude ne puisse y avoir accès. Aucun élément d'entretien mentionné lors de la rédaction de notre travail ne permettra de vous identifier.

Les résultats seront utilisés dans le cadre du projet de thèse et seront soumis à publication.

Bénéfices et risques :

Il n'y a pas de bénéfice direct à participer à cette recherche autre que le plaisir de partager vos expériences et pratiques professionnelles.

Vous percevrez une indemnité de 100€ à la fin de l'étude. Afin de pouvoir procéder à ce paiement, la Direction des Affaires Médicales et de la Recherche du CHU de Toulouse aura besoin de vos nom et prénom complets ainsi que de votre adresse et coordonnées bancaires.

Informations réglementaires :

Vous disposez d'un délai de réflexion de 7 jours avant de donner votre réponse quant à la participation à cette recherche.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre afin de pouvoir répondre aux objectifs scientifiques de cette recherche, dans une finalité d'intérêt public. Dans ce but, les données personnelles vous concernant seront transmises au promoteur de la

recherche ou aux personnes agissant pour son compte, en France. Ces données seront identifiées par un numéro ainsi qu'un code fait de la 1ère lettre de votre nom et de votre prénom.

Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données, vous pouvez :

- demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant
- vous opposez au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises
- en cas de désaccord, procéder à une réclamation auprès de la Commission National de de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>

Vos données seront conservées jusqu'à la rédaction du rapport final de la recherche. Elles seront ensuite archivées durant 15 ans (comme pour les recherches hors produits de santé impliquant la personne humaine).

Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier. En cas d'interruption de l'étude, les informations vous concernant seront conservées sauf opposition de votre part.

Cette étude a reçu l'accord du Comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants le « date ».

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au « 06 XX XX XX XX » pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

Déclaration des conflits d'intérêts :

Les chercheuses Délia Bonis et Mathilde Morel déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

Consentement :

Je soussigné(e) M./M^{me}

déclare avoir été bien informé(e) sur l'étude « IMPLI-MG-TUO : enquête qualitative par entretiens individuels ». J'accepte de participer à cette étude dans les conditions précisées ci-dessus.

Fait à, en deux exemplaires dont un est remis à l'intéressé(e).

Nom du chercheur :	Nom du médecin participant :
Prénom du chercheur :	Prénom du médecin participant :
Date :	Date :
Signature du médecin participant :	Signature du médecin participant :

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Fait à

Le

Délia BONIS

Mathilde MOREL

Annexe 5 : Caractéristiques des participants

Participants aux entretiens individuels

Caract./Participants	P1 M	P1 D	P2 D	P2 M	P3 D	P3 M	P4 D	P4 M	P5 D	P5 M	P6 D	P6 M	P7 D	P7 M
Sexe	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Homme	Homme	Homme
Age	58 ans	61 ans	53 ans	31 ans	56 ans	71 ans	53 ans	38 ans	61 ans	63 ans	37 ans	59 ans	63 ans	33 ans
Durée d'installation	27 ans	33 ans	20 ans	2 ans	24 ans	42 ans	24 ans	5 ans	30 ans	27 ans	8 ans	28 ans	32 ans	4 ans
Structure d'exercice	Cabinet de groupe	Cabinet seul	MSP	Cabinet de groupe	MSP	MSP	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe	MSP	MSP	Cabinet seul	MSP	Cabinet de groupe
Milieu d'exercice	Urbain	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Semi rural	Semi rural	Semi rural	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Semi rural	Urbain
Statut MSU	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Pratique orientée addictologie	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Formations en addictologie*	FC	FI + FC	0	FI	FC	FI + FC	0	FI + FC	FC	FC	FI	FI	FC	FI
Référents en addictologie	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Nombre de patients traités	0	10	0	12	2	3	0	2	75	30	3	100	4	2
Durée de l'entretien	38 min	20 min	14 min	52 min	30 min	38 min	33 min	26 min	1h 43min	44 min	29min	1h 05min	34 min	32 min
Région (département)	Occitanie (Haute-Garonne)	Nouvelle-Aquitaine (Gironde)	Occitanie (Ariège)	PACA (Bouches du Rhône)	Occitanie (Haute-Garonne)	Occitanie (Haute-Garonne)	Occitanie (Aveyron)	Occitanie (Haute-Garonne)	Auvergne-Rhône Alpes (Allier)	Auvergne-Rhône Alpes (Isère)	Occitanie (Haute-Garonne)	Ile de France (Département de Paris)	Occitanie (Tarn-et-Garonne)	Occitanie (Haute-Garonne)

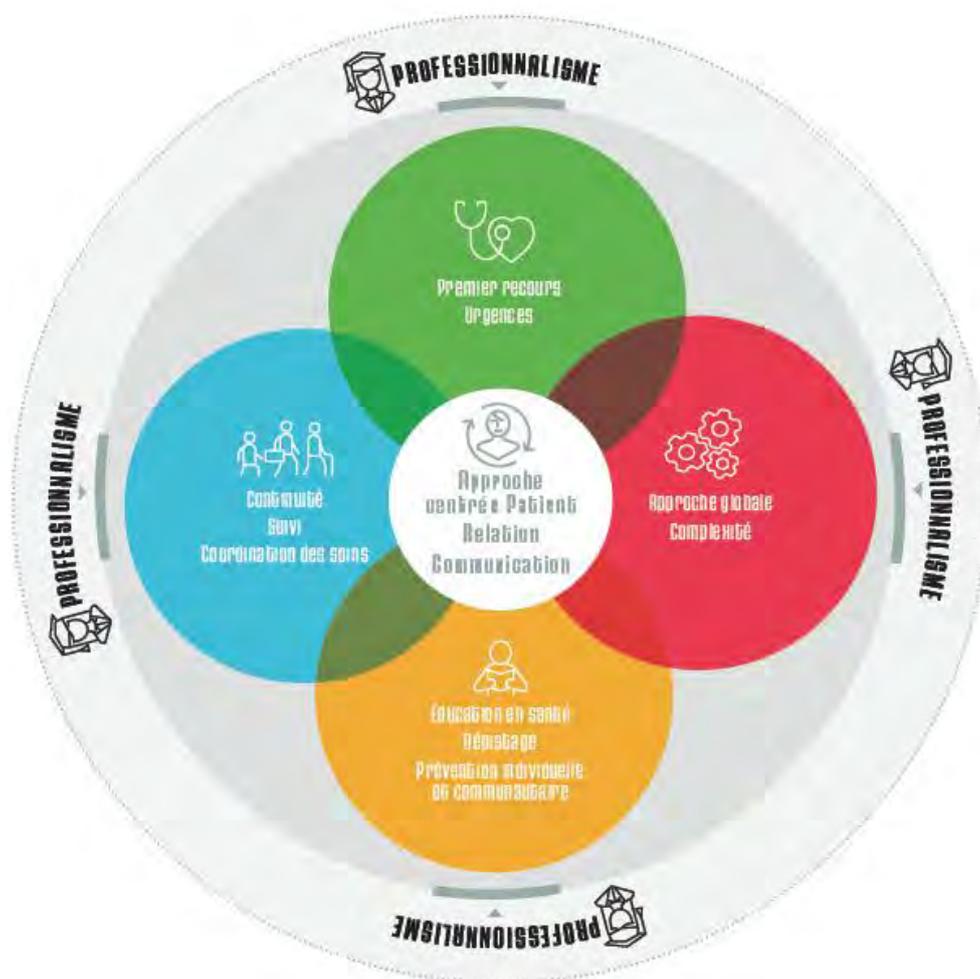
Participants au focus group

Caract./Participants	P1	P2	P3	P4	P5
Sexe	Homme	Homme	Homme	Femme	Femme
Age	63 ans	32 ans	37 ans	35 ans	39 ans
Durée d'installation	20 ans	3 ans	< 1 an	8 ans	11 ans
Structure d'exercice	Cabinet de groupe	MSP	MSP	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe
Milieu d'exercice	Urbain	Semi-rural	Rural	Semi rural	Urbain
Statut MSU	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Pratique orientée addictologie	Non	Non	Oui	Non	Oui
Formations en addictologie	0	FI	FI	0	FC
Référents en addictologie	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Nombre de patients traités	1	0	0	5	3
Région (département)	Occitanie (Haute-Garonne)	Occitanie (Haute-Garonne)	Occitanie (Tarn-et-Garonne)	Ile-de-France (Oise)	Grand Est (Marne)

* FI : formation initiale

FC : formation continue

Annexe 6 : Les compétences du médecin généraliste selon le CNGE



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al.
groupe « niveaux de compétences » du CNGE

www.cnges.fr

Délia Bonis, Mathilde Morel

Freins et leviers à l'implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine

Toulouse, le 23 juin 2022

Contexte : Le cadre réglementaire français concernant la prescription de buprénorphine a permis sa large diffusion auprès des patients ayant un trouble de l'usage des opioïdes associé à un bénéfice important en termes de morbi-mortalité. Les médecins généralistes représentent les acteurs clés de ce système, en assurant la grande majorité des prescriptions. Pourtant, une chute du nombre de médecins généralistes initiant la buprénorphine est constatée au cours de la dernière décennie tandis que la part de la méthadone dans les prescriptions, dont la primo prescription ne peut être effectuée en médecine générale, ne cesse d'augmenter.

Objectif : Explorer les freins et les leviers à l'implication des médecins généralistes dans la prescription de buprénorphine.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés et focus group menés entre juin 2021 et mars 2022 auprès de médecins généralistes installés sur le territoire français, menés jusqu'à suffisance des données. L'analyse des données a été effectuée selon une méthodologie par théorisation ancrée.

Résultats : 14 entretiens individuels et un focus group réunissant 5 médecins ont été réalisés. Les représentations négatives des patients associées au sentiment de mise en danger physique et déontologique, le sentiment d'impuissance, la crainte d'un bouleversement de la pratique et le sentiment d'incompétence apparaissent au premier plan des difficultés énoncées. A l'inverse, le renforcement de la formation initiale et la facilitation de l'accès aux outils d'autoformation et à la pluridisciplinarité, la considération du TUO comme une maladie chronique avec l'application d'une approche motivationnelle centrée patient ainsi que la définition et le respect de ses propres limites dans l'exercice substitutif semblent constituer les clés d'un exercice équilibré et épanouissant. La sensibilisation à la fréquence de l'usage problématique des opioïdes antalgiques apparaissait comme un levier supplémentaire pour susciter l'intérêt et l'investissement des médecins concernés.

Discussion : Les entretiens font l'état d'une très grande diversité dans le niveau d'implication des médecins généralistes, en fonction de leur vécu, de leurs représentations, de leur mode d'exercice et de leurs préférences personnelles. Les freins et les leviers énoncés concordent largement avec les données de la littérature. Une régulation de l'activité substitutive via un procédé de filtrage initial et l'établissement d'un contrat de soin permettent aux médecins de garantir une activité conforme à leurs aspirations et leurs valeurs. L'altération de l'image de la buprénorphine, le changement de profil des consommateurs, l'évolution de la démographie médicale et le développement des réseaux de soin sont envisagées comme potentiels facteurs explicatifs du changement d'implication des MG dans l'initiation de buprénorphine.

Conclusion : Le renforcement de la formation initiale, l'accès aux outils de formation continue et du lien collaboratif pluriprofessionnel constituent les principales pistes pour répondre aux difficultés énoncées. Des études qualitatives complémentaires ciblant l'évolution des pratiques professionnelles pourraient permettre de compléter nos hypothèses explicatives concernant le changement d'implication des MG dans la substitution.

Mots clés : médecins généralistes, soins premiers, buprénorphine, trouble de l'usage des opioïdes

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directrices de thèse : Dr Julie Dupouy, Dr Laetitia Gimenez

Barriers and levers to the involvement of general practitioners in the prescription of buprenorphine

Background: The French regulatory framework concerning the prescription of buprenorphine has allowed its wide distribution to patients with an opioid use disorder associated with a significant benefit in terms of morbidity and mortality. General practitioners are the key players in this system, providing the vast majority of prescriptions. However, a fall in the number of general practitioners initiating buprenorphine has been observed over the last decade, while the share of methadone in prescriptions, the first prescription of which cannot be made in general practice, continues to increase.

Aim: To explore the obstacles and levers to the involvement of general practitioners in the prescription of buprenorphine.

Method: Qualitative study by semi-structured individual interviews and focus groups conducted between June 2021 and March 2022 with general practitioners based in France, conducted until data are sufficient. Data analysis was performed using a grounded theory methodology.

Results: 14 individual interviews and a focus group bringing together 5 doctors were carried out. The negative representations of the patients associated with the feeling of physical and ethical endangerment, the feeling of powerlessness, the fear of a disruption of the practice and the feeling of incompetence appeared at the forefront of the difficulties stated. Conversely, the strengthening of initial training and the facilitation of access to self-training tools and multidisciplinary, the consideration of OUD as a chronic illness with the application of a patient-centered motivational approach as well as the defining and respecting one's own limits in the substitution exercise seem to be the keys to a balanced and fulfilling exercise. Raising awareness of the frequency of problematic use of analgesic opioids appeared to be an additional lever to arouse the interest and investment of the doctors concerned.

Discussion: The interviews show a great diversity in the level of involvement of general practitioners, depending on their experience, their representations, their mode of exercise and their personal preferences. The brakes and levers listed largely agree with data from the literature. Regulation of substitute activity via an initial filtering process and the establishment of a care contract allow doctors to guarantee an activity in line with their aspirations and values. The alteration of the image of buprenorphine, the change in consumer profile, the evolution of medical demography and the development of healthcare networks are considered as potential explanatory factors for the change in the involvement of GPs in the initiation of buprenorphine.

Conclusion: The strengthening of initial training, access to continuing education tools and the multi-professional collaborative link are the main ways to respond to the difficulties stated. Additional qualitative studies targeting the evolution of professional practices could make it possible to complete our explanatory hypotheses concerning the change in the involvement of GPs in substitution.

Keywords: general practitioners, primary care, buprenorphine, opioid use disorder