

Université catholique de Louvain

Faculté de médecine

Master de spécialisation en
médecine générale



TFE :

**Attentes et suggestions des jeunes
généralistes concernant la prise en
charge de leurs patients sous
traitement de substitution aux
opiacés**

Identifier les attentes et suggestions des jeunes médecins généralistes en Belgique francophone par rapport à des outils qui amélioreraient la prise en charge de leurs patients sous traitement de substitution aux opiacés, au moyen d'interviews semi-dirigées.

Saffarian Tousi Aria

Année académique 2022-2023

Table des matières

Remerciements	4
Abréviations	4
Abstract	5
Introduction.....	7
Généralités-la situation en Europe.....	7
Contexte belge.....	8
Lien avec la pratique des généralistes.....	9
Utilité d'un travail dans ce contexte.....	9
Méthodologie	10
Type d'étude.....	10
Recherche de littérature.....	10
Critères de sélection de la population.....	11
Récolte des données.....	12
Précautions éthiques	13
Résultats	14
Spécificités des participants et des patients	14
Caractéristiques socio-démographiques des médecins participants	14
Tropisme des médecins participants	15
Profil de leurs patients	16
Consultation classique du patient sous TSO	18
Obstacles.....	19
Patients	19
Praticiens.....	22
Shopping médical.....	25
Marché noir.....	26
Cadre légal.....	27
Outils-Cadre de travail.....	29
Etat d'esprit.....	29
Technique d'entretien	29
Charte.....	30
Pharmaciens.....	33
Contrôle urinaire	33

Attentes et suggestions	35
Travail de conscientisation.....	35
Charte.....	38
Pratique de groupe et en réseau	39
Check-up annuel chez un addictologue	40
Décharger les centres arrivant à saturation	41
Rémunération supplémentaire.....	42
Outils pour diminuer le marché noir	43
Confiance et soutien des autorités	44
Discussion	45
Analyse des principaux résultats et suggestions	45
Obstacles et outils.....	45
Mise en relation des résultats avec la recherche dans la littérature	49
Obstacles concernant les patients	49
Obstacles concernant les praticiens	49
Obstacles liés au cadre légal	52
Obstacles liés au marché noir	52
Forces et faiblesses du TFE	53
Les limites :.....	53
Les forces :.....	54
Conclusion	56
Modèle à suivre ?.....	56
Bibliographie	58

Remerciements

Ma femme Samina Tanasheva pour son soutien et sa patience,

Mes parents et ma sœur pour leurs encouragements tout le long de mon parcours,

Mahdi Abdulkader pour son aide indéfectible,

Mahdi et Nassim Kashkooli pour leur relecture et leurs précieuses remarques,

Daniel Caspar pour sa contribution inestimable,

Le Dr Girard Aurore pour ses conseils dans la méthodologie et le guide d'entretien,

Le Dr Lamy Dominique pour son encadrement et son enthousiasme en tant que promoteur,

Et tous les autres acteurs qui ont œuvré dans les coulisses, d'une manière ou d'une autre.

Abréviations

TSO : Traitement(s) de Substitution aux Opiacés

(R1,2...) : (Répondant 1, Répondant 2...)

NISS : Numéro d'Identification à la Sécurité Sociale

SLR : Séminaire Loco-Régional

GLEM : Groupe Local d'Evaluation Médicale

VIDIS : Virtual Integrated Drug Information System

Abstract

Contexte :

Les médecins généralistes vont devoir jouer un rôle plus important concernant la prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés (TSO) au vu de la problématique grandissante et de la saturation des centres.

Plusieurs études ont mis en évidence des obstacles à la prise en charge de ces patients en médecine générale.

Les assistants étant la médecine de demain, il serait intéressant de connaître les difficultés qu'ils rencontrent et de les interroger par rapport à leurs attentes pour proposer des pistes menant à une amélioration de l'avenir des soins de santé concernant les TSO en médecine générale.

Méthodologie :

Sept assistants et deux médecins francophones ayant une pratique < 5 ans en médecine générale ont été interviewés dans le cadre d'une étude qualitative, à l'aide d'un guide d'entretien. Ces jeunes médecins suivent ou ont suivi des patients sous TSO.

Les interviews semi-dirigées d'une durée d'environ 1h20 ont été analysées selon la méthode de la théorie ancrée, et les résultats ont été comparés à la littérature sélectionnée.

Résultats :

Les médecins ont mis en évidence des obstacles spécifiques aux patients et aux praticiens. Ils ont également rapporté des problèmes liés au marché noir, ainsi qu'au cadre légal.

Les croyances du patient sont un des obstacles rapportés par les médecins, qui entravent la bonne prise en charge. En médecine générale, la plupart des patients sont stables et réguliers. L'agressivité reste anecdotique. La prise en charge des comorbidités somatiques ou psychiatriques semble difficile à mettre en place, en raison de la non-compliance du patient, et de son manque de motivation.

Chez les praticiens, le genre féminin et la pratique solo ont été rapportés comme problématique par les répondantes. Est également revenue la question des propres limites, ce que chacun est prêt à accepter ou pas. Relevons le souci de l'accessibilité temporelle aux soins de santé mentale, ainsi qu'un obstacle spécifique aux jeunes médecins (excès de prudence par peur de poursuite judiciaire), et un propre aux assistants (non-comptabilisation par le maître de stage des heures prestées en centre).

Le shopping médical ne semble pas trop concerner les TSO, par contre le marché noir est une problématique à considérer.

Le cadre légal est vu soit comme une ceinture de sécurité, soit comme une contrainte.

Les outils principaux lors de la consultation comprennent un état d'esprit à avoir en acceptant l'ambivalence et l'absence de réel contrôle sur la consommation, une charte d'organisation et de prescription à mettre en place dès la première consultation, une étroite collaboration avec les pharmaciens, un travail en équipe idéalement de type maison médicale, un travail en réseau avec des psychologues et des assistants sociaux.

Parmi les suggestions et les pistes du futur, semblent nécessaires entre autres un travail de conscientisation ainsi qu'une meilleure formation, une pratique de groupe et un travail en réseau dont une collaboration avec les pharmaciens, des outils afin de diminuer le marché noir, et un soutien des autorités.

Conclusions :

Les obstacles relevés par les jeunes médecins semblent relativement similaires à ceux qui ont été rapportés dans la littérature. Il ressort cependant des interviews qu'un des obstacles majeurs à affronter est la problématique du marché noir.

L'utilisateur qui consulte est avant tout un être humain qui a besoin d'être écouté, plutôt que d'être soumis à un contrôle urinaire. La prise en charge du patient qui fait face à des problèmes de dépendance implique d'accepter les hauts et les bas, les rechutes et le manque de compliance.

Les médecins et les autorités sanitaires devraient collaborer pour offrir aux patients le soutien dont ils ont besoin, en mettant en place des mesures concrètes de manière à assurer d'une part l'accessibilité des traitements, et d'autre part à assurer la protection contre les dommages dérivant du mésusage de ces médicaments.

Mots-clés :

Médecine générale, traitements de substitution aux opiacés, recommandations de bonne pratique.

Introduction

Généralités-la situation en Europe

En 2017, on estimait que 53 millions de la population mondiale (1) consommaient des opioïdes, qui ont été retrouvés dans 78% des décès liées aux overdoses de drogue (2).

Les problèmes liés aux drogues concernant l'Europe en 2017 étaient de plus en plus influencés par l'évolution de la situation internationale. Or en Amérique du Nord (USA, Canada), l'abus d'opioïdes de synthèse est un problème de santé publique majeur (3).

Dans l'Union Européenne, il y a environ 1,3 millions d'usagers problématiques d'opiacés dont la moitié sont sous traitement de substitution (TSO), et dont les 3/4 sont situés dans 5 pays à proximité de la Belgique (Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni).

Grâce aux mesures mises en place à savoir la réduction des risques et dommages (mise en place de TSO, approvisionnement de seringues...), le taux de consommation de drogue injectable comme l'héroïne a chuté et l'incidence annuelle de VIH chez cette population a diminué de 41% entre 2007 et 2015 (3).

Si endiguer l'épidémie de VIH a été un objectif majeur dans les années 80', aujourd'hui les défis ont changé : Parmi les personnes qui entament un traitement pour usage de drogues en raison d'une affection liée aux opioïdes, une sur cinq déclare qu'un opioïde de synthèse, plutôt que l'héroïne, est la principale drogue qui lui pose problème (4). Ces médicaments sont d'ailleurs de plus en plus souvent détectés dans les cas d'overdoses, dont sont aujourd'hui victimes des personnes âgées de 39 ans en moyenne. Les besoins des consommateurs vieillissants d'opioïdes, souvent de plus en plus vulnérables, ne cessent de croître, tout comme la prévalence élevée des problèmes de santé physique et psychologique au sein de ce groupe. Aussi, malgré de nombreuses données scientifiques qui ont permis l'usage répandu des TSO, des inquiétudes émergent quant au mésusage et à un usage détourné de ces produits (5).

Ayant été confronté à des patients sous TSO dans ma pratique, et ayant été démuni quant à la prise en charge à leur proposer, j'ai souhaité connaître les pratiques des généralistes concernant les TSO, les obstacles auxquels ils étaient confrontés, les stratégies qu'ils utilisaient pour y faire face.

Aussi, j'ai sondé la littérature et j'ai sélectionné deux études qualitatives pertinentes sur PUBMED, la première étant menée dans un milieu rural aux USA, publiée en 2015 (6), et l'autre

en Belgique dans la ville d'Anvers, publiée en 2016 (7). Deux autres articles en provenance d'EMBASE ont également convenu pour cette introduction, le premier nous rapportant des barrières à la prescription identifiées à Washington en 2014 (8), et le deuxième identifiant des barrières structurelles en Allemagne en 2013 (9).

L'article américain en milieu rural (6) nous indique un personnel n'ayant pas reçu de formation adéquate ; un manque de temps qui en fait traduirait surtout un souhait d'une rémunération additionnelle pour la prise en charge de ces patients, volonté qui proviendrait de la nécessité d'une formation complémentaire et d'une licence spécifique ; un espace de travail inadapté ; des réglementations contraignantes ; un manque de connaissance, un manque de confiance envers ces patients, considérés comme une population difficile...

L'article de Washington (8) pointe un manque de formation, une stigmatisation de la dépendance, des préoccupations concernant la réglementation et la responsabilité légale, un manque de soutien institutionnel, des lacunes dans l'infrastructure de soins de santé mentale et au niveau psychosocial.

L'article allemand (9) rapporte des contraintes en termes de cadre réglementaire des TSO. En outre, la rémunération financière, la qualification insuffisante ainsi qu'une coopération interdisciplinaire inadéquate dans le traitement des comorbidités des patients sous TSO sont également relevées.

Contexte belge

Les freins recueillis en Belgique à Anvers semblent assez similaires (7): un manque de collaboration et de communication avec les centres d'addictologie, de l'anxiété vis-à-vis de la gestion de ces patients ainsi que d'éventuelles poursuites judiciaires, un manque de connaissance, car malgré l'existence de guidelines internationales, il reste difficile d'évaluer le bon traitement pour chaque patient individuellement.

Cette étude belge n'a d'ailleurs interrogé que la Belgique néerlandophone. Une autre étude qualitative belge menée en 2014 (10), citée dans l'article anversoise, a quant à elle également sondé des francophones : elle nous apprend que la Wallonie est moins encline à suivre des formations axées sur la communication. En Flandre par contre, ces formations sont considérées comme conditions sine qua non pour la gestion des patients abusant de substances.

En Belgique, on comptait 16 030 patients enregistrés sous TSO en 2021 (11).

Les premiers TSO ont été délivrés dans notre pays à la fin des années 70, en l'absence de cadre légal (12). Actuellement, les modalités et conditions de prescription sont régies par l'Arrêté-Royal du 19 mars 2004, modifié par l'Arrêté-Royal du 6 octobre 2006 (13) : Si un médecin prend en charge plus de deux patients sous TSO, il y a nécessité d'une formation spécifique, d'une formation continue ainsi que d'un enregistrement auprès d'un centre/réseau spécialisé agréé notifiant les autorités compétentes.

[Lien avec la pratique des généralistes](#)

La médecine générale joue un rôle important dans le traitement de substitution en Belgique, contrairement à d'autres pays européens où cela relève de la responsabilité des centres et de psychiatres, comme la Grande-Bretagne (14).

Au vu de l'évolution de la situation au niveau européen, il semble nécessaire que tous les généralistes s'intéressent à cette problématique qui prend de plus en plus d'ampleur, car ils vont probablement y être confrontés à un moment donné de leur carrière.

[Utilité d'un travail dans ce contexte](#)

L'étude qualitative belge parue à Anvers (7) met en évidence le fait que peu de généralistes restent disposés à prendre en charge des patients sous traitement de substitution à cause d'obstacles liés d'une part à la méconnaissance, malgré l'existence de diverses sources et de possibilités de formation (15-16-17-18-19).

Et d'autre part, ces freins sont liés à de l'anxiété et à un manque de soutien.

Ainsi, l'étude met en exergue les entraves à la prise en charge et nous propose d'améliorer la collaboration inter et intra-professionnelle, mais n'interroge finalement que très peu les généralistes belges quant à leurs souhaits : Quels outils mettre à disposition ? Quel soutien concret mettre en place ? Quelles sont leurs attentes ? Que suggèrent-ils et proposent-ils ?

Enfin, l'âge moyen était de 46 ans, et seulement 9 des 26 participants étaient dans la tranche sous les 40 ans ; qu'en est-il des plus jeunes médecins ? Les assistants étant la médecine de demain, il serait intéressant de connaître les difficultés qu'ils rencontrent lors de leur pratique de type TSO et de les interroger par rapport à leurs attentes pour proposer des pistes menant à une amélioration de l'avenir des soins de santé pour les patients sous TSO.

OBJECTIF DU TFE : Identifier au moyen d'interviews semi-dirigées les suggestions des jeunes médecins généralistes en Belgique francophone par rapport à des outils qui amélioreraient la prise en charge de leurs patients sous traitement de substitution aux opiacés.

Méthodologie

Type d'étude

Une étude qualitative a été choisie, car l'objectif n'étant pas de doser ou de mesurer des paramètres et variables, la méthode qualitative est plus appropriée pour identifier des attentes et des souhaits. Le but n'est pas de présenter des statistiques, mais d'émettre des pistes, des recommandations.

Elle s'est déroulée d'octobre 2022 jusqu'en mars 2023.

Il s'agit d'une étude qualitative avec utilisation d'un guide d'entretien afin de réaliser des entretiens semi-dirigés, en employant d'abord des questions ouvertes pour laisser l'interlocuteur s'exprimer librement, puis des questions semi-ouvertes pour rediriger l'attention vers certains sujets non-exprimés. Les questions ont été rédigées au préalable grâce à la lecture des articles sélectionnés et des gaps mis en évidence.

Le guide d'entretien est composé de trois parties : il récolte d'abord des informations quant à l'interviewé, puis interroge sur la dernière consultation, les obstacles rencontrés ainsi que les outils déployés, et enfin recueille les attentes et suggestions afin de proposer des pistes pour une meilleure prise en charge future. Il a été mis à jour et agrémenté de nouvelles questions en fonction de nouvelles thématiques apparaissant au cours des interviews.

Recherche de littérature

Dans un premier temps, la littérature grise a été consultée afin d'avoir une vision générale sur le sujet, notamment via les rapports de l'EMCDDA, du groupe Pompidou, d'Eurotox...

Ensuite, afin d'avoir une idée plus précise sur mon sujet d'intérêt, les bases de données PUBMED, EMBASE et PSYCINFO ont été sondées via des MESH spécifiques. Cette recherche a été conduite durant les mois de janvier à avril 2022.

Sur PUBMED, une recherche a été menée avec les MESH spécifiques suivants : general practice ; opiate substitution treatment ; health knowledge, attitudes, practices. Ce qui a abouti à 89 articles. Cfr équations citées en annexe.

Les critères de tri introduits dans les moteurs de recherche ont inclus : des études publiées après 2010 afin d'avoir des articles récents, des articles en langue française et anglaise pour en faciliter ma compréhension, comprenant un abstract et un full-text disponible afin de pouvoir parcourir les études.

N'ont pas été retenus les articles sans abstract disponible, en langue autre que le français ou anglais, traitant de pédiatrie, d'obstétrique, de néonatalogie, de gériatrie, de prise en charge hospitalière, de soins palliatifs dont cancer, dans le secteur des urgences, se focalisant sur les patients HIV, se focalisant sur les pharmaciens, traitant de sevrage aigu, ne traitant que de pharmacologie, ne prenant pas en considération la pratique et l'attitude des médecins généralistes.

Ainsi, sur les 89 articles disponibles sur PUBMED, 2 ont été sélectionnés car pertinents pour ce travail (6,7).

Sur EMBASE, la recherche a été menée avec le modèle proposé PICO, où le P a été rempli par « general practitioner » (+15 synonyms) et le I par opiate substitution treatment (+8synonyms). Ce qui a abouti à 140 résultats. Cfr équations citées en annexe.

Les mêmes critères de tri puis d'exclusion ont été appliqués, les abstracts ont été lus, et 3 nouveaux articles ont été retenus (8,9,20).

Sur Psycinfo, la recherche a été réalisée avec les termes General Practitioner AND opiates, ce qui a abouti à 171 articles. Après application des mêmes critères de tri et d'exclusion, lecture des abstracts, 0 article a été retenu car aucun ne traitait spécifiquement des TSO.

Les articles sélectionnés sont des études originales, de type qualitatif.

Les deux articles de PUBMED (6,7) ont été utilisés pour élaborer l'introduction et les guides d'entretien. Ils seront également repris dans la discussion.

Deux des articles (8,9) sélectionnés via EMBASE ont également eu leur place dans l'introduction et le guide d'entretien, et seront traités plus en détail dans la discussion.

Le dernier article (20) quant à lui s'apprêtait plutôt à la discussion.

Critères de sélection de la population

Dans un premier temps, deux groupes de médecins ont été envisagés :

- Le premier groupe est constitué de médecins généralistes intéressés dans la prise en charge de patients sous traitements de substitution (assistants ou pas), novices ou avec une certaine expérience par rapport aux TSO, afin d'identifier leurs attentes quant aux moyens de soutien à mettre en place.
- Le deuxième groupe concerne des médecins référents expérimentés afin de savoir ce qu'eux proposent comme solution par rapport à leur expérience.

Cependant, pour des raisons d'activités professionnelles et des contraintes de faisabilité notamment du point de vue temporel, les critères ont dû être revus : un seul groupe de médecins a été sélectionné, à savoir des médecins assistants ou des jeunes médecins avec une pratique < 5 ans.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des sujets ont été définis ainsi :

Inclusion :

- Assistants en médecine générale intéressés dans la prise en charge de patients sous TSO, avec une pratique de TSO d'au moins 6 mois afin d'avoir un minimum d'expérience dans le domaine
- Médecins généralistes (< 5 ans de pratique) avec une pratique de TSO

Exclusion :

- Assistants intéressés mais n'ayant pas au moins 6 mois d'expérience en TSO
- Assistants ou médecins généralistes eux-mêmes sous TSO (biais potentiel)
- Assistants en cours de spécialisation (autre que médecine générale) ou médecins actuellement spécialistes n'ayant pas eu un parcours de médecin généraliste avec une pratique de TSO d'au moins 6 mois.

Récolte des données

Les médecins ont été contactés par mails avec un deuxième mail de rappel une semaine après. Au vu de l'absence de participation, la méthode de contact a été choisie pour le réseau social Facebook, en postant un message sur le groupe des médecins généralistes. Les quelques assistants ainsi interviewés ont suggéré d'autres collègues à interroger.

Les deux médecins < 5 ans de pratique ont été identifiés lors de mes six mois d'assistantat aux urgences : une y travaille en temps partiel, l'autre a été rencontré lors d'un colloque.

Ainsi, il a été procédé à un échantillonnage empirique de jeunes médecins, de genre et de parcours différent afin d'avoir un profil varié. Cet échantillonnage a été limité à 9 médecins, car les réponses ont fini par se télescoper, je me rapprochais de la saturation des données.

Les interviews d'une durée d'1h20 ont été réalisées via ZOOM et ont été enregistrées sur mon ordinateur avec la permission des interrogés, afin d'être retranscrites de manière fiable, puis ont été supprimées.

Il y a eu comparaison entre les différents répondants afin de mettre en évidence des données pertinentes, des éléments qui se répètent (notion de saturation) mais également l'émergence de nouvelles idées. Les verbatims ont été classés par des thèmes identifiés au préalable dans la littérature. Si un élément était absent de ces thèmes, une analyse thématique en émergence a été réalisée en rajoutant les nouveaux éléments en cours d'analyse des discussions.

Les interviews ont été analysées selon la méthode de la théorie ancrée, qui a permis de développer des idées à partir des propos recueillis par l'enquête. Les données analysées ont été comparées à celles de la littérature.

Précautions éthiques

Afin de préserver la confidentialité et l'anonymat, des numéros ont été attribués aux participants de chaque catégorie pour ne pas divulguer d'identités.

Au vu de l'éventuelle publication, la recherche a été soumise à un Comité d'éthique. Le Comité éthique hospitalo-facultaire Saint-Luc-UCL a donné un avis favorable le 29/08/2022 (joint dans les annexes).

Les participants ont été informés et ont reçu un formulaire de consentement (joint dans les annexes).

Résultats

Spécificités des participants et des patients

Caractéristiques socio-démographiques des médecins participants

	Genre	Type de pratique	Lieu de pratique	Année de pratique	Formation théorique TSO
Masculin/Féminin	3M/6F				
Solo/Groupe/Maison Médicale		2S/2G/5MM			
Urbain/Rural			8U/1R		
Assistant : 1^e -2^e -3^e ; Médecin < 5 ans de pratique				As 1 ^e : 1 As 2 ^e : 1 As 3 ^e : 5 Méd < 5ans : 2	
UCL/ULB					4 UCL 5 ULB

La majorité des interviewés :

- Sont des femmes (6/9)
- Travaillent en MM (3/6 des femmes, 2/3 des hommes)
- Ont une pratique urbaine (5/6 des femmes, 3/3 des hommes)
- Sont en 3^e année d'assistantat (3/6 des femmes, 2/3 des hommes)

9 médecins ont été interviewés via ZOOM.

Il y a 7 assistants dont 5 à l'UCL, et 2 à ULB.

L'assistante 8 a bifurqué en psychiatrie cette année, mais a eu une pratique de TSO en tant qu'assistante en médecine générale l'année passée.

6 assistants ont suivi la formation théorique soit du Dr Lamy à UCLouvain (formation du réseau ALTO), soit celle du Dr Lou Richelle à ULB. Ils ont ensuite travaillé en centre (MASS, LAMA, ENADEN) pour leur formation pratique, à raison d'une demi-journée par semaine durant 1 an.

1 assistante n'a pas eu l'occasion de suivre ces formations et a directement eu des suivis TSO dans le cadre de sa première année d'assistantat. Elle a acquis des notions via son maître de stage.

Il y a 2 médecins ayant une pratique < 5 ans, dont l'une a suivi la formation du Dr Richelle, et l'autre celle du Dr Lamy.

La majorité exerce une pratique urbaine en maison médicale à Bruxelles, une seule des assistantes travaille en périphérie dans le Brabant Wallon.

Ils suivent/ont suivi 2-3 patients sous TSO dans leur pratique de médecine générale.

La répondante 1 a majoritairement une expérience en centre et débute en cabinet pour cette pratique cette année-ci, et la 4 n'a exercé la pratique des TSO uniquement qu'en centre.

Tropisme des médecins participants

Tous les répondants partagent un penchant pour le versant social, avec un public précarisé, stigmatisé, exclu, d'où leur intérêt pour la prise en charge des patients sous TSO.

L'assistante 1 travaillait en parallèle en planning familial.

L'assistante 4 s'est dite sensible aux préjugés et stigmas autour de l'usager de drogue et de son addiction, qui marginalisent le patient.

Un des médecins généralistes (R6) travaille en parallèle à Fedasil.

L'autre (R7) est membre de l'association Ex-Aequo, et a fait de la vaccination dans le milieu des prostituées.

L'assistante 9 a participé aux maraudes de l'Humanikot ainsi qu'à des distributions de colis alimentaires avec la Croix-Rouge.

Trois interviewés (R2,7,8) ont mentionné de l'intérêt pour le versant psychologique et l'addiction. La répondante 8 a même bifurqué en psychiatrie cette année, après un an d'assistantat en médecine générale.

Trois assistants (R1,2,9) ont été encouragés à cette pratique par leur maître de stage.

L'assistant 2 a suivi des formations complémentaires sur la relation thérapeutique avec l'usager de drogue et sur l'hépatite C.

L'assistante 4 a suivi un module sur l'entretien motivationnel.

Un des médecins (R7) a eu une pratique d'alcoologie en 2e année d'assistantat, et a suivi une formation de tabacologie à la SSMG.

Le répondant 3 évoque également ses expériences personnelles avec ces patients :

« J'ai aussi été sensible face à des expériences lors des consultations en stage ou en 1^e année durant lesquelles j'ai eu des patients sous TSO ou en situation de consommation active.

Je m'étais retrouvé assez démuni face à eux, de ne pas savoir en quoi consiste leur traitement ni les mesures spécifiques à prendre pour mieux les suivre. Je souhaitais pouvoir offrir des soins corrects et convenables à ces patients, en connaissant leurs caractéristiques, et c'est ainsi que j'ai eu envie de me former un peu plus ».

Profil de leurs patients

Les interviews 3 et 5 classifient les patients en maison médicale en 3 grands types selon la catégorie de stabilité, patients qui sont vus soit de manière hebdomadaire, soit bimensuelle, voire mensuelle :

L'hebdomadaire concerne les patients précaires (ex : SDF), qui n'ont donc pas de logement, pas de mutuelle... Il y a une situation psychosociale à traiter. Il s'agit de patients instables.

Le bimensuel est dédié à ceux qui ont un logement mais sans emploi et bénéficiaires d'aide, qu'on oriente avec l'article 60 du CPAS pour les réinsérer dans une vie active avec un travail. Ce sont des personnes semi-stables dans leur situation de vie. Il faut parfois jongler avec leur dosage, en augmentant un peu durant un évènement difficile (ex : femme battue).

Le mensuel concerne les patients stables, ceux qui disent ne plus consommer de drogue, se sentir bien avec leur dose, avoir un logement, être en ordre de mutuelle et pour le reste de l'administratif, mener une vie socio-professionnelle, une vie familiale...

Il est possible de constater des distinctions entre les patients sous TSO que l'on rencontre en centre et ceux que l'on voit en cabinet. Les professionnels ayant exercé dans l'un ou l'autre contexte (ou les deux), une comparaison des types de patients a pu être réalisée.

La répondante 1 nous rapporte ainsi qu'en centre (MASS), les patients ne sont pas très réguliers donc pas trop connus, il y a des migrants sans numéro national, avec une communication restreinte en français ou en anglais.

Le répondant 2 nous relate son expérience au projet LAMA où il y avait des patients défavorisés, de bas-seuil, qui sont soit une population migrante, soit des SDF, soit des ex-détenus qui viennent de sortir de prison... Ils ont souvent des soucis financiers, sont à la rue, n'ont pas de travail. Il faut tenir compte de tout l'aspect environnemental pour les gens en centre : il convient de leur trouver un logement, de les réinsérer socio-professionnellement, de mettre en ordre leur aide médicale urgente.

Ce deuxième répondant est rejoint par le participant 3, qui rapporte un public très précarisé à la MASS. Au projet LAMA à Ixelles, il mentionne des patients illégaux (FEDASIL) mais également plus de patients intégrés chroniques depuis plus de 30 ans.

Les répondants 2 et 3 rapportent qu'en maison médicale, il y a une majorité de patients qui sont stabilisés vis-à-vis de leur traitement médical et dans leur existence : ils ont leur vie, leur travail, n'ont pas de souci majeur d'un point de vue administratif et social. Il y a quelques patients avec des situations socio-économiques compliquées : à la rue, AMU, CPAS...

Au vu des besoins multiples à tenir compte pour ces patients, plusieurs interviewés (R2,3,5,6,8) ont jugé que les maisons médicales sont plus adaptées, car elles présentent des avantages d'une part pour le praticien : plus de sécurité, réunion hebdomadaire permettant une discussion autour des cas épineux, dossier médical partagé assurant une continuité des soins ; et d'autre part pour le patient : multidisciplinarité permettant une prise en charge optimale, centralisation des soins, accessibilité financière. D'un point de vue sociétal, il y a également une limitation du shopping médical, car les patients y sont inscrits : ils ne sont pas remboursés s'ils consultent un autre médecin, et les patients non-inscrits ne peuvent pas y prendre de prescription.

L'interviewée 4 rapporte que malgré les nombreux avantages, il y a le risque de cloisonner le patient avec une structure comme une maison médicale et de ne plus être dans le respect du choix de ses soignants.

L'interviewé 7 qui travaille en cabinet privé appuie sur le fait qu'il y a en effet plus de professionnels et une plus grande facilité d'organisation dans les maisons médicales, mais il relève qu'elles sont cependant limitées au niveau des horaires des ouvertures. Or il rapporte que le profil des consommateurs a changé, que certains travaillent de 8 à 18h, et qu'il ne leur est pas possible de se rendre durant ces heures-là dans des maisons médicales. Lui est plus flexible, et ouvre parfois des plages d'horaire après 19h pour certains de ses patients.

Par ailleurs, il nous relate un changement de culture et de paradigme, menant à l'émergence d'un profil différent de consommateur :

« Il n'y a pas un profil type de patient qui se drogue. Il est très loin le temps où on pouvait se dire « ça, c'est un profil toxicomane ». Maintenant, il y a des médecins, des ingénieurs, des traders, des publicitaires, des caissiers, des chauffeurs, des instituteurs... Il y a plein de gens qui consomment, et ce n'est pas forcément une consommation problématique. C'est un gros changement aussi.

Avant, dans les années 90', s'il y avait consommation, c'était quasiment sûr que c'était problématique. Mais maintenant, ce n'est pas forcément le cas. Il y a un changement de contexte : c'est plus facile de s'en procurer, ce n'est pas pour les mêmes raisons, le côté festif joue beaucoup plus (...). C'est un changement de paradigme : la consommation est moins problématique, elle est devenue récréative et occasionnelle, est plus répandue dans le grand public, il y a utilisation de drogue de synthèse ».

La répondante 1 nous rapporte aussi une place prépondérante des produits synthétiques :

« Les collègues expérimentés rapportent beaucoup moins de consommation d'héroïne, mais une explosion émergente des produits pharmaceutiques comme le Lyrica, Tradonal, Rivotril ».

Ce qui est rejoint par la répondante 8, et le participant 2 qui mentionne la combinaison « Rivotril-Lyrica » comme le duo gagnant de la population migrante.

Consultation classique du patient sous TSO

La consultation classique du patient sous TSO auprès des généralistes interrogés consiste en un renouvellement du traitement chez un patient chronique stable. Le dépannage n'est pas l'apanage de la médecine de famille, mais celui des centres.

Interview 3 :

« La consultation "classique" en médecine générale est celle du patient stabilisé de longue date, venant prendre son traitement de manière régulière (...). A la MASS, l'objectif est d'être un centre de bas seuil où on essaye d'abaisser au maximum toutes les barrières entre l'usager et la prise en charge. Ils ont par conséquent beaucoup de patients à la rue, en situation irrégulière, qui travaillent au noir, ou encore des travailleuses du sexe ».

Selon les interviews, les étapes du déroulement d'un suivi optimal seraient les suivantes :

- 1) Accueil du patient, salutations, demander comment il va (recueil de certaines informations sur l'état psychologique), motif : renouvellement de la prescription
- 2) Anamnèse :
 - Situation sociale : vie privée dont état psychologique, relationnelle, amicale, amoureuse, familiale ; situation professionnelle ; situation administrative (ex : mutuelle en ordre ou pas)

- Accès aux soins psychologiques (réseau psy 107, prescription de renvoi) ; accès au travail (article 60 du CPAS)
 - Si souhait d'accompagnement vers l'arrêt : entretien motivationnel ; analyser où il en est dans sa démarche, évolution par rapport à la dernière fois pour adapter son discours par rapport à sa localisation dans le cycle motivationnel
 - Souhait de discuter d'un sujet particulier ?
 - Signaux et indices pour un réajustement de dosage, de rectification du tir ensemble : reconsommation de drogue, surconsommation de traitement, achat au marché noir, manque/signe de sevrage (tremblements, sudations...), évènement de vie difficile...
- 3) Examen physique : ils ne sont pas toujours d'accords pour se faire ausculter, mais si possible : hygiène buccale, plaies cutanées, prise de la TA une fois par mois ; prise de sang dont proposition de dépistage MST ; examen ciblé si autre plainte
 - 4) Dépistage : comme tout patient, ne pas oublier les dépistages mais aussi et surtout le HIV et HCV fréquents dans cette population et check-up MST si conduites à risque ; si pertinent (terrain familial, âge, plaintes, signes ...) : dépistage cancer colo-rectal et cancer du sein, cancer pulmonaire...
 - 5) Demander si autres besoins (ex : panier alimentaire, préservatifs...)
 - 6) Conclusion : renouvellement de la prescription

Obstacles

Parmi les obstacles, on retrouve deux grandes catégories : ceux liés au patient et ceux liés au praticien. Il y a également la problématique du shopping médical et du marché noir. Enfin, il faut considérer le cadre légal, perçu comme contraignant par certains médecins.

Patients

Croyances

Certains patients considèrent que la méthadone est une nouvelle addiction, que c'est la drogue de l'Etat (R6). Ils rattachent la méthadone à leur période d'addiction à la drogue et vivent ça comme un échec (R8). Ils considèrent également qu'augmenter la dose de TSO est un échec, veulent rapidement diminuer les doses pour s'en sevrer totalement (R6).

La répondante 6 mentionne la peur de stigmatiser le patient au niveau professionnel, la peur du jugement ayant pour conséquence mensonges et cachotteries. Elle relève également l'ambivalence par rapport à leur souhait d'arrêter, ce qu'indique aussi la répondante 9.

Le répondant 7 rapporte que ces patients ont l'impression que certaines choses ne sont pas importantes, qu'ils vivent avec et que ce n'est pas grave. Par conséquent, ils n'en font pas mention lors de la consultation.

Ponctualité

Les patients stables et réguliers sont ponctuels, comme n'importe quel autre patient.

En revanche, le patient instable et difficile à accrocher peut arriver sans prévenir, de manière imprévue. Il est important de le recadrer et de le responsabiliser dans son processus de soin (R2,3).

Néanmoins, le recadrage est plus délicat pour les patients instables qui sont difficiles à accrocher, car le lien peut rapidement s'effriter et se perdre (R3). Afin de garder un contact médical avec eux, il faut savoir faire preuve de plus de souplesse, ou les référer vers des collègues plus expérimentés.

En centre par contre, les problèmes sont différents, car la patientèle est différente.

Les répondantes 1, 2 et 8 nous rapportent ainsi que du fait que les patients sont irréguliers, il n'y a pas un bon suivi, ni un lien thérapeutique adéquat. Les patients ratent leur rendez-vous, viennent en retard, ou arrivent à l'improviste. Enfin, il y a aussi des patients migrants avec les obstacles qui leur sont propres : barrière linguistique, pas de NISS donc pas d'accès au HUBs... L'interviewée 6 nous fait également état de personnes endettées et/ou avec des problèmes de justice, des problèmes de logement, de travail, de famille, d'administration (perte de carte d'identité, mutuelle, AMU...). Ces caractéristiques des patients en centre peuvent aussi avoir lieu chez des patients instables avec une prise en charge en médecine générale.

Agressivité

La plupart des patients sont calmes et polis. L'agressivité reste anecdotique, mais lorsqu'elle a lieu, elle survient plutôt quand les patients sont en situation de manque, ou en état d'ébriété (R5, 9).

Néanmoins, la répondante 6 a mentionné spontanément se sentir parfois en situation d'insécurité, qu'elle lie à son genre féminin et au fait d'être seule au cabinet :

« Je me souviens d'une consultation avec un patient hyper agressif, qui était alcoolisé. On a le droit de refuser de voir un patient qui est imprégné, souvent désinhibé. Il était lourd, agressif,

il essayait de m'empêcher de me déplacer et de me coincer dans un coin dans le cabinet, je me suis sentie physiquement en danger, la seule chose que je me suis dit c'est "sauve qui peut" ».

Compliance

Les patients non stabilisés ne sont globalement pas très compliants, et mettent en échec les initiatives médicales comme les rendez-vous avec l'assistant social, avec la mutuelle (R3). Cette non-adhérence a également un impact sur la prise en charge des comorbidités.

Le répondant 7 rapporte que ces patients ont également moins d'énergie pour faire les dépistages, ils ne sont pas motivés pour faire des colo-tests.

Le répondant 3 mentionne un problème de communication et de relation médecin-patient : si le médecin n'est pas attentif aux objectifs du patient, cela entraîne que le patient puisse se sentir mal à l'aise, jugé, pas écouté, pas compris... Et il sera moins compliant.

Ceci est rejoint par l'interview 5 :

« La volonté, les souhaits et les objectifs du patient : si la demande de sevrage de la substance ne vient pas d'eux, on n'arrivera pas à grand-chose. C'est comme arrêter la cigarette, aller chez un psy... ».

Comorbidités

Certaines comorbidités ne sont pas des obstacles en soi à la prise en charge du patient (ex : facteurs de risque cardiovasculaires, HCV, HBV, carie, plaie par injection ou par sniff nasal...), mais c'est la non-compliance du patient qui pose problème, et par conséquent, la santé du patient s'en retrouve détérioré. S'y rajoutent les conditions socio-économiques peu favorables à la prise en charge de ces pathologies. Ces comorbidités somatiques sont un poids en plus à tenir en compte dans la balance. Le répondant 2 insiste sur le fait que le médecin doit essayer de ne pas éparpiller les soins en référant à chaque fois vers une personne différente en qui le patient n'a pas confiance. Le médecin traitant est le chef d'orchestre de ses soins qu'il doit mener à bien, en les centralisant un maximum, comme pour l'hépatite C par exemple : il peut faire la prise de sang avec la sérologie et demander le génotypage, puis envoyer en une fois vers l'hépatologue pour le fibroscan et le reste du bilan.

D'autres comorbidités par contre plus contraignantes, notamment celles psychiatriques (dépression, troubles anxieux, troubles psychotiques...) jouent sur l'aspect motivationnel, ce

qui implique encore moins de prise en charge pour les autres comorbidités. Le suivi psychologique est difficile à mettre en place en raison de la non-compliance des patients (R8). Le répondant 7 propose de faire systématiquement un test HAD pour dépister les troubles anxio-dépressifs chez eux.

L'interviewée 5 attire notre attention sur les interactions médicamenteuses, comme l'haldol et la méthadone qui entraînent tous les deux un QT long, et conseille de faire au moins un ECG de contrôle. Elle rapporte aussi une moins bonne qualité de vie chez les psychotiques : pas d'accès aux études, au travail...

La polytoxicomanie (*alcool, tabac, cannabis, cocaïne...*) est également citée comme difficulté en raison du risque d'interaction et de conséquences sur la santé. Chez ceux utilisant de l'alcool et des benzodiazépines, la répondante 8 rapporte plus de dépression et d'anxiété.

Comportement à risque

La crainte principale de la répondante 6 est le comportement dangereux de certains, comme la consommation de drogue en parallèle avec risque de surdosage, ou encore comme un de ses patients qui a avalé une fois deux comprimés en une prise.

L'interviewée 9 fait également état d'un des patients qui a pris deux comprimés en une fois. Elle rapporte par ailleurs que certains de ses patients ont avoué s'être fait dépanner de gélules par leurs amis.

Les autres répondants n'ont pas fait mention de comportement dangereux.

Praticiens

Genre

Les hommes ne rapportent pas de problème lié à leur genre. Le genre masculin semble même être plutôt un levier.

Par contre, 3 femmes sur 6 rapportent qu'être une femme dans ce milieu n'est pas facile, car ce sont surtout des hommes qui sont des consommateurs, et qu'ils peuvent se montrer insistants voire menaçants (R1,6,9).

Interview 1 :

« (...) ça leur donne parfois l'impression de pouvoir plus négocier ou de se montrer plus menaçants et que j'aurais tendance à céder plus, ce qui n'est pas tout à fait faux. Probablement

que si j'étais un homme âgé expérimenté, les consultations ne se passeraient pas de la même façon. (...)

La répondante 9 mentionne cependant deux versions :

« (...) Il y a ce côté chez certains '' je suis plus âgé, c'est une petite jeune fille, je peux m'imposer plus''. Et d'autres au contraire me semblent plus doux, ils sont plus compréhensifs. Il y a les deux. »

La répondante 5 souligne avoir eu des avances déplacées de la part d'hommes, mais pas d'agressivité.

L'interviewée 8 rapporte de la misogynie, sans attribuer cela spécifiquement aux patients sous TSO, mais plutôt à la patientèle générale.

Jeune âge

Le jeune âge semble d'une part être un avantage pour les patients qui négocient pour avoir des rallonges (R1,3) ou qui prennent l'assistant moins au sérieux (R8). Mais d'autre part, il semble également être un levier pour la consultation car les patients se sentent plus à l'aise, la relation est facilitée (R5).

Être seul(e)

Les hommes n'ont pas évoqué de difficulté par rapport au fait d'être seul. Mais quatre répondantes l'ont mentionné comme un obstacle à considérer car seules dans un cabinet avec un patient qui deviendrait menaçant pour ses prescriptions, elles auraient tendance à céder plus facilement, pour leur propre sécurité (R1,5,6,9).

L'interviewée 4 rapporte avoir été obligée de travailler seule, coupée de tout réseau :

« Devoir travailler seule car le patient empêche le travail en réseau vu le souhait de non-divulgence (drogue, TSO) par angoisse d'être jugé, stigmatisé »

Croyances négatives et absence de confiance

La répondante 6 rapporte des croyances négatives de la part de ses collègues à propos de ces patients, qui sont considérés comme des menteurs, des manipulateurs, qui n'ont aucune volonté de s'en sortir.

Le répondant 2 mentionne que si on ne connaît pas ce type de patients, il comprend que les clichés sont très faciles à avoir : « *ils sont manipulateurs, agressifs, ils nous mentent* ».

Les répondantes 5 et 9 indiquent le manque de confiance envers le patient à cause du manque de transparence, d'une mauvaise entente... Le patient fait des cachotteries, comme prendre deux comprimés au lieu d'un.

Dans cette même thématique, les répondants 7 et 8 rapportent que les médecins sont parfois obnubilés par les versants psychologiques et addictologiques, réduisent le patient à cela, et négligent le reste de la prévention et les problèmes somatiques. Ceci entraîne un retard de diagnostic et de prise en charge de certaines pathologies. Par exemple, un patient étiqueté « psy » qui présentera des plaintes digestives sera diagnostiqué « côlon irritable », mais ne bénéficiera jamais de dépistage pour cancer colique.

Selon la répondante 9, le comportement du patient oriente sa prise en charge. Vu que le patient aborde lui-même moins ses problèmes de santé, elle a tendance à moins l'interroger sur ses problèmes somatiques ; le patient se braque lorsqu'on aborde certains sujets avec lui ; le patient est pressé de prendre son traitement et de sortir du cabinet.

Limites propres à chacun

Les répondantes 4 et 5 abordent la question des propres limites à chacun : qu'est-on prêt ou non à accepter ? Par exemple : est-ce que la consommation active de drogue chez le patient nous dérange, ou pouvons-nous l'accepter ?

Interview 5 :

« Si un patient me dit ouvertement qu'il consomme de la drogue, c'est quand même un peu un stop car cela me fait poser des questions. C'est peut-être un a priori, mais je me demande alors quelle est la démarche derrière pour venir prendre une supplémentation : est-ce que ce serait pour la revente ? Je vais être plus prudente, plus vigilante. »

Contraintes spatio-temporo-cognitives

La répondante 5 rapporte qu'il faut un cadre propice, avoir du temps, et ne pas être dans un état de saturation cognitive :

« Il y a aussi l'état d'esprit du praticien, sa saturation cognitive : s'il a passé une mauvaise journée, s'il a déjà eu trois consultations avec des patients TSO juste avant car ce sont des consultations plus lourdes... »

Accessibilité aux soins de santé mentale

Deux interviewés (7 et 9) mentionnent un souci de l'accessibilité temporelle aux soins de santé mentale. La répondante 9 rapporte également que les patients n'ont pas connaissance des prescriptions de renvoi et pensent que les rendez-vous chez le psychologue ne sont pas abordables financièrement, qu'il est donc du devoir du médecin de les informer par rapport à cela.

Deux obstacles spécifiques

Relevons également un obstacle spécifique aux assistants relevé par une des interviews (8) : un refus du maître de stage de comptabiliser les heures prestées en centre dans les 38h de temps de travail. Les assistants doivent donc faire des heures supplémentaires non rémunérées :

« Ça peut refroidir les assistants, qui devront alors travailler plus s'ils veulent vraiment faire la formation en centre, ce qui n'est pas correct. C'était mon cas par exemple. Il faudrait conscientiser les maîtres de stage à cette pratique, et les pousser à encourager les assistants, non pas à les freiner. »

La répondante 6 mentionne un obstacle spécifique aux jeunes médecins en début de carrière : ils sont d'une part plus souples et manipulables car plus naïfs et surtout désireux d'avoir une patientèle, et d'autre part ils font preuve d'un excès de prudence, car ils n'ont pas envie d'avoir des problèmes de justice (ex : décès du patient par overdose).

Shopping médical

Le shopping médical ne semble pas vraiment concerner les TSO, mais plutôt les benzodiazépines (R6).

Plusieurs interviewés s'interrogent sur les causes d'existence du shopping médical, notamment en avançant une mauvaise prise en charge, un sous-dosage... Ils s'accordent sur le fait qu'il ne doit s'agir que d'une minorité de patients (R2,3,5).

Interview 2 :

« La question du shopping médical est intéressante : si un patient est stabilisé avec sa dose, il n'y a pas de raison qu'il aille chercher autre part. S'il n'est pas satisfait, soit il nous le dira clairement, soit il nous donnera des indices : « j'ai recommencé l'héroïne ; j'ai terminé mon

traitement plus tôt que prévu... ». Je ne vois pas vraiment l'intérêt pour le patient d'aller chercher autre part à partir du moment où en tant que soignant, on est ouvert à augmenter sa dose jusqu'à le stabiliser à nouveau, ça n'aurait pas de sens. Dans cette optique, si le patient va vraiment chercher autre part, je ne pense pas que ce soit pour sa consommation. Raison de plus pour ne pas lui donner s'il a déjà un suivi autre part. »

Marché noir

Par contre, le marché noir semble bien présent. Les répondantes 1, 4, 5 et 6 ont d'ailleurs développé spontanément le sujet.

Les patients abordent eux-mêmes le marché clandestin dans 3 interviews (R1,2,4).

Deux répondantes s'interrogent quant aux doses délivrées et au contenu des gélules : la gélule du dealer contient-elle vraiment les 80 mg prétendus par ce dernier ? (R6). La répondante 5 avance que ça doit probablement être sous-dosé, et met en garde ses patients par rapport au marché noir.

La question de la revente et de la confiance se pose également : les patients consomment-ils ou revendent-ils le produit ? On ne peut cependant se méfier de tout le monde, sinon on ne parvient pas à soutenir ceux qui sont demandeurs d'aide (R1,6).

La participante 1 nous relate que ses patients lui avouent se fournir en Lyrica, Tradonal, Rivotril, dans la rue.

Deux répondants pointent le court-circuitage des prescriptions et des statistiques épidémiologiques (R2) ainsi que le fait que ces produits sont remboursés par la sécurité sociale pour des patients, puis déviés vers le marché noir (R3).

Les répondants 3 et 8 adoptent une attitude d'humilité face au marché noir en disant qu'on peut essayer de le limiter, mais qu'il est impossible de l'arrêter, qu'il faut savoir accepter qu'on ne peut pas tout contrôler. D'ailleurs, le rôle du médecin n'est pas celui du policier.

Deux interrogés (R2,9) ont tendance à penser que grâce aux prescriptions inscrites dans un cadre (suivi régulier, règles de délivrance, contact avec le pharmacien...), les patients ne doivent plus s'approvisionner dans la rue, et que par conséquent, cela contribue à réduire le commerce clandestin.

Interview 2 :

« En voulant ne pas devenir « leur dealer à eux », on participe au fait que le « marché noir devienne et reste leur dealer. Prescrire (...), c'est aussi une manière d'avoir un certain contrôle et sécurité sur sa consommation mais aussi une porte d'entrée pour l'aspect psycho-social en lui demandant comment ça va dans sa vie, de lui fournir un soutien, de lui parler de ses dépistages pour son cancer du côlon, de prendre sa tension, de réaliser une prise de sang pour faire un check-up... Et au final, notre rôle n'est pas réduit à celui du dealer. »

Deux interrogés ont par contre des avis partagés, en pensant qu'une partie des prescriptions contribue à alimenter le marché noir, et qu'une partie en réduit l'impact (R6,7).

Cadre légal

Les répondants 1, 4, 5 et 8 ne savaient pas qu'il existait un cadre légal.

Les répondants 2, 3, 6 et 7 étaient au courant de son existence, mais n'en connaissait pas ou que vaguement le contenu.

L'interviewée 9 a pu en citer les règles.

Concernant le fait de savoir si ce cadre était un obstacle ou un levier, il y a certains arguments en sa défaveur :

Une part de contrainte a été décelée, car la crainte d'être contrôlé pourrait refroidir le médecin lambda voulant s'ouvrir à cette pratique (R3,8,9), car les contraintes administratives et légales pourraient empêcher une pratique solo (R4), car le seuil limite de 2 patients est jugé comme un critère un peu sévère que pour devenir une barrière limitante (R1), car la loi n'est pas très claire : « que signifie être enregistré dans un centre ? » (R8), car il y a interrogation sur la question de savoir si tous les médecins suivant les patients sous TSO sont enregistrés dans un centre de référence (R3,6), car il s'agit encore d'une formalité administrative de plus dans un métier qui a déjà beaucoup trop d'administratif (R7), car il faut de la confiance de la part du gouvernement et ne pas mettre trop de pression sur les médecins, qui sont des alliés et non des ennemis (R 7,9).

Interview 1 :

« (...) je trouve cela contraignant car 2 TSO, ce n'est pas un chiffre énorme (...) J'ai fait une formation personnellement, mais penser que je pourrais avoir des problèmes légaux car je ne suis pas inscrite dans un centre et que je suis 3 personnes sous TSO, ça m'ennuie un peu. »

Cependant, ces mêmes médecins considéraient également le cadre légal comme un avantage, tout comme les répondants qui n'émettaient pas d'avis négatif à l'encontre de ce cadre (R5,6).

Ce qui revient en premier lieu, c'est la notion de cadre sécurisant dans toutes les interviews, puis que la méthadone est une substance potentiellement mortelle et qu'il faut savoir ce qu'on fait (R 1,6). Ensuite, il y a la nécessité d'une petite formation pour la primo-prescription notamment (R8). Les jeunes médecins ont souligné que la collaboration avec un centre permet un engagement réel, une responsabilisation (R2), que cela pousse à être plus vigilant en suivant des formations et en se tenant à jour (R5). Enfin, il a été avancé que ce cadre permettrait également de diminuer le marché noir (R9).

Interview 2 :

« Je n'ai pas de potentielle crainte à devoir justifier mes prescriptions à l'Ordre en cas de contrôle, car j'ai suivi une formation et j'ai travaillé en centre, je sais ce que je fais, je n'ai rien à me reprocher, je me sens confiant dans ma pratique, j'ai entrepris le nécessaire pour mener cette pratique à bien. Ces règles sont là justement pour éviter que les médecins ne fassent n'importe quoi en ne s'y connaissant pas, pour cadrer la pratique. C'est une sorte de ceinture de sécurité. Mais encore faut-il que les médecins soient au courant de leur existence... Personnellement, j'en avais entendu parler, mais je ne les connaissais pas en détail. »

Interview 5 :

« Je trouve que c'est une bonne idée, car si on suit plus de patients, on va peut-être être moins vigilant et prendre plus de risque. Le suivi de formation me semble également indispensable dans ce cas, ainsi que le travail en pluridisciplinaire et transdisciplinaire. Et si on se sent dépassé à tout moment, on peut ainsi référer le patient dans un des centres plus adaptés.

Je n'aurais pas peur de devoir me justifier en cas de contrôle car je connais mes limites, je suis confiante car je me suis formée à la MASS, je travaille en pluridisciplinaire en maison médicale et je peux poser des questions à mes collègues en cas de doute. »

Outils-Cadre de travail

Etat d'esprit

Les médecins rapportent une certaine philosophie de travail, un état d'esprit à avoir dans les consultations de type assuétude : Il faut adopter une posture d'écoute attentive sans jugement, avec humilité, et bienveillance (R1,3,8). La répondante 5 avance que les patients qui viennent en consultation veulent s'en sortir, qu'ils ont déjà fait un premier pas.

Il faut savoir accepter qu'on n'a pas de réel contrôle sur leur consommation si on veut pouvoir les prendre en charge (R2,8), que ce sont des patients ambivalents, qui vont avoir des hauts et des bas, et qu'il ne faut pas s'épuiser car il y a un risque de burn-out. On a un devoir de moyen, pas de résultat (R6).

Il faut également avoir en tête que le but des TSO n'est pas un sevrage en TSO, mais de retrouver une vie normale, un équilibre biopsychosocial. Il faut distinguer la consommation des benzodiazépines et celle des TSO, ne pas faire de parallèle erroné entre les deux. Pour les premières molécules, on tâche de freiner la consommation pour éviter un abus, tandis que pour les TSO, on n'hésite pas à augmenter si nécessaire car le but est de trouver la dose avec laquelle le patient se sent bien, avec laquelle il est stabilisé (R2,5).

Technique d'entretien

L'entretien motivationnel ne semble pas trop se prêter à cette thématique-ci, du moins pas en première intention.

L'interviewé 2 juge que l'entretien motivationnel est un outil intéressant pour faire changer quelque chose comme réduire le tabac ou l'alcool, mais que ce n'est pas l'objet de la consultation TSO. Il s'intéresse au patient, à son milieu, à son rapport à la molécule...

Il est rejoint par la répondante 5 et 8, qui préfèrent faire les choses plus naturellement, et vu que la diminution du TSO n'est pas un but en soi, l'entretien motivationnel n'est pas forcément utile. Le but est de retrouver une vie normale, un équilibre biopsychosocial.

Interview 8 :

« Quand je vois des consommateurs actifs en centre, j'utilise l'entretien motivationnel. Mais dans les cas de médecine générale avec les patients chroniques stabilisés, ce n'est pas très utile. Quand le patient est sous méthadone et qu'il est bien équilibré, il ne faut pas chercher absolument à sevrer ce médicament. »

La répondante 1 soutient cet avis, en appuyant sur le fait qu'il s'agit d'une approche différente par rapport aux autres substances comme le tabac, l'alcool, les benzodiazépines. Ici, le médecin crée d'abord un lien avec le patient et va l'accompagner sans parler de sevrage ou de diminution des doses. Il va l'écouter lui et les sujets qu'il aborde.

Les interrogés 3,4,6 connaissent l'entretien motivationnel et l'utilisent parfois quand ils jugent que c'est nécessaire.

La répondante 4 reste dans l'idée d'un potentiel accompagnement vers l'arrêt. Ainsi, l'entretien motivationnel était un outil intéressant pour elle.

Les participants 4 et 6 insèrent des notions d'entretien motivationnel dans leur consultation, comme situer le patient dans le cycle de Prochaska et adapter leur discours par rapport à cela.

Interview 3 :

« (...) le patient arrive et dit qu'il songerait à arrêter sa consommation d'héroïne car il reconnaît que c'est problématique, c'est le stade de contemplation. Si le médecin arrive via l'entretien motivationnel à ce que le patient pense que c'est choix à lui, sa propre décision de vouloir arrêter avec détermination, c'est idéal. Mais un médecin n'arrivera jamais à son objectif s'il n'est pas celui du patient, notamment en clinique d'assuétude ».

Charte

Parmi les outils se retrouve une charte d'organisation et de prescription.

Les interrogés qui ont travaillé en centre y ont appris à élaborer une charte. Ils font preuve d'une certaine tolérance, mais en maintenant un cadre qu'il fixent dès la première consultation, en spécifiant leur méthode de travail ainsi que les termes concernant les prescriptions. Ce contrat est dit de manière orale, et noté dans le dossier. Il s'adapte au patient et évolue en fonction de la situation.

Ponctualité

Concernant le fonctionnement et l'organisation, les répondants mentionnent la ponctualité : venir aux rendez-vous (être régulier), arriver à l'heure (être ponctuel), prévenir si retard ou si absence.

Interview 1 :

« Il faut expliciter notre fonctionnement : si on travaille ensemble, il faut venir aux rendez-vous, il faut venir à l'heure. Pour ce sujet-ci, il faut être intransigeant (...).

Pour la gestion du timing de leurs rendez-vous, les médecins consacrent environ 30 minutes de consultation avec ces patients. L'interviewée 6 ne bloque cependant pas trop de temps lors de la première consultation car elle y rapporte beaucoup de chance d'absentéisme. La durée de ses autres consultations avec ce type de patients est de 40 minutes.

Comportement

Ils abordent également le comportement à avoir : respect mutuel, pas d'agressivité, pas de violence, attitude adéquate... Si certaines limites sont dépassées, il y a rupture du contrat et du lien.

Parmi les outils, le répondant 3 nous donne quelques pistes pour la gestion de l'agressivité : l'attitude à avoir, et ne pas rester seul.

« Essayer de rester calme, réexpliquer le cadre, de ne pas aller à la confrontation, de désamorcer la situation en verbalisant ce que je vois et ressens : "j'ai l'impression que vous haussez le ton car vous n'êtes pas content, cependant je ne sais pas travailler ainsi. J'essaye juste de vous aider, alors on se calme et on reprend dans le respect". J'essaye également de ne pas rester seul. »

Il est rejoint par le répondant 2 pour les réunions d'équipe : si une personne s'est sentie en danger et ne se voit plus dans la capacité de faire face à un patient, il y aura une réunion d'équipe afin de prendre une décision en fonction de la conséquence des agissements, pouvant mener à l'écartement temporaire du patient voire à la rupture du contrat et au désabonnement de la maison médicale, et le patient sera alors référé vers un autre lieu. L'occurrence de cette décision reste cependant rare.

Prescriptions

Concernant les prescriptions, il faut toujours venir physiquement aux rendez-vous, il faut spécifier le dosage, la durée de délivrance, la fréquence de délivrance (quotidien au début, hebdomadaire si semi-stable, mensuelle si stable). Les dépannages peuvent être tolérés une fois, mais ne doivent pas devenir une habitude. Il faut dire aux patients qu'il y aura prise de contact avec les pharmacies (dosage, date de l'ancienne prescription...).

Interview 1 :

« C'est très important dès le début lors de la première consultation de bien fixer le cadre de la consultation : "on initie cette dose-là, en délivrance quotidienne, vous revenez dans 2 jours et on revoit s'il faut augmenter la dose" ».

Interview 6 :

« Charte de fonctionnement organisationnel dès la première consultation apprise via le LAMA : Si surconsommation, vol ou perte ("SVP") du médicament : ok pour dépannage une fois, mais pas deux »

La répondante 8 mentionne le nom et de l'adresse de la pharmacie sur la prescription.

L'interviewée 9 fait mention d'un formulaire d'auto-déclaration mis en place récemment par le maître de stage à cause de certains abus, sur conseil d'un collègue de son GLEM :

« Le patient doit signer ce papier, en précisant la dose qu'il consomme. Il doit également y mentionner le nom de sa pharmacie qui doit y apposer son cachet.

Le but est de savoir sa consommation de base par jour et sur un mois, comme ça on peut savoir s'il ne surconsomme pas, s'il est bien avec sa dose actuelle etc. ; ça permet également un contact avec la pharmacie. Enfin, ça rend les patients plus acteurs de leur prise en charge aussi, en les impliquant, on les rend plus responsables ».

De garde

De garde, les avis sont partagés en ce qui concerne le dépannage.

Une certaine partie (R3,4,8,9) refuse de prescrire car ce n'est pas le rôle de la garde.

L'interviewée 9 rapporte que cela contribue à alimenter le shopping médical.

Le répondant 2, malgré qu'il ne soit pas totalement contre, ne pense pas que ce soit bien de prescrire durant la garde car c'est aussi une manière de court-circuiter le suivi.

Une autre partie (R1,2,5,6,7) reste ouverte à cette option pour 2-3 gélules maximum tant qu'elle parvient à joindre un pharmacien afin d'avoir des informations sur le patient et ses délivrances.

Pharmaciens

S'y associent une étroite collaboration avec les pharmaciens et souvent une pharmacie de référence. Pour la participante 1, il est nécessaire et indispensable de travailler avec une pharmacie, et notamment de fixer dans le contrat que le patient ne doit aller qu'à une seule pharmacie, ce qui peut même être mentionné sur la prescription. La répondante 5 appelle systématiquement les pharmaciens de son quartier, sauf pour les patients réguliers et stables. L'interviewée 6 nous indique qu'il est primordial d'avoir une pharmacie de référence, que cela permet d'avoir un certain contrôle sur la consommation.

Tous n'ont cependant pas une seule pharmacie de référence. Le répondant 3 nous apprend que la plupart du temps, les patients ont déjà leur propre pharmacie. Le participant 7 nous rapporte que les patients précaires sont déjà affiliés à une pharmacie de référence du CPAS.

Le répondant 3 qualifie les pharmaciens comme des partenaires de soins indispensables pour un bon suivi du patient, avec qui il échange de manière assez régulière par téléphone.

Il est rejoint par les répondants 7, 8 et 9 :

« Il faut avoir des pharmaciens qui dépassent le rôle de commercial. Certains sont plus professionnels et responsables en disant : « Là, il y a un problème », et ils nous appellent ».

« J'ai été dans des pharmacies où j'ai été étonnée car certaines font un vrai boulot de lien avec le patient en fait, ils discutent et échangent avec le patient ».

« S'il y a quoi que ce soit, on les appelle, comme pour le cas de ce patient énervé. Et souvent, la pharmacie elle-même appelle. Ce sont des partenaires de soins importants ».

Contrôle urinaire

Le contrôle urinaire n'est pas réalisé chez les généralistes interrogés, car d'une part ces tests coutent cher (3), et d'autre cela ne semble pas avoir de sens d'endosser le rôle d'un policier :

Interview 2 :

« Je ne sais pas si on fait ça vraiment pour la sécurité du patient, ou pour la nôtre. J'ai l'impression que c'est plus pour le contrôler que pour sa sécurité. Mais c'est le genre de patients où on n'a justement pas beaucoup de contrôle sur leur consommation. Ce n'est pas parce que son urine en consultation est blanche qu'il ne va pas consommer autre chose un autre jour. Il faut savoir accepter ça si on veut travailler avec eux ».

Interview 7 :

« Je ne le fais pas. C'est un peu dommage de se dire que je dois fliquer mon patient. Fondamentalement, la raison pour laquelle je m'inquiète, c'est pour leur santé. S'ils prennent plus, s'ils reconsumment, c'est dommage, ça m'embête car j'investis quand même la relation, mais c'est leur santé que ça impacte. Ce sont des patients, pas des amis. Ce n'est pas moi qu'ils trahissent en fait, c'est eux-mêmes ».

Interview 1 :

« Je ne veux pas l'utiliser comme un outil de contrôle qui mettrait fin au contrat si le patient consommait des produits illicites »

Au contraire, dans les centres, le test est systématique et obligatoire lors du premier rendez-vous afin de connaître les habitudes du patient : est-il naïf aux opiacés ou pas, y a-t-il une poly-consommation ? C'est important de le savoir, car il y a un risque de mortalité avec la méthadone (R1,2,3,5).

Aussi, si l'idée des tests urinaires comme outil de contrôle et de rupture du contrat déplaît aux participants, le principe d'une toxicologie lors du 1^{er} rendez-vous reste une porte ouverte. Non pas pour faire culpabiliser le patient, mais pour mieux connaître sa consommation, à l'instar de ce qui se fait en centre : Consomme-t-il vraiment ? Y a-t-il poly-consommation et un risque d'effets croisés ? Cette toxicologie pourrait alors être une porte d'entrée pour aborder le sujet avec le patient sur ses consommations (R2,8). C'est également un moyen de savoir si le patient n'est pas consommateur et n'est qu'un potentiel revendeur (R1).

Le 3^e répondant aborde la question éthique du consentement du patient quant à un dosage large dans le test urinaire :

« Je fais un test urinaire exclusivement par rapport aux médicaments que le patient va me demander. S'il s'agit d'un suivi héroïne-méthadone, je vais doser ces deux substances

uniquement (...) ... Je fais le test pour confirmer sa consommation. Je ne fais pas de dépistage large pour voir s'il y aurait autre chose dont il ne m'aurait pas parlé (...). Il y a la question éthique du consentement, mais également le fait que le patient puisse se sentir fliqué, et prendre la poudre d'escampette. »

La participante 6 prônerait une toxicologie complète en avertissant le patient qu'il s'agit de ses règles de fonctionnement :

« Si on a l'impression que le patient est polytoxicomane, je pense qu'il est important de faire une toxicologie complète afin de savoir d'où on part, en prévenant le patient bien sûr. On peut lui expliquer qu'on fonctionne ainsi dans notre cabinet, que c'est nos règles. Et si ça revient positif pour des benzodiazépines alors qu'il avait dit qu'il n'en consommait pas, ça ouvre la porte à la discussion pour ce sujet. Le but n'est pas une confrontation ou une culpabilisation du patient ».

Ainsi, certains doseraient uniquement les substances citées par les patients pour vérifier qu'ils ne soient pas naïfs aux opiacés afin d'éviter d'une part les intoxications, et d'autre part le marché noir. D'autres ont plus tendance à faire un testing plus large afin de détecter les poly-intoxications, les interactions, et d'en discuter avec le patient.

L'utilité d'un premier test urinaire serait d'une part pour la sécurité médicale du patient pour savoir s'il y a poly-consommation, la sécurité légale du praticien, et la sécurité sociétale pour indiquer une éventuelle revente au marché noir si le patient est naïf aux substances.

Attentes et suggestions

Parmi les suggestions et les pistes du futur, un travail de conscientisation ainsi qu'une meilleure formation semblent nécessaires. Ensuite, il convient de mentionner une pratique de groupe et un travail en réseau dont la collaboration avec les pharmaciens. Enfin, semblent opportuns des outils pour diminuer le marché noir, ainsi qu'un soutien des autorités.

Travail de conscientisation

Le répondant 3 met l'accent sur un travail à faire en amont concernant la lutte contre la stigmatisation de ces patients, qu'il s'agisse du grand public, mais aussi et surtout des médecins : il y a beaucoup de craintes par rapport à ça, une majorité de médecins n'ayant

jamais fait de psychiatrie ni d'addictologie. Ces peurs contribuent à déshumaniser les patients, à les considérer comme des fous dangereux, à les réduire à leur versant psychiatrique (R8).

Le participant 7 rapporte également qu'il faut effectuer un travail de sensibilisation au niveau des professionnels :

« Une des premières choses qu'on nous disait à la formation ALTO, c'est qu'à partir d'un moment, il faut arrêter de considérer le patient addict comme un addict. C'est d'abord un patient, et puis c'est un addict en plus. »

L'interviewé 2 insiste sur le fait que la toute première chose à intégrer si on veut pouvoir travailler avec eux est de savoir accepter qu'on n'a pas de contrôle sur la consommation. Il rappelle avec ses collègues 2 et 5 que le but des TSO n'est pas un sevrage en TSO, mais de retrouver une vie normale, un équilibre biopsychosocial.

Formation dans le tronc commun

Selon les répondants 3 et 8, ce travail de conscientisation devrait commencer dans les études-mêmes : la formation aux assuétudes est lacunaire dans le tronc commun. Or la problématique des assuétudes est un sujet grandissant, et les futurs médecins y seront confrontés dans leur carrière. Avec cette formation, ils seront ainsi moins jugeants et moins démunis face à ce type de patients, et ils pourront établir une meilleure prise en charge.

La formation théorique complémentaire à ULB est disponible à tous à partir du Master 3, mais le répondant 3 pense qu'il faudrait l'intégrer dans la formation obligatoire, ce qui lui semble faisable vu que le cycle théorique n'est composé que de trois matinées.

Par contre, le répondant 7 n'est pas favorable à une formation dans le tronc commun :

« Le problème c'est qu'à chaque fois qu'on va poser la question de l'intérêt d'une formation, on va toujours répondre oui. Sauf qu'il y a un moment où, si on veut que les études de médecine restent en 6 ans et ne passent pas à 40, on va devoir mettre un frein ».

Formation durant l'assistantat

La participante 5 quant à elle suggère plutôt de rendre obligatoire le module sur les TSO pour les assistants en médecine générale. Elle souhaite également que les universités informent plus quant aux formations existantes :

« Nous ne sommes pas assez briefés par rapport à toutes ces possibilités de formation durant notre parcours universitaire, j'aurais souhaité plus d'informations »

Les participants 1,2,5,6 avancent qu'il faut avoir un minimum de bagage théorique via les formations proposées et un minimum de pratique en centre ou avec un maître de stage avant de pouvoir avoir un suivi en TSO seul en cabinet.

La participante 9 insiste de manière plus générale sur le fait qu'il faut sensibiliser les nouveaux assistants à ne pas prescrire à des patients inconnus :

« Les assistants sont souvent plus naïfs et plus gentils, ce sont des cibles idéales de shopping médical. Il faut les sensibiliser pour les prescriptions, pour les certificats... Il faut que les patients aillent voir leur médecin traitant à eux »

Elle propose de les conscientiser lors du module préparatoire à l'assistantat (appelé module Z à l'UCL) :

« On pourrait facilement y caser une petite heure de sensibilisation aux choses auxquelles il faut faire attention, notamment le shopping médical de prescription comme pour les benzos, les certificats de travail ou pour l'école... ».

Ateliers avec centre d'addictologie, SLR, GLEMS

La répondante 8 avance que certaines initiatives comme la formation du Dr Lou Richelle, sont mises en place pour attirer les jeunes généralistes et leur permettre d'être plus confiants avec la pratique d'addictologie. Elle propose également d'organiser un à deux jours d'ateliers en centre durant l'assistantat afin de faire évoluer les mentalités et pratiques. Des autres pistes pour promouvoir la conscientisation seraient d'une part les séminaires loco-régionaux (SLR) des assistants où pourraient être invités à témoigner des travailleurs en centre et en salle de consommation, ainsi que des assistants ayant travaillé en centre et/ou avec une expérience en TSO (R2, R3, R5). Les assistants sont des meilleures cibles que les médecins établis dans leur pratique avec leurs a priori et leurs peurs (R5), leur génération étant plus ouverte mais la drogue restant un tabou (R4). Les SLR sont également des lieux où les assistants peuvent rapporter les difficultés qu'ils ont rencontrées (R4) :

« Je me souviens qu'une personne était venue s'exprimer par rapport à son dépit face à des patients avec des problématiques de consommation. Avoir des espaces de discussion par rapport aux situations épineuses est crucial. »

Cependant, les GLEMS des généralistes pourraient également être le bon endroit pour défaire les préjugés de certains, et toucher ceux qui hésiteraient à franchir le pas (R8).

Ces SLR et ces GLEMS seraient l'occasion de les conscientiser sur la problématique, leur donner envie de prendre les toxicomanes en charge (R2). En leur expliquant la philosophie de la prise en charge, sortir des clichés, expliciter le but du traitement à long terme, intégrer l'aspect environnemental...

Le répondant 7 propose un moyen d'attirer les médecins moins intéressés, en mettant des crédits en éthique-économie pour les formations continues.

La participante 9 indique qu'il faut sensibiliser les médecins qui ne sont pas les médecins traitants à ne pas prescrire de médication chronique qui relève de la médecine générale ou du suivi par un seul médecin traitant. Il faut se mettre également d'accord avec les spécialistes pour savoir qui prescrit quoi, afin de d'éviter une sur-prescription médicamenteuse (R7,9).

Non réduction au versant psychiatrique

L'interviewée 8 rapporte son témoignage en tant qu'actuelle assistante en psychiatrie, et insiste également sur le fait de ne pas réduire les patients à leur versant psychiatrique :

« Ce qui ne me rend pas forcément optimiste maintenant que je suis en psychiatrie, c'est comment les somaticiens envisagent nos patients, en les réduisant à leur versant psychiatrique, en ayant plein de préjugés. Par exemple aux urgences, je trouve que nos patients sont mal pris en charge point de vue somatique alors qu'ils sont souvent poly-consommateurs, avec des poly-comorbidités... »

Le participant 7 insiste également sur le fait de conscientiser les médecins avec une pratique de TSO à ne pas oublier les problèmes somatiques et à ne pas catégoriser toutes les plaintes de leurs patients comme psychosomatiques. Par exemple, si un patient de 50 ans présente des plaintes digestives, il ne faut pas étiqueter cela comme côlon irritable, et ne pas oublier le dépistage du cancer du côlon.

Charte

Tous s'accordent sur le fait de faire un contrat stipulant les règles de la consultation dès la première consultation, et d'expliquer que si le cadre est enfreint, ce contrat sera rompu et que la prise en charge sera interrompue.

Les différents volets de cette charte comprennent le but de la prise en charge, la ponctualité, le comportement, et les prescriptions (cfr outils pour plus de détails).

Pratique de groupe et en réseau

La pratique de groupe est une ressource considérable, car elle permet plus de sécurité et de soutien de par la présence d'autres soignants. Le milieu pluridisciplinaire présente l'avantage d'avoir diverses compétences au sein de son équipe (R1-2-4)

Un autre outil manifeste est le travail en réseau et les contacts à avoir dans son carnet pour savoir qui appeler en cas de question ou de besoin de référencer (R1-3-4-6): le réseau psy 107 pour les psychologues, des groupes d'infirmiers indépendants qui font des soins ou ceux d'ASBL comme DUNE, les assistants sociaux du CPAS et de la mutuelle, les logements sociaux et l'article 60 du CPAS pour réinsérer les patients dans une vie active avec un travail, des médiateurs culturels pour traduire comme le SETIS, les centres d'addictologie comme le LAMA, le RAT (Résad), la MASS, ENADEN... Ces centres possèdent des hotlines joignables pour les généralistes ayant des questions. Une meilleure collaboration avec les psychiatres semble également être un avantage considérable (R5-7).

L'interviewée 9 rapporte que : « *les patients sont plus compliants quand on donne un contact avec un numéro, plutôt que d'être vague et de dire « il faudrait consulter un psy ».*

Il est également indispensable d'avoir des pharmacies de référence dans son carnet d'adresse. Certains patients présentent leur propre pharmacie, avec qui il est essentiel de prendre contact.

La pratique en maison médicale pluridisciplinaire (R 1-2-3-4-5-6-8) semble plus adaptée pour la prise en charge des patients sous TSO notamment pour les semi-stables et surtout instables, car ils présentent des problèmes liés au logement, avec leur mutuelle, avec leur travail et revenu... En effet, la disponibilité d'un/e assistant/e sociale et d'un/e psychologue sont des atouts majeurs dans ce contexte, sans oublier la présence d'un/e infirmier/e, un/e kinésithérapeute...

Les interviewées 5 et 6 décrivent les avantages d'une pratique de groupe pluridisciplinaire en maison médicale au forfait pour le personnel, le patient et la société.

Pour le personnel, c'est plus sécurisant en cas d'agressivité du patient, il y a plus de soutien vu la présence de diverses compétences, et enfin il y a des réunions hebdomadaires (R2-3-5-6) permettant un bilan (« *debriefing* ») de situation difficile.

Pour le patient, les participants 5 et 6 soulèvent la meilleure disponibilité médicale et paramédicale (dont l'assistante sociale pour l'administratif, le psychologue pour le soutien...), un meilleur suivi, une meilleure accessibilité financière.

A noter que d'un point de vue sociétal, elles pointent une limitation du shopping médical, car d'une part le patient inscrit ne sera pas remboursé s'il se rend ailleurs en consultation, et d'autre part le patient non-inscrit ne sera pas pris en consultation.

La participante 6 juge que : *« ce serait mieux qu'il y ait une structure dédiée aux TSO et une pour ses autres problèmes de santé parce que les TSO sont déjà une problématique en soi qui prend beaucoup de temps dans une consultation. Et on ne peut pas se permettre de bâcler ni les TSO ni le restant médical ».*

Check-up annuel chez un addictologue

5 répondants (R3,4,5,6,7) ne considèrent pas l'apport d'un addictologue externe comme bénéfique pour le patient : Moins il y a d'intervenants pour ce type de patientèle, mieux ce serait. En effet, il vaut mieux centraliser, car ils ne sont pas très compliants.

Interview 2 :

« Ce qui est important, c'est de sensibiliser les soignants qui ont un lien avec eux et qui peuvent directement enclencher un maximum de choses eux-mêmes. (...). Si on le réfère à chaque fois vers une personne qui n'est pas de confiance pour lui, on risque d'éparpiller ses soins et ça a peu de chance de réussite. On a une place centrale en tant que soignant, on est la référence du patient, on est le chef d'orchestre de ses soins qu'on doit mener à bien en tout centralisant. »

Interview 7 :

« Je pense qu'il est plus important qu'on nous donne des outils d'évaluation, et que si on constate que c'est nécessaire de référer, qu'on ait des gens à qui pouvoir référer. Et à partir du moment où on dit au patient : « je vous réfère vers cette personne, car j'ai confiance en elle », le patient fera confiance aussi, car c'est son médecin traitant qui l'a conseillé. »

Le répondant 3 quant à lui considère qu'il serait bien d'avoir un regard externe, car la routine entraîne un automatisme et fait négliger certains aspects :

« Parfois, avoir un regard externe sur une situation permet de voir des éléments qu'on n'aurait pas vus. L'addictologue référent pourrait faire un petit debriefing avec le patient, voir si tout

va bien avec son dosage, sa vie socio-professionnelle, familiale... être hors de cette relation chronique pourrait permettre une vision plus objective et pourrait amener une plus-value, car parfois la routine met en place certains automatismes, on se focalise sur le traitement et le dosage, et on peut oublier certaines autres composantes de la consultation. »

Trois interrogés (R1-8-9) sont cependant mitigés. La répondante 1 suggère de voir éventuellement l'addictologue en amont pour instaurer et stabiliser le traitement pour les médecins qui opteraient plutôt pour le suivi du patient TSO. La participante 8 ne pense pas que cela soit nécessaire de voir l'addictologue systématiquement pour chaque patient, mais plutôt en fonction des besoins de chacun. L'interrogée 9 suggère de proposer aux patients mais n'est pas sûre qu'ils vont accepter :

« C'est une bonne idée, car parfois on rentre dans une certaine routine, et on oublie certaines choses. Maintenant, il faudrait voir du côté des patients, s'ils vont accepter. Certains vont dire : « mais pourquoi faire ? ». On pourrait cependant leur proposer en tout cas. On pourrait leur dire que ce sont des pros de l'addicto, et qu'avoir leur point de vue sur leur santé pourrait apporter de bonnes choses ».

Décharger les centres arrivant à saturation

Le participant 2 nous rapporte qu'il faut se sentir en confiance pour initier la méthadone et lancer toute la prise en charge. Si un médecin n'a pas l'habitude de faire ça, l'alternative stabilisation en centre puis relai en première ligne est une option intéressante. Ceci pourrait par conséquent également décharger les centres qui débordent.

Cette idée rejoint celle de la répondante 1 qui suggérerait de voir l'addictologue en amont pour instaurer et stabiliser le traitement pour les médecins généralistes qui opteraient plutôt pour le suivi du patient TSO.

L'interviewé 3 pointe le fait qu'il s'agit de patients difficiles à accrocher. Il considère compliqué le fait de les transférer d'un centre à un autre professionnel qu'ils ne connaissent pas.

Les interrogées 4 et 6 nous proposent de rediriger les patients stabilisés en centre vers les cabinets des médecins avec qui ils ont été suivis dans les centres, afin d'assurer également une continuité de soins pour le patient avec un médecin en qui il a déjà confiance.

Pour la répondante 6, l'idéal serait une maison médicale car le versant pluridisciplinaire est crucial pour ces patients.

Rémunération supplémentaire

Les répondants 1-4-5 sont contre car elles craignent que cela n'attire des médecins plus pour l'intérêt du gain que pour la pratique-même, avec le risque d'une mauvaise prise en charge.

La participante 5 considère également les coûts sociétaux :

« Ces patients coûtent déjà assez cher à la société de par leur comportement à risque. Donc ça risque d'une part d'attirer des praticiens non compétents pour cette pratique, d'autre part ça va augmenter les coûts sociétaux »

Cependant, la participante 1 n'est pas contre un code spécial pour la concertation multidisciplinaire avec d'autres professionnels qu'il faut appeler ou aller voir, car le médecin aura pris du temps en plus de ses consultations.

Le répondant 2 ne souhaite pas plus de rémunération pour eux-mêmes, mais si cela peut aider à encourager ceux qui hésitent à franchir le pas, il n'est pas contre, car cela pourrait mettre en valeur les efforts et le temps consacrés par les médecins pour ces patients qui demandent de l'énergie et de l'investissement.

Il insiste sur le fait que cette compensation ne doit pas pousser le médecin à intégrer cette pratique dans la sienne, car l'attrait financier ne va pas augmenter la qualité des soins si le praticien n'est pas intrinsèquement intéressé :

« D'où l'importance de toute la démarche : suivre la formation théorique, exercer quelques sessions en centre, et puis prendre en charge des patients en cabinet avec cette compensation financière pour valoriser les efforts déployés et le temps consacré, revaloriser la prise en charge. Encore une fois, les médecins n'ont besoin de reconnaissance telle quelle, car ils sont convaincus de leur pratique, c'est uniquement une compensation pour le temps et l'énergie investis en plus »

Les interrogés 3,6,9 sont plutôt pour cette rémunération, afin de permettre de valoriser ceux qui ont cette pratique : ce serait une reconnaissance du travail avec la difficulté que cela implique. C'est une pratique particulière que certains médecins n'acceptent pas, il faut s'y former, c'est une charge de travail en plus.

L'intervenante 6 insiste pour que cette rémunération ne soit pas à charge du patient mais de sa mutuelle. Elle ne craint pas le revers de la médaille :

« (...) car le côté lucratif n'est pas suffisant pour attirer les médecins qui ne viendraient que pour l'intérêt financier, ils seront vite découragés. Ça demande beaucoup d'énergie, d'investissement, de temps »

Enfin, les participants 7 et 8 proposent le code consultation longue chez les patients chez qui le rendez-vous a pris plus de temps :

Interview 8 :

« (...) mais pourquoi alors ne pas valoriser globalement des consultations plus longues ? Tout comme le patient en dépression qui s'écroule sur notre table et nous prend 40 minutes ? Un code de consultation longue, chronophage serait plus adaptée et le bienvenu. »

Outils pour diminuer le marché noir

Plusieurs mesures ont été citées pour réduire ce marché noir :

Il faut adopter une posture d'écoute attentive sans jugement, avec humilité, et bienveillance afin de permettre au patient de s'exprimer en toute liberté et de ne rien nous cacher (R1,3,8). Les répondants 2, 7 et 9 avancent qu'une prescription réalisée correctement contribue à diminuer le marché clandestin.

La répondante 9 soutient qu'en prescrivant durant la garde par contre, on alimente le shopping médical et le marché noir. Une manière de limiter ces deux problèmes, c'est de ne pas prescrire durant la garde.

La répondante 8 appuie l'utilité de faire un test d'urine avant le début d'un traitement de substitution pour savoir s'il consomme vraiment ou veut juste revendre, ce qui permet de limiter le marché noir. Bien que le test urinaire ne soit pas réalisé d'emblée chez les généralistes, cette proposition est rejointe par les répondants 1-2-6.

La collaboration avec une pharmacie est citée par tous les répondants comme un levier sur lequel s'appuyer. Le répondant 7 mentionne le projet VIDIS, qui permettra le fait de savoir quel médecin prescrit et quelle pharmacie délivre, et de pouvoir ainsi les contacter en cas de question.

Les interviewées 5,6,8 rapportent une limitation du shopping médical et du marché noir au niveau des maisons médicales, car le patient inscrit ne sera pas remboursé s'il se rend ailleurs en consultation, et le patient non-inscrit ne peut y bénéficier d'une prescription.

Enfin, par rapport au dépannage entre patients sous TSO rapportée par l'interviewée 9, élément sur lequel les médecins n'ont pas beaucoup d'emprise, il faudrait essayer de conscientiser et de responsabiliser les patients à ne pas faire cela.

Confiance et soutien des autorités

Les médecins ne veulent pas endosser le rôle de policier (R1,3,5,7,9) vis-à-vis de leur patient. Ils prônent l'humanité, la bienveillance. Les patients n'ont pas besoin de contrôle, mais d'écoute.

Interview 1 :

« Certes il faut un cadre, mais je ne pense pas que ces contrôles de type « si tu consommes, tu es expulsé » seraient une bonne idée. Car on sait que ce sont des gens qui ont des hauts et des bas, qui sont en difficulté, qui vont avoir des rechutes. Il faut prôner la confiance, la bienveillance. Il faut justement pouvoir laisser la place au patient pour qu'il puisse s'exprimer à propos d'une consommation parallèle à sa méthadone, et qu'on lui explique qu'il y a un risque de surdosage, qu'il doit faire attention. Si on joue au policier, le patient va cacher la réalité, et trouvera un subterfuge pour tricher dans ses tests urinaires etc. Dans une situation où le patient se sent à l'aise, il s'exprimera et sera plus transparent, le lien thérapeutique pourra se faire.

En ce sens, ils souhaiteraient également de la confiance de la part du gouvernement, et ils ne veulent pas que ce dernier joue le rôle de policier vis-à-vis d'eux. Les médecins sont des alliés, pas des ennemis (R7,9). La crainte d'être contrôlé pourrait refroidir le médecin lambda voulant s'ouvrir à cette pratique (R3,8,9).

Discussion

Analyse des principaux résultats et suggestions

Obstacles et outils

Patient

En médecine générale, les obstacles liés aux patients sous TSO des médecins interrogés concernent leurs croyances, leurs souhaits et objectifs, la ponctualité, l'agressivité, la compliance, les comorbidités et les comportements à risque.

Certains patients considèrent la méthadone comme « la drogue de l'Etat », et souhaitent rapidement réduire leur dose pour se libérer de toute dépendance.

Il faut les sensibiliser sur le fait que cette croyance peut entraver leur adhésion au traitement, et leur expliquer qu'il convient d'augmenter progressivement la dose jusqu'à atteindre un niveau de stabilité approprié. Sinon, il y a un risque de rechute, de reconsommation de drogues illicites et de syndrome de sevrage. La diminution de la dose de TSO ne doit être envisagée que lorsque les patients sont prêts et que leurs conditions de vie le permettent. Le sevrage en TSO n'est pas un but en soi, l'essentiel étant de retrouver un équilibre biopsychosocial.

De plus, les patients non stabilisés peuvent présenter une faible adhérence et mettre en échec les initiatives médicales, ce qui peut compromettre leur prise en charge, notamment en ce qui concerne leurs comorbidités.

Il serait bénéfique pour le médecin de prendre en compte les souhaits du patient afin de lui donner l'impression d'être écouté, respecté et impliqué dans sa propre prise en charge, ce qui pourrait augmenter sa compliance. Il serait opportun d'adopter une attitude d'écoute attentive, sans jugement, avec humilité et bienveillance envers les patients. Reconnaître leur ambivalence et leur tendance à osciller entre des périodes de hauts et de bas est essentiel pour pouvoir les aider efficacement. L'ambivalence pourrait également être un point de départ pour un entretien motivationnel.

Les patients stables et réguliers sont ponctuels, comme tout autre patient.

Cependant, les patients instables peuvent arriver de manière imprévue pour un dépannage. Il est important de les recadrer et de les responsabiliser dans leur processus de soin. Cette approche s'inscrit dans la notion d'empowerment, visant à améliorer leur compliance.

L'agressivité reste anecdotique, mais un recadrage est nécessaire quand elle se présente. Cependant, lorsque le patient est sous influence ou en manque, il n'est pas raisonnable. Il faudrait envisager un dépannage de quelques gélules et refixer un autre rendez-vous qui serait l'occasion d'aborder le comportement inadéquat.

Les problèmes concernant la ponctualité et le comportement doivent être abordés via une charte dès la première consultation, afin de fixer un cadre de travail. Si une situation problématique se manifeste, une réunion d'équipe est nécessaire afin de faire une mise au point et de prendre une décision appropriée. Si le problème persiste, il faudra prévenir le patient qu'il sera référé vers un confrère plus expérimenté ou vers un centre.

Les problèmes concernant les prescriptions et le dépannage doivent également être encadrés dès la première consultation. Une collaboration étroite avec les pharmaciens est un point d'appui indispensable afin d'éviter les abus. L'outil VIDIS serait un avantage considérable.

Concernant les comorbidités, au vu des problèmes liés à la non-compliance, il serait bon que le généraliste tâche de tout centraliser et de coordonner les soins de son patient afin d'optimiser la prise en charge et ses chances de réussite.

Lorsque le patient adopte des comportements dangereux comme prendre deux gélules à la fois, il est nécessaire de lui rappeler le cadre de travail et les conditions pour continuer à travailler ensemble. S'il y a répétition malgré la mise en garde, il faudra songer à le transférer vers une structure plus adaptée comme une maison médicale avec des confrères plus expérimentés, voire en centre d'addictologie.

Praticien

Les obstacles rapportés par les praticiens sont le genre féminin, le jeune âge, être seule, les croyances négatives de leurs collègues, les limites propres à chacun, des contraintes liées au temps, à l'espace et à la saturation cognitive, l'accessibilité aux soins de santé mentale, et un obstacle spécifique aux assistants ainsi qu'un propre aux jeunes médecins.

Une pratique de groupe serait plus avantageuse en termes de sécurité et de soutien. Développer un réseau contribuerait également à diminuer l'anxiété des praticiens, car ils sauraient à qui s'adresser en cas d'interrogation, à qui se référer en cas de question.

Une conscientisation des médecins concernant les patients sous TSO devrait se faire si possible dès le tronc commun, sinon au cours d'une formation durant l'assistantat de médecine

générale et durant les SLR. Pour les médecins plus âgés, le moment opportun serait les GLEMS. Des ateliers avec les centres pourraient aussi être envisagés. Les produits synthétiques devenant de plus en plus problématiques, ils devraient faire l'objet d'une attention particulière ainsi que d'une formation adéquate.

Au vu de leurs besoins, les patients sous TSO devraient avoir des plages de 30 minutes, et ce durant la matinée afin que le médecin soit disponible mentalement et puisse coordonner au mieux ses soins. Une rémunération supplémentaire devrait être envisagée lors des consultations longues, car il ne s'agit pas d'une pratique facile acceptée par tous : il faut suivre une formation, il faut investir du temps et de l'énergie... Une compensation financière serait la bienvenue pour valoriser le travail de ces praticiens.

Une meilleure collaboration avec les psychologues via par exemple le réseau psy 107 est souhaitable, et mentionner l'existence des prescriptions de renvoi aux patients pourrait rendre la consultation plus accessible pour ces derniers. Une coopération avec les psychiatres est opportune afin de mieux gérer les besoins et traitements du patient. Pour les généralistes n'ayant pas eu de formation quant à l'initiation du traitement, une consultation de l'addictologue en amont est à envisager afin de stabiliser le patient sous bonne dose.

Si l'aspect psychologique peut être prépondérant, une attention particulière aux plaintes somatiques est la bienvenue. En réduisant le patient à son versant psychologique, le praticien risque de rater certains diagnostics.

Une conscientisation des maîtres de stage semble également nécessaire afin de favoriser la formation et la pratique de TSO de leurs assistants, et d'intégrer ces heures dans leurs heures de travail.

L'excès de prudence des jeunes médecins par peur de poursuites légales pourrait être atténué par un travail en équipe, une meilleure collaboration avec les confrères expérimentés, les psychiatres et les centres d'addictologie notamment au travers d'appels téléphoniques ou d'ateliers d'échange de pratique et expérience. Une révision et une clarification du cadre légal semble également nécessaire (cfr point ad hoc).

Marché noir

Le marché noir semble bien présent, 4 répondantes (1,4,5,6) l'évoquant spontanément. Se pose la question de la sécurité quant aux doses acquises, au contenu du produit.

La question de la revente et de la confiance est également relevée : les patients consomment-ils ou revendent-ils le produit ? On ne peut cependant se méfier de tout le monde, car on risquerait de sacrifier les personnes demandeuses d'aide.

En reprenant les diverses idées évoquées jusqu'à présent, nous pouvons lister des suggestions pouvant être mises en place pour tâcher de diminuer le marché noir et d'endiguer un peu le phénomène : une conscientisation et une meilleure formation des médecins par rapport au fait de savoir comment prescrire (quel dosage, à quelle fréquence...), à qui prescrire : pas à un patient non connu dont le médecin ne possède pas le DMG, ni durant la garde ; un climat de bienveillance pour que le patiente puisse s'exprimer librement en cas de besoin accru de TSO et que l'ajustement se fasse en cabinet et non pas en s'approvisionnant au marché noir ; une meilleure communication avec les spécialistes dont les psychiatres pour savoir quel médecin prescrit quel traitement (TSO, mais aussi benzodiazépines, Lyrica, Tradonal...) ; une mise en place d'une charte de prescription dont une durée de délivrance à réajuster en cas de dépannage trop fréquent, ainsi qu'une mention du nom de la pharmacie sur la prescription ; un test urinaire à la première consultation pour vérifier que la personne n'est pas naïve aux opioïdes et qu'elle ne fait pas semblant d'être dépendante afin de les revendre ; une pharmacie de référence avec qui collaborer, sinon appeler la pharmacie où le patient mentionne se rendre ; un accès via VIDIS aux médecins qui prescrivent et aux pharmacies qui délivrent, pour pouvoir les contacter en cas de question ; les maisons médicales qui sont un atout en ce sens où les patients inscrits ne sont pas remboursés autre part, et que les patients non-inscrits ne peuvent y acquérir une prescription ; penser à un système où le patient aurait un/deux médecins attitrés chez qui uniquement il pourrait prendre ses prescriptions de TSO.

Cadre légal

Considéré comme ceinture de sécurité par certains et comme des menottes par d'autres, il faudrait réviser et clarifier le cadre légal afin qu'il soit une aide pour les médecins ayant une pratique TSO, et non pas une source d'anxiété. Un soutien des autorités est nécessaire, les médecins étant des alliés, et non des ennemis.

Mise en relation des résultats avec la recherche dans la littérature

Les obstacles rencontrés par les jeunes médecins sont en partie similaires à ceux rapportés par les études lues, mais également différents sur certains points.

Obstacles concernant les patients

L'analyse des résultats a mis en évidence des obstacles liés aux patients, perçus par les généralistes.

Un premier frein semble être les croyances négatives du patient concernant les TSO qualifiées de « drogue de l'Etat », ce qui empêche une prise en charge idéale.

Cette problématique ne semble pas être relevée par les deux études américaines (6,8), l'allemande (9) et les deux belges (7,10).

Les obstacles liés à la ponctualité, le comportement et la compliance sont traités dans les articles sous la thématique des croyances négatives des médecins à l'encontre des patients (cfr point ad hoc).

Des difficultés ont été soulignées par les assistants concernant la prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques, car il y a un manque de compliance des patients. Il a été préconisé que le généraliste centralise et coordonne les soins pour optimiser les chances de réussite. Ces difficultés concernant les comorbidités sont rapportées en Allemagne (9). Des efforts y sont recommandés afin d'améliorer les qualifications professionnelles des médecins par rapport à la prise en charge des comorbidités liées aux maladies infectieuses en rapport avec les injections de drogue ainsi que des comorbidités psychiatriques.

Des comorbidités psychiatriques (dépression, anxiété, bipolarité...) ainsi qu'un souhait à un accès plus aisé aux soins psychiatriques ont été rapportés aux USA (6).

Les comportements à risque comme la prise de deux comprimés à la fois ne sont pas non plus mentionnés par les articles parcourus.

Obstacles concernant les praticiens

L'analyse des résultats a mis en évidence des obstacles liés aux praticiens.

Être une jeune femme seule semble être un désavantage chez les participants au vu de la patientèle à majorité masculine. Le genre féminin n'a pas été rapporté comme un frein dans les articles parcourus, et les médecins étaient plus âgés.

Être seul n'a pas été non plus rapporté tel quel, mais a été plutôt exprimé comme un problème de collaboration et de coopération interdisciplinaire inadéquate en Allemagne (9) et à Anvers (7). Ceci est cependant reflété auprès des jeunes médecins par une demande de meilleure collaboration avec les psychiatres, pour notamment la gestion de la prescription médicamenteuse.

L'article allemand (9) pointe le fait qu'il est nécessaire de déployer davantage d'efforts pour améliorer la collaboration interdisciplinaire. L'article belge (7) suggère des ateliers afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle, qui seraient des moments d'échange et de discussion à propos des guides-lines, des difficultés. Les assistants rajoutent les SLR et les GLEMS comme lieux de partage d'expérience.

Le manque de soutien de santé mentale et psychosociale pointé aux USA (6) est exprimé par certains assistants comme un souci de l'accessibilité temporelle aux soins de santé mentale.

L'article anversoise (7) a relevé un manque de collaboration avec les centres d'addictologie, mais les assistants ont au contraire rapporté que les centres à Bruxelles étaient accessibles via téléphone en cas de question médicale. Le même système est d'application aux USA (6).

Les croyances négatives et l'absence de confiance des collègues des médecins interrogés sont confirmées à Anvers (7), où les généralistes non prescripteurs de TSO rapportent une anxiété en avançant que ces patients mentent souvent, ne se comportent pas bien où ne viennent pas à leur rendez-vous. Aux USA (6), est rapportée de la méfiance par des médecins mentionnant qu'ils ne veulent pas « *travailler avec des addicts qui mentent en vendant la moitié de ce qu'ils reçoivent en pharmacie* ».

La peur d'être stigmatisé comme prescripteur de méthadone n'est pas rapportée par les jeunes médecins, contrairement aux médecins interrogés à Anvers (7). L'interviewé 2 relève même que : « *en voulant ne pas devenir leur dealer à eux, on participe au fait que le marché noir devienne et reste leur dealer* ».

La question des limites propres à chacun n'a pas été abordée dans les études parcourues.

Les contraintes liées au temps et à l'espace sont relatées en Allemagne (9).

Les deux obstacles spécifiques n'ont pas été rapportés dans les études lues.

Connaissance et formation

Pour mon étude, 8 des 9 médecins avaient suivi une formation en TSO.

Aussi, les obstacles concernant la connaissance n'ont pas été rapportés comme ceux cités dans l'article anversoïis (7) ou l'article américain en milieu rural (6). La même remarque prévaut pour l'anxiété quant à la gestion de ces patients (7), pour le manque de formation adéquate (6) et la qualification insuffisante concernant notamment les compétences quant aux maladies infectieuses et aux comorbidités psychiatriques retrouvées chez les patients sous TSO (9).

Les répondants souhaiteraient par contre une meilleure formation dans le tronc commun et au cours de l'assistantat (module obligatoire, SLR...).

Des modules d'entraînements gratuits sont disponibles aux USA (6), et il existe des cours en ligne gratuits ou peu chers à propos de l'usage de la buprénorphine, donnant des crédits de formation médicale continue. En Belgique, des formations sont disponibles via les centres d'addictologie. Les assistants n'ont pas mentionné de plateforme en ligne proposant des modules, mais en cherchant sur internet, je constate par exemple que le site excellensis.org en propose un sur les TSO.

Si les interviewés mentionnent une formation théorique, ils insistent également sur le fait d'avoir une attitude particulière envers les patients dépendants aux opiacés, notamment en acceptant qu'on n'a pas de réel contrôle sur leur consommation si l'on souhaite bien s'occuper d'eux. Ils sont conscients que ces patients sont ambivalents et peuvent avoir des périodes de hauts et de bas. L'interviewée 6 a souligné qu'il y a un risque de burn-out.

Ketterer et al (10) nous rapportent que la motivation individuelle (dont des croyances subjectives, des représentations personnelles) est le principal obstacle dans la prise en charge d'usagers de drogues. Vient seulement en second lieu un manque de connaissance théorique et de formation. Des formations théoriques seules ne semblent donc pas suffisantes. Aussi, les auteurs (10) avancent que le développement personnel, la santé émotionnelle, la connaissance de soi et l'attention à sa santé devraient être enseignés et être favorisés parmi les généralistes, pour les aider à maintenir un focus centré sur le patient.

Rémunération

Concernant le souhait d'une rémunération supplémentaire mentionné aux USA (6) et en Allemagne (9), les jeunes médecins présentent des avis partagés. Certains ne souhaitent pas que l'appât du gain attire des médecins non engagés qui ne feraient pas une bonne prise en charge, tandis que d'autres prônent une compensation financière pour les efforts et le temps investis.

Obstacles liés au cadre légal

Certains interviewés jugent salubre d'avoir une ceinture de sécurité légale, tandis que d'autres considèrent cette loi comme contraignante. L'aspect restrictif de la réglementation est appuyé par l'article belge (7), américain (6) allemand (9).

Certains répondants souhaitent plus de confiance de la part du gouvernement, et que les autorités ne jouent pas le rôle de policier vis-à-vis d'eux. La crainte d'être contrôlé pourrait refroidir le médecin lambda voulant s'ouvrir à cette pratique. Ceci rejoint le manque de soutien institutionnel pointé aux USA (8). En Allemagne, les exigences légales strictes et les réglementations respectives relatives à la prescription des stupéfiants sont considérées comme un obstacle structurel majeur (9).

Obstacles liés au marché noir

Un problème de poids rapporté par les jeunes médecins est celui du marché clandestin. Le sujet est mentionné dans l'article américain (6) au travers de la méfiance (souhait de ne pas « travailler avec des menteurs qui vendent la moitié ce qu'ils reçoivent en pharmacie »). Cependant, les articles parcourus n'ont pas approfondi la thématique du marché noir.

Le rapport EMCDDA sur le détournement des opioïdes (5) nous indique que de nombreux débats émergent quant au détournement et au mésusage des TSO, dont des inquiétudes à propos de l'augmentation de la mortalité liée à des overdoses associées à de la méthadone et buprénorphine, observées récemment en Europe.

Le rapport rapporte des canaux de supplémentation divisés en source médicale légitime (amis, familles ; propres prescriptions de TSO des usagers) et illégitime (shopping médical, vol...).

Des outils ont été mis en évidence grâce aux interviews des jeunes médecins, pour essayer de limiter l'achat en rue (cfr analyse des résultats).

Cependant, nous n'avons que peu d'emprise sur les amis et familles. Ainsi, des communautés intra-usagers de TSO se forment et se défont. Ceci a également été rapporté par la

participante 9. En tant que professionnels de la santé, nous avons la responsabilité d'informer nos patients sur les dangers de prêter ou de partager des médicaments avec leur famille ou leurs amis. Nous devons les sensibiliser au fait que cela peut mettre leur vie en danger.

Une des stratégies de prévention suggérée dans le rapport de l'EMCDDA (5) contre le détournement des TSO est l'enregistrement de patients recevant des TSO, et dans certains pays, un enregistrement central de ces patients à une échelle nationale. Ceci permet l'avantage de n'obtenir des TSO que d'une seule source.

Cet enregistrement central ne devrait être utilisé que si les agences gouvernementales sont en possession de systèmes efficaces afin de maintenir la vie privée et la sécurité des données personnelles : la Belgique est-elle en mesure de fournir de tels systèmes ?

Forces et faiblesses du TFE

Les limites :

Il y a plusieurs biais à considérer dans l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus.

Le profil et les connaissances préalables de l'enquêteur peuvent influencer la qualité des données collectées lors des entretiens. En effet, le fait d'être médecin pourrait engendrer d'une part un biais positif, car cela pourrait faciliter la communication avec les participants, et favoriser l'émergence d'éléments qui auraient pu être manqués par un intervieweur qui ne serait pas médecin.

D'autre part, il convient de souligner la potentialité d'un biais négatif. En effet, le fait d'être médecin pourrait avoir entraîné une certaine réticence des médecins participants pour aborder des sujets délicats, par crainte de jugement par exemple.

En outre, il faut relever un biais de sélection : une participante était une collègue que je croisais parfois au travail, et trois des répondants étaient des connaissances de l'université.

Il aurait été préférable de ne pas interroger des personnes avec qui j'avais eu des interactions auparavant, car cette relative proximité pourrait avoir influencé leurs réponses.

Un autre biais de sélection ainsi qu'une limitation géographique doivent aussi être relevés :

La sélection empirique de participants via le réseau social Facebook a conduit à interroger 8 participants sur 9 dans la région bruxelloise, avec une seule participante travaillant dans le Brabant Wallon. Cette étude souhaitait sonder la communauté francophone, or cet

échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des médecins francophones étant donné que les praticiens des villes de Mons, Namur, Charleroi, Liège etc. n'ont pas été inclus dans l'étude. Un biais de participation doit être pris en compte dans l'analyse des données : les réponses des répondants ont pu être influencées par mon intérêt personnel pour l'addiction et les TSO. Par ailleurs, vu que je ne suis pas chercheur, je manque d'expérience et d'expertise en matière d'interview. Par conséquent, il est fort probable que je n'aie pas été suffisamment rigoureux dans mes entretiens. Le guide d'entretien a subi des améliorations au long des interviews, ce qui a conduit à ne pas aborder certains sujets avec les répondants précédant les modifications. L'objectif de l'étude a dû être réexaminé, car les contraintes de faisabilité temporelle ont empêché le sondage du groupe d'« experts » dans le but d'obtenir leurs suggestions, comme mentionné dans les critères de sélection de la méthodologie.

Il est important de mentionner un manque d'inclusivité :

Les résultats sont vraisemblablement peu transposables à la médecine rurale car la majorité des répondants travaillent en milieu urbain. Il serait donc nécessaire d'interroger les médecins exerçant dans ce contexte afin d'identifier d'une part les obstacles spécifiques comme l'absence de centre de traitement à proximité, et d'autre part la manière de faire face à ces freins par la récolte des suggestions et attentes de ces praticiens.

Une autre limitation serait la participation insuffisante des assistants en première année (1 personne). Or, afin d'obtenir une vue plus complète sur la situation, il serait pertinent de recueillir leurs craintes spécifiques, potentiellement liées à leur manque de pratique et d'expérience. Il convient également de souligner le faible taux de participation des assistants en deuxième année (1 personne).

Finalement, il est requis de mentionner que les patients n'ont pas été interrogés pour connaître leur opinion sur le sujet. Recueillir les obstacles auxquels ils sont confrontés et les suggestions qu'ils pourraient proposer permettraient de compléter ce travail. Cela pourrait faire l'objet d'une future recherche.

Les forces :

Malgré les limites mentionnées, l'émergence d'un profil relativement varié n'a pas été empêchée par l'échantillonnage empirique effectué via le réseau social. Ceci a permis de mettre en valeur les nuances dans leur pratique personnelle.

En effet, les expériences des jeunes médecins ont été récoltées au travers des différents centres de Bruxelles (MASS, ENADEN, Projet LAMA...), dans leur environnement de travail

(cabinet solo, pratique de groupe, maison médicale...), ainsi que via leur approche personnelle de la consultation du patient sous TSO.

Des informations en quantité substantielle ont été générées par les interviews d'une durée d'environ 1h20.

De nouveaux éléments pertinents ont pu être intégrés dans les interviews via la mise à jour du guide d'entretien.

La reformulation des propos recueillis a permis de garantir une compréhension adéquate des idées exprimées.

Certains obstacles rapportés par les jeunes médecins sont similaires à ceux rencontrés dans la littérature pour les médecins plus âgés, tandis que d'autres diffèrent. Les interviews apportent également des éléments neufs, tels que l'obstacle spécifique aux assistants et celui propre aux jeunes médecins, et des outils pour surmonter les différents freins ont pu être identifiés.

L'étude a également permis d'approfondir la thématique du marché noir, et une liste de propositions afin de réduire le phénomène a pu être élaborée. L'étude qualitative s'est avérée par conséquent appropriée pour répondre à la question, car elle a permis de mettre en évidence des informations pertinentes et de proposer des pistes pour l'avenir.

Conclusion

Des inquiétudes émergent au niveau international quant à l'innocuité des TSO, liées à un mésusage et à un usage détourné de ces produits qui sont de plus en plus détectés dans les cas d'overdose.

Les obstacles rencontrés par les jeunes médecins sont en partie similaires à ceux rapportés par les études lues, mais se distinguent également sur certains points.

Il ressort notamment des interviews qu'un des obstacles majeurs à affronter est la problématique du marché noir.

Grâce aux répondants, une liste de suggestions de recommandations a été élaborée pour essayer de diminuer le marché clandestin (charte de prescription, contact avec le pharmacien, test urinaire lors de la première consultation, un bon suivi...) ...

Il serait opportun que les autorités de tutelle étudient ces propositions, afin d'en discuter avec les médecins dans le but de former une alliance pour endiguer ensemble au maximum cette problématique.

Il convient de pouvoir mettre en place des mesures concrètes qui puissent respecter le principe de balance du WHO en 2011 (21) : permettre d'une part d'assurer que les traitements soient accessibles de manière sûre et disponibles pour des buts médicaux, et d'autre part de protéger les populations contre les dommages dérivant de l'abus ou du mésusage et/ou de la dépendance à ces médicaments.

Assurer la disponibilité et l'accessibilité aux TSO est un défi mais également une responsabilité des acteurs impliqués dans l'approvisionnement des TSO durant le développement et l'implémentation des politiques anti-détournement.

Modèle à suivre ?

Dans une étude irlandaise publiée en 2019 (20) relatant 20 ans d'expérience de méthadone en Irlande, nous pouvons avoir un aperçu du système irlandais qui semble assez efficace en conciliant divers points abordés précédemment :

Les généralistes intéressés à suivre des patients sous TSO peuvent suivre une formation gratuite pour prescrire correctement des TSO.

Les patients sont stabilisés à bonne dose de méthadone par des généralistes plus expérimentés (formation de niveau 2), puis référés aux autres (formation de niveau 1).

Les patients sont inscrits sur une liste confidentielle et chaque patient est attaché à un seul prescripteur (pas d'abus de prescription, moins de problème lié à de la surconsommation...)

Les généralistes prenant en charge ces patients reçoivent une rémunération additionnelle.

L'article ne fait pas état de plaintes des médecins concernant le cadre légal en Irlande pour la prescription de la méthadone. Au contraire, il souligne l'importance de la réglementation pour garantir la sécurité et l'efficacité des TSO, ainsi que la nécessité d'une formation et d'une certification adéquates pour les médecins qui prescrivent ces traitements. Ces derniers travaillent en collaboration avec les autorités sanitaires afin de garantir l'efficacité et la sécurité de ces traitements.

Cette approche encourageante s'oppose à une situation où les généralistes prenant en charge ces patients s'exposent à d'éventuelles poursuites légales.

Ainsi, en Allemagne, les restrictions sont plus sévères : contrôle urinaire obligatoire, limitation dans le take-home médicamenteux, obligatoire de fournir une copie papier carbone des prescriptions aux autorités compétentes...

Les médecins qui prennent en charge des patients sous TSO rapportent une surcharge de travail, un fort sentiment d'anxiété et d'isolement, ce qui entraîne un désengagement de la part des jeunes médecins. En outre, les patients se disent insatisfaits de la qualité de leur relation avec leur médecin (22).

Aussi, nous pouvons également nous inspirer du modèle irlandais afin de faire évoluer la situation en Belgique. L'utilisateur qui consulte est avant tout un être humain qui a besoin d'être écouté, plutôt que d'être soumis à un contrôle urinaire. La prise en charge du patient qui fait face à des problèmes de dépendance implique d'accepter les hauts et les bas, les rechutes et le manque de compliance. Les médecins et les autorités sanitaires devraient collaborer pour offrir aux patients le soutien dont ils ont besoin pour surmonter leur dépendance.

Bibliographie

- (1) UNODC (United Nations Office on Drug and Crime), *World drug report 2019*, United Nations, Vienna.
- (2) Rapport européen sur les drogues, Tendances et évolutions, 2019a. Observatoire européen des drogues et des toxicomanes (OEDT), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
- (3) Rapport européen sur les drogues, Tendances et évolutions, 2017. Observatoire européen des drogues et des toxicomanes (OEDT), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
- (4) Rapport européen sur les drogues, Tendances et évolutions, 2019. Observatoire européen des drogues et des toxicomanes (OEDT), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
- (5) TECHNICAL REPORT, Balancing access to opioid substitution treatment with preventing the diversion of opioid substitution medications in Europe : challenges and implications, February 2021. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- (6) DeFlavio JR, Rolin SA, Nordstrom BR et al. Analysis of barriers to adoption of buprenorphine maintenance therapy by family physicians. *Rural and Remote Health* 2015 ; 15 : 3019
- (7) Fraeyman F, Symons L, Van Royen P et al. How to overcome hurdles in opiate substitution treatment ? A qualitative study with general practitioners in Belgium, *European Journal of General Practice* (2016) ; 22 :2, 134-140, DOI : 10.3109/13814788.2015.1120286
- (8) Hutchinson E, Catlin M, Andrilla CH et al. Barriers to primary care physicians prescribing buprenorphine. *The Annals of Family Medicine*. 2014 ;12(2) :128–33. Doi :10.1370/afm.1595.
- (9) Schulte B, Schmidt CS, Kuhnigk O et al. Structural barriers in the context of opiate substitution treatment in Germany - a survey among physicians in primary care. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2013 ;8(1). Doi :10.1186/1747-597X-8-26

- (10) Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse ? A qualitative study based on the I-change model. BMC family practice 2014 ; 15 : 119
- (11) Rapport européen sur les drogues, Tendances et évolutions, 2021. Observatoire européen des drogues et des toxicomanes (OEDT), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
- (12) Tableau d'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en région de Bruxelles-Capitale. Eurotox ASBL Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, Février 2021.
- (13) Arrêté-Royal du 19 mars 2004, modifié par l'Arrêté-Royal du 6 octobre 2006 https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-06-octobre-2006_n2006023153
- (14) Betsy T, Karen D, Vibeke AF et al. Stakeholders in opioid substitution treatment policy : Similarities and differences in six European countries [Internet]. Substance use and misuse. U.S. National Library of Medicine 2013 ; 48 : 933-942.
- (15) Formation via les réseaux d'addictologie <https://www.rat-asbl.be/formations> ; <https://www.reseualto.be/c/16/1/formation.html>
- (16) Informations accessibles dans le CBIP : Folia Pharmacotherapeutica novembre 2009 <https://www.cbip.be/fr/articles/1805?folia=1776>
- (17) Guide pratique à la prescription de TSO sur le site de Fedito <https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2020/04/Guide-pratique-daide-%C3%A0-la-PEC-TSO.pdf>
- (18) Synthèse d'une conférence de consensus de la HAS https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf
- (19) Livret thématique d'Eurotox sur les bonnes pratiques en matière d'aide et de soins https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox-Livret5-Ed3_0.pdf
- (20) Delargy I, Crowley D, Van Hout MC. Twenty Years of the methadone treatment protocol in Ireland : Reflections on the role of general practice. Harm Reduction Journal. 2019 ; 16 (1)
- (21) WHO (2011), Ensuring balance in national policies on controlled substances : guidance for availability and accessibility of controlled medicines, WHO, Geneva.
- (22) Ulmer A, Lamy D, Maremmani I et al. How should methadone and buprenorphine treatment be organized and regulated ? A comparison between two systems in the

context of a Europad Conference in Brussels. Heroin Addict and Relat Clin Probl 2012 ;
14 (1) : 5-10.