

RAPPORT

OCTOBRE 2025

Prise en charge des addictions par les professionnels libéraux de l'Eurométropole de Strasbourg



Ont participé à la réalisation de ce document à l'ORS Grand Est :
PERREL Rachel et MOREAU Camille.

Sous la direction de GARDEUR-ALGROS Emilie.

L'ORS Grand Est a bénéficié de l'expertise de partenaires, réunis en comité de pilotage : les représentants de l'ARS Grand Est, des CSAPA (Ithaque, ALT, EPSAN, HUS) ainsi que des CPTS du territoire (COSEN, SEMSO et CPTS de Strasbourg) et de l'association Entraid'Addict.

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé à cette étude, notamment tous les professionnels libéraux (médecins généralistes, médecins psychiatres et pharmaciens) qui ont réalisé un entretien ou qui ont renseigné le questionnaire.

RESUMÉ

Dans le cadre de la Commission de Coordination et de Décloisonnement en Addictologie (CCDA) de l'agglomération de Strasbourg (2023) un groupe de travail « accès aux soins » a été créé. Ce groupe, composé entre autres de représentant.e.s des différents CSAPA mais aussi de représentant.e.s des Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), a formulé différents constats : dans l'Eurométropole de Strasbourg, les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) font face actuellement à une saturation vis-à-vis des demandes de prise en charge. Parmi les patients susceptibles d'être relayés vers les professionnels de ville, les CSAPA identifient certains patients nécessitant des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO). Cela pourrait par ailleurs augmenter l'accessibilité des soins pour certains de ces patients. Or les professionnels de l'addictologie du territoire font part de diverses difficultés pour effectuer ces relais. Enfin, après examen des données du Système national des données de santé (SNDS), une moindre part de prescripteurs de TSO parmi les médecins généralistes libéraux a été identifiée sur le territoire comparativement à d'autres.

Afin de mieux comprendre cette problématique territoriale de coordination entre le secteur médico-social et les professionnels de ville, une étude mixte comprenant un volet quantitatif et un volet qualitatif a été menée par l'ORS Grand Est sur demande et en relation étroite avec le groupe de travail accès aux soins. L'étude vise à identifier les freins et leviers à l'implication des médecins généralistes, des pharmaciens et des médecins psychiatres dans la prise en charge des patients nécessitant un TSO, tout en explorant les conditions d'une meilleure coordination entre les CSAPA et les professionnels libéraux du territoire. Lors de la première phase de l'étude, des professionnels de l'addictologie ont été rencontrés afin de confirmer les constats et penser les pistes d'une coordination ajustée entre leur service et les professionnels de ville. Dans un second temps, les difficultés rencontrées par l'ensemble des professionnels consultés ont été recueillies via des entretiens semi-directifs et un questionnaire (ciblant uniquement les médecins généralistes libéraux pour ce dernier).

L'étude met en lumière l'existence de représentations concernant cette patientèle et de sa prise en charge qui s'avèrent susceptibles de décourager les professionnels. En premier lieu, la crainte de l'agressivité, notamment physique, de ces patients a été relevée. On note également un sentiment de ne pas faire du soin (soin limité à du renouvellement de prescription, sentiment d'une absence de projet de soin), la crainte de se retrouver associé au trafic de médicaments et de voir sa file active se spécialiser (perte des autres profils de patients) et, à terme, d'encourir des sanctions de la part de l'Assurance Maladie. Des représentations concernant le rôle des CSAPA dans la prise en charge de ce public viennent également renforcer la logique de réorientation de ces patients vers ces centres estimés plus adaptés à une telle prise en charge. L'étude rend également compte de contraintes structurelles et de tensions interprofessionnelles (faute de consensus sur la politique de soin à adopter vis-à-vis ce public). Face au risque de surcharge d'activité ou de moindre qualité de la prise en charge (variables favorisant le risque de burn out), les professionnels peuvent là encore choisir de réorienter une partie plus ou moins conséquente des patients nécessitant des TSO vers les services spécialisés.

Sur la base de ces apports, quatre axes d'action ont été identifiés : le renforcement de la formation, la sécurisation de la relation soignant-soigné, le développement de la communication et de la coordination interprofessionnelle, et l'adaptation des conditions d'exercice. Ces pistes visent à la fois à fluidifier les parcours de soins, réduire la surcharge des CSAPA, retravailler le regard porté sur cette patientèle et prévenir les risques psychosociaux chez les professionnels du territoire.

Synthèse du rapport

I - Introduction

Les besoins en soins addictologiques dépassent l'offre existante dans l'Eurométropole de Strasbourg. Les CSAPA sont saturés, avec des périodes sans nouvelles admissions de ce fait. La part de prescripteurs de TSO est inférieur à la moyenne régionale, malgré une démographie médicale favorable.

L'étude vise à identifier les freins et leviers pour impliquer davantage les professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, psychiatres) et améliorer la coordination avec les CSAPA.

II Méthodologie

L'étude combine deux volets : qualitatif et quantitatif. Le volet qualitatif comprend un focus group avec des acteurs de l'addictologie et 14 entretiens semi-directifs avec des professionnels libéraux. Le volet quantitatif repose sur l'analyse des données SNDS et un questionnaire adressé aux médecins généralistes. Cette approche mixte permet de conforter les constats, d'identifier les besoins et de proposer des pistes d'action adaptées au contexte local.

III -Problématiques, besoins et perspectives de coordination du point de vue des acteurs de l'addictologie de l'Eurométropole de Strasbourg

1-Identification des profils de patients susceptibles d'être relayés vers les professionnels libéraux

Les CSAPA prennent en charge une patientèle très diversifiée, mais deux profils sont prioritaires pour un relais vers les professionnels libéraux.

- **Patients nécessitant un TSO** (buprénorphine, méthadone) :
- **Patients présentant des comorbidités psychiatriques simples** (troubles anxieux, troubles de la personnalité).

Le suivi de ces patients est souvent au long cours. Ces profils représentent donc une part importante de l'activité des CSAPA et mobilisent des ressources considérables. L'orientation d'une partie de ces patients vers les libéraux (selon des critères posés par les professionnels de l'addictologie) permettrait de libérer du temps. Les relais sont juridiquement possibles : les médecins généralistes peuvent initier ou renouveler la buprénorphine et renouveler la méthadone sous délégation ; les pharmaciens peuvent délivrer tous types de TSO ; les psychiatres peuvent gérer les comorbidités psychiatriques et potentiellement prescrire des TSO. Cette stratégie répond à un double enjeu : **fluidifier les parcours et réduire la surcharge des CSAPA**, tout en améliorant l'accessibilité et l'acceptabilité des soins pour les patients.

2-Problématiques actuellement rencontrées concernant les relais envisagés

Les relais entre CSAPA et professionnels libéraux existent mais restent **complexes, chronophages et insuffisants**. Identifier un médecin ou une officine volontaire peut prendre plusieurs mois. Des hypothèses concernant les freins possibles rencontrés par les professionnels libéraux sont évoquées :

- **Disponibilité limitée** des médecins et pharmaciens, souvent surchargés.
- **Réticences liées à la formation** : manque de maîtrise des TSO, crainte des mésusages.
- **Craintes concernant les relations soignant-soigné** : agressivité, non-observance, « rendez-vous non honorés ».
- **Contraintes organisationnelles et normatives** : ordonnances sécurisées, protocoles stricts, risques de sanction.

Si ces difficultés de relais impactent les CSAPA, les professionnels soulignent que cela peut également impacter le parcours de soin des patients. Par exemple, face aux longueurs dans les relais, certains patients peuvent se tourner vers le marché noir. Ils soulignent également les bénéfices d'une prise en charge « de ville » pour certains patients (ex : retour à une certaine « normalité », meilleure accessibilité des services, etc.). **Sans solutions adaptées, le risque est double : surcharge des CSAPA et des soins moins adaptés pour certains patients.**

3-Coordination CSAPA-professionnels libéraux envisagée du point de vue des acteurs de l'addictologie du territoire

Les professionnels de CSAPA rencontrés proposent une coordination avec les professionnels libéraux reposant sur différents **critères** : patients stabilisés, droits ouverts, pas de problématiques multiples nécessitant de préférence un accompagnement pluridisciplinaire. Les CSAPA souhaitent accompagner la transition pour sécuriser le parcours, et suggèrent une **co-prise en charge** : échanges réguliers, soutien en cas de difficulté, transmission d'informations. Cette approche vise à éviter les ruptures de soins et à rassurer les professionnels libéraux. Toutefois, le fait d'effectuer ces relais et de les accompagner de la sorte soulève des points d'attention :

- **Charge accrue pour les CSAPA**, qui conserveront les cas les plus complexes tout en assurant le suivi des relais.
- **Risque de spécialisation des files actives** : les CSAPA pourraient à terme concentrer les profils les plus vulnérables, augmentant la pression sur leurs équipes

IV - La prise en charge des patients nécessitant des TSO : point de vue des professionnels libéraux du territoire

1-Représentations et réticences concernant la prise en charge des TSO par les professionnels libéraux du territoire

Certaines représentations identifiées chez les professionnels libéraux rencontrés sont un frein majeur à l'engagement :

- **Patients perçus comme dangereux** : agressivité, comportements imprévisibles, risque de violences.
- **Crainte de mésusage et de trafic** : ordonnances détournées, revente sur le marché noir.
- **Sentiment d'éloignement du soin tel qu'envisagé** : soin réduit à un acte technique (prescription), sans dimension relationnelle. En outre, pour certains, la prescription de TSO est assimilée à du « deal », ce qui entame le sens du soin.

Ces perceptions sont nourries par des expériences de stage, des récits professionnels et des stéréotypes diffusés dans la société. Elles induisent une logique d'évitement, renforcée par la crainte d'un effet « boule de neige » (augmentation rapide de la patientèle par bouche-à-oreille) susceptible d'éveiller des soupçons et d'amener à des sanctions (CPAM).

Des représentations concernant la logique de relais entre professionnels de ville et services spécialisés en addictologie (différents de ceux envisagés par les professionnels de CSAPA mentionnés précédemment) invitent également à orienter certains patients présentant une situation estimée « complexe » vers les CSAPA.

Travailler ces représentations est indispensable pour lever certains freins et (re)donner du sens à la prise en charge.

2-Représentations et difficultés effectives susceptibles d'impacter l'engagement dans la prise en charge des TSO

Au-delà des représentations, des **difficultés, notamment structurelles**, peuvent décourager la prise en charge :

- **Risque de burn-out** liée notamment aux conditions de travail et au manque de formation et de ressources pour effectuer une prise en charge sécurisée et qualitative des patients nécessitant des TSO : surcharge émotionnelle, sentiment d'échec, souffrance éthique (ne pas pouvoir offrir un soin « de qualité »).
- **Complexité des protocoles** : ordonnances sécurisées, cadre relationnel à ajuster au cas par cas et ce parfois au risque d'être en porte-à-faux avec les normes en vigueur.
- **Difficultés de coordination et de relais entre les différents professionnels du parcours de soin et notamment des tensions interprofessionnelles** : désaccords sur les prescriptions, suspicion de « complaisance », désaccord sur les politiques de soin entre différents professionnels investis sur le parcours d'un même patient.
- **Crainte d'impacts négatifs sur l'activité professionnelle, notamment la spécialisation de la file active et risques des sanctions** : flou sur les mécanismes de contrôle, peur d'être stigmatisé comme « dealer en blouse blanche », d'où une volonté de distinguer les « vrais » patients des « faux » (représentation dichotomique qui invite également à éviter certains patients)¹
- **Contexte de travail et de prise en charge dans lequel les patients nécessitant des TSO peuvent apparaître comme une charge supplémentaire qu'il est possible (voire nécessaire) de réorienter vers les CSAPA** : importance du travail de vérification des ordonnances face à l'augmentation des médicaments détournés, locaux peu adaptés à une prise en charge assurant une certaine discrétion, représentations des logiques de coordination entre professionnels libéraux et CSAPA, etc.

¹ L'ARS comprend la nécessité de faire part des représentations des professionnels rencontrés donc de rapporter les termes « faux patients » comme une représentation existant chez certains. Ce terme pouvant conduire à des interprétations erronées par le lecteur, il convient de rappeler que l'ensemble des personnes en demande de soins doivent bénéficier de ceux-ci quels que soient les doutes et craintes légitimes exprimés par les professionnels interrogés sur l'usage final de l'ordonnance obtenue.

V-Perspectives d'actions : former, accompagner et sécuriser les professionnels et créer du lien et de la confiance entre eux

L'étude met en évidence plusieurs leviers pour renforcer l'implication des professionnels libéraux dans la prise en charge addictologique et sécuriser les parcours des patients. Ces leviers s'articulent autour de **quatre axes stratégiques** :

1. Renforcer la formation et la montée en compétence

- Former à la prescription des TSO (choix du traitement, posologie, ordonnances sécurisées).
- Diffuser les principes de la **Réduction des Risques et des Dommages (RdRD)** pour redonner du sens au soin.
- Intégrer des modules pratiques (gestion des comportements, techniques motivationnelles)
- Favoriser les échanges avec les CSAPA pour un apprentissage contextualisé.
- Étendre la formation à l'ensemble des acteurs impliqués (médecins, pharmaciens, psychiatres, équipes officinales) pour harmoniser les pratiques et faciliter la coordination.

2. Sécuriser la relation soignant-soigné et l'activité professionnelle

- Inviter à relativiser la dangerosité des patients et ouvrir à la compréhension des comportements estimés problématiques
- Développer des outils pour prévenir ou faire face aux tensions entre soignants et soignés (ex. guides de communication, dispositifs d'accompagnement lors des premiers rendez-vous).
- Informer sur les mécanismes de contrôle et de sanction de l'activité professionnelle pour réduire les peurs infondées et éviter la rigidification des pratiques.
- Penser des solutions organisationnelles pour limiter le sentiment de vulnérabilité (travail en binôme, présence d'un tiers lors des relais complexes).

3. Créer du lien et de la confiance entre acteurs

- Développer des espaces d'échanges interprofessionnels (CPTS, commissions addictions) pour partager les pratiques, débattre des normes et renforcer l'interconnaissance et la solidarité.
- Valoriser le rôle des libéraux dans les parcours addictologiques pour donner du sens à leur engagement.
- Mettre en place des dispositifs de soutien (personne ressource CSAPA, hotline dédiée) pour sécuriser les professionnels en cas de difficulté.

4. Adapter le contexte de prise en charge

- Par l'amélioration des conditions, favoriser l'implication d'un plus grand nombre des professionnels libéraux pour réduire la surcharge en favorisant une répartition équitable des patients (éviter les effets de concentration).
- Améliorer les conditions matérielles (espaces confidentiels en officine, outils numériques pour faciliter les échanges).
- Questionner certaines pratiques (ex. obligation de carte Vitale, gestion des stocks) pour limiter les tensions et les ruptures de soins.

Sommaire

Table des matières

Synthèse du rapport.....	4
---------------------------------	----------

Sommaire	8
-----------------------	----------

I. Introduction	11
------------------------------	-----------

Ce qu'il faut retenir	11
-----------------------	----

Des constats	11
--------------	----

Projet d'étude	12
----------------	----

II. Méthodologie.....	13
------------------------------	-----------

Volet qualitatif	13
------------------	----

Volet quantitatif	18
-------------------	----

III. Problématiques, besoins et perspectives de coordination du point de vue des acteurs de l'addictologie de l'Eurométropole de Strasbourg	21
--	-----------

Identification des profils de patients susceptibles d'être relayés vers les professionnels libéraux	21
---	----

Problématiques actuellement rencontrées concernant les relais envisagés	29
---	----

Coordination CSAPA-professionnels libéraux envisagée du point de vue des acteurs de l'addictologie du territoire	35
--	----

IV. La prise en charge des patients nécessitant des TSO : point de vue des professionnels libéraux du territoire	38
---	-----------

Représentations et réticences concernant la prise en charge des TSO par les professionnels libéraux du territoire	41
---	----

Représentations et difficultés effectives susceptibles d'impacter l'engagement dans la prise en charge des TSO	52
--	----

V. Perspectives d'actions : former, accompagner et sécuriser les professionnels et créer du lien et de la confiance entre eux.....	83
---	-----------

VI. Conclusion	94
-----------------------------	-----------

Annexes	98
----------------------	-----------

I. Données tirées du questionnaire en ligne à destination des médecins généralistes :	98
--	-----------

Partie commune à l'ensemble des répondants	98
---	-----------

Figure 1. Profils des médecins généralistes répondants au questionnaire	98
---	----

Figure 2. Types de problématiques addictives prises en charge par les médecins généralistes ayant répondu à l'enquête et nombre de patients pris en charge pour cette problématique	99
---	----

Figure 3. Difficultés d'accompagnements des médecins généralistes répondants selon la problématique addictive 100

Partie spécifique sur les répondants réalisant une prise en charge de patients consommateurs/addicts d'opiacés et traitements de substitution aux opioïdes 101

Figure 4. Profils des médecins généralistes répondants prenant en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés 101

Figure 5. Auto-évaluation de la formation des médecins généralistes répondants pour la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés 102

Figure 6. Perception des médecins généralistes répondants sur la difficulté des accompagnements pour la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés 102

Figure 7. Hiérarchisation des besoins identifiés des médecins généralistes répondants pour aider à la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés 103

Partie spécifique sur les répondants non concernés par la prise en charge des opiacés et traitements de substitution aux opiacés (TSO)..... 104

Figure 8. Profils des médecins généralistes répondants ne suivant pas en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés 104

Figure 9. Raisons perçues de l'absence de patients suivis présentant une problématique addictive liée aux opiacés 105

Figure 10. Perception des médecins généralistes répondants sur la difficulté des accompagnements pour la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés, parmi les répondants ne prenant plus en charge. 106

Figure 11. Hiérarchisation des besoins identifiés des médecins généralistes répondants pour aider la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés 107

Hiérarchisation des besoins parmi l'ensemble des répondants du questionnaire..... 108

Figure 12. Hiérarchisation des besoins identifiés des médecins généralistes répondants pour faciliter la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés parmi l'ensemble des répondants au questionnaire 108

Focus - Prise en charge addictologique des « jeunes (12-25 ans) » 109

Figure 13. Produits ou comportements identifiés chez les jeunes de 12-25 ans accompagnés par les répondants 109

II. Compte rendu du comité de pilotage du 8 Septembre 2025..... 110



I. Introduction

Ce qu'il faut retenir

Les besoins en soins addictologiques dépassent l'offre existante dans l'Eurométropole de Strasbourg. Les CSAPA sont saturés, avec des périodes sans nouvelles admissions de ce fait. La part de prescripteurs de TSO est inférieure à la moyenne régionale, malgré une démographie médicale favorable.

L'étude vise à identifier les freins et leviers pour impliquer davantage les professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, psychiatres) et améliorer la coordination avec les CSAPA.

Des constats

Dans le cadre de la Commission de Coordination et de Décloisonnement en Addictologie (CCDA) de l'agglomération de Strasbourg mise en place fin 2023, différents groupes de travail ont été créés, notamment un groupe « accès aux soins ». Ce groupe de travail est composé entre autres de représentant.e.s des différents CSAPA du territoire mais aussi de représentant.e.s des Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de l'Eurométropole de Strasbourg. Ce dernier, sur la base des témoignages des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et de l'analyse de données issues du Système National des Données de Santé (SNDS), a formulé plusieurs constats.

Le groupe de travail « accès aux soins » fait part d'un sentiment d'inadéquation entre besoins en soins addictologie et l'offre existante sur le territoire. En témoigne la situation des CSAPA du territoire qui font état de nombreuses demandes non-satisfaites en 2023 ainsi que de périodes d'arrêt des nouvelles admissions.

Parmi les solutions possibles, une plus grande implication des professionnels libéraux ainsi qu'une coordination plus ténue et ajustée avec les CSAPA sont des pistes à creuser.

En effet, une analyse des données tirée du SNDS² a permis, entre autres constats, de relever un nombre moindre de prescripteurs de TSO (médecins généralistes, médecins psychiatres) comparativement à d'autres territoires du Grand Est. Et ce sachant que comparativement à d'autres territoires, en dehors de certains QPV, Strasbourg n'est pas en désertification médicale et la pyramide des âges est plutôt favorable.

² Le détail de l'analyse des données SNDS peut être consulté dans le PowerPoint associé à ce livrable ainsi que dans le rapport d'étape du groupe de travail « accès aux soins » datant du 19 mai 2024.



Enfin, des difficultés de relais avec les pharmacies et les médecins psychiatres sont également ressorties des témoignages des membres du groupe de travail.

Ainsi, les objectifs du groupe de travail « accès aux soins » au regard de ces constats sont les suivants : faciliter et encourager l'implication des professionnels libéraux du territoire, notamment des médecins généralistes, médecins psychiatres et pharmaciens, dans la prise en charge de certains publics actuellement accompagnés par les CSAPA, et ce notamment via la création :

- d'un panier de services adaptés à déployer pour encourager et sécuriser des médecins libéraux volontaires ;
- d'une charte locale adaptée.

Projet d'étude

Pour approfondir ces constats et proposer une solution adaptée aux problématiques et besoins des professionnels de l'Eurométropole de Strasbourg, le groupe « accès aux soins » a décidé de mener une étude avec le soutien de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand Est. Cette étude visait à mieux comprendre l'investissement des professionnels libéraux dans la prise en charge de certains patients en situation d'addiction et notamment ceux en situation de dépendance aux opioïdes et nécessitant un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO). La problématique retenue est la suivante :

« Quels sont les prérequis, freins et leviers de mobilisation des médecins généralistes libéraux, mais également des médecins psychiatres et des pharmaciens dans la prise en charge des personnes en situation d'addiction ? »

L'enquête menée par le groupe de travail avec l'appui de l'ORS Grand Est s'est déclinée en deux volets : une démarche qualitative visant à comprendre les prérequis, freins et leviers des professionnels libéraux du territoire, puis une démarche quantitative visant à conforter certains constats et pistes de compréhension, notamment en leur donnant du poids.

Ce livrable rend compte à la fois des résultats quantitatifs et qualitatifs de cette étude, via une analyse commune de ces éléments, et permet de :

- conforter les constats posés par le groupe de travail ;
- présenter des pistes de compréhension concernant les différents degrés d'implications des professionnels libéraux dans la prise en charge de certaines problématiques addictologiques ;
- mettre en lumière une coordination possible entre CSAPA et professionnels libéraux du territoire ;
- et enfin rendre compte des pistes émanant du terrain susceptibles de faciliter et d'augmenter l'engagement des professionnels libéraux du territoire dans la prise en charge de certaines problématiques addictologiques.

II. Méthodologie

Ce qu'il faut retenir

L'étude combine deux volets : qualitatif et quantitatif. Le volet qualitatif comprend un focus group avec des acteurs de l'addictologie et 14 entretiens semi-directifs avec des professionnels libéraux. Le volet quantitatif repose sur l'analyse des données SNDS et un questionnaire adressé aux médecins généralistes. Cette approche mixte permet de conforter les constats, d'identifier les besoins et de proposer des pistes d'action adaptées au contexte local.

Dans l'optique de cerner les prérequis, freins, leviers des professionnels libéraux du territoire, mais aussi de penser une coordination adaptée entre acteurs des CSAPA et ces derniers, plusieurs temps d'échange et de recueils de données ont été organisés et menés par l'ORS Grand Est en collaboration avec le groupe de travail « accès aux soins ».

Volet qualitatif

1. Un *focus group* avec des acteurs de l'addictologie du territoire

En premier lieu, un *focus group* a été organisé avec des acteurs de l'addictologie exerçant actuellement sur l'Eurométropole de Strasbourg avec pour objectifs de :

- conforter et préciser les premiers constats du groupe de travail concernant les difficultés rencontrées actuellement en CSAPA ;
- penser une coordination adaptée entre CSAPA et professionnels libéraux du territoire (point de vue des acteurs de l'addictologie) ;
- formuler des hypothèses concernant l'investissement inégal des professionnels libéraux dans la prise en charge addictologique.

Ce *focus group* de deux heures a eu lieu le 10 décembre 2024 à Strasbourg. Il a réuni cinq professionnels dont :

- Un représentant de chaque CSAPA du territoire (ALT, EPSAN, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et Ithaque). L'un d'eux représentait également le dispositif de microstructures coordonné par Ithaque.
- Un représentant d'association de pairs aidants.

Les résultats de cette étape ont été présentés au groupe de travail lors d'un point d'étape réalisé le 29 janvier 2025 afin d'être discutés et précisés au besoin (cf. Problématiques, besoins et perspectives de coordination du point de vue des acteurs de l'addictologie de l'Eurométropole de Strasbourg).

2. Des entretiens semi-directifs avec des professionnels libéraux

Ce premier temps de recueil de données a été complétée par quatorze entretiens semi-directifs³ menés avec des professionnels libéraux volontaires, exerçant actuellement sur l'Eurométropole de Strasbourg, contactés entre février et mars 2025.

Ces entretiens visaient à recueillir des informations concernant les prérequis, freins et leviers des médecins généralistes, des pharmaciens et des médecins psychiatres du territoire concernant la prise en charge addictologique, notamment :

- des patients nécessitant un traitement de substitution aux opioïdes
- des patients en situation d'addiction présentant des comorbidités psychiatriques « simples » (ex : troubles anxieux, troubles de la personnalité, etc.)⁴

Les résultats de cette étape ont été présentés pour précision et validation aux membres du groupe de travail lors du second point d'étape organisé le 4 juin 2025.

- Construction des outils et réalisation des entretiens

En tout, six guides d'entretiens distincts ont été réalisés sur la base des données récupérées durant le *focus group*, soit un guide pour :

- les pharmaciens prenant en charge les patients ciblés
- les pharmaciens ne prenant pas en charge les patients ciblés
- les médecins généralistes prenant en charge les patients ciblés
- les médecins généralistes ne prenant pas en charge les patients ciblés
- les médecins psychiatres prenant en charge les patients ciblés
- les médecins psychiatres ne prenant pas en charge les patients ciblés

Une première version des guides d'entretiens a été réalisée par l'ORS Grand Est, puis présentée aux membres du groupe de travail « accès aux soins » lors du premier point d'étape afin d'être ajustée et validée.

³ Initialement douze entretiens ont été demandés par les commanditaires, soit quatre entretiens pour chaque profession ciblée. Un entretien exploratoire a été mené avec un médecin généraliste, car ce dernier ne répondait pas strictement aux critères de sélection posés par le groupe de travail et un entretien avait déjà été convenu avec ce dernier. Ainsi cet entretien a servi d'entretien exploratoire dont seules les données pertinentes ont été retenues et mobilisées dans le présent livrable. Un double entretien a également été réalisé avec deux pharmaciens d'une même officine. Celle-ci ayant pour politique de ne pas dispenser de TSO, le choix a été fait de saisir l'opportunité d'avoir deux regards différents sur cette situation.

⁴ Il s'agit là des deux types de patients pour lesquels un relais ou une co-prise en charge avec les professionnels libéraux pourraient être facilités d'après les professionnels de l'addictologie (informations recueillies durant le *focus group*).

Les entretiens ont duré entre 30 min et un peu plus d'une heure selon les disponibilités de chaque professionnel. Ils ont été réalisés par téléphone, visioconférence ou en présentiel sur le lieu de travail du professionnel concerné, selon la volonté de chaque volontaire. La quasi-totalité⁵ des entretiens a été enregistrée afin d'assurer la fidélité des propos qui seront présentés dans le présent document. L'anonymat a été assuré à chaque participant afin de créer une situation de confiance permettant le recueil des données ciblées.

Précisions :

Le présent livrable est rédigé de sorte à maintenir l'anonymat des participant.e.s et ce notamment en :

- retirant des verbatims de toute information susceptible de contribuer à l'identification du professionnel ex : localisation du lieu de travail ;
- en évitant toute analyse reposant sur moins de trois professionnels ;
- mentionnant le genre et la profession de la personne témoignant uniquement lorsque cela est pertinent pour l'analyse.

- Usage des échanges informels

Enfin, les temps d'échanges avec les professionnels durant le recrutement des professionnels libéraux volontaires sont considérés comme un temps « d'observation » faisant partie du terrain. En effet, durant ces courts échanges informels, certaines informations notables ont pu être recueillies (ex : raisons motivant le choix de ne pas prendre en charge certains patients en situation d'addiction). Ces informations ont été retranscrites à l'écrit et peuvent ainsi être mobilisées au besoin au cours de l'analyse.

Par ailleurs, un jeune médecin préparant son doctorat sur la question de la prise en charge des traitements de substitution a également été contacté sur recommandation de la Délégation territoriale du Bas-Rhin de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Des échanges informels ont également été réalisés avec ce professionnel et consignés par écrit pour être mobilisés dans l'analyse.

Précisions :

Ces informations ont également soigneusement anonymisé. Des éléments de profils n'ayant pu être récoltés durant ces échanges informels, ces derniers ne sont pas présentés dans le tableau à suivre. Celui-ci rend compte uniquement des professionnels libéraux ayant accepté de réaliser un entretien semi-directif.

⁵ Deux entretiens n'ont pas été enregistrés, l'un faute de moyens (le professionnel était disponible uniquement le jour de la prise de contact, l'entretien n'ayant pas pu être anticipé le matériel nécessaire à l'enregistrement n'était pas disponible), l'autre à la demande du professionnel.

- Taille de l'échantillon et profils des participant.e.s

Parmi les quatorze professionnels rencontrés :

- cinq entretiens ont été menés avec des médecins généralistes (dont un entretien exploratoire) ;
- cinq entretiens ont été menés avec des pharmaciens (dont deux professionnels appartenant à une même officine) ;
- Et quatre ont été menés avec des médecins psychiatres.

Les critères de sélection étaient essentiellement fondés sur l'engagement des professionnels dans la prise en charge addictologique des publics ciblés (les patients en situation d'addiction aux opioïdes nécessitant un TSO pour les médecins généralistes et les pharmaciens et les patients en situation d'addiction présentant des comorbidités psychiatriques « simples » pour les médecins psychiatres). Il était espéré initialement d'avoir pour chaque profession deux professionnels non engagés dans la prise en charge addictologique afin de cerner les freins et deux professionnels impliqués dans la prise en charge addictologique afin de cerner les leviers. Enfin, il a été demandé par les membres du groupe de travail d'éviter les professionnels impliqués dans le dispositif de microstructure porté par l'association Ithaque.

Voici les caractéristiques des professionnels retenus dans l'échantillon et rencontrés en entretiens :

profession	personnes interrogées	genre	âge	Prise en charge addictologique
Médecins généralistes	5 professionnels (dont un entretien exploratoire)	3 femmes	2 femmes entre 30 et 39 ans 1 femme entre 60 et 69 ans	1 pas de PEC TSO par choix 1 très peu de patientèle TSO 3 qui font de la PEC TSO
		2 hommes	1 homme entre 40 et 49 ans 1 homme de + 70 ans	
Pharmaciens	5 professionnels (deux professionnels d'une même officine)	3 femmes	1 femme entre 30 et 39 ans 2 femmes entre 50 et 59 ans	1 officine ne fait pas de PEC TSO par choix 3 officines font de la PEC TSO
		2 hommes	1 homme de - 30 ans 1 homme entre 30 et 39 ans	
Médecins psychiatres	4 professionnels	1 femme	1 femme entre 30 et 39 ans	1 très peu de PEC addicto 3 qui font de la PEC addicto
		3 hommes	1 homme entre 40 et 49 ans 2 hommes de + 70	

Précisions :

Les objectifs initiaux concernant la prise en charge addictologique des professionnels rencontrés n'ont pas été atteints. En effet, pour chaque type de profession un seul professionnel (ou dans le cas des pharmacies, une seule structure) n'étant pas impliqué dans la prise en charge du public en situation d'addiction ciblé a été rencontré en entretien.

Si cela peut s'expliquer par plusieurs contraintes contextuelles, il faut avant tout relever que l'engagement des professionnels libéraux dans la prise en charge des patients ciblés n'est pas aussi dichotomique qu'envisagé initialement : il n'est pas uniquement question de professionnels prenant en charge ou ne prenant pas en charge les patients ciblés, mais plutôt des professionnels :

- qui ne font pas de prise en charge notamment des patients identifiés par choix ;
- qui n'ont pas ou peu de patients ciblés au sein de leur file active car cette patientèle ne vient pas à eux ou parce que les patients n'ont pas évoqué cette problématique ;
- qui acceptent fréquemment de prendre en charge les patients identifiés, mais qui peuvent par moment réduire stratégiquement le nombre de patients présentant ce profil ;
- qui acceptent tout patient en situation d'addiction (y compris les patients identifiés) mais qui, en raison du cadre posé à la prise en charge, peuvent voir certains patients rompre la relation de soin.

Ainsi l'engagement des professionnels libéraux est bien plus nuancé et l'échantillon présenté permet de rendre compte de cette diversité d'engagement dans la prise en charge, ce qui a permis de cerner d'autres raisons susceptibles d'inciter certains professionnels à limiter la prise en charge des patients ciblés.

Enfin, les contraintes contextuelles identifiées qui ont limité la possibilité de rencontrer des professionnels ne s'impliquant pas ou très peu dans la prise en charge addictologique sont les suivantes :

- L'identification des bons profils de professionnels aurait nécessité d'appeler beaucoup de professionnels et de prendre le temps d'échanger en amont de l'entretien à propos de leur implication dans la prise en charge des patients identifiés, or le temps des professionnels est précieux et le temps imparti au recrutement limité.
- Faire le choix de ne pas prendre en charge certains patients présentant des profils précis peut être perçu comme un tri discriminant contraire à l'éthique professionnelle. Ainsi, le sujet de l'étude peut s'avérer tabou et y participer peut sembler risqué malgré la garantie de la préservation de l'anonymat.
- Enfin, le recrutement des professionnels et la réalisation des entretiens ont eu lieu durant une période de forte activité (période hivernale). Plusieurs professionnels contactés auraient potentiellement accepté de réaliser un entretien, mais ne disposaient pas de temps pour ce faire. Cela a ainsi limité le nombre de professionnels volontaires parmi lesquels une sélection plus fine aurait pu être opérée.

Volet quantitatif

Le volet quantitatif s'est décliné en plusieurs étapes.

1. Analyse des données issues du SNDS

Le groupe de travail a demandé à l'ORS Grand Est une analyse complémentaire des données SNDS qui avaient été préalablement extraites afin d'affiner et conforter la première analyse réalisée par le groupe de travail.

En effet des données avaient été extraites par la Direction Qualité Performance et Innovation (DQPI) de l'ARS Grand Est (extractions réalisées par M. Dimitri Parise) et portaient sur :

- des nombres et taux de patients consommant certains groupes de médicaments dit « traceurs »⁶ des problématiques addictologiques (selon le lieu de résidence des patients) ;
- la part de professionnels libéraux (généralistes/psychiatres) ayant prescrit au moins une fois ces médicaments et la part de pharmacie les ayant délivrés au moins une fois (selon lieux d'exercice des professionnels) ;
- la répartition des prescripteurs de médicaments selon le nombre de prescriptions.

L'ORS Grand Est a ainsi utilisé les données fournies par l'ARS. Il y a eu ni extractions complémentaires, la liste des médicaments traceurs a été définie préalablement par un groupe d'experts addictologues de Grand Est Addiction. L'analyse a porté sur la dernière année disponible (2023). Les taux de patients ont été calculés sur la base des nombres de consommateurs sur 3 ans plutôt que sur les données de population du recensement ; cette méthode permettant de s'affranchir de certains biais des bases de données.

Le principe a été de comparer les résultats pour l'Eurométropole de Strasbourg aux résultats de la Région mais aussi à la moyenne des grandes agglomérations de la région.

A noter que les effectifs enregistrés étaient parfois très faibles.

2. Consultation par questionnaire auto-administré des médecins généralistes de l'Eurométropole de Strasbourg concernant la prise en charge addictologique

- Conception du questionnaire et diffusion

Parallèlement, un questionnaire a été élaboré par les Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de l'Eurométropole de Strasbourg⁷ (membres du groupe de travail « accès aux soins ») afin de venir interroger les besoins, freins et leviers des médecins généralistes concernant la prise en charge du public en situation d'addiction et notamment des patients

⁶ Les médicaments traceurs avaient été choisis par un groupe d'experts de l'addictologie.

⁷ Les CPTS ayant participé sont les CPTS Strasbourg Eurométropole Sud et Ouest (SEMSO), La CPTS de l'Eurométropole Nord (COSEN), et la CPTS Strasbourg.



nécessitant un TSO. L'ORS Grand Est a fait des propositions d'ajustement de ce guide en se basant à la fois sur :

- les résultats du *focus group* qui ont permis de cibler la problématique et la patientèle;
- et les résultats des entretiens semi-directifs menés avec les médecins généralistes (d'ores et déjà réalisés) qui ont permis de réorienter les questions et d'affiner les propositions de réponses.

Un échange avec les CPTS a été organisé le 13 février 2025 afin de présenter ces ajustements et de les valider. Puis le questionnaire a été adapté sur le logiciel Lime Survey par l'ORS Grand Est, testé avec le groupe de travail, et diffusé par les CPTS de l'Eurométropole de Strasbourg via leur réseau sur une durée de deux mois (mars-avril). Deux relances ont été effectuées par les CPTS auprès de leurs adhérents.

Précisions :

Différents choix stratégiques ont été effectués afin d'augmenter les chances d'obtenir un nombre suffisant de réponses :

- l'outil est un questionnaire auto-administré pensé pour être renseigné en moins de 10 min ;
- un mode d'emploi a été diffusé avec le questionnaire afin de permettre aux professionnels de sauvegarder les informations renseignées lors d'une première saisie et de pouvoir achever le questionnaire ultérieurement. Cela ouvre la possibilité de renseigner le questionnaire entre deux consultations ;
- aucune information concernant le lieu d'exercice n'a été demandée afin d'assurer un meilleur anonymat aux participant.e.s ;
- une demande de diffusion via les canaux de la CPAM a également été demandée mais la démarche n'a pas aboutie ;
- enfin, dans le courrier de présentation de la démarche, la sollicitation des professionnels a été argumentée et motivée. Par ailleurs, la problématique présentée était orientée sur l'identification des difficultés et des besoins des médecins libéraux en matière de prise en charge addictologique.

- Échantillon et profil des répondants

Très peu de réponses ont été obtenues puisque seuls 14 questionnaires ont été renseignés.

14 médecins généralistes intervenant sur l'Eurométropole de Strasbourg ont renseigné le questionnaire. Les caractéristiques des répondants sont indiquées dans le tableau à droite. Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est.	Genre (nombre de répondants = 14)		Nombre
	Homme		5
	Femme		9
	Age (nombre de répondants = 14)		Nombre
	Moins de 30 ans		1
	Entre 30 - 39 ans		4
	Entre 40 - 49 ans		6
	Entre 50 - 59 ans		1
	60 ans et plus		2
	Vous exercez (plusieurs réponses possibles) (nombre de répondants = 13, 1 non réponse)		Nombre
	En cabinet de groupe		10
	En centre de santé		2
	En maison de santé pluriprofessionnelle		1
	Seul		0
	En hôpital		0
	Suivez-vous ou avez-vous suivi des formations spécifiques sur les addictions ? (nombre de répondants = 14)		Nombre
	Oui		8
	Non		6
	Formations suivies (plusieurs réponses possibles) (nombre de répondants = 8)		Nombre
	Diplôme universitaire (DU) spécifique sur les addictions		4
	Formation organisée par un CSAPA ou par Grand Est Addictions		5
	Autre (ancienne activité addictologique, expérience de terrain et mémoire de DES, stage durant l'internat en CSAPA)		3

Bien que le faible nombre de répondants ne permette pas une analyse quantitative suffisamment robuste, il contribue néanmoins à appuyer, voire à compléter, certains constats issus de l'analyse qualitative.

Précisions :

Plusieurs explications peuvent éclairer le peu de réponses récoltées suite à cette démarche :

- tout d'abord, la dimension peut-être taboue de la problématique de la non prise en charge.
- le manque de formation à l'addictologie des médecins généralistes du territoire (identifié au cours du volet qualitatif et à dire d'experts) invite également à supposer une moindre implication dans une démarche de ce type.
- il est également possible que les professionnels disposant d'un secrétariat aient diffusé des consignes visant à refuser toute sollicitation pour des études et autres enquêtes (frein rencontré lors du recrutement des professionnels pour la réalisation des entretiens semi-directifs).
- enfin le contexte de prise en charge (professionnels surbookés et fin de période hivernale) peut également impacter l'implication des médecins généraliste dans toute activité éloignée du soin.



III. Problématiques, besoins et perspectives de coordination du point de vue des acteurs de l'addictologie de l'Eurométropole de Strasbourg

Identification des profils de patients susceptibles d'être relayés vers les professionnels libéraux

Ce qu'il faut retenir

Les CSAPA prennent en charge une patientèle très diversifiée, mais deux profils sont prioritaires pour un relais vers les professionnels libéraux.

- **Patients nécessitant un TSO** (buprénorphine, méthadone) :
- **Patients présentant des comorbidités psychiatriques simples** (troubles anxieux, troubles de la personnalité).

Le suivi de ces patients est souvent au long cours. Ces profils représentent donc une part importante de l'activité des CSAPA et mobilisent des ressources considérables. L'orientation d'une partie de ces patients vers les libéraux (selon des critères posés par les professionnels de l'addictologie) permettrait de libérer du temps. Les relais sont juridiquement possibles : les médecins généralistes peuvent initier ou renouveler la buprénorphine et renouveler la méthadone sous délégation ; les pharmaciens peuvent délivrer tous types de TSO ; les psychiatres peuvent gérer les comorbidités psychiatriques et potentiellement prescrire des TSO. Cette stratégie répond à un double enjeu : **fluidifier les parcours** et **réduire la surcharge des CSAPA**, tout en améliorant l'accessibilité et l'acceptabilité des soins pour les patients.

Comme évoqué en introduction, une surcharge d'activité est remontée par les CSAPA avec un impact concret sur l'accès aux soins des patients. Des relais vers d'autres acteurs du territoire doivent être trouvés pour une partie de la patientèle afin de pouvoir réinvestir du temps à la prise en charge de nouveaux patients.

- Public pris en charge, possibilités et pertinence de relais

Les CSAPA prennent en charge actuellement des profils très diversifiés que ce soit sur le plan des consommations et addictions, des profils sociographiques (genre, âge, situation économique et sociale, migration), des états de santé, des besoins de prise en charge addictologique, mais aussi des rapports et accès à la prise en charge notamment



addictologique (dépendance aux soins, éloignement des soins, etc.)⁸. Certains profils doivent bénéficier en priorité d'un accompagnement en CSAPA tandis que d'autres pourraient bénéficier d'une prise en charge par des professionnels libéraux. C'est le cas de deux profils de patients :

- Les patients en situation d'addiction aux opioïdes nécessitant un TSO
- Les patients en situation d'addiction présentant des comorbidités psychiatriques « simples » (ex : trouble anxieux, troubles de la personnalité)

Ces deux profils de patients représentent une part importante de l'activité, car ils sont fréquemment rencontrés au sein des CSAPA et surtout la prise en charge de leur problématique demande un suivi régulier et de long terme, voire de très long terme. En outre, pour ces deux profils de patients des relais sont théoriquement possibles.

En effet, les médecins généralistes sont en droit de prescrire les TSO. Ils peuvent initier et renouveler une prescription de buprénorphine, et s'ils ne peuvent pas initier le traitement de méthadone⁹, ils peuvent toutefois renouveler ce traitement moyennant une ordonnance de délégation¹⁰. Ils peuvent également prendre en charge les patients pour des problématiques somatiques associées ou non aux consommations de produits stupéfiants. Les pharmacies peuvent délivrer tous types de TSO dans la mesure de leur stocks disponibles¹¹. Enfin les médecins psychiatres peuvent prendre en charge des comorbidités psychiatriques et ce même si les patients sont en situation d'addiction et suivi pour cela parallèlement au CSAPA¹².

Précisions :

Les psychiatres étant médecins, peuvent également initier un traitement de buprénorphine ou le renouveler et ils peuvent aussi renouveler un traitement à la méthadone. Pour autant, le groupe de travail n'a pas identifié ces professionnels comme un relais à privilégier concernant le public nécessitant des TSO.

⁸ Le détail de la diversité des publics rencontrés en CSAPA peut être consulté dans le PowerPoint associé à ce livrable.

⁹ D'après [l'ANSM](#) : « Actuellement, seul un médecin inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins et exerçant en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), en milieu hospitalier, en unité d'addictologie, en Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ou en milieu pénitentiaire (SMPR ou UCSA), peut initier un traitement par la méthadone sirop. »

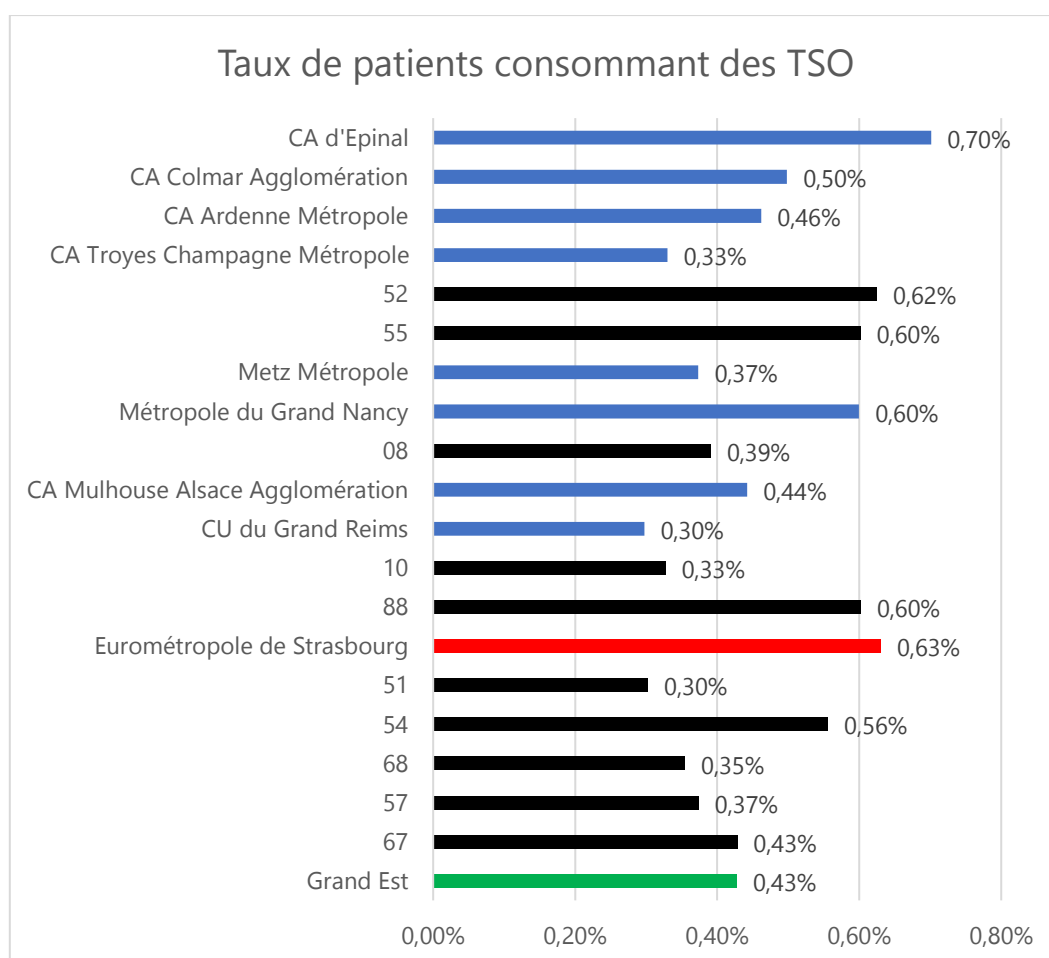
¹⁰ D'après [l'association Addictions France](#) : « Le primo-prescripteur, obligatoirement médecin de CSAPA ou dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins en addictologie, peut ensuite déléguer la prescription à un médecin libéral dit « de ville » choisi avec l'utilisateur (...) L'ordonnance de délégation rédigée par le primo-prescripteur indiquant les mentions obligatoires et le nom du médecin qui va assurer le relais. »

¹¹ D'après [l'Ordre national des médecins et l'Ordre national des pharmaciens](#) : « Les médecins et les pharmaciens/acteurs de soins primaires sont en première ligne pour le diagnostic, la décision thérapeutique, la prescription, le suivi de l'observance et l'accompagnement des personnes ayant une conduite addictive aux substances opioïdes. »

¹² D'après les CSAPA même s'il peut s'avérer théoriquement pertinent de débiter la prise en charge psychiatrique à la fin du parcours de soin addictologique, cela n'est pas forcément possible en pratique. Les deux thérapies doivent donc souvent être menées en parallèle l'une de l'autre.

Par ailleurs, il est possible de se demander si une marge de progression existe dans la mesure où l'analyse des données tirées du SNDS¹³ montre une part de prescripteurs de TSO parmi les professionnels libéraux plus faible dans l'Eurométropole que dans les autres territoires.

En Grand Est, 24 000 patients consomment des TSO en 2023 selon les médicaments traceurs utilisés dans les extractions réalisées par la DQPI de l'ARS Grand Est. Cela représente 0,43 % de la population. **Dans l'Eurométropole de Strasbourg ce taux s'élève à 0,63 % (3 338 patients consomment des TSO)** ce qui est donc plus qu'en Région et plus également que la valeur moyenne des 9 agglomérations de plus de 100 000 habitants (0,48 %). A l'échelle des départements cette valeur varie de 0,30 % (dans la Marne) à 0,62 % (dans la Haute-Marne), et à l'échelle des intercommunalités toutes tailles, de 0,04 % à 1,00 %.



En vert : Grand Est ; en rouge : Eurométropole de Strasbourg ; en noir : départements ; en bleu : autres agglomérations de plus de 100 000 habitants.

Médicaments traceurs retenus par le groupe d'experts rassemblés par l'ARS : Buprénorphine haut dosage (classe ATC N07BC01) ; méthadone (classe ATC N07BC02) et BHD + naloxone (classe ATC N07BC51).

Selon lieu de résidence des patients.

Sources : SNDS-DCIR – année 2023 ; extractions réalisées par la DQPI - ARS Grand Est ; exploitation ORS Grand Est.

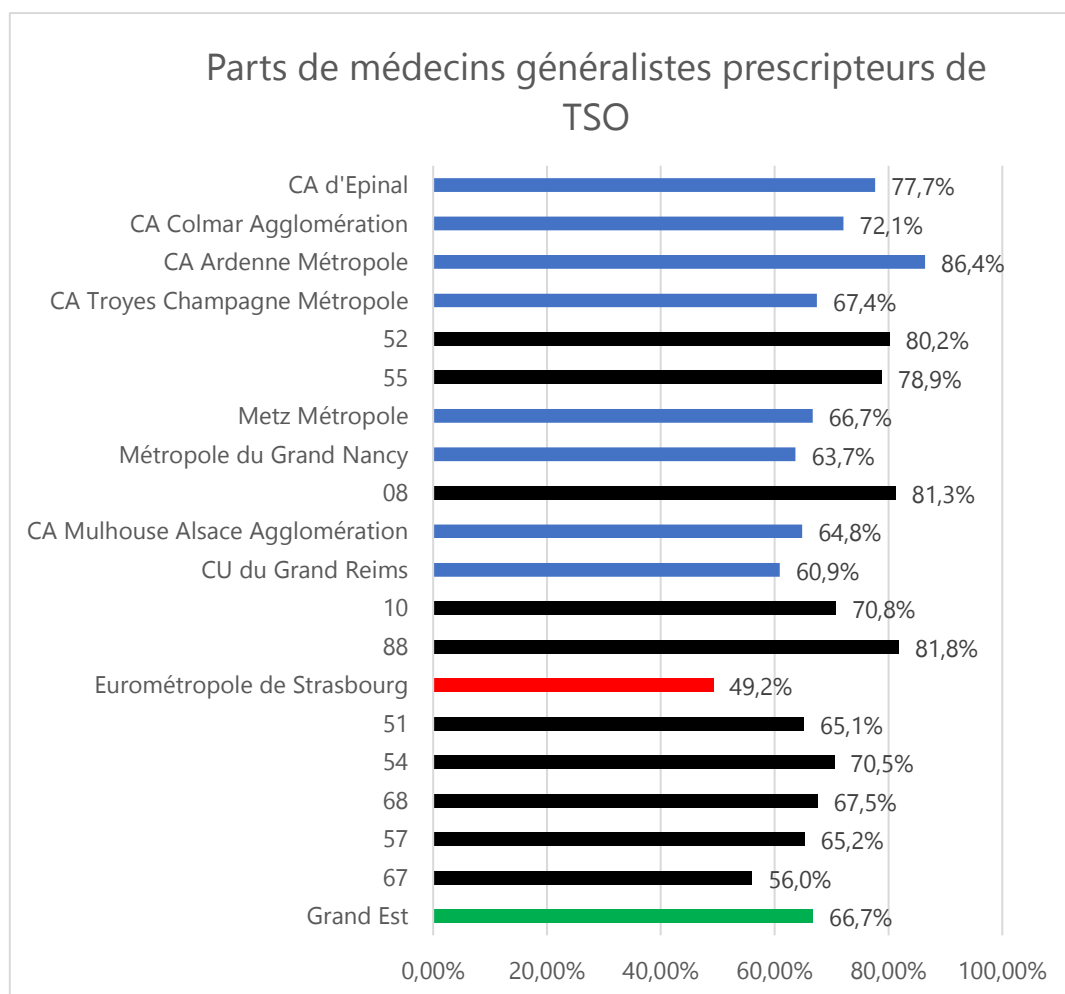
¹³ Le détail de l'analyse des données SNDS peut être consulté dans le PowerPoint associé à ce livrable ainsi que dans le rapport d'étape du groupe de travail « accès aux soins » datant du 19 mai 2024.

Précisions :

Profils des patients consommant des TSO de l'Eurométropole de Strasbourg :

- Légèrement moins de femmes (20,8 % vs 22,1 % en Grand Est et 22,8 % en moyenne dans les 9 grandes agglomérations) ;
- Plus de patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire C2S (51,0 % vs 45,3 % en Grand Est) et de même ordre qu'en moyenne dans les 9 grandes agglomérations (51,2 %) ;
- **Plus de patients ayant entre 16-30 ans (13,4 % vs respectivement 5,0 % et 4,9 %).**

Or dans l'Eurométropole d'après les données fournies, **moins de la moitié des médecins généralistes (49,2 %) ont prescrit au moins une fois un médicament TSO** contre 66,7 % à l'échelle du Grand Est, et 67,7 % en moyenne dans les 9 agglomérations de plus de 100 000 habitants. La variabilité par département s'échelonne de 56,0 % à 81,8 % et à l'échelle des intercommunalités toutes tailles de 8,3 % à 100 %.



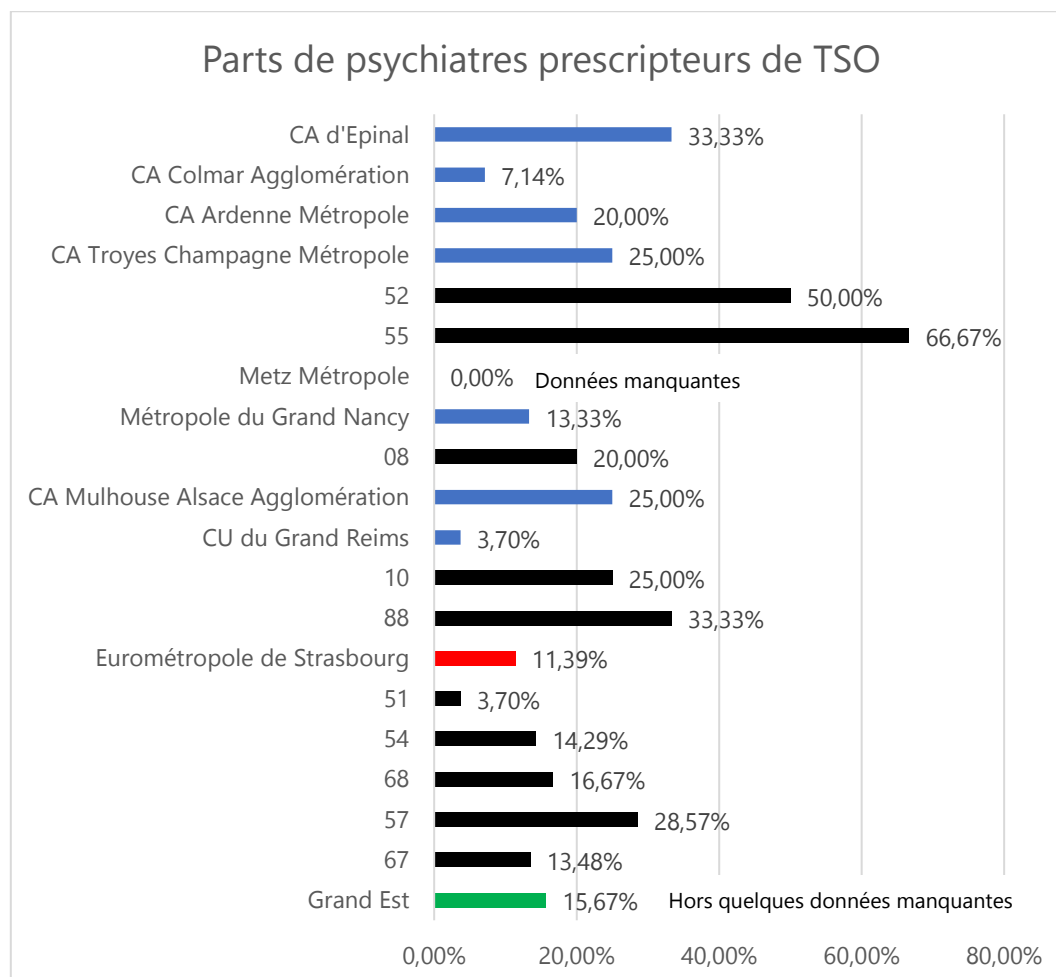
En vert : Grand Est ; en rouge : Eurométropole de Strasbourg ; en noir : départements ; en bleu : autres agglomérations de plus de 100 000 habitants

Médicaments traceurs retenus par le groupe d'experts rassemblés par l'ARS : Buprénorphine haut dosage (classe ATC N07BC01) ; méthadone (classe ATC N07BC02) et BHD + naloxone (classe ATC N07BC51)

Selon lieu d'exercice des professionnels de santé

Sources : SNDS- année 2023 ; extractions réalisées par la DQPI - ARS Grand Est ; exploitation ORS Grand Est

Dans l'Eurométropole de Strasbourg, même si certaines données restaient à vérifier (données manquantes dans la base fournie), **la part de médecins psychiatres libéraux prescripteurs de TSO (11,4 %)** semblait également moindre qu'en Grand Est (15,7 %) et que dans certaines agglomérations (notamment Epinal, Ardenne métropole ; Troyes Champagne Métropole, Mulhouse Alsace agglomération) mais plus que dans d'autres (ex : Colmar agglomération, Grand Reims).



En vert : Grand Est ; en rouge : Eurométropole de Strasbourg ; en noir : départements ; en bleu : autres agglomérations de plus de 100 000 habitants

Médicaments traceurs retenus par le groupe d'experts rassemblés par l'ARS : Buprénorphine haut dosage (classe ATC N07BC01) ; méthadone (classe ATC N07BC02) et BHD + naloxone (classe ATC N07BC51)

Selon lieu d'exercice des professionnels de santé

Sources : SNDS- année 2023 ; extractions réalisées par la DQPI - ARS Grand Est ; exploitation ORS Grand Est

Précisions :

En Grand Est, 70,8 % des MG prescripteurs de TSO ont prescrit entre 2 et 50 fois en 2023 ; dans l'Eurométropole c'est équivalent avec 70,0 % des prescripteurs (61,8 % en moyenne pour les 9 grandes agglomérations).

Les médecins généralistes prescripteurs ayant prescrit plus de 100 fois représentent quant à eux 18,4 % des médecins généralistes prescripteurs en région, 13,7 % dans l'Eurométropole de Strasbourg et 17,4 % en moyenne dans les 9 grandes agglomérations.

Concernant **les pharmacies ayant délivré des TSO**, les parts sont bien souvent supérieures à 90 %. Dans l'Eurométropole de Strasbourg, **91,4 % des pharmacies ont délivré au moins une fois des TSO** en 2023 contre 93,8 % en Grand Est et 92,8 % en moyenne dans les 9 agglomérations de plus de 100 000 habitants.

Précisions :

Sur la base des données fournies, des résultats sont également disponibles pour les autres médicaments traceurs (traceurs d'une problématique alcool, traceurs d'une problématique tabac et concernant le Baclofène en particulier). Ces résultats sont présentés dans le PowerPoint associé à ce livrable.

Ces résultats donnent à voir une moindre prescription concernant également les médicaments traceurs des problématiques d'alcool et de tabac sur l'Eurométropole de Strasbourg.

Si ces résultats attestent d'une moindre prise en charge des TSO ainsi que d'autres médicaments traceurs (alcool, tabac) sur le territoire, notamment par les médecins généralistes et les médecins psychiatres, il faut rappeler que **la prise en charge d'un patient ne passe pas systématiquement par la prescription de médicaments.**

Focus : Limites et pistes de recommandations pour l'utilisation d'indicateurs issus du SNDS.

Des limites existent quant aux données extraites qui portaient sur des patients ayant bénéficié de prescriptions de médicaments dit traceurs et, sur les prescripteurs libéraux (médecins généralistes et psychiatres) et les pharmacies délivrant ces médicaments traceurs.

Les médicaments traceurs utilisés :

- Concernent parfois des effectifs de patients très faibles (ex : Naloxone),
- Peuvent révéler des différences de pratiques de prescription plutôt que des différences épidémiologiques (ex : Baclofène). C'est aussi la raison pour laquelle dans les analyses proposées, il a été étudié la situation de l'Eurométropole de Strasbourg



au regard des autres grandes agglomérations de la région pour tenter de fournir des éléments pour des territoires qui nous semblent relativement comparables,

- Ne permettent pas d'identifier toutes les situations d'addiction. Comme déjà évoqué, la prise en charge des patients ne passe pas systématiquement par une prescription de médicaments. Dans la cartographie des pathologies de la Cnam intégrée au SNDS, il est possible de repérer les patients qui ont au moins un trouble addictif, un trouble addictif lié à l'alcool, un trouble addictif lié au tabac, un trouble addictif lié à d'autres substances. Ces indicateurs s'appuient sur des données d'Affections longue durée (ALD) et d'hospitalisations notamment et comportent aussi des limites et sous-estiment la population des personnes concernées mais, il pourrait être intéressant de construire de nouveaux indicateurs croisant ALD, hospitalisation, médicaments traceurs (travail de développement nécessaire).

Quant aux indicateurs concernant **les parts de prescripteurs** (ou de pharmacies délivrant), même s'ils permettent une première approche, ils pourraient aussi être affinés dans une perspective d'étude approfondie (ce qui n'était pas l'objet dans le cadre de ce premier travail).

Ils renseignent effectivement sur les prescripteurs ayant prescrit au moins une fois et un deuxième groupe d'indicateurs permet de disposer de données sur les nombres de prescriptions (avec des seuils qui pourraient être affinés, les 4 classes utilisées pour les TSO étant 1 ; 2 à 50 ; 51 à 100 ; >100 prescriptions).

Toutefois ils ne permettent pas de savoir si les prescriptions concernent un ou plusieurs patients. Un indicateur sur le nombre de patients suivis (et à quelle fréquence) par prescripteur pourrait être intéressant. Il pourrait aussi être utile de distinguer les patients suivis selon le nombre de prescriptions (une ou plusieurs ; avec des seuils et une période à définir) et, explorer si ces patients consultent un ou plusieurs professionnels et à quelle fréquence.

Cela représenterait deux approches complémentaires qui pourraient s'intéresser à :

- D'une part, la patientèle des prescripteurs (nombre moyen, min et max, nouveau patient, ...)
- D'autre part, une approche du « parcours » des patients sous TSO (qui leur prescrit, toujours le même professionnel, nomadisme, à quelle fréquence,)

Ces éléments représentent des pistes mais devraient être discutées au regard des objectifs souhaités. Ils devraient par ailleurs être testés et des premiers chiffres devraient être extraits pour disposer d'éléments de volumes et vérifier la pertinence de poursuivre les explorations. L'ORS Grand Est confirme toutefois la faisabilité d'étudier ce type d'indicateurs.

A noter également que les résultats fournis seraient toujours agrégés et ne seraient pas rendus par prescripteur ou par patient.

Ce sont toutefois des indicateurs qui demanderaient un temps de réflexion concertée et du temps de développement des algorithmes d'interrogation des bases SNDS.

Dans le cadre du suivi de la situation sur Strasbourg sur la dimension des prescripteurs libéraux, les indicateurs suivants pourraient apparaître prioritaires :



- Part des MG prescripteurs de TSO (ayant prescrit au moins une fois) (tel qu'extrait dans ce premier travail),
- Nombres moyens et extrêmes (min, max) de patients bénéficiant de prescriptions de TSO par prescripteur MG,
- Détails selon des classes de nombres de patients (+/- nombre de prescriptions pour approcher la fréquence),
- Evolution de la « file active » de patients des prescripteurs
- Et éventuellement nombre et part de prescripteurs accueillant un nouveau patient (définition du nouveau patient à préciser)

Ces approches peuvent aussi être déclinées par pharmacie délivrant.

Autres limites, recommandations

Les taux calculés dans la base fournie par l'ARS l'avaient été en rapportant les effectifs à la population Insee, or d'après l'expérience des ORS, il est préférable de rapporter ces effectifs à la part de population consommanche dans les 3 dernières années (population calculée à partir de la base SNDS et permettant d'éviter des biais liés notamment au fait que les lieux de domicile ne sont pas toujours les mêmes entre l'Assurance Maladie et l'Insee). Les taux de patients présentés dans ce travail ont été recalculés sur la base de cette population consommanche.

Enfin dans le cadre de ces travaux, comme dans ce qui est rapporté dans l'actualité, des phénomènes de mésusage de certains médicaments (ex : prégabaline) semblent émerger. Un suivi plus spécifique des prescriptions/délivrances de ceux-ci pourrait s'envisager mais viseraient à d'autres objectifs d'étude. Il est d'ailleurs toutefois possible que l'Assurance maladie travaille déjà sur ces aspects.

Malgré certaines limites aux données utilisées ici, les résultats ont néanmoins permis de mettre en évidence une situation spécifique de l'Eurométropole de Strasbourg et qui a conduit, en outre, à mener le travail qualitatif qui va vous être exposé dans la suite.



Problématiques actuellement rencontrées concernant les relais envisagés

Ce qu'il faut retenir

Les relais entre CSAPA et professionnels libéraux existent mais restent **complexes, chronophages et insuffisants**. Identifier un médecin ou une officine volontaire peut prendre plusieurs mois. Des hypothèses concernant les freins possibles rencontrés par les professionnels libéraux sont évoquées :

- **Disponibilité limitée** des médecins et pharmaciens, souvent surchargés.
- **Réticences liées à la formation** : manque de maîtrise des TSO, crainte des mésusages.
- **Craintes concernant les relations soignant-soigné** : agressivité, non-observance, « rendez-vous non honorés ».
- **Contraintes organisationnelles et normatives** : ordonnances sécurisées, protocoles stricts, risques de sanction.

Si ces difficultés de relais impactent les CSAPA, les professionnels soulignent que cela peut également impacter le parcours de soin des patients. Par exemple, face aux longueurs dans les relais, certains patients peuvent se tourner vers le marché noir. Ils soulignent également les bénéfices d'une prise en charge « de ville » pour certains patients (ex : retour à une certaine « normalité », meilleure accessibilité des services, etc.)

Sans solutions adaptées, le risque est double : surcharge des CSAPA et des soins moins adaptés pour certains patients.

Des relais s'opèrent déjà entre les CSAPA et les professionnels libéraux du territoire, toutefois ils semblent insuffisants face à la demande de soin et aussi souvent très complexes à mettre en place.

1. Relais avec les médecins généralistes libéraux pour la prise en charge des patients nécessitant des TSO

Des relais avec des médecins généralistes libéraux se font déjà, notamment pour la prise en charge des TSO ou des problématiques somatiques des patients en situation d'addiction aux opioïdes. Toutefois les acteurs du secteur de l'addictologie soulignent que **ces relais demandent beaucoup de temps et d'énergie aux professionnels pour se faire et ainsi mettent beaucoup de temps à se mettre en place**. Des acteurs estiment que la préparation d'une prise de relais pour un patient nécessitant un TSO peut prendre plusieurs mois (3 à 6 mois) le temps d'identifier un médecin généraliste, mais aussi de négocier le relai, et planifier les rendez-vous :



Ça prend un temps fou !

(Professionnel de l'addictologie)



Il faut vraiment aligner les planètes pour un relais !

(Professionnel de l'addictologie)

Les acteurs de l'addictologie ont également le sentiment que leurs services sont détournés de leur fonction initiale, car ils en viennent, selon eux, pour certains patients à substituer le médecin traitant. En effet, certains patients n'ont plus de médecin traitant suite à des ruptures de soins souvent involontaires de leur part (situation sociale et économique qui induit un éloignement des soins, départ à la retraite ou arrêt de l'exercice du médecin traitant, peine de prison, etc.) et ces derniers peinent à retrouver un médecin généraliste.

D'après les professionnels présents au *focus group*, cela peut s'expliquer en partie par le fait que bon nombre de médecins sont « surbookés » et donc peu disponibles, mais d'autres hypothèses sont également avancées notamment des réticences vis-à-vis de la problématique addictologique du patient. En effet, ils supposent un manque d'envie de s'impliquer dans la prise en charge addictologique, notamment des personnes en situation d'addiction aux opioïdes, souvent par manque de formation ou craintes (ex : que le CSAPA ne se fasse pas assez soutenant pendant le relai). Le cloisonnement des pratiques pourrait aussi expliquer la difficulté de certains patients à pouvoir obtenir leur traitement en dehors du CSAPA alors que ces derniers ont un médecin traitant. Nous verrons que des patients peuvent également induire un cloisonnement des pratiques et préférer ainsi traiter leur addiction auprès d'un autre médecin que leur médecin traitant afin de s'assurer une certaine discrétion, d'où l'importance de pouvoir trouver facilement un médecin susceptible de prendre en charge le besoin de TSO.

Précisions :

La problématique addictologique étant stigmatisée dans la société, tout particulièrement la consommation de produits illicites, les patients sont en recherche d'une certaine discrétion pour traiter ce pan de leur santé. Certains professionnels rencontrés durant l'étude font part de stratégies visant à masquer la problématique addictologique aux yeux des proches, mais aussi vis-à-vis de certains professionnels du parcours de soin (qui peuvent par ailleurs prendre en charge des proches du patient). En effet, un médecin généraliste libéral explique que nombre de ses patients en situation d'addiction ne viennent pas du quartier où il exerce. Les patients sont prêts à faire du trajet (et donc possiblement à investir de l'argent pour ce faire) afin de ne pas être pris en charge pour leur addiction dans leur lieu de vie et notamment par leur médecin traitant.

Si ce manque de relais ou la longueur des prises de relais impacte le CSAPA, il peut en être de même pour les patients. En effet, le public addictologique est un public qui rencontre souvent des difficultés à pouvoir patienter pour une prise en charge comme le rappelle un médecin psychiatre rencontré durant l'étude. En outre, une difficulté d'accès au traitement par



les voies légales pourrait inciter certains à se fournir via le marché noir d'où un risque de changement du traitement et/ou de la posologie en fonction de l'offre.

De plus, certains patients ont besoin de pouvoir poursuivre leur parcours en dehors du CSAPA et ce pour plusieurs raisons :

- poursuivre leur suivi plus près de leur lieu de vie ;
- mais aussi bénéficier d'un certain « retour à la normalité » en quittant le CSAPA.

En effet, le CSAPA est un espace possiblement stigmatisé et donc stigmatisant pour celui ou celle qui s'y rend, car cela marque l'existence d'une problématique addictologique. Chez un médecin de ville, qui peut être sollicité pour de multiples problématiques de santé, la problématique addictologique est de fait invisibilisée.

Enfin, la consultation des professionnels libéraux permet également de souligner d'autres intérêts de cette orientation des patients vers la médecine de ville et notamment le fait de ne plus se retrouver en contact avec des pairs (cf. Des risques pour l'activité professionnelle).

Ainsi, outre le fait que ces relais sont susceptibles d'ouvrir la possibilité de nouvelles prises en charge pour les CSAPA, l'implication de la médecine de ville dans la prise en charge addictologique représente un atout non négligeable pour certains patients en matière d'accessibilité et d'acceptabilité des soins.

La médecine de ville représente également une option non négligeable pour les CSAPA afin d'éviter la rupture de soin avec des patients ne pouvant plus être pris en charge au sein de leur structure, notamment en cas de difficultés dans la relation soignant-soignés.

L'expérimentation des microstructures

Portées par le Pôle Médecine de Ville d'Ithaque – RMS Alsace, elles relèvent d'une expérimentation (tarification CNAM dérogatoire) offrent aux patients présentant des conduites addictives un accompagnement global, gratuit et anonyme, directement au sein du cabinet médical.

Chaque semaine, un travailleur social et un psychologue interviennent en appui du médecin traitant, qui oriente ses patients vers ce suivi pluridisciplinaire. Des réunions mensuelles de concertation réunissent médecin, psychologue et travailleur social pour définir la stratégie de prise en charge. La microstructure peut associer d'autres spécialistes (psychiatres, tabacologues) et proposer, au cabinet, des examens (Fibroscan, TROD VHB-VHC-VIH) ainsi que du matériel de réduction des risques. Des formations régulières soutiennent la montée en compétences des professionnels impliqués.

Important : le dispositif est destiné aux seuls patients des médecins en tant que médecin traitant, il ne peut y avoir d'orientation vers ces médecins pour des seuls besoins en addictologie sans prise en charge complète en tant que médecin traitant.

Implantations dans l'agglomération strasbourgeoise de 8 microstructures :

- Quartier Musée d'art moderne et contemporain
- Quartier Gare
- Elsau (future MSP)
- Montagne Verte
- MUS de l'ILL (MSP)
- Maison de santé de HautePierre (MSP)
- Lingolsheim (future MSP)
- depuis 2025, le centre médico-dentaire de la MGEN

Données d'activité sur l'Eurométropole (2023) :

958 patients actuellement suivis, dont 512 femmes (53,4%) et 446 hommes (46,6%), dont :

- 403 pour addictions, dont 141 femmes soit 35% de la patientèle addicto ;
- 431 pour précarité dont 245 femmes, soit 57% de la patientèle précarité ;
- 124 pour covid santé mentale dont 97 femmes, soit 78% de la patientèle covid santé mentale.

Situation en novembre 2025 :

Un passage en droit commun a été annoncé mais non réalisé et les perspectives de déploiement ne sont pas définies. Ce dispositif est en attente de l'entrée en vigueur effective de son entrée dans le droit commun dans le cadre d'un parcours coordonné renforcé (PCR) « Addiction complexe 1er niveau ». Jusqu'à cela, les forfaits restent identiques à ceux du cahier des charges, avec les mêmes règles de gestion en termes de file active maximale de patients par structure et de renouvellement des forfaits. En attendant, le cahier des charges de la phase transitoire, avec un respect des files actives maximales de 52 patients par microstructure, s'applique.



2. Relais avec les pharmaciens libéraux pour la prise en charge des patients nécessitant des TSO

Effectuer un relais avec un pharmacien ou une pharmacienne peut prendre beaucoup de temps également, car là encore il faut identifier un professionnel susceptible d'accepter la prise en charge (le nom doit être indiqué sur l'ordonnance), or toutes les officines du territoire peuvent avoir pour politique de ne pas délivrer de TSO ou restreindre la délivrance à certains patients (patients faisant déjà partie de la patientèle ou géographiquement proches) comme nous l'avons constaté durant l'étude. Les acteurs de l'addictologie ont également entendu que certaines officines avaient des « quotas » définis de patients pour la délivrance de TSO¹⁴. Il serait possible de se baser sur des pharmacies identifiées comme acceptant de faire de la délivrance, mais outre le fait que certaines officines peuvent changer de politique concernant la délivrance des TSO, **il importe également de trouver une officine accessible géographiquement pour le patient**, autrement dit proche de son lieu de vie ou de travail, ce qui implique régulièrement de rechercher de nouveaux relais.



On est toujours en recherche de pharmacies

(Professionnel de l'addictologie)



On doit se faire le défenseur [de nos patients]

(Professionnel de l'addictologie)

Les acteurs expliquent qu'il leur faut alors appeler plusieurs pharmacies jusqu'à en trouver une acceptant de prendre en charge leur patient. Il faut alors rassurer, négocier, parfois user de l'intermédiaire de pharmaciens en présence dans la structure pour convaincre (du moins lorsque la structure en dispose).

Cette problématique peut concerner à la fois des patients qui n'ont plus de pharmacie de référence (suite à un changement d'adresse ou à un temps d'emprisonnement), mais aussi chez des patients ayant déjà leurs habitudes dans une officine. En effet, il est possible que la pharmacie en question ne réalise pas forcément de délivrance de TSO ou encore que le patient, toujours par souci de discrétion, souhaite rechercher ce traitement dans une autre pharmacie où il n'est pas connu. Là encore, en cas de difficultés trop importantes pour accéder au traitement, le risque est que le patient recourt au marché noir.

¹⁴ Cela peut s'expliquer par des problématiques de stocks de médicaments et de gestion de ces stocks (cf. Des risques pour l'activité professionnelle).



Face à cet engagement aléatoire dans la délivrance des TSO, les représentants des CSAPA rencontrés ont émis plusieurs hypothèses concernant les freins rencontrés par ces professionnels. Ils supposent notamment :

- de mauvaises expériences avec cette patientèle ;
- des difficultés logistiques, notamment avec le stockage de la méthadone en sirop (d'où la notion de quota) ;
- et une priorisation de la délivrance aux patients du quartier.

Tout comme c'est le cas pour les médecins traitants, pouvoir chercher son traitement en dehors du CSAPA (lorsque celui-ci fait de la délivrance) permet également de mettre de la distance avec les pairs et la stigmatisation associée aux addictions.

3. Relais avec les médecins psychiatres libéraux pour la prise en charge des patients présentant des comorbidités psychiatriques

Les CSAPA sont en capacité de prendre en charge les troubles psychiatriques, disposant de professionnels spécialisés pour cela, mais ces accompagnements demandent beaucoup de temps. Face aux besoins importants de prise en charge psychiatrique, les professionnels des CSAPA sont contraints de monter en compétence en psychiatrie et parfois de compenser un besoin d'hospitalisation en augmentant le nombre de rendez-vous pour un même patient.

Comme dans le cas du soin des troubles somatiques, les professionnels ont le sentiment que leur service est détourné dans la mesure où ils sont amenés à se substituer au psychiatre traitant. Une difficulté de relais est relevée avec le CMP ainsi qu'avec les médecins psychiatres libéraux du territoire, mais seule la seconde piste sera ici explorée.

Là encore des relais se font d'ores et déjà avec des médecins psychiatres libéraux, mais toujours avec beaucoup de difficulté et de temps d'attente, d'où un risque de découragement du patient ou de maintien de ce dernier en CSAPA. Face à cette difficulté de relais, plusieurs hypothèses sont émises. Les professionnels rencontrés durant le focus group estiment le territoire plutôt bien doté en médecins psychiatres, toutefois ils supposent une situation de surcharge d'activité généralisée. Des représentations concernant le public accueilli en CSAPA peuvent également peser dans l'acceptation ou le refus du relai. Par ailleurs, des besoins de connaissances complémentaires concernant le public addictologique sont également supposés. Enfin, les participant.e.s au *focus group* ont également envisagé que certains médecins psychiatres considèrent qu'il convient d'abord de traiter les addictions avant de travailler les troubles psychiatriques, d'où un possible refus tant que le patient n'a pas achevé son parcours en CSAPA.



Coordination CSAPA-professionnels libéraux envisagée du point de vue des acteurs de l'addictologie du territoire

Ce qu'il faut retenir

Les professionnels de CSAPA rencontrés proposent une coordination avec les professionnels libéraux reposant sur différents **critères** : patients stabilisés, droits ouverts, pas de problématiques multiples nécessitant de préférence un accompagnement pluridisciplinaire. Les CSAPA souhaitent accompagner la transition pour sécuriser le parcours, et suggèrent une **co-prise en charge** : échanges réguliers, soutien en cas de difficulté, transmission d'informations. Cette approche vise à éviter les ruptures de soins et à rassurer les professionnels libéraux. Toutefois, le fait d'effectuer ces relais et de les accompagner de la sorte soulève des points d'attention :

- **Charge accrue pour les CSAPA**, qui conserveront les cas les plus complexes tout en assurant le suivi des relais.
- **Risque de spécialisation des files actives** : les CSAPA pourraient à terme concentrer les profils les plus vulnérables, augmentant la pression sur leurs équipes.

1. Projection d'une coordination ajustée du point de vue des acteurs : les critères de sélection des patients

Tous les patients correspondant aux deux profils identifiés en amont (patients nécessitant un TSO et patient présentant des comorbidités psychiatriques) ne tireront pas forcément de bénéfice à orientés en ville. En effet, les CSAPA sont des services gratuits et proposant un grand nombre de prises en charge (pluridisciplinaire), de ce fait certains profils gagnent à poursuivre leur prise en charge dans ces structures, notamment les patients souvent nommés « mille-feuille de complexité », **autrement dit ceux qui accumulent problématiques addictologiques avec comorbidités diverses et problématiques socio-économiques, voire éducatives.** Ces patients peuvent ainsi répondre à différents besoins en un même lieu lorsqu'ils sont suivis en CSAPA. En outre, la gratuité des soins est un atout le temps de l'ouverture des droits pour un certain nombre de patients. **Le relais vers les professionnels de ville doit donc se faire idéalement une fois que ces droits sont acquis.** Enfin, les représentant.e.s des CSAPA sont soucieux de ne pas mettre les professionnels libéraux en difficulté, **ainsi seuls les patients dits « stabilisés » devraient orientés vers les professionnels libéraux, car ces derniers ont davantage de chances de s'adapter relativement facilement aux normes de prise en charge en vigueur en ville.**

Précisions :

« Patient stabilisé » est un terme employé par les professionnels de l'addictologie rencontrés durant l'étude pour désigner les patients qui prennent régulièrement leur traitement, au même dosage, et ne prenant plus de substance (ou peu) ainsi que les patients qui n'ont pas / plus de comportements susceptibles de complexifier la prise en charge (ex : se rend chez le médecin / pharmacien dans la bonne temporalité, pas d'agressivité ou d'empressement, pas de « rendez-vous non honorés », ...). En somme il s'agit de patients dont les comportements sont adaptés aux normes du monde médical, ce qui réduit le risque de rupture de soin.

Ainsi, d'après les professionnels de l'addictologie du territoire, les personnes susceptibles d'être orientées vers les professionnels libéraux sont donc celles et ceux :

- dont la **situation est peu complexe** (pas d'accumulation de problématiques et comportement adapté aux normes de la prise en charge médicale) ;
- pour qui la principale problématique à considérer est la continuité du traitement soit le **renouvellement de la prescription de TSO** (ces patients ont donc d'ores et déjà passé le cap de l'initiation au traitement) ;
- qui ont **accès à leurs droits sociaux**.

Concernant la prise en charge psychiatrique, un critère supplémentaire est ajouté. En effet, les patients peuvent présenter des comorbidités psychiatriques plus ou moins « complexes »¹⁵ à prendre en charge. Si ces dernières sont « complexes » (ex : schizophrénie, troubles bipolaires, etc.) le relais à privilégier est le CMP (bien que le service est également présenté comme saturé). **Ce sont les patients présentant des problématiques plus « simples » (ex : troubles anxieux, troubles de la personnalité, etc.) qui doivent être orientés vers les professionnels libéraux du territoire, en tenant compte des problématiques d'accessibilité économiques de ces services.**

Enfin, au cours de l'enquête, une exception aux critères de relais évoqués ci-dessus a été mise en exergue : **dans certains cas les professionnels des CSAPA peuvent également être amenés à demander un relais pour un patient avec qui la relation soignant-soigné trouve ses limites. Il s'agit alors de patients pouvant avoir des comportements complexifiant la prise en charge, mais ces derniers sont renvoyés vers des professionnels libéraux aguerris. Notons toutefois qu'il importe d'augmenter également le nombre de professionnels capables de prendre en charge ce type de situation au risque de surcharger quelques acteurs du territoire et d'augmenter le risque de surmenage** (cf. Prise en charge addictologique et risque de burn-out).

¹⁵ Il s'agit là des propos employés par les professionnels rencontrés. Les exemples présentés pour distinguer les cas « complexes » des cas « simples » sont également issus des échanges avec les professionnels.



2. Projection d'une coordination ajustée du point de vue des acteurs : la notion de co-prise en charge

Le relais d'un patient vers les professionnels libéraux n'est pas considéré comme un simple changement de professionnel et de lieu de prise en charge. Les professionnels des CSAPA entendent accompagner cette transition, ce qui représente donc un temps non négligeable mis à la disposition du professionnel ayant accepté de prendre en charge le patient, de sorte à pouvoir l'informer sur la situation du patient, mais aussi l'accompagner sur la prise en charge addictologique selon les besoins. Il est ainsi possible de parler d'une « co-prise en charge » dans la mesure où le CSAPA reste mobilisé dans le parcours de soin du patient.

3. Point d'attention

Nous attirons l'attention sur l'impact de cette stratégie de coordination entre CSAPA et professionnels de ville, car cela pourrait avoir un impact sur la composition de la file active des structures médico-sociales en question. En effet, de par les critères retenus, les patients qui seront pris en CSAPA seront ceux présentant les profils les plus vulnérables et complexes. Cela induit deux réflexions :

- certains patients peuvent stratégiquement éviter la prise en charge en CSAPA parce qu'ils souhaitent se distancier du stéréotype du « toxicomane » ou par crainte d'être confronté à ces derniers, qu'en sera-t-il si le profil accueilli se singularise d'autant plus ?
- Les professionnels des CSAPA peuvent déjà ressentir une problématique de surcharge d'activité, qu'en sera-t-il s'ils conservent principalement des profils complexes à gérer (sachant qu'une partie de leur temps devra aussi servir la co-prise en charge) ?



IV. La prise en charge des patients nécessitant des TSO : point de vue des professionnels libéraux du territoire

Ce qu'il faut retenir

Certaines représentations identifiées chez les professionnels libéraux rencontrés sont un frein majeur à l'engagement :

Patients perçus comme dangereux : agressivité, comportements imprévisibles, risque de violences.

Crainte de mésusage et de trafic : ordonnances détournées, revente sur le marché noir.

Sentiment d'éloignement du soin tel qu'envisagé : soin réduit à un acte technique (prescription), sans dimension relationnelle. En outre, pour certains, la prescription de TSO est assimilée à du « deal », ce qui entame le sens du soin.

Ces perceptions sont nourries par des expériences de stage, des récits professionnels et des stéréotypes diffusés dans la société. Elles induisent une logique d'évitement, renforcée par la crainte d'un effet « boule de neige » (augmentation rapide de la patientèle par bouche-à-oreille) susceptible d'éveiller des soupçons et d'amener à des sanctions (CPAM).

Des représentations concernant la logique de relais entre professionnels de ville et services spécialisés en addictologie (différents de ceux envisagés par les professionnels de CSAPA mentionnés précédemment) invitent également à orienter certains patients présentant une situation estimée « complexe » vers les CSAPA.

Travailler ces représentations est indispensable pour lever certains freins et (re)donner du sens à la prise en charge.



Précisions :

Lors de la présentation des problématiques, besoins et perspectives de coordination évoquées par les professionnels du secteur de l'addictologie du territoire au groupe de travail « accès aux soins », deux problématiques ont été retenues pour l'enquête qualitative :

- la question de l'accompagnement des patients nécessitant des TSO notamment par les médecins généralistes et les pharmaciens et pharmaciennes de ville ;
- la question de la prise en charge des patients présentant des comorbidités psychiatriques simples par les médecins psychiatres de ville.

Pour y répondre nous allons proposer une analyse centrée sur la question de la prise en charge des patients nécessitant des TSO car nous avons pu constater que ce public permet de cerner l'impact du stéréotype du « toxicomane » sur la prise en charge médicale. Stéréotype susceptible de susciter diverses craintes chez les professionnels, et ce toute profession confondue. Le « toxicomane » n'est pas tant perçu comme une personne qui consomme un certain type de produit qu'une personne marquée par ses consommations tant sur le plan physique que comportemental (comportements contrariant les normes médicales en vigueur et susceptible de se montrer agressif). En mobilisant les propos des médecins généralistes, des pharmaciens et pharmaciennes ainsi que des médecins psychiatres rencontrés sur cette problématique, nous allons mettre en relief des représentations, des difficultés et des craintes susceptibles de concerner une part bien plus étendue de la patientèle addictologique.

Ainsi les résultats qui vont être présentés, centrés sur la problématique de la prise en charge des patients nécessitant des TSO, ont vocation à apporter des pistes de compréhension sur les problématiques de prise en charge des patients susceptibles d'être associés aux stéréotypes du « drogué » et ce quel que soit la visée de la prise en charge (accompagnement TSO, comorbidités psychiatriques ou somatiques).

Des compléments d'information quant aux problématiques spécifiques des psychiatres libéraux sont consultables dans le PowerPoint associé à ce livrable.



Je crois d'expérience que la prescription de TSO en médecine générale de ville est peu compatible avec une prise en charge de qualité en l'état. Beaucoup des patients nécessitant un TSO sont dans des situations de poly addictions ET de précarité, avec des difficultés à honorer des rdv, des accoutrements/comportements qui posent problème en salle d'attente voire dans le bâtiment (souvent d'habitations par ailleurs), ils viennent accompagnés d'autres patients inutiles voire délétères à la consultation, de chiens, sont parfois agressifs, incurie etc.... Du fait de leur situation sociale précaire et de leurs pathologies addictives, il y a des rechutes, des mésusages, de la revente, et cetera qui sont difficiles à gérer. Vous n'êtes pas sans savoir que le nombre d'agressions de professionnels de santé augmente sans arrêt. Dans ma situation j'ai décidé avec mes associés de réadresser systématiquement toute prescription de TSO sur les CSAPA de la ville. Comment intégrer ces patients en médecine libérale ? (...) C'est un fait : nos cabinets médicaux et les conditions d'exercice actuelles ne sont pas adaptés pour une prise en charge digne de ce nom plus largement pour certaines pathologies psychiatriques / addictologiques voire handicap, et/ou situation sociale très précaire. Si elles se font c'est souvent au sacrifice du praticien (temps long, danger pour le praticien) et du patient (nomadisme médical, résultats peu convaincants).

(Médecin généraliste ayant répondu au questionnaire en ligne)

Si cette citation montre l'importance de bien sélectionner les patients à relayer vers la médecine de ville, elle ouvre également sur plusieurs problématiques que nous allons traiter dans cette partie.

Pour ce faire, nous avons fait le choix d'analyser ensemble les discours des différents professionnels, car de nombreux parallèles s'avèrent possibles¹⁶, ce qui permettra de donner du poids aux propos individuels et d'assurer également l'anonymat des personnes rencontrées. Pour ces raisons les spécialisations professionnelles des personnes citées ne seront pas systématiquement mentionnées.

¹⁶ Il s'avère pertinent notamment de comparer les points de vue des médecins généralistes et des médecins psychiatres vu les proximités dans la formation initiale, les conditions d'exercice, mais aussi la possibilité de prendre en charge les TSO.



Représentations et réticences concernant la prise en charge des TSO par les professionnels libéraux du territoire

Précisions :

Les résultats qui vont être présentés dans cette partie sont prioritairement basés sur les propos de trois professionnels du territoire, deux médecins généralistes et un médecin psychiatre ayant en commun :

- D'avoir pas ou très peu d'expérience concrète de la prise en charge des patients nécessitant un TSO depuis qu'ils sont en activité¹⁷
- D'éviter cette patientèle ou de craindre cette prise en charge

Le point de vue de ces professionnels permettra de mettre en relief les freins à la prise en charge et notamment les représentations qui participent à l'évitement de cette patientèle. Il sera possible ensuite de comparer ce point de vue à celui de professionnels qui ont expérimenté la prise en charge afin de distinguer les craintes des freins effectifs liés à la prise en charge de cette problématique addictologique et de cette patientèle.

D'autres témoignages pourront être apportés selon les besoins de l'analyse. Le genre des participants sera présenté uniquement si cela est nécessaire à l'analyse, afin de limiter les risques d'identification.

1. Profils des professionnels libéraux rencontrés

- Sociographie

Les trois professionnels libéraux présentent plusieurs points communs non négligeables outre les critères évoqués ci-dessus. Tout d'abord, toutes trois sont des femmes, plutôt jeunes (31-40 ans), débutant leur carrière professionnelle. Toutes trois ont une formation en médecine. En somme, ces professionnels ont une sociographie particulièrement proche, mais des divergences de parcours de formation sont à souligner.

- Formation

Bien qu'ayant suivie toutes trois une formation en médecine, il est intéressant de relever que les trois médecins rencontrées ne ressortent pas de leur parcours universitaire avec le même bagage en matière de connaissances en addictologie.

Les stages sont les principales situations citées par les professionnelles durant lesquelles elles ont abordé les problématiques addictologiques et notamment la prise en charge des patients nécessitant des TSO. Si l'une d'entre elles n'a pas pu observer une prise en charge du public ciblé, les deux autres ont pu observer des situations de prise en charge de patients nécessitant des TSO, l'une à l'hôpital et l'autre en cabinet libéral. Toutes deux ont été intriguées par l'approche observée et n'en conserve pas un souvenir positif. En effet, celle qui a pu observer cette prise en charge à l'hôpital a constaté que les relations soignants-soignés étaient

¹⁷ Nous ne tenons pas compte ici des expériences vécues durant la formation, notamment en stage.



houleuses et les ruptures de soins fréquentes, notamment lorsque le patient ne respectait pas le cadre des soins :

“ Je me souviens de nos demandes de sevrage, de contrat de soins, de... parfois d'échanges assez musclés, au sens de tendu, avec ce type de patient, notamment dans des moments où l'abstinence au cours de l'hospitalisation n'était pas respectée. Là, c'était la rupture du contrat et donc on demandait aux patients de partir. En fait, une façon de procéder avec ce type de personnalité, ou de troubles plutôt, ces porteurs de trouble-là, qui était uniquement de faire des contrats avec des patients. On ne le fait que face aux troubles d'addiction, peut-être un peu avec l'anorexie, mais plus trop, je crois. Mais ça donne une espèce de bras de fer quoi, où il n'y a pas le droit à l'erreur. [...] En tout cas, je trouvais que c'était des prises en charge vraiment très compliquées. Et il y avait une hostilité un peu qui s'installait assez rapidement en fait parce qu'on sait que ce sont des patients qui sont... qui sont avec des équipes, des équipes face à ce genre de patients, parce que on sait que ça va être compliqué, qu'un sevrage c'est pas forcément facile, qu'il y a ce rapport un peu sécuritaire de se dire « il a rompu le contrat », « il n'a pas rompu le contrat » avec un regard très particulier sur les faits et gestes de ses patients. moi j'étais pas très à l'aise dans ces prises en charge.

(Médecin)

La seconde a observé une pratique se limitant au renouvellement de la prescription de TSO :

“ (...) j'ai fait un stage dans les Vosges chez un médecin qui était prescripteur à l'époque, il prescrivait, enfin c'était un quart de sa consult[ation], et c'était des consultations, je me rappelle, très courtes où il disait « Bonjour » il faisait l'ordonnance et il disait « Au revoir » et c'était 25 euros. Et je me disais « Est-ce que c'est vraiment ce qu'on attend de nous ? » (...) j'avais peur d'avoir eu un modèle qui n'était pas complet et de poursuivre des schémas qui ne sont pas forcément les bons.

(Médecin)

Face à cette pratique questionnante, la jeune médecin a fait le choix de se former en addictologie via un DU et un temps de formation dispensé par un CSAPA du territoire.

Sans formation additionnelle, la formation dispensée en médecine semble apporter peu de ressources sur la prise en charge addictologique, comme en atteste cette professionnelle :

“ Et bien du coup, de par cette absence d'expérience récente, d'une expérience beaucoup trop ponctuelle lors de mes études, je ne suis pas formée, je maîtrise mal les produits de substitution en fait.

(Médecin)

Une autre dit avoir entendu parler de « BHD » et de « la différence avec méthadone » durant sa formation, mais elle ne saurait plus expliquer la différence aujourd'hui. Toutes deux attestent qu'elles n'ont pas les bagages nécessaires pour prescrire des TSO avec assurance. Celle ayant réalisé une formation complémentaire se montre en capacité de prescrire des TSO, elle le fait d'ailleurs avec un patient, mais pour autant nous verrons que certains freins à la prise en charge d'autres patients subsistent malgré ces connaissances complémentaires à la formation initiale.

Une jeune médecin menant actuellement sa thèse de médecine, contactée dans le cadre de l'étude mais non rencontrée pour un entretien, nous explique qu'il n'y a pas de temps de cours attribué spécifiquement à la prise en charge addictologique à l'université de médecine de



Strasbourg. D'après elle l'addictologie est uniquement abordée à travers un ouvrage de psychiatrie où il représente un chapitre. D'après cette dernière, ce document doit être théoriquement lu et appris, mais celui-ci ayant peu de chance de « tomber pendant les examens » il serait fréquemment négligé.

Ainsi si ces professionnelles ont toutes trois eu apparemment une formation insuffisante en addictologie, il importe de souligner qu'elles ont soit été initiées à des pratiques très différentes de la prise en charge addictologique des patients en situation d'addiction aux opioïdes durant leur parcours, soit elles n'ont jamais eu l'occasion d'observer une telle prise en charge. Toutefois, malgré ce manque de formation, toutes trois prennent en charge d'autres formes d'addictions (ex : addiction au tabac), ce qui invite à supposer que **la prise en charge des patients nécessitant des TSO représente une problématique à part.**

Notons par ailleurs que cela atteste d'une **certaine diversité des approches en matière de prise en charge addictologique**, notamment de la patientèle ciblée, **et de leur coexistence sur le territoire.**

Précisions :

Il existe différentes façons de penser la prise en charge addictologique et de fait de l'appliquer. Un changement de paradigme a notamment eu lieu suite à la pandémie de VIH qui a permis d'ouvrir sur une nouvelle approche dite de « Réduction des Risques et des Dommages » (RdRD). Cette approche se distingue de la précédente, centrée sur l'arrêt des consommations, en plusieurs points. Notamment, l'arrêt des consommations est considéré comme une optique possible parmi d'autres. Le projet de soin doit ainsi être pensé avec le patient selon sa situation, ses besoins, capacités et attentes. En effet, dans cette nouvelle dynamique de soin, le patient est pensé comme un acteur privilégié des soins disposant d'un savoir propre. Le patient est considéré comme un sujet de soin, ce qui induit une nouvelle façon de jouer la relation soignant-soigné et notamment les rapports de pouvoirs.¹⁸

Les approches perçues en stage par les professionnels rencontrés ne semblent pas relever de ce nouveau paradigme.

Nous pouvons également d'ores et déjà relever que le fait de **suivre une formation complémentaire en addictologie, telle qu'un DU, peut ne pas suffire à lever l'ensemble des freins possibles à la prise en charge des patients nécessitant des TSO.** Cela invite à supposer que **savoir prescrire des TSO (réaliser une ordonnance sécurisée, identifier le traitement et la posologie les plus adaptés, etc.), compétence qui semble acquise suite à la réalisation du DU d'addictologie, reste insuffisant pour oser la prise en charge de la patientèle ciblée.**

¹⁸ Ce résumé de la dynamique de RdRD se base sur les propos de la [MILDECA](#), de la [Fédération Française d'Addictologie](#)



- Connaissances des CSAPA et relations

Concernant la connaissance et les relations avec les CSAPA du territoire, deux médecins ont visiblement du mal à identifier les CSAPA existants (y compris la personne ayant réalisé le DU d'addictologie). Nous pouvons supposer que celle qui dit réorienter les patients en demande de TSO vers les CSAPA a une certaine connaissance des acteurs ressources, pour autant cela n'atteste pas forcément de liens plus ténus entre elle et les professionnels de l'addictologie. Par ailleurs aucune n'a été jusqu'ici contactée par un CSAPA pour un relais/co-prise en charge d'un patient nécessitant un TSO.

Toutefois il est intéressant de relever qu'une des médecins rencontrées a des contacts d'ordre privé avec des professionnels travaillant en addictologie, et que cela semble jouer pour beaucoup sur son approche des patients en situation d'addiction aux opioïdes et leur prise en charge. En effet, elle témoigne d'une certaine réflexivité quant à sa façon de se représenter les patients, leurs comportements et semble plus volontaire à s'engager dans une possible prise en charge de cette patientèle si on lui en donne les moyens (nous y reviendrons). Ainsi, nous pouvons également relever que **les échanges, formels ou non, avec des professionnels formés en addictologie semblent susceptibles d'impacter les représentations et peut à terme ouvrir à un changement de politique vis-à-vis du public ciblé** (point qui se reconfirmera lors de l'analyse des leviers cf. Perspectives d'actions : former, accompagner et sécuriser les professionnels et créer du lien et de la confiance entre eux).

2. Représentation des patients, de leurs comportements, et des impacts sur la prise en charge : une prise en charge houleuse, voire dangereuse

Les patients nécessitant des TSO sont perçus par ces trois professionnelles comme ayant des comportements similaires, estimés fortement problématiques, car contrariant les normes sociales et notamment certaines normes de prise en charge. **Les patients en situation d'addiction aux opioïdes sont perçus comme désobéissants, voire dominants, dans la relation soignant-soigné, ce qui peut induire des doutes quant à leur volonté de se soigner :**

“ [Évoquant un patient qu'elle suit pour une problématique d'addiction à la cocaïne, public que la professionnelle semble associer aux autres consommateurs de drogues « dures »] On va dire que l'observance du patient dans ses suivis et dans ses rendez-vous, même au cabinet, euh... c'est compliqué, une fois sur deux il ne vient pas, une fois sur deux il a 30 min de retard euh... j'ai trouvé une complication dans un scanner pulmonaire parce qu'il fume comme un pompier, euh... je l'ai adressé à un spécialiste, il n'y est pas allé. Du coup je trouve que c'est... là je rencontre des difficultés avec lui et surtout avec quelqu'un qui a conscience qu'il est addict à une substance hum... mais je sens qu'il n'est pas encore dans la démarche de vraiment se sevrer.

(Médecin)

“ [Le professionnel est interrogé sur le profil des patients nécessitant des TSO] Bah niveau socio-économique euh... un peu agressif... très invectifs, ils voulaient ! Je me sens plus un outil pour eux, plus à leur service, mais pas de manière positive. (...) je pense que dans mon esprit ça reste, ça reste des gens dont il faut se méfier et la méfiance quand je suis médecin, j'ai pas envie de cette relation-là en fait. J'ai envie d'être à l'aise avec le patient, qu'il y a une confiance qui se lie, et pas envie d'être manipulée entre guillemets.



[Évoquant son expérience de stage] « Je me souviens aussi de rencontrer des patients, qui sont très demandeurs, qui peuvent beaucoup solliciter pour avoir des médicaments, beaucoup de demandes de médicaments qui parfois en tant qu'interne, en tant que médecin, en tant que soignant on sent un peu utilisé aussi à prescrire des trucs sans cesse et être face à des demandes euh... où il est difficile de poser du cadre.

(Médecin)

Il apparaît alors nécessaire avec ces patients de se montrer particulièrement ferme : il faut poser un cadre et s'y tenir au risque de perdre le contrôle de la situation.

Par ailleurs, c'est surtout l'agressivité verbale et physique de cette patientèle qui est particulièrement redoutée. Face à la représentation que ces trois femmes ont des patients, ces dernières se sentent en situation de vulnérabilité, notamment face au risque d'agression physique. Ces propos en attestent :



C'est-à-dire que je suis mal à l'aise de ces prises en charge, en sachant que, moi j'ai... Alors, vous ne me voyez pas, mais en fait, je fais 1m60. Je ne suis pas à un très gros gabarit. Je... peux me sentir, c'est-à-dire, face à certains patients, très vulnérable. Et je me souviens de situations dans lesquelles euh... renvoyer un refus de distribuer un médicament, de temporiser la distribution d'un médicament. Je me souviens d'un moment très explosif à l'hôpital. Et du coup, j'ai tendance à généraliser et je suis bien gênée de ça et mon rôle de médecin voudrait que j'ai une autre posture par rapport à ça. Mais, en fait, je ne suis pas du tout à l'aise de me dire « tiens je fais venir quelqu'un à 19h, un soir, il fait nuit, chez moi, dans un cabinet toute seule en ville », et... je peux me sentir insécurisée et me dire tiens je ne vais pas accéder à la demande de cette personne et je sais pas ce qu'il va se passer.

(Médecin)



[en se basant les quelques personnes qu'elle a réorientées vers les CSAPA] Ils voulaient leur ordonnance de méthadone en fait et... euh c'est un public particulier déjà, je me sens pas forcément en sécurité avec ce genre de public. Il y a quand même des périodes où je suis seule au cabinet, une seule femme, euh... et puis aussi, enfin, je suis pas hyper formée là-dedans, je saurais même pas comment adapter la dose, c'est bête, c'est tout bête. Je pourrais me former mais c'est pas mon envie. J'ai pas envie d'accueillir ce genre de public euh... ouais ça me met pas à l'aise, ça me met pas à l'aise.

(Médecin)

Le sentiment de vulnérabilité face aux risques d'agressions semble particulièrement associé à leur physique (deux médecins vont présenter leur poids et ou leur taille pour justifier leur crainte de ne pas pouvoir faire face à une agression physique) **et au fait d'être une femme** (genre qui, selon les conceptions, induit une plus grande vulnérabilité notamment face aux hommes). **Les conditions d'exercice et tout particulièrement le fait d'être possiblement seule dans un cabinet vient également renforcer ce sentiment de vulnérabilité.**



Ainsi la prise en charge de cette patientèle est donc perçue comme une source de risques psychosociaux (RPS)¹⁹ pour le professionnel, **mais également une mise en danger de l'activité professionnelle**. En effet, les histoires perçues dans leur milieu professionnel rendent compte à la fois des risques psychosociaux, mais aussi d'une mise en péril de l'activité professionnelle à cause de cette patientèle :

“ (...) j'ai aussi l'image de médecins au [nom de quartier] qui font de la substitution où ça dégénère en fait, ils se font dominer par ces personnes-là, c'est le foutoir en salle d'attente, les autres patients ils osent plus venir, dont un qui est parti à la retraite, mais c'était catastrophique sa manière d'exercer il s'est fait menacer plusieurs fois avec des couteaux.

(Médecin)

“ (...) D'ailleurs je crois qu'il y a un médecin qui a eu un souci avec le conseil de l'ordre par rapport à ça, euh parce que il y a beaucoup de consommateurs dans le quartier du [nom du quartier], je sais pas si vous savez, donc y'a beaucoup de consommateurs et beaucoup de trafic, concrètement, et donc euh... il y a un cabinet qui est vraiment situé au pied du quartier et les patients vont vers là-bas. D'ailleurs y'a eu des problèmes de sécurité, enfin... pas mal de problèmes, beaucoup de problèmes ! Et du coup les patients... il y a beaucoup de bouche à oreille, s'ils savent qui fait des ordonnances, ils se donnent les contacts.

(Médecin)

D'après ces histoires, prendre en charge des patients nécessitant des TSO peut impacter négativement le reste de la patientèle, au risque d'en dissuader une partie de revenir. **Cette patientèle est perçue comme susceptible d'induire également un risque de se retrouver associé, de gré ou de force, à une activité illégale de revente des TSO sur le marché noir, ce qui pourrait alerter à terme les instances qui surveillent la pratique médicale** (conseil de l'ordre, CPAM, ARS). En effet, nous constatons que la représentation du patient nécessitant des TSO oscille toujours entre « malade » et « trafiquant », d'où le risque d'une prise en charge illégitime du point de vue des soins et de la loi, et d'une mise en danger supplémentaire du prescripteur.

Notons que ces histoires se ressemblent sur plusieurs points : il est toujours question d'un médecin qui accueille beaucoup de patients nécessitant un TSO à qui la situation finit par échapper au point où cela vient générer une mise en danger de sa personne et de son activité. Il importe également de relever que deux médecins ont souligné que dès lors qu'un professionnel accepte ce type de patientèle, le nombre de patients présentant ce profil va nécessairement augmenter au sein de la file active à cause d'un phénomène de « bouche à oreille » :

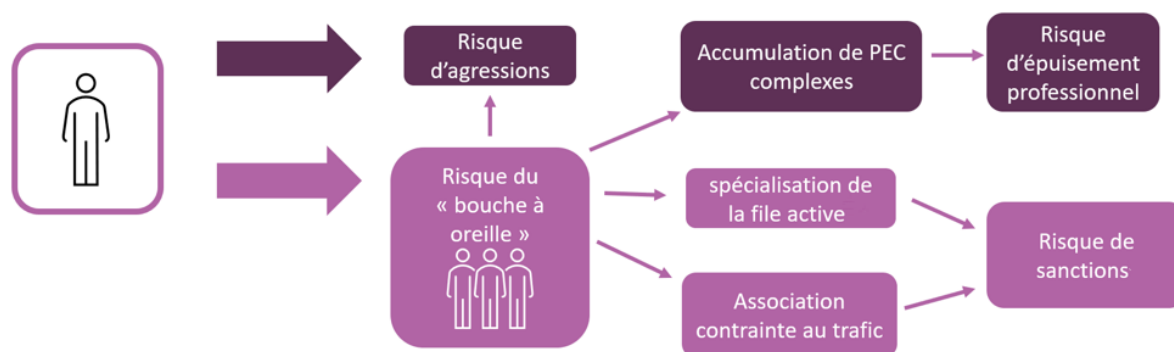
¹⁹ D'après [l'INRS](#), les risques psychosociaux « correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non : du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ; des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ; des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...). Ce sont des risques qui peuvent être induits par l'activité elle-même ou générés par l'organisation et les relations de travail. »



(...) quand y'en a un qui délivre, ben... il dit à son pote, « Ben elle, elle donne ! »

(Médecin)

Ainsi, il peut sembler pertinent de limiter autant que faire ce peu le nombre de patients en situation d'addiction aux opioïdes, voire de réorienter systématiquement ces patients vers d'autres services afin d'éviter de tomber dans une spirale de mise en danger. Cette spirale peut être schématisée ainsi :



Cette logique est d'autant plus pertinente si, pour se protéger d'une telle situation, la seule ressource dont le médecin dispose est sa capacité à créer et maintenir un cadre strict, chose que les professionnelles rencontrées ne souhaitent pas faire (car contraire à leur conception de la relation soignant-soigné) ou ne se sentent pas en capacité de faire faute de formation suffisante. Effectivement, dans cette projection la moindre « erreur » dans la prise en charge semble susceptible d'enclenchement de la spirale redoutée.

Ainsi la prise en charge de la patientèle ciblée est perçue comme complexe, car il s'agit d'éviter ou de gérer le chaos susceptible d'être induit par un, puis nécessairement plusieurs patients nécessitant un TSO. Notons que cette prise en charge est souvent présentée comme un conflit, voire un combat, éreintant duquel le professionnel sort souvent perdant. Combat qui par ailleurs peut sembler vain lorsque la relation de soin ne semble pas porter ses fruits (la situation du patient n'évolue pas, il ne respecte toujours pas ses engagements, ne se rend pas chez les spécialistes indiqués, etc.).

Précisions :

Les patients nécessitant des TSO sont pensés comme fortement semblables entre pairs, notamment dans leurs comportements, et fortement différents des autres patients également en cela. Ils sont perçus comme une source de chaos que le médecin devra maîtriser. Si cette représentation semble se nourrir ici en grande partie d'expériences de stage et les histoires perçues, il est également fort probable qu'elle soit également induite par des représentations sociétales. En effet, dans son article « Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux » la sociologue [Marie Jauffret-Roustide](#) explique que les représentations de sens commun des conduites addictives « oscillent en permanence entre fascination et répulsion. Le discours sur les drogues est marqué de manière caricaturale par la dimension symbolique de l'ordre et du chaos (Fraser and Moore 2008), le chaos étant présenté du côté des usagers, l'ordre du côté des abstinents. ». Elle ajoute que « la toxicomanie est généralement associée à des images de déchéance, d'aliénation et d'animalité, le « drogué » étant présenté comme ayant perdu totalement la maîtrise de sa vie, les qualités de volonté personnelle, de responsabilité et d'autonomie lui sont niées. » [l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives \(OFDT\)](#) relève également que « les opinions concernant l'héroïne et ses usagers se sont durcies ces dernières années. Ainsi, 84 % des Français estiment que les usagers d'héroïne sont dangereux pour leur entourage. » Ainsi les représentations sont déjà ancrées dans la population Française. Travailler auprès de ce public peut alors nécessiter la déconstruction de certaines représentations, et ce notamment durant le processus de formation.

3. Représentation de la prescription des TSO : un acte si simple que cela s'éloigne du soin

En contraste avec ce sentiment d'une prise en charge extrêmement complexe, la prescription de TSO peut paraître simpliste au point d'apparaître inintéressante, voire suspecte.

En effet, pour l'une des professionnelles rencontrées, la prise en charge des TSO se limite principalement au renouvellement des prescriptions (même médicament et possiblement même posologie). Les CSAPA ont également mis en relief cet argument lors du *focus group* : la prise en charge est relativement simple, étant donné qu'il n'y a qu'à renouveler les prescriptions. Considérant ainsi la prise en charge, le médecin en vient à éloigner cet acte du soin (nécessairement plus complexe) et à le rapprocher du deal :



(...) après moi c'est aussi ma représentation aussi de la drogue, pour moi j'ai pas envie de rentrer dans un... d'adhérer à ce... enfin... à ce processus-là. Enfin comment dire... j'ai pas envie d'être leur « fournisseur » entre guillemets. (...) après faire de la substitution, quand c'est juste renouveler des ordonnances c'est facile, mais moi c'est pas ça que j'appelle faire de la médecine. Moi c'est accompagner les patients dans le sevrage, c'est pas juste renouveler une ordonnance... Après ça je pourrais le faire, mais comme je vous le dis, je n'ai pas envie de rentrer dans un... dans un... dans le quartel quoi ! (Rires) c'est un peu ça l'idée. J'ai pas envie de faire partie de leur... ouais d'être instrumentalisée, enfin voilà. Si on veut faire de l'argent, oui, en 3 min je peux renouveler une ordonnance, la signer, mais bon c'est pas ça l'addictologie, quoi. (...) Enfin surtout si c'est juste renouveler une ordonnance, moi



l'addictologie je la vois plus comme de la psychothérapie associée, de voir où sont leurs difficultés, euh... comment on peut avancer, enfin trouver des moyens, pas que médicamenteux de se sevrer en fait (...) Et le sevrage alcoolique souvent c'est des, l'alcool c'est, enfin on y arrive, ça fonctionne plus, peut-être plus, qu'avec l'héroïne, enfin... je pense. Et c'est ça que j'aime bien, c'est ce côté, c'est pas que la médication et euh, et comme je vous ai dit je n'ai pas non plus la formation, comment adapter un traitement, de la méthadone, je... mais parce que ça m'intéresse... parce que j'ai pas envie de rentrer là-dedans... (...)

(Médecin)

Il est intéressant de relever **que si l'acte de soin est trop simplifié, sachant qu'il s'agit de prescrire ce qui peut s'apparenter à une drogue légale, et ce qui plus est à des patients susceptibles de dealer, celui-ci peut alors être perçu comme du deal**. De fait le médecin s'apparente au dealer, ce qui peut laisser présumer un intérêt financier.

Précisions :

Dans son chapitre « La substitution au cœur de la médicalisation de la dépendance » [Emmanuel Langlois](#) précise que « l'image des MSO est en tension entre drogue de substitution et traitement de l'addiction, sans jamais appartenir totalement à l'un de ces pôles ». Il soulève également le fait que ces médicaments : « Prescrits, légaux [sic] et curatifs, ils n'entraînent pas moins une identité liée à la came (...) Comme traitement, les MSO apparaissent aussi comme semblant appartenir à une sous-catégorie : ils ne guérissent pas mais permettent d'aller mieux, ils visent plusieurs finalités à mi-chemin entre le pathologique et le social (arrêter les drogues, éviter le manque, améliorer la qualité de vie, éviter de « faire des conneries », se réinsérer...). » En somme, les représentations de ces médicaments peuvent varier selon les personnes et peuvent possiblement être rapprochés d'une drogue légale.

4. Représentations de l'addictologie et de la coordination des acteurs sur les parcours des patients nécessitant des TSO : la responsabilité des CSAPA

Il ressort du témoignage d'une des médecins rencontrées un sentiment soit de non réelle volonté des patients de guérir, soit un réel doute quant à la possibilité de sevrer les patients addicts aux opioïdes (le sevrage est l'objectif qu'elle semble poursuivre pour toute prise en charge addictologique qu'elle accompagne, ce qui peut laisser supposer une non-adhésion ou une méconnaissance du paradigme de Réduction des Risques et des Dommages). Un médecin ayant répondu au questionnaire en ligne souligne également que la prise en charge des patients en situation d'addiction aux opioïdes demande « beaucoup d'énergie pour peu de résultats ». Il fait part à ce propos d'une « sensation de mise en échec et d'être non-aidant ». Ce sentiment d'échec peut sembler logique si le soin est pensé comme un processus visant le retour à un état initial (non-consommation de drogues et arrêt du traitement de substitution). Dans le cas des addictions, et notamment de l'addiction aux opioïdes, cet objectif est potentiellement inaccessible pour certains patients.



Comme l'évoqueront les professionnels aguerris à la prise en charge addictologique, certains patients vont être substitués pendant des années, possiblement au même dosage, voire certains ne « guériront pas » dans le sens où ils resteront dépendants à vie au traitement de substitution. Ainsi des professionnels n'adhérents pas ou ne connaissant pas le paradigme de la RdRD peuvent ressentir une forme de frustration lors de l'accompagnement d'un patient nécessitant des TSO, voire un manque de sens. **La conception du soin en addictologie peut donc jouer dans l'implication ou non d'un professionnel dans la prise en charge de cette problématique**, et il en va de même de la représentation des substances psychoactives susceptibles de générer des addictions et des logiques de coordination avec les CSAPA.

En effet, l'une des professionnelles distingue les addictions aux drogues « dures » des autres (tabac, alcool, cannabis). Nous relevons que ce sont notamment les usagers de drogues dures qu'elle réoriente vers les CSAPA car ce sont des addictions avec lesquelles elle se sent moins à l'aise, mais aussi parce qu'elle suppose les professionnels du CSAPA plus compétents en la matière :



Après il y a différentes addictions je trouve. Il y a différents niveaux d'addictions, il y a les addictions par exemple à l'alcool ou la prise en charge au cabinet médical est suffisante par euh... des entretiens réguliers motivationnels, traiter les angoisses, ça je peux moi le gérer, donc je suis là aussi pour les aider, moi. Et euh... faire le bilan aussi des conséquences de leurs consommations et assurer un suivi avec eux, mais après pour les addictions un peu plus... un peu plus euh... importantes, type cocaïne ou des choses comme ça, héroïnes, bah la souvent aussi le médecin il est là pour réorienter et les adresser vers des centres un peu plus spécialisés quoi. (...) je suis plus à l'aise dans le sevrage d'alcool, tabac euh.. que l'héroïne, la cocaïne ou je sens que ça m'échappe un peu.

(Médecin)

Cette conception de la coordination entre CSAPA et médecins libéraux diffère de celle pensée par les professionnels de l'addictologie présents lors du *focus group* : s'ils s'accordent sur le fait que les CSAPA, de par leur expertise en matière d'addictions, doivent prioriser la prise en charge des patients présentant les situations les plus complexes, la conception d'une « situation complexe » diffère. En effet pour les CSAPA la complexité de la situation du patient ne dépend pas de sa consommation, mais de sa capacité à s'accorder avec les normes médicales (être « stabilisé » ou non), et de l'existence d'autres problématiques en sus de la dépendance (problèmes socio-éducatifs, vulnérabilité économique, besoin d'ouverture des droits, comorbidités somatiques et psychiques, etc.). **Il y a donc une différence entre la représentation de la logique de coordination du médecin libéral et des professionnels de l'addictologie portant sur la notion de complexité de la situation du patient.** Il importe de souligner que la logique de la médecin rencontrée est rationnelle dans la mesure où elle se base sur les différences de formation et donc de capacité de prise en charge. En outre, **cette conception de la coordination permet de maintenir le médecin dans le cadre éthique de sa profession** car en agissant selon cette logique il ne refuse pas de soigner des patients, il les réoriente vers des professionnels plus qualifiés. Cela change donc le regard susceptible d'être porté sur l'acte.

Notons par ailleurs que cette représentation de la coordination CSAPA-médecins libéraux peut être partagée par d'autres professionnels libéraux. En effet, une pharmacienne rencontrée



travaillant dans l'officine qui évite actuellement la prise en charge des patients nécessitant des TSO souscrit à la nécessité d'orienter cette patientèle vers les CSAPA :



Apparemment, les médecins généralistes ne sont pas... ne peuvent pas faire face à ce style de problème. Parce que déjà, ils ont... ils peuvent être menacés. Il y en a déjà eu. Il y a des cas de menaces physiques. Et donc du coup, bah ils prescrivent et puis en fait, ils délèguent le problème par la suite. C'est tout. Après, je ne dis pas qu'ils sont tous comme ça. Mais le fait, pour répondre vraiment à votre question, pour pouvoir faire avancer les choses, je pense que c'est vraiment au sein de centres spécialisés que les vraies thérapies peuvent s'exercer, se mettre en place euh... ou à l'hôpital ! C'est vraiment pas, je pense que l'écho que vous en avez eu, les médecins généralistes de cabinet privé sont un peu démunis par rapport à tout ça...

(Pharmacien)

Cela nous invite à supposer que cette représentation de la coordination peut être partagée par différents professionnels libéraux, ce qui est susceptible par ailleurs de renforcer la légitimité de cette logique de soin qui justifie la non-prise en charge des patients nécessitant des TSO par les médecins libéraux.



Représentations et difficultés effectives susceptibles d'impacter l'engagement dans la prise en charge des TSO

Ce qu'il faut retenir

Au-delà des représentations, des **difficultés, notamment structurelles**, peuvent décourager la prise en charge :

- **Risque de burn-out** liée notamment aux conditions de travail et au manque de formation et de ressources pour effectuer une prise en charge sécurisée et qualitative des patients nécessitant des TSO : surcharge émotionnelle, sentiment d'échec, souffrance éthique (ne pas pouvoir offrir un soin « de qualité »).
- **Complexité des protocoles** : ordonnances sécurisées, cadre relationnel à ajuster au cas par cas et ce parfois au risque d'être en porte-à-faux avec les normes en vigueur.
- **Difficultés de coordination et de relais entre les différents professionnels du parcours de soin et notamment des tensions interprofessionnelles** : désaccords sur les prescriptions, suspicion de « complaisance », désaccord sur les politiques de soin entre différents professionnels investis sur le parcours d'un même patient.
- **Crainte d'impacts négatifs sur l'activité professionnelle, notamment la spécialisation de la file active et risques des sanctions** : flou sur les mécanismes de contrôle, peur d'être stigmatisé comme « dealer en blouse blanche », d'où une volonté de distinguer les « vrais » patients des « faux » (représentation dichotomique qui invite également à éviter certains patients)²⁰
- **Contexte de travail et de prise en charge dans lequel les patients nécessitant des TSO peuvent apparaître comme une charge supplémentaire qu'il est possible (voire nécessaire) de réorienter vers les CSAPA** : importance du travail de vérification des ordonnances face à l'augmentation des médicaments détournés, locaux peu adaptés à une prise en charge assurant une certaine discrétion, représentations des logiques de coordination entre professionnels libéraux et CSAPA, etc.

²⁰ L'ARS comprend la nécessité de faire part des représentations des professionnels rencontrés donc de rapporter les termes « faux patients » comme une représentation existant chez certains. Ce terme pouvant conduire à des interprétations erronées par le lecteur, il convient de rappeler que l'ensemble des personnes en demande de soins doivent bénéficier de ceux-ci quels que soient les doutes et craintes légitimes exprimés par les professionnels interrogés sur l'usage final de l'ordonnance obtenue.



Précisions :

Les résultats qui vont être présentés dans cette partie sont prioritairement basés sur les retours des professionnels du territoire qui

- soit sont actuellement investis dans la prise en charge des patients nécessitant des TSO ;
- soit ont pris en charge cette patientèle par le passé.

Le point de vue de ces professionnels permettra de mettre en relief les difficultés vécues liées à la prise en charge des patients sous TSO et de le comparer avec les projections des professionnels ne faisant pas ou peu de prise en charge. Cela permettra de discerner les réelles complexités de la prise en charge du public ciblé et de mettre en évidence également des craintes partagées par les professionnels, quelles que soient leur profession et leur expérience en matière de prescription de TSO.²¹

Pour ce faire, nous présenterons tous les freins mentionnés par les professionnels, qu'ils soient ou non associés à une volonté de réduire la prise en charge des patients sous TSO voire d'éviter totalement cette patientèle.

Il est question ici de trois médecins généralistes, de trois médecins psychiatres et de l'ensemble des pharmaciens et pharmaciennes rencontrées soit cinq professionnels exerçant en officine. Le genre des témoins sera uniquement précisé lorsque l'analyse le requiert.

Notons également que certaines citations pourront concerner des patients venant pour d'autres traitements que les TSO, notamment des traitements susceptibles d'être détournés ou revendus sur le marché noir. Nous mobiliserons ces exemples si cela s'avère pertinent pour l'analyse dans la mesure où les professionnels rencontrés associent les patients nécessitant des TSO à cette autre patientèle²².

²¹ Notons qu'il n'est pas question ici de juger les représentations des professionnels pas ou peu impliqués dans la prise en charge mais bien de pouvoir en cerner les fondements empiriques et de pouvoir les relativiser lorsque cela s'avère justifié. Nous verrons d'ailleurs que bien des représentations ont des fondements et que les professionnels aguerris sont également sujets à des représentations qui orientent leurs pratiques.

²² En effet ces deux publics sont fréquemment mêlés dans les discours des professionnels rencontrés car tous présentent potentiellement une addiction et notamment une possible dépendance à un médicament et sont de fait susceptibles de mésusage. Ils sont également suspectés d'être associés au trafic dans la mesure où ces médicaments sont détournés et donc recherchés sur le marché noir. Ils se ressemblent également de par leurs comportements possiblement agressifs. Enfin, les patients sous TSO sont fréquemment en situation de polyaddiction et ce possiblement à d'autres médicaments fréquemment détournés, ce qui peut là encore conforter la tendance à réunir ces deux patientèles en une.



1. Interprétation des comportements des patients et impacts sur la prise en charge

Données quantitatives :

D'après le questionnaire en ligne, 4 médecins généralistes qui font actuellement de la prise en charge des patients nécessitant des TSO estiment qu'il est « un peu difficile » de faire face à certains comportements tels que l'impatience, l'agressivité, les retards ou les « rendez-vous non honorés » et 3 considèrent que c'est difficile voire très difficile (cf. annexes, figure 6). Notons les avis sont bien plus partagés pour d'autres tâches (ex : prescrire ou initier le bon traitement de substitution).

Concernant les professionnels qui ne prennent plus en charge des patients en situation d'addiction aux opioïdes actuellement mais qui l'ont fait par le passé, la totalité d'entre eux considère que faire face à ces comportements était une difficulté qu'ils rencontraient (cf. annexes, figure 10)

Si les professionnels expérimentés dans la prise en charge des patients nécessitant des TSO ont de fait une expérience qui leur permet de relativiser et de se distancier du stéréotype du patient en situation d'addiction aux opioïdes décrit précédemment, il convient toutefois de relever que des craintes subsistent concernant leurs comportements et les effets délétères possiblement associés. C'est là la principale raison qui pousse au désengagement partiel ou total de la prise en charge des patients nécessitant des TSO.

- La crainte de l'agression physique comme principal frein à la prise en charge

On relève notamment que **la crainte d'agressivité, et surtout de l'agression physique subsiste même chez les professionnels aguerris à la prise en charge de cette patientèle, toutes professions confondues. Cette crainte est le principal argument mis en avant par ces professionnels pour expliquer la réduction ou l'arrêt définitif de la prise en charge de cette patientèle :**



Non, c'est ça. Et puis euh... à un moment donné, je ne sais plus, il y a 4-5 ans, il y a eu plusieurs médecins qui sont morts et un qui a été en prison ou je ne sais plus. Donc il y avait plein de toxicomanes qui étaient très mal soignés, qui erraient comme ça. Alors il y avait un généraliste qui me les envoyait, et alors c'était des Tchétchènes (...) y'en a qui font peur quoi, franchement, moi j'ai jamais eu de problème dans mon cabinet, même en étant, maintenant je suis associée, mais j'ai longtemps été seule. Je n'ai jamais eu de problème de peur, mais il y a des patients à un moment donné j'ai décroché le téléphone, j'ai dit « écoutez on ne se connaît pas, vous arrêtez, je suis une femme seule dans un cabinet, vous arrêtez de m'envoyer des gens dangereux au cabinet quoi ! » Mais des gens... vraiment... dès que, dès qu'on leur prescrit pas ce qu'ils veulent, je disais non d'emblée, pour des gens comme ça, je disais non d'emblée ! (...) voilà, ils cherchent des médecins qui prescrivent n'importe quoi, mais je fais pas partie de ces médecins-là quoi !

(Médecin généraliste)



« Moi, ceux qui sont très agressifs, je les mets dehors. De toute façon, je ne suis pas là pour me faire agresser jusqu'au jour où je m'en prendrai une physiquement. Mais... Et en tout cas, les agressions verbales, moi, je les mets dehors. Parfois, de façon assez virulente. J'estime qu'ils n'ont pas à parler comme ils parlent certaines fois à mon équipe. Donc moi, je ne me laisse pas faire. Peut-être qu'un jour, je m'en voudrais d'avoir fait ça, mais je trouve que nous, on est là pour les aider, mais pas pour se faire engueuler. (...) Bon moi, j'en ai eu des mauvaises [expériences]. J'en ai quand même eu un qui voulait nous attendre avec un couteau. Euh... je suis allée porter plainte, j'en ai un autre qui ne voulait pas sortir de la pharmacie qui était à tout vouloir casser. Il y en a un autre qui nous a envoyé une thermos de café dessus, enfin voilà, tout n'est pas rose !

(Pharmacien)



« Apparemment, les médecins généralistes ne sont pas... ne peuvent pas faire face à ce style de problème. Parce que déjà, ils ont... ils peuvent être menacés. Il y en a déjà eu. Il y a des cas de menaces physiques. »

(Pharmacien)

Il est intéressant de relever que parmi les propos recueillis il y a peu de cas d'agressions physiques vécues. La plupart des agressions rapportées sont souvent tirées d'histoires circulant dans le milieu professionnel. Il s'agit avant tout de comportements déviants des normes (ex : vols, dégradations matérielles) et notamment d'agressivité verbale et de menaces. Ces comportements en revanche sont visiblement fréquents et peuvent s'avérer particulièrement impressionnants et marquants, voici deux exemples :



[Évoquant une situation de prise de relais d'un patient présenté comme « difficile » par le CSAPA] Donc, nous, on s'est un peu préparé à la situation et malgré tout... il y a eu deux, trois altercations terribles avec lui. (...) un matin, j'étais, c'était à 9 heures, je venais d'ouvrir la pharmacie, j'étais encore toute seule, mon collègue arrivait une demi-heure après, et il m'a dit « Je viens chercher mon traitement ! » Et il a grillé la file en fait j'ai dit « Écoutez, vous attendez votre tour. » Parce que moi je ne savais même pas qui il était, c'était la première fois qu'il venait. J'ai dit « Non, vous attendez votre tour s'il vous plaît, vous passez pas devant les autres ». Et puis il a commencé à « Ouais, mais moi j'ai besoin de mon traitement ! machin ! » J'ai dit, « Ça suffit, vous arrêtez. » J'ai essayé plein de fois de lui parler, mais bon, après j'ai dit, « Écoutez je vais appeler la police parce que c'est pas possible. » Et j'ai dû appeler la police ce jour-là, et quand il est... bah il est parti avant que la police arrive.

(Pharmacien)



Je pense à un patient, il s'était injecté dans les toilettes et il y avait une petite fille qui attendait un certain moment dehors, et c'était vraiment pour moi c'était une mise en scène ce qu'il a fait, il y avait du sang sur tous les murs, des gens qui injectent, ça, je suis sûre qu'il y en a eu [dans son cabinet], mais j'ai jamais vu un pugilat pareil. Et là, c'était vraiment, avec cette pauvre maman avec ce truc, et il y avait du sang plein les murs. Et là j'ai été obligé d'intervenir.

(Médecin généraliste)



Nous faisons l'hypothèse que la fréquence de ces formes d'agressivité autres que physiques, associées à ces comportements inattendus/insolites, peut nourrir le sentiment de dangerosité et d'imprévisibilité de cette patientèle et ainsi ancrer une crainte réelle d'un passage à l'acte, qui apparemment s'avère plutôt rare. Ces événements font date et peuvent renforcer l'association de ces patients à une source de chaos difficilement maîtrisable.

Il convient toutefois de souligner que **les formes de violences, autres que physiques, perçues ne sont pas à minorer et ce d'autant plus qu'elles sont possiblement répétées.** Ces violences externes peuvent impacter négativement le bien-être des professionnels de santé²³.

- La confirmation de l'impact du genre et des conditions d'exercice sur le sentiment de vulnérabilité face aux comportements agressifs des patients

Les verbatims présentés ci-dessus sont tous émis par des femmes. Pour plusieurs d'entre elles le risque de violence joue dans leur choix de réduire ou d'arrêter la prise en charge de patients nécessitant des TSO. En contraste, plusieurs hommes ont également évoqué des situations d'agressivité similaires, mais cela ne semble pas avoir impacté leur implication dans la prise en charge de la patientèle ciblée. Voici quelques exemples :



(...) j'ai eu des situations où un patient est sorti en claquant la porte. Bon c'était une porte vitrée. Est-ce qu'elle va tenir ? Elle a tenu ! Mais, c'est arrivé une fois. Et rétrospectivement, c'était en grande partie parce que j'étais assez maladroit dans la manière dont j'ai mené l'entretien quoi. Et je pense qu'il y a quand même beaucoup de... Après on n'est pas à l'abri que, sur un coup, il y a quelque chose de pas sympa qui se passe, mais comme ça peut être le cas pour, encore une fois, pour n'importe quel autre patient, avec une comorbidité psychiatrique.

ORS : Du coup, ce n'est pas quelque chose qui vous est arrivé si souvent que ça ?

Moi, ça m'est arrivé une fois. J'ai eu beaucoup plus de situations violentes avec les violences conjugales, en posant la question, là j'ai eu plusieurs fois des conjoints violents qui en sont quasiment venus aux mains, mais pour le coup, non. Niveau TSO, c'est arrivé une fois, comme dit. Une porte claquée.

ORS : Ce que je comprends aussi, c'est la façon dont l'échange s'est mené et c'est selon vous ça qui a aussi amené peut-être la personne à être un peu plus...

²³ D'après [l'INRS](#) : « Les violences externes sont des violences exercées contre un salarié sur son lieu de travail (ou tout autre lieu dans lequel il est amené à se rendre pour des motifs professionnels), par un ou des individus extérieurs à l'entreprise (clients, usagers, patients...). On distingue les violences criminelles, le plus souvent de prédation (cambriolages, vols, rackets, homicides), qui touchent un nombre de professions bien définies, des violences du public envers les salariés. Celles-ci peuvent prendre différentes formes : incivilités, menaces, agressions verbales ou physiques ou actes de vandalisme. Quelles qu'elles soient, ces violences peuvent porter atteinte à la santé et la sécurité des salariés concernés... »



Ah bah quand les choses sont claires et qu'on fixe des règles ensemble et qu'on s'y tient, à partir de là... de toute façon une fois que la personne en face a compris qu'on était en dehors de ce qu'on avait convenu et que la règle c'est qu'on ne fait pas, bah il a compris, de toute façon, je pense qu'il y en a une bonne partie [des patients] qui anticipent ça en venant, mais ils essaient quand même parce qu'ils sont en difficulté et voilà, mais euh... mais il y a un moment, je pense que si on borne vraiment les choses et que chacun sait comment l'autre va réagir, on va pas dire qu'il ne peut pas se passer grand-chose, mais on est quand même en sécurité quoi !

(Médecin généraliste)



(...) des problèmes d'agression, j'en ai pratiquement jamais connu, ça c'est parce que je sais les gérer (...) savoir les gérer c'est avoir les techniques motivationnelles ! (...) C'est question ouverte, refait [sous-entendu « reformulation »], valorisation et savoir le faire quoi en d'autres termes. Et niveau agressivité ne jamais augmenter le ton, quand un type se met à gueuler [je dis] « Je vois bien que vous êtes fâché », sans ricaner, etc. C'est savoir faire. Donc vous avez quelques situations ou vous avez des fous furieux et où il faut se sauver, ça existe, c'est quand même assez rare quoi. La plupart des gens quand on sait gérer, ça se calme quoi. (...) y'a plusieurs écoles, ce qui compte c'est le ton et la reformulation dans une optique d'être en empathie avec la personne. (...) comprendre c'est l'empathie, si vous comprenez la personne, si vous avez les techniques pour, en général ça se passe bien quoi. (...) comment tu gères un patient qui vient te demander un truc avec lequel t'es pas d'accord quoi ? Et comment tu le gères de manière à ce que ça ne se termine pas en pugilat ? Ou en tout cas que t'ai l'impression que ça partira pas en pugilat, ça suffit, et si ça suffit pas, si un mec me menace vraiment je prescris, j'irai porter plainte après. Mais ça m'est jamais arrivé de prescrire sous la... [contrainte] (...) je suis pas du genre à me laisser marcher sur les pieds, mais j'hésiterai pas une seconde [à prescrire] plutôt que de me faire mettre en danger quoi.

(Médecin généraliste)



Les éclats de voix, ça arrive plutôt pour des problèmes autres, pas pour des stupéfiants ni pour des assimilé-stupéfiants, plutôt pour des bêtises, des prix, de machin, rien de bien méchant. (...) Ouais, dans ma courte carrière, pour l'instant les principaux éclats de voix que j'ai eu c'était, et les petits coups de chaud que j'ai eu, c'était pas par rapport à des produits stupéfiants. En général les patients qui viennent pour des fausses ordonnances ou pour des vraies ordonnances mais qui ont des soucis d'ordonnances, en général sont assez compréhensifs et surtout sont assez pressés et ne cherchent pas à faire de problème, et quand on commence à dire « Non », en général ils prennent leurs affaires et ils vont voir dans la pharmacie d'à côté. (...) c'est hyper fréquemment [les situations de tensions], ouais, c'est peut-être pas hebdomadaire mais ça arrive quand même assez souvent et c'est souvent pour des broutilles mais parce que malheureusement la plupart des gens qui viennent à la pharmacie ils viennent pas pour le plaisir, ils viennent parce qu'ils ont besoin et qu'ils sont en situation en général de faiblesse et ça crée une atmosphère parfois un peu tendue, parfois il y a du monde, parfois il fait froid, parfois il y a machin, ça crée une petite accumulation, et quand il y a un problème qui vient s'ajouter à tout ça, ça crée parfois de la tension. Ça c'est pour la plupart des patients, après pour les patients dont on parlait qui sont pas des vrais patients mais plutôt des... des malfrats quoi. Là parfois il y a une agressivité qui est volontaire et voulue pour rajouter du stress et pour faciliter aussi [la délivrance du traitement].

(Pharmacien)

On relève chez ces professionnels une tendance à relativiser le danger que représente cette patientèle : pour eux la violence physique est relativement rare et surtout elle n'est pas le fait



uniquement des patients nécessitant un TSO. D'autres profils de patients peuvent être amenés pour diverses raisons à monter en tension selon eux. Aussi on relève chez eux un sentiment d'être en capacité de maîtriser le « chaos » notamment en posant un cadre (comme le pressentaient les professionnels faisant pas ou peu de prise en charge), mais aussi grâce à des outils tels que les entretiens motivationnels qui induisent une certaine posture.

Il est intéressant de relever également que l'un des professionnels est très au clair quant à ce qu'il lui serait possible de faire en cas de risque d'agression physique pour désamorcer la situation tout en respectant ses convictions professionnelles et éthiques (en l'occurrence prescrire puis porter plainte). Le sentiment de maîtrise est aussi pour l'un associé à des qualités personnelles possiblement liées à une socialisation masculine.

Enfin, s'ils ont le sentiment d'être en capacité d'éviter ou de gérer des situations d'agression, notamment grâce à leur posture, ils ont de fait également conscience que l'agressivité des patients n'est pas uniquement le fait d'une personnalité instable dominée par des problématiques d'addictions. Ils font montre d'une compréhension quant à ce qui peut induire de l'agressivité et donc de réflexivité concernant l'impact des conditions de prise en charge sur le comportement du patient. De ce processus peut alors découler un sentiment de responsabilité concernant les comportements problématiques des patients.

Il importe de souligner que cette empathie n'est très certainement pas le propre des professionnels de genre masculin. Ces derniers sont très investis dans la prise en charge des addictions et ont eu **différents temps de formation en addictologie et pour certains de nombreux échanges avec des professionnels exerçants en CSAPA**. L'un d'eux mentionne d'ailleurs le paradigme de la RdRD auquel il souscrit et qui tend également à penser l'impact de la prise en charge sur les comportements des patients²⁴.

Enfin, il est également plus aisé de prendre du recul sur une situation lorsque la peur n'est pas oppressante. Or comme évoqué précédemment, il est culturellement admis que les femmes sont plus vulnérables face aux violences de tous types. Nous faisons l'hypothèse que les femmes ont intériorisé cette vulnérabilité et ce d'autant plus lors de situation qui rejouent les scénarii stéréotypés des violences commises à l'encontre des femmes (une femme, de petit gabarit, seule, face à un homme potentiellement dangereux). Enfin, l'impact du genre est à relativiser au regard de la situation d'exercice du métier. En effet, un médecin psychiatre a également fait part d'un sentiment de vulnérabilité face à sa patientèle et ce plus particulièrement les jours où ses collègues ne sont pas présents physiquement au cabinet.

²⁴ D'où la conception de dispositifs dits « bas seuil » qui proposent d'autres cadres de prise en charge qui évite la mise en échec répété des patients, notamment en n'imposant pas l'abstinence à tout prix.



Données quantitatives :

D'après le questionnaire en ligne, une seule personne ne se sent pas en sécurité dans son cabinet (cf. annexes, 9). Cela est à relativiser compte tenu que la totalité des répondants travaille en cabinet de groupe, en maison de santé pluriprofessionnelle ou en centre de santé (cf. annexes, figure 1). Notons toutefois que cette personne a classé cette raison en deuxième choix dans son classement des raisons qui expliquent le fait qu'actuellement il/elle ne suit personne pour un traitement de substitution aux opioïdes.

En somme, cette analyse invite à plusieurs constats. Tout d'abord **l'expérience, parfois de longue date, de la prise en charge de patients sous TSO ne suffit pas au développement d'un sentiment de maîtrise face à leur dangerosité supposée ou effective. Aussi, la peur de l'agressivité et le sentiment de vulnérabilité face à ce phénomène sont déterminants dans la prise en charge des TSO, or cela est appréhendé ou vécu différemment selon le genre de la personne, et les conditions d'exercice de la profession. Ainsi, si l'analyse ouvre sur des connaissances, des outils et des stratégies susceptibles d'être transmises, cela ne suffira pas forcément à lever l'ensemble des freins face au risque de violences physiques. Il importe également d'agir sur le sentiment de sécurité et sur la sécurisation effective des professionnels lors de la prise en charge d'un patient nécessitant un TSO et ce notamment lorsqu'aucune relation de confiance n'est pas d'ores et déjà nouée.**

Données quantitatives :

D'après le questionnaire en ligne, le besoin de présence d'un professionnel de CSAPA lors du premier entretien avec le patient n'est de loin pas la solution la plus souhaitée par les répondants (cf. annexes, figure 12). Toutefois il importe de relever qu'une seule personne n'a jamais eu d'expérience de prise en charge de ce type de patientèle et de problématique. Or c'est plutôt ce profil de soignant qui est susceptible d'avoir besoin de cette ressource. En outre, comme évoqué plus haut, aucun professionnel ayant renseigné le questionnaire travail seul en cabinet, ce qui réduit également le sentiment de besoin de ce type de ressource.

- Un profil spécifique de patient considéré comme particulièrement dangereux

Un profil spécifique de patient semble générer particulièrement de l'appréhension auprès des personnes rencontrées : **il s'agit de personnes migrantes provenant d'Europe de l'Est. Ces derniers, venant souvent à plusieurs, sont souvent perçus comme dangereux par certains professionnels interrogés car ils les suspectent de prendre part au trafic de TSO ou d'autres médicaments détournés sur le marché noir.**



On va mettre tout de suite les Georgiens à part, à mon avis les Georgiens y'a pas 20% qui ont réellement besoin quoi.

(Médecin généraliste)

Un pharmacien explique à leur propos qu'il ne s'agit pas de « gens accro, c'est que du trafic ». Ces derniers viennent à plusieurs avec « des ordonnances de complaisance » souvent estimées suspectes de par les médicaments prescrits et les posologies (il donne l'exemple d'une prescription de 300 mg de Lyrica deux fois par jour). Ainsi ces patients sont davantage perçus comme des « faux patients »²⁵, profitant des failles du système pour en tirer profit et susceptibles de devenir violent pour parvenir à leurs fins.

Les considérant comme dangereux et/ou participant au trafic, **plusieurs professionnels, médecins ou pharmaciens, ont tendance à refuser parfois systématiquement la prise en charge des patients de l'Europe de l'Est.**

Précisions :

Des patients en provenance de l'Est de l'Europe (plus précisément des patients Georgiens) ont également été mentionnés par les professionnels de l'addictologie rencontrés durant le *focus group*. Ces derniers sont en situation de polyconsommation « très particulière » et présente une « uniformité de profil qui les distingue ». Des précisions concernant ce public sont apportées à travers le « [Diagnostic addictologique départementaux en Grand Est – fiche Bas-Rhin](#) » réalisé par l'ORS Grand Est en 2023. En effet, les acteurs du territoire ont fait remonter que ces patients géorgiens :

- sont souvent des hommes, possiblement « positifs au Fentanyl » ;
- qui recherchent spécifiquement une substitution par la Méthadone.

Toujours dans la même étude, certains professionnels exerçant en CSAPA se disent en difficulté face à cette demande car ils ont « la capacité de débiter la méthadone pour une personne par semaine » alors qu'ils peuvent avoir à faire face à une demande plus importante.

De ce point de vue ces personnes sont plutôt perçues comme des « vrais patients » car effectivement en situation d'addiction, notamment aux opioïdes, et donc pouvant désirer accéder légitimement aux TSO.

Toutefois, une étude réalisée par l'OFDT intitulée « [Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Lyon en 2017](#) » rend compte d'une pratique propre à ce public migrant consistant à détourner la Méthadone en l'injectant (médicament qui est pensé justement pour éviter toute tentative de détournement). Selon l'auteur « L'injection de méthadone est une pratique « confidentielle », au sens où elle est peu répandue, circonscrite à des usagers aux profils bien spécifiques, et très peu évoquée, quand ce n'est dissimulée, auprès des intervenants médico-sociaux des centres spécialisés (CAARUD et CSAPA). (...) mise à part quelques cas à la marge, la quasi-totalité des injecteurs

²⁵ Terme employé par différents professionnels rencontrés durant l'étude pour désigner les trafiquants et les opposés aux « vrais patients » qui sont ceux qui ont une addiction et qui font bon usage de leur traitement de substitution. Il est également question de « mauvais patients », expression qui désigne alors plutôt les personnes ayant des comportements estimés déviants vis-à-vis des normes sociétales et notamment médicales (agressivité, mensonge, ou encore détournement du traitement pour se droguer).



de méthadone rencontrés en CSAPA et CAARUD sont des personnes originaires des pays de l'Est, géorgiennes en majorité. » Il précise concernant ces personnes qu'« Elles étaient usagères d'héroïne au Pays, et préfèrent la méthadone au Skénan® (moins connu et aux effets peu appréciés) une fois arrivées en France. Elles sont ici depuis quelques mois ou années, en situation de demande d'asile ou non, et vivent généralement dans des situations de grande précarité (hébergées en foyer, en CADA, parfois en appartements thérapeutiques pour des soins en lien avec le VHC et/ou VIH, et souvent en squat ou dans des voitures abandonnées et/ou hors d'usage). Outre des raisons économiques, leur parcours migratoire peut être en lien avec la répression subie dans leur pays du fait de leur consommation (...) et, la pression policière et sociétale exercée sur les toxicomanes peut les conduire à fuir le territoire. »

Un autre rapport de l'OFDT intitulé « La Géorgie et les drogues illicites : trafics, usages et politiques publiques » mentionne également l'existence de ce public en France et souligne que : « Leurs conditions d'existence, notamment pour les derniers arrivants, sont le plus souvent marquées par une précarité extrême et des consommations s'inscrivant dans la continuité de celles observées dans leur pays. Ainsi, ce sont dans ces populations que se recrute un nombre significatif d'injecteurs de sulfates de morphine, de Subutex®, voire de méthadone. Le système français sanitaire ou de réduction des risques leur permet une prise en charge sanitaire, sans aplanir toutes les difficultés. Vivant souvent en bande, parfois violents, associés, à tort ou à raison, aux activités du crime organisé géorgien en France, et ne respectant pas toujours les principes de la réduction des risques, ces usagers peuvent susciter une certaine peur. »

Ces informations semblent conforter les propos des professionnels en cela qu'il se peut que ces patients soient associés aux trafics et potentiellement violents. Il se peut également qu'ils détournent la Méthadone à des fins autres que médicales. Pour autant, ces personnes sont également des patients, qui plus est des patients présentant des situations complexes pouvant nécessiter prioritairement une prise en charge en CSAPA (d'après la logique de coordination retenue par les acteurs du territoire).

La présentation détaillée de ce profil permet également de mettre en relief la difficulté de distinguer radicalement les « vrais patients » (personnes en situation d'addiction) des « faux patients » (trafiquants) ou encore des « mauvais patients » (ceux qui ont des comportements contraires aux normes de soin ou sociétales et qui peuvent notamment détourner les TSO). Un individu, selon sa situation et ses besoins, peut donc être amené à être patients et/ou revendeur et/ou détourner des médicaments. Point qui est également acté par des médecins généralistes habitués à la prise en charge des patients nécessitant des TSO.

- Les comportements agressifs et déviant des normes comme des indicateurs d'une affiliation au trafic

Notons que l'agressivité des patients ciblés est associée par plusieurs professionnels à une stratégie d'intimidation visant à obtenir plus facilement une prescription à des fins de revente par plusieurs professionnels rencontrés. Ainsi tout patient venant pour un



traitement susceptible d'être détournée ou revendu et faisant preuve d'agressivité peut être suspecté de participer au trafic, d'où un possible refus de prise en charge qui se justifie²⁶.

Nous faisons l'hypothèse que le contexte médiatique actuel peut également contribuer à nourrir ou ancrer cette association entre violences et trafic. En effet, les médias rapportent régulièrement des affaires de violences, y compris de meurtres commis par des personnes associées au trafic de produits stupéfiants (et donc possiblement de médicaments détournés). Le [gouvernement](#), qui a d'ailleurs adopté une nouvelle loi en juin 2025 afin de renforcer les moyens de lutte contre le narcotrafic, parle d'une « chaîne meurtrière où les victimes se comptent par centaines ».

Or, comme évoqué déjà en amont, **l'agressivité d'un patient n'est pas forcément le fait d'une association au trafic, ni même le fruit de sa situation d'addiction, l'agressivité peut également découler de certaines normes de prise en charge et de certaines postures professionnelles.** Un médecin généraliste explique :

“ Et c'est quand même, enfin, autant les pharmacies autour, je sais comment elles fonctionnent, mais c'est quand même plutôt violent pour les patients quand on leur dit « Bah non [nous n'allons pas vous délivrer votre traitement], vous avez un jour d'avance, un jour de retard ». Il y a manière à manière de le dire, bien sûr, mais il y a quand même des fois où ils sont très mal accueillis. Alors bon, moi je suis le premier à essayer de leur mettre des règles, mais il faut quand même aussi un tout petit peu de souplesse pour ces prises en charge-là et je peux comprendre que certains quand ils ont des comportements, des discours comme ça, un peu abrupte face à eux, déjà qu'ils ont un peu de mal à gérer la frustration et qu'ils sont peut-être un peu borderline, bah effectivement, ça peut être tout de suite un peu violent comme réaction en retour. C'est pas de nature à apaiser ensuite la prise en charge sur le long terme. [\(Médecin généraliste\)](#) ”

Notons que d'autres comportements estimés problématiques, notamment le fait pour un patient de venir réclamer « trop tôt » son traitement peut également être le fruit de la prise en charge et non le signe d'une participation au trafic (comme cela est également fréquemment supposé). En effet, le même médecin généraliste a rencontré cette difficulté avec un patient, et suite à un échange avec un professionnel de l'addictologie, il lui a été recommandé d'augmenter le dosage du TSO prescrit. Dès lors le patient ne venait plus en avance.

Ainsi les professionnels tendent à démasquer les « vrais » des « faux » patients via des indicateurs, mais ces indicateurs manquent de fiabilité : si dans certains cas l'agressivité du patient ou la temporalité de la demande de traitement peut inviter à la méfiance, ils peuvent également induire des méprises. Méprises possiblement préjudiciables pour le patient qui peut se voir refuser l'accès au traitement et qui peut ainsi être amené à circuler de professionnel en professionnel.

Notons que la diffusion de ces pistes de compréhension des comportements problématiques des patients aux professionnels pourrait inviter à la réflexivité (vis-à-vis

²⁶ Dans leurs recommandations à la prescription et dispensation des traitements de substitution aux opiacés, [l'Ordre national des médecins et l'Ordre national des pharmaciens](#), indiquent que la lutte contre le trafic fait partie du rôle des professionnels de santé.



des patients et de la prise en charge) et encourager également à davantage d'empathie à leur égard.

2. Prise en charge addictologique et risque de burn-out

Un médecin généraliste relève également un risque qui est susceptible d'impacter l'engagement dans la prise en charge de la patientèle ciblée : il s'agit du risque de burn-out.



Moi je... y'a des moments où je prends, et des moments où je ne prends pas. Donc il y a plusieurs moments où, je travaille beaucoup avec les assistantes sociales de la ville qui n'envoyaient quelqu'un et là je leurs dis « Écoute, là ça suffit ! (Rire) Pas en ce moment ! » Mais vraiment des cas ingérables, on passe deux heures à débrouiller ou des trucs comme ça, quoi. Mais... à la fois toxicomanie, précarité, je ne sais pas quoi... (...) Oui le mille-feuille, a un moment donné on peut en prendre quelques-uns comme ça, je pense que les médecins, j'ai des copains qui sont très généreux, qui accueillent tout le monde, mais à un moment donné ils sont quasi en burn-out, parce que c'est, c'est pas possible ! J'ai souvent frôlé le burn-out (...) C'est vraiment en matière de toxicomanie, on a décrit les premiers burn-out. Maintenant on le met à toutes les sauces, mais quand même, les premiers des burn-out ont été décrits chez les travailleurs sociaux qui interviennent dans les centres de sevrage de toxicomanie (...) Parce que c'est un peu usant, hein, il ne faut pas faire que ça !

(Médecin généraliste)

D'après [l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles \(INRS\)](#) « Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn-out, est un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique dans lesquelles la dimension de l'engagement est prédominante. » Il se caractérise par l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou le cynisme et le sentiment de non-accomplissement personnel au travail.

Notons que si le professionnel associe à raison ce risque à la prise en charge addictologique²⁷, il souligne que cet épuisement professionnel est particulièrement lié à la prise en charge de profils complexes et aussi au nombre de patients présentant ce type de profil au sein de la file active. Pour autant, nous constatons que la prise en charge du profil de patient identifié par les professionnels de l'addictologie comme susceptible d'être relayé en ville (donc a priori moins complexes à accompagner) ne préserve pas du risque de surmenage. Tout d'abord, les comportements des patients décrits précédemment, qu'ils soient justifiés ou non, peuvent contribuer à un surmenage en générant notamment de l'épuisement émotionnel. Nous allons maintenant présenter d'autres problématiques effectives associées à la prise en charge de ce

²⁷ D'après [Jacques Frenette](#) dans sa préface de l'ouvrage intitulé « Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel », le concept du burn-out ou de l'épuisement professionnel « a été décrit en 1974 par Herbert Freudenberger comme un état de fatigue ou de frustration causé par le dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas répondu aux attentes. Les sujets étudiés par Freudenberger étaient des bénévoles impliqués dans une clinique gratuite pour toxicomanes aux États-Unis. Cela confirme les propos du médecin et acte d'un lien particulier entre la prise en charge addictologique et le risque de burn-out.



public susceptible de nourrir un risque d'épuisement professionnel - épuisement professionnel susceptible de représenter un frein à l'engagement auprès des patients ciblés – ainsi que des éléments de contexte qui peuvent amplifier les difficultés perçues ou anticipées vis-à-vis de cette patientèle

- Prise en charge des comorbidités somatiques

Précisions :

Considérant que les patients présentant des comorbidités psychiatriques seraient prioritairement pris en charge en CSAPA, en CMP ou par la psychiatrie de ville (selon le profil et les problématiques du patient) d'après la proposition de coordination des acteurs de l'addictologie du territoire, nous ne traiterons pas ici des difficultés que peuvent rencontrer les médecins généralistes et les pharmaciens face à ce type de profil. Nous nous focaliserons sur les difficultés de prise en charge des comorbidités somatiques, notamment par les médecins généralistes libéraux, ce qui permettra également de mettre en exergue les possibles freins à la prise de relais sur cette problématique (axe d'étude retenu par le groupe de travail accès aux soins).

Plusieurs médecins ont fait part de problématiques somatiques spécifiques à ce public qui peuvent parfois les mettre en difficulté, c'est notamment le cas de la gestion de la douleur, mais aussi de certains dommages physiques associés au mode de consommation par injection :



Euh, ouais c'est compliqué [de gérer la douleur], après ça, moi ça m'arrive quand même de mettre des morphines rapides pour ajouter sur un traitement de méthadone. Je fais très très gaffe, je fais des délivrances super fractionnées

(Médecin généraliste)



Oui, moi là où je ne suis pas à l'aise, c'est quand ils viennent avec des infections suite à des injections ou des choses comme ça. Quand il y a un corps étranger, une seringue, enfin une aiguille plantée sous le bras, qu'on sentait sous la peau... qu'est-ce que je vais en faire ? (Rire) Je me vois commencer à inciser au cabinet... donc oui, je suis pas super à l'aise, donc j'ai assez facilement tendance à demander des avis à des infectiologues quand c'est des situations un peu comme ça. (...) Bah là ça s'est fini avec un mot pour aller aux urgences, parce qu'au final pour un geste de chirurgie comme ça il n'y a pas vraiment d'autres possibilités.

(Médecin généraliste)

L'une des difficultés consiste notamment à savoir associer traitement de la douleur et TSO, ce qui peut être d'autant plus délicat pour un professionnel se sentant en manque de connaissances sur les TSO. Aussi, des problématiques fréquemment associées à la pratique de l'injection peuvent mettre des professionnels en difficulté et surtout induire une réorientation du patient qui, nous le verrons, peut s'avérer être un processus particulièrement complexe et chronophage.

Données quantitatives :

D'après le questionnaire en ligne, 1 médecin généraliste sur les 8 qui font actuellement de la prise en charge des patients nécessitant des TSO s'estime insuffisamment formé sur la prise en charge de la douleur (cf. annexes, figure 5). Sur les 5 professionnels ne faisant plus ce type de prise en charge 2 disent avoir rencontré des difficultés par le passé pour prendre en charge d'autres problématiques somatiques telles que la douleur avec le public ciblé. (cf. annexes, figure 10). Cette problématique semble moins préoccupante comparée à d'autres. Cela invite à faire l'hypothèse que le moindre investissement dans la prise en charge des problématiques somatiques des patients est moins une affaire de complexité de ce type de soin qu'un problème plus global vis-à-vis de cette patientèle qui semble toujours apporter avec elles de nombreuses problématiques et risques.

- Construire un cadre et le réajuster sans cesse pour répondre à des normes de prise en charge contradictoires

Comme évoqué précédemment, le pressentiment des professionnels ne faisant pas ou peu de prise en charge de patients sous TSO s'avère relativement confirmé par les dires des professionnels aguerris : il est nécessaire de poser un cadre pour sécuriser la prise en charge des patients en situation d'addiction aux opioïdes. **Or sécuriser la relation via un cadre demande beaucoup de temps et parfois des prises de risques vis-à-vis des recommandations en vigueur, notamment si le professionnel s'astreint à placer le patient au centre de la démarche de soin²⁸, ce qui est également une recommandation posée par l'HAS²⁹.** En effet, si la notion de cadre invite à une conception d'une prise en charge relativement rigide et stricte, les professionnels engagés dans la prise en charge de long terme soutiennent qu'il faut conserver une certaine souplesse afin d'adapter ce cadre à chaque patient :



[évoquant d'autres médecins généralistes et leur façon de faire et de penser la prise en charge addictologique, le tout en pensant leur formation ou ses lacunes] (...) vous discuter RdR et mise en pratique... vous aurez pas grand-chose, vous trouverez un ou deux médecins qui ont le niveau, qui ont une réflexion, les autres ils appliquent des règles, des fantasmes, des machins (...) ils ont pas cette philosophie que c'est le patient qui compte ! pas le reste. (...) ce qui compte c'est le patient, ce qu'il pense, ce qu'il ressent et cetera, après on se démerde avec les règles quand il déconne avec les produits, faut qu'on voit, mais d'abord, d'abord on est là pour aider le patient ! faut qu'on l'aide, on fait le bilan, il se porte mieux, il a plus de sous, ils feront moins les cons [grâce à la mise en place d'un

²⁸ Pour davantage d'information sur ce concept, Ellen Nolte, Sherry Merkur, Anders Anell et Johanna Lind proposent une histoire et une réflexion dans leur article intitulé [« Placer la personne au centre de la démarche de soins : analyse et évolution des notions de patient-centredness et person-centredness et de leur signification dans le domaine de la santé »](#).

²⁹ En effet [l'HAS](#) présente la démarche centrée sur le patient comme un outil d'amélioration des pratiques professionnelles.



traitement de substitution], globalement, qu'est-ce qu'on veut de plus ?! Ah bah non ça suffit pas, faut qu'ils soient parfaits, les patients doivent être parfaits ! Les patients doivent être parfaits parce que les médecins ils sont parfaits eux!

(Médecin généraliste)



De toute façon, on fait au cas par cas. On n'a pas trop le choix.

(Pharmacien)

Ainsi le cadre se retrouve être un savant mélange entre la politique personnelle du professionnel (positionnement vis-à-vis des normes en vigueur : posture mais aussi réflexion vis-à-vis des traitements et de la posologie) souvent dans une triple optique :

- sécuriser la prise en charge vis-à-vis des risques de tensions avec le patient ;
- sécuriser la prise en charge vis-à-vis des instances de réglementation de la pratique médicale (ARS, CPAM, Ordres des médecins et des pharmaciens) ;
- et enfin lutter contre les mésusages et la revente de médicaments.

Cette première ébauche de cadre, qui peut différer d'un professionnel à un autre, est ensuite adaptée selon les besoins et limites du patient, ce qui demande du temps et également de transiger parfois avec certaines règles personnelles ou normes médicales.

En effet, un médecin généraliste, à force de pratique, se rend compte que les recommandations en matière de posologie des TSO (posées par l'HAS)³⁰ sont fréquemment insuffisantes pour soulager les patients. Il se retrouve ainsi fréquemment à déroger à certaines normes pour le bien-être du patient.

Si ce dernier se montre plutôt à l'aise avec cette nécessité de prendre des distances avec les normes en vigueur, il convient de souligner que les professionnels se savent surveillés (les histoires perçues dans leur milieu rappellent le risque de sanction) ainsi le fait de poser un cadre, outre le fait que cela demande du temps, peut également être source de crainte. Notons que la plupart des professionnels rencontrés ont tous témoigné de la nécessité très régulièrement de devoir transiger avec les normes (ex : délivrer le traitement plus tôt que prévu) par empathie pour les patients, mais l'angoisse de la sanction peut également les amener à rigidifier leur cadre, notamment face à des « mauvais patients », autrement dit des patients désobéissants aux normes de prise en charge ou présentant des comportements estimés problématiques et nuisibles à l'activité professionnelle :

³⁰ Le professionnel n'a pas précisé explicitement la source documentaire évoquée, toutefois celle-ci semble rendre compte de ce qu'il évoque : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/traitement_du_trouble_de_lusage_dopioïdes_-_fiche.pdf.



Mais bon là c'est compliqué, en plus on a un monsieur qui vient tous les jours chercher son traitement, donc il sait plus... ils ont les neurones un peu cramés, parce qu'ils ne prennent pas que ça, parce qu'ils prennent de la méthadone [...] il y en a qui font ça plus ce qui les a amenés à prendre de la méthadone donc c'est pas terrible mais euh... il faut bien les aider un peu donc nous on essaye ceux qui sont super sympa et qui veulent bien venir tous les jours on le fait, après, moi que je me suis fait engueulé deux fois je mets les gens dehors. J'estime que même s'il y a un souci, on peut toujours essayer de s'arranger mais... ceux qui viennent au bout de quinze jours alors qu'on leur a avancé une boîte pour les dépanner, ils reviennent en chercher encore une autre. Ils ont toujours une bonne excuse, on n'est pas allé chez le médecin pour ça, pour ça, pour eux. Moi j'ai déjà dit « si je me faisais contrôler, si j'ai un inspecteur qui vient et j'ai délivré de la méthadone sans ordonnance, je suis totale en tort, je peux aller en taule ! [...] Donc euh... si eux ne veulent pas, alors je leur ai dit « moi je veux pas aller en prison pour vous, vous êtes bien gentil mais moi j'ai rien fait de hors la loi à part essayer de vous dépanner, donc vous avez l'obligeance d'aller... » désolée mais à deux c'est vite bloqué [...] Donc objectivement, moi, tous les gens qui sont réglo, qui prennent ça de façon suivie même si de temps en temps, moi j'ai un monsieur comme ça, il a dû changer de médecin, son médecin est parti à la retraite, il y a eu un mois de battement je l'ai dépanné, mais je savais que j'aurais une ordonnance avec un rattrapage, avec une explication sur l'ordonnance. J'ai tout eu, tout ! C'est aussi un monsieur qui ne paye pas quand il vient. Il paye à un moment parce qu'il n'y a pas de sous, mais il est extrêmement réglo. Il travaille. Ce mec, il est tombé dans la drogue quand il était plus jeune et maintenant il est obligé de prendre ça parce que sinon il ne peut pas aller travailler. [...] de toute façon, on fait au cas par cas. On n'a pas trop le choix.

(Pharmacien)

Notons que la sanction peut également être sociale, car les professionnels qui s'écartent trop des normes médicales peuvent être perçus par des confrères et consœurs ou d'autres professionnels du soin comme des professionnels « complaisants », autrement dit des professionnels cherchant à tirer profit de cette prise en charge. Il importe de relever que cette stigmatisation de certains professionnels peut également impacter la prise en charge de leurs patients. En effet, plusieurs pharmacies rencontrées pour proposer un entretien ont dit refuser systématiquement de délivrer des médicaments (notamment ceux suspectés d'être détournés ou revendus sur le marché noir) à des patients présentant une ordonnance signée par un médecin qu'ils savent « complaisant ».

Ainsi, selon le degré d'angoisse vis-à-vis des sanctions, le cadre qui s'avère être un atout pour la sécurisation de l'activité et pour une prise en charge de qualité de la patientèle peut devenir contre-productif et impacter l'engagement dans la prise en charge des patients en se rigidifiant et limitant ainsi la prise en charge uniquement aux patients qui se montrent capables de le respecter.



Précisions :

Notons que poser un cadre vise également à effectuer du tri entre les « vrais » patients et les « faux », notamment ceux qui en font la revente sur le marché noir. Cela revient à répondre aux attendus de la profession tout en étant une façon de sécuriser également l'activité, car éviter les trafiquants revient aussi à éviter des ennuis. Ainsi il est fréquent que dans leur cadre les professionnels proposent des génériques à la place du médicament demandé par un patient qu'ils suspectent d'être un trafiquant (le générique se vendant possiblement moins bien sur le marché noir).

Si cette démarche s'avère légitime, notons qu'elle induit fréquemment des ruptures de soins et possiblement une circulation de ces patients de professionnel en professionnel, qu'ils soient « vrais » ou « faux » ou les deux à la fois.

En effet, les patients suspectés sont souvent :

- les migrants (d'Europe de l'Est ou d'Afrique) ;
- les personnes venant à plusieurs, se montrant agressives ou trop directives dans leur demande de traitement (« je veux ça ») ;
- les personnes qui semblent circuler de professionnel en professionnel (ceux qui ne présentent pas leur carte vitale, qui ne « sont pas du quartier ») ;
- les personnes qui ont des prescriptions qui contrarient les normes de soin ;
- les personnes pour lesquels ils manquent d'indication pour estimer la viabilité de la prescription (notamment ceux qui ne viennent pas du quartier et qui ne présentent pas de carte vitale).

Or, là encore ces indicateurs sont imparfaits. Pour exemple, le fait de ne pas « venir du quartier » peut s'expliquer par d'autres raisons, notamment le besoin de certains patients de conserver une certaine discrétion quant à leur addiction, ce qui les pousse à rechercher un médecin ou une officine loin de là où ils sont connus. C'est ce qu'explique un médecin généraliste qui a beaucoup de patients en situation d'addiction qui viennent de quartiers relativement éloignés de son lieu de travail pour justement se préserver du jugement.

Ainsi le fait de construire et d'ajuster sans arrêt le cadre peut s'avérer épuisant et stressant pour le professionnel, ce qui vient complexifier encore davantage la prise en charge de cette patientèle. Mais aussi, ces cadres, selon comment ils sont construits et selon les représentations des professionnels peuvent également contribuer à des arrêts de prise en charge de certains profils de patients nécessitant un TSO.



- Difficulté de relai, d'orientation des patients et de coordination avec d'autres professionnels du parcours de soin

Données quantitatives :

D'après le questionnaire en ligne, 4 médecins généralistes qui font actuellement de la prise en charge des patients nécessitant des TSO estiment qu'il est « un peu difficile » d'effectuer des relais avec d'autres structures et 3 considèrent que c'est difficile voire très difficile (cf. annexes, figure 6). Notons que les avis sont bien plus partagés pour d'autres tâches (ex : prescrire ou initier le bon traitement de substitution).

Les professionnels ont relevé de nombreuses difficultés dès lors qu'il s'agit d'orienter un patient vers des confrères/consœurs pour une prise de relais ou lors d'orientation vers des professionnels ou services spécialisés.

Concernant la prise de relais les médecins notamment témoignent de difficultés similaires à celles rapportées par les CSAPA du territoire :



J'ai le cas cette semaine, mon associé qui me dit « Y'a un médecin de Haguenau qui a refusé de prendre en charge un de nos patients sous prétexte qu'il était sous méthadone, alors qu'il vient pas du tout pour ça ! » Il a juste mal à la gorge quoi. C'est un patient qui est chez nous depuis 35 ans. Il lui a dit « On prend pas les patients sous méthadone. »

(Médecin généraliste)

Avec d'autres professionnels susceptibles d'intervenir dans le parcours de soin de leur patient, les médecins notamment peuvent se retrouver confrontés à des prises en charge qu'ils estiment non adaptées, notamment en matière de gestion des TSO. **Cela va les enjoindre à investir du temps et à réaliser une sorte de co-prise en charge pour assurer le maintien d'une prise en charge qu'ils estiment de qualité, car respectueuse des besoins du patient :**



Mais c'est vrai que lors des hospitalisations il faut quand même être derrière. Parce que c'est classique, le médecin il va baisser systématiquement le traitement de substitution, bah il n'est pas là pour ça ! Il est là pour soigner une embolie pulmonaire, il est là pour soigner pour un truc. Voilà ! Et donc faut, c'est usant ça ! C'est chiant ça. Appeler les confrères pour dire « Non, ce traitement c'était ça, c'est pas ce que vous donnez ». (...) Alors c'est mieux depuis qu'il y a une substitution et qu'elle est donnée à l'hôpital, il y a quand même du travail qui a été fait. Mais quand même, souvent, une petite tendance quand même, surtout en réa, il respirait bien avec ce dosage-là de méthadone, il n'y a pas de raison de le baisser quoi. Mais donc il faut se battre avec les médecins, c'est compliqué.

(Médecin généraliste)



(...) il est mort comme un chien ici en réa ! (...) Il a ce patient chez lui, le patient, je lui prescrivais justement, après j'avais régulé, je lui prescrivais du sulfate de morphine, il avait

je sais plus combien, dans les 80 mg, même 200mg et j'étais intervenu. Ils ont été vachement généreux, ils lui avaient filé 10 mg deux fois par jour quoi. En réa, intubé et tout quoi. (...) « Attend tu peux pas le laisser comme ça ! » [dit-il au confrère de la réanimation] « Ouais ouais c'est bon je vais le monter » [répond-il] Donc il l'a monté généreusement à 20 mg. (Rire) Et moi je voyais mon patient, vous savez les mecs quand ils sont intubés, qu'ils peuvent pas vous parler quoi, que vous lisez dans les yeux quoi...

(Médecin généraliste)

Ces difficultés attestent soit d'un manque de formation des autres professionnels soit d'une différence de politique en matière d'addictologie qui mène à des désaccords sur la prise en charge et donc sur un surinvestissement important des médecins généralistes durant la prise en charge, possiblement source de tensions entre professionnels et donc d'épuisement.

En effet, de forts désaccords semblent opposer les professionnels du territoire quant à la prise en charge³¹ :

“

J'avais été frappé par l'indifférence de mes collègues et quasiment une posture sadique qui ne disait pas son nom. Et ça je l'ai observé régulièrement (...) dans différentes situations et différents domaines d'expression de la souffrance des usagers. Les médecins sont toujours décalés en fait. (...) c'est ça et c'est le médecin qui sait. Alors je ne sais pas s'il peut prétendre savoir comment l'autre souffre, mais en tout cas, il décide que cette souffrance est supportable pour lui, peu importe qu'elle soit insupportable pour l'utilisateur. C'est toujours le patient assimilé à un organe ou une posture de soumission, il sait pas, le patient il sait pas et le docteur il est supposé savoir.

(Médecin psychiatre)

“

Le second geste a été la posologie, j'ai capté tout de suite que ces usagers savaient mieux que moi. La dose de l'époque je crois que c'était le moscontin, peut-être déjà le subutex, la dose qui les soulageait c'est eux qui la connaissaient mieux que les docteurs. Et même quand la substitution a été officialisée, c'était toujours à des doses trop basses selon les prescriptions officielles. Donc je me suis toujours dit, les docteurs ils font chier les patients en fait, ils les emmerdent à chaque fois qu'ils peuvent. Alors qu'en fait, ça peut être tellement facile, tellement facile. (...) donc il n'y a pas de position ni de compétition, ni d'attente d'une conformité ou d'une conformation qui n'est jamais que le fantasme du docteur.

(Médecin psychiatre)

“

Les patients faut les mettre dans des cases, faut qu'ils soient carrés. Les patients... s'ils pouvaient être des patients modèles, ça serait quand même vachement bien quoi [avec ironie]. Et surtout il faut qu'ils soient parfaitement obéissants, carrés et tout, sinon c'est pas bien quoi.

(Médecin généraliste)

³¹ Pour rappel, les études qualitatives n'ont pas vocation à être représentatives, en l'occurrence de l'ensemble des représentations et conceptions des professionnels du territoire dans le cas présent. Toutefois les témoignages présentés attestent des écarts, parfois importants, entre les conceptions de la prise en charge addictologique.



Nous relevons que plusieurs professionnels rencontrés considèrent les comportements de certains confrères et consœurs qui tendent à freiner l'accès aux TSO ou en réduisent la dose sont comme une **démarche morale visant à « punir » le patient. En outre, ils questionnent les rapports de pouvoirs entre soignant et soignés qui leur semblent fondés sur des dichotomies « médecin sachant » / « patient non sachant » et « médecin ordonnant » / « patient obéissant » qui leur semblent s'opposer à certaines normes actuelles de prise en charge** (patient au centre du soin, patient acteur et expert à qui il faut donc faire confiance au moins dans une certaine mesure). **Nous ne savons pas à quel point cette conception est partagée par les professionnels du territoire, toutefois il convient de souligner qu'elle existe et peut induire des tensions entre professionnels.**

S'il n'est pas question ici d'identifier la politique en matière d'addictologie la plus adaptée, **ces constats amènent cependant à interroger l'impact de ces différences de conceptions et de politiques en matière d'addictologie sur la coordination des professionnels au cours du parcours de soin des patients.**

Enfin, les témoignages font part également de difficultés de coordination et de communication entre les médecins prescripteurs et les pharmaciens qui impactent tout particulièrement l'activité de ces derniers et qui peuvent également avoir des retentissements notables sur la prise en charge des patients. Les pharmaciens représentant les derniers remparts avant l'obtention d'un traitement qui pourraient être détournés ou revendus, ces derniers consacrent un temps considérable au décryptage des ordonnances pour saisir tout écart aux normes en vigueur.



[Questionné sur l'ensemble des points à vérifier lorsqu'il s'agit d'une ordonnance sécurisée] Alors déjà il y a le temps réglementaire, c'est ce qu'on appelle la recevabilité d'une ordonnance. Il y a pas mal de points à vérifier sur une ordonnance pour qu'elle soit recevable avant même qu'on pense à délivrer les médicaments. Normalement la première chose à faire c'est regarder la date. Est-ce que la date est cohérente ? (...) est-ce que la signature du médecin est cohérente, est-ce que l'écriture du médecin est cohérente, est-ce que la prescription et la posologie sont des prescriptions et des posologies qui sont pas aberrantes. Par exemple avec le tramadol, les posologies varient beaucoup de, je dirais de 50 mg à 2-3-400mg par jour. Le jour un patient vient avec une ordonnance pour 800 mg par jour je vais me dire « Tiens, c'est quand même étonnant, c'est quand même beaucoup plus que d'habitude ! » Ça ne veut pas dire que c'est faux, mais ça fait partie des choses où je vais me dire « Ah tiens ça vaut peut-être le coup de vérifier. » C'est plein de petits trucs comme ça. (...) c'est ça et le gros point clé après c'est, au moindre doute, moi j'appelle le médecin et après avec le médecin c'est facile de vérifier si l'ordonnance émane bien de lui ou pas, et s'il ne l'a pas fait sous la contrainte ou s'il n'a pas eu un problème au moment de l'écrire. (...) c'est du boulot (...) c'est beaucoup de temps pour chaque patient.

(Pharmacien)



Donc ça c'est toujours un peu problématique, mais euh, après, dans la délivrance c'est vrai que le fait d'avoir des ordonnances sécurisées c'est parfois embêtant parce qu'ils ne les ont pas donc ils sont pas contents. Il faut retourner chez le médecin, il faut appeler le médecin qui ne répond pas. Enfin, il y a toute une problématique organisationnelle, c'est que parfois on se demande si les médecins ils ont les infos.

(Pharmacien)

Se doutant qu'il peut dans certains cas s'agir d'erreurs, ou d'un prescripteur ayant subi des pressions, ces derniers vont bien souvent chercher à contacter le prescripteur pour vérifier la validité de la prescription, ce qui peut demander beaucoup de temps. En outre, plusieurs professionnels font part de relations parfois complexes avec des prescripteurs.

Notons que si le pharmacien n'est pas rassuré quant à la validité de la prescription il peut faire le choix de ne pas délivrer le traitement au patient.



Non mais là je vous donne quelques exemples. Le problème de l'opioïde, c'est que comme c'est quelque chose qui est très carré, si c'est pas fait, c'est pas fait. Et moi je suis désolée, les gens qu'on a jamais vu, si leur ordonnance elle n'est pas bien faite, je vais pas le donner. ORS : *Et ça vous arrive fréquemment d'avoir des ordonnances qui sont pas bien faites justement ?*

(...) On a parfois des trucs un peu spéciaux, un peu étranges, c'est-à-dire que des fois les ordonnances sont pas en toute lettre, euh oui on peut avoir des choses un peu étranges. Mais voilà, mais après il y a toujours eu un espèce de contentieux entre les pharmacies et les médecins. C'est pas une nouveauté, mais c'est dommage. »

(Pharmacien)

Les pharmaciens et pharmaciennes ont souvent à faire à ce type de problématiques avec les patients nécessitant des TSO dans la mesure où un protocole strict doit être respecté pour garantir la viabilité des ordonnances. La prise en charge de patients nécessitant des TSO peut alors être associée à des complications fréquentes, longues à traiter, susceptibles de mener à des tensions avec les patients (notamment en cas de refus de délivrer le traitement, mais également de tensions avec les médecins) :



Ce qui m'embête c'est quand on les appelle et qu'on leur dit qu'il y a un problème, qu'ils soient pas à dire « Oui c'est vrai mais si vous saviez comment ils sont agressifs ! » On le comprend, on a les mêmes ! Nous c'est les mêmes, mais au lieu de nous dire « Débrouillez-vous avec ce que vous avez ! » Enfin, vous voyez, ça c'est ridicule. Si on les appelle c'est qu'on sait qu'on va avoir un problème, c'est pas juste pour les enquiquiner, on a autre chose à faire, ça prend du temps de les joindre, et ils répondent pas et c'est normal, ils sont occupés, mais je veux dire si à un moment donné on les appelle c'est qu'il y a une raison, c'est pas juste pour les emmerder. On a des fois, pas tous, on peut pas généraliser, mais y'en a des fois, vous vous dites, en fait, si nous on ne délivre pas parce que l'ordonnance n'est pas comme elle doit être, c'est le patient qui en pâtie quand même. Donc c'est un peu dommage.

(Pharmacien)



Ainsi la complexité des protocoles, associée à un possible manque de maîtrise de ces derniers notamment par les prescripteurs, tend à complexifier la prise en charge pour les pharmaciens et peut également impacter négativement les relations interprofessionnelles. Le tout peut ensuite décourager la prise en charge de cette patientèle qui est déjà redoutée à cause de ses comportements.

Ainsi il importe de relever que la formation des médecins généralistes dans la prescription de TSO est un déterminant de taille dans la bonne coordination avec les pharmaciens. Cela peut également contribuer à réduire les situations problématiques rencontrées en officine, situations susceptibles d'être chronophages et source de tension avec les patients.

Le besoin de formation en TSO pourrait par ailleurs être également envisagé à une plus grande échelle, compte tenu des problématiques relevées avec d'autres spécialistes et services.

Enfin, il importe de rappeler que dans une logique visant à placer le patient au centre de la démarche de soin, des médecins prescripteurs peuvent être amenés à faire des écarts légitimes à certaines normes en vigueur. Or si les pharmaciens ne sont pas au fait de ce choix, ils peuvent interpréter ces prescriptions comme des erreurs, voire comme le signe d'une certaine complaisance à l'égard de « faux » patients et ainsi ne pas délivrer le traitement.

- Contexte actuel susceptible d'impacter la PEC des personnes nécessitant des TSO

Enfin, ces multiples difficultés associées à la prise en charge des patients nécessitant des TSO adviennent dans un **contexte de surcharge de travail**. En effet, les difficultés rencontrées pour contacter et mobiliser des professionnels pour cette étude en attestent. Pour exemple, un médecin psychiatre s'était dit volontaire pour mener un entretien, mais il ne voyait pas quand le mener sachant qu'il travaille de 9h à 22h. Les acteurs de l'addictologie ont également mentionné lors du *focus group* que les médecins généralistes et psychiatres, bien que nombreux sur le territoire étaient fréquemment surbookés face à la demande de soin et bon nombre ne prennent plus de patients.

Face à ce manque de temps, les médecins sont souvent amenés à prendre des patients uniquement sur rendez-vous ce qui ne facilite pas l'accès aux patients nécessitant des TSO et augmente le risque de retard ou de rendez-vous non honorés. Problématique qui vient donc également perturber leur pratique et qui peut s'ajouter à la longue liste des désagréments associés à la prise en charge des patients en situation d'addiction aux opioïdes.



Le manque de temps est également souligné par les pharmaciens et pharmaciennes, et ce notamment parce que le nombre de médicaments susceptibles d'être détournés ou revendus sur le marché noir semble fortement augmenter :



Surtout qu'il y a en ce moment un gros problème de fausses ordonnances, de mésusages et de trafic de médicaments, avec pas mal de médicaments stupéfiants notamment. Donc c'est de trouver le vrai du faux, entre quels sont les patients, les vrais patients qui ont besoin d'aide et quels sont les faux patients qui essaient de nous avoir. (...) c'est un peu un jeu d'enquête qui peut être un peu fatigant et qui du coup malheureusement pollue un peu entre guillemets notre prise en charge des vrais patients qui ont besoin d'aide et... à qui on pourrait donner un petit peu plus de temps et peut-être un peu plus de temps et de bienveillance si on n'était pas aussi méfiant.

(Pharmacien)



Par contre, le problème se pose vraiment beaucoup plus sur tout ce qui est anxiolytique, anti... euh... enfin nous, bon, je ne sais pas si mon collègue vous l'a dit, mais par exemple tout ce qui est substitut de drogue, on n'en suit pas beaucoup. Par contre on a quand même des produits détournés, et là on a des grosses difficultés à trouver le vrai du faux, donc on est obligé vraiment d'enquêter c'est assez, assez laborieux, assez compliqué, on n'a pas toujours des gens qui sont très... qui collaborent facilement, qui sont très... qui ne réagissent pas toujours de manière sympathique

(Pharmacien)

Précisions :

Les médicaments susceptibles d'être détournés ou revendus pour leurs effets psychoactifs évoqués par les professionnels durant l'étude sont : les patchs de Durogesic®, le Lyrica®, le tramadol, le Skenan®, l'Euphon® (associé parfois au Phenergan®), et l'Ixprim®. Ont également été évoqués des médicaments détournés ou revendus pour d'autres raisons, parfois inconnues (ex : Ozempic®, Nexplanon®, capteur freestyle®).

Cette liste est très probablement non exhaustive.

La vérification des ordonnances demande beaucoup de temps et d'implication réflexive afin de mettre en place des stratégies pour dissimuler l'évaluation de l'ordonnance et ainsi éviter de créer un malaise ou des tensions avec les patients. Or, ce travail de vérification doit se faire aujourd'hui sur une large gamme de médicaments ([décret n°2024-968 du 30 octobre 2024](#)). En ce contexte, prendre en charge des patients nécessitant des TSO peut être perçu comme un risque d'augmenter encore davantage le temps attribué à de la surveillance et à la gestion des tensions en cas de refus de délivrance. Et ce d'autant plus que certains patients, notamment ceux sous méthadone, peuvent être contraints de venir chercher leur traitement en officine quotidiennement.



En outre, des tâches chronophages éloignées de la prise en charge, mais y contribuant viennent également impacter la disponibilité des professionnels :



C'est ça, c'est de pouvoir prendre le temps, mais malheureusement dans le système économique actuel le temps c'est beaucoup d'argent, c'est l'argent qui fait tourner la boutique, qui fait tourner tout quoi. C'est malheureux, mais c'est aussi le truc. Donc réussir à avoir tous plus de temps, là par exemple [il observe l'écran] je vois qu'il y a un petit peu de monde qui s'accumule, j'ai trois dossiers en cours qu'il faut que je commande, c'est des petits trucs mis bout à bout qui font que j'ai moins de disponibilité intellectuelle et émotionnelle et c'est aussi moins de temps pour eux [les patients, notamment ceux venant pour des TSO]. Donc ouais, trouver des solutions pour faciliter les choses, qu'on ait moins de temps à faire de la paperasse et faire de la gestion, plus de temps accordé aux patients. Moi c'est quelque chose qui me plairait beaucoup, mais encore une fois, je n'ai aucun outil ou aucune idée de comment faire.

(Pharmacien)

La patientèle peut être d'autant plus aisément perçue comme une charge importante qu'elle est pensée comme nécessitant un travail spécifique et nécessitant des ressources dont les professionnels ont le sentiment de manquer en ce contexte.

Données quantitatives :

Si les médecins généralistes ont peu fait mention de cette problématique de temps et donc de possibilité de réaliser une prise en charge de qualité lors des entretiens, on relève à travers les réponses au questionnaire qu'un médecin ne faisant plus de prise en charge actuellement des patients nécessitant des TSO présente le manque de temps comme raison première au fait qu'il ne s'engage plus auprès de ce public (cf. annexes, figure 9).

- Une patientèle qui demande un traitement spécifique

Les patients se rendant en officine pour rechercher des TSO sont considérés comme ayant besoin d'une prise en charge adaptée, ce qui au regard du contexte évoqué peut s'avérer délicat. En effet, c'est aussi un public **auquel il est nécessaire d'accorder potentiellement un peu plus de temps afin de réaliser une prise en charge adaptée et donc de qualité. C'est aussi un public qui implique de penser sa posture :**



Après d'un point de vue beaucoup plus sociologique, je dirais que c'est plutôt la posture que l'on peut adopter par rapport au patient sur comment bien les accueillir, comment réussir peut-être à leur faire une place différente, tout en les traitant de la même manière que les autres, mais en leur accordant peut être un peu plus de temps, plus de calme et c'est pas toujours facile avec le boulot qu'on a.

(Pharmacien)



C'est également un public qui peut rechercher une certaine discrétion lors des échanges avec les professionnels, compte tenu que leur problématique addictologique est stigmatisée dans la société. Or, les pharmaciens rencontrés témoignent de locaux peu adaptés à la réalisation d'échanges assurant une certaine discrétion.

Ces informations mettent en avant un désir de réaliser une prise en charge de qualité qui en ce contexte (manque de temps, manque de disponibilité émotionnelle, espace d'accueil peu adapté) semble difficilement réalisable. Notons que la souffrance éthique, qui est un autre risque psychosocial associé au travail relatif au fait de ne pouvoir exécuter un travail considéré « de qualité » dans des conditions données³². Nous pouvons donc également faire l'hypothèse que l'évitement du public ciblé permet également de préserver les professionnels de ce type de souffrance.

Enfin, si les points les plus compliqués à gérer concernant les patients nécessitant des TSO se passent prioritairement « au comptoir », il ressort également des entretiens que la gestion des stocks de TSO est un travail coûteux en temps :



Dans l'ancienne pharmacie, bah le stockage, oui, c'est-à-dire qu'il y avait, pour éviter les problèmes, il y avait des barquettes qui étaient dédiées au traitement de chaque personne (...) bah oui parce que par exemple la méthadone vous avez quand même des gens qui étaient tenus à venir la chercher tous les jours, quotidiennement ! Mais du coup, il faut que chaque patient puisse avoir un suivi personnalisé. (...) ça demande du temps aux personnes qui travaillent dans la pharmacie de consacrer euh... préparer, délivrer, tout ça c'est du temps !

(Pharmacien)



Bah moi j'ai travaillé dans des pharmacies qui n'en font pas du tout [de la délivrance de TSO], qui n'en faisaient pas du tout et qui n'en font toujours pas, mais c'est plus la gestion de... au comptoir en fait. Oui c'est clairement ça. Euh après les stocks, c'est vrai que c'est contraignant de voilà, d'avoir le stock, c'est un peu stressant de... parce qu'en fait, au final, quand on a un nouveau, même un nouveau dans l'équipe, un stagiaire ou quelque chose, on dit « attention la clé de truc il ne faut pas qu'elle lui soit accessible. » Pareil pour, là on reçoit les commandes, elles sont derrière euh... avec la porte de livraison, on a une règle c'est que dès qu'on reçoit les commandes on prend le bac des stup' et on le rentre près de... on ne le laisse pas près de la porte d'entrée. Parce que s'il y a un livreur qui suit et il peut prendre aussi le bac, surtout s'il est ouvert ou un truc, ou il prend une boîte dedans,

³² Audrey Gonin, Josée Grenier et Josée-Anne Lapierre dans leur article intitulé « [La souffrance éthique au travail : L'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champ de la santé et des services sociaux](#) » détaillent cette problématique de la souffrance éthique d'après les regards de plusieurs spécialistes de la question : « Molinier souligne que les travailleuses ou travailleurs du care ont pour elles-mêmes ou pour eux-mêmes des exigences normatives, que les conditions de travail ne permettent cependant pas toujours de rencontrer. Un écart important entre ce que l'on conçoit d'une part comme un bon travail, et d'autre part le travail que l'on peut ou doit faire, a tendance à créer une insatisfaction, voire un inconfort. Comme l'a identifié Dejours (...), un inconfort de ce type peut aller jusqu'à la souffrance éthique, « c'est-à-dire la souffrance que fait naître le conflit entre les convictions morales et l'injonction à participer à des actes qu'on réprouve ». Le travail du care exige attention et disponibilité; les personnes qui exercent cette activité sans disposer des conditions de travail qui leur permettent de mettre en œuvre ces attitudes peuvent vivre une certaine souffrance (...). »



donc là il faut faire attention à tout l'environnement aussi. Donc euh, c'est contraignant, mais je pense que les pharmacies, c'est peut-être le stock, le stress que le stock doit être juste et aussi beaucoup le comptoir. Beaucoup le comptoir

(Pharmacien)



Pareil si pour l'ordonnance, s'ils ne viennent pas dans les trois jours suivant la prescription, on est obligé d'ouvrir des boîtes, et de délivrer pour la durée restante. En fait, si par exemple, c'est prescrit pour 28 jours et ils viennent au bout de 5 jours, on est obligé de déduire les 5 jours, on les enlève, donc on ouvre les boîtes et donc on aura après des boîtes, on a toujours des boîtes ouvertes avec des unités. Donc on compte par unité, pas par nombre de boîtes (...) Donc là, des fois, c'est... il faut... Il faut bien gérer les unités.

(Pharmacien)

La gestion des stocks et des commandes, mais aussi le fait de devoir rendre compte des unités restantes peut donc représenter un travail important qui peut également décourager la prise en charge de cette patientèle.

Ainsi, les patients nécessitant des TSO sont souvent associés à une kyrielle de problématiques nécessitant de prendre (« perdre ») du temps, et parfois génératrices de tensions avec les patients, mais également avec d'autres professionnels. Aussi les conditions d'exercice ne permettent pas forcément une prise en charge adaptée et de qualité. Tout cela est susceptible d'impacter la santé des professionnels. Sans que cela soit forcément explicité, voire conscientisé par les professionnels, limiter ou éviter cette patientèle revient souvent à se préserver notamment de l'épuisement professionnel (burn-out).

Il convient toutefois de relever que si ces problématiques nombreuses et complexes sont souvent attribuées par les professionnels aux patients, notre analyse relève que ce sont possiblement aussi les contraintes normatives de la prise en charge et les conditions de travail qui rendent la prise en charge de cette patientèle complexe et potentiellement épuisante.

3. Des risques pour l'activité professionnelle

Enfin, les professionnels aguerris à la prise en charge des patients nécessitant des TSO viennent également confirmer certains pressentis de ceux moins impliqués, notamment l'impact possible de cette prise en charge sur l'activité professionnelle (ce qui peut donc toucher les professionnels sur le plan économique mais également symbolique).

- Impact de la prise en charge des patients ciblés sur la patientèle

En effet, les professionnels font remonter des risques de tension entre les patients dans la salle d'attente :



[Évoquant une situation de tension entre patients] une patiente bon chic bon genre qui dit « Eh on se croirait à Haute-pierre ici ! » ah ah bon... et en fait elle a failli se faire casser la gueule [par un patient venant pour son TSO]. Donc j'ai dû intervenir... enfin ça a commencé à mal tourner quoi.

ORS : *Parce que du coup elle a dit ça face à...*

Très fort ! Enfin il y avait plusieurs patients toxicomanes à ce moment-là. En général ils sont perdus dans la masse, mais là il y en avait plusieurs en même temps, qui étaient très marqués physiquement et voilà. (...) Mais ceci dit, j'ai une clientèle très sympa parce que c'est quand même euh... c'est quand même un quartier bobo ici, mais ils sont très tolérants. Voilà, je trouve...

(Médecin généraliste)

Ainsi, la rencontre de différents profils de patients peut générer des tensions en salle d'attente et décourager certains patients de revenir (c'est le cas de cette dame que le médecin ne reverra plus par la suite). Pour autant, des tensions peuvent également apparaître entre pairs, en effet, le professionnel poursuit son propos et explique :



Ou un autre à qui je prescrivais gentiment du Subutex [qui dit] « Mais c'est un dealer ! » C'est un autre [un pair] qui lui a cassé la gueule. Il la fait sortir « Tu viens, tu viens pas te faire soigner ici ! Ici c'est sérieux ! » (Rire)

ORS : *Si je comprends bien, c'est les autres patients qui ont des marques de rejet, face à ces patients ?*

Oui, oui enfin ça, ça peut, ça, oui, ça peut arriver ou alors entre eux, voilà. Comme dit ce patient qui a cassé la gueule apparemment d'un autre patient « Toi, tu vas vendre ton truc tout de suite après, je ne veux pas te voir ici »

Ah c'était entre pairs ? ! Ils se connaissaient, ils avaient une antériorité qui s'est rejouée au sein du cabinet ?

Oui, tout à fait !

(Médecin généraliste)

Ainsi les tensions peuvent également éclater entre pairs, et c'est ce qui fait dire à un autre médecin généraliste rencontré qu'il est fort peu probable qu'une file active finisse par se spécialiser au point de n'avoir plus qu'un profil de patients sous TSO. En effet, selon lui cette patientèle a tendance à vouloir éviter de se retrouver entre pairs, et son exemple personnel invite à penser que les effets de concentration de patients nécessitant des TSO, s'ils ont lieu, sont autant le fait d'une situation de contrainte que le fruit d'une désertion des autres patients ou d'un phénomène de « bouche à oreille » comme évoqué précédemment :



[évoquant l'époque où la substitution commence à se développer sur le territoire] Et donc, à un moment donné, vraiment au niveau du cabinet on avait pratiquement 80%, en terme de consultation, pas en termes de patients suivis, pratiquement 80% de toxicomanes et puis après quand la substitution s'est mise officiellement en place en 96 ça a baissé tout



doucement quoi. On a toujours gardé un fond assez important [de patient nécessitant des TSO] quoi, mais ça c'est renormalisé, et c'est... y'a aucun problème, les patients lambdas ont petit à petit disparu, remplacés par les tox, et quand les tox ont baissé, les autres sont revenus. (...)

ORS : donc cela a eu un impact sur votre patientèle ?
Bien sûr que ça en a, par la force des choses. (...)

Et ça s'est régulé avec l'arrivée des TSO ?

Qui s'est répandu, oui bien sûr. Sans compter qu'on les incitait aussi à retourner vers leurs médecins et puis y'a le fait, ce qu'on a dit au début, le fait d'avoir vraiment une concentration, au fur et à mesure que les gens allaient mieux, c'était aussi une raison pour ne plus revenir. Pour aller dans des salles d'attente où y'avait pas des semblables ! (...) C'est tous des mecs qui disent « Je vais pas au centre machin parce que je vais rencontrer du monde » et tout, ça a toujours été comme ça. Et c'est pour ça qu'il y en a beaucoup qui vont en ville, chez les médecins en ville, c'est un des arguments. Un des arguments c'est de dire « Je ne veux pas rencontrer les autres ». (...) Bah moi j'ai connu des patients qui m'ont dit « Moi je préférerais que vous me trouviez un médecin qui n'a pas beaucoup de tox pour que j'en rencontre plus, parce qu'il y en a un peu trop chez vous ». Bien sûr ! Pas beaucoup hein, mais ça existait. Donc vous imaginez ce que c'est quand ils vont au centre Ithaque, machin... c'est le problème principal du centre, par rapport aux gens, le centre c'est un endroit où on rencontre des semblables et bien sûr par définition c'est aussi un endroit où on est incité à consommer, puisqu'on rencontre des consommateurs... et que c'est plus facile de vendre sa camelote là où y'a des clients regroupés que d'aller les chercher un a un... C'est pas nouveau ! (Rires)

(Médecin généraliste)

La situation bien particulière vécue par ce professionnel permet de constater que si sa file active s'est spécialisée c'est aussi faute de suffisamment de médecins susceptibles de prescrire des TSO sur le territoire. Toute l'argumentation présentée par ce dernier tend à montrer que si les patients peuvent se répartir dans les files actives de sorte à éviter de croiser des pairs et à créer des effets de concentration ils le feraient. Il existerait donc un possible phénomène d'autorégulation car les patients pâtissent ou craignent de pâtir de la rencontre d'autres pairs dans une même salle d'attente, que ce soit parce qu'ils peuvent y rejouer des tensions créées en d'autres lieux, mais aussi parce que la fréquentation des pairs peut induire un désir de reconsommer.

Ainsi nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une facilitation de l'accès à une prise en charge par un médecin généraliste pourrait fortement contribuer à la limitation de risque d'effet de concentration de public nécessitant des TSO dans une même file active. Cela vient conforter le besoin d'engager davantage de médecins dans la prescription de TSO, mais aussi l'importance de ne pas limiter la prise en charge de ce type de profil en CSAPA (centre qui, de par sa spécialisation, induit nécessairement un effet de concentration de « tox »). Rappelons également que l'effet de concentration de patients nécessitant des TSO dans une file active est possiblement néfaste pour la santé des professionnels soignants : cela est susceptible d'augmenter le risque de burn-out, compte tenu des difficultés de prise en charge jusqu'ici associées à ce public.

Données quantitatives :

D'après le questionnaire en ligne, la crainte que ces patients souffrant d'addiction orientent leurs pairs vers les médecins est parmi les raisons les mieux classées concernant l'explication du choix des professionnels à ne plus prendre en charge des patients nécessitant des TSO (deuxième ex aequo avec la crainte que d'autres patients se retrouvent mal à l'aise en salle d'attente face à ce public, cf. annexes, figure 9).

Enfin, une crainte de sanction de l'activité professionnelle était également crainte par les professionnels les moins impliqués dans la prise en charge, notamment si le professionnel s'implique beaucoup dans la prise en charge de patients nécessitant des TSO. Ce risque de sanction semble se confirmer par les propos des professionnels plus aguerris, même si la fréquence de ces sanctions est relativisée :



[Évoquant l'évolution de la prise en charge par TSO sur le territoire] Au bout de quelques années quand tout ça était légalisé on était plus de 30 % des médecins alsaciens qui prescrivait de la substitution hein ! Sans problème ! Aujourd'hui il y en a nettement, moins, c'est un problème. On a régressé.

ORS : *qu'est-ce qui selon vous peut expliquer cela ?*

L'assurance maladie, la persécution des médecins qui prescrivent ! Et donc ça donne au bout du bout, des médecins qui finissent par se faire beaucoup de fric en faisant des ordonnances à la va-vite n'importe comment une fois qu'ils sont dans cette seringue-là bah ils ont du mal à régresser, euh... quand les patients leur mettent la pression ils leur mettent vraiment la pression et ça donne quelques médecins sur le territoire qui voient vraiment beaucoup de patients pour de la substitution et pas très clair. (...) il n'y a pas longtemps, il y en a un a qui l'assurance maladie était tombée dessus. Effectivement, y'avait pas à dire, y'avait plein de trucs qui collaient pas, mais bon il voyait vraiment beaucoup de ces patients et bon il... a eu des ennuis sérieux avec la sécu. Donc tous ceux qui avaient un profil comme ça avec des patients comme ça, un peu en masse, ils ont eu de gros ennuis avec la sécu. D'autres le savent, donc vous allez pas vous battre avec les gens pour faire de la super bonne médecine, vous dites « niet. » [sous-entendu, je ne prends pas cette patientèle]

(Médecin généraliste)



[évoquant d'autres médecins généralistes et leur façon de faire et de penser la prise en charge addictologique, le tout en pensant leur formation ou ses lacunes]

(Médecin généraliste)

Notons que si ces cas de sanctions sont apparemment plutôt rares, ces histoires circulent beaucoup au sein du réseau de professionnels et de ce fait la crainte se maintient. Si la surveillance est souvent perçue comme justifiée, certains professionnels craignent des jugements exagérés, infondés qui peuvent enjoindre à la crainte. En effet, une fois l'entretien achevé, un médecin évoque la surveillance effectuée par les professionnels de l'Assurance Maladie et précise que l'un d'entre eux « **n'est pas formé** » et **se fonde beaucoup**



sur « **des jugements moraux** » et de fait interprète mal les logiques de soins des professionnels qu'il évalue.

Notons que cette crainte est particulièrement présente chez les pharmaciens et pharmaciennes aguerris. Un médecin qui s'avère très proche de ces professionnels nous éclaire à ce sujet :

“ C'est-à-dire qu'il y a une ordonnance qui est pas dans les clous ça va pas le faire du tout quoi. C'est-à-dire, les pharmaciens peuvent être très embêtés, euh... si des ordonnances sont pas dans les clous ou le pharmacien, bah tant pis il sera pas payé par la sécu ou des trucs comme ça. C'est-à-dire qu'à un moment donné il faut vraiment que tout soit dans les clous, ils sont très pointilleux alors que finalement, nous, on nous laisse une paix royale [à nous médecins]. Il y a des médecins qui prescrivent ce qu'ils veulent, comme ils veulent et sans beaucoup de discernement, personne ne les embête. Tandis que les pharmaciens, il y a quelque chose qui ne va pas, ils sont tout de suite embêtés par l'inspection des pharmaciens.

(Médecin généraliste)

Leur crainte peut également se nourrir d'un certain manque de connaissance ou d'information quant aux mécanismes de sanctions, comme en attestent ces verbatims :

“ [Évoquant les risques en cas d'écart vis-à-vis de la réglementation] Immédiatement pas grand-chose, à ma connaissance, parce qu'on n'est pas contrôlé si fréquemment que ça. Mais il y a deux choses, c'est soit en cas de contrôle de l'ARS qui peut arriver et là on peut avoir de gros problèmes, des interdictions d'exercer, notamment. On peut perdre notre licence. C'est violent pour les stupéfiants, je crois qu'ils sont assez rigoureux. Ne prenez pas ma parole pour vérité, parce que je ne suis pas sûre des sanctions. (...) Voilà. Et la deuxième chose, c'est qu'après la sécurité sociale, cette fois-ci, pas l'ARS ni l'ordre, mais la sécu, eux font des contrôles réguliers informatiques des délivrances prescrites. Et là pour le coup c'est beaucoup plus robotique et ils analysent juste, je pense que c'est avec un programme, mais ligne par ligne, tout ce qui est prescrit, les temps entre chaque délivrance et cetera. (...) Donc ils sont a priori pas non plus trop carrés là-dessus. Il y a plein de raisons qui peuvent amener à transgresser ces règles pour des médicaments un petit peu moins régulés. Je ne l'ai jamais fait pour des stupéfiants. J'ai toujours été hyper carré sur les lois là-dessus. Je sais que pour les autres médicaments, même pour des assimilés stupéfiants on peut le faire dans certains cas particulier pour certains patients. J'ai eu un souvenir là par exemple d'une patiente suivie en psychiatrie avec des paranoïas et des peurs assez lourdes euh, elle était terrifiée à l'idée qu'on décale sa prise, enfin la délivrance d'un médicament par rapport au reste, parce que du coup elle devait récupérer des médicaments classiques pour hypertension, diabète, ce genre de choses et elle voulait récupérer son assimilé stupéfiant en même temps sauf que c'était trop tôt, on a vu que c'était compliqué, on a dit « Pour cette fois ça ira. » Et au final, on n'a pas attendu le temps qu'il fallait mais on n'a pas eu de problème. Mais c'était exceptionnel et il y avait une bonne raison et c'est un assimilé stupéfiant. Je ne sais pas si on aurait pu faire pour un stupéfiant, ce n'est pas exactement la même réglementation...

(Pharmacien)

Ce sentiment de flou, peut nourrir la peur de la sanction et donc induire une rigidification des cadres de prise en charge (ayant des effets notables sur la prise en charge des patients) voire encourager le désengagement dans la prise en charge de ce public. Il pourrait donc être intéressant d'informer davantage sur les mécanismes de sanctions.



Enfin il importe de rappeler que la sanction peut également être symbolique par la stigmatisation des professionnels lorsqu'ils sont suspectés de « complaisance ». Un médecin psychiatre rencontré à vécu cette stigmatisation :



(...) j'étais traité de dealer en blouse blanche par mes collègues qui considéraient qu'il ne fallait pas faciliter la vie des toxicomanes.

(Médecin psychiatre)

Ainsi, la prise en charge du public ciblé peut effectivement impacter plus ou moins fortement l'activité professionnelle des libéraux, mais là encore il serait préjudiciable d'attribuer ce risque uniquement au patient, car cela dépend aussi du nombre de médecins susceptible de prescrire des TSO sur le territoire, de leur accessibilité, mais aussi possiblement du degré de formation en addictologie des professionnels exerçant les sanctions. Notons aussi que si les sanctions semblent rares, la crainte existe, parfois fortement, même chez les professionnels aguerris, ce qui est susceptible d'impacter la prise en charge du public ciblé.



V. Perspectives d'actions : former, accompagner et sécuriser les professionnels et créer du lien et de la confiance entre eux

Ce qu'il faut retenir

L'étude met en évidence plusieurs leviers pour renforcer l'implication des professionnels libéraux dans la prise en charge addictologique et sécuriser les parcours des patients. Ces leviers s'articulent autour de **quatre axes stratégiques** :

1. Renforcer la formation et la montée en compétence

- Former à la prescription des TSO (choix du traitement, posologie, ordonnances sécurisées).
- Diffuser les principes de la **Réduction des Risques et des Dommages (RdRD)** pour redonner du sens au soin.
- Intégrer des modules pratiques (gestion des comportements, techniques motivationnelles)
- Favoriser les échanges avec les CSAPA pour un apprentissage contextualisé.
- Étendre la formation à l'ensemble des acteurs impliqués (médecins, pharmaciens, psychiatres, équipes officinales) pour harmoniser les pratiques et faciliter la coordination.

2. Sécuriser la relation soignant-soigné et l'activité professionnelle

- Inviter à relativiser la dangerosité des patients et ouvrir à la compréhension des comportements estimés problématiques
- Développer des outils pour prévenir ou faire face aux tensions entre soignants et soignés (ex. guides de communication, dispositifs d'accompagnement lors des premiers rendez-vous).
- Informer sur les mécanismes de contrôle et de sanction de l'activité professionnelle pour réduire les peurs infondées et éviter la rigidification des pratiques.
- Penser des solutions organisationnelles pour limiter le sentiment de vulnérabilité (travail en binôme, présence d'un tiers lors des relais complexes).

3. Créer du lien et de la confiance entre acteurs

- Développer des espaces d'échanges interprofessionnels (CPTS, commissions addictions) pour partager les pratiques, débattre des normes et renforcer l'interconnaissance et la solidarité.
- Valoriser le rôle des libéraux dans les parcours addictologiques pour donner du sens à leur engagement.
- Mettre en place des dispositifs de soutien (personne ressource CSAPA, hotline dédiée) pour sécuriser les professionnels en cas de difficulté.



4. Adapter le contexte de prise en charge

- Par l'amélioration des conditions, favoriser l'implication d'un plus grand nombre des professionnels libéraux pour réduire la surcharge en favorisant une répartition équitable des patients (éviter les effets de concentration).
- Améliorer les conditions matérielles (espaces confidentiels en officine, outils numériques pour faciliter les échanges).
- Questionner certaines pratiques (ex. obligation de carte Vitale, gestion des stocks) pour limiter les tensions et les ruptures de soins.
- Penser des solutions pour les publics spécifiques (migrants, profils complexes) afin d'éviter leur circulation de professionnel en professionnel et l'augmentation de la stigmatisation de ce public.

Ces actions visent à **fluidifier les parcours, réduire la stigmatisation, et préserver la santé des professionnels** en limitant les risques psychosociaux. Elles nécessitent une approche globale combinant formation, sécurisation, coordination et adaptation des conditions d'exercice.

Différents leviers ont été identifiés au cours de l'étude, qu'ils soient explicitement évoqués par les professionnels rencontrés, ou qu'ils soient déduits de l'analyse. Ces leviers vont être présentés ici et discutés en étant mis en relation avec les freins évoqués et le contexte actuel de la prise en charge tel qu'il apparaît à travers les propos des professionnels libéraux.

À chaque médecin généraliste ou pharmacien.ne rencontré.e la question suivante a été posée : « Selon vous, qu'est-ce qui aiderait/faciliterait la prise en charge des patients sous TSO ? » Voici les réponses apportées à cette question ainsi que d'autres idées évoquées spontanément au cours des entretiens :

Médecins Généralistes	Pharmaciens
Formation, notamment avec CSAPA	Formation, notamment avec CSAPA
Développer les CSAPA	Développer les CSAPA
Suivi de prise en charge avec un spécialiste	Plus de temps pour effectuer cette prise en charge
Sécuriser les PEC le temps de la création d'une relation de confiance	Sécuriser les PEC le temps de la création d'une relation de confiance
Savoir comment réagir face à une situation complexe / connaître les ressources à disposition	Imposer l'usage de la carte vitale
Développer les CMP	Empêcher les médecins « complaisants » d'agir



Nous pouvons déjà constater que certaines propositions faites par les deux types de professionnels se croisent, ce qui fait sens étant donné que les problématiques sont souvent partagées. Nous allons discuter chaque proposition.

1. Former à la prescription des TSO

- Quels professionnels former ?

La proposition d'augmenter la formation des professionnels ciblés fait sens aux vues des informations recueillies. En effet, prescrire les TSO n'est pas chose simple, car il faut connaître les différents traitements (leurs atouts et limites), trouver la bonne posologie, mais aussi maîtriser le protocole pour réaliser une prescription sécurisée et effectuer le relais avec la pharmacie.

Données quantitatives :

Les figures 5, 6 et 10 en annexes témoignent de nombreuses difficultés concernant la prise en charge des TSO. Cela reste plus marqué chez les professionnels qui ne font plus de prise en charge actuellement : 3 médecins sur 5 ont rencontré des difficultés à accompagner la réduction des TSO en vue d'un sevrage et 3 également ont eu des difficultés à prendre en charge un patient qui continue à consommer des opioïdes en parallèle des TSO. Enfin deux d'entre eux ont rencontré des difficultés à prescrire le bon TSO au bon dosage.

Le manque de formation est relevé comme un frein notable par tous les professionnels lorsqu'il est question de « se lancer » dans la prise en charge du public ciblé. Cela est donc susceptible d'impacter concrètement le nombre de professionnels libéraux prêts à s'investir dans la prise en charge des patients en situation d'addiction aux opioïdes.

Le manque de formation et/ou les différences d'approches en matière d'addictologie peuvent également impacter la bonne coordination des différents professionnels qui seront amenés à s'investir dans le parcours de soin des patients. Partager une même formation pourrait permettre d'offrir des bases communes susceptibles de faciliter par la suite la communication et la coordination des professionnels. En cela il n'est pas forcément question de cibler uniquement les pharmaciens et médecins généralistes du territoire, mais bien de cibler l'ensemble des professionnels susceptibles de participer au parcours de soin et dont la liste est à définir en groupe de travail.

Notons que le besoin de formation se fait également ressentir au sein des équipes, notamment en officine. Un pharmacien rencontré souligne que l'accueil d'un patient décrit comme « compliqué » est d'autant plus gérable si la totalité de l'équipe est formée. Il souligne toutefois la difficulté de maintenir l'égale formation des membres de l'équipe, notamment face à la problématique de turn-over des professionnels.

- Comment et par qui ?



Les professionnels ont évoqué un besoin de formation notamment via des échanges avec les professionnels de CSAPA.

Il est intéressant de souligner que deux médecins rencontrés, suite à des expériences de stages intrigantes, ont décidé de suivre un DU en addictologie. Or seul l'un de ces deux médecins s'est investi très activement et avec une certaine confiance dans la prise en charge des patients nécessitant des TSO. S'il s'agit d'un homme (nous avons vu que cela peut jouer sur le sentiment de peur et sur l'engagement) ce dernier dit s'être senti capable de mener à bien ces prises en charge dès lors qu'il s'est associé au réseau de microstructures. En effet, ce dernier a trouvé les apports du DU trop insuffisants et théoriques. Il a le sentiment d'avoir réellement gagné en compétence et en confiance en échangeant régulièrement avec les professionnels du dispositif de microstructures, autrement dit des professionnels experts en addictologie. Fort de ces échanges, il se dirait prêt aujourd'hui à poursuivre son engagement auprès de cette patientèle même sans le soutien de la microstructure.

S'il n'est pas question de considérer le dispositif de microstructures comme un moyen de formation, cet exemple permet de montrer les limites du DU et surtout l'apport précieux d'échanges réguliers avec des experts et ce sur des situations très concrètes. En outre, des rapports réguliers avec des professionnels de CSAPA permettraient également de tisser des liens de confiance entre professionnels libéraux et acteurs de l'addictologie qui impactent grandement l'engagement.

Données quantitatives :

D'après le questionnaire en ligne, la proposition de formation avec des professionnels de CSAPA est la 3^{ème} option qui obtient le meilleur score après la demande d'une personne ressource travaillant en CSAPA (2^{ème} position) qui peut être considéré comme une autre forme de relation et de création de lien avec les services médico-sociaux spécialisés en addictions (cf. annexes, figure 12).

En effet, un pharmacien très investi dans la prise en charge des patients nécessitant des TSO, accepte les patients envoyés par les CSAPA y compris les plus complexes, car ils ont noué des liens de confiance forts et qu'ils savent que ces derniers les soutiendront en cas de difficulté (ex : si le patient se montre agressif, comme un vol, etc.).

Si la formation par les professionnels de CSAPA compte, il faut également relever que la formation entre confrères et consœurs joue pour beaucoup également. En effet, nous avons pu constater que les expériences de stage jouent pour beaucoup dans l'engagement ou le désengagement dans la prise en charge de la patientèle ciblée. Aussi, un pharmacien qui ne fait plus de prise en charge actuellement (conformément à la politique de l'officine où il exerce) se dit tout à fait prompt à reprendre en charge des patients nécessitant des TSO s'il le fallait, car ce dernier a été accompagné lors de la prise en charge de ce public dans une autre officine.



- La formation à la prescription des TSO : un levier insuffisant

Si la formation à la prescription des TSO apparaît essentielle, et ce à grande échelle, cela ne peut représenter la seule réponse à la problématique présente sur le territoire. En effet, il importe de souligner que se former demande un investissement de temps et d'énergie dans un sujet qui est apparemment peu valorisé lors des études de santé. Et surtout se former implique aussi de se projeter dans la mise en application de ces savoir-être et savoir-faire. Il faut donc trouver cela nécessaire, en avoir envie et se projeter dans l'action. Or pour rappel un professionnel ne faisant pas du tout de prise en charge de patients nécessitant des TSO explique qu'il n'a pas envie de se former, car :

- Cette prise en charge s'éloigne trop du soin (trop simpliste) ;
- Il redoute les comportements singuliers des patients et ne voit pas de possibilité de créer un lien de confiance avec ces derniers ;
- Il suppose aussi que cette prise en charge relève davantage de la mission des CSAPA que des professionnels libéraux.

Il importe donc d'une part

- de travailler à la sécurisation des relations avec les patients ;
- d'autre part, de travailler sur des représentations, notamment en ce qui concerne les comportements des patients, mais aussi de la coordination et du rôle du professionnel libéral (et de son intérêt) dans la prise en charge de cette patientèle.

2. Travailler à la sécurisation des relations soignant-soignés

Qu'il s'agisse de professionnels novices ou expérimentés dans la prise en charge des patients nécessitant des TSO, la crainte des agressions ou d'autres comportements contrariant les normes joue pour beaucoup dans l'investissement des professionnels auprès de cette patientèle. Comme évoqué, certains professionnels, notamment les hommes, semblent moins sujets à cette crainte notamment parce qu'ils :

- relativisent la dangerosité des patients (fréquence des violences physiques, comparaison avec d'autres profils de patients) ;
- comprennent ce qui peut induire ce type de comportement chez le patient (impact de la posture professionnelle et des conditions de prise en charge notamment) ;
- se savent outillés pour éviter ces situations (ex : entretiens motivationnels) ;
- savent quelle stratégie appliquer en cas de situation à risque (ex : prescrire et porter plainte ensuite, contacter la police, etc.).

Toutes ces connaissances et outils pourraient être diffusés. Pour autant il convient de prendre en considération l'impact du genre et des conditions d'exercice de la profession qui peut générer un sentiment de vulnérabilité notable. Il est intéressant de souligner qu'une médecin généraliste se sentait plus à son aise pour prendre en charge certains patients lorsqu'elle n'était pas seule au cabinet. Une autre, ne faisant pas de prise en charge de la patientèle ciblée, se dit prête à tenter l'expérience avec un patient qu'elle connaît, autrement dit quelqu'un avec qui elle a noué une certaine relation de confiance. Ainsi une piste serait potentiellement de



mobiliser un professionnel connaissant le patient pour accompagner la première rencontre lors de la réalisation d'un relais entre CSAPA. Cela permettrait de réduire le sentiment de vulnérabilité associée au fait d'être seul.e face au patient (notamment lorsque le professionnel est une femme), mais aussi cela pourrait augmenter les chances de créer de la confiance avec le patient ainsi qu'avec l'équipe qui assurera la co-prise en charge.

3. Travailler les représentations

La plupart des professionnels qui se sont engagés sur le long terme auprès des personnes en situation d'addiction aux opioïdes partagent des connaissances et des valeurs précises.

- Donner du sens et de la valeur au processus de soin par les TSO

Pour eux, les TSO sont un réel atout dans les parcours des patients en situation d'addiction aux opioïdes. En effet, ils y voient :

- Un moindre risque de dégradation de la santé grâce à l'évitement des surdoses, des problèmes associés à la pratique de l'injection et surtout d'infections potentiellement mortelles (VIH, VHC) ;
- Un moindre risque aussi de dégradation de la situation économique et sociale du patient, car l'arrêt des consommations de drogue permet d'éviter des infractions à la loi (et donc de possibles incarcérations). Aussi la gratuité du traitement de substitution permet au patient de pouvoir employer potentiellement son argent à d'autres fins que l'achat de produits stupéfiants.

Ainsi, même si le patient reste d'une certaine façon « dépendant » au traitement, et ce possiblement sur du très long terme, ces bénéfices suffisent à valoriser l'acte de soin. Notons que plusieurs de ces professionnels convaincus ont pratiqué la médecine pendant la pandémie de VIH et ont aussi expérimenté une prise en charge des patients ciblés sans l'aide des TSO, ce qui permet peut-être plus aisément de saisir l'apport non négligeable de ces traitements, ne serait-ce qu'en constatant la baisse des décès et le vieillissement de ces patients.

Donner du sens à ce soin et notamment à l'apparente stagnation de la situation du patient peut venir contrebalancer le sentiment de frustration voire d'échec perçu par certains professionnels.

Cette approche semble associée au paradigme que la RdRD, dont d'autres apports complémentaires pourraient être enseignés tel que :

- Le fait de concevoir l'addiction comme une maladie chronique
- Considérer le patient comme un « expert » et un acteur privilégié du soin

Données quantitatives :

D'après le questionnaire en ligne, 4 médecins généralistes qui font actuellement de la prise en charge des patients nécessitant des TSO s'estiment assez formés sur la RdRD contre 4 qui estiment qu'ils ne le sont pas (cf. annexes, figure 5).



Enfin, notons que pour valoriser le soin il importe de ne pas le présenter comme le simple renouvellement de la prescription au risque d'ouvrir la comparaison avec le « deal ».

- Comprendre et relativiser les comportements des patients pour générer de l'empathie

Comme nous l'avons vu, les comportements des patients sont toujours au cœur de la problématique de l'engagement ou du maintien de la prise en charge. Or, les professionnels les plus engagés sont aussi ceux qui parviennent à comprendre et à relativiser les comportements des patients et notamment ceux qui perçoivent que certains de ces comportements ne sont pas uniquement le fruit d'une personnalité ou d'une pathologie (en l'occurrence l'addiction) mais aussi le résultat de postures professionnelles et de conditions de prise en charge. Défaire les patients d'une part de responsabilité dans ces comportements revient à pouvoir les voir comme des victimes en l'occurrence d'un système de soin auquel ils n'arrivent pas/ne peuvent pas aisément s'adapter. Dès lors, l'empathie est possible et l'engagement dans la prise en charge encouragé malgré les difficultés.

Données quantitatives :

Notons que l'un des atouts de ces professionnels consiste aussi à ne pas considérer ces patients comme fondamentalement différents des autres. Or il est très intéressant de relever que lorsque les médecins sont interrogés sur les difficultés rencontrées avec d'autres patients présentant d'autres addictions les problématiques sont sensiblement les mêmes que celles évoquées à propos des patients nécessitant des TSO (cf. annexes, figure 3). Ils parlent :

- d'« impuissance face à des patients qui ne sont pas motivés par arrêter »
- de « difficultés à orienter les patients vers les spécialistes »
- de patient qui ne « reviennent pas en consultation et ne font pas leurs examens »
- de « troubles du comportement »
- de sentiment que les « prescripteurs sont instrumentalisés »
- de « difficulté à construire une relation de confiance »
- etc.

Notons que certaines représentations quant aux comportements considérés « problématiques » des patients peuvent persister chez certains professionnels, malgré l'expérience de la prise en charge de ce public. Une meilleure information et donc compréhension des situations de vie et de prise en charge des patients pourrait être bénéfique à tous les professionnels, notamment en ce qui concerne les patients les plus suspectés d'être associés au trafic de médicaments (public migrant).

- Comprendre les comportements des autres professionnels soignants



Enfin, on note également que les professionnels les plus engagés sont également les plus au fait des conditions d'exercices des autres professionnels impliqués dans la prise en charge des patients nécessitant des TSO, et notamment des CSAPA. Là encore, cela leur permet de générer de l'empathie et de maintenir la volonté de travailler ensemble malgré les possibles difficultés rencontrées. Cette connaissance de la situation de l'autre, souvent associée à des échanges réguliers, participe aussi à une certaine solidarité essentielle à une bonne coordination et au maintien de l'engagement dans la prise en charge notamment des patients les plus complexes (qui, nous le rappelons, peuvent parfois être relayés vers la ville par les CSAPA).

Nous avons relevé qu'outre le fait de comprendre les conditions de travail des acteurs du soin, il importe également de comprendre leur politique de soin notamment en vue d'une bonne coordination entre médecins généralistes et pharmaciens. En effet, comme évoqué précédemment, les pharmaciens sont en charge de la vérification des ordonnances et tout élément atypique, s'éloignant des normes en vigueur, peut amener à suspecter à la fois le patient et le professionnel. Or nous avons également relevé que certains professionnels, soucieux de répondre aux besoins des patients, peuvent être amenés à transiger avec les normes en vigueur. Si ce choix n'est pas compris par le pharmacien il peut alors être considéré comme une erreur, une soumission du médecin à une forme de pression exercée par le patient, ou encore comme une preuve de « complaisance » financièrement intéressée. Il importe ainsi que les professionnels puissent communiquer pour interpréter au plus juste les prescriptions et remplacer le climat de méfiance par un climat de confiance qui sera bénéfique aussi bien aux relations interprofessionnelles qu'aux patients.

Des espaces d'échanges interprofessionnels pourraient être constitués, notamment dans le cadre de la Commission de Coordination et de Décloisonnement en Addictologie (CCDA) de l'agglomération de Strasbourg, afin de débattre également autour de problématiques relevées, récurrentes et fréquemment sources de désaccord, telles que :

- comment pratiquer l'addictologie en plaçant le patient au centre du soin, et ce tout en respectant autant que faire se peut les protocoles de soin et normes en vigueur ?
- Quelle politique tenir face à des patients qui peuvent être à la fois des « vrais » et des « faux » patients (autrement dit des patients nécessitant des TSO mais susceptibles de revendre leur traitement sur le marché noir) ?
- Comment accompagner et coordonner le parcours de soin des publics fortement stigmatisés et complexes (ex : migrants de l'Europe de l'Est et d'Afrique) de sorte à éviter leur circulation de professionnel en professionnel ?
- Travailler les représentations de la coordination avec les CSAPA et valoriser la participation des professionnels libéraux dans le parcours de soin des patients nécessitant des TSO

Enfin, même si cela n'a pas été explicité par les professionnels, nous avons relevé des différences de représentations concernant la logique de coordination entre CSAPA et professionnels du secteur libéral qui peuvent également légitimer le désengagement des professionnels libéraux dans la prise en charge des patients en situation d'addiction aux opioïdes.



Aussi, l'étude a permis de mettre en relief toute l'importance de la mobilisation des professionnels libéraux dans la prise en charge. En effet, l'engagement des professionnels libéraux permet aux patients :

- d'accéder plus facilement aux soins ;
- de revenir à une certaine « normalité » ;
- d'éviter de se retrouver dans des espaces où il croise des pairs (risque d'incitation à la consommation).

Un engagement plus important des professionnels libéraux est également susceptible de limiter le risque de surcharge ou de spécialisation de la file active de certains professionnels, car plus les patients peuvent trouver facilement un médecin ou une officine susceptible de répondre à leurs besoins, plus ils vont avoir tendance à se répartir dans les files actives pour éviter les effets de concentration de pairs. Pour rappel, un peu moins de la moitié des médecins généralistes du territoire de l'Eurométropole prescrivent des TSO contre plus de deux tiers en moyennes dans les autres grosses agglomérations et à l'échelle du Grand Est.

Ces informations pourraient également être diffusées afin de donner davantage de sens à l'engagement des professionnels libéraux.

- Informer sur les risques de sanction

Enfin, nous avons également relevé que la crainte des sanctions peut également jouer sur l'engagement des professionnels et qu'un manque de compréhension subsistait quant aux rouages permettant ces prises de décisions. Éclairer les professionnels sur ces mécanismes leur permettrait de relativiser les risques et de mieux cerner leur marge de manœuvre sachant que le public ciblé confronte régulièrement les professionnels au besoin de se mettre en porte à faux avec certaines règles en vigueur.

- En somme

Ainsi :

- **si la formation à la prescription des TSO est nécessaire elle doit être associée à bien d'autres connaissances pour se faire complète. Cette formation cible en priorité les médecins et pharmaciens du territoire, mais pourrait être étendue à d'autres professionnels impliqués dans les parcours des patients nécessitant des TSO. Les professionnels aguerris à la prise en charge de cette patientèle pourraient également bénéficier de certains compléments de formation.**
- **Des outils concrets pour faire face aux situations problématiques doivent également être transmis, et idéalement les relais mériteraient d'être sécurisés pour encourager la prise de risque que représente souvent l'acceptation d'un patient en situation d'addiction aux opioïdes, notamment lorsque le professionnel n'a pas encore osé prendre en charge ce type de patient.**
- **Enfin, des espaces d'échanges interprofessionnels permettraient de débattre autour de problématiques complexes qui impactent régulièrement la coordination des acteurs tout en créant de l'interconnaissance, de la confiance et**



du soutien entre les différents métiers impliqués dans les parcours des patients ciblés.

4. Penser le contexte de PEC

Les pharmaciens et pharmaciennes ont relevé le besoin de disposer de davantage de temps pour accompagner les patients nécessitant des TSO. Comme évoqué précédemment, cette patientèle peut être considérée comme une surcharge de travail dans un contexte déjà tendu, notamment à cause du nombre de vérifications d'ordonnance à réaliser à l'heure actuelle, mais aussi du travail administratif. Nous avons vu par ailleurs que la gestion des TSO et tout particulièrement de la méthadone peut aussi être particulièrement chronophage.

Nous pouvons rappeler également que les locaux se prêtent parfois mal à une prise en charge de qualité (nécessité de discrétion). Mais les professionnels n'ont pas trouvé de proposition plus concrète pour répondre à ce besoin.

Une piste serait d'œuvrer de sorte que les professionnels n'aient pas à faire face à un nombre important de patients nécessitant des TSO, ce qui implique à nouveau d'augmenter autant que faire se peut le nombre de libéraux susceptibles de prendre en charge ce public afin qu'ils puissent se répartir selon différentes logiques personnelles (facilité d'accès, besoin de discrétion, volonté d'éviter de côtoyer les pairs, etc.).

5. Des pistes à questionner

Plusieurs pistes évoquées par les professionnels rencontrés sont à relativiser compte tenu du contexte.

- Développer les CSAPA

Développer les CSAPA est une piste présentée par les pharmaciens et par les médecins généralistes. Cette piste fait sens car les CSAPA sont en situation de difficulté pour prendre en charge notamment cette patientèle. Pour autant, si le développement des CSAPA pourrait être un atout pour la prise en charge des patients nécessitant des TSO, cela ne peut suffire à répondre aux besoins de cette patientèle. En effet, comme évoqué en amont, une partie des patients nécessitant des TSO ont besoin :

- de revenir à une certaine normalité (or être pris en charge en CSAPA peut maintenir un sentiment de stigmatisation),
- d'accéder plus facilement aux soins (plus proches de leurs lieux de vie, horaires moins contraignants),
- d'éviter de côtoyer d'autres patients présentant les mêmes problématiques.

En cela, selon leur parcours et leurs besoins, des patients auront besoin de pouvoir poursuivre leurs soins avec des professionnels de ville. Enfin il faut relever également que les CSAPA ont besoin aussi de la coordination avec les professionnels de ville, notamment lorsqu'ils se retrouvent en difficulté avec un patient et qu'un relais s'impose.

Ainsi développer les CSAPA ne pourrait pas répondre parfaitement aux besoins identifiés sur le territoire même si cela y contribuerait.



Données quantitatives :

D'après le questionnaire en ligne, l'option la plus plébiscitée par les répondants reste la facilitation de relais avec les CSAPA. Ce qui interroge sur les conceptions de la coordination mais aussi sur la possibilité d'accueillir davantage de patient compte tenu des circonstances contextuelles (cf. annexes, figure 12)

- Empêcher les médecins « complaisants » d'agir

Cette demande des pharmaciens fait sens. En effet, les pharmaciens étant le dernier rempart permettant d'éviter la dispense de médicaments qui seraient employés à mauvais escient (détournement, revente), ils se retrouvent fréquemment en difficulté face à des ordonnances qui s'éloignent des normes. Mais l'enquête invite à porter de l'attention sur le fait que toute ordonnance atypique n'est pas forcément le fruit d'un acte de complaisance : elle peut être le fruit d'un manque de formation, d'une situation de contrainte ou un choix stratégique effectué par un médecin qui a possiblement pour politique de mettre le patient et ses besoins au centre du soin. S'il est nécessaire de maintenir une surveillance des agissements des médecins, il importe de ne pas oublier la diversité des situations qui peuvent mener à la réalisation de ces prescriptions perçues comme problématiques.

- Imposer l'usage de la carte vitale

Cette proposition fait également sens étant donné que cela facilite la délivrance des traitements, mais aussi qu'elle permet de suivre le parcours du patient et donc d'évaluer le patient et la légitimité de sa demande. Imposer l'usage de la carte vitale pourrait encourager le fait d'accepter plus facilement des patients qui ne sont pas « connus » / « du quartier », car il serait alors possible de vérifier leur parcours et de fait la pertinence de leur demande de traitement. Cela risquerait toutefois de limiter l'accès aux traitements à certains patients. Il pourrait s'avérer intéressant d'interroger les raisons de cette tendance et les possibles stratégies des patients : si la carte vitale permet de suivre le parcours du patient, et notamment de voir s'il fréquente différentes officines, ou si cela permet de vérifier si la CPAM a effectué une « alerte » les concernant, certains patients pourraient-ils être tentés de ne pas présenter leur carte vitale pour contourner ces freins ? S'il y a volonté de ne pas rendre visible leur parcours de prise en charge est-ce forcément parce que ces derniers ont un mésusage des traitements ou en font la revente sur le marché noir ?

- Développer les CMP

Cette demande est fondée, les professionnels de l'addictologie du territoire en ont également fait mention lors du *focus group* : il est difficile d'orienter actuellement les patients présentant des comorbidités psychiatriques vers le CMP. Le deuxième volet de ce document vise justement à penser la difficulté de prise en charge des comorbidités psychiatriques, mais ce via la prise en charge par les professionnels de ville.



VI. Conclusion

Ce qu'il faut retenir

La conclusion souligne que la prise en charge des patients nécessitant des TSO par les professionnels libéraux reste limitée, malgré un besoin croissant lié à la saturation des CSAPA.

Les freins identifiés sont multiples : représentations négatives des patients, crainte des comportements agressifs, manque de formation, contraintes normatives et organisationnelles, ainsi que la peur des sanctions. Ces obstacles sont renforcés par des conditions d'exercice difficiles (manque de temps, isolement, locaux inadaptés) et par des tensions interprofessionnelles. Les professionnels peu engagés et ceux très investis partagent certaines craintes, mais l'expérience permet de relativiser certains risques, notamment la fréquence des violences physiques.

Le rapport insiste sur la nécessité de travailler les représentations, de sécuriser les pratiques et de renforcer la formation, en particulier sur la prescription des TSO et la réduction des risques.

Il recommande également de développer des outils concrets pour prévenir les tensions, d'améliorer la coordination avec les CSAPA et de créer des espaces d'échanges interprofessionnels pour instaurer la confiance. Enfin, il rappelle que la mobilisation des libéraux est essentielle pour fluidifier les parcours, réduire les ruptures de soins et améliorer la qualité de vie des patients, tout en préservant la santé des professionnels.

1. Outre les conditions de travail et le contexte actuel, des représentations qui invitent à limiter la prise en charge ou à la relayer

La comparaison entre les professionnels ne faisant pas ou peu de prise en charge des patients nécessitant des TSO et ceux qui le font fréquemment permet de mettre en relief plusieurs constats notables.

Tout d'abord, il faut relever que les craintes et présupposés des professionnels libéraux les moins engagés dans la prise en charge s'ancrent dans une certaine réalité. En effet, ces patients présentent des comportements et nécessitent un accompagnement qui peuvent grandement complexifier la prise en charge. Toutefois, si les risques présagés peuvent avoir lieu, l'expérience des professionnels aguerris rencontrés invite à en nuancer grandement la fréquence, notamment en ce qui concerne le risque d'agression physique, le risque de spécialisation de la file active et le risque de sanction de l'activité. Nous n'avons toutefois pas de données chiffrées permettant de conforter le point de vue de ces professionnels. Par ailleurs des connaissances, outils et stratégies existent pour répondre à ces craintes légitimes. Ressources susceptibles de fonctionner dans la mesure où, comme l'on souligné les professionnels les plus investis, le comportement des patients peut dépendre de la prise en charge et des postures professionnelles.



Autre information notable : des représentations subsistent à l'expérience de la prise en charge du public ciblé (crainte des agressions physiques, crainte des patients venant de l'Europe de l'Est et association systématique de ces derniers au trafic de médicaments, etc.), or ces représentations peuvent amener soit à réduire le nombre de patients nécessitant des TSO soit induire un arrêt total de la prise en charge de ces derniers. De par l'injonction à réduire les risques de mésusage et de trafic, certains professionnels peuvent aussi éviter de répondre aux demandes de certains patients, mais là encore les indicateurs retenus pour discerner les « faux patients » peuvent être empreints de représentations ou d'une fiabilité relative.

En outre, il semble important de relever qu'en effet, une grosse partie des problématiques évoquées devient réellement problématique dès lors que le nombre de patients nécessitant des TSO devient trop important. Par exemple, prendre en charge un patient qui demande un peu plus de temps que d'autres ou qui peut s'avérer verbalement agressif peut sembler gérable. C'est quand ce type de public se fait fréquent que cela peut notamment impacter la santé des professionnels (burn-out). Toutefois, l'effet de « bouche à oreille » craint par les moins investis est également à relativiser dans la mesure où cette concentration de patients qui nécessite des TSO n'est a priori pas plus désirée par les patients d'après les constats réalisés par l'ORS Grand Est sur d'autres territoires (étude non publiée). Se rendre en ville pour des soins peut d'ailleurs être motivé par le désir d'éviter de fréquenter des pairs dans les salles d'attente. Ainsi, si les soins sont suffisamment accessibles ce risque sera possiblement moindre.

Enfin, si ces patients sont si complexes à prendre en charge ce n'est pas uniquement du fait d'une personnalité ou de leur addiction. Conditions des professionnels et la prise en charge impactent grandement les relations soignants-soignés, de même qu'un contexte qui souvent peut s'avérer contraignant (injonctions et normes de prise en charge contradictoires, lieux ou conditions de travail peu adaptés aux besoins des professionnels comme des patients, etc.). Or si ces dynamiques (contraintes et impacts sur la relation soignant-soignés) ne sont pas perçues par les professionnels, ces derniers risquent d'attribuer la responsabilité de l'ensemble de ces problématiques aux patients. Ces derniers peuvent alors être considérés comme problématiques, et de fait évités, notamment si les professionnels se sentent déjà en situation de surcharge d'activité. Ainsi, un travail sur les représentations semble particulièrement important pour lever les freins des professionnels, qu'ils soient peu ou très engagés dans la prise en charge des patients ciblés. Il importe d'informer sur les conditions de vie, les contraintes liées aux conditions sanitaires (addictions, comorbidités), sociale et économique des patients ainsi que sur leur rationalité³³.

Un travail des représentations peut également s'avérer bénéfique concernant celles associées au rôle et à la logique de coordination des soins, notamment entre CSAPA et professionnels de ville.

³³ Certains comportements des patients peuvent sembler étranges, voire irrationnels pour certains professionnels, nous proposons ici de penser « une autre forme de rationalité », comme l'évoque Rommel Mendès-Leite dans son article intitulé « [Identité et altérité : protections imaginaires et symboliques face au sida](#) ». Autrement dit, il s'agit de postuler d'une logique propre aux patients, susceptible d'être éclairée par la compréhension de leurs parcours et de leurs représentations (des soins, de la maladie, de la guérison, etc.).



Ces différentes représentations sont susceptibles d'impacter la prise en charge de ces patients, que le soin consiste à prescrire des TSO ou à prendre en charge d'autres problématiques, notamment somatiques. En effet, si la prise en charge des problématiques somatiques de ces patients peut parfois s'avérer complexe (ex : prise en charge de la douleur ou de comorbidités associées aux injections), c'est souvent le seul fait d'avoir un patient présentant ce profil au sein de la file active qui est craint. Ainsi l'ensemble de l'analyse tend à éclairer aussi bien le manque d'engagement dans la prescription des TSO que dans la prise en charge des problématiques somatiques des patients en situation d'addiction aux opioïdes.

2. Points d'attention

Comme relevé précédemment, les professionnels peuvent être enclins à se baser sur certains indicateurs pour discerner les « vrais » des « faux » patients. Or ces indicateurs sont imparfaits et peuvent inciter les professionnels, parfois à tort, à ne pas répondre aux besoins de certains patients. Si la démarche est légitime et qu'elle peut dans certains cas porter ses fruits (autrement dit contribuer à la réduction du mésusage et de la revente de médicaments sur le marché noir) cela a pour effet de contraindre certains profils très spécifiques à circuler de professionnel en professionnel, d'officine en officine. Il est tout particulièrement question des patients Géorgiens et autres migrants de l'Europe de l'Est, qui suscitent souvent la crainte de violences physiques chez les professionnels (là encore à tort ou à raison). Or ces personnes sont potentiellement des patients dans la mesure où ils présentent une addiction aux opioïdes. Ainsi, il y a un là un double intérêt de penser le parcours de ces patients et de trouver une façon de les raccrocher aux soins : pour répondre au besoin d'accompagnement addictologique, mais aussi pour limiter leur circulation qui, outre le risque de renforcement de la stigmatisation (le fait de « circuler » est un indicateur supplémentaire qui tend à considérer le patient comme un trafiquant) ils seront susceptibles de maintenir ou renforcer la crainte des patients nécessitant des TSO chez des professionnels de ville. Crainte qui pourra s'étendre à l'ensemble des patients nécessitant des TSO, par amalgame.

Précisions :

Lors du second point d'étape durant lequel les premiers résultats ont été présentés, des représentants des CSAPA ont indiqué que ce public devait prioritairement être pris en charge dans leurs services. Cependant, ils font part de difficultés similaires : soumis aux mêmes réglementations et normes que les professionnels libéraux, le fait de poser un cadre en cohérence induit souvent des pertes de contacts avec ce public.

Enfin, si une partie notable des freins reposent sur des représentations pouvant être solutionnées par de la diffusion d'information et d'outils, il faut relever que différentes contraintes contextuelles seront susceptibles de freiner l'engagement des professionnels dans la prise en charge des patients nécessitant des TSO, notamment :

- les conditions de travail (fait de travailler seul, de ne pas disposer de suffisamment de temps ou d'un espace adapté à une prise en charge estimée de qualité) ;



- le cadre normatif en matière de prescription et de délivrance de TSO et plus globalement les normes en matière de soin qui peuvent s'avérer contradictoires. De fait toute prise en charge de patients nécessitant un TSO peut induire d'avoir à se distancier d'une ou plusieurs normes et donc à s'exposer à des risques de sanction ;
- un contexte où les professionnels susceptibles de participer au parcours de soin des patients en situation d'addiction aux opioïdes ne partagent pas nécessairement les mêmes avis et positionnements vis-à-vis de l'addictologie et notamment de la RdRD. D'où de possibles tensions entre professionnels et complexification de la gestion des parcours de patients.

Annexes

I. Données tirées du questionnaire en ligne à destination des médecins généralistes :

Partie commune à l'ensemble des répondants

Figure 1. Profils des médecins généralistes répondants au questionnaire

Genre (nombre de répondants = 14)	Nombre
Homme	5
Femme	9
Age (nombre de répondants = 14)	Nombre
Moins de 30 ans	1
Entre 30 - 39 ans	4
Entre 40 - 49 ans	6
Entre 50 - 59 ans	1
60 ans et plus	2
Vous exercez (plusieurs réponses possibles) (nombre de répondants = 13, 1 non réponse)	Nombre
En cabinet de groupe	10
En centre de santé	2
En maison de santé pluriprofessionnelle	1
Seul	0
En hôpital	0
Suivez-vous ou avez-vous suivi des formations spécifiques sur les addictions ? (nombre de répondants = 14)	Nombre
Oui	8
Non	6
Formations suivies (plusieurs réponses possibles) (nombre de répondants = 8)	Nombre
Diplôme universitaire (DU) spécifique sur les addictions	4
Formation organisée par un CSAPA ou par Grand Est Addictions	5
Autre (ancienne activité addictologique, expérience de terrain et mémoire de DES, stage durant l'internat en CSAPA)	3

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est

Figure 2. Types de problématiques addictives prises en charge par les médecins généralistes ayant répondu à l'enquête et nombre de patients pris en charge pour cette problématique

Type de problématiques addictives	Nombre de répondant prenant en charge	Nombres de patients pris en charge pour cette problématique (par semaine ¹ ou par mois ²)				
		1 à 2 personnes	3 à 5 personnes	6 à 10 personnes	11 personnes et plus	Non répondant
Tabac ¹	13	7	0	2	3	1
Alcool ¹	13	9	1	1	0	2
Opiacés (hors substitution détournée) ²	8	5	2	1	0	0
Cannabis ²	7	4	1	1	0	1
Mésusage de médicaments (ex : Lyrica, Skenan, etc.) ²	7	6	1	0	0	0
Addictions comportementales (jeux d'argents et de hasard, pornographie, etc.) ²	3	3	0	0	0	0
Autre produit ou addiction comportementale ² (addiction sexuelle, troubles du comportement alimentaire x 2)	3	NR	NR	NR	NR	NR
Cocaïne/Crack ²	2	2	0	0	0	0
Nouveaux produits de synthèse (ex : cannabinoïdes de synthèse, cathinones de synthèse, GHB, etc.) ²	2	2	0	0	0	0
Protoxyde d'azote ²	1	0	1	0	0	0

¹ = nombre de patients par semaine ; ² = nombre de patients par mois

NR = non renseigné

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg », exploitation ORS Grand Est



Figure 3. Difficultés d'accompagnements des médecins généralistes répondants selon la problématique addictive

Rencontrez-vous des difficultés à accompagner vos patients pour d'autres problématiques addictives ? (Nombre de répondants = 8)	Oui	Non	Précisions sur les difficultés rencontrées
Tabac	2	6	- Impuissance face à des patients qui ne sont pas motivés par arrêter.
Alcool	5	3	- Difficultés à orienter les patients vers les spécialistes: addictologues, psychiatres. Je me sens très isolée dans ma pratique et dois parfois composer toute seule pour trouver des solutions. - Manque de formation - Ne reviennent pas en consultation et ne font pas leurs examens
Cannabis	5	3	- Usage banalisé: les patients n'ont souvent pas conscience de leur addiction. - N'arrive pas à sevrer l'addiction
Cocaïne/crack	2	6	- Peur d'attirer une population de patients - Troubles du comportement
Mésusage de médicaments	1	7	- Les prescripteurs sont instrumentalisés, difficulté à construire une relation de confiance
Nouveaux produits de synthèse	1	7	- Réseaux parallèles des initiés
Protoxyde d'azote	1	7	- Drogue de la misère
Addictions aux jeux d'argent et de hasard	2	6	- Honte des usagers
Troubles du comportements alimentaires (TCA)	4	4	- Dénî
Addictions aux écrans	1	7	
Addictions aux jeux vidéos	1	7	
Autres addictions comportementales	1	7	

Questions facultatives posées à la fin du questionnaire ; ce qui explique les 8 répondants/14.

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est

Partie spécifique sur les répondants réalisant une prise en charge de patients consommateurs/addicts d'opiacés et traitements de substitution aux opioïdes

Pour rappel, 8 répondants (parmi 14) prennent en charge des patients ayant une problématique d'addiction liée aux opiacés.

Figure 4. Profils des médecins généralistes répondants prenant en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés

Genre (nombre de répondants = 8)	Nombre
Homme	3
Femme	5
Age (nombre de répondants = 8)	Nombre
Moins de 30 ans	1
Entre 30 - 39 ans	2
Entre 40 - 49 ans	3
Entre 50 - 59 ans	0
60 ans et plus	2
Vous exercez (plusieurs réponses possibles) (nombre de répondants = 7, 1 non réponse)	Nombre
En cabinet de groupe	7
En centre de santé	1
En maison de santé pluriprofessionnelle	1
Seul	0
En hôpital	0
Suivez-vous ou avez-vous suivi des formations spécifiques sur les addictions ? (nombre de répondants = 8)	Nombre
Oui	5
Non	3
Formations suivies (plusieurs réponses possibles) (nombre de répondants = 5)	Nombre
Diplôme universitaire (DU) spécifique sur les addictions	3
Formation organisée par un CSAPA ou par Grand Est Addictions	3
Autre (<i>stage durant l'internat en CSAPA</i>)	1

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est

Figure 5. Auto-évaluation de la formation des médecins généralistes répondants pour la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés

Vous sentez-vous assez formé pour ... (nombre de répondants : 8)	Oui	Non
La prise en charge des troubles psychiatriques	2	6
Accompagner ces personnes dans une perspective de réduction des risques et des dommages (ex : évoquer les outils de RdR tels que les TSO, le matériel stérile d'injection et de sniff, etc.)	4	4
Prendre en charge les autres addictions (si la personne est en situation de polyaddiction)	4	4
Initier un traitement de substitution (buprénorphine)	5	3
Accompagner à la réduction ou l'arrêt des traitements de substitution aux opioïdes	5	3
Assurer un accompagnement social	0	2
La prise en charge de la douleur	7	1
Renouveler un traitement de méthadone	8	0
Renouveler un traitement de buprénorphine	8	0

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est

Figure 6. Perception des médecins généralistes répondants sur la difficulté des accompagnements pour la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés

Avec ces patients, dans quelle mesure trouvez-vous ces accompagnements difficiles à réaliser ? (nombre de répondants : 8)	Pas difficile	Un peu difficile	Difficile ou très difficile	NSPP
Prescrire/Initier le bon traitement de substitution au bon dosage	3	1	4	0
Prendre en charge un patient qui continue à consommer des opioïdes en parallèle des TSO	3	1	4	1
Effectuer des relais avec d'autres structures (CSAPA, CMP, ...)	1	4	3	0
Faire face à certains comportements tels que l'impatience, l'agressivité, retards ou « lapins », etc.	1	4	3	0
Organiser un séjour en post-cure (Soins de Suite et Réadaptation en Addictologie (SSRA) ou Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR))	2	2	3	1
Identifier une pharmacie	4	2	2	0
Organiser un sevrage des opiacés en milieu hospitalier	3	2	2	1
Faire face aux refus du patient (ex: refus de faire une cure)	2	4	2	0
Réaliser une prescription sécurisée	7	1	0	0

NSPP = ne se prononce pas (les non réponses ont été intégrées à cet item)

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est

Figure 7. Hiérarchisation des besoins identifiés des médecins généralistes répondants pour aider à la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés

Qu'est-ce qui vous aiderait à prendre en charge ces patients au cabinet ?	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	4 ^e choix	5 ^e choix	Score pondéré
Relai facilité dans les CSAPA	2		2	1		18
Télé-expertise (ligne d'appui/messagerie)	2	1		1		16
Personne ressource dans les CSAPA		4				16
Formation avec des Centres de Soins, d'accompagnements et de prévention en addictologie (CSAPA) et Grand Est Addictions	1		3		1	15
Mise à disposition d'informations sur les structures et leur fonctionnement	1			1		7
MOOC (formation en ligne)		1		1		6
Formation DPC	1					5
Guide ressource présentant des informations utiles sur l'accompagnement de ces patients et les ressources en cas de besoin (ex: comment éviter/gérer les situations d'agressivité, services/structures à contacter en cas de difficultés, etc.)		1			1	5
Numéro d'appel unique d'orientation				2		4
Présence d'un professionnel de CSAPA lors du 1 ^{er} entretien avec le patient			1			3
Coordination DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination)					1	1
Guide ressource sur la prescription des TSO						0
Outil numérique de coopération entre professionnels (ex : PARCEO)						0
Nombre de répondants	7	7	6	6	3	

Un score pondéré a été calculé à chaque proposition en fonction du rang choisi par les répondants. Chaque position dans le classement correspond à un nombre de points décroissant :

- 1^{er} choix = 5 points
- 2^e choix = 4 points
- 3^e choix = 3 points
- 4^e choix = 2 points
- 5^e choix = 1 point

Le score final (dernière colonne) de chaque proposition correspond à la somme des points obtenus en fonction du nombre de répondants l'ayant placée à chaque rang.

Cette méthode permet de **hiérarchiser les priorités pour aider la prise en charge** des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés selon l'importance que leur accordent les répondants.

Priorisation parmi les médecins généralistes prenant déjà des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est



Partie spécifique sur les répondants non concernés par la prise en charge des opiacés et traitements de substitution aux opiacés (TSO)

Pour rappel, 6 répondants parmi les 14 ne prennent pas en charge de patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés.

Figure 8. Profils des médecins généralistes répondants ne suivant pas en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés

Genre (nombre de répondants = 6)	Nombre
Homme	2
Femme	4
Age (nombre de répondants = 6)	Nombre
Moins de 30 ans	0
Entre 30 - 39 ans	2
Entre 40 - 49 ans	3
Entre 50 - 59 ans	1
60 ans et plus	0
Vous exercez (plusieurs réponses possibles) (nombre de répondants = 6)	Nombre
En cabinet de groupe	5
En centre de santé	1
En maison de santé pluriprofessionnelle	0
Seul	0
En hôpital	0
Suivez-vous ou avez-vous suivi des formations spécifiques sur les addictions ? (nombre de répondants = 6)	Nombre
Oui	3
Non	3
Formations suivies (plusieurs réponses possibles) (nombre de répondants = 3)	Nombre
Diplôme universitaire (DU) spécifique sur les addictions	1
Formation organisée par un CSAPA ou par Grand Est Addictions	2
Autre (<i>ancienne activité addictologique, expérience de terrain</i>)	2

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est

Figure 9. Raisons perçues de l'absence de patients suivis présentant une problématique addictive liée aux opiacés

Vous n'avez pas de patient pris en charge pour une consommation/addiction aux opioïdes. Qu'est-ce qui selon-vous explique cette situation ?	1^{er} choix	2^e choix	3^e choix	4^e choix	5^e choix	Score pondéré
Je n'ai pas de patient concerné par cette problématique à ma connaissance dans ma patientèle	4					20
Je crains que les patients souffrant d'addiction m'orientent leurs connaissances souffrant de la même		1	1		1	8
Je crains que les autres patients en salle d'attente soient mal à l'aise ou aient peur.			2	1		8
Je crains de contribuer involontairement à un trafic de		1		1		6
Je ne dispose pas de suffisamment de temps pour aborder précisément ces questions	1					5
Je préfère orienter vers les structures de prise en charge	1					5
Je ne me sens pas en sécurité / je suis seul.e dans mon cabinet		1				4
J'ai eu une mauvaise expérience, maintenant j'évite					1	1
Les patients concernés ne souhaitent pas travailler leur addiction, ils sont souvent dans le déni						0
Je crains la réaction des patients si j'aborde spontanément ce sujet						0
Je ne me sens pas assez formé.e, je manque d'outils						0
Je crains une sanction en cas d'erreur de prescription						0
Je suis mal à l'aise avec l'idée de renouveler sans cesse une même ordonnance						0
Nombre de répondants	6	3	3	2	2	

Un score pondéré a été calculé à chaque proposition en fonction du rang choisi par les répondants. Chaque position dans le classement correspond à un nombre de points décroissant :

- 1^{er} choix = 5 points
- 2^e choix = 4 points
- 3^e choix = 3 points
- 4^e choix = 2 points
- 5^e choix = 1 point

Le score final (dernière colonne) de chaque proposition correspond à la somme des points obtenus en fonction du nombre de répondants l'ayant placée à chaque rang.

Cette méthode permet de **classer les raisons de non prise en charge** des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés selon l'importance que leur accordent les répondants.

Choix parmi les médecins généralistes ne suivant pas de patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés.

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est



Figure 10. Perception des médecins généralistes répondants sur la difficulté des accompagnements pour la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés, parmi les répondants ne prenant plus en charge.

5 personnes par les 6 répondants ne prenant pas en charge les patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés en ont suivis par le passé.

Par le passé, vous avez suivis des patients consommant ou addictifs aux opiacés. Quelles ont été les difficultés rencontrées ? (nombre de répondants : 5)	Oui	Non	NSPP
Faire face à certains comportements tels que l'impatience, l'agressivité, retards ou « lapins », etc.	5	0	0
Faire face aux refus du patient (ex: refus de faire une cure)	4	1	0
Accompagner la réduction des TSO en vue d'un sevrage	3	1	1
Prendre en charge un patient qui continue à consommer des opioïdes en parallèle des TSO	3	1	1
Organiser un séjour en post-cure (Soins de Suite et Réadaptation en Addictologie (SSRA) ou Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR))	3	2	0
Prescrire le bon traitement de substitution au bon dosage	2	2	1
Accompagner les autres addictions (personne en situation de polyaddiction)	2	2	1
Prendre en charge d'autres problématiques somatiques (ex: traitement d'une douleur postopératoire)	2	1	2
Organiser un sevrage des opiacés en milieu hospitalier	2	3	0
Identifier une pharmacie	1	3	1
Autre difficulté (<i>aspect "manipulateur" de ces patients ; manque de connaissance dans ce domaine ; manque d'outils motivationnels ; manque de repères dans la pratique</i>)	1	0	4
Réaliser une prescription sécurisée	0	4	1

NSPP = ne se prononce pas

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est

Figure 11. Hiérarchisation des besoins identifiés des médecins généralistes répondants pour aider la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés

Qu'est-ce qui vous aiderait à prendre en charge ces patients au cabinet ?	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	4 ^e choix	5 ^e choix	Score pondéré
Relai facilité dans les CSAPA	3	1				19
Personne ressource dans les CSAPA	1	2	1		1	17
Formation DPC		2				8
Numéro d'appel unique d'orientation	1				1	6
Formation avec des Centres de Soins, d'accompagnements et de prévention en addictologie (CSAPA) et Grand Est Addictions			1	1		5
Guide ressource présentant des informations utiles sur l'accompagnement de ces patients et les ressources en cas de besoin (ex: comment éviter/gérer les situations d'agressivité, services/structures à contacter en cas de difficultés, etc.)	1					5
MOOC (formation en ligne)			1			3
Coordination DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination)			1			3
Présence d'un professionnel de CSAPA lors du 1er entretien avec le patient			1			3
Guide ressource sur la prescription des TSO				1		2
Télé-expertise (ligne d'appui/messagerie)				1		2
Mise à disposition d'informations sur les structures et leur fonctionnement					1	1
Outil numérique de coopération entre professionnels (ex : PARCEO)						0
Nombre de répondants	6	5	5	3	3	

Un score pondéré a été calculé à chaque proposition en fonction du rang choisi par les répondants. Chaque position dans le classement correspond à un nombre de points décroissant :

- 1^{er} choix = 5 points
- 2^e choix = 4 points
- 3^e choix = 3 points
- 4^e choix = 2 points
- 5^e choix = 1 point

Le score final (dernière colonne) de chaque proposition correspond à la somme des points obtenus en fonction du nombre de répondants l'ayant placée à chaque rang.

Cette méthode permet de **hiérarchiser les priorités pour aider la prise en charge** des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés selon l'importance que leur accordent les répondants.

Priorisation parmi les médecins généralistes ne suivant pas de patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés.

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est

Hiérarchisation des besoins parmi l'ensemble des répondants du questionnaire

Figure 12. Hiérarchisation des besoins identifiés des médecins généralistes répondants pour faciliter la prise en charge des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés parmi l'ensemble des répondants au questionnaire

Qu'est-ce qui vous aiderait à prendre en charge ces patients au cabinet ?	1 ^{er} choix	2 ^e choix	3 ^e choix	4 ^e choix	5 ^e choix	Score pondéré
Relai facilité dans les CSAPA	5	1	2	1	0	37
Personne ressource dans les CSAPA	1	6	1	0	1	33
Formation avec des Centres de Soins, d'accompagnements et de prévention en addictologie (CSAPA) et Grand Est Addictions	1	0	4	1	1	20
Télé-expertise (ligne d'appui/messagerie)	2	1	0	2	0	18
Formation DPC	1	2	0	0	0	13
Guide ressource présentant des informations utiles sur l'accompagnement de ces patients et les ressources en cas de besoin (ex: comment éviter/gérer les situations d'agressivité, services/structures à contacter en cas de difficultés, etc.)	1	1	0	0	1	10
Numéro d'appel unique d'orientation	1	0	0	2	1	10
MOOC (formation en ligne)	0	1	1	1	0	9
Mise à disposition d'informations sur les structures et leur fonctionnement	1	0	0	1	1	8
Présence d'un professionnel de CSAPA lors du 1er entretien avec le patient	0	0	2	0	0	6
Coordination DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination)	0	0	1	0	1	4
Guide ressource sur la prescription des TSO	0	0	0	1	0	2
Outil numérique de coopération entre professionnels (ex : PARCEO)	0	0	0	0	0	0
Nombre de répondants	13	12	11	9	6	

Un score pondéré a été calculé à chaque proposition en fonction du rang choisi par les répondants. Chaque position dans le classement correspond à un nombre de points décroissant :

- 1^{er} choix = 5 points
- 2^e choix = 4 points
- 3^e choix = 3 points
- 4^e choix = 2 points
- 5^e choix = 1 point

Le score final (dernière colonne) de chaque proposition correspond à la somme des points obtenus en fonction du nombre de répondants l'ayant placée à chaque rang.

Cette méthode permet de **hiérarchiser les priorités pour aider la prise en charge** des patients présentant une problématique addictive liée aux opiacés selon l'importance que leur accordent les répondants.

Priorisation parmi l'ensemble des médecins généralistes répondants.

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est

Focus - Prise en charge addictologique des « jeunes (12-25 ans) »

Figure 13. Produits ou comportements identifiés chez les jeunes de 12-25 ans accompagnés par les répondants

Accompagnez-vous des jeunes (12-25 ans) concernant ... (Nombre de répondants = 14)	Nombre de répondants accompagnant des jeunes	Nombre de jeunes pris en charge par mois				Pour quelles consommation de produits ? ou Pour quelles addictions comportementales ?
		1 à 2 jeunes	3 à 5 jeunes	6 à 10 jeunes	11 jeunes et plus	
... la consommation de produits addictifs ?						
Jeunes mineurs (- de 18 ans)	1	1	0	0	0	Alcool (1/1) Tabac (1/1)
Jeunes entre 18 et 25 ans	7	5	2	0	0	Alcool (3/7) Tabac (3/7) Cannabis (6/7) Kétamine (2/7)
Je n'ai pas de jeune avec cette problématique	7	NC	NC	NC	NC	NC
... des addictions comportementales ?						
Jeunes mineurs (- de 18 ans)	2	2	0	0	0	Jeux vidéos (2/2) Ecrans (2/2) Troubles du comportement alimentaire (1/2)
Jeunes entre 18 et 25 ans	2	2	0	0	0	Jeux d'argent et de hasard (1/2) Jeux vidéos (1/2) Ecrans (1/2) Troubles du comportement alimentaire (1/2)
Je n'ai pas de jeune avec cette problématique	11	NC	NC	NC	NC	NC

* pour cette dernière colonne, les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de répondants concernés pour chaque type de consommation ou d'addiction parmi ceux ayant déclaré accompagner des jeunes. Par exemple : Alcool (3/7) chez les jeunes de 18 à 25 ans signifie que 3 répondants sur les 7 ayant déclaré accompagner des jeunes de cette tranche d'âge pour une consommation de produits ont identifié l'alcool comme produit concerné.

NC = Non concerné

Source : enquête « Prise en charge des patients en situation d'addictions par les professionnels libéraux en Eurométropole de Strasbourg, exploitation ORS Grand Est

II. Compte rendu du comité de pilotage du 8 Septembre 2025

Pour une restitution de l'étude **sur les difficultés et besoins des médecins libéraux, médecins psychiatres et pharmaciens en matière de prise en charge addictologique**

Le lundi 8 septembre 2025 à 8h

MAJ : 08/10/2024

Rédigé et validé par

Participants :

Voir feuille d'émargement en annexe

Excusé : Dr Thierry ROYER, CSAPA EPSAN

RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR

- **Présentation des résultats de l'Etude par l'ORS par Mme PERREL**
- **Echanges entre les acteurs dans l'objectifs :**
 - **de parvenir à des conclusions partagées avec l'ensemble des parties prenantes ;**
 - **et sur les bases de ces constats et analyse, faire émerger des pistes d'actions**
- **Organisation des prochains groupes de travail**

PRESENTATION DE L'ETUDE MENEES PAR L'OBSERVATOIRE REGIONALE DE SANTE (JANVIER 2025-JUIN 2025)

Cf. Diaporama présenté en annexe

ECHANGES

Mme Francine GATTO, Cheffe de service CAARUD – CSAPA, s'interroge sur le choix porté par cette étude sur les patients ayant recours aux traitements substitutifs aux opiacés (TSO) et de la stigmatisation qui peut en découler.



Mme Rachel PERREL, de l'ORS, précise qu'il a fallu faire des choix : la problématique TSO a vite émergé en nombre de patients concernées, et en marge de progression, en effet moins de la moitié des médecins généralistes (49,2 %) ont prescrit au moins une fois un médicament TSO contre 66,7 % à l'échelle du Grand Est

Dr Louis-Marie DUSSEL, CSAPA des HUS, précise que la thématique des TSO est ressorti en groupe de travail « accès aux soins » et ce beaucoup plus clairement que l'alcool.

Mme Emilie GARDEUR complète sur le fait que ce choix résulte du temps disponible des libéraux limité pour échanger lors des entretiens avec l'ORS.

Mme GATTO exprime après des décennies de travail une impression de retour en arrière sur les représentations des usagers, de régression ou du moins d'immobilisme qui, probablement, résulte d'un renouvellement de génération des professionnels de santé.

La faible imprégnation dans le secteur de la médecine libérale sur Strasbourg de la culture de réduction des risques et des dommages (RdRD) est constatée désormais par ORS.

L'ORS interroge faut-il « lisser », c'est-à-dire parvenir à une faible différence d'approche, en matière de RdRD entre établissements et professionnels libéraux ou parvenir à une culture commune et homogène ?

Mme GATTO souligne que les choix relèvent de l'utilisateur et du professionnel de passer à un sevrage directement ou d'une approche de RdRD et que cela ne peut être autre chose qu'une démarche individuelle. Pour certains le sevrage direct peut-être aussi la meilleure solution et qu'il ne convient pas de définir ce qui doit prévaloir.

Un participant soulève une question clé : le choix du professionnel de santé de passer directement au sevrage relève-t-il de l'ignorance de l'approche en RdRD ou d'un choix délibéré ?

L'ORS répond qu'il n'y a pas de certitude sur ce point et qu'effectivement en conséquence, le rapport devrait alors le préciser clairement.

M. Frédéric MAZERAND, référent addictions Ville de Strasbourg indique que la représentation de la RdRD par les libéraux va au-delà de la connaissance théorique souvent acquise. Il ressort tout de fois que la conclusion principale de l'étude est le constat d'une crainte qu'elle soit fondée ou non.

L'ORS confirme que la peur porte sur deux points distincts : la peur des patients et la peur des sanctions dans les pratiques au regard du cadre réglementaire.

En comparaison avec les années 90 de déploiement des TSO, un représentant d'Ithaque souligne l'effet amplificateur des réseaux sociaux, leur impact sur les médecins généralistes « cela s'emballe, sur un terrain qui est déjà là, nourrit par l'absence de connaissance ».



Pour remédier à cette peur, Ithaque interroge sur un éventuel besoin de plus grande souplesse pour les relais de prise en charge des usagers entre CSAPA et libéraux.

En revenant sur les situations particulières d'embolisation de quelques cabinets médicaux qui ont été largement connus, et qui ont conduit à cette peur une des réponses serait d'éviter la concentration : l'ORS souligne qu'il est fort possible que le patient soit un acteur de l'effet de déconcentration par une volonté de sa part de ne pas fréquenter des lieux où ils pourraient rencontrer d'autres patients dans la même situation.

Mme Gatto qu'il y a sûrement une approche à faire évoluer dans le suivi des patients sous TSO pour parvenir à une approche globale du patient (la stabilisation, les possibilités de réinsertion, de réduire les fréquentations néfastes grâce aux TSO, etc.) et non sur la seule approche physiologique et de la molécule. Pour revaloriser l'acte de prescription de TSO, il conviendrait d'avoir un autre regard sur la notion de résultat.

Il y a une variabilité chez les médecins généralistes de représentation de la place du CSAPA dans le suivi de leurs patients : parfois les CSAPA sont mobilisés pour la souplesse attendue dans les heures de RDV pour un suivi psy dans le cadre d'une co-prise en charge, parfois l'orientation vers un CSAPA est uniquement pour une prise en charge complétée.

Dr Jakub KOWALCZYK, médecin au CSAPA ALT confirme qu'il n'y a pas d'obligation d'avoir un soutien total du CSAPA qui peut agir en complétude.

Il ressort des échanges qu'il en est tout autrement des patients géorgiens selon le représentant d'Ithaque, ils prennent souvent leur traitement sur place, se pose une problématique de traduction et d'interprétation. Par ailleurs, leur pratique de venir accompagner génère un effet de groupe or l'attroupement fait peur.

La discussion revient sur les constats du rapport de l'ORS s'agissant du risque de trafic par les patients qui freine l'admission aux soins par les libéraux prescripteurs.

L'obligation de présentation de la carte vitale est à clarifier et dans ce même sens de la « case à cocher » qui résulte de la demande l'autorisation pour accès au dossier du patient. Certains médecins présumant de l'aval du patient et peuvent contrôler l'errance du patient pour se procurer des TSO.

Pour Dr KOWALCZYK, le rôle de médecin, n'est pas différent

Dr Claude BRONNER, médecin libéral, représentant de l'Union régionale des professionnels de santé – médecins libéraux (URPS ML) : rappel de grands principes de la médecine libérale susceptibles de donner du poids au médecin, le médecin a autant le libre choix de sa patientèle que l'utilisateur du médecin : l'acceptation du patient d'accéder aux données de remboursement via la carte vitale peut être une condition de prise en charge.

Ces questions relatives à l'assurance maladie, de l'engagement des dépenses pour les patients et leur contrôle, est une réalité à intégrer à ce rapport.

Dr BRONNER, témoigne d'un très fort ressenti de certain de ses confrères qui ont subi une agression verbale, une situation de tension avec un patient. Pour lui, particulièrement expérimenté avec ce type de patientèle, un tel incident serait bénin. Il ne faut pas minimiser les conséquences de ces agressions.

Il y a tout un travail à faire d'un vrai accompagnement de ces professionnels.

Le développement de la téléexpertise est une piste pour un tel accompagnement au début dans le démarrage pour se sentir plus assuré.

Dr D'USSEL : la piste a été explorée en interne aux HUS mais elle n'est pas compatible avec un CSAPA financé en dotation globale. OMNIDOC serait applicable sur un service fonctionnant sur une tarification à l'acte (T2A), et il faut que l'interlocuteur soit médecin.

M. Olivier LAURENT, Agence régionale de santé, reprendra avec Dr VANNOBEL pour connaître l'état d'avancement de leur projet de mise en place d'une télé-expertise en addictologie avec le CHRU de Reims. Il est en effet fort probable qu'un tel service puisse se mettre en place que sur le volet hospitalier de l'addictologie. Il convient effectivement de creuser cette piste.

Dr Yannick SCHMITT, médecin libéral, président d'une CPTS de l'agglomération, directeur de service de santé des étudiants, rappelle que la demande de soutien exprimée par les médecins porte rarement sur des questions techniques s'inscrivant aisément dans la téléexpertise et le besoin n'est pas de travailler pas forcément sur les dosages.

Il souligne un grand besoin de médiation en santé, un besoin « d'huile dans les rouages », il y voit une grosse plus-value.

Dr Susanna BOLCHINI, médecin territoriale à l'Agence régionale de Santé, souligne justement le travail en cours pour mettre en place une formation DU médiation en santé qui pourra répondre à terme aux besoins du territoire.

M. Frédéric LEMANCEAU, coordinateur d'un des trois Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) Strasbourgeoise, rappelle le travail mené avec Médecin du Monde sur un support à destination des médecins libéraux pour l'accès aux soins des plus précaire. Un volet addictions pourrait utilement le compléter.

M. LAURENT, interroge sur la possibilité ou non pour les médecins participants à un exercice de soins coordonnés de mobiliser pour de telle fonction l'aide CPAM à l'emploi d'assistants médicaux dans les cabinets. Il s'agit d'une piste à creuser.



Dr BRONNER, bien entendu, les échanges sur une téléexpertise ne peuvent se limiter à des questions techniques d'ajustement des dosages, ce serait une manière d'élargir la relation, pour la prise de contact, pour le contenu du contact.

DR SCHIMTT indique que la spirale de surcharge de certains cabinets médicaux ne résulte pas uniquement sur des TSO, il en est également de même avec certains traitements détournés comme la prégabaline (Lyrica). Les questions entre le mésusage, le détournement et le trafic sont extrêmement mêlées.

Il ressort des échanges un besoin d'échanges interprofessionnels pour comprendre mutuellement les contraintes et le fonctionnement des acteurs différents entre établissements, médecins et pharmaciens pour aligner les pratiques entre prescriptions et délivrances. Y associer des représentants experts de l'assurance maladie aurait tout son sens.

Dr BRONNER confirme ce besoin qui avaient déjà pu être pourvus lors de l'émergence des TSO par des « comité de substitution ».

M. Frédéric LEMANCEAU, coordinateur d'un des trois Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) Strasbourgeoise, déclare que les CPTS peuvent être un cadre particulièrement adapté pour de tels échanges interprofessionnels.

Caroline TAVERNIER fait état également d'un besoin de travailler sur l'articulation avec la justice sur les injonctions thérapeutiques et surtout les obligations de soins pour aligner également les pratiques.

M LAURENT, entend le besoin qui dépasse la problématique des médecins libéraux et prend note d'un travail dans ce sens à mener avec le SMPR, le CSAPA de la maison d'arrêt et les acteurs.

Est évoquée la piste de la formation des médecins généralistes. Sur ce point Dr DUSSEL regrette que le 1^{er} contact des jeunes professionnels avec les patients dans une problématique d'addiction en formation initiale est souvent en garde en urgence ou en hospitalisation somatique.

La création d'un poste de PUPH d'addictologie (occupé par Professeure LALANNE) reste encore récente (2019) et dans la formation initiale des médecins l'addictologie correspondant 7 items sur 362 à maîtriser et qu'ils s'avèrent rarement prioritaires pour les médecins.

S'agissant de la piste des stages en quatrième année d'internat ; Mme Mélinda HUBER, directrice du CSAPA de l'association ALT, souligne que son établissement en accueil et que ceux-ci sont encadrés de fait par plusieurs médecins pour une pluralité d'approche.



Dr D'USSEL décrit le parcours des internes de médecine générale en stage au CSAPA des HUS : un unique stage de 3 mois c'est très court, puisqu'il faut 1 mois pour être à l'aise et qu'un mois avant le stage il faut déjà anticiper de réduire sa file active pour son départ. Le choix est fait de ne pas être laisser l'interne être confronté seul aux situations les plus difficiles, notamment l'introduction d'un traitement de substitution aux opiacés. Si l'interne est affecté pour 6 mois, les possibilités sont plus larges. En pratique, les consultations à deux se tiennent avec un inversement des rôles entre maître et stagiaire, puis un RETEX après consultation.

Dr BRONNER, il faut éviter surtout de ne pas présenter les situations difficiles ainsi : « c'est trop compliqué pour toi ! » il s'agit de renforcer la confiance par un encadrement des plus jeunes. Au bout de 3 mois, le stagiaire doit être à l'aise.

Pour Dr D'USSEL, la mise en confiance passe aussi par connaître ses limites et vers qui demander en cas de besoins.

DR SCHMITT rappelle les chiffres. 16 places de stages par semestre. Avec 10 à 15 % de la promotion le nombre d'étudiants pouvant être exposés à un bon stage dans la filière addictologique reste très limité et donc que la piste des stages ne serait être un levier véritable.

Mme PERREL, reprend les constats de l'étude, il existe une forme de « contamination » par l'ensemble des maîtres de stage et les pratiques des services qui donne des indications proscrivant le suivi de ces patients.

Olivier LAURENT en revenant sur les jeunes médecins en exercice libéral ayant un tel besoin d'appui similaire aux stagiaires pour les questions d'addictologie et dans les objectifs évoqués de la télé-expertise, un « monitoring in abstracto », c'est-à-dire non porté par une structure en charge de suivi des patients serait-il opportun ?

Dr BRONNER répond par l'affirmative.

Dr SCHMITT fait part des difficultés de contacter sur ces sujet l'AM. Pharmaciens et médecins reçoivent parfois un courrier du service médical sur une problématique de prescriptions/délivrances anormales mais sans coordonnées d'un référent à contacter. Toutefois il recommande de prendre attache avec M Bruno KILLIAN en charge de l'accès aux soins à la CPAM, très investi et pouvant être ainsi un relai fort utile.

CONCLUSIONS

Les échanges du Comité de pilotage ont permis de confirmer la pertinence des constats dressés par l'ORS et de mettre en lumière les principaux enjeux liés à la prise en charge addictologique en médecine de ville. Ils soulignent notamment la nécessité de renforcer la diffusion d'une culture commune de réduction des risques, d'apporter un accompagnement concret aux médecins libéraux, et de favoriser les échanges interprofessionnels, incluant les pharmaciens et l'Assurance maladie.

Plusieurs pistes d'action ont émergé :

- développer la téléexpertise et d'autres formes de soutien à distance ;
- renforcer la médiation en santé et l'appui aux professionnels confrontés à des situations de tension ;
- clarifier les articulations entre libéraux, CSAPA, justice et Assurance maladie ;
- améliorer la formation initiale et continue en addictologie, notamment par les stages et l'encadrement des jeunes médecins.

Le COPIL acte ainsi la poursuite des travaux en groupes de travail thématiques afin de traduire ces orientations en actions opérationnelles et partagées.



Prise en charge des addictions par les professionnels libéraux sur l'Eurométropole de Strasbourg

Copil du 08 septembre 2025

Nom Prénom	Structure	Signature
GATTO Marcine	Ithaque	
KOWALCZYK John	ALT	
Nilinda KUBER	ALT	
Caroline TAVERNIER	Ithaque	
Frederik LEMANON	SEN W	
MULKENSTERN YANNICK	CPTS Strasbourg	
HAZENBAUM Stéphanie	Ville	
d'USSÉL Louis-Marc	HUS	
KIEFFER Pauline	Médecins du Monde	
SCHMITT Yannick	Unistra	
BOONVER Claude	URP 17L	



Observatoire Régional de la Santé Grand Est

Siège

Hôpital Civil – Bâtiment 02, 1^{er} étage
1 place de l'hôpital
67091 Strasbourg cedex
Tél : 03 88 11 69 80

Site de Nancy

Tour A de la Copropriété Saint-Sébastien
5 rue Saint-Thiebaut
54000 Nancy
Tél : 09 86 13 16 82

Mail : contact@ors-ge.org

Site internet : www.ors-ge.org