



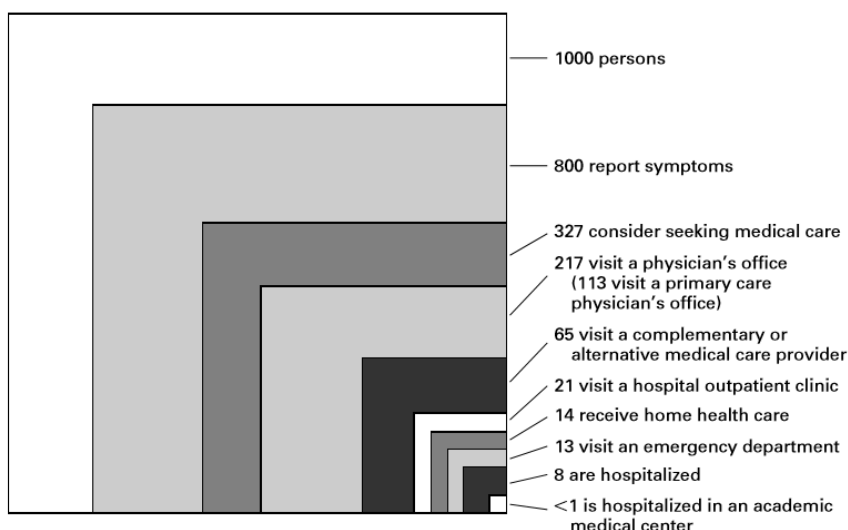
Contribution du Collège de la Médecine Générale au plan gouvernemental Addiction

Propositions pour inscrire la médecine générale dans le plan triennal de la MILDECA

Vendredi 8 décembre 2017

● ● ● La MILDECA sollicite le Collège de la Médecine Générale pour faire des propositions de participation des médecins généralistes au plan gouvernemental Addiction. Les médecins généralistes ont une culture permanente de la réduction des risques et des dommages (prévention primaire, secondaire et tertiaire) qui s'inscrit particulièrement dans la prise en compte des conduites addictives. Ils sont directement concernés par une politique de santé des populations dans leur environnement. Dès 1961, White⁽¹⁾ décrit « The ecology of medical care », revisité par Green en 2001⁽²⁾ (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Sur 1000 adultes (de plus de 16 ans) potentiellement exposés à un problème de santé sur un mois, 750 peuvent ressentir un problème dont environ 250 vont consulter un médecin de soins primaires ; 9 patients vont être hospitalisés, 5 vont avoir recours à un spécialiste et 1 patient va être hospitalisé dans un CHU.

Figure 1. L'accès aux soins selon le Carré de White. Revisité par Green en 2001.



Le Carré de White illustre bien la position du MG dans le parcours de soins des patients, et son rôle primordial dans la prévention, l'accès au parcours de soins, la prise en charge initiale, puis dans la coordination de la prise en charge tertiaire.

De par la diversité de leur exercice, les médecins généralistes sont pour la majorité au contact avec les patients avant qu'ils consomment, puis avant qu'ils aient un problème d'usage, et pour une minorité ont axé leur exercice sur la prise en charge des patients ayant un problème d'addiction, pouvant être à la fois compétents dans cette pratique et relais par rapport à leurs pairs.

Dans ce contexte, le Groupe de travail « Réduction des Risques et des Dommages, et prise en charge des Addictions » au sein du Pôle Santé des Populations du CMG a ciblé certains axes du projet de la MILDECA, où leur place paraît essentielle, et élaboré les propositions suivantes.

Axe 1 : Prévention pour tous tout au long de la vie

De l'affiche posée en salle d'attente pour assurer un rôle de prévention primaire collective, à la prévention secondaire de l'évolution vers un trouble de l'usage⁽³⁾, ou de la prévention de la complication chez un patient présentant une addiction sévère pour assurer son rôle de prévention tertiaire, en passant par le repérage individualisé, la réalisation de conseil minimal ou intervention brève, ... le médecin généraliste (MG) est au cœur de la prévention des consommations et des troubles liés à l'usage.

Le MG ayant accès aux adolescents, âge des primo-consommations, dans un colloque singulier, il a une place dans la prévention primaire en parallèle des dispositifs mis en place dans les établissements scolaires. Mais cela lui donne également un rôle essentiel de prévention secondaire, de par la possibilité d'un repérage et d'une prise en charge précoces. Enfin si nécessaire Il coordonne la prévention tertiaire en prenant en compte le patient dans son environnement.

Objectif prioritaire 1. Eclairer pour responsabiliser.

Objectif opérationnel 1. Réduire la tolérance sociale vis-à-vis des consommations

Les médecins généralistes sont confrontés tous les jours aux effets du « French Paradoxe »⁽⁴⁾ et de la mésinformation sur les effets néfastes de l'alcool dans leur cabinet. Le débat sur la législation du cannabis complexifie la diffusion d'informations claires sur le produit.

Ils peuvent être un des relais essentielle la communication publique à la fois collective (dans les salles d'attente) et individuelle (dans le colloque singulier de la consultation).

Type d'actions menées :

- **Site internet d'aide à la consultation.** Le site internet www.cannabis-medecin.fr a été créé à l'initiative et par un médecin généraliste. Il a obtenu le Prix du site internet 'Professionnels' des entretiens de Bichat 2014⁽⁵⁾. L'objectif était de proposer un site pratique aux affirmations validées par des références et des témoignages d'experts et s'affranchir d'une culture de banalisation de cette consommation. La mise à jour régulière de cet outil est indispensable à la poursuite de sa pertinence.
- **Thèses d'exercice.** Travaux de recherche porté par des internes ayant le double objectif de sensibiliser les MG et les patients participants à l'étude, et de permettre aux MG de s'appuyer sur des résultats d'études pour étayer leur argumentaire.

Par exemple pour l'alcool :

« Revue de la littérature : la consommation d'alcool a-t-elle réellement un effet bénéfique sur les pathologies cardiovasculaires ? ».

« Comment mieux communiquer avec nos patients sur leur consommation d'alcool ? Etude épidémiologique auprès de patients de 650 patients en Auvergne »

Pour le cannabis :

« Étude qualitative sous format article auprès de médecins généralistes de l'Hérault : Dépistage clinique de l'usage du cannabis chez l'adolescent en médecine générale »

Cependant les médecins généralistes n'ont pas tous bénéficié d'une formation leur permettant une prise de conscience de leur rôle à jouer dans le domaine du repérage précoce, en France, comme dans d'autres pays⁽⁶⁾. Continuer à les sensibiliser est un enjeu majeur.

Ajouter un objectif opérationnel : Augmenter la diffusion et l'appropriation des outils de prévention – repérage auprès des Médecins généralistes

Mesure : diffusion de la plaquette de la HAS : « Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte »⁽⁷⁾.

Objectif prioritaire 2. Développer une prévention coordonnée dès l'enfance

Pour ce qui concerne les plus jeunes, en France, le médecin généraliste (MG) est le professionnel de santé le plus consulté par les jeunes (79,2 %) ⁽⁸⁾. Huit jeunes sur dix âgés de 15 à 30 ans ont consulté un MG au moins une fois dans l'année précédente ⁽⁸⁾. Une étude française de 2011 nous apprend que si la quasi-totalité (96 %) des MG considéraient que l'usage de cannabis présentait un risque important pour la santé, seuls 8% interrogeaient leur patient sur leur consommation de cannabis et 2% utilisaient des questionnaires d'aide au repérage des consommations problématiques de cannabis ⁽⁹⁾.

Objectif opérationnel : savoir réagir dès les 1ères consommations :

Mesures 1 : Renforcer la capacité au repérage précoce par les professionnels au contact des jeunes adultes, en diffusant les critères d'alerte simples (usages problématiques des produits, des écrans, du jeu pathologique).

Type d'actions menées

L'essai clinique national CANABIC a permis d'évaluer l'impact d'une Intervention Brève menée par des MG auprès de jeunes consommateurs de 15 à 25 ans dans leurs cabinets. Ce projet de recherche a été le support pour une sensibilisation et une formation des MG à la réalisation de l'IB ⁽¹⁰⁾, et un support pour l'adhésion des MG au RPIB pour la prise en charge des consommateurs de cannabis. Cette étude menée par des MG.

Rajouter un objectif opérationnel : Donner aux MG les moyens d'une prévention efficace

Mesures :

- Création d'une consultation spécifique RPIB – Repérage précoce et Intervention Brève : prévention et repérage des addictions aux substances et comportements, dès le début de l'adolescence.
- Augmentation des moyens dédiés à la formation des médecins généralistes au respect du secret médical et la notion de l'intimité chez le mineur versus l'autorité parentale, loi du 4 mars 2002,
- Intégration de la réalisation de ces consultations de prévention à la ROSP

Objectif prioritaire 3 : Eviter l'exposition des femmes enceintes aux substances psychoactives

Objectif Opérationnel : Favoriser un double repérage précoce, à l'attention des femmes et des enfants

Mesure : Former et sensibiliser les professionnels de santé (sages-femmes, pédiatres, médecins généralistes, professionnels des PMI,...) à mieux repérer chez les enfants les troubles liés à l'alcoolisation fœtale quel que soit l'âge de recours, en lien avec la PMI, et les femmes enceintes qui sont très souvent suivies par leur généraliste, les 6 premiers mois, en lien avec les maternités.

Rajouter une mesure : former et sensibiliser les professionnels de santé (sages-femmes, pédiatres, médecins généralistes, professionnels des PMI, etc.) à mieux repérer les symptômes de dépression, souvent liés aux consommations, et à ne pas déprescrire les antidépresseurs de manière inadaptée, au risque de voir un transfert de consommation vers des substances dangereuses pour l'enfant.

Objectif prioritaire 4 : Proposer une prévention qui soit aussi accessible aux personnes handicapées

Pour que la vulnérabilité liée au handicap ne soit pas accentuée par une addiction, prévoir des programmes de prévention inclusifs.

Objectif prioritaire 5 : Faire de la lutte contre les conduites addictives une priorité de la santé au travail

Ajouter des objectifs opérationnels :

Assurer une meilleure coordination entre médecin du travail et médecin traitant.

Mesure : décloisonner les suivis du patient assurés par les 2 médecins qui connaissent son environnement : Médecin du travail et Médecin traitant, en élaborant une meilleure communication entre ces 2 acteurs, **en respectant les désirs du patient quant à la confidentialité** (courriers, alertes, plateforme commune de prévention etc..)

Axe 2 : une meilleure réponse pour les citoyens et la société aux conséquences des addictions

Objectif prioritaire 7 : Positionner le premier recours comme entrée dans le parcours de santé

En 2002, la WONCA Europe a défini la médecine générale comme une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques ; une spécialité clinique orientée vers les soins primaires⁽¹¹⁾. Les 11 caractéristiques formulées par cette définition situent bien le MG dans son rôle de pilier du premiers recours (Figure 2).

Figure 2. Les 11 caractéristiques de la Médecine Générale selon la définition de la WONCA 2002.

- a) La Médecine Générale est habituellement **le premier contact avec le système de soins**, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- b) Elle utilise de façon efficace les ressources du système de santé par **la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités**, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- c) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.
- d) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- e) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- f) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- g) Elle gère simultanément **les problèmes de santé aigus et chroniques** de chaque patient.
- h) Elle intervient à **un stade précoce et indifférencié du développement des maladies**, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- i) Elle favorise **la promotion et l'éducation pour la santé** par une intervention appropriée et efficace.
- j) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- k) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

En 2009, 90 000 patients par semaine ont été vus en médecine générale pour un sevrage tabagique, et 50 000 par semaine pour un sevrage alcoolique⁽¹²⁾. En 2001, 51 % des MG déclaraient avoir reçu au moins un patient pour une consommation de cannabis dans les 12 derniers mois, 25 % au moins un patient pour un usage de cocaïne et 20 % pour un usage d'ectasy⁽¹³⁾. En 2007, 20 % des MG prenaient en charge 73 % des patients dépendants aux opiacés¹¹. Le médecin généraliste est confronté aux polyconsommations (Opioïdes, tabac, OH, cannabis, BZD, MDMA ...⁽¹⁴⁾.

Selon une étude réalisée en Auvergne en 2014 : sur 94 patients suivis en CSAPA pour traitement de substitution aux opiacés, 26,88% (n=25) y avaient été adressés par un médecin généraliste et 13,98% (n=13) déclaraient avoir un suivi par leur médecin généraliste⁽¹⁵⁾.

Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire

Une association de recherche pluri-professionnelle et interdisciplinaire en soins primaires (SPPIR) a été créée le 13 septembre 2016. Son objectif est de promouvoir et développer la recherche en soins primaires, de manière pluri-professionnelle et interdisciplinaire. Elle structure ainsi, en les rapprochant, une démarche menée depuis 2014 par les fédérations des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et des centres de santé sur des problématiques communes.

Développer la formation des professionnels de santé tout au long de la vie professionnelle

Les connaissances scientifiques et les techniques de prise en charge évoluent rapidement, avec en particulier l'apport des neurosciences. C'est particulièrement vrai dans le champ de l'addictologie. La diffusion de ces connaissances et d'une culture professionnelle de prévention, repérage et prise en charge passe par une FMI et FMC spécifique orientée sur la réduction des risques et dommages.

FMI

Le DMG de Poitiers a réalisé une étude sur la FMI en addictologie dans les Facultés de Médecine Françaises. L'addictologie est au programme de FMI de nombreuses facultés, dans le second et le troisième cycle, mais il reste des facultés où la thématique n'est pas abordée.

FMC

Les médecins généralistes ont actuellement deux sources de financement d'une formation indépendante, le Fond d'Assurance Formation de la Profession Médicale (FAF-PM) et le Développement Professionnel Continu (DPC). Certains programmes abordent ces thèmes mais ne sont pas ressentis comme prioritaires par les médecins et donc sont sous utilisés. Les choix contraints et la limitation des budgets disponibles en sont la cause première.

Rajouter des objectifs opérationnels

1. Systématiser et renforcer le repérage des conduites addictives

Développer et diffuser des outils de repérage de troubles de l'usage, créé en en soins primaire et donc adaptés aux prévalences de médecine générale.

2. Renforcer l'implication des professionnels de premier recours dans l'accompagnement des Patients présentant des addictions

Création d'une consultation spécifique de prise en charge de l'addiction, toute addiction confondue (tabac, alcool, cannabis, et autre) coté C2, signifiant la nécessité d'avoir du temps d'échange avec les patients

Création d'un forfait prise en charge de n consultations pour un accompagnement d'un projet de réduction des risques ou sevrage pour une poly-consommation

Intégration de la réalisation d'un certain nombre d'items de consultation prévention ou prise en charge addiction à la ROSP.

Autorisation de la primo prescription de méthadone en ville, (en lien avec un CSAPA, sur le modèle de la prise en charge des IVG médicamenteuses en ville), reconnaissance de la compétence à la prescription des TSO quel qu'ils soient.

3. Optimiser la formation des internes et des MG

Pérenniser le financement du DPC

Objectif prioritaire 8 : Consolider les parcours de santé en addictologie

Dessiner des parcours de santé en addictologie, qui reconnaissent le rôle et les spécificités de chacun des intervenants, en insistant sur la position clé des médecins généralistes tant en matière de repérage et d'orientation que d'accompagnement, sera une amélioration nette de l'accès aux soins pour les patients.

Les médecins généralistes ont un rôle essentiel de prévention primaire et secondaire et de repérage précoce. Ils rencontrent les patients à différents moments de leur parcours de santé en addictologie, alors que ceux-ci consultent pour d'autres motifs que leurs consommations : patients de tout âge pour quelque motif que ce soit pour lesquels il faut profiter des consultations pour réaliser des temps de prévention individuelle, et dont il faut repérer les consommations ; patients avec des fragilités aux addictions qu'il faut identifier; patients ayant une pathologie chronique dont les consommations vont avoir des complications spécifiques ; patients ayant un suivi addictologique en parallèle, dont il faut assurer le suivi en ambulatoire et la coordination avec le centre spécialisé.

Certains généralistes ont, de par leur choix et expérience professionnelle, acquis une compétence spécifique sur la prise en compte des patients ayant un problème d'addiction, qu'ils exercent dans leur cabinet. Ils peuvent être identifiés par leurs pairs et par les structures spécialisées comme référents potentiels et être impliqués pour un avis clinique pour les uns, pour un relai spécifique pour les autres. Ils interviennent enfin très souvent en dernier recours, auprès de patients en rupture totale de soins, où toute prise en charge spécialisée est exclue. Ils sont un maillon de plus dans le parcours de prise en charge du patient.

Dans chaque parcours de soins, le généraliste se doit d'être un référent pour le patient, intervenant si nécessaire ou orientant vers une structure adaptée, dans tous les cas assurant la continuité des soins.

Objectif prioritaire 10 : Améliorer l'offre en matière de réduction des risques et des dommages

La RDRD est au cœur de la pratique du médecin généraliste de par sa position ubiquitaire dans le parcours de santé en addictologie du patient d'une part et une prise en charge basée sur la décision partagée avec le patient, base de l'alliance thérapeutique d'autre part.

La réduction des risques et réduction des dommages s'applique en médecine générale à toutes les substances.

Objectif opérationnel : Adapter l'offre aux besoins

Mesure : Continuer de sensibiliser au maximum les médecins généralistes de terrain à l'intérêt de la prévention et du repérage précoce en pratique de routine

Former et mettre en place des délégués de santé prévention (DSP) et un délégué de recherche clinique (ARC) qui auront pour objectif de développer les liens avec les médecins traitants, pour permettre au réseau de se rapprocher au plus près des patients et de rompre l'isolement du médecin et de modifier leurs représentations. Expérience mise en place en Gironde.

Mesure : Mieux comprendre le mécanisme de prise du traitement de substitution en étudiant leur comportement⁽¹⁶⁾.

Axe 4 : recherche et observation au service de l'action

La médecine générale n'a pas été absente de la dynamique de recherche dans la thématique addictologie. L'augmentation des publications dans le domaine de l'addictologie s'est aussi vérifiée en soins primaires. Plusieurs équipes de médecins généralistes universitaires travaillent sur cette thématique et plusieurs ont publié dans la revue de la discipline ou dans des revues internationales indexées.

Depuis 2011, 3 PHRC Nationaux ont déjà été conduits par un MG et réalisés en ambulatoire en MG, dans la thématique de l'addictologie. Tous ont été publiés depuis.

- **BACLOVILLE⁽¹⁷⁾** : Traitement de l'alcoolisme - Essai thérapeutique pragmatique randomisé, en double insu pendant un an en milieu ambulatoire du baclofène versus placebo. (DMG Paris-Descartes).
- **CANABIC⁽¹⁰⁾** : CANnabis et Adolescents- Effets d'une Intervention brève sur leur consommation (CANABIC). Essai national pragmatique randomisé en cluster en soins primaires. (DMG Auvergne).
- **ESUB-MG⁽¹⁸⁾** . Évaluation des consommations de SUBstances au cabinet médical pour la prise en charge des patients initiant un traitement par buprénorphine en Médecine Générale. Dr Lapeyre-Mestre M, Co-investigatrice principale. (DMG Toulouse).

L'addiction est un des axes thématiques de recherche de 6 Département de Médecine Générale sur 35⁽¹⁹⁾.

Le CNGE vient de produire un document de synthèse du développement de la recherche en soins primaires en général, et sur l'axe addictologique en particulier dans le cadre d'un partenariat avec l'ITMO-Santé Publique⁽²⁰⁾.

La recherche en Soins primaires a encore besoin de structuration en France. Une fédération nationale de réseaux régionaux de médecin généralistes investigateurs est en train de se créer. Un travail sur la création d'une base de données de prescription en médecine générale est également en cours, il faudra l'apparier aux données du SNIIRAM pour plus de pertinence.

Objectif prioritaire 17 : Elargir les connaissances pour mieux prévenir, réduire les risques et soigner

Renforcer les connaissances sur les usages et les trajectoires de consommation et mettre en évidence l'impact des facteurs environnementaux, de l'offre de soin sur les trajectoires de dépendance et de soin.

Les prévalences de consommations et de comportements sont méconnues auprès de nos patients accédant au système de soins, donc en médecine générale. Nous disposons de données en population générale d'une part, pour les patients suivis en centre spécialisés ou en milieu hospitalier d'autre part, mais peu pour les patients de soins primaires. Or ces prévalences peuvent différer de la population générale. Les consommateurs de cannabis par exemple ont plus souvent recours au système de soins. Ces données sont essentielles car les sensibilités et spécificités des dispositifs mis en place vont être modifiées selon ces prévalences. Des travaux de recherche sont déjà engagés dans ce sens.

Un travail sur les fonctions exécutives et leur lien avec l'âge d'entrée dans les consommations et l'évolution vers la dépendance est également en cours, porté par le DMG de Clermont-Ferrand, en collaboration avec une équipe canadienne (GRIP – Groupe de Recherche sur les Inadaptations psychosociales de l'enfant et l'adolescent).

Renforcer l'observation et la recherche:

Nous nous inscrivons bien sûr dans les objectifs cités. Des travaux sont également en cours sur les substitutions : efficacité, ressenti, usage détourné⁽²¹⁾. Cette piste semble primordiale pour comprendre le parcours du consommateur.

Les Médecins généralistes chercheurs pourraient être intégrés à ces recherches en raison de leur expertise en soins primaires et en recherche en soins primaires.

La recherche pour mieux prévenir :

La recherche en soins primaires rencontre des difficultés spécifiques à l'exercice de terrain. Développer la recherche nécessite d'en donner les moyens aux médecins généralistes universitaires et de promouvoir la recherche auprès des médecins généralistes de terrain, dans les cabinets, et de les y former.

Les généralistes travaillent à former leurs confrères via des publications en français dans la revue de la discipline *Exercer*⁽²²⁾⁽²³⁾.

La recherche pour mieux réduire les risques, soigner et réduire les inégalités d'accès aux soins :

Le groupe de travail se réjouit que les « efforts engagés pour renforcer la recherche clinique et thérapeutique sur les conduites addictives, en lien avec les centres d'investigation et de recherche clinique, les réseaux hospitalo-universitaires d'addictologie et les structures médico-sociales » soient poursuivis, mais appellent à des efforts spécifiques réalisés pour la recherche en soins primaires et donc en médecine générale, avec et par des médecins généralistes.

Renforcer l'observation et la recherche sur la prévention, la réduction des risques et le soin en mettant l'accent sur :

La recherche qualitative pour mieux comprendre la complexité des parcours de consommation, via des études mixtes. Inspirée des sciences humaines et sociales, la « recherche qualitative » regroupe une série de méthodes exploratrices, explicatives, et compréhensives des phénomènes observés⁽²⁴⁾. Elle est particulièrement adaptée à la compréhension des parcours complexes et multifactoriels qui mènent un usager à l'addiction sévère. Le Groupe Universitaire de Recherche Qualitative Médicale Francophone (Groumf) est une association indépendante, créée en 2007 pour promouvoir la recherche qualitative en soins primaires. Il regroupe actuellement une cinquantaine de médecins généralistes, enseignants-chercheurs et chercheurs en sciences humaines et sociales⁽²⁵⁾.

Objectifs opérationnels :

Renforcer les connaissances sur les usages et les trajectoires de consommation

Rajouter des mesures :

- Réaliser des études de prévalence de patients consultant en médecine générale, pour connaître le réel niveau d'usage et fréquence de comportement des patients en cabinet de médecine générale, afin d'adapter les outils utilisés en tenant compte des sensibilités et spécificités de ceux-ci.
- Créer des cohortes de jeunes consommateurs pour suivre leur profil de consommation en amont des troubles de l'usage

Élargir les connaissances pour mieux prévenir

- Renforcer le vivier de chercheurs en médecine générale
- Créer un réseau de médecins généralistes investigateurs : identification des généralistes selon leur niveau de formation en addictologie et leur niveau d'activité de prise en charge des addictions.

Élargir les connaissances pour mieux réduire les risques et soigner

- Renforcer les moyens alloués à la recherche en soins primaires sur la thématique addictologie

Renforcer le pilotage et l'investissement dans la recherche sur les addictions

- Renforcer le financement de la recherche en soins primaires en créant un Plan Ambulatoire de Recherche Clinique (PARC) spécifique aux soins primaires.
-

Objectif prioritaire 19 : Renforcer la diffusion des connaissances scientifiques et leur appropriation par les décideurs, les professionnels et les citoyens

Resserrer les liens entre chercheurs décideurs, professionnels et citoyens

- Les médecins généralistes font partie des professionnels de soins et des chercheurs dans la problématique des consommations en soins primaires. Ils ont une place de choix dans l'interface interministérielle « Science-décideurs »
- Renforcer les liens entre les généralistes chercheurs et les instances : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).

Rendre les connaissances scientifiques sur les addictions accessibles aux citoyens, en particulier aux jeunes

Réflexions sur les Psychotropes et antalgiques

On peut s'interroger sur l'absence des antalgiques et des « psychotropes prescrits » dont le mésusage et l'abus sont un réel enjeu et concernent des populations souvent connexes avec les substances. La surconsommation ou l'usage détourné pose un réel problème de santé publique et d'organisation des soins.

La France fait partie des pays européens les plus consommateurs de médicaments psychotropes, en 2^{ème} position après la Belgique⁽²⁶⁾. En 2012 et 2014, la consommation d'antidépresseurs a été estimée en France à 18% des 18-75 ans ayant pris au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois^(27,28). Un antidépresseur était associé à une benzodiazépine dans 21,1 % des cas, à un traitement antipsychotique dans 4,9 % des cas.

En médecine générale, 43% des motifs de consultation sont liés à une douleur. Les antalgiques sont de plus en plus détournés de leur fonction première, par exemple pour induire des effets psychoactifs. D'autres types d'abus, telle que l'augmentation des doses sans surveillance médicale (et hors objectif d'induire des effets psychoactifs), peuvent également entraîner des conséquences négatives pour la santé, voire une dépendance. Le tramadol et la codéine sont les principaux concernés (OPEMA 2015). Depuis un arrêté signé par la Ministre de la Santé, Agnès Buzyn, le 12 juillet 2017, toutes les spécialités contenant de la codéine, du dextrométhorphan, de l'éthylmorphine ou de la noscapine sont désormais soumises à prescription médicale obligatoire.

Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de ces médicaments.

Le plan gouvernemental pourrait inclure une réflexion et des objectifs en termes de soins et de recherche, de manière croisée et connexe avec les autres substances.

Synthèse

Les spécialistes de médecine générale, dans leurs 3 valences soins, enseignement et recherche, doivent être associés à tous les niveaux à la politique de Prévention, de Réduction des risques et dommages, ainsi que de prise en charge compte des addictions : de la réflexion à la mise en place de mesures.

Le CMG se félicite de la démarche de la MILDECA lors de l'élaboration de ce plan triennal et s'associe à la demande de reconnaissance de la lutte contre les addictions comme grande cause nationale, et de plus, plébiscite un plan « Réduction des Risques et des Dommages, et Addictions en soins primaires ».

Ces propositions pourraient faire l'objet d'une convention d'objectifs entre le CMG et la MILDECA pour mettre en place les outils opérationnels permettant de les atteindre. Une démarche auprès de la DGS/DGOS peut être souhaitable, avec des financements à l'appui.

Contributeurs

Les membres du Groupe de travail « Réduction des Risques et des Dommages, et Addictions en soins primaires », du CMG : Philippe Binder, Pascal Charbonnel, Pierre-Louis Druais, Julie Dupouy, Catherine Laporte, Christian Michel, Cécile Peyrebrune

Contact: contact@lecmg.fr

Bibliographie

1. White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res.* avr 1997;32(1):11-21.
2. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 28 juin 2001;344(26):2021-5.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* Washington, D.C: American Psychiatric Association.
4. Biagi M, Bertelli AAE. Wine, alcohol and pills: What future for the French paradox? *Life Sci.* 15 juin 2015;131:19-22.
5. www.cannabis-medecin.fr. Dr Philippe Binder, Poitiers.
6. Teoli R., Haller D, Ingrand P, Binder P. « Comparaison des représentations et comportements des médecins généralistes du Canton de Genève et du Poitou-Charentes », *Santé Publique* 2016/2 (Vol. 28), p. 187-195.
7. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte.
8. Baromètre de santé 2014. INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé).
9. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. [Increasing trends in screening for addictive behaviors among general practitioners in France]. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* oct 2011;59(5):285-94.
10. Laporte C, Vaillant-Roussel H, Pereira B, Blanc O, Eschalier B, Kinouani S, et al. Cannabis and Young Users-A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care. *Ann Fam Med.* mars 2017;15(2):131-9.
11. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002;52:526-7.
12. INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>.
13. OFDT. Évolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92, 95, 98, 2001. Avril 2002. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cemka.pdf>.
14. Drogues, chiffres clés - 6ème édition - 2015 - OFDT, les données RECAP.
15. Rabbe E. La substitution aux opiacés en médecine de ville. Le point de vue des patients : enquête épidémiologique transversale réalisée auprès de patients héroïnomanes suivis en centre spécialisé pour toxicomanes. Thèse d'exercice, 2014.
16. Binder P, Messaadi N, Perault-Pochat MC, Gagey S, Brabant Y, Ingrand P. Preference for brand-name buprenorphine is related to severity of addiction among outpatients in opioid maintenance treatment. *J Addict Dis.* 2016;35(2):101-8.
17. Rigal L, Alexandre-Dubroeuq C, de Beaurepaire R, Le Jeune C, Jaury P. Abstinence and « low-risk » consumption 1 year after the initiation of high-dose baclofen: a retrospective study among « high-risk » drinkers. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* août 2012;47(4):439-42.
18. ESUB-MG Study Group. Study protocol of the ESUB-MG cluster randomized trial: a pragmatic trial assessing the implementation of urine drug screening in general practice for buprenorphine maintained patients. *BMC Fam Pract.* 1 mars 2016;17:24.

19. Charvain L, Laporte C. Congrès du Collège National des Généralistes Enseignants. Atelier - Etat des lieux de l'organisation de la recherche en médecine générale en France. Perspectives pour optimiser les réseaux recherche et structurer un réseau national. Montpellier 2017.
20. Dupouy J, Laporte C. Addictions et soins premiers. *exercer* 2017;137 suppl 1:9S-11S.
21. Kinouani S, Castéra P, Laporte C, Pétrègne F, Gay B. Factors and motivations associated with use of e-cigarette among primary care patients in a prospective cohort study: e-TAC study protocol. *BMJ Open*. 15 juin 2016;6(6):e011488.
22. Binder P, Vanderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale *exercer* 2017;130:72-81.
23. Laporte C, Hamma S, Dupouy J, Kinouani S, Pautrat M, Authier N, Llorca PM, Brousse G, Vorilhon P. Médecins généralistes et cannabis en France : interroger les jeunes sur leur consommation ? *exercer* 2016;125:120-9.
24. Creswell JW, Plano Clark VL, Guttman M, Hanson W. Advanced mixed methods research designs. In: Tashakkori A, Teddlie C, eds. *Handbook on Mixed Methods in the Behavioral and Social Sciences*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2003:209-240.
25. <http://www.groumf.fr/fr/>.
26. Inserm. Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances. Expert Collect [Internet]. 2012 [cité 19 janv 2017];586. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>
27. Beck F, Guignard R, Haxaire C, Le Moigne P. Les consommations de médicaments psychotropes en France. *Santé En Action* [Internet]. mars 2014 [cité 13 avr 2016];(427):47. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-427.pdf>
28. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N, Fender P, Allemand H, et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. *Rev Medicale Assur Mal* [Internet]. juin 2003 [cité 26 oct 2016];34(2):75-84. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/Rmam/2003/2/75.pdf>