



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladie tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA,

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver en ces mots l'expression de ma profonde estime.

A Madame le Professeur PERAULT POCHAT,

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de juger ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur SENON,

Vous avez accepté d'être membre du jury de cette thèse, je vous en remercie. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur FRECHE,

Je vous prie de recevoir mes remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma sincère considération.

A Monsieur le Docteur DOMINAULT,

Je vous remercie pour vos enseignements auprès des patients toxicomanes aux opiacés. Soyez assuré qu'ils m'accompagneront durant mes années d'exercice. Je vous remercie très sincèrement d'avoir dirigé mon travail, dans la durée, les périodes de doute et de remise en question.

A tous les médecins généralistes qui se sont soumis aux entretiens dirigés,

Je les remercie de m'avoir consacré un peu de leur temps précieux.

A Xabi, mon mari,

Je te remercie pour ton soutien sans faille, tes remarques perspicaces sur le style littéraire et sur l'orthographe. Sans toi ce travail n'aurait jamais pu aboutir.

.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS	2
REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIERES	5
INTRODUCTION	12
I. LA TOXICOMANIE AUX OPIACES: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, TOXICOLOGIQUES ET PHARMACOLOGIQUES	14
A. DEFINITIONS ET EPIDEMIOLOGIE	14
1. Définitions	14
2. Epidémiologie	18
a) <i>Les expérimentateurs</i>	19
b) <i>Les usagers problématiques</i>	19
c) <i>Le profil</i>	20
d) <i>L'opinion</i>	20
e) <i>Les soins</i>	21
f) <i>La morbidité</i>	23
g) <i>La mortalité</i>	23
h) <i>Les saisies</i>	24

<i>i)</i>	<i>Les interpellations</i>	24
<i>j)</i>	<i>La pureté</i>	24
<i>k)</i>	<i>Le prix</i>	24
B.	TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE DES OPIACÉS	25
1.	Pharmacologie des opiacés	25
2.	Potentiel de dépendance des opiacés	26
<i>a)</i>	<i>La dépendance psychologique</i>	26
<i>b)</i>	<i>Le syndrome de sevrage</i>	26
<i>c)</i>	<i>La tolérance</i>	26
3.	Les signes d'imprégnation et d'intoxication aux opiacés	27
<i>a)</i>	<i>Intoxication</i>	27
<i>b)</i>	<i>L'imprégnation</i>	27
4.	Les risques liés aux opiacés	28
<i>a)</i>	<i>Les risques immédiats</i>	28
<i>b)</i>	<i>Les risques liés à l'utilisation chroniques des opiacés</i>	29
(1)	Les risques infectieux liés aux injections intraveineuses	29
(2)	Les risques non infectieux liés aux	

	injections	30
	(3) Les troubles psychiatriques	31
	(4) Les autres pathologies	32
5.	Dépendance aux opiacés et grossesse	32
6.	Le syndrome de sevrage du nouveau-né	33
7.	Les effets recherchés par l'usager	34
8.	La prise en charge	34
	<i>a) Le sevrage</i>	34
	<i>b) La substitution</i>	34
9.	Les interactions des opiacés avec d'autres substances	36
10.	Exemples	37
C.	IMPACTS DES TRAITEMENTS SUBSTITUTIFS AUX OPIACES SUR LES TOXICOMANES	49
1.	Bénéfices	49
2.	Mésusages des médicaments substitutifs aux opiacés	51
II.	LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE EN DEUX SEVRES	54
A.	POLITIQUE GOUVERNEMENTALE	54
1.	Historique	54
2.	Loi du 31 décembre 1970	55

3.	La MILT	57
4.	Le CNID	58
B.	STRATEGIES DEPARTEMENTALES ET REGIONALES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE	58
C.	STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE SUR LES MODALITÉS DE SEVRAGE DES TOXICOMANES DÉPENDANTS AUX OPIACÉS :	60
1.	Conférence de consensus du 23 et 24 avril 1998. Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants aux opiacés.	60
2.	Recommandations pour la pratique de Juin 2004. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés.	60
3.	Conférence de consensus du 23 et 24 juin 2004. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution.	60
4.	Lettre d'information aux médecins prescripteurs et pharmaciens du 14 avril 2008. Mise sur le marché de la Méthadone AP-HP® gélule. Information importantes garantissant son bon usage et sa sécurité d'emploi.	60
D.	PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE TRAITEMENT DES TOXICOMANES DEPENDANTS AUX OPIACES	60
III.	MATERIEL ET METHODE	61
A.	TYPE D'ETUDE	61
B.	LES OUTILS	62
1.	Canevas d'entretien	62
2.	L'entretien	62

3.	Logiciel d'exploitation des données	63
IV.	RESULTATS	63
A.	DONNEES GENERALES SUR LES ENTRETIENS	63
B.	PRESENTATION DE L'ECHANTILLON	64
1.	Sexe	64
2.	Age	65
3.	Type d'exercice	65
4.	Appartenance à un réseau	65
5.	Nombre de patients traités pour une substitution aux opiacés	66
C.	RESULTATS DE L'ANALYSE THEMATIQUE	66
D.	ANALYSE TRANSVERSALE DES DONNEES	68
1.	Les éléments motivant les médecins généralistes à prendre en charge les toxicomanes aux opiacés	68
	<i>a) Le premier recours</i>	68
	<i>b) La coordination des soins</i>	69
	<i>c) Une communication centrée sur le patient</i>	70
	<i>d) Prise en compte de la dimension biopsychosociale</i>	70

e) <i>Répercussions bénéfiques ressenties par le médecin généraliste</i>	72
f) <i>Organisation du temps au cabinet</i>	72
g) <i>Motivation pour la formation personnelle et celle de leurs confrères</i>	73
2. Les éléments freinant la prise en charge des toxicomanes aux opiacés	73
a) <i>Difficultés à assurer les soins de premier recours</i>	73
b) <i>Difficultés liées à une sensation d'isolement des médecins</i>	74
c) <i>Difficultés à prendre en compte la dimension biopsychosociale</i>	75
d) <i>Insatisfactions liées à cette prise en charge.</i>	76
e) <i>Difficultés liées au manque de temps</i>	77
f) <i>Difficultés liées au manque de formation</i>	77
V. DISCUSSION	78
A. LIMITES DE LA METHODE	78
1. Biais de sélection	78
2. Biais liés au type d'étude	79
3. Biais d'interprétation	79
B. LIMITES DES RESULTATS	80

1. Caractéristiques de l'échantillon	80
2. Caractères spécifiques des médecins prescripteurs	80
C. ELEMENTS DETERMINANTS L'ORIENTATION DES MEDECINS GENERALISTES VERS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES	81
1. Influences socioculturelles	83
2. Eléments propre à la médecine générale	84
D. ASPECTS NOUVEAUX DETERMINES PAR LE TRAVAIL DE RECHERCHE, COMPARAISON DES RESULTATS AVEC D'AUTRES ETUDES	86
E. CONSEQUENCES DES RESULTATS	87
CONCLUSION	90
RESUME-MOTS CLES	91
BIBLIOGRAPHIE	92
ANNEXE 1 : ABRÉVIATIONS	97
ANNEXE 2 : CANEVAS D'ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS	100
ANNEXE 3 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES (CD-Rom)	
SERMENT D'HIPPOCRATE	103

INTRODUCTION

La médecine générale est une discipline scientifique qui comme son nom l'indique se doit de prendre en charge tout type de patient pouvant présenter tout type de pathologie. Cela implique, pour le médecin généraliste, d'avoir des connaissances qui vont de la pédiatrie à la gériatrie et de la psychiatrie à la chirurgie. Mais la connaissance n'est pas la compétence et quand celle-ci est absente, le médecin généraliste doit orienter son patient dans le système de soin pour répondre correctement à sa demande. La substitution des toxicomanes aux opiacés est une discipline qui a été attribuée aux médecins généralistes depuis la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage en 1996 (1). Les libertés relatives de prescription qui entourent ce médicament par rapport à la méthadone ont déplacé en partie les compétences des centres de soin vers la médecine libérale. L'étude menée par Bloch en 1998 montre cette tendance en relevant une fidélisation croissante des patients toxicomanes aux opiacés suivis en ville avec en parallèle une augmentation de la prescription des médicaments substitutifs aux opiacés entre 1995 et 1998. Cette étude a été renouvelée sur la période 1998-2001, les résultats obtenus diffèrent. Elle met en évidence une stabilisation voire un ralentissement de l'évolution du nombre de médecins généralistes déclarant une activité liée à la toxicomanie (2).

Cette thèse a pour projet de comprendre cette stabilisation, c'est-à-dire comprendre pourquoi les médecins généralistes s'intéressent ou non à la substitution des toxicomanes aux opiacés. Pour cela, nous attirerons l'attention d'abord sur quelques données fondamentales (définitions, données épidémiologique et pharmacologique) sur l'addiction aux opiacés. Nous nous pencherons ensuite sur l'environnement dans lequel le médecin généraliste évolue : d'une part le cadre légal qui entoure la prise en charge des patients toxicomanes aux opiacés et d'autre part les différents

correspondants au niveau local, départemental, régional et national. Nous poursuivront par l'étude des freins et des moteurs qui orientent un médecin généraliste vers la substitution. Pour cela, une étude qualitative a été réalisée, elle basée sur des entretiens semi dirigés menés entre mars et novembre 2013, auprès de médecins généralistes des Deux-Sèvres. Le but est de recueillir leurs témoignages sur ce qu'ils pensent de la substitution et des patients substitués aux opiacés. Les données ainsi recueillies sont le socle de l'analyse thématique de ce projet. Il en découle deux arborescences d'arguments : les éléments freinant et les éléments motivant les médecins généralistes à prendre en charge des patients toxicomanes aux opiacés. Enfin nous discuterons de la validité des résultats obtenus, de leur cohérence et de leur aspect novateur par rapport aux études antérieures.

I. LA TOXICOMANIE AUX OPIACES : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, TOXICOLOGIQUES ET PHARMACOLOGIQUES

A. DEFINITIONS ET EPIDEMIOLOGIE

1. Définitions

OPIACES : substances qui contiennent de l'opium ou exercent une action comparable à l'opium sur les récepteurs opiacés. On peut les diviser en plusieurs sous-classes :

- Les drogues dérivées : morphine, héroïne,
- Les substituts synthétiques : la buprénorphine, la méthadone,
- Les traitements analgésiques : codéine, morphine, fentanyl...

OPIOIDES : ensemble des opiacés synthétisés à partir d'une molécule autre que l'opium.

USAGE : consommation d'une substance de manière contrôlée sans modifications psychologiques ni socio-environnementales.

ABUS DE SUBSTANCES : utilisation inadéquate d'une substance aboutissant à une souffrance cliniquement décelable ou une altération du fonctionnement. Elle est caractérisée par l'apparition d'une des manifestations suivantes :

- Une incapacité : la substance utilisée engendre un absentéisme au travail, à école,
- Une mise en danger de soi-même ou d'autrui,
- Un interdit bravé,

- Une sociabilité modifiée.

L'usager excessif abuse de la substance dont les effets pathologiques sont maîtrisables mais peuvent aboutir à une dépendance.

TOXICOMANE : individu qui a un besoin compulsif d'une substance en dépit de la connaissance des effets néfastes sur sa santé et sa vie sociale.

TOXICOMANIE : rencontre d'une personnalité avec un produit à un moment donné dans un cadre socioculturel donné.

DEPENDANCE : besoin compulsif d'une substance malgré la connaissance des effets néfastes sur la santé et la vie sociale. Les critères de dépendance à une substance sont les suivants :

- Tolérance à cette substance, c'est-à-dire, que l'individu a besoin de doses plus fortes pour obtenir l'effet désiré ou que l'effet diminue pour des mêmes quantités de la substance.
- Signe de sevrage ou syndrome de manque.
- Finalité dépassée : augmentation de la quantité de substance ou durée d'utilisation plus longue que prévue initialement.
- Désir/contrôle : il existe un désir persistant à utiliser la substance malgré les efforts infructueux pour contrôler ou diminuer l'utilisation de celle-ci.
- Réduction de l'activité : professionnelle, de loisir, sociale, créative, ...
- Reflexes vitaux : poursuite de l'utilisation de la substance sachant qu'elle engendre des troubles psychologiques et physiques.

Au moins trois de ces critères doivent être présents chez le patient pour dire qu'il est dépendant à une substance (3).

ADDICTION : association de plusieurs concepts :

- une dépendance,
- des troubles induits ou aggravés par l'usage : importance du moment socioculturel,
- des troubles psychologiques : le toxicomane peut avoir une susceptibilité génétique au stress à laquelle peut s'ajouter des expériences douloureuses personnelles qui sont vécues comme anxiogènes (3).

TRAITEMENTS SUBSTITUTIFS AUX OPIACES (TSO) : prise en charge globale du patient toxicomane aux opiacés : médicale, sociale et environnementale, elle fait intervenir le patient dans son environnement, le médecin et le pharmacien au minimum. Le médecin a recours à un médicament de substitution aux opiacés. Il est essentiel d'informer le patient sur la prise du médicament afin d'éviter les mésusages. Un contrat est établi entre le patient et le médecin. Tout écart à ce contrat d'une part comme de l'autre devra s'en suivre d'explications claires afin de pouvoir continuer la prise en charge en toute confiance. Il est préférable de contacter le pharmacien lors de la première prescription afin d'exposer le projet thérapeutique pour le patient. Ceci renforce l'équipe pluridisciplinaire et le patient ressent une meilleure considération émanant des soignants.

Le médecin généraliste doit définir son champ d'action strict ; parfois il est nécessaire de faire appel à d'autres intervenants : le réseau, les médecins spécialisés (exemple : infectiologue en cas hépatite virale, psychiatre en cas de psychopathie associée), l'assistante sociale de secteur...

C'est une prise en charge qui s'inscrit sur la durée.¹

MEDICAMENTS SUBSTITUTIFS AUX OPIACES (MSO) : il n'est qu'un outil de la stratégie thérapeutique substitutive, néanmoins nécessaire. Il permet de pallier au syndrome de sevrage, de prévenir des situations dangereuses pour le patient notamment liées à l'injection intraveineuse ou d'éviter les situations délictuelles dans lesquelles il se procure l'héroïne.

Le médicament substitutif aux opiacés est un opiacé d'action plus lente et moins euphorisants que le produit utilisé.

SYNDROME DE MANQUE : il est caractéristique d'une substance et cette substance est prise afin de soulager ou éviter les symptômes de sevrage. Pour l'héroïne, il se manifeste huit à douze heures après la dernière prise, pour la codéine ce délai est d'environ vingt-quatre heures environ, alors que pour la méthadone il est estimé autour de soixante-douze heures.

Les caractéristiques du syndrome de manque par ordre d'apparition sont : d'abord une angoisse et une appétence aux opiacés, puis des bâillements et des larmoiements, puis une mydriase, des frissons, une sensation de chaud et de froid, puis des nausées, des vomissements, des crampes, une insomnie et enfin des vomissements et des diarrhées. Suite au syndrome de manque s'installent une insomnie, une irritabilité et des troubles de la concentration mais ceci n'est pas spécifique des opiacés.

Soixante-douze heures après son apparition, le syndrome de manque s'estompe.

¹ PEYREBRUNE Cécile. Comportement addictif. Cour I, pp 10 et 11. Université de Paris-Nord. Faculté Léonard de Vinci. Département de médecine générale 2004-2005.

2. Épidémiologie²

Les chiffres exposés ci-après sont issus des données de l'observatoire français des drogues et toxicomanies. Il faut mettre en avant que la population des toxicomanes est une population difficile à sonder :

- difficulté pour interroger la population toxicomane: réseaux illégaux, précarité des toxicomanes,
- difficulté pour discerner les personnes en substitution, les mésusages ou le trafic de médicaments substitutifs aux opiacés.
- Il existe peu d'instruments pour mesurer objectivement l'efficacité du traitement substitutif.
- Les données sont issues majoritairement des usagers des CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) et des CSAPA (Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie; il regroupe les anciens CSST (Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes) et CCAA (Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie)). Elles ne sont donc pas le reflet exact de la population rencontrée en médecine générale.
- Les données épidémiologiques sont nationales ou bien régionales, elles peuvent être légèrement différentes pour le cas particulier de la population Deux-Sévrienne.

² PEYREBRUNE Cécile. Comportement addictif. Cour II, p 8. Université de Paris-Nord. Faculté Léonard de Vinci. Département de médecine générale 2004-2005

a) Les expérimentateurs

L'enquête ESCAPAD (4) réalisée de 2000 à 2011 consiste au recueil lors de la journée de la défense et de la citoyenneté des données sur l'usage d'au moins une fois dans l'année de produits licites ou illicites (dont l'héroïne) par les adolescents de 17 ans. En 2011, elle a concerné 27402 jeunes métropolitains.

Les expérimentateurs d'héroïne étaient en hausse entre 2005 et 2008, puis en baisse continue jusqu'en 2011 : 0.9% de ces jeunes ont consommé dans l'année (1% pour les garçons et 0.8% pour les filles sans sexe ratio identifiable). L'augmentation de cet indicateur reste significative entre 2005 et 2010.

Les données ODICER (Observatoires des Drogues pour l'Information sur les Comportements en Régions) rapportent qu'en Poitou-Charentes le pourcentage d'expérimentateurs est identique au niveau national.

b) Les usagers problématiques

Les usagers problématiques d'opiacés sont comptabilisés par l'OEDT (Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanie.). (5) En 2011 chez les 15-64 ans, 230 000 usagers (valeur centrale d'une large fourchette d'estimation) sont recensés :

- 145 000 d'entre eux ont utilisé la voie intraveineuse au moins une fois
- 81 000 utilisent toujours la voie intraveineuse

c) Le profil

Les données ont été recueillies dans les CAARUD. Les dépendants aux opiacés interrogés vivent dans une grande précarité, présentent souvent des morbidités psychiatriques associées et usent de multiples substances :

- 25 % des usagers du CAARUD n'ont pas de revenu, ils vivent de la mendicité, de la prostitution ou de deal.
- 57 % bénéficient d'un revenu social
- 1/3 consomment des quantités très importantes d'alcool (au-delà de 10 verres par jour).

d) L'opinion

L'EROPP (Enquête sur les Représentations, Opinions et Perception des Psychotropes) indique que la perception de la dangerosité de l'expérimentation de l'héroïne a augmenté de 89 à 92 % chez les 15- 75 ans entre 1995 et 2008 (6). L'opinion publique française n'est pas en faveur d'un abandon des sanctions pénales pour les usagers de drogues illicites, mais au contraire elle préconise un renforcement de celles-ci. De plus en plus, le toxicomane aux opiacés est perçu comme une personne malade qui nécessite des soins.

e) Les soins

Ces chiffres sont obtenus à partir des données des centres de soins spécialisés. Cela exclu donc les patients pris en charge en hospitalisation traditionnelle et en médecine de ville. Ces statistiques sont particulièrement complexes à établir pour les raisons précédemment citées d'une part et d'autre part parce que les usagers peuvent fréquenter plusieurs centres de soins dans une même année.

En 2010 les statistiques d'hospitalisations hors services de psychiatrie montrent (7) :

- 3 200 hospitalisations pour sevrage de personnes dépendantes de drogues (alcool exclu),
- 6 400 hospitalisations pour usage de drogues illicites autres que le cannabis ou médicaments détournés de leur usage thérapeutique.

Ces deux données excluent complètement le suivi ambulatoire

En 2010, en psychiatrie on dénombre 230 000 journées d'hospitalisation dont le diagnostic principale est : problème lié à une drogue illicite autre que le cannabis.

En 2009, en ville les statistiques des médecins généralistes montrent que

- La moitié d'entre eux ont vu au moins une fois dans l'année un patient toxicomane en consultation.
- On dénombre en moyenne 3,6 patients dépendants à une substance par praticien (8).

Au premier semestre 2010 d'après le CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) 145 000 personnes ont bénéficié d'un

remboursement de médicament substitutif aux opiacés avec une répartition largement prédominante pour la buprénorphine haut dosage par rapport à la méthadone. Il existe une large augmentation par rapport à 2003 qui s'explique par les libertés relatives autour de la prescription de buprénorphine haut dosage (pas de primo-prescription hospitalière entre autre) (9). Elle s'explique entre autre par le fait que la buprénorphine haut dosage n'a pas de contrainte de prescription initiale à l'inverse de la méthadone. Le rapport de prescription buprénorphine haut dosage/méthadone reste constant entre 2003 et 2010.

	BHD	Méthadone	BHD + Méthadone
2003	85 000	30 000	115 000
2010	110 000	30 000	145 000
Rapport stable dans le temps	75%	25%	100%

Tableau 1: Progression de la prescription des médicaments substitutifs aux opiacés entre 2003 et 2010.

f) La morbidité

Les données statistiques suivantes sont issues d'enquêtes auprès des usagers injecteurs fréquentant les CSAPA et les CCAA en 2010 :

- La prévalence du virus d'immunodéficience humaine est constante à 7,2%
- La prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) est sous estimée depuis toujours mais en constante diminution : entre 36 et 47% des patients toxicomanes aux opiacés.
- Les antécédents psychiatriques sont plus importants chez les usagers de cocaïne ou d'héroïne : 40% d'entre eux ont été hospitalisés dans l'année pour des troubles psychiatriques. On remarque que c'est un facteur augmentant fortement la précarité de ces patients.

g) La mortalité

Le registre national des causes de décès répertorie, en 2010, 365 décès par surdose de substances illicites ou mésusage des médicaments substitutifs aux opiacés, ces données sont sûrement sous-estimées. Ils étaient en diminution de 1995 à 2003, ce qui correspond à la mise en place des thérapeutiques de substitution aux opiacés puis ils ont ré-augmentés depuis. Ils sont souvent en rapport avec l'ingestion de multiples substances simultanément. 39 décès dus au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ont été enregistrés parmi les patients dépendants aux opiacés. La mortalité est augmentée lorsque les usagers ont fait l'objet d'une interpellation (10).

h) Les saisies

Les saisies d'héroïne (11) sont de plus en plus faibles depuis 2005. C'est en 2011 qu'on constate le plus bas niveau de saisies (900 kg).

i) Les interpellations

L'office central de la répression des drogues et du trafic illicite des stupéfiants met en évidence une augmentation des interpellations pour les usagers/revendeurs et les trafiquants d'héroïne entre 2003 et 2009. En 2010 Il enregistre une nouvelle augmentation de 2% de celles-ci, soit en valeur absolue 3 382 individus interpellés (11).

j) La pureté

En moyenne la pureté est de 13% pour l'héroïne brune avec d'énormes fluctuations entre 0 et 40 % (11) (13).

k) Le prix

Le gramme d'héroïne coûte environ 40 euros, en 10 ans il a baissé de 70 à 40 euros mais il est constant depuis 2006 (13).

B. TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE DES OPIACES

1. Pharmacologie des opiacés

Les opioïdes agissent sur les récepteurs endogènes aux opioïdes. Plusieurs récepteurs ont été identifiés ainsi que leur rôle (14) :

- Les récepteurs μ (mu) (μ_1 ; μ_2 ; μ_3) se situent au niveau du tronc cérébral et agissent sur l'analgésie, l'euphorie et le volume courant respiratoire.
- Les récepteurs δ (delta), sont impliqués dans la sensation d'euphorie et la régulation du système respiratoire.
- Les récepteurs κ (kappa) agissent au niveau médullaire, ils interviennent dans l'analgésie. Par ailleurs ils sont impliqués dans le myosis, la dysphorie et les hallucinations. Les agonistes κ diminuent la libération locale de dopamine.
- Les récepteurs ORL 1 et 2 (Opioïdes Récepteurs Like) sont des récepteurs à la morphine 6-glucuronée. Leur activation augmente la libération de dopamine au niveau du noyau accumbens, ce qui inhibe les afférences GABAergiques, elles-mêmes inhibant la sécrétion dopaminergique. Ils sont

impliqués dans les propriétés antitussives, histamino-libératrice, anti-cholinergique.

Chacun de ces récepteurs est couplé avec une protéine G agissant sur la neurotransmission GABAergique.

2. Potentiel de dépendance des opiacés

a) La dépendance psychologique

Elle est forte à très forte, elle passe par plusieurs stades : l'initiation, l'usage habituel puis l'usage compulsif qui serait lié à l'activation du système anti-opioïde.

b) Le syndrome de sevrage

La sévérité dépend du métabolisme de la substance, de la dose journalière, de la durée de la prise et des facteurs psychologiques associés. Ce syndrome est lié à l'hypersensibilité des récepteurs noradrénergiques.

c) La tolérance

Elle s'installe aux dépens des effets antalgiques, euphorisants, sédatifs et dépresseurs respiratoires. Elle proviendrait de la phosphorylation des récepteurs μ .

3. Les signes d'imprégnation et d'intoxication aux opiacés

a) Intoxication

Les critères DSM IV décrivent les critères d'intoxication(3) (15) :

- Usage récent d'un opiacé,
- Troubles comportementaux ou psychiques (euphorie, apathie, dysphorie, agitation, trouble du jugement ou retentissement sur l'activité sociale ou professionnelle),
- Développement d'un myosis associé à un ou plusieurs des symptômes suivants pendant ou peu de temps après la prise d'un opiacé :
 - o Somnolence ou coma,
 - o Trouble de la parole,
 - o Trouble de l'attention ou de la mémoire,
- Après l'exclusion d'une pathologie générale ou psychiatrique

b) L'imprégnation

Elle est caractérisée par un myosis, une bouche pâteuse, une démarche ralentie, un prurit et une inclinaison permanente de la tête.

4. Les risques liés aux opiacés

a) Les risques immédiats

Le plus grave est le décès par overdose, il fait suite à plusieurs autres risques :

- L'altération des fonctions supérieures qui se traduit par une somnolence une incoordination, une augmentation des temps de réaction, des troubles du jugement.
- La dépression respiratoire : bradypnée parfois même une respiration de Cheyne Stokes.
- Les troubles cardiovasculaires se traduisent par une hypotension et une bradycardie surtout lors d'injections intraveineuses.
- La révélation ou la prolongation d'une crise de colique hépatique par contraction du sphincter d'Oddi.
- Les réactions liées à l'histamino-libération : le prurit, le flush, l'urticaire et le bronchospasme.
- La rétention d'urine est liée à la stimulation du sphincter et la diminution de la contractilité du détrusor.
- Les troubles digestifs : les vomissements par stimulation de l'area postrema, présents surtout lors des premières administrations et bien antagonisés par les neuroleptiques (14).

b) Les risques liés à l'utilisation chronique des opiacés

(1) Les risques infectieux liés aux injections intraveineuses

- Les infections virales :

- Les hépatites virales B, C, à Epstein Barr virus, à cytomégalovirus, mononucléosiques.
- Le virus d'immunodéficience humaine
- les pathologies opportunistes dans le cadre du syndrome d'immunodéficience acquise : rétinite à cytomégalovirus, kératites herpétiques, rétinopathie toxoplasmique, sarcome de Kaposi au niveau conjonctivales ou palpébrale, pneumocystose, infection à *streptococcus pneumoniae*.
- Infection par le virus humain T-lymphotropique (HTLV1)

- Les infections fongiques :

- Les candidoses sont liées à l'utilisation du jus de citron comme solvant de l'héroïne. On observe des cas de septicémies, d'endophtalmies, d'endocardites d'ostéites et d'arthrites.
- L'aspergillose.

- Les infections bactériennes :

- Les infections cutanées : furoncles, abcès cutanés, cellulites, myosites. Les bactéries mises en causes sont les staphylocoques et d'autres bactéries aérobies ou anaérobies.
- L'essaimage articulaire et osseux prédomine au niveau du squelette axial : spondylodiscites, sacro-iléites, arthrites sterno-costales, chondro-costales ou pubiennes. Les principaux agents pathogènes sont le staphylococcus *aureus*, les cocci gram négatif dont le pseudomonas *aeruginosa*.
- Les septicémies sont dues au staphylococcus *aureus*, aux streptocoques, aux entérobactéries et à pseudomonas *aeruginosa*.
- L'essaimage cardiaque est le plus souvent révélé par une endocardite droite accompagné d'un foyer infectieux pulmonaire récidivant.
- Le tétanos
- Le botulisme
- La tuberculose

(2) Les risques non infectieux liés aux injections

- Les risques vasculaires : les phlébites et para-phlébites, les scléroses veineuses gagnant progressivement tous les territoires, se traduisant par un œdème des membres et aboutissant parfois à des injections jugulaires.

- Les risques cutanés : la nécrose souvent en lien avec l'injection de buprénorphine.
- La talcose qui se traduit par une fièvre, des anomalies des épreuves fonctionnelles respiratoires, des infiltrats tissulaires diffus ou des rétinoopathies. L'injection d'héroïne coupée au talc ou de comprimés pilés puis dissous en sont les causes. Le diagnostic de certitude est histologique.

(3) Les troubles psychiatriques

Ils se caractérisent par une instabilité une irritabilité, des épisodes anxio-dépressifs et des états dépressifs majeurs. Ce dernier trouble psychiatrique concernerait 90 % des sujets dépendants aux opiacés avec dans cette population un risque suicidaire élevé entre 10 et 20%. Ce risque est aggravé par la consommation associée d'alcool, de psychostimulants et par les situations de marginalité. On observe aussi des troubles psychotiques et des syndromes déficitaires.

Il reste difficile d'imputer directement ses troubles psychiatriques à la dépendance aux opiacés. Elle n'est parfois que le révélateur ou l'amplificateur d'un trouble psychiatrique préexistant qui est lui-même à l'origine, entre autre, de l'entrée dans cette dépendance.

(4) Les autres pathologies

- La constipation est la conséquence d'une action centrale et périphérique des opiacés.
- La dénutrition.
- L'accumulation en cas d'insuffisance rénale.
- La rétention d'urine
- Le syndrome de sécrétion inapproprié d'hormone anti diurétique (SIADH).
- Les troubles hormonaux : l'aménorrhée, les troubles de la libido et de l'érection par diminution de la sécrétion de la FSH, la LH, la LHRH et une augmentation de la sécrétion de la prolactine.
- L'hypothermie
- Les infarctus cérébraux, les hémorragies cérébrales ou sous arachnoïdiennes.
- Les troubles de la réponse immunitaire, humorale et cellulaire.

5. Dépendance aux opiacés et grossesse

Il n'y a pas d'augmentation de la fréquence des malformations fœtales dans cette population.

L'alternance intoxication/sevrage majore le risque d'avortement et de prématurité. Les excipients, la malnutrition, les complications infectieuses et le mauvais suivi obstétrical sont également en cause.

Le sevrage en opiacés au premier trimestre augmente le risque de fausse couche spontanée et au troisième trimestre le risque de prématurité. Il faut donc instaurer ou poursuivre un traitement de substitution dans ce type de population.

Il existe un risque de contamination du fœtus par le virus d'immunodéficience humaine par la mère.

La buprénorphine haute dose passe mieux la barrière hémato-placentaire et donc augmente le risque néonatal de convulsion, de vomissements et de dépression respiratoire (syndrome de sevrage du nouveau-né).

6. Le syndrome de sevrage du nouveau né

Il faut à tout prix prévenir le personnel la maternité de la dépendance aux opiacés des femmes enceintes, au moment de l'accouchement afin de prévoir une surveillance accrue des nouveau-nés concernés.

Le syndrome de sevrage se caractérise par une irritabilité, des pleurs, des tremblements, une hyperréflexivité, une polypnée, une hyperactivité, des vomissements, des reniflements, des bâillements et un hoquet tenace.

A la naissance, il faut réaliser le score de Finnegan (score de gravité) qui, en fonction du résultat donne une indication du traitement à donner. Ces traitements vont du simple nursing à l'hospitalisation pour l'institution et la diminution progressive d'une solution oral par morphine (15).

7. Les effets recherchés par l'utilisateur

Le flash est l'effet recherché, il se traduit par une euphorie, un plaisir intense, une hypotension et une bradycardie suivi d'un ralentissement psychomoteur avec sensation de bien-être.

8. La prise en charge

a) Le sevrage

Il est le plus souvent hospitalier mais parfois ambulatoire. Il ne se pratique que très rarement car il est peu efficace. Il ne concerne que les patients dont la dépendance aux opiacés est très récente. On utilise la clonidine, des antispasmodiques et des antalgiques. Ce sevrage nécessite plusieurs consultations la première semaine et dure dix à vingt jours.

b) La substitution (16)

La substitution commence par un bilan d'inclusion qui consiste en un contrat entre le médecin, le patient et le réseau du médecin dont notamment le pharmacien. Elle passe par la prescription médicale encadrée de médicaments de substitution qui sont

la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Il faut proscrire le tramadol et la morphine.

Son but est l'arrêt de la consommation compulsive d'héroïne, mais aussi la diminution de la séroconversion pour les hépatites B, C et le VIH, la diminution de la délinquance associée, l'amélioration de l'état de santé, mais aussi du pronostic des grossesses et l'élaboration de projets.

Suite à cette prise en charge initiale peuvent émerger ou ré-émerger des pathologies psychiatriques sous-jacentes. L'augmentation de posologie des médicaments substitutifs aux opiacés est inutile, il faut compléter le traitement d'une psychothérapie adaptée voire des traitements psychotropes tels que les antidépresseurs, antipsychotiques ou les anxiolytiques (proscrire les benzodiazépines).

Les rechutes ou les déviations des usages vers des psychostimulants sont fréquentes. Ce ne sont pas forcément des échecs. L'augmentation des doses de médicament substitutif aux opiacés, dans ce cas est souvent nécessaire. Si le patient concerné ne suit pas déjà une psychothérapie il faut essayer de le convaincre de son importance dans cette situation. L'idéal serait le contrôle quotidien de la prise des médicaments substitutifs aux opiacés et des psychotropes. Il ne faudrait pas accepter d'arrangement avec le patient, les amis ou la famille. Ce serait un non-respect du contrat initial patient/médecin.

Le sevrage secondaire des médicaments substitutifs aux opiacés est souvent long et difficile. Les chances de succès sont d'autant plus importantes que le traitement substitutif a été long (plusieurs années), qu'il existe un soutien familial fort, une rupture avec le milieu de la drogue et un soutien psychothérapeutique adapté.

9. Les interactions des opiacées avec d'autres substances

L'alcool et les benzodiazépines (BZD) potentialisent les effets sédatifs des opiacés, ils augmentent également le risque convulsif par abaissement du seuil épileptogène. L'administration d'un antagoniste pur tel que la naloxone ou la naltrexone expose à un syndrome de sevrage (SDS). On rencontre également des syndromes de sevrages quand de la buprénorphine (antagoniste partiel) est prise juste après la prise d'un agoniste (héroïne, méthadone). La première prise de buprénorphine doit donc se faire après l'apparition des premiers symptômes du syndrome de sevrage. La méthadone (agoniste pur) peut être inefficace en cas d'usage préalable d'un agoniste antagoniste telle que la buprénorphine (17).

10. Exemples

Ci-après, les exemples de l'héroïne, la buprénorphine haut dosage (BHD) et de la méthadone (MTD) (17).

	Héroïne	Buprénorphine haute dose BHD	Méthadone MTD
Pharmacologie	<ul style="list-style-type: none"> - Agoniste μ complet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agoniste μ partiel - Effet plateau à haute dose. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agoniste μ complet. - Dépresseur respiratoire et analgésique. - Longue durée d'action.
Potentiel d'imprégnation	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance psychique forte. - SDS : <ul style="list-style-type: none"> - 6 heures après la dernière prise, - durée \leq à 5 jours. - Tolérance. 	<ul style="list-style-type: none"> - Effet euphorisant faible par voie orale. - SDS retardé: 3 à 10 jours. - Tolérance faible. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance psychique modérée, effets euphorisants faibles. - SDS tardif : 24 à 48 heures après la dernière prise, moins intense que pour l'héroïne. - Tolérance croisée avec les morphiniques.

	Héroïne	BHD	MTD
Risques	<p>- <u>Immédiats</u> :</p> <p>Overdose : décès, coma, asthme, œdème pulmonaire, pneumopathie d'inhalation, myalgie para-vertébrale, arthralgie, fièvre.</p> <p>- <u>Chroniques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ulcération, perforation de la cloison nasale quand l'héroïne est prisee, - pigmentation des trajets veineux, - rhabdomyolyse, - glomérulopathie, - myopathie chronique indolore proximale ou généralisée, - dénutrition. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nausées importantes. - Dépression respiratoire en cas d'association au BZD. - Embole de talc, phlegmons abcès nécrose en cas d'injection. - Myosis. - Hypotension rare. -Hallucination, dysphorie rare. - Effets digestifs moins marqués qu'avec la morphine. - SDS chez les usagers de morphine ou d'héroïne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accumulation-surdosage surtout en association avec une insuffisance rénale. - Effet sédatif et vasodilatateur moindre que pour la morphine.

	Héroïne	BHD	MTD
Grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Avortements spontanés, retard de croissance in utéro. - SDS des nouveau-nés dont 3 à 30% de mortels en l'absence de prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'effet tératogène connu. - SDS des nouveaux-nés. - En injection ou en association aux BZD : <ul style="list-style-type: none"> - risque de mort foetale in utéro, - risque de troubles métaboliques. - Contre-indication de l'allaitement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'effet tératogène connu. - SDS des nouveaux-nés.
Effets recherchés	-Le flash.	-Le flash lors de mésusages en injection.	-le flash en dehors de la prescription encadrée.

	Héroïne	BHD	MTD
Modalité de la prise	<ul style="list-style-type: none"> - Injectée, fumée, prise. - Usages associés : <ul style="list-style-type: none"> - cannabis - cocaïne, - BZD. - En association avec la cocaïne pour éviter le crash et la dysphorie suivant la prise de cocaïne (<i>speed-ball</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> - Sublingual une fois par jour. - Contacter la pharmacie. - Préciser les modalités de délivrance. -Initiation du traitement 0.8 à 2mg/j. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suspension buvable ou gélule. - Une fois par jour. - Sur prescription médicale dans le cadre d'un traitement substitutif. - Prescription initiale en centre spécialisé de soins aux toxicomanes avec relai possible par le médecin généraliste. - Durée maximale 7 jours, renouvelable une fois. - Gélules instaurées après un an de traitement par sirop.

	Héroïne	BHD	MTD
Dérivés urinaires	<ul style="list-style-type: none"> - Spécifique: 6-monoacétylmorphine - Aspécifique: Morphine. 		<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de prise d'autres MSO.
Pharmacocinétique	<ul style="list-style-type: none"> - Très lipophile. - Demi-vie courte : 1 à 2 heures. - Métabolites, morphine 6-monoacétylmorphine, codéine. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voie orale : effet de premier passage hépatique. - Lipophile - Métabolisme hépatique - Excrétion biliaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne biodisponibilité orale. - Stockage hépatique important - Demi-vie : 13 à 47 heures selon les doses. - Métabolisme hépatique lent. - Métabolites inactifs. - Elimination biliaire et urinaire.

	Héroïne	BHD	MTD
Interactions	- Agoniste Complet μ .	- Les BZD : risque accru de dépression respiratoire. - La naloxone ou Naltrexone héroïne : risque de SDS .	- Inducteur enzymatique : diminution des taux de MTD. - Inhibiteur enzymatique : augmentation des taux de MTD. -SDS si associée à la BHD.

Tableau 2: spécificités de la buprénorphine (BHD), de la méthadone (MTD) et de l'héroïne.

Ci-après, les exemples de la codéine, de la morphine, du tramadol et du fentanyl (17).

	Codéine	Morphine	Tramadol	Fentanyl
Pharmacologie	<ul style="list-style-type: none"> - Agoniste μ faible. - Antitussif 	<ul style="list-style-type: none"> - Agoniste μ pur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agoniste μ faible. - Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forte affinité et spécificité pour les récepteurs opiacés. - Activité analgésique 50 à 100 fois supérieure à la morphine. - Agoniste μ, faible action sur les récepteurs δ et κ. - Pas d'effet péristaltique, histamino-libérateur ou thermo-régulateur.

	Codéine	Morphine	Tramadol	Fentanyl
Potentiel de dépendance	<ul style="list-style-type: none"> - Effet euphorisant modéré. - SDS plus faible qu'avec la morphine, 8 heures à 2 jours après la dernière prise durant moins de 7 jours. - Tolérance aux effets antalgiques, antitussifs et euphorisants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les formes injectables sont les plus recherchées. - Dépendance exceptionnellement problématique dans les algies chroniques. - SDS dans les 8 à 12 heures suivant la dernière prise, durée 2 à 6 jours. On l'observe lors d'injection sous cutanée 4x/j pendant 14 jours. - Tolérance aux effets antalgiques → doses pouvant aller jusqu'à 500 mg/j en soins palliatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance faible, quelques cas d'abus et de dépendance. - SDS modéré. 	

	Codéine	Morphine	Tramadol	Fentanyl
Risques	<ul style="list-style-type: none"> - Convulsions liées à la présence de camposulfonate dans le Néocodion®. - Céphalées. - Réaction anaphylactique - Prurit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression respiratoire Maximum après 90 min pour les SC et 7 minutes pour les IV. - Rash, prurit. - Constipation. - Myoclonies. - Hallucinations à doses thérapeutiques. - Accumulation si insuffisance rénale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réaction anaphylactique : urticaire, œdème de Quincke, broncho-spasme. - Convulsions: dose-dépendante, chez des patients à risques ou en cas d'interactions médicamenteuses. - Hallucinations des sujets âgés - Hypotension, nausée, sécheresse buccale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression respiratoire. - Erythème, rash au point d'application. - Overdose en cas de mésusage : patch usagé chauffé puis inhalés, léchés et même avalés.

	Codéine	Morphine	Tramadol	Fentanyl
Grossesse	- Pas d'études sur l'humain.	- Pas d'études sur l'humain.	- SDS du nouveau-né : tachycardie, tachypnée, hypertonie musculaire et convulsions à partir de la 24 ^{ème} heure de vie.	- Pas d'étude sur l'humain.
Prise en charge		- Diminution progressive des doses : 30 à 40% par jour chez les patients algiques - Surveillance biologique : détection jusqu'à 3 jours après la dernière prise.		- Prévention: détruire ou ramener en pharmacie les patchs usagés.
Effet recherché	- Antalgique, antitussif. - Mésusage : Auto-substitution.	- Antalgique.	- Antalgique par excès de nociception et par déafférentation.	- Flash lors du mésusage.

	Codéine	Morphine	Tramadol	Fentanyl
Pharmacocinétique	<ul style="list-style-type: none"> - Cmax : 1heure 30. - Demi-vie : 2 à 4 heures. - Métabolites : morphine, méta-morphine détectées jusqu'à 40heures après la dernière prise. 	<ul style="list-style-type: none"> - Effet maximum 7 min après une IV, 30 min après une IM et 90 min après une SC. -Effet de premier passage hépatique per OS d'où la forme LP. - Cmax 1 heure après pour les formes simples et 4 à 5 heures pour les formes LP. -Métabolites : <ul style="list-style-type: none"> - les dérivés 6-glucurono-conjugués, actifs, (accumulation en cas d'insuffisance rénale), - la codéine, - les dérivés 3-glucurono-conjugués non actifs mais qui ont une action sur les voies glutamatergiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Métabolite : O-desméthyl-tramadol. 	<ul style="list-style-type: none"> - Liposoluble. - Latence IV : 30 secondes, effet maximum en 2 ou 3 min, durée d'action 30 min. - Métabolite : <ul style="list-style-type: none"> - Norfentanyl, - 10% éliminé de façon inchangée dans les urines.

	Codéine	Morphine	Tramadol	Fentanyl
Interactions		<ul style="list-style-type: none"> - Amphétamine: augmentation des effets antalgiques et diminution des effets dépresseurs respiratoires - Antidépresseurs tricycliques: augmentation de la biodisponibilité - Métoproprammine : augmentation de la biodisponibilité 	<ul style="list-style-type: none"> - ISRS ou inhibiteur enzymatique : risque de syndrome sérotoninergique 	

Tableau 2 bis : spécificités de la codéine, de la morphine, du tramadol et du fentanyl.

C. IMPACTS DES TRAITEMENTS SUBSTITUTIFS AUX OPIACES SUR LES TOXICOMANES AUX OPIACES

1. Les bénéfiques

Les traitements substitutifs aux opiacés ont prouvé leurs bénéfices sur plusieurs points : l'accès aux soins, des meilleures possibilités d'insertion socioprofessionnelle, une diminution des actes de délinquance.

Les traitements substitutifs aux opiacés et les politiques de prévention influencent la morbi-mortalité de la population en bénéficiant. On peut constater une diminution des overdoses létales et non létales, une diminution de la prévalence du VIH entre 2003 et 2005. On enregistre 2% de nouveaux cas de contamination par le VIH et 8% de nouveaux cas de SIDA contre 25% dans le milieu des années 90 (convergence de sources OCRITS, OFDT et INSERM).

Dans l'étude SPESUB (Suivi Pharmacologique et Épidémiologique du Subutex® en médecine de ville) entre 1996 et 1998, DUBURCQ a montré une diminution des risques infectieux, une facilitation de la prise en charge somatique et une augmentation des possibilités de réinsertion socioprofessionnelle. Il s'agit d'une enquête de cohorte concernant 919 patients sous buprénorphine haut dosage après deux ans de traitement : 620 sont toujours pris en charge dont 508 par le même médecin. 290 actifs étaient comptabilisés à l'inclusion contre 343 au bout de deux ans (significatif avec un $p=0.001$). En revanche l'évolution du logement et de la situation professionnelle est moins positive qu'avec la méthadone (18).

L'étude de DE DUCLA (19) analyse le profil des patients pris en charge en ambulatoire en médecine générale. Elle évalue l'impact de la buprénorphine haut

dosage sur l'évolution médicosocial de 300 patients. Cette étude rétrospective nationale sur six mois de juin à décembre 1997 est menée auprès de médecins généralistes français. L'évolution des paramètres sociaux traduit une meilleure insertion comme le prouvent les deux tableaux de résultats suivant.

	Avant la prise en charge	Lors de la dernière ordonnance	p
Activité connue	22.3%	39%	0.00001
Activité intermittente	32.3%	23.7%	0.186
Stage	3.7%	7.3%	0.049
Aucune activité	44.6%	30.3%	0.0004
Ne sait pas	0.7%	1.7%	

Tableau 3 : Évolution de l'activité professionnelle dans l'échantillon.

Ressources principales	Avant la prise en charge	Lors de la dernière ordonnance	p
Emploi	43.3%	55%	0.006
RMI, allocation chômage	41%	31.7%	0.018
Autres (pensions, famille)	35%	32%	0.44
Pas de ressource	0.7%	0.7%	0.99
Illégales	11.3%	4%	0.001
Ne sait pas	2%	3%	

Tableau 3 bis : Évolution des ressources principales dans l'échantillon.

2. Mésusages des médicaments substitutifs aux opiacés

Il existe différentes formes de mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés. Elles concernent surtout la buprénorphine haut dosage dont la présentation galénique (comprimés sublinguaux) facilite l'utilisation par voie injectée ou per-nasale. Le terme de mésusage s'applique aussi à la majoration des doses, à l'association avec d'autres substances illicites, avec l'alcool ou avec des benzodiazépines, ainsi qu'au trafic de médicaments.

On estime ainsi que 13 à 46 % des patients traités par buprénorphine haut dosage utilisent aussi le médicament par voie intraveineuse. Par ailleurs, environ 6 % des

patients sous buprénorphine haut dosage seraient responsables du détournement vers le marché noir d'environ 25 % de la quantité totale de buprénorphine haut dosage remboursée en France. Le mésusage expose le patient aux risques de détresse respiratoire et de surdose, à des complications locorégionales et systémiques et au décès éventuel. L'association avec des benzodiazépines peut induire une potentialisation de la buprénorphine (17), surtout chez les injecteurs. Parmi les benzodiazépines, le flunitrazépam (Rohypnol®) et le clorazépate dipotassique (Noctran®) 50mg sont souvent utilisés comme produits de « défonce ». A noter que depuis 2007, la buprénorphine haut dosage fait l'objet d'un plan de gestion de risque de la part de l'ANSM. Ces mésusages sont en nette diminution (20).

Quant à la méthadone, la forme sirop n'étant pas compatible avec des mésusages par injection ou sniffé, le risque principal est le décès par surdose. La forme gélule, récemment mise sur le marché en France, est soumise à des contraintes de prescription draconiennes dans le but d'éviter son détournement par des patients pratiquant l'injection ou son utilisation par des sujets naïfs ou peu dépendants aux opiacés (risque d'overdose mortelle).

Des recommandations ont été émises en 2004 par l'ANAES (aujourd'hui HAS) pour réduire les mauvaises utilisations des médicaments substitutifs aux opiacés (21). Outre le respect des modalités de prescription et de dispensation, la prévention du mésusage repose sur l'information du patient à tous les stades de la prise en charge, sur la recherche régulière des mauvaises pratiques d'utilisation (13), sur la collaboration médecin généraliste-pharmacien et sur le travail en réseau, et sur les structures spécialisées dans la prise en charge des addictions (CSAPA).

Le passage aux nouveaux dosages de Subutex® ou à la buprénorphine haut dosage générique est aussi une bonne occasion de faire le point avec le patient. Si celui-ci s'inquiète de ce changement de forme galénique, on peut suspecter un mésusage, le patient craignant peut-être ne pas pouvoir utiliser le nouveau médicament comme il le faisait avec la forme princeps. L'attention est également de rigueur lorsqu'un patient demande exclusivement la forme dosée à 2 mg alors que la présentation dosée à 6 mg est plus adaptée à son cas. Enfin, l'examen clinique régulier, incluant les téguments, ne doit pas être négligé (4).

La mise à disposition des nouveaux dosages permet d'affiner au mieux les traitements pour obtenir la dose minimale efficace tout en limitant les risques liés au fractionnement des comprimés (une dose de 12 mg ne nécessite plus de fractionner un comprimé de 8 mg) (1). Ils permettent au patient de réduire le nombre de boîtes de buprénorphine pour une même durée de traitement avec un coût moindre (forfait de 50 centimes par boîte).

La consultation occasionnelle doit assurer la continuité des soins, tout en limitant le risque de mésusage. En cas de déménagement ou de départ en vacances (du patient ou du praticien), le patient peut généralement présenter les ordonnances antérieures. Il faut alors joindre le prescripteur précédent ou le pharmacien pour prendre le relai dans de bonnes conditions. Selon l'ANAES, la prescription « de dépannage » doit rester exceptionnelle, limitée à quelques jours, après avoir contacté le prescripteur habituel (21). Certains patients demandent au médecin généraliste de « renouveler » la buprénorphine haut dosage achetée dans la rue. Il faut alors considérer qu'il s'agit d'une primo-prescription, qui doit se dérouler selon les recommandations en vigueur (interrogatoire minutieux, examen clinique, initiation

du traitement pour une durée ne dépassant pas sept jours, suivi rapproché durant cette période, ...) (22). Dans tous les cas, le médecin peut prendre conseil auprès du CSAPA le plus proche. En tout état de cause, s'il décide de « passer la main » au CSAPA, le médecin doit prendre lui-même le rendez-vous pour le patient (21).

II. LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE EN DEUX SEVRES

A. POLITIQUE GOUVERNEMENTALE

1. Historique

Depuis le 19^{ème} siècle il existe une législation en ce qui concerne l'usage de substances illicites (23) : en 1845, des textes de lois précisent ce cadre et des décrets d'applications ont été votés au début du 20^{ème} siècle (1908) mais les textes étaient imprécis et les résultats médiocres.

En 1916, le parlement français adopte à l'unanimité la grande loi sur les stupéfiants réprimant l'importation, le commerce, la détention, l'usage de substances vénéneuses et notamment la morphine, l'opium et la cocaïne (24).

La loi du 13 juillet 1922 et le décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille vinrent renforcer l'arsenal législatif et réglementaire de la loi de 1916.

La loi du 24 décembre 1953 intègre pour la première fois un volet sanitaire dans la législation anti-drogue. L'utilisateur de drogues est considéré comme un malade et le trafiquant comme un délinquant professionnel qu'il faut réprimer sévèrement (25).

La loi du 31 décembre 1970 (26) est le socle toujours actuel de la politique française en matière de drogue : c'est la loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses.

Cette loi est axée sur deux points:

- La répression de l'usage et du trafic de drogue. L'usage simple de substances illicites classées comme stupéfiants sans distinction entre drogue douce et drogue dure, ni entre usage privé et public, ni entre usage régulier ou occasionnel contrairement à la loi de 1916 qui réprimait seulement l'usage en société.

- L'offre d'une série de soins. Ce point est lié à l'insertion du code de santé publique.

Le texte de loi final est donc le fruit de deux ministères : le ministère de la justice en charge de la répression et le ministère de la santé en charge de la surveillance sanitaire obligatoire des usagers.

Les lois ultérieures sont en faveur d'une répression plus importante encore et ne concerne pas le volet sanitaire. Il n'y a donc pas d'autres cadres que la loi du 31 décembre 1970 qui reste tout de même assez floue en matière de prévention.

2. Loi du 31 décembre 1970

Le contenu de cette loi ne prévoit pas de dispositions spécifiques en matière de prévention ce qui va aboutir à une politique de prévention hétérogène éclatée et peu cohérente.

Elle prévoit la gratuité et l'anonymat des soins et la prise en charge sanitaire et sociale conventionné par l'état.

Elle prévoit également la répression de toutes les infractions à la législation des stupéfiants, de la simple consommation à la production, sans distinction de produit.

De cette loi, naît l'injonction thérapeutique complétée par l'obligation de soin à laquelle l'usager doit se soumettre quelque soit le stade de la procédure pénale. On retrouve cette notion d'injonction thérapeutique dans l'article L-628 du code de Santé Publique. Il s'agit d'une décision du procureur pouvant être une alternative aux poursuites pénales sous la forme d'une procédure mixte judiciaire et sanitaire.

A l'époque, l'injonction thérapeutique faisait l'objet d'un scepticisme général judiciaire et médical (27) :

- Le scepticisme judiciaire vient du dessaisissement de certaines responsabilités au profit de l'autorité sanitaire (DDASS et DRASS actuellement ARS). C'est en effet elle qui décide, après examen médical, si la personne nécessite une cure de désintoxication ou un simple suivi médical dans un dispensaire d'hygiène social ou par un médecin. C'est elle qui avise du respect et du suivi du traitement.
- Le scepticisme médical vient des théories suivantes :
 - o La réussite du traitement dépend de l'adhésion du patient à celui-ci. Les médecins n'étaient pas d'accord pour devenir des auxiliaires de la justice voire des «collabos» de la répression.
 - o Ils dénonçaient parfois l'utilisation du soin par le toxicomane pour échapper à la justice, faisant du médecin son complice.

L'obligation de soin peut être imposée à tout moment de la procédure pénale. Dans ce cas les poursuites pénales engagées ne sont pas annulées et la soumission à cette obligation de soin n'a d'effet que sur la peine encourue : réduction, annulation, ou liberté conditionnelle. Le juge d'application des peines peut également prolonger l'obligation de soin lors de la sortie d'un établissement pénitencier lorsqu'elle a été entamée lors d'une peine d'incarcération.

3. La MILDT

En France l'action ministérielle de lutte anti-drogue et de prévention est coordonnée par la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie). Elle est sous l'autorité du premier ministre, sa présidente actuelle est Madame Danièle Jourdain Menninger.

En 2012 le budget global de l'état pour l'assurance maladie est de 1,5 milliards d'euros. Le budget d'impulsion et de coordination de la MILDT est 20 millions d'euros répartis comme suit dans ses différentes attributions (4):

- Soutien aux projets de préventions : 0.5 million d'euros.
- Informations, communications : 0.5 million d'euros.
- Action internationale, 1 million d'euros.
- Financement des opérateurs OFDT (Observatoire Français des drogues et Toxicomanes) et CIFAD (Centre Interministériel de Formation Anti-Drogue) : 17 million d'euros.

4. Le CNID

Le CNID, Comité National d'Information sur la Drogue, a pour but d'informer les élus, le gouvernement, l'opinion publique afin de stimuler l'émergence d'une volonté politique contre les drogues telles que les opiacés par exemple.

B. STRATEGIES DEPARTEMENTALES ET REGIONALES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE

La MILT est relayée par les ARS (anciennement DRASS) au niveau régional et les délégations départementales de l'ARS ((anciennement DDRASS). Plus localement il existe des centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) devenus CSAPA. Pour la prévention des risques il existe des lieux d'accueil pour toxicomanes (CAARUD) où ils peuvent réaliser leurs injections dans un cadre plus protégé de programmes d'échanges de seringues.

Les centres hospitaliers constituent également une porte d'entrée pour la prise en charge des toxicomanes, souvent en hospitalisation de jour et parfois en hospitalisation complète lors des cas complexes.

On peut citer dans les Deux –Sèvres les structures DELTA 79 faisant parti du CSAPA de l'hôpital de Niort, le CDAG de Bressuire faisant partie du CSAPA de l'hôpital nord Deux-Sèvres

Le CNID, délègue l'action au niveau local à des groupes d'adultes préalablement formés. Ces groupes organisent des réunions d'information et d'éducation

systématisées dans les classes de collèges et lycées. Ils réalisent également des réunions d'information pour les parents et leur délivrent les plaquettes correspondant. Ces groupes sont évalués annuellement sur les actions menées et ils bénéficient de remise à niveau également annuelle (28).

Les réseaux soins ont été créés un peu partout en France, pour les Deux-Sèvres, on en répertorie un seul, c'est le même pour l'ensemble des départements de la région : le RAP (Réseau Addiction Poitou-Charentes). Les réseaux ont pour but d'améliorer les soins des patients souffrant d'une addiction d'une part en facilitant l'accès au soin et d'autre part en leur offrant un meilleur suivi. Les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs sont :

- Les réunions de concertation et de coordination des intervenants de santé.
- La continuité et l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires et sociales.
- L'évaluation des prises en charge afin de garantir une qualité de soin.

Enfin, au plus près du patient et de son environnement se trouve le médecin généraliste.

C. STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES SUR LES MODALITÉS DE SEVRAGE DES TOXICOMANES DÉPENDANTS AUX OPIACÉS :

- 1. Conférence de consensus du 23 et 24 avril 1998. Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants aux opiacés (22)**
- 2. Recommandations pour la pratique de Juin 2004, texte long. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés (29)**
- 3. Conférence de consensus du 23 et 24 juin 2004. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. 23 et 24 juin 2004.Lyon (école normale supérieure) (23)**
- 4. Lettre d'information aux médecins prescripteurs et pharmaciens du 14 avril 2008. Mise sur le marché de la Méthadone AP-HP® gélule. Information importantes garantissant son bon usage et sa sécurité d'emploi (30)**

D. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE TRAITEMENT DES TOXICOMANES DEPENDANTS AUX OPIACES.

Le médecin généraliste est le plus disposé à prendre en charge les toxicomanes dépendants aux opiacés du fait de sa proximité avec le patient et de la connaissance de son environnement social, familial et professionnel. Cela lui permet d'avoir une attitude humaniste avec ces patients(31) (32). Pour autant, l'étude CEMKA-EVAL met en évidence que peu de médecins généralistes prennent en charge beaucoup de dépendants aux opiacés : 97% des médicaments de substitution aux opiacés sont prescrits par les médecins généralistes, 77% des médecins prescrivent de la

buprénorphine haut dosage à un seul patient, 87% des médecins généralistes prescrivent de la méthadone à un seul de leur patient. 2.5% d'entre eux suivent plus de cinq patients sous buprénorphine et seulement 0.4% suivent plus de cinq patients sous méthadone. Les généralistes prenant en charge des patients toxicomanes aux opiacés sont des spécialistes implicites en addictologie.

Cette disparité s'explique par plusieurs arguments :

- Les consultations sont chronophages notamment la première année et encore plus le premier mois.
- Les patients toxicomanes sont fragiles et nécessitent une grande disponibilité du médecin.
- L'échec du traitement substitutif est parfois mal vécu alors qu'il devrait être ressenti comme une étape dans un processus thérapeutique à long terme.
- Le manque de formation initiale et le désintérêt pour la formation continue en addictologie
- La peur du patient toxicomane et le mythe qui règne autour (antécédent carcéral, peur de l'agression, du braquage, peur d'être complice d'un trafic, peur d'être nocif lors du mésusage du Subutex®) (2).

III. MATERIEL ET METHODE

A. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative (33) basée sur des entretiens semi-dirigés. Ces entretiens sont dirigés grâce à un questionnaire ou canevas. Il est réalisé de telle

sorte que les questions posées soient ouvertes (pourquoi ? comment ?,...) afin de laisser libre cours aux réponses des médecins généralistes interrogés.

L'analyse du contenu des entretiens est obtenue en encodant le récit des médecins généralistes en thèmes et sous thèmes. La validité interne est obtenue par triangulation des données, la récurrence des réponses donne la force des résultats obtenus. Cette classification est facilitée par un logiciel d'exploitation des données appelé NVivo.

B. LES OUTILS

1. Le canevas d'entretien

La réalisation des entretiens semi-dirigés auprès des médecins nécessite la conception au préalable d'un questionnaire dit canevas permettant de mener à bien l'entretien semi-dirigé. Ce questionnaire est connu de l'enquêteur uniquement. Il a été remodelé après les deux premiers entretiens pour le recentrer sur le sujet et reformuler certaines questions de manière plus ouvertes (34).

2. L'entretien

L'anonymat des médecins interrogés est respecté. Chaque entretien est intégralement enregistré au dictaphone numérique, puis retranscrit par écrit. Les tournures de langages ont été conservées. Les entretiens ont duré entre huit minutes

et une heure. Ils s'effectuent au cabinet médical du médecin généraliste interrogé. Avant de réaliser l'entretien semi-dirigé, un premier contact téléphonique avec le médecin généraliste est nécessaire. Au cours de cette conversation téléphonique, le thème, les modalités et le but de l'entretien sont exposés. Enfin nous effectuons une prise de rendez-vous si le médecin généraliste accepte l'entretien (35).

3. Logiciel d'exploitation des données

Nvivo est un logiciel qui soutient les méthodes de recherche qualitative et mixte. Il permet de collecter, d'organiser et d'analyser le contenu de documents tels que des interviews, des discussions thématiques de groupes, des enquêtes, des fichiers audio, des média sociaux et des pages web.

NVivo permet d'analyser des données en profondeur, c'est un outil puissant de recherche, de requête et de visualisation. Il permet d'identifier des connexions subtiles, d'ajouter des impressions et des idées au fur et à mesure. Ce logiciel permet de justifier rigoureusement les résultats obtenus.

IV. RESULTATS

A. DONNEES GENERALES SUR LES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés sur une période de sept mois entre avril et novembre 2013. Ils ont tous été réalisés au cabinet des médecins concernés, le médecin à son

bureau face à la personne interrogatrice. Ils ont été enregistrés sur un dictaphone numérique et retranscrit en intégralité par écrit en respectant l'anonymat des médecins interrogés, des confrères cités et des patients. Lors de cette retranscription, les formulations typiques de l'orale ont été conservées afin de ne pas dénaturer le corpus obtenu.

B. PRESENTATION DE L'ECHANTILLON

L'échantillon est constitué de quinze médecins généralistes ayant une activité libérale. 27% des médecins exercent seuls contre 73% en cabinet de groupe. Un seul médecin n'utilise pas de logiciel informatique de tenue des dossiers médicaux des patients.

1. Sexe

Il est constitué de un tiers de femmes pour deux tiers d'hommes soit un sexe-ratio égal à 2.

2. Age

La moyenne d'âge est de cinquante six ans. Le plus jeune médecin interrogé a trente et le plus âgé a soixante-sept ans.

3. Type d'exercice

33% des médecins généralistes interrogés exercent en milieu rural, 40%, en milieu urbain et 27% en milieu semi rural.

4. Appartenance à un réseau

53% des médecins interrogés adhèrent à un réseau d'addictologie.

5. Nombre de patients traités pour une substitution aux opiacés

Au moment où ils ont été interrogés, trois médecins, soit 20% de l'échantillon, ne prennent en charge aucun patient toxicomane aux opiacés mais prescrivent occasionnellement des médicaments substitutifs aux opiacés. Quatre médecins, soit 26,6%, en ont entre un et cinq. Quatre médecins, soit 26,6%, en ont entre dix et vingt et enfin quatre médecin, soit 26,6%, en ont plus de quarante.

C. RESULTATS DE L'ANALYSE THEMATIQUE

Ci-après, vous retrouverez les deux arborescences obtenues en encodant le corpus obtenu grâce aux entretiens avec les médecins généralistes.

Figure 1 : Éléments motivant les médecins généralistes à prendre en charge des patients toxicomanes aux opiacés

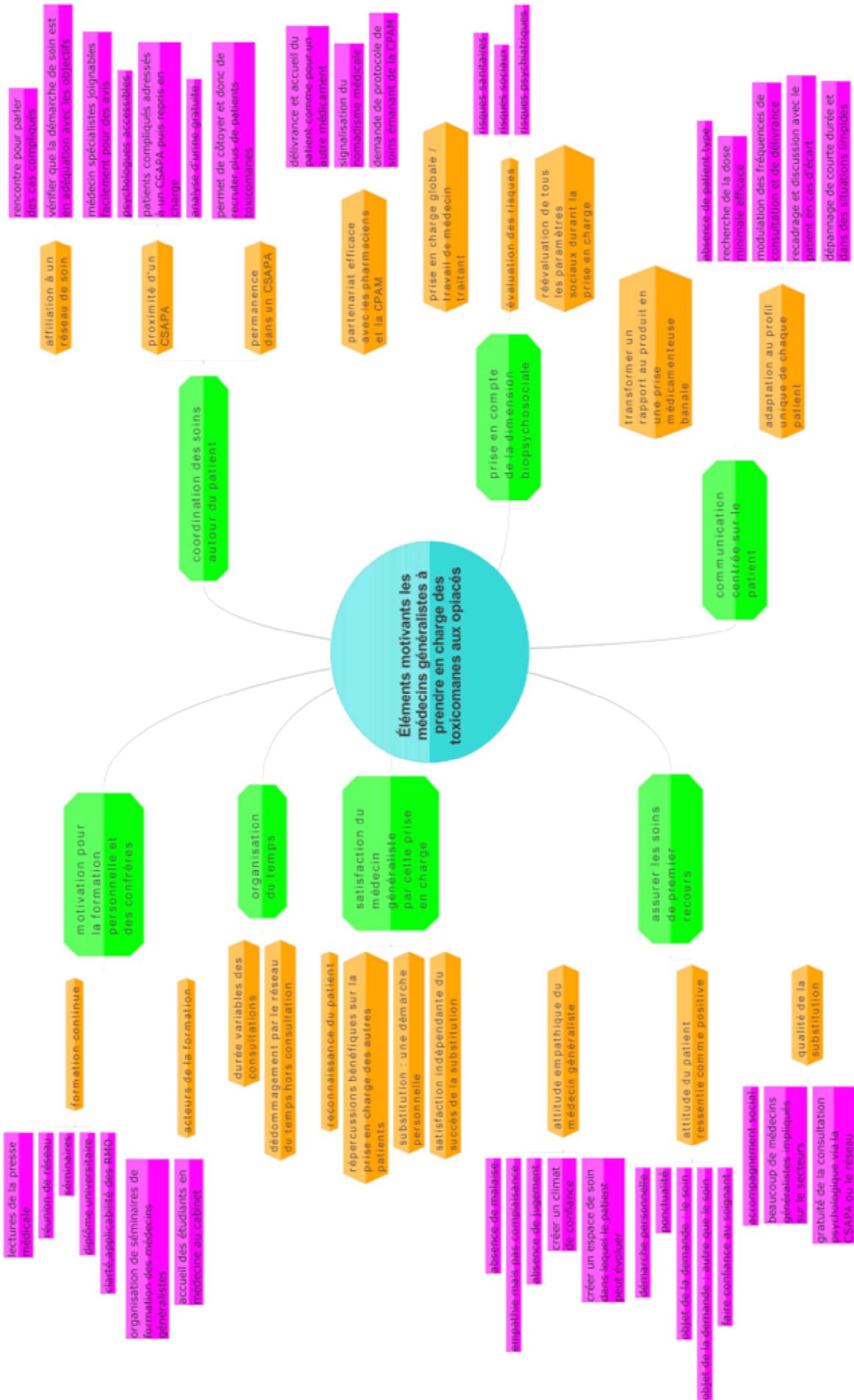
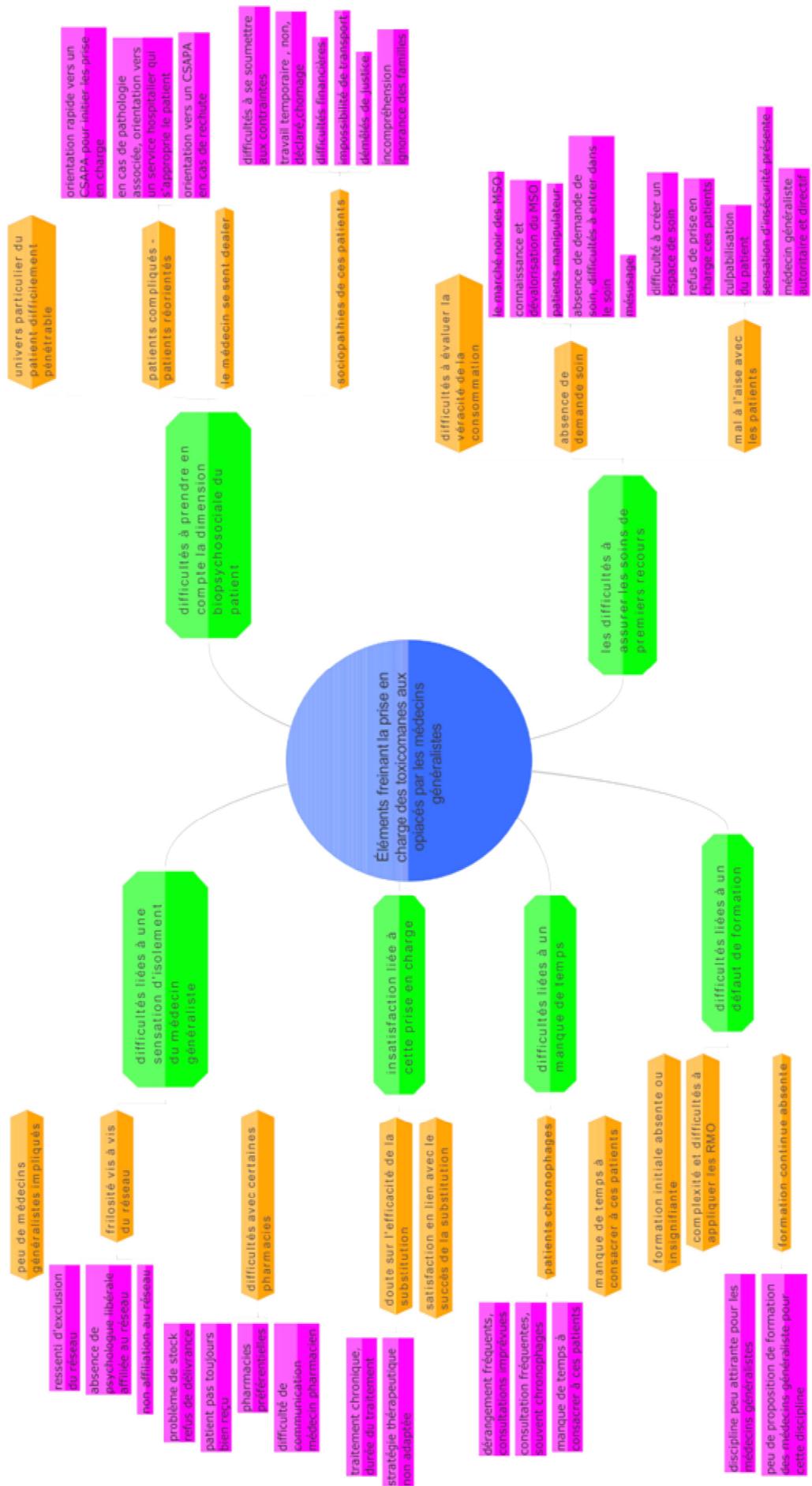


Figure 2 : Éléments freinant la prise en charge des toxicomanes aux opiacés par les médecins généralistes



D. ANALYSE TRANSVERSALE DES DONNEES (36)

Les grands thèmes qui ressortent des entretiens dirigés sont séparés en deux grandes catégories : d'une part, les éléments motivant les médecins généralistes à prendre en charge les patients toxicomanes et d'autre part les éléments freinant cette prise en charge.

1. Les éléments motivant les médecins généralistes à prendre en charge les toxicomanes aux opiacés

On remarque aisément que la pratique de la substitution aux opiacés requiert de multiples compétences de la médecine générale (38). C'est une pratique hautement stimulante du point de vue intellectuelle par la mise en application simultanée de ces compétences. Elle engendre ainsi une satisfaction personnelle du médecin qui la pratique. Elle a également des répercussions bénéfiques sur la prise en charge des autres patients.

a) Le premier recours (37)

La compétence qui revient le plus souvent est la nécessité de répondre à une demande de soin et assurer le premier recours en créant un espace de soin. Il apparaît que deux paramètres sont importants. Premièrement, l'aptitude du médecin à ouvrir le soin est essentielle. Il y a l'aspect physique en acceptant les patients

dépendants aux opiacés en consultation mais aussi le comportement global à leur égard et l'absence de jugement de ceux-ci. Deuxièmement, l'aptitude du patient à rentrer dans le soin est également essentielle. Le plus souvent, il s'agit d'une démarche personnelle, et plus rarement, l'injonction thérapeutique peut mettre le patient en contact avec le soin. D'une contrainte extérieure, le patient aboutit finalement à une démarche personnelle de soin. Ces deux facteurs permettent de créer un climat de confiance soignant-soigné où le patient ne se sent pas bridé même pour aborder des sujets délicats tels que les poursuites judiciaires, les rechutes, les conflits familiaux, professionnels, ...

b) La coordination des soins (37)

Lors des entretiens des médecins généralistes ont mis en avant l'importance de la coordination des soins autour des patients toxicomanes aux opiacés pour améliorer leur prise en charge. En effet le réseau et les CSAPA, les aident pour les patients complexes. Ils leur permettent un relai mais aussi des conseils et des lieux d'échanges entre professionnels de santé, que ce soient des psychologues ou d'autres médecins. Ce sont des médecins généralistes qui assurent une partie des permanences médicales dans les CSAPA, et qui ont par ailleurs une activité libérale. Ils assurent un pont entre la pratique de ville et la pratique hospitalière. Ces médecins sont un peu plus spécialisés dans l'addiction que le généraliste lambda. Ces médecins qui assurent des permanences dans les CSAPA prennent en charge en libéral beaucoup de patients toxicomanes aux opiacés (plus de 10).

Par ailleurs, les pharmaciens jouent un rôle essentiel, ils assurent la délivrance des médicaments substitutifs aux opiacés, ce sont des partenaires de choix, le dialogue est permanent entre les différents partenaires du projet de soin qui regroupent au minimum le médecin, le pharmacien et le patient. Certains pharmaciens sont très impliqués et appartiennent au Réseau Addiction Poitou-Charentes (RAP).

Le RAP pour ceux qui y adhèrent, donne des moyens supplémentaires aux médecins généralistes. Ils sentent qu'ils ont des vraies propositions de soin pour ces patients en demande. Ils ont l'impression de faire autre chose que de la prescription de médicaments substitutifs aux opiacés et de mieux aider les patients.

c) Une communication centrée sur le patient (37)

On parle souvent de cadre de soin ou de contrat établi avec le patient, mais les médecins ont souvent évoqué l'absence de contrat type, bien formaté parce qu'il n'existe pas de patient type. Ils ont tous une histoire différente quelle soit familiale, professionnelle ou relationnelle au produit consommé. Cette situation nécessite une adaptation à chaque patient et pour un même patient une adaptation dans le temps, en fonction de l'évolution de sa situation. Ce qu'il peut y avoir en commun, c'est la recherche de la dose minimale efficace lors de l'initiation du traitement et la modulation de la fréquence des consultations et de la délivrance en fonction de la situation du patient (souffrance épisodique nécessitant un soutien particulier, initiation d'un traitement...). Ce cadre de soin est donc relativement souple, les écarts font l'objet de discussions afin de mettre à plat les problèmes sous-jacents. Il

arrive même, dans des situations claires, sereines et limpides, que les médecins dépannent les patients sur une courte durée.

Ce qui est moins palpable, mais que les médecins ont exprimé, c'est qu'il faut guider le patient pour qu'il rentre dans une réflexion personnelle et transforme son rapport au produit consommé en une prise médicamenteuse banale de son traitement de substitution. Ce travail introspectif par le patient toxicomane aux opiacés est difficile car, au départ, il toute son énergie sur le deuil nécessaire de son produit et de tout ce qui l'entoure.

d) Prise en compte de la dimension biopsychosociale

(37)

A travers les différents entretiens, les médecins généralistes ont particulièrement insisté sur les différentes dimensions à explorer chez les patients toxicomanes aux opiacés, tant au début de la prise en charge que lors du suivi. En effet, ce sont des patients dont les risques sont multiples. Il y a les risques infectieux, les risques psychologiques et les risques sociaux. La substitution est donc également un travail de réduction des risques, elle enlève notamment le risque infectieux pour les patients injecteurs. Toutes ces dimensions doivent être évoquées. Souvent les avancées du patient sur le chemin de la substitution s'évaluent sur ses avancées sociales. Elles sont un reflet du bien-être du patient. Cela reprend la définition de la santé selon l'OMS.

e) Répercussions bénéfiques ressenties par le médecin généraliste

Il est important que le médecin retire un bénéfice de cette prise en charge complexe. Comme nous venons de le voir, cela peut être par la stimulation intellectuelle en mobilisant de multiples compétences de la médecine générale. Il n'y aura pas de frustration si le médecin ne ressent pas les rechutes de ses patients toxicomanes aux opiacés comme des échecs personnels. Certains médecins ont mis en avant une amélioration de leur pratique globale et les répercussions bénéfiques sur la prise en charges de leurs autres patients. Ils expriment une certaine satisfaction également lorsque les patients se rendent compte du chemin parcouru et ressentent l'attitude soignante de leur médecin.

Mais au départ, les médecins s'investissent personnellement, c'est par intérêt pour la substitution des patients toxicomanes aux opiacés qu'ils s'inscrivent dans des formations et c'est sans nul doute la démarche originale, intéressante, de remise en question permanente qui les motivent pour continuer de prendre en charge des patients toxicomanes aux opiacés

f) Organisation du temps au cabinet (38)

Certains médecins généralistes ont mis en avant que ces patients ne prenaient pas plus de temps que les autres patients. Les consultations peuvent avoir des durées variables comme pour les autres patients. Un seul médecin a fait la remarque que le temps passé en réunion, à téléphoner ou toute autre activité hors consultation était

maintenant reconnu et dédommagé par le Réseau Addiction Poitou-Charentes (RAP), dans le cas, bien sûr, où le médecin est affilié à celui-ci.

g) Motivation pour la formation personnelle et celle de leurs confrères (37)

Seulement deux médecins ont des diplômes universitaires en ce qui concerne la toxicomanie. En revanche, sept médecins revendiquent participer à des séminaires de formation continue en ce qui concerne la toxicomanie aux opiacés. Trois médecins s'investissent dans la formation de leurs pairs en organisant des séminaires de formation ou en accueillant des internes à leur cabinet.

2. Les éléments freinant la prise en charge des toxicomanes aux opiacés

a) Difficultés à assurer les soins de premier recours

Cinq médecins ont évoqué leurs difficultés à évaluer la véracité de la dépendance. Ce qui leur pose un problème lors de l'institution du traitement.

Ils se sentent un peu démunis lorsqu'en face le patient n'a pas une réelle demande de soin. Lorsque la demande émane de l'environnement (famille, justice, ...) pour beaucoup d'entre eux, ceci est ressenti comme péjoratif quant au bon déroulement de la substitution. Huit médecins se sentent manipulés par les patients toxicomanes

aux opiacés. Cinq médecins s'inquiètent du mésusage des médicaments substitutifs aux opiacés, notamment l'injection de Subutex® dont les complications sont redoutables. Trois médecins se rendent compte que leurs patients participent au trafic ou consomment sur le marché noir. Enfin, trois médecins expriment que le médicament substitutif aux opiacés est déjà connu du patient quand il vient pour la première fois (consommé dans la rue). Ils ressentent une dévalorisation du médicament substitutif aux opiacés de la part du patient qui ne peut-être qu'un nouvel obstacle dans le chemin de la substitution.

Sept de ces médecins se sentent mal à l'aise avec eux car socialement trop différents, ce qui rend difficile la création d'un espace de soin. Trois médecins dénoncent une attitude critique et pleine de jugements de certains de leurs confrères ou au contraire une attitude trop paternaliste ou autoritaire d'autres confrères. Dans les deux cas, le patient ne peut pas exprimer librement ses souffrances.

Enfin, beaucoup de médecins refusent de prendre en charge des patients toxicomanes et n'ont pas acceptés l'entretien semi-dirigé suite à la conversation téléphonique.

b) Difficultés liées à une sensation d'isolement des médecins

Les médecins généralistes interrogés sont soucieux du faible nombre de médecins généralistes impliqués dans la prise en charge des toxicomanes aux opiacés, tant pour les recevoir qu'au niveau de la formation. Un seul est préoccupé par l'absence de relève, en constatant l'âge avancé des confrères qui s'en occupent.

On s'aperçoit que des médecins expriment une certaines critiques vis-à-vis du Réseau Addiction Poitou-Charentes. Certains se sentent exclus, d'autres refusent de s'affilier et d'autres regrettent l'absence de psychologue affiliée dans le secteur. Par ailleurs, certaines pharmacies posent problème, soit elles ont des problèmes de stock en médicaments substitutifs aux opiacés soit elles refusent la délivrance, soit elles n'accueillent pas bien les patients. Ceci aboutit à une coopération des médecins avec des pharmacies préférentielles, et le patient n'est pas tout à fait libre de choisir ses soignants. Un seul médecin a des difficultés de communication avec les pharmaciens.

c) Difficultés à prendre en compte la dimension biopsychosociale

Quatre médecins généralistes interrogés expriment des difficultés à pénétrer l'univers très particulier de ces patients. Un médecin met avant que c'est aussi lié au produit de son histoire personnelle, culturelle et sociologique et qu'il n'éprouve pas du tout cela à l'égard des patients alcooliques.

Parfois le médecin se sent dealer, devant l'absence de dialogue instauré avec le patient, surtout pour les médecins ne prenant en charge aucun patient et n'effectuant que des prescriptions occasionnelles lors d'absences de leurs confrères.

La précarité sociale des patients représente une entrave à la substitution. La difficulté de se soumettre aux contraintes, les impossibilités de transports, les démêlés de justice, le travail précaire ou l'absence de travail, les difficultés financières, les tensions familiales et conjugales sont des problèmes qui s'ajoutent à

la dépendance au produit et rendent la problématique du soin très complexe. Il y a parfois même une impossibilité de rentrer dans le soin.

Devant un patient dont l'histoire est compliquée de problèmes sociaux, de problèmes infectieux ou d'une simple rechute, cinq médecins orientent très rapidement vers un centre de soin, vers un confrère plus aguerri ou vers un service hospitalier spécialisé en infectiologie ou hépatologie. Par ailleurs, un médecin met en avant que certains services hospitaliers s'approprient les patients en réalisant le traitement des pathologies associées à la toxicomanie et la substitution, sans laisser sa place au médecin généraliste.

d) Insatisfactions liées à cette prise en charge.

Cinq médecins généralistes ressentent les rechutes comme des échecs personnels et sont touchés affectivement par ce sentiment. Le fait de mal vivre les rechutes de ses patients peut inciter ceux-ci à dire les choses qui ne vont pas blesser ou décevoir leur médecin. Donc, soit ils mentent, soit ils omettent.

Quatre médecins ont des doutes quant à l'efficacité de la substitution et des stratégies thérapeutiques mises en œuvre pour soigner ces patients. Un médecin met en avant la discordance entre la substitution et les concepts même qui fondent la médecine. D'autres sont perplexes devant la durée du traitement qui devient chronique, ou que l'on n'arrêtera jamais.

e) Difficultés liées au manque de temps

Les médecins ont peu évoqué le manque de temps mais cela reste une préoccupation pour certains d'entre eux. D'abord, trois d'entre eux évoquent des consultations chronophages qui reviennent très souvent (toutes les deux à quatre semaines si tout va bien). L'autre inconvénient mis en avant, ce sont les dérangements fréquents liés au retard des patients mais aussi à tout le travail nécessaire en plus de la consultation. Enfin, deux autres médecins trouvent que leur situation actuelle ne leur laisse pas assez de temps pour proposer aux patients toxicomanes aux opiacés une offre de soin convenable. Ils préfèrent les adresser à un confrère.

f) Difficultés liées au manque de formation

Ce que l'on constate globalement c'est qu'aucun médecin n'a reçu de formation initiale en ce qui concerne la toxicomanie aux opiacés et la substitution. Les médecins généralistes les plus âgés l'expliquent par la naissance récente de l'addictologie et de la mise sur le marché encore plus récente du Subutex®. Les médecins généralistes plus jeunes parlent d'une demi-journée de formation et de deux heures de cours sur le thème de l'addictologie pendant leur cursus. C'est peu, l'addiction aux opiacés en particulier n'y était pas forcément abordée, et surtout, tout est déjà oublié.

Huit médecins pensent que les recommandations officielles sur le thème de la substitution, sont complexes à appliquer ou contraignantes ou non adaptées à des

patients qui sont stabilisés sous méthadone sirop depuis un an. L'initiation de la méthadone gélule en centre de soin peut paraître aberrante (30), surtout qu'elle s'adresse à des patients stabilisés, bien insérés dans la société car déjà en substitution depuis au moins un an.

Enfin, trois médecins disent n'avoir effectué aucune formation continue, mais si on approfondit, ils lisent la presse médicale et s'informent par ce biais là. Un médecin dit qu'il y a très peu de propositions de formation en addictologie ou du moins, elles se raréfient que ce soit pour les groupes de pairs comme pour les séminaires.

V. DISCUSSION

A. LIMITES DE LA METHODE

1. Biais de sélection

Le choix de l'échantillon n'a pas été fait au hasard. Au départ, les médecins généralistes ont été sélectionnés par rapport à leur exercice orienté sur la toxicomanie aux opiacés. C'est-à-dire qu'ils devaient suivre au moins cinq patients toxicomanes ce qui est supérieur à la moyenne nationale. C'est un signe évident d'engagement personnel dans cette discipline par rapport à la population globale des médecins généralistes en Deux-Sèvres. L'échantillon a donc ensuite été élargi à des médecins généralistes faisant peu ou pas de substitution, car cela constituait un trop gros biais de sélection pour l'étude et ne permettait pas de mettre en avant les freins que ressentent les médecins généralistes face à la substitution. Le simple fait d'accepter de réaliser les entretiens semi-dirigés à l'issue des conversations

téléphoniques prouve une ouverture d'esprit de ces médecins, et dénote déjà d'un certain intérêt pour la substitution aux opiacés. Bon Nombre de médecins n'ont pas voulu donner suites aux entretiens téléphoniques. Plusieurs raisons à cela ont été avancées :

- médecin proche de la retraite et ne souhaitant pas être dérangé (un médecin).
- aucune implication des médecins dans la toxicomane (huit médecins).

2. Biais liés au type d'étude

Les médecins généralistes interrogés étaient parfois mal à l'aise ou sur la défensive devant la personne interrogatrice par peur d'être jugé sur leur pratique. Souvent ces médecins avaient peu de patients toxicomanes aux opiacés parmi leur patient. La difficulté a été de les aider à s'exprimer sur les différents thèmes sans trop influencer leurs réponses.

3. Biais d'interprétation

La méthodologie d'analyse entraîne une subjectivité : l'encodage des entretiens est assujetti aux expériences et aux interprétations de l'analyste. Afin de limiter ce biais, l'encodage peut être réalisé par deux personnes différentes, ce qui n'a malheureusement pas été le cas pour cette étude. De plus la personne interrogatrice et celle qui effectue l'analyse finale des données sont une seule et même personne.

Ainsi les résultats obtenus sont biaisés par les connaissances propres de la personne interrogatrice et analyste.

B. LIMITES DES RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

La taille de l'échantillon (15 médecins généralistes par rapport au 308 exerçant dans les Deux-Sèvres) est faible mais a permis de trouver des récurrences dans les thèmes encodés à partir des entretiens. Le sexe-ratio est de 2, contre 3 dans la population des médecins généralistes en Deux-Sèvres. La moyenne d'âge est de 56 ans, soit seulement 3 ans de plus que celle constatée dans le département. En revanche on peut se reprocher l'absence de la tranche d'âge 35-45 ans. La répartition dans les Deux-Sèvres des médecins généralistes interrogés montre que seulement cinq bassins de vie sont concernés sur les 24 dénombrés par l'INSEE (38)

2. Caractères spécifiques des médecins prescripteurs

Le déroulement de l'entretien dans le cabinet de chacun des médecins contribue à les mettre à l'aise mais parasite l'entretien par de nombreux coups de téléphone.

Les médecins généralistes interrogés ont un type d'exercice varié (rural, semi rural ou urbain) ce qui n'est pas représentatif de la population des médecins généralistes

des Deux-Sèvres. Seulement six médecins généralistes sur les 15 interrogés n'adhèrent pas au Réseau Addiction Poitou-Charentes (RAP), c'est-à-dire 40%. Alors qu'en Deux-Sèvres 99,4% des médecins généralistes n'adhèrent pas au RAP. Cinq médecins interrogés travaillent dans un CSAPA en plus de leur exercice libéral soit 33% contre 0,2% en ce qui concerne la population totale des médecins généralistes en Deux-Sèvres.

A travers ces différents critères, on constate que l'échantillon n'est aucunement représentatif de la population totale des médecins généralistes dans les Deux-Sèvres. Mais le but de cet échantillon n'est pas tant la représentativité que l'hétérogénéité et la diversité des individus afin d'explorer le maximum de thématiques possibles sur le sujet d'étude. Les impressions, les sentiments des médecins à l'égard des patients toxicomanes ne peuvent pas être quantifiés. Le choix de l'étude qualitative, paraît logique et adapté à ce projet de recherche.

C. ELEMENTS DETERMINANT L'ORIENTATION DE L'EXERCICE DES MEDECINS GENERALISTES VERS LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES AUX OPIACES

1. Influences socioculturelles

Lorsque les médecins ont été interrogés sur les éléments qui les ont freinés pour faire de la substitution, beaucoup ont mis en avant l'influence de leurs expériences de vie. Le milieu des toxicomanes aux opiacés est un milieu étranger pour eux qu'ils n'arrivent pas à comprendre et qui fait l'objet d'un jugement de leur part. Ils se rangent du côté de l'opinion qu'impose la norme social (8), qui stigmatise les

toxicomanes aux opiacés, qui n'arrivent pas à les considérer comme des personnes à part entière, qui ne voit en eux que des délinquants manipulateurs. Certains se rendent compte de leur parti pris et critiquent leur comportement vis-à-vis de ces patients, dans ce cas, il y a une sorte de prise de conscience qui peut aboutir à un travail personnel du médecin sur sa vision des choses, en s'informant, échangeant sur ce sujet. D'autres n'en ont pas conscience, la problématique est différente dans ce cas, cette situation compromet le changement d'opinion et d'attitude à l'égard des patients toxicomanes aux opiacés. Pour la majorité d'entre eux, ce mépris à l'égard des patients toxicomanes, concerne plus particulièrement la dépendance aux opiacés. Ils se sentent à l'aise avec le tabac ou l'alcool qui sont des drogues perçues comme moins dures et mieux tolérées par la société. Elles font l'objet de débats publics et sont mises en avant sur la scène médiatique. Dans ces conditions, il est difficile de pouvoir proposer des soins, de développer une alliance thérapeutique et d'appliquer les compétences de la médecine générale à ces patients. Le soin se ferme donc et souvent le patient se tournera vers un autre médecin lorsqu'il désirera stopper le produit.

De ce type de préjugés découlent plusieurs profils de médecins énoncés par Anne Guichard (39) :

- Le médecin focalisé sur la dose qui à chaque demande et chaque questionnement de l'utilisateur répond en termes de posologie.
- Le médecin autoritaire et paternaliste ne se préoccupant que du respect de la prescription.
- Le médecin « dealer ».

Dans ces profils énoncés, elle ne fait pas allusion aux médecins qui refusent ces patients. Au téléphone j'ai eu des remarques surprenantes. Par exemple : « les toxicomanes ne m'aiment pas et moi je ne les aime pas non plus. ». Ce médecin n'a malheureusement pas voulu être interrogé.

L'influence socioculturelle n'apparaît pas déterminante pour les médecins généralistes motivés par la substitution. Ils parlent de fait de hasard, de rencontres avec des confrères. En 1996, lors de l'autorisation de mise sur le marché du Subutex®, il leur a fallu tout de même franchir une barrière : certains médecins généralistes se sont intéressés à un univers clandestin et donc totalement inconnu et se sont débarrassés des préjugés que la norme sociale imposait à cette époque là et qui l'impose toujours actuellement. Ils se sont formés, familiarisés avec la démarche thérapeutique qu'est la substitution mais aussi avec les us et coutumes de ces patients (vocabulaire particulier qu'il faut comprendre). Cela leur a permis d'offrir un soin adapté aux patients toxicomanes aux opiacés en se positionnant comme expert de la dépendance aux drogues (40) et ainsi réussir à créer une alliance thérapeutique avec leurs patients pour qu'ils atteignent un mieux-être globale (biologique, psychologique et sociale) (31).

2. Éléments propre à la médecine générale

Comme nous l'avons déjà évoqué, la substitution des toxicomanes aux opiacés met en jeu, de la part des médecins généralistes, l'application simultanée de nombreuses compétences en médecine générale. Cette complexité peut pour certains constituer un frein et pour d'autres au contraire une motivation.

Effectivement, des médecins généralistes ressentent des difficultés devant la complexité de cette prise en charge et ne pensent pas avoir les armes suffisantes pour pouvoir offrir un soin adapté. Ils se sentent démunis face à ces patients pour différentes raisons. Ils mettent en avant les difficultés à créer un espace de soin approprié aux patients toxicomanes aux opiacés soit par leur manque de confiance en eux ou à l'inverse, soit parce qu'en face le patient toxicomane aux opiacés n'a pas réalisé une démarche personnelle orientée vers le soin. Une autre difficulté mise en avant est la grande précarité de ces patients, elle constitue en elle-même une barrière qui tient les patient toxicomanes aux opiacés à l'écart du soin et qui est difficilement franchissable par le patient et par le médecin. Cette difficulté se traduit par le fait que certains médecins généralistes ne se sentent pas aptes à initier une substitution et préfèrent déléguer ce travail à un CSAPA. Au contraire, lorsque les médecins sont préparés à rencontrer ces problématiques multiples posées par un seul patient, ils semblent moins démunis et ont confiance en eux et en ce qu'ils font. Ils autorisent le patient à rentrer dans le soin lorsque celui-ci le désire. Cette confiance s'acquiert en se formant, en correspondant avec les réseaux ou les confrères des CSAPA, en dialoguant avec les autres protagonistes de la substitutions (le patient le pharmacien, la psychologue, ...). L'expérience et le temps passé auprès de ces patients font qu'une nouvelle situation complexe n'est plus une surprise mais le contexte habituel (mais chaque fois différent) qui entoure le patient dépendant aux opiacés.

L'isolement des médecins généralistes est aussi une difficulté, elle est mise en avant pour expliquer les défauts de la substitution et les raison pour lesquelles les médecins ne réalisent pas ou peu de substitution. L'isolement peut être choisi (non affiliation au réseau de soin) ou subi (pharmaciens ne voulant pas délivrer,

éloignement géographique des CSAPA, peu de médecins généralistes impliqués, absence de psychologue libérale affiliée au réseau dans leur secteur, ...). Au contraire, les médecins qui sont dans une dynamique de coordination des soins autour de ces patients (en étant affiliés à un réseau, ou en communiquant avec les CSAPA ou en dialoguant avec les pharmaciens, ...) ne ressentent pas cet isolement. Ces médecins prennent en charge beaucoup de patients par rapport aux autres et se sentent épaulés en cas de difficultés. Ils ne ressentent pas ou peu le besoin de passer la main lorsque des incidents de parcours dans la substitution interviennent.

La formation est un facteur déterminant dans le fait de prendre en charge ou non les patients. Un seul médecin prend en charge des patients sans avoir fait de formation en addictologie au préalable (mais il s'informe en lisant). Sinon, les médecins faisant de la substitution ont tous eu des formations et certains même en délivrent. Les médecins prescripteurs occasionnels ou qui ne font pas de substitution n'ont pas bénéficié de formation ou elle est minime.

La disponibilité des médecins généralistes est aussi un frein pour exercer la substitution. Le temps faisant déjà défaut pour les médecins, ils ne voient pas comment ils pourraient consacrer à ces patients toxicomanes des moments de discussion, d'écoute en consultation, des moments pour les coups de téléphone et la correspondance hors consultation. Ne pouvant proposer une offre de soin correct, ils adressent leurs patients toxicomanes. D'autres médecins pensent qu'ils ne perdent pas plus de temps avec les patients toxicomanes qu'avec les autres, qu'il s'agit d'une question de gestion et d'organisation du cabinet. Un médecin met en avant la reconnaissance du travail hors consultation, elle se traduit par une contribution financière délivrée par le réseau Addiction Poitou-Charentes (RAP) si le patient y est affilié.

Enfin, des médecins généralistes expriment leurs doutes vis-à-vis du bienfait de la substitution. Ce doute s'installe quand ils recherchent le sevrage, qu'ils n'obtiennent pas et se retrouvent avec des patients qui ont des traitements chroniques. Il y a donc une discordance entre les objectifs instaurés et les résultats de la prise en charge, cela provoque des frustrations. Le doute s'installe aussi lorsqu'ils vivent les incidents de parcours de leurs patients (rechutes, « perdus de vue », incarcérations, ...) comme des échecs personnels. Cette situation leur renvoie une image d'eux-mêmes et de leur pratique très péjorative et devient un obstacle pour la prise en charge ultérieure d'autres patients toxicomanes aux opiacés. Au contraire, quand l'objectif est d'obtenir un mieux être global du patient et que l'on n'est pas obnubilé par la posologie du médicament substitutif, les médecins semblent trouver cette pratique gratifiante. Dans cette situation, les résultats sont beaucoup plus souvent en accord avec les objectifs. Ils ont une meilleure image d'eux même et de leur pratique, ce qui contribue à continuer de soigner les patients toxicomanes aux opiacés.

D. ASPECTS NOUVEAUX DETERMINES PAR LE TRAVAIL DE RECHERCHE-COMPARAISONS DES RESULTATS AVEC D'AUTRES ETUDES

Une étude qualitative menée au niveau national en 1998 et 2001, par Bloch J auprès de médecins généralistes en ville montrait une stabilisation de l'évolution du nombre de médecins ayant une activité liée à la toxicomanie en dehors du cabinet ou du nombre de médecins connaissant l'existence de réseaux de soin ou faisant parti d'un réseau (2). En réalisant ce projet de recherche, à l'échelle du département des Deux-

Sèvres, le but était de comprendre pourquoi les médecins de ville s'impliquent dans la substitution ou pourquoi au contraire ils s'en éloignent. On retrouve, comme dans cette étude, qu'un grand nombre de médecins s'occupent de peu de toxicomanes aux opiacés (entre un et trois), et qu'un petit nombre de médecins regroupe un grand nombre de ces patients. Ces médecins réalisent souvent des consultations de prise en charge des dépendants aux opiacés dans les CSAPA.

Les jeunes médecins mettent en avant la complexité de l'installation, ils se sentent immatures pour cette prise en charge et non formés même si des notions d'addictologie ont été abordées au cours de leurs études (2). Le Docteur F Farampour l'exprime bien dans ses travaux de thèses : « La substitution ne peut réussir qu'à travers une approche collective et pluridisciplinaire. Elle demande donc une formation de tous les partenaires. » (40).

L'influence socioculturelle des milieux dans lesquels vivent le médecin et le patient ont un impact important sur les possibilités de créer un espace de soin. Ils sont parfois si éloignés que leur confrontation engendre un mal être, une incompréhension et rend impossible la mobilisation des ressources que peut avoir un médecin généraliste, notamment les compétences de la médecine générale.

Ce projet est aussi miroir de la thèse du Docteur Martin Virginie qui a étudié les déterminants influençant le choix du médecin par les patients toxicomanes en Nord Deux-Sèvres. On retrouve le fait que le patient, lorsqu'il est dans une réelle demande de soin, va se diriger vers le médecin expert en dépendance aux opiacés. C'est le profil du médecin qui permet une congruence dans la relation thérapeutique médecin-patient et qui permet d'avancer dans le cheminement du patient voulant arrêter sa toxicomanie aux opiacés (41).

E. CONSEQUENCES DES RESULTATS

A travers cette étude, on a pu remarquer qu'en fait, il n'y avait pas un profil type de médecin généraliste qui prend en charge des patients toxicomanes. Les limites sont floues. Il est difficile de se positionner en expert quand les formations sont peu nombreuses et désertées, et que l'expérience est faible (comme en début de carrière). Ce sont les mêmes médecins qui se sentent experts en toxicomanie mais qui en même temps soulèvent les difficultés que pose la substitution. Leur discours est parfois contradictoire et suggère des moments paradoxaux dans leur pratique auprès des patients toxicomanes aux opiacés. Il y a des moments où l'alliance thérapeutique a pu s'installer grâce à un comportement empathique du médecin qui a inspiré la confiance et permis au patient de parler librement, de faire un travail sur lui. Il y a d'autres moments où les préjugés ont pris le dessus et n'ont pas permis de développer un espace de soin adapté.

On peut agir sur certains déterminants influençant les médecins généralistes à prendre en charge des patients toxicomanes. Il est aisé d'insister sur la formation initiale en addictologie au cours des études médicales. Mais la théorie reste la théorie, la confrontation avec le milieu des toxicomanes est peut-être la seule solution pour faire tomber les barrières socioculturelles qui séparent parfois le patient du médecin. Peut-être pourrait-on instaurer des stages en CSAPA au cours des études médicales. Actuellement, des médecins pratiquant la substitution aux opiacés reçoivent des internes en stage dans leur cabinet et par ce biais les mettent en contacts avec les patients dépendants aux opiacés. C'est en « dé-stigmatisant » la population des toxicomanes aux opiacés que les préjugés s'amenuiseront et que l'on suscitera l'intérêt de nouveaux médecins pour cette prise en charge.

Au niveau de la formation continue, des séminaires existent déjà, mais c'est vrai qu'on voit de moins en moins de propositions pour les médecins généralistes en ce qui concerne la substitution. Les grands thèmes d'addiction comme l'alcool et le tabac reviennent souvent ou plus largement l'adolescent mais la substitution est rarement le thème central.

Comme dans la population générale, certains de nos médecins sont emprunts de préjugés sur les usagers d'héroïne. Il y a donc peut-être un travail médiatique, en terme de santé publique, à réaliser pour informer, sensibiliser nos médecins généralistes au même titre que la population générale.

CONCLUSION

Ce projet de recherche avait pour but initial de comprendre pourquoi on observait depuis 1998, une stagnation de l'évolution du nombre des médecins généralistes impliqués dans la substitution (2), donc finalement d'analyser les freins et les moteurs qui amènent les médecins à prendre en charge ou pas des patients toxicomanes aux opiacés. L'étude qualitative menée dans ce projet de recherche a permis de recueillir les opinions des médecins généralistes sur les patients usagers d'héroïne, sur la substitution en elle-même, sur les réseaux, les CSAPA dans le département des Deux-Sèvres. Elle met en avant la difficulté de combattre les préjugés des médecins à l'égard de ces patients dépendants aux opiacés qu'ils en soient conscients ou non. De plus la prise en charge des toxicomanes aux opiacés est complexe, elle met en jeu l'Organe, le Patient et l'Environnement (OPE) de façon quasi obligatoire, ce qui peut mettre en difficulté le médecin généraliste. Le temps que nécessite la prise en charge de ces patients apparaît comme un frein. Des médecins ont même proposé d'être dégagés de certaines obligations administratives pour pouvoir consacrer du temps à ces patients parcequ'ils se sentent expéditifs avec eux. Ils préfèrent, dans ce cas, déléguer la prise en charge à un CSAPA. Par ailleurs, l'ambivalence du patient toxicomane aux opiacés représente un frein à leur prise en charge par les médecins généralistes. Il est difficile de poursuivre celle-ci lorsqu'on se sent manipulé, qu'on a l'impression que l'on nous ment. Enfin la chronicisation du traitement de substitution met mal à l'aise certains médecins qui ont l'impression d'avoir remplacé une addiction par une autre. Tous ces arguments montrent que cette prise en charge des toxicomanes aux opiacés bouleverse la notion de soin : la notion de guérison est mise à mal voire impossible...

Ces difficultés, les médecins généraliste les rencontre dans d'autres pathologies et ils les acceptent mieux (les fumeurs, les diabétiques...), alors qu'en pensez ? Plus que les préjugés, il y a un autre « regard » sur ces patients. Les médecins généralistes qui ont l'habitude de prendre en charge les toxicomanes aux opiacés expriment à travers leur témoignage cette vision nouvelle du soin. Les rechutes, par exemples, ne sont pas ressenties comme des échecs (ni personnels, ni pour le patient) mais sont constructives à la condition qu'elles ouvrent un débat médecin-patient qui permettra au patient de mieux comprendre les circonstances de cette rechute et de trouver des stratégies ultérieures pour éviter ou repousser au plus loin la prochaine. Dans cette situation on voit bien qu'on n'est pas dans l'objectif de guérir le patient mais de le faire aller mieux.

Les solutions pour susciter de l'intérêt sont multiples mais elles passent d'abord par une prise de conscience de ce problème de santé par les médecins généralistes et par la société en générale. Cette prise de conscience peut être stimulée par des politiques de santé publique plus médiatiques, par des actions gouvernementales franches et novatrices en faveur du soin et moins en faveur de la répression. Les réseaux de santé en addictologie et les CSAPA qui apportent un soutien pour de nombreux médecins généralistes en sont deux illustrations éloquentes. Il faut insister sur la formation initiale, et favoriser la formation pratique dans le but d'exposer aux jeunes médecins la complexité de la prise en charge des toxicomanes aux opiacés, sa richesse sur le plan intellectuel, ses objectifs thérapeutiques : c'est peut-être en jouant sur ces deux paramètres que l'on verra croître l'intérêt des médecins généralistes en matière de substitution aux opiacés et que l'on changera le regard porté sur les patients dépendants aux opiacés et sur la substitution.

RESUME-MOTS CLES

RESUME

Introduction: Notre objectif était de mettre en évidence les paramètres influençant les médecins généralistes à prendre en charge des patients toxicomanes aux opiacés suite au constat d'une stagnation du nombre de médecins impliqués dans cette discipline.

Méthode: Après une recherche bibliographique, une enquête qualitative a été menée auprès de 15 médecins généralistes des Deux-Sèvres qui se sont soumis à des entretiens semi-dirigés. Le corpus obtenu a ensuite été soumis à une analyse thématique.

Résultats et discussion: Dans la prise en charge des toxicomanes aux opiacés les compétences de la médecine générale apparaissent tantôt comme des freins lorsque les médecins sont dans l'impossibilité de les appliquer, tantôt comme des moteurs quand ils y ont recours. Cet oxymore s'explique par le fait que l'alliance thérapeutique médecin-patient n'est possible que si les préjugés sur ces patients sont dépassés, que l'on considère la substitution comme une discipline qui va bien au delà du simple diagnostic et du traitement.

Conclusion: Il existe un fossé entre l'univers socio culturel du patient toxicomanes aux opiacés et celui du médecin généraliste. Il doit être franchi pour modifier le regard porté par certains médecins généralistes et les inciter à accueillir au mieux ces patients, pour leur permettre de trouver une satisfaction dans cette démarche, de la poursuivre et de la reproduire avec d'autres patients.

MOTS CLES

TOXICOMANIE AUX OPIACES, MEDECIN GENERALISTE, SUBSTITUTION, FREIN, MOTIVATION, COMPETENCE DE LA MEDECINE GENERALE, PREJUGES.

BIBLIOGRAPHIE

- **(1)** ANSM : Agence National du médicament et des produits de santé. Information sur le bon usage du Subutex®. 22 juillet 2003
- **(2)** Étude CEMKA, EVAL. Évolution de la prise en charge des patients toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001. Paris. OFDT. 2002.
- **(3)** AAP : Association Américaine de Psychiatrie. Manuel diagnostique et thérapeutique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, texte révisé (DSM IV TR). Éditions Masson. 2003.
- **(4)** OFDT : Observatoire Français des Drogues et toxicomanies. Drogue, chiffres clés. Quatrième édition. 2012.
- **(5)** SPILIKA S, LE NEZETO O, TROVAR M-L, Les drogues à 17ans, premiers résultats de l'étude ESCAPAD. Tendances n°79, p 4. OFDT, OEDT. Février 2012.
- **(6)** Étude ENa-CAARUD 2012. Usagers problématiques. Rapport 2013 à l'OEDT par le point focal du réseau Reitox, p 58 à 61 et p 81 à 86. OFDT. 2012.
- **(7)** COSTES J-M, LE NEZETO O, SPILIKA S, LAFFITEAU C Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). Tendances n°71, p 1. OFDT. Août 2012.
- **(8)** RECAP : Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charges. OFDT. 2010.
- **(9)** GUIGNARD R, BECK F, OBRADOVIC I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. Baromètre santé-médecin généraliste, p 177-201. Saint

Denis. INPES. 2009, 2011.

- **(10)** Registre national des causes de décès. Centre d'épidémiologie sur les causes de décès. INSERM. 2010.

- **(11)** OCRITS : office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants. 2003-2010.

- **(12)** Institut National de la police scientifique. Fichier S.T.U.P.S© et accident de la voie publique. INPES. 2010.

- **(13)** Étude TREND : tendances récentes et nouvelles drogues. OFDT .2012.

- **(14)** SINTES : Système d'Identification Nationale des Toxiques Et des Substances. 2010

- **(15)** FINNEGAN L-F. Neonatology abstinence syndrome assessment and pharmacotherapy neonatal therapy. Exprta medica. Amesterdam, New York, Oxford. 1986.

- **(16)** GIGIER L. Prise en charge des usagers de drogues. Éditions Dion, 1999.

- **(17)** Doc'CISMeF CHU de Rouen. Opioides. Site visité le 20 février 2013. Disponible sur : <http://doccismef.chu-rouen.fr>.

- **(18)** DUBURCQ A, BLIN P, CHARPAK Y, MADEC L, PERILLAT A. Étude pharmaco-clinique de suivi de l'utilisation du Subutex® en médecine de ville : étude SPESUB. Paris. EVAL. 1999.

- **(19)** DE DUCLA M, GAGNON A, MUCHIELLE A, ROBINET S, VELLAY A. Annales de médecine interne (volume 151). Supplément A : A27- A37. 2000.

- **(20)** CANARELLI T, COQUELIN A. Données récentes relatives aux traitements substitutifs aux opiacés. Premiers résultats d'une analyse concernant plus de 4500 patients en 2006 et 2007. Tendances n°65. Mai 2009. OFDT. Saint Denis.
- **(21)** ANSM, ANAES. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution aux opiacés. Recommandation pour la bonne pratique. Texte long. Juin 2004.
- **(22)** ANSM. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Conférence de consensus, texte long. 23-24 juin 2004. Lyon (école normale supérieure).
- **(23)** Loi du 19 juillet 1845 La vente de substances vénéneuses. Journal officiel (JO) du 20 août 1995.
- **(24)** POINCARÉ R, MALVY L, BRIAND A, VIVIANI R, DOUMERGUE G. Loi du 12 juillet 1916. L'importation, le commerce, la détention, l'usage de substance vénéneuses, notamment l'opium, la morphine, la cocaïne. Journal officiel (JO), p409. 14 juillet 1916.
- **(25)** AURIOL V, LANIEL J, RIBEYRE P, MARTINAUD-DEPLAT L, FAURE E, JACQUINOT L, COSTE-FLORET P. Loi n°53-1270 du 24 décembre 1953 modifiant et complétant les dispositifs législatifs relatives à la répression du trafic et à l'usage de stupéfiants. Journal officiel (JO), p11535-11536. 25 décembre 1953.
- **(26)** POMPIDOU G, CHABANDELMAS J, PLEVEN R, GISCARD D'ESTAING V, REY H, BOULIN R. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la représentation du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Journal officiel (JO), p 74-76. 3 janvier 1971.

- **(27)** GROUPE AIDE TECHNIQUES EQUIPES (GATE). Étude du dispositif législatif et médico-socio-éducatif à Strasbourg au titre de la loi du 31 décembre 1970. Rapport de recherche GATE. 1992.
- **(28)** CNID : Comité National d'Information sur les Drogues. site internet visité le 25 février 2013. Données disponibles sur <http://www.cnid.org/>.
- **(29)** ANSM. Conférence de consensus. Modalités de sevrage chez le toxicomanes dépendants aux opiacés. 23 et 24 avril 1998.
- **(30)** ANSM. Mise sur le marché de la Méthadone AP-HP® gélule. Information importantes garantissant son bon usage et sa sécurité d'emploi. Lettre d'information aux médecins prescripteurs et pharmaciens. 14 avril 2008.
- **(31)** VENTROU P. Une pratique des TSO en médecine générale et libérale. Le Flyer n°37 Septembre 2009.
- **(32)** CARPENTIER J. Accueillir et prendre soin d'un usager de drogue en médecine de ville. Pourquoi a-t-il fallu qu'il frappe à ma porte ? Paris. MILDT. 2000.
- **(33)** PAILLÉ P, MUCHIELLI A. Analyses qualitatives en sciences humaines. Paris. Éditions Armand Colin. 2012.
- **(34)** BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. Éditions Armand Colin 2007.
- **(35)** BREAUD S, WEBER F. Guide de l'enquête de terrain, produire et analyser des données ethnographiques. Paris. Éditions Découverte. 2010.
- **(36)** ALLEN J, GAY B, CREBOLDER H, RAM P. Définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA Europe. 2002.
- **(37)** ALLEN J, GAY B, CREBOLDER H, RAM P. Description des compétences fondamentales du médecin généraliste- médecin de famille. WONCA Europe. 2002.

- **(38)** INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (INSEE). L'espace rural à la loupe des bassins de vie. Site de l'INSEE consultable : <http://www.insee.fr/>.
- **(39)** GUICHARD A, LERT F, BRODEUR J-M, RICHARD L. R. Buprenorphine substitution treatment in France : Drug users'views of the doctor- user relationship. Article. Social Science and Medecine n°64/12. 2007.
- **(40)** FARAMPOUR F. A propos de quatre ans de prise en charge des toxicomanes dépendants aux opiacés par un réseau de médecins généraliste avec la buprénorphine. Thèse de doctorat de médecine. Université de Poitiers. Faculté de médecine-pharmacie. 2000.
- **(41)** MARTIN V. Patients dépendants aux opiacés : éléments déterminant le choix du médecin prescripteur. Analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de patients substitués en nord Deux-Sèvres. Thèse de doctorat de médecine. Université de Poitiers. Université de médecin-pharmacie. 2012.

ANNEXE 1 : ABREVIATIONS

SDS : Syndrome De Sevrage.

MSO : Médicaments de Substitution aux Opiacés.

BHD : Buprénorphine Haut Dosage.

MTD : Méthadone.

BZD : Benzodiazépine.

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés.

CSST : Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes.

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie.

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

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

VHB : Virus de l'Hépatite B.

VHC : Virus de l'Hépatite C.

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

Cmax : Concentration maximum.

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies.

OEDT : Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies.

OCRTIS : Office central pour la Répartition du Trafic Illicite et des Stupéfiants.

ODICER : Observatoires des Drogues pour l'Information sur les Comportements En Régions.

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

CIFAD : Centre International de Formation. A Distance.

SINTES : Système d'Identification National des Toxiques et Substances vénéneuses.

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

CNID : Comité National d'Information sur la Drogue.

SEEBE : Score d'Evaluation de l'Etat de Bien-être.

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires.

ARS : Agence Régionale de Santé (ancienne DDASS + DRASS).

HAS : Haute Autorité de Santé.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANSM : Agence Nationale de la Sécurité du médicament et des produits de santé.

RAP : Réseau Addiction Poitou-Charentes.

ARIA : Association du Réseau des Intervenants en addictologie.

INSERM : Institut National de la Santé de la Recherche Médicale.

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques.

ANNEXE 2 : CANEVAS D'ENTRETIEN

Profil des médecins généralistes : informations générales

Age.

Sexe.

Année d'installation.

Exercice seul ou en cabinet de groupe.

Lieu d'exercice: rural, semi-rural, urbain.

Utilisation d'un logiciel informatique de tenue de dossier des patients.

Nombre de patients suivis pour une substitution aux opiacés.

Pouvez-vous me parler des patients toxicomanes aux opiacés ?

Vous et la substitution aux opiacés

- **Vous et la consommation aux opiacés :**

Épidémiologies, importance, risque d'aggravation.

Pathologies associées.

Risques encourus.

Faites-vous partie d'un réseau ?

- **Santé publique :**

Que représentent pour vous les actions nationales régionales et locales de santé publique menées pour les patients toxicomanes aux opiacés ?

- **Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge des patients toxicomanes aux opiacés :**

Connaissance.

Clarté.

Applicabilité.

Difficultés ressenties par rapport à un manque d'éléments, formation initiale, formation continue.

- **Que représente dans votre pratique la prise en charge des patients toxicomanes aux opiacés?**

Cela constitue-t-il un frein ou un moteur à cette prise en charge? Pourquoi ?

- **Quelles sont les motivations qui vous amènent à prendre en charge des toxicomanes aux opiacés? Votre pratique vous satisfait-elle ?**

Comment vous sentez-vous avec ces patients ?

Retour des patients, des familles de patients ?

Face à une rechute, quel est votre ressenti ?

- **Vous êtes vous déjà senti dans une situation d'insécurité ?**

Cela constitue-t-il un frein ou un moteur dans votre prise en charge ?

Comment en pratique prenez-vous en charge les toxicomanes aux opiacés ?

- **Qui est à l'origine de la demande ?**

Le patient, la famille du patient, une autorité (injonction), vous-même,... ?

Quel cas vous paraît le plus favorable à une bonne prise en charge du patient toxicomane?

- **Quel est le motif de consultation ? Quelle est la demande? Y- a-t-il un ou plusieurs troubles somatiques associés ?**

Demande de dépistage, demande de substitution, troubles somatiques, troubles psychiques.

Cela a-t-il une influence sur le bon déroulement de la prise en charge ?

- **Quels sont les facteurs importants de la prise en charge du patient ?**

Patient/ médecin

- **Quelles sont les motivations du patient ? Quels sont les freins à venir consulter ?**

Un manque, ou un surplus, de motivation peut-il être un frein à la prise en charge du patient toxicomane?

Un discours inadapté du médecin (moralisateur, inquisiteur...) peut-il constituer un frein à la bonne prise en charge du patient toxicomane?

Quel traitement et comment ?

- **Comment évaluez-vous la dépendance et la véracité de la consommation d'un toxicomane aux opiacés ?**

Rythme des rendez-vous, durée de l'ordonnance, mode de délivrance, pharmacie, surveillance urinaire.

Le contrat.

Les accidents, les demandes téléphoniques.

Quels médicaments substitutifs utilisez-vous le plus souvent, pourquoi? Vous semble-telle plus efficace? Pourquoi ?

Autres traitements associés médicamenteux ou non?

- **Quelles sont les difficultés rencontrées au quotidien ? Êtes-vous satisfait de votre prise en charge. Questionnaire SEEBE**

Pensez-vous qu'il existe des solutions? Qui pourraient les apporter? Permettraient-elles l'amélioration de cette prise en charge? Si oui: comment? Si non pourquoi?

ANNEXE 3 RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES (CD-Rom)

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

