



HAL
open science

Freins à la prise en charge des consommateurs d'héroïne en demande de traitement substitutif: étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes de l'agglomération rouennaise

Daniel Azrak

► To cite this version:

Daniel Azrak. Freins à la prise en charge des consommateurs d'héroïne en demande de traitement substitutif: étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes de l'agglomération rouennaise. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01598573

HAL Id: dumas-01598573

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01598573>

Submitted on 29 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2017

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

Daniel AZRAK

Né le 29 juin 1984 à LYON 9^{ème} (69)

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 14 septembre 2017

**FREINS A LA PRISE EN CHARGE DES
CONSOUMATEURS D'HEROÏNE EN DEMANDE DE
TRAITEMENT SUBSTITUTIF**

**Etude qualitative auprès de 14 médecins généralistes
de l'agglomération rouennaise**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Jean THIBERVILLE

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Joël LADNER

Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne

Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoît MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique

Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHOT	Bactériologie
---------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le **Professeur Jean-Loup HERMIL** pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Messieurs les **Professeurs Joël LADNER et Olivier GUILLIN** pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

A Monsieur le **Docteur Jean THIBERVILLE**. Je vous remercie de votre soutien, votre disponibilité et vos conseils. La confiance que vous m'accordez me va droit au cœur. Veuillez trouver ici le témoignage de mon estime et de ma sympathie.

A **tous les médecins** qui ont contribué à la réalisation de ce travail ainsi qu'à Madame le **Docteur Véronique LEBOURGEOIS** qui m'a permis de découvrir le fonctionnement de l'association La BOUSSOLE. Merci de votre écoute et votre disponibilité.

A mon épouse, **Piaba**. Depuis que tu partages ma vie, tu m'as toujours soutenu et tu continues à le faire. Malgré toutes les épreuves que nous avons traversées, tu n'as cessé de te battre et je suis très heureux de pouvoir partager ma vie avec toi. Merci de ton amour, merci de faire de moi un homme, un mari et un père meilleur. Je t'aime.

A mon fils **Gabriel**. Voilà maintenant près d'un an et demi que tu as changé nos vies. Chaque jour que nous passons avec toi est un bonheur. Merci de ta joie de vivre, merci d'avoir donné un sens à nos vies.

A **mes Parents**. Toutes ces années, vous m'avez soutenu et poussé à donner le meilleur de moi-même. Vous n'avez jamais douté de moi. Merci pour cet indéfectible soutien et pour votre amour inconditionnel. Je suis très fier d'être votre fils.

A ma sœur, **Céline**. Tu as toujours été un modèle pour moi et j'admire ta force d'esprit et ta persévérance. Merci de ton soutien et de ton aide. A **Quentin**, son époux. Depuis que tu es arrivé dans la vie de ma sœur, je l'ai vue changée. Tu as toujours été là pour elle, même dans les épreuves et je te remercie de l'amour que tu lui donnes. Je vous souhaite une vie heureuse.

A mon frère, **Nicolas**. Ta joie de vivre et ton humour nous apportent toujours beaucoup de joie. Je suis très fier de toi et de ce que tu as accompli. Tu pourras toujours compter sur moi. A **Indra**, cela fait déjà quelque temps que tu partages la vie de mon frère et que tu le rends heureux. Je suis très heureux de te connaître et je vous souhaite beaucoup de bonheur à tous les deux.

A **ma famille**. J'ai énormément de chance de faire partie d'une aussi belle famille. Je suis toujours admiratif devant la cohésion et la complicité de chacun d'entre vous et je suis très fier d'en faire partie. Merci du soutien que vous m'avez apporté, continuez à être heureux pour beaucoup d'années.

A **Dabagai**, je ne sais pas ce qu'aurait été ma vie si je ne t'avais pas connue. D'aussi loin que je m'en souviens, tu te sacrifies pour ceux que tu aimes et cela parfois aux dépens de ton bonheur. J'ai toujours été en admiration devant ce que tu accomplis chaque jour et je te remercie de ton amitié et ton soutien. Je te souhaite une vie heureuse.

A **ma belle-famille**. Merci de m'avoir accueilli comme l'un des vôtres. Vous êtes pour moi comme une seconde famille dont je suis très heureux de faire partie. Merci de votre soutien.

A **tous mes amis**. Nous en avons vécu des choses durant toutes ces années. Je vous remercie de m'avoir supporté, encouragé et soutenu tout ce temps. J'espère que l'avenir nous réserve encore plein de bonnes surprises et de bons moments.

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. »

Article 7 - Code de déontologie, décret 95-1000 du 6 septembre 1995

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD :	Affections de Longue Durée
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
BHD :	Buprénorphine Haut Dosage
CAARUD :	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
CCAA :	Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CIM :	Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes
CSAPA :	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST :	Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes
CT :	Communautés Thérapeutiques
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux)
ECN :	Epreuves Classantes Nationales
FMC :	Formation Médicale Continue
IV :	Intraveineuse
MSO :	Médicaments de Substitution aux Opiacés
OD :	OverDose
OFDT :	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OFSP :	Office Fédéral de la Santé Publique (Suisse)
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
TSO :	Traitements de Substitution aux Opiacés
VIH :	Virus d'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

A. INTRODUCTION	20
B. CONTEXTE	22
B.1. Quelques définitions	22
B.1.1. Drogues ? Opiacés ?.....	22
B.1.2. Usage nocif, Dépendance, Addiction ?.....	23
B.1.3. Toxicomanie ?	25
B.2. Historique	26
B.3. Dépendance aux opiacés : réseaux de prise en charge et traitements de substitution.....	29
B.3.1. Le réseau de prise en charge.....	29
B.3.2. Les Médicaments de Substitution (MSO)	31
B.4. Pourquoi une prise en charge ?.....	34
B.4.1. Consommation des opiacés	34
B.4.2. Conséquences de l'addiction aux opiacés.....	35
B.4.3. Bénéfices des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO).....	37
B.5. Problématique et intérêt de cette enquête	39
C. ETUDE : Matériel et Méthode	41
C.1. Type d'étude.....	41
C.2. Echantillon étudié	41
C.3. Recueil des données	42
C.4. Analyse des données	43

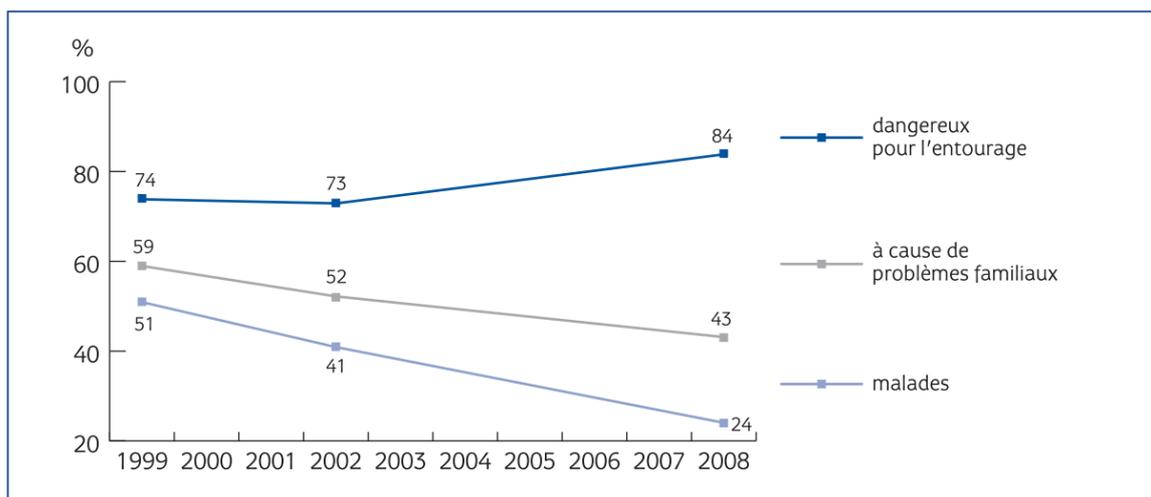
D. ETUDE : Résultats	44
D.1. Description de l'échantillon	44
D.1.1. Les médecins interrogés	44
D.1.2. Les entretiens.....	46
D.2. Expérience et pratique des médecins.....	47
D.2.1. Nombre de patients pris en charge	47
D.2.2. Acceptation ou refus du patient.....	48
D.2.3. Ressenti du médecin.....	49
D.2.4. Image du toxicomane	51
D.2.5. Les MSO	52
D.2.6. Les réseaux de soins	53
D.3. Concernant la formation des médecins	55
D.3.1. Quelle formation déclarent avoir les médecins.....	55
D.3.2. Quelles connaissances sur les TSO et MSO	56
D.4. Quels freins sont évoqués	58
D.4.1. Image négative du toxicomane.....	58
D.4.2. Profil du patient	60
D.4.3. Manque de formation	61
D.4.4. Manque d'expérience	62
D.4.5. Frein lié aux MSO.....	62
D.4.6. Complexité de la prise en charge	62
D.4.7. Manque de coopération, travail isolé.....	63
D.4.8. Manque de temps ou mauvaise rémunération	63
D.4.9. Expérience malheureuse.....	63
D.5. Les suggestions des médecins.....	64
D.5.1. Changer l'image du toxicomane	64
D.5.2. Formation	64

D.5.3. Coopération.....	65
D.5.4. Plus de temps, mieux rémunérer.....	66
E. ETUDE : Discussion	67
E.1. Synthèse des résultats et comparaison aux données de la littérature	67
E.1.1. Frein initial : image négative du toxicomane.....	69
E.1.2. Freins secondaires modifiables	71
E.1.3. Freins secondaires non modifiables	75
E.1.4. Conclusion de la synthèse.....	76
E.2. Points faibles et points forts de l'étude	77
E.2.1. Points forts	77
E.2.2. Points faibles	78
E.3. Pistes de travail	80
E.3.1. Changer l'image du toxicomane	80
E.3.2. Améliorer la formation des médecins	81
E.3.3. Améliorer la coopération entre médecin et structures spécialisées	82
E.3.4. Plus de temps, mieux rémunérer.....	83
E.3.5. La question du profil du patient	84
F. CONCLUSION	85
G. BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES	87
H. ANNEXES	90
I. TABLE DES FIGURES	99
J. TABLE DES TABLEAUX.....	100
K. RESUME	101

A. INTRODUCTION

L'existence des drogues est commune à toutes les sociétés. De nos jours, ce sujet est récurrent dans les débats publics. L'opinion publique et la perception des usagers de drogue ont évolué de manière négative ces cinquante dernières années. L'usager est souvent stigmatisé et rejeté par la société. Une enquête datant de 2008 révèle que 84% des français considèrent les consommateurs d'héroïne comme étant dangereux pour leur entourage (1). Ce pourcentage est d'ailleurs en augmentation puisqu'il était de 74% en 1999 (2).

Figure 1 : Evolution de la représentation des héroïnomanes par la population générale (1)



Source : OFDT, EROPP 2008

En France, les politiques de lutte contre la consommation de drogues s'articulent autour de la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression. Depuis 1970, la toxicomanie est considérée comme une maladie par les autorités médicales ; ainsi en 2009, 85% des médecins considèrent les toxicomanes comme malades (3).

Concernant les opiacés, des traitements médicamenteux existent et des structures spécialisées permettant une prise en charge pluridisciplinaire des toxicomanes se sont mises en place ces trente dernières années. Parallèlement, le médecin généraliste s'est placé au centre de la prise en charge des usagers de drogue. Pourtant en 2009, près d'un tiers des médecins généralistes déclare ne suivre aucun patient dépendant aux opiacés. L'ensemble des patients dépendants aux opiacés n'est d'ailleurs suivi que par 25% des médecins généralistes (3).

Différentes études se sont penchées sur la question des freins à la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes. Une étude nationale menée en 2001 a pu identifier les obstacles suivants :

Tableau 1 : Obstacles à la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes (étude de l'Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie, 2001) (4)

	%	(N) N = 306
Le manque de temps	33	(98)
La personnalité du toxicomane, sa motivation	31	(93)
Le manque de formation	31	(92)
L'isolement du médecin	25	(74)
La crainte de la violence	13	(40)
L'image du cabinet	9	(27)
La crainte de devenir un médecin dealer	8	(23)
Nécessité d'une approche multidisciplinaire	6	(18)

Ce travail de recherche a pour objectif de déterminer et d'analyser les différents freins à la prise en charge des consommateurs d'héroïne dans la pratique quotidienne des médecins généralistes de l'agglomération rouennaise en 2017. Cette étude nous permettra éventuellement de proposer des solutions afin d'améliorer la mise en place des traitements et le suivi de ces patients, ainsi que l'implication des médecins généralistes.

B. CONTEXTE

B.1. Quelques définitions

De nombreux termes se côtoient lorsque l'on parle d'usage de drogues. On entend parler de toxicomanie, d'addiction, de dépendance, d'usage ou d'abus de substances psychoactives. Il est donc important de bien définir le contexte de ce travail.

B.1.1. Drogues ? Opiacés ?

Une drogue est une substance psychoactive. C'est-à-dire une substance d'origine naturelle ou synthétique qui modifie l'activité mentale, les sensations et le comportement. De nombreux produits peuvent correspondre à cette définition y compris des produits de consommation courante : café ou chocolat par exemple.

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) propose une définition légèrement plus restrictive : une drogue est un "produit psychoactif naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'usage peut être légal ou non" (5).

Il existe donc des drogues légales : tabac, alcool et médicaments psychotropes, mais aussi de nombreuses drogues illégales. Les principales étant le cannabis (huile, marijuana, haschich), la cocaïne et ses dérivés comme le crack, les opiacés (morphine, héroïne) et les drogues de synthèse (cf. annexe 1).

Aujourd'hui, le corps médical préfère généralement parler de substances psychoactives plutôt que de drogues pour éviter certaines confusions dues aux différents sens que peut avoir le terme « drogue » (6).

Les opiacés regroupent les dérivés naturels et synthétiques de l'opium (extrait du pavot). On y retrouve des substances telles que la morphine, très utilisée en thérapeutique, et l'héroïne, un dérivé synthétique qui constitue la principale drogue illicite de ce groupe. Leurs effets sont principalement sédatifs et antalgiques (7).

B.1.2. Usage nocif, Dépendance, Addiction ?

L'addiction ou conduite addictive se définit communément comme un « comportement répétitif plus ou moins incoercible et nuisible à la santé » (8).

On peut donc parler d'addiction à une substance comme le tabac, l'alcool ou toute autre drogue, sans oublier l'addiction à certains médicaments, mais il est important de noter qu'il existe aussi des addictions sans substance, comme l'addiction aux jeux qui est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La dépendance est en quelque sorte un synonyme de l'addiction. Bien que le terme d'addiction reste très largement employé aussi bien dans le langage commun que médical, il faut préciser que l'OMS l'a supprimé dans les années 1970 au profit du terme « dépendance ».

Les différentes classifications comme la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) et la Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) cherchent à conceptualiser, classifier et hiérarchiser les différents types de consommation.

Le corps médical a encore pour habitude d'utiliser les critères basés sur la CIM-10 et la DSM IV pour classer les différents types de consommation (5,9) :

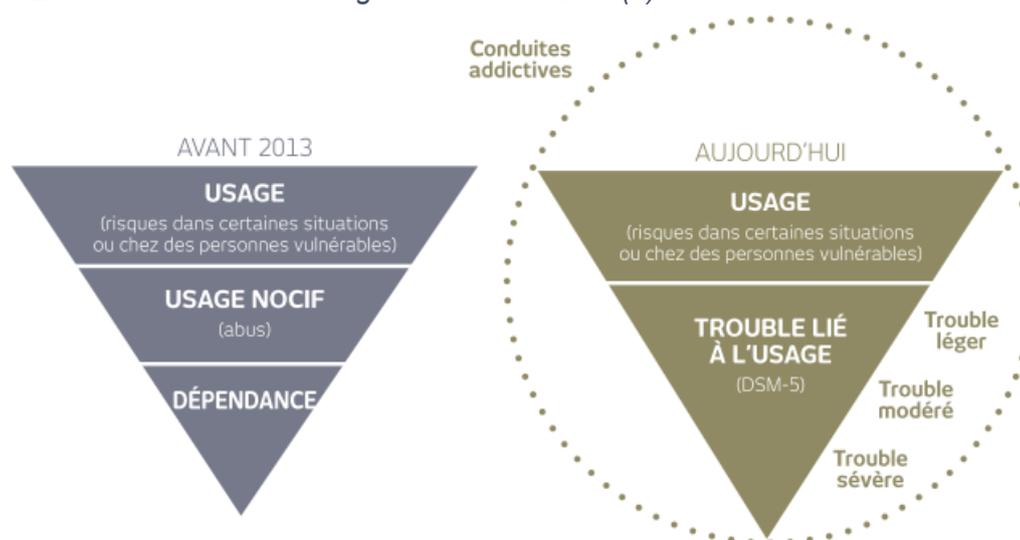
- Usage non pathologique : usage occasionnel ou régulier sans dommage.
- Usage à risque : usage non pathologique accompagné de conduites à risque (par exemple conduite sous l'emprise d'alcool).

- Usage nocif (abus) : consommation susceptible d'induire des dommages physiques, psychologiques, affectifs, sociaux ou judiciaires.
- Dépendance : physique ou psychologique, elle se définit par l'existence d'un désir de consommation malgré les conséquences négatives, d'une accoutumance entraînant une augmentation des doses et de symptômes de sevrage à l'arrêt de la consommation (cf. annexe 2).

Il est tout de même important de noter que depuis 2013, la 5^{ème} version de la DSM a supprimé la notion d'abus et de dépendance au profit de la formule « trouble de l'usage d'une substance » qui rassemble l'ensemble des critères définissant l'abus ou la dépendance, hormis les conséquences judiciaires qui ne sont plus jugées pertinentes (6).

On retient donc aujourd'hui uniquement l'usage non pathologique, l'usage à risque et le trouble de l'usage d'une substance, ce dernier étant associé à un critère de sévérité : trouble léger, modéré ou sévère (cf. annexe 3).

Figure 2 : Classification de l'usage d'une substance (6)



B.1.3. Toxicomanie ?

La toxicomanie est communément définie comme une « habitude de consommer de façon régulière et importante des substances susceptibles d'engendrer un état de dépendance psychique et/ou physique » (10). Malgré le caractère assez large de cette définition, il est fréquent de parler de toxicomanie lorsqu'il y a usage de drogues illicites (7). En effet, l'usage fait qu'on ne qualifie généralement pas un consommateur de tabac ou d'alcool de toxicomane mais de dépendant.

Comme pour l'addiction, le terme « toxicomanie » ne fait plus partie des classifications médicales mais reste très largement utilisé aussi bien par le grand public que par les médecins.

B.2. Historique

Les drogues existent probablement depuis l'existence de l'homme sur Terre. L'usage de telles substances est commun à toutes les civilisations connues. Pour n'en citer que quelques exemples, le pavot était utilisé chez les Grecs. Les Indiens consommaient des feuilles de coca et de cannabis (11).

Cependant l'usage de ces substances se faisait dans un but thérapeutique ou au cours de rituels. Ainsi, les contraintes qu'imposaient ces rituels permettaient de limiter l'usage et d'éviter les excès ou les abus de consommation (11).

Au fil des siècles, l'affaiblissement des structures communautaires, le développement des transports et l'exploration du monde permettant d'introduire des substances étrangères dans de nouvelles communautés, ont contribué à changer les contextes d'usage de ces substances. Par exemple, quelques décennies après l'introduction de l'opium en Chine au XIX^{ème} siècle, on comptait déjà près de 120 millions de consommateurs (11).

L'image que la société se fait du consommateur change alors rapidement. Il est stigmatisé et finalement exclu. On peut, dans une certaine mesure, prendre l'exemple récent du tabac dans les pays occidentaux. Il y a moins d'un siècle, le fumeur de tabac était bien considéré dans la société. L'usage de tabac était un signe de richesse et de raffinement. Aujourd'hui, suite à la prise de conscience collective des effets nocifs du tabac et à l'importance accordée à la santé et à l'environnement, le fumeur est communément devenu un « drogué », un « pollueur » (11).

On peut noter que les drogues étaient généralement avalées ou inhalées jusqu'au XIX^{ème} siècle, lorsque l'invention de l'aiguille hypodermique a permis aux drogues injectables de faire leur apparition. A ce moment, la morphine est devenue un article de luxe, largement consommée par la bourgeoisie à l'aide de seringues, elles-mêmes considérées comme matériaux de luxe utilisés par une classe privilégiée (11).

Le 30 mars 1961, une première convention internationale des Nations Unies se tient à New York et définit la liste des produits « stupéfiants », c'est-à-dire la liste des substances psychoactives illicites. Cependant, il n'existait à l'époque aucune loi en France permettant de judiciaireiser l'utilisation de ces produits.

En 1970, l'usage d'héroïne croît rapidement (12) et l'on voit émerger une nouvelle image de l'utilisateur de drogues : « le junkie » est celui qui se shoote par injections intraveineuses (le terme signifie « saloperie »). Il est l'utilisateur pour qui la drogue est une fin en soi et est rapidement associé à l'image du toxicomane agressif. Les premières overdoses d'héroïne sont fortement médiatisées. Cette période marque un changement important de l'image que la société a du toxicomane et son association systématique à la délinquance (11).

La loi du 31 décembre 1970 (13) marque un tournant fondamental dans la prise en charge des toxicomanes. C'est le premier texte qui encadre l'usage des substances vénéneuses (c'est-à-dire les substances dangereuses pour l'organisme). A l'époque, il s'agissait principalement des stupéfiants.

Avant cette date, la prise en charge des patients dépendants n'était pas codifiée et se résumait généralement à un sevrage de la substance, le plus souvent en institution psychiatrique. Cette loi, ayant transformé l'utilisateur de drogues en délinquant, a eu aussi pour conséquence de le transformer en malade en donnant la possibilité au juge de sanctionner le condamné à des soins : c'est l'injonction thérapeutique (14).

Cependant, les propositions thérapeutiques restent restreintes et se résument généralement à des prises en charge psychiatriques et des tentatives de sevrage encadré.

Progressivement, des politiques de lutte contre la toxicomanie apparaissent et s'orientent graduellement vers la réduction des risques en s'articulant autour de quatre points :

- Prévention
- Thérapie
- Réduction des risques
- Répression

Il faudra attendre les années 1990 pour voir apparaître des réseaux de prise en charge et surtout l'arrivée des traitements de substitution, tout ceci s'étant accéléré avec l'épidémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) des années 1980 qui a compté de nombreuses victimes parmi les toxicomanes (12).

B.3. Dépendance aux opiacés : réseaux de prise en charge et traitements de substitution

La prise en charge de la dépendance aux opiacés s'articule aujourd'hui autour d'un réseau. Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) comprennent l'accompagnement socio-psychologique du patient et les thérapeutiques médicamenteuses reposant sur les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) (15).

B.3.1. Le réseau de prise en charge

La prise en charge de la dépendance aux opiacés s'articule autour de deux types d'intervenants. D'une part les intervenants généralistes, d'autre part les structures spécialisées.

- **Le médecin généraliste**

Le médecin généraliste a aujourd'hui une place centrale dans la prise en charge de ces patients. Depuis l'arrivée des MSO, il est impliqué d'abord dans le suivi du patient via son aptitude à renouveler les ordonnances de méthadone dès 1995, puis dans le traitement complet avec la possibilité d'instaurer un traitement par Buprénorphine Haut Dosage (BHD).

- **Le pharmacien**

Le pharmacien se retrouve lui aussi au cœur de la prise en charge des consommateurs d'opiacés depuis l'arrivée des MSO. Il doit être désigné sur l'ordonnance et doit donc accepter de participer au traitement du patient. Il aura la charge de communiquer avec le médecin sur l'observance du patient.

- **Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)**

Les CSAPA sont des structures pluridisciplinaires qui ont pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes souffrant d'addiction. Ils sont nés en 2007 de la fusion des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), mais cette restructuration n'a réellement été effective qu'en 2010.

Ces centres médico-sociaux peuvent être gérés soit par des établissements publics (hôpitaux), soit par des associations (loi 1901). Ils comportent des centres de soin ambulatoires et des hébergements thérapeutiques.

- **Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD)**

Les CAARUD sont le résultat des politiques de réduction du risque. Ils sont des centres d'accueil, d'information, de conseil et de soutien aux usagers.

- **Les Communautés Thérapeutiques (CT)**

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2004-2008 (16) a donné naissance en 2006 aux CT qui complètent la proposition de soins des CSAPA. Ils offrent une solution d'hébergement longue durée (1 à 2 ans) permettant d'entreprendre une prise en charge globale et durable pour les personnes en grande précarité et généralement sans domicile. Cette action a été confirmée et renforcée par le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 (17).

B.3.2. Les Médicaments de Substitution (MSO)

Les MSO font partie de l'arsenal thérapeutique des professionnels de santé dans le cadre des TSO. Les objectifs des TSO pour les soignants sont multiples (15) :

1. La réponse à court terme à la souffrance physique et morale, parfois dans l'urgence.
2. La prise en charge de la dépendance aux opiacés avec trois objectifs à court, moyen et long termes :
 - Diminuer et si possible arrêter la consommation des opiacés illicites dans une perspective de réduction des risques, en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance
 - Aboutir à une abstinence complète d'opiacés illicites : le traitement est conçu alors comme une étape vers le sevrage de toute substance opiacée ; il peut cependant être nécessaire à long terme, voire à vie
 - Aboutir in fine à l'abstinence complète de toute substance psychoactive illicite et de tout MSO, ce qui demande une évolution personnelle, du temps et un accompagnement par des spécialistes compétents.

Ces médicaments permettent donc au médecin de proposer une solution de remplacement du produit initialement consommé.

- **La méthadone**

La méthadone est le premier médicament à faire son apparition en France en 1995. Sa prescription est très encadrée. Initialement réservée aux structures spécialisées en prescription initiale, il est depuis 2002 possible pour tout médecin hospitalier d'initier le traitement.

Une fois le patient équilibré, un relais est possible par un médecin généraliste qui peut renouveler les ordonnances.

A l'heure actuelle, la prescription doit se faire sur ordonnance sécurisée. La durée est limitée à 28 jours pour la forme gélule et 14 jours pour la forme sirop. Le nom du pharmacien doit être mentionné sur l'ordonnance. La délivrance se fait de manière hebdomadaire, sauf mention contraire sur l'ordonnance.

On estime à près de 47000 le nombre de patients sous méthadone en France en 2012 (18).

- **La Buprénorphine Haut Dosage (BHD)**

Ce traitement a reçu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 1995 mais n'a été commercialisé qu'à partir de 1996. Il est une particularité française (19). Là où la méthadone est le MSO le plus utilisé au niveau mondial, la BHD envisagée comme plus « sûre » que la méthadone est le MSO le plus utilisé en France.

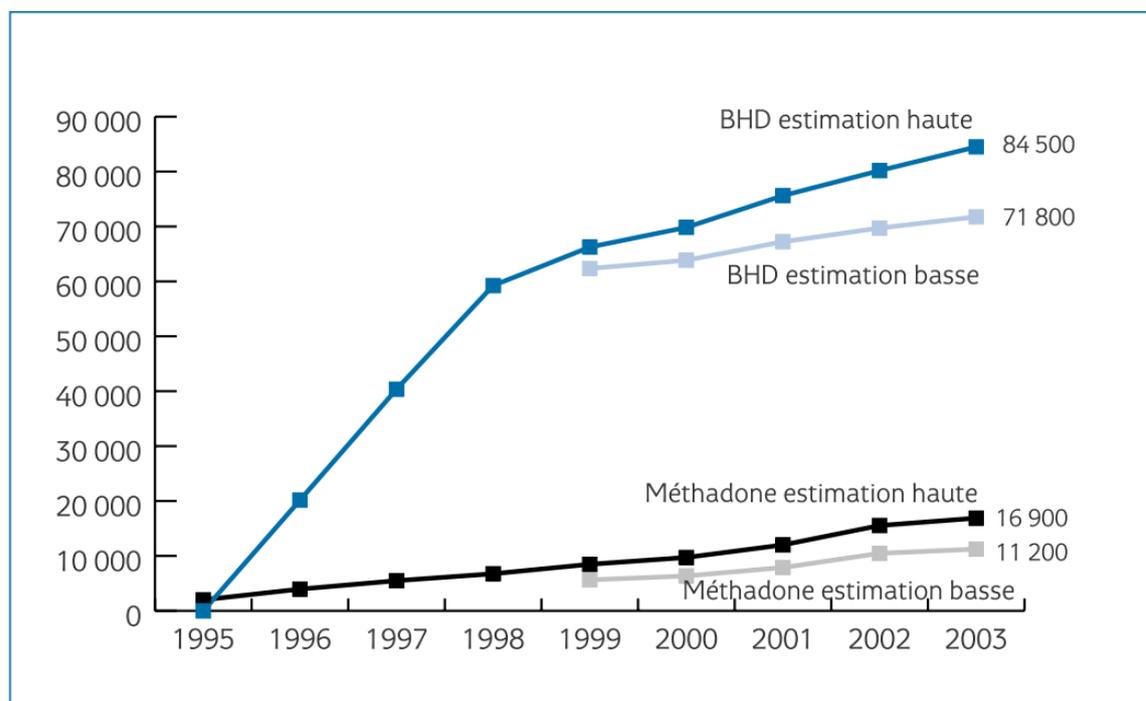
Sa prescription est, elle aussi, encadrée mais est ouverte aux médecins généralistes en primo-prescription. Elle doit également se faire sur ordonnance sécurisée, limitée à 28 jours avec délivrance hebdomadaire sauf mention contraire sur l'ordonnance.

On estime à plus de 105 000 le nombre de patients sous BHD en France en 2012 (18).

- **Association Buprénorphine – Naloxone (Subuxone)**

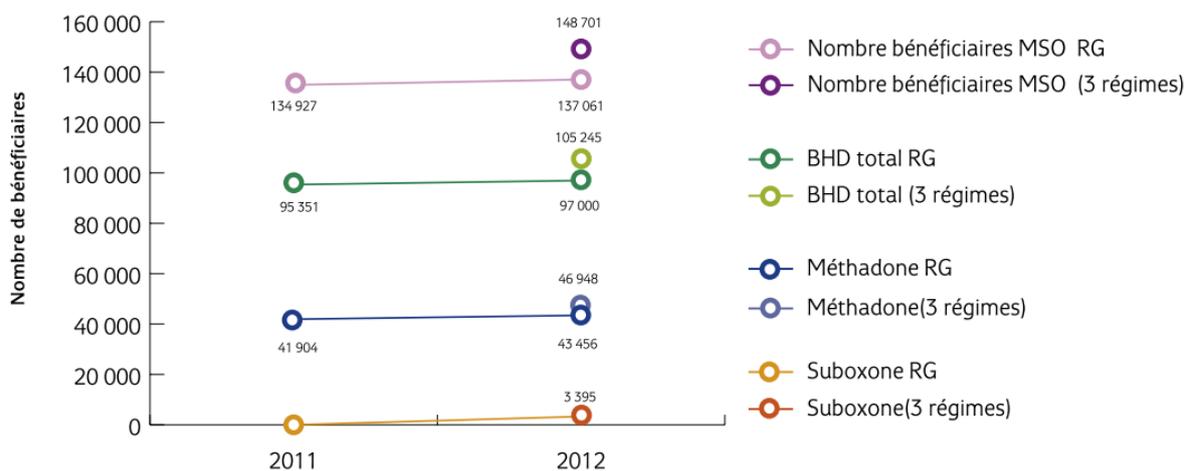
Cette association a l'AMM depuis 2006 mais n'est commercialisée que depuis 2012. La naloxone associée n'est pas absorbée par voie digestive mais agit par voie intraveineuse (IV). Son intérêt théorique est donc de limiter le mésusage de la BHD chez les injecteurs. En réalité, les études ne montrent pour le moment aucun bénéfice (14,20). Son utilisation reste très limitée et répond aux mêmes règles de prescription que la BHD. On estime à moins de 3400 le nombre de patients sous Subuxone en France en 2012 (18).

Figure 3 : Estimations du nombre de personnes recevant un traitement de substitution (1995-2003) (21)



Source : Données SIAMOIS/InVS et estimations OFDT

Figure 4 : Évolution du nombre estimé d'assurés sociaux ayant eu au moins un remboursement de MSO (hors hôpital) dans l'année (2011 à 2012) (18)



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

Depuis maintenant 20 ans d'utilisation des MSO, les études ont toutes montré un bénéfice important de ces traitements dans la prise en charge des consommateurs d'opiacés (18,19,22).

B.4. Pourquoi une prise en charge ?

B.4.1. Consommation des opiacés

Il existe en France plusieurs types d'opiacés. D'une part les opiacés illicites, principalement l'héroïne, d'autre part les opiacés licites à usage thérapeutique, mais parfois détournés de leur usage et devenant alors des drogues. Parmi les opiacés licites, on distingue les opiacés à usage antalgique (morphine, codéine) et les MSO (23).

L'expérimentation¹ de l'héroïne est évaluée en France à 1,5% de la population générale de 18 à 64 ans en 2014 (2,5% chez les hommes contre 0,6% chez les femmes) soit près de 600 000 expérimentateurs (24). Ce chiffre est en hausse par rapport à 2010 où il était estimé à 1,2% (23) soit 500 000 expérimentateurs.

Tableau 2 : Expérimentation des substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans (en%) en 2014 (24)

	Ensemble 2014	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
<i>Effectifs</i>	<i>n = 13 039</i>	<i>n = 1 809</i>	<i>n = 2 271</i>	<i>n = 3 021</i>	<i>n = 3 048</i>	<i>n = 2 890</i>	<i>n = 6 127</i>	<i>n = 6 912</i>
Alcool	95	92	93	95	97	98	97	94
Tabac	82	79	82	81	83	83	86	78
Cannabis	42	54	59	47	35	19	50	33
Poppers	7,3	11,7	11,5	8,2	5,7	1,1	9,9	4,7
Cocaïne	5,6	7,1	10,2	6,4	4,2	1,4	8,3	3,1
Champignons hallucinogènes	4,8	6,6	8,4	5,4	3,2	1,3	6,8	2,8
MDMA/ecstasy	4,3	7,0	8,4	5,3	1,9	0,2	6,1	2,5
Colles et solvants	2,2	2,5	2,5	2,8	2,9	0,5	3,1	1,4
LSD	2,6	3,3	3,9	3,1	2,1	1,2	4,2	1,2
Amphétamines	2,3	2,9	3,6	2,2	1,8	1,3	3,4	1,3
Héroïne	1,5	1,3	1,8	1,7	2,2	0,6	2,5	0,6

Source : Baromètre santé 2014, INPES, exploitation OFDT

¹ Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie

En s'intéressant aux personnes fréquentant les CAARUD (ayant donc un usage problématique d'une substance), l'on remarque qu'en 2010, 43% d'entre eux déclarent que « c'est un opiacé qui [leur] pose le plus de problème » (23).

B.4.2. Conséquences de l'addiction aux opiacés

La consommation d'opiacés peut avoir de nombreuses conséquences : sanitaires, sociales et judiciaires.

Le premier constat est que le nombre de décès parmi les usagers de drogue non traités est 63 fois plus élevé que chez les sujets de même âge et de même sexe dans la population générale (25).

- **Conséquences sanitaires**

- **La surdose (Overdose, OD)**

Entre 23% et 42% des usagers d'héroïne ont présenté au moins un épisode d'OD au cours de leur vie. 10% des OD se révèlent mortelles et principalement chez les sujets expérimentés (26). On évalue à 392 le nombre de décès par OD de drogues illicites en 2010 en France, 87% à cause d'un opiacé (23).

- **Les infections**

De très nombreuses complications infectieuses peuvent être causées par cette addiction, principalement lorsque l'utilisateur consomme par injection. On citera le VIH, les hépatites (principalement l'hépatite C), les endocardites et les abcès cutanés.

- **Les autres complications somatiques**

De manière non exhaustive : pathologies veineuses, lymphœdème, ulcères, dénutrition.

- **La grossesse**

Liés à l'héroïne ou aux comorbidités, les risques sont l'avortement spontané, la prématurité, le retard de croissance intra-utérin, le syndrome de sevrage du nouveau-né (26).

- **Conséquences sociales**

Les conséquences sociales de la consommation d'opiacés sont très mal documentées. On constate néanmoins un lien entre un trouble de la consommation d'alcool ou de drogues illicites et l'exclusion sociale. Par ailleurs, les consommateurs sous traitement vivent dans des conditions sociales plus précaires que la population générale (23). Cependant, il est impossible d'établir un lien de cause à effet, la précarité pouvant être cause ou effet de la consommation.

- **Conséquences judiciaires**

Les principaux problèmes sont évidemment les infractions relatives à l'usage ou au trafic de stupéfiants. La sanction pour usage simple est une amende dans plus de la moitié des cas, une peine d'emprisonnement ferme dans un tiers des cas, cette dernière concernant davantage les infractions liées au commerce de stupéfiants (23).

B.4.3. Bénéfices des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)

Depuis l'introduction des MSO, de nombreuses études ont prouvé leurs bénéfices (15,19,22,27).

Au niveau mondial, la méthadone est le traitement le plus étudié (28) mais des études françaises ont depuis prouvé l'intérêt de la BHD.

On peut noter un impact sur la morbi-mortalité des TSO en général :

- 5 fois moins de décès par OD entre 1994 et 2002 (15).
- 3 fois moins de prématurité lors de grossesse chez des patientes dépendantes (15).
- 6 fois moins de patients « injecteurs » entre 1995 et 2003 (diminuant d'autant les complications de l'injection) (15).

50% des patients déclarent avoir une meilleure situation sociale (15) et les infractions concernant l'héroïne sont 3 fois moins fréquentes en 2003 qu'en 1995 (15).

Finalement, trois quart des patients estiment « s'en être sorti » et plus de deux tiers déclarent avoir une meilleure qualité de vie (15).

En ce qui concerne le bénéfice en termes de coût financier, on estime une économie publique globale d'environ 595 millions d'euros (15) :

Tableau 3 : Variation du coût social de la consommation de drogues en 1997, calculée en faisant l'hypothèse que 50% des sujets dépendants aux opiacés étaient substitués (en millions d'euros) (15)

	1997	Variation due aux TSO
1. Coûts directs des soins	231,00	+ 383,00
2. Coûts directs de prévention et de recherche	143,70	0,00
3. Coûts directs de l'application de la loi (justice, police, gendarmerie)	498,19	- 328,92
4. Coûts directs de pertes de prélèvements obligatoires (SIDA et surdoses, incarcérations, ILS*)	178,12	- 83,17
5. Coûts indirects des pertes de revenu et des pertes de production	1175,48	- 566,20
Coût social	2 226,49	- 595,28

* ILS : infraction à la législation sur les stupéfiants

Une autre étude retrouve des chiffres similaires concernant plus particulièrement la BHD (19,22).

Rappelons tout de même que les TSO comprennent les MSO mais aussi la prise en charge psycho-sociale des patients. Cette dernière est primordiale étant donné la prévalence des comorbidités psychiatriques de ces patients.

En effet, on évalue à 86,9% le nombre de dépendants aux opiacés présentant des troubles psychiatriques. Il s'agit principalement de troubles de l'humeur (74,3%) et de troubles anxieux (34,5%) (11).

Par ailleurs, les TSO et particulièrement les MSO restent perfectibles. Effectivement, il est important de signaler que des usages détournés de ces traitements existent : que ce soit des trafics sur le marché illégal ou des usages détournés telle que l'injection de BHD.

Un article publié en 2016 propose des pistes pour améliorer la prise en charge (29) :

- Augmenter le nombre de prescripteurs formés.
- Prévoir une rémunération spécifique de ces prises en charge.
- Renforcer les dispositions rendant impossibles les prescriptions et délivrances multiples à un même patient.
- Prévenir le mésusage par injection de la BHD en étudiant éventuellement l'intérêt réel de l'association avec la naloxone.

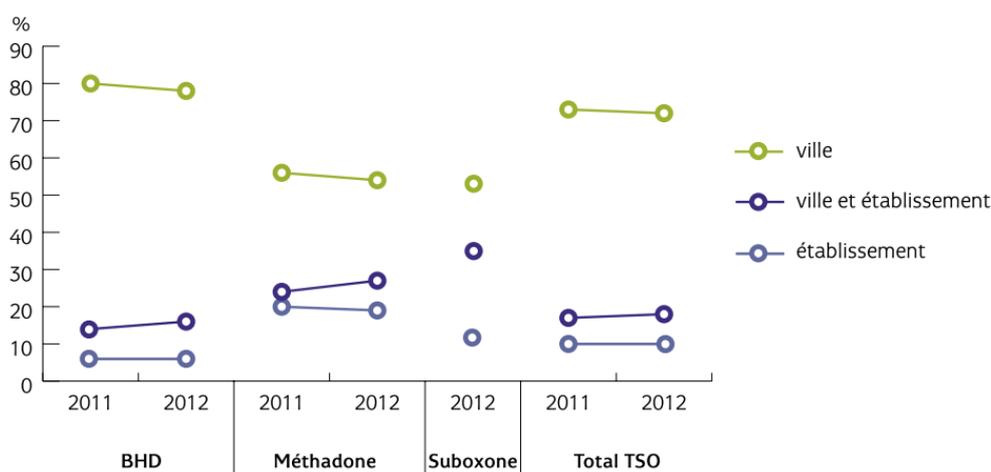
B.5. Problématique et intérêt de cette enquête

De nos jours, la toxicomanie est clairement considérée comme une maladie par les autorités médicales.

En ce qui concerne les opiacés, un traitement efficace existe ainsi qu'un réseau complet de prise en charge.

Les médecins généralistes, bien que non spécifiquement formés, sont au centre de ce réseau. D'ailleurs, on remarque que près de 80% des prescriptions de MSO sont faites par des médecins de ville dont 98% sont des médecins généralistes (18).

Figure 5 : Répartition des bénéficiaires selon l'origine de leurs prescriptions et le MSO prescrit entre 2011 et 2012 (18)

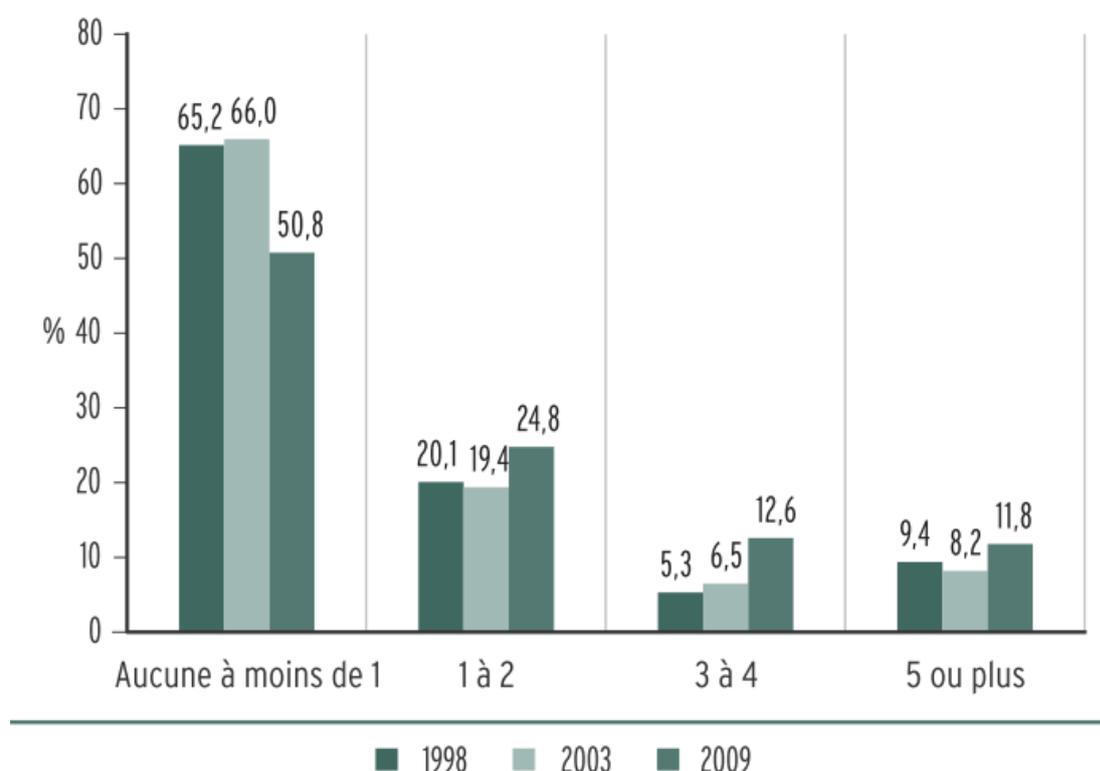


Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

Lecture : En 2012, 78 % des bénéficiaires de BHD ont eu leurs prescriptions exclusivement auprès de médecins libéraux exerçant en ville, 16 % d'entre eux ont eu des prescriptions émanant tantôt de la ville, tantôt d'établissements (CSAPA ou hôpital) et enfin 6 % d'entre eux ont reçu leurs prescriptions exclusivement de médecins exerçant en établissement.

Cependant, on remarque qu'en 2009, près d'un tiers des médecins généralistes déclarent ne suivre aucun patient dépendant aux opiacés et que finalement la majorité de ces patients ne sont suivis que par 25% des médecins généralistes (3). De nombreuses structures spécialisées comme les CSAPA arrivent à saturation et commencent à devoir refuser de nouveaux patients devant l'impossibilité de passer la main au généraliste lorsque le patient est équilibré.

Figure 6 : Evolution du nombre de personnes dépendantes aux opiacés, vues par mois par les généralistes, en 1998, 2003 et 2009 (en pourcentage) (3)



Par ailleurs, même si 85% des médecins semblent maintenant considérer les toxicomanes comme des malades, ils sont 90% à considérer que ces derniers « ne se conforment pas aux prescriptions médicales » (3), ce qui reflète, d'une certaine manière, une image négative du patient toxicomane comme étant un patient à qui il est difficile d'accorder sa confiance et qu'il est difficile de guérir.

Il est donc intéressant d'essayer d'identifier les différents freins exprimés par les médecins généralistes concernant la prise en charge de ces patients pour envisager des solutions adaptées afin d'améliorer la mise en place des traitements et le suivi de ces patients, ainsi que l'implication des médecins généralistes.

C. ETUDE : Matériel et Méthode

C.1. Type d'étude

Le but de l'étude est de recueillir l'avis des médecins généralistes sur leur implication dans la prise en charge des toxicomanes aux opiacés. Il ne s'agit pas de dresser un bilan statistique, mais plutôt d'essayer de comprendre le point de vue et le ressenti des médecins sur le sujet.

J'ai donc réalisé une étude de type qualitatif qui semblait la plus appropriée.

Par ailleurs, j'ai utilisé la technique des entretiens semi-dirigés grâce à un guide d'entretien, ce qui permet aux médecins interrogés de s'exprimer sans contrainte et sans influence. J'ai choisi d'utiliser des questions ouvertes pour éviter de limiter les réponses du médecin.

C.2. Echantillon étudié

L'étude s'est limitée aux médecins généralistes de l'agglomération rouennaise pour des raisons de simplicité. Pour garantir une validité externe suffisante, j'ai utilisé une méthode d'échantillonnage orientée en m'efforçant d'avoir différents profils de sexe, d'âge ou de lieu d'installation.

Critères d'exclusion :

- Médecins remplaçants.
- Médecins exerçant une activité principale autre que la médecine générale.
- Médecins travaillant dans les structures spécialisées (CSAPA).

L'échantillon s'est principalement constitué par mes connaissances personnelles (anciens maîtres de stage ou médecins que j'ai eu l'occasion de remplacer) ou par les connaissances de co-internes.

Les médecins ont été contactés soit par téléphone, soit par email, soit en personne au cabinet. Je leur ai présenté le sujet et recueilli leur consentement. En cas de réponse positive, un rendez-vous était fixé.

L'échantillon s'est constitué progressivement jusqu'à ce que le phénomène de saturation d'idées soit atteint.

C.3. Recueil des données

Le guide d'entretien (cf. annexe 4) a été réalisé suite à une recherche bibliographique sur le sujet et à la rencontre du médecin du CSAPA « La Boussole » de Rouen.

Ce guide s'articulait autour des thèmes suivants :

- Expérience du médecin
- Avis et arguments du médecin
- Formation du médecin
- Suggestions du médecin
- Questions de démographie

Les thèmes étaient toujours abordés par des questions ouvertes. En cas de réponse incomplète ou d'incompréhension, des questions de relance personnalisées étaient utilisées.

L'heure et le lieu des entretiens étaient fixés par les médecins participants.

Un entretien test a été réalisé auprès d'un médecin de mon entourage proche. Ce test a permis d'adapter et de valider le guide initial. Ce guide a légèrement évolué au fur et à mesure des entretiens.

Chaque entretien débutait par une présentation du sujet, l'information sur l'anonymat de l'étude et la demande d'autorisation d'enregistrement de l'interview. L'enregistrement s'est fait à l'aide d'un dictaphone numérique de marque Olympus.

Les entretiens ont été retranscrits manuellement sur le logiciel Word 2013 en essayant de noter les onomatopées dans un souci de précision (cf. annexe 5). L'anonymat a été respecté en représentant chaque médecin par la lettre « M » suivie d'un chiffre correspondant à la chronologie des entretiens.

C.4. Analyse des données

L'analyse s'est faite de manière thématique à l'aide du logiciel Excel 2013.

Chaque entretien a d'abord été analysé pour repérer les unités de signification (citations). Une relecture transversale a permis de regrouper chaque citation en thèmes et sous-thèmes dans un *verbatim*.

Par soucis de clarté, certaines onomatopées et répétitions ont été supprimées du *verbatim* (cf. annexe 5).

D. ETUDE : Résultats

D.1. Description de l'échantillon

D.1.1. Les médecins interrogés

Au total, 14 médecins ont participé à l'étude. Ils ont tous été contactés courant avril 2017 et les entretiens se sont déroulés courant mai 2017.

Aucun médecin contacté n'a refusé de participer à l'étude.

L'échantillon des médecins interrogés se compose de 9 hommes âgés de 35 à 61 ans et de 5 femmes âgées de 34 à 56 ans.

Ils exercent tous la médecine générale à plein temps sauf un d'entre eux qui a une activité universitaire en parallèle. Cinq d'entre eux sont également maîtres de stage.

Treize des médecins interrogés travaillent en cabinet de groupe (allant de 2 à 5 médecins). Un des médecins est installé seul.

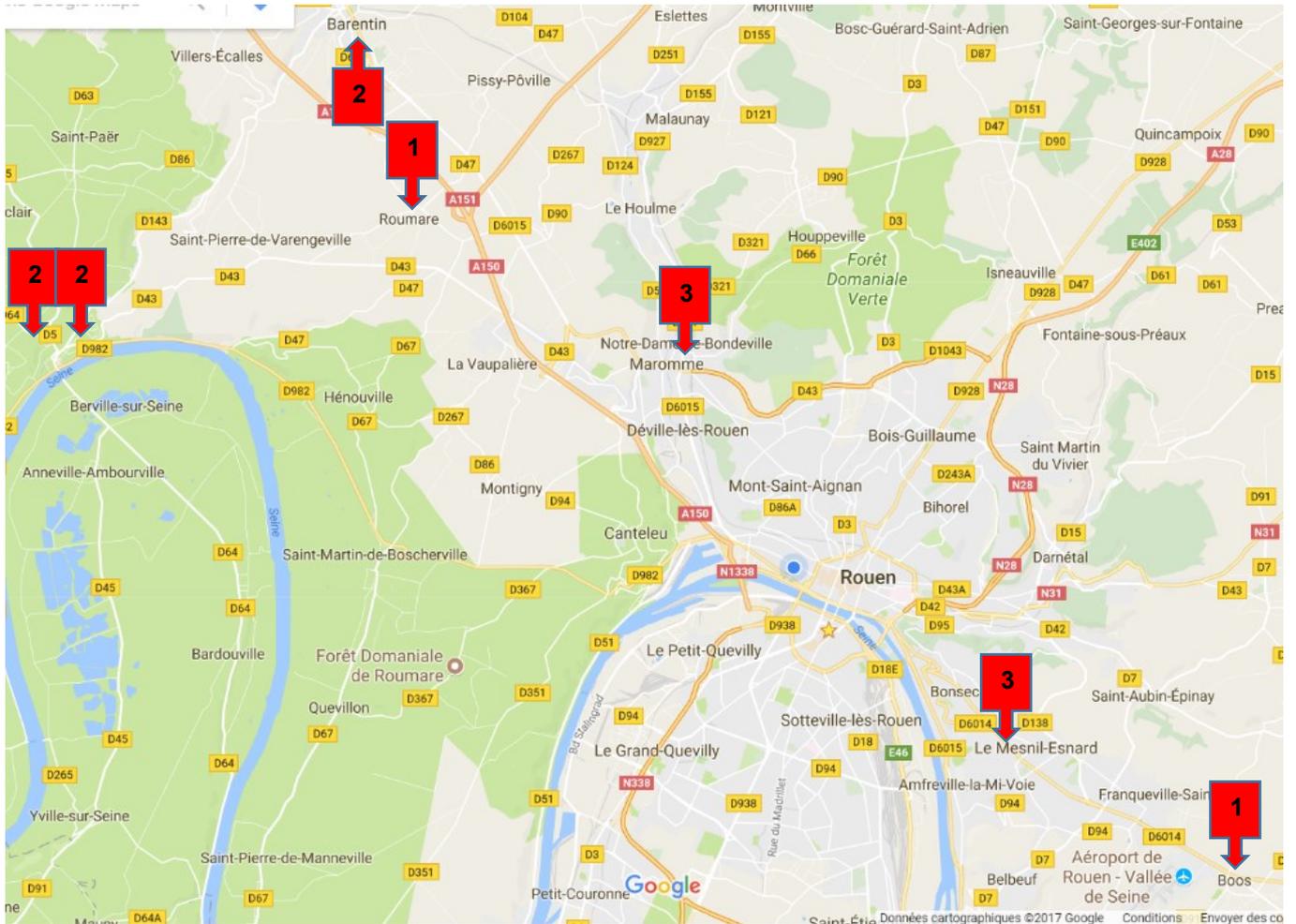
Le tableau suivant résume les caractéristiques des médecins interrogés :

Tableau 4 : Caractéristiques des médecins interrogés

		TOTAL	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14
Sexe	Homme	9	1	1	1			1	1	1		1			1	1
	Femme	5				1	1				1		1	1		
Age	31-40 ans	3		1			1					1				
	41-50 ans	7	1		1	1			1	1	1			1		
	>50 ans	4						1					1		1	1
Activité	Groupe	13	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1
	Seul	1							1							
Milieu d'installation	Urbain	5	1							1	1			1	1	
	Semi-Rural	8		1		1	1	1	1			1	1			1
	Rural	1			1											
année d'installation	1990-1995	3						1					1			1
	1996-2000	5	1			1				1				1	1	
	2001-2005	2			1						1					
	2006-2010	0														
	>2010	4		1			1		1			1				

Les cabinets des médecins sont répartis principalement entre les plateaux ouest et est de Rouen :

Figure 7 : Répartition géographique des médecins interrogés



D.1.2. Les entretiens

Tous les entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin interrogé sur ses horaires de consultations ou sur l'heure du midi, à l'exception du premier médecin qui a préféré me recevoir à son domicile sur son jour de repos.

Les entretiens ont tous pu être enregistrés après autorisation du médecin interrogé.

La durée moyenne des entretiens est de 14 minutes 49 secondes. Le plus court a duré 9 minutes 21 secondes et le plus long 19 minutes 57 secondes.

Tableau 5 : Durée des entretiens

M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14
17:34	18:24	17:14	09:21	13:18	19:57	14:42	14:57	09:55	10:50	13:38	16:48	12:35	18:16

Min 09:21

Moyenne 14:49

Max 19:57

L'analyse des entretiens s'est faite autour de 4 thèmes et 20 sous-thèmes :

- L'expérience et la pratique des médecins
- La question de la formation
- Les freins
- Les suggestions des médecins

La saturation des données a été atteinte après 13 entretiens.

D.2. Expérience et pratique des médecins

D.2.1. Nombre de patients pris en charge

- **Tous les médecins interrogés ont déclaré avoir déjà été confrontés à des patients héroïnomanes. Cependant, beaucoup n'ont pas de patient sous TSO dans leur file active.**

Tableau 6 : Nombre de patients sous TSO suivi par les médecins

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14
Actuel	0	4	0	0	0	7-8	1	0	0	2	3	3	20	2
Ancien	2-4	1	5	1			2	0	1		1			4-5

On remarquera que 2 médecins ont plus de 5 patients dans leur file active (M6 et M13) et 3 médecins en ont entre 3 et 5 (M2, M11 et M12).

A l'autre extrémité, 6 médecins ont déclaré n'avoir aucun patient dans leur file active. Néanmoins, seul M8 déclare n'avoir jamais accepté de patient sous TSO, les autres ayant déjà été confrontés à de tels patients auparavant (y compris M5 qui s'est installé il y a moins d'un an et qui déclare avoir eu à prendre en charge des patients sous TSO durant ses remplacements).

M1 : « J'en ai pris, pas actuellement, j'en ai pris en charge »

M3 : « J'en ai pas actuellement, j'en ai pris en charge, disons 5 à peu près »

M5 : « Non, pas depuis que je suis installée »

M8 : « Non, jamais »

M9 : « Là j'en ai pas du tout, [...] j'ai déjà eu tout au début où je me suis installée, j'en ai suivi un »

Les chiffres évoqués ci-dessus ne sont évidemment pas à interpréter de manière statistique puisque l'étude est qualitative. Cependant, il sera important de différencier les réponses ultérieures en fonction du statut prescripteur ou non du médecin.

D.2.2. Acceptation ou refus du patient

- **Tous les médecins interrogés ont déclaré accepter une demande de prise en charge sauf M8 qui préfère réorienter le patient.**

M8 : « je me déchargerais sur un autre confrère »
M1 : « ça fait vraiment partie de mon job »
M2 : « je suis médecin, c'est mon boulot »
M3 : « si quelqu'un vient me voir, [...] je l'aiderais »
M5 : « j'accepterais de suivre quelqu'un parce que je considère qu'ils ont autant besoin que les autres d'être suivis »

- **Cependant, il faut mettre la réponse des autres médecins en perspective. En effet, certains d'entre eux font clairement la différence entre leurs patients et les autres en expliquant qu'ils prendront en charge un de leurs patients qui le souhaiterait mais qu'ils n'accepteraient pas un autre patient.**

M4 : « Je ne refuse pas un de mes patients qui me dirait « Je veux me sevrer » [...] j'accepte pas les patients des autres »
M6 : « quand c'est un patient de ma clientèle, il y a aucun problème, [...] parce que là je le connais [...] les patients de l'extérieur [...] idéalement c'est de savoir [...] quelle est sa vraie motivation »
M9 : « si je le connais bien [...] pourquoi pas, [...] mais pas quelqu'un que je suivrais qu'occasionnellement, vraiment quelqu'un que je connais très bien »

- **Par ailleurs, plusieurs médecins interrogés ont déclaré avoir déjà refusé une demande de prise en charge. Les raisons invoquées sont :**
 - **L'image négative du toxicomane (manipulateur)**
 - **La peur du patient**
 - **Une expérience malheureuse**
 - **La peur d'être envahi par les patients toxicomanes et de participer à un trafic**

M1 : « J'ai dû renvoyer un patient, [...] que j'ai gentiment renvoyé vers son médecin traitant »

M4 : « quand tu commences à en prendre un, il envoie tout le monde [...] après c'est des trafics de Subutex qui se créent. [...] j'ai refusé des gens qui étaient déjà sous Subutex et qui [...] essayaient d'aller voir tous les médecins pour en avoir de plus en plus »

M6 : « parce que c'était trop compliqué, [...] et surtout moi j'ai eu un cas [...] qui m'a beaucoup refroidi, c'est que j'ai été cambriolé par un de mes patients toxicomanes »

M8 : « Prise en charge trop compliquée, patient [...] non compliant, manipulateur, a priori négatif. »

M9 : « à cause de la prise en charge [...] et puis peut être par peur »

D.2.3. Ressenti du médecin

- **Sur l'échantillon interrogé, certains médecins ont déclaré se sentir « à l'aise » avec la prise en charge de la toxicomanie.**

M1 : « je pense pas trop avoir de soucis »

M2 : « Je me sens pas mal à l'aise »

M3 : « oui, [...] je commence à avoir de la bouteille »

M10 : « ça me dérange pas »

M11 : « Je dirais plutôt oui, mais pas totalement »

- **Pour ceux qui ont déclaré ne pas se sentir « à l'aise », les raisons invoquées sont :**

- **Le manque d'expérience et de formation**

M5 : « je sais pas forcément très bien le faire, [...] j'ai pas eu beaucoup d'expérience et puis je trouve qu'on n'est pas forcément très bien formé non plus dans ce domaine-là »

M6 : « je connais mal, [...] ma formation [...] est ancienne, [...] j'ai pas eu grande formation là-dessus »

M7 : « J'ai jamais eu de formation spécifique en addictologie »

- **L'image négative du toxicomane**

M9 : « C'est souvent le même type de personnes, [...] souvent ils mentent, [...] ils détournent les choses, [...] La relation de confiance pour moi elle est mise à mal »

- **La complexité de la prise en charge**

M12 : « c'est compliqué [...] la prise en charge elle est assez complexe je trouve »

- **Même si l'ensemble des médecins interrogés a dit ressentir une satisfaction à prendre en charge les toxicomanes, ils nuancent cette réponse. En effet, ils ont expliqué ressentir une satisfaction lorsque la prise en charge fonctionne. Un des médecins a même dit « se sentir coupable » si une prise en charge échoue.**

M2 : « s'ils s'en sortent [...] oui, je suis content »

M3 : « j'ai du plaisir [...] si je les prends en charge et que ça aboutit [...] quand ça foire, [...] je culpabilise, [...] je me remets en question »

M4 : « Je ressens plus un plaisir quand ça a marché »

M8 : « Une satisfaction [...] quand j'arrive à sevrer un patient [...] c'est satisfaisant, c'est valorisant »

M9 : « que s'il y a une réussite au bout »

M10 : « surtout quand je vois qu'on a réussi »

M12 : « quand ils vont mieux, c'est vraiment satisfaisant »

- **Certains médecins interrogés ont déclaré ne tirer aucune satisfaction de ces prises en charge.**

M6 : « je le fais plus par devoir qu'autre chose. »

M7 : « non [aucune satisfaction] »

D.2.4. Image du toxicomane

- **On remarque que les médecins qui prennent ou ont pris en charge des patients toxicomanes n'en ont pas une image négative.**

M2 : « d'un patient lambda »

M3 : « quelqu'un comme un autre »

M4 : « comme les autres patients, comme tout le monde, aucune image négative »

M5 : « l'image de gens un peu perdus qui cherchent à se sauver »

M6 : « un patient perdu »

M7 : « c'est une addiction comme d'autres [...] je pense que tout le monde peut devenir addicté à un produit »

M10 : « très bonne image, ça se passe bien »

M11 : « c'est un patient qui a vraiment besoin de soins et besoin qu'on s'occupe de lui. [...] ce sont des patients attachants, [...] parfois difficiles »

M12 : « ce sont souvent des patients qui ont vraiment besoin d'une prise en charge très globale »

M13 : « c'est un patient en difficulté [...] qui présente un problème médical et qu'il faut aider. [...] je pense qu'on est tous plus ou moins susceptibles de tomber dans une addiction »

M14 : « c'est des patients plutôt sympathiques, [...] ils ont besoin de nous. [...] ils sont pas plus difficiles que d'autres »

- **Le médecin qui refuse de prendre en charge ces patients en a clairement une image très négative.**

M8 : « une image négative. [...] manipulateurs. [...] c'est pas des patients sérieux, [...] je ne souhaite pas les prendre en charge »

- **D'autres médecins ont une image négative de ces patients tout en ayant déjà eu à en prendre en charge.**

M1 : « Pas super bonne, [...] parce que c'est des patients [...] qui sont compliqués à suivre, [...] qui posent des problèmes »

M9 : « j'ai pas [...] une image très positive, [...] je veux absolument pouvoir avoir confiance, [...] je pense qu'ils peuvent avoir confiance en moi mais dans l'autre sens c'est pas toujours le cas »

D.2.5. Les MSO

- **Les médecins interrogés semblent avoir un avis plutôt positif concernant l'intérêt des MSO.**

M1 : « c'est [...] plus pratique pour moi de prescrire un médicament [...] que je connais efficace »

M2 : « c'est plus ou moins efficace mais c'est plus compliqué à arrêter après. [...] l'objectif de la substitution c'est d'arrêter la drogue [...] puis de réussir à arrêter ce traitement »

M3 : « ça permet une prise en charge »

M4 : « c'est plutôt une aide au sevrage, [...] une bonne efficacité »

M5 : « une addiction qui en chasse une autre, [...] le but c'est d'arriver à leur faire arrêter petit à petit ces traitements. [...] ce que je me souviens c'est qu'elle allait bien avec son traitement »

M6 : « ça permet de stabiliser [...] d'avoir un petit lien à travers le médicament. [...] c'est quand même mieux que quand il y en avait pas, [...] c'était affreux »

M7 : « déjà de les sortir [...] du réseau [...] on peut éventuellement commencer à faire un travail de resocialisation [...] de remise dans la vie réelle. [...] c'est un vrai plus »

M9 : « ça permet aussi d'échanger, [...] d'avoir un contact »

M10 : « c'est une drogue mais [...] légale, [...] la différence [...] la surveillance, il n'y a pas de risque pour les patients, ils sortent [...] de l'illégalité »

M11 : « remettre les patients dans le circuit de soin [...] je trouve ça extraordinaire, [...] ça permet de parler d'autres choses, [...] de prise en charge globale »

M12 : « je pense qu'ils sont vraiment utiles. [...] leur objectif c'est de permettre aux patients dépendants à l'héroïne d'avoir une vie normale [...] il est vraiment majeur, ça permet aux gens de retrouver [...] l'accès aux soins, l'accès au travail, l'accès à une vie de famille. [...] l'objectif c'était pas de sevrer les patients en traitements de substitution, mais de leur permettre de vivre correctement avec un traitement de substitution. »

M13 : « ces traitements sont une avancée extraordinaire, [...] c'est un outil remarquable mais ça n'est qu'un outil »

M14 : « c'est quelque chose qui fonctionne. [...] un substitut qui est moins nocif que celui qu'ils ont. [...] c'est pas vraiment le sevrage complet »

- **Certains médecins ne sont cependant pas convaincus de l'intérêt des MSO.**

M3 : « un peu sceptique sur ces traitements »

M8 : « J'ai l'impression que ce sont des traitements interminables, [...] sans parler des questions de trafic dont j'ai pu entendre parler »

D.2.6. Les réseaux de soins

- **A la question « Avez-vous connaissance des CSAPA ? », il semble qu'une partie des médecins interrogés ne connaissent pas le terme CSAPA.**

M1 : « non, je maîtrise pas ça. [...] à part la Boussole, je connais pas grand-chose »

M2 : « j'ai jamais eu de relations particulières avec eux »

M3 : « je sais qu'il y a la Boussole, [...] je connais pas vraiment l'institution »

M5 : « non, pas du tout [pas connaissance des CSAPA] »

M7 : « non [je ne connais pas], je sais qu'il y a un réseau, [...] je ne sais même pas comment ça s'appelle »

M8 : « non, je connais pas, j'ai jamais entendu ce nom-là »

M9 : « non, [ça ne me parle pas] »

M10 : « j'appelle le CHU »

- **Cependant, à la question « Comment réorienteriez-vous un patient ? », tous les médecins semblent connaître l'existence de structures soit au CHU soit dans l'association « La Boussole » qui sont tous deux des CSAPA.**

M1 : « je lui donnerais les coordonnées de la Boussole »

M2 : « vers des addictos, [...] je vais plutôt l'orienter [...] sur les CSAPA »

M3 : « je l'orienterais vers la Boussole ou à un psychiatre ou un centre d'addictologie »

M4 : « la Boussole »

M5 : « j'appellerais un addicto à Charles Nicolle »

M7 : « au service d'addictologie de Barentin, [...] la Boussole c'est ça ? »

M8 : « vers des associations telles que la Boussole à Rouen »

M9 : « j'envoyais à l'hôpital »

M10 : « j'envoie au CHU, c'est tout »

M11 : « je les adresse [...] à la Boussole »

M12 : « vers un addictologue spécialisé »

M13 : « je fais pas appel à des addictologues. [...] A des psychologues [...] ou à des psychiatres oui »

M14 : « vers l'organisme de la Boussole »

D.3. Concernant la formation des médecins

D.3.1. Quelle formation déclarent avoir les médecins

- **Certains médecins ont déclaré n'avoir suivi aucune formation ou simplement une formation pendant l'internat qu'ils considèrent insuffisante.**

M1 : « [formation pendant ou après les études] non, je pense pas »

M2 : « il y a eu des formations pendant l'internat. [...] quand t'as pas été confronté, tu vois pas forcément l'intérêt. [...] depuis la fac, non j'ai pas eu [...] c'est pas ce qui m'intéresse le plus, [...] c'est pas forcément le truc [...] qui me fait bouger pour une formation »

M3 : « je pense avoir eu une formation quand [j'étais] interne »

M5 : « je sais pas forcément très bien le faire, [...] j'ai pas eu beaucoup d'expérience et puis je trouve qu'on n'est pas forcément très bien formé non plus dans ce domaine-là »

M6 : « ma formation [...] est ancienne, [...] j'ai pas eu grande formation là-dessus

M7 : « j'ai jamais eu de formation spécifique en addictologie, [...] une heure sur Subutex, [...] après c'est en pratique avec les stages [...] c'est pas avec la formation de la fac que j'aurais pu un jour les suivre »

M8 : « non, j'ai pas eu [de formation] »

M9 : « non [je ne me souviens pas avoir eu de formation] »

- **D'autres médecins ont déclaré avoir suivi des formations après leurs études. Parmi eux, on retrouve surtout les médecins qui suivent le plus de patients sous TSO.**

M4 : « à la fac oui, et puis après avec les [Formations Médicales Continues] (FMC) »

M11 : « pendant [mes études], non, mais j'ai fait plusieurs formations spécifiques »

M12 : « pendant [...] j'en ai aucun souvenir, plutôt après »

M13 : « pendant les études clairement non, après oui »

M14 : « après la fac, [...] formation continue »

D.3.2. Quelles connaissances sur les TSO et MSO

- **Quelques médecins sont satisfaits de leurs connaissances sur les TSO et MSO. Ces médecins font partie des médecins prescripteurs de MSO.**

M13 : « oui [je pense avoir suffisamment de connaissances] »

M14 : « je m'en satisfait »

- **Les autres considèrent leurs connaissances insuffisantes.**

M4 : « non [mes connaissances ne sont pas suffisantes] »

M5 : « non [je n'ai pas suffisamment de connaissances sur les TSO] »

M6 : « j'ai les connaissances minimum »

M8 : « non [je ne pense pas avoir des connaissances suffisantes] »

M9 : « non [je ne pense pas avoir des connaissances suffisantes] »

M12 : « pas complètement [assez de connaissances] »

- **On remarque deux éléments importants dans les déclarations des médecins :**

- **Certains font clairement la différence entre Méthadone qu'ils ne connaissent pas et Subutex qu'ils maîtrisent mieux.**

M1 : « J'ai l'impression oui, [...] la Méthadone, je saurais pas faire, [...] le Subutex [...] ça reviendrait très vite »

M2 : « j'en ai jamais fait d'initiation de traitement. [...] pas assez [de connaissances]. [...] la Méthadone beaucoup moins. [...] au niveau de la formation, oui il y a peut-être des lacunes »

- **D'autres font clairement la différence entre l'initiation du traitement pour laquelle ils délèguent, et le suivi d'un patient équilibré qui leur semble plus simple et accessible.**

M3 : « je me sens pas capable d'initier un traitement »

M4 : « je peux pas faire ça toute seule [initier le traitement] »

M5 : « l'initier [...] je serais incapable de le faire »

M10 : « je pense pas [avoir suffisamment de connaissances]. [...] Pour initier le traitement je pense que je dois prendre l'avis spécialisé »

D.4. Quels freins sont évoqués

S'agissant d'une étude qualitative, je me contenterai ici de citer les différents freins apparus dans mon étude sans chercher à les hiérarchiser selon un ordre d'importance ni à les quantifier.

Ils sont présentés par thèmes et sous-thèmes, par ordre d'apparition dans mon analyse.

D.4.1. Image négative du toxicomane

- **L'image négative du toxicomane semble être un frein important pour ceux qui ne prennent que peu ou pas en charge les patients sous TSO. La plupart de ces médecins semble accepter de prendre en charge un de leurs patients qu'ils connaissent mais se méfient des patients qu'ils ne connaissent pas.**

M2 : « si je suis pas le médecin traitant, je me méfie un peu plus »

M3 : « si c'est un de mes patients [...] j'aurais plus tendance à dire oui »

M4 : « il faut connaître le patient [...] ça pose pas de problème à partir du moment où c'est des patients qui sont déjà dans le cabinet »

M6 : « les gens qui viennent de l'extérieur, [...] on est souvent manipulé, [...] là je suis très méfiant »

M7 : « si je connais pas, j'ai du mal, [...] j'essaye de rencontrer peut-être quelqu'un de son entourage »

M7 : « j'ai peur un peu [...] d'être utilisé »

M9 : « vraiment quelqu'un que je connais très bien, [...] [le problème n'est pas le traitement lui-même, le problème est plus] le patient, oui [...] souvent ils mentent, souvent ils détournent les choses, [...] j'ai peur qu'ils soient violents »

M11 : « je pense qu'ils ont peur [...] d'être manipulés »

- **Le médecin qui refuse la prise en charge de ces patients, y compris les siens, évoque surtout un a priori négatif.**

M8 : « a priori négatif, [...] patient certainement non compliant, manipulateur, [...] c'est pas des patients sérieux, [...] je ne souhaite pas les prendre en charge »

M8 : « c'est souvent des patients qui sont un peu borderline, [...] qui peuvent être plus ou moins dangereux »

- **Certains médecins expliquent d'ailleurs que si l'image qu'ils se font du patient toxicomane était différente, cela changerait complètement leur rapport au patient et à sa prise en charge.**

M8 : « oui, ça changerait [ma réponse], si on avait affaire à des gens entre guillemets normaux, responsables, respectueux des horaires, respectueux du médecin »

M9 : « oui, je pense [que ça changerait quelque chose si le patient était plus dans les normes] »

D.4.2. Profil du patient

- **La différence avec l'image négative du toxicomane est subtile, pourtant ce frein est totalement différent. L'image négative du toxicomane est un frein à l'acceptation du patient, mais pour ceux qui acceptent de prendre en charge ces patients, la plupart exprime une limite : le comportement du patient, son profil. S'il n'est pas approprié, ils arrêteront de le suivre.**

M1 : « s'il est pas réglo [...] je vais me lasser très vite »

M2 : « s'il veut faire n'importe quoi, [...] je le suivrais pas. [...] quand ils sont pas réglos, [...] il y a des problèmes dans les dates, [...] il est violent »

M6 : « il y a aussi des fois une certaine violence verbale, [...] plein de rendez-vous manqués, [...] les toxicos qui mentent, [...] ça épuise quoi »

M6 : « [si le patient était plus dans les normes], ce serait plus facile »

M7 : « s'il a un comportement violent ou agité, [...] s'il est pas réglo dans les rendez-vous, [...] si je sens qu'il y a toujours une histoire un peu bizarre »

M9 : « c'est arrivé une ou deux fois, quand j'ai remplacé, à me faire vraiment peur avec des toxicos [...] qui étaient limite violents »

M12 : « je pourrais éventuellement interrompre la relation de soin si vraiment le patient est complètement hors cadre »

M14 : « je pense que s'ils m'agressaient, s'ils me manquaient de respect, [...] la violence »

D.4.3. Manque de formation

- **Certains médecins évoquent l'importance du manque de formation comme étant un frein majeur. Il s'agit principalement de médecins qui considèrent ces patients comme tout autre patient malgré quelques craintes s'ils ne les connaissent pas.**

M3 : « ça ferait carrément une différence [si les connaissances étaient à jour] »

M5 : « je saurais pas comment manier [les traitements] »

M7 : « ça reste un frein »

M12 : « je pense que le fait d'être formée, d'être sensibilisée à la prise en charge c'est vraiment important »

- **A l'inverse, d'autres médecins expliquent qu'une meilleure formation ne changerait en rien leur point de vue. Parmi eux, certains médecins expliquent qu'ils ont un a priori négatif qui prédomine.**

M4 : « non [si mes connaissances étaient plus à jour, ça ne ferait pas de différence] »

M6 : « [le manque de formation], c'est pas le principal, [...] ça changerait pas grand-chose »

M8 : « je ne pense pas [que ça changerait quelque chose si mes connaissances étaient à jour], parce que je garde un a priori négatif sur ce genre de patient »

M9 : « peut-être ça m'enlèverait certains a priori mais je suis pas sûre »

D.4.4. Manque d'expérience

- **Quelques médecins évoquent l'importance d'avoir suffisamment de patients sous TSO pour garder une bonne pratique.**

M11 : « mon gros défaut c'est de pas en voir assez de patients »

M12 : « je prends pas beaucoup de patients en charge, [...] quand on fait pas souvent les choses en fait, on oublie. [...] plus on pratique et plus on est à l'aise dans la pratique »

D.4.5. Frein lié aux MSO

- **Quelques médecins ont déclaré que les MSO sont un frein à leur prise en charge. Ils craignent que ce soit une addiction qui en remplace une autre ou que leurs prescriptions participent à un trafic.**

M1 : « un traitement substitutif qui me fait parfois penser un peu à un dealer médecin »

M4 : « quand tu commences à en prendre un, il envoie tout le monde [...] après c'est des trafics de Subutex qui se créent »

M5 : « on peut se poser la question si [...] la prise de Subutex, une addiction en remplace pas une autre »

D.4.6. Complexité de la prise en charge

- **Quelques médecins évoquent comme frein la complexité de la prise en charge.**

M6 : « c'était trop compliqué, trop d'exigences »

M8 : « prise en charge trop compliquée »

M9 : « c'est [...] à cause de la prise en charge »

D.4.7. Manque de coopération, travail isolé

- **Certains médecins évoquent l'importance du travail en équipe. Le fait de se sentir isolé semble être un frein.**

M3 : « travailler peut-être en équipe »

M6 : « je trouve que les structures qui s'occupent de [cela] ne vont peut-être pas assez vers nous. [...] on manque d'informations [...] sur les réseaux, [...] sur les prises en charge, sur les traitements »

M12 : « je m'appuie sur mes associés, ça c'est vraiment une force »

D.4.8. Manque de temps ou mauvaise rémunération

- **Quelques médecins expliquent que le manque de temps et la surcharge de travail sont un frein important.**

M3 : « le temps. »

M6 : « il faut [...] une certaine disponibilité [...] de temps »

D.4.9. Expérience malheureuse

- **Un médecin raconte avoir eu une mauvaise expérience avec un de ses patients, ce qui semble avoir particulièrement affecté sa prise en charge.**

M6 : « j'ai eu un cas [...] qui m'a beaucoup refroidi, c'est que j'ai été cambriolé par un de mes patients toxicomanes »

D.5. Les suggestions des médecins

A la question « Quels propositions, suggestions ou souhaits auriez-vous pour que les médecins généralistes acceptent davantage de prendre en charge ces patients ? », les médecins ont évoqué les idées suivantes :

D.5.1. Changer l'image du toxicomane

- **Certains médecins évoquent l'importance de changer l'image négative que de nombreux médecins ont du patient toxicomane.**

M2 : « il faut dédramatiser, [...] c'est des patients comme les autres. [...] ça reste [...] dans l'imaginaire, [...] les drogués, c'est des toxicos, [...] ça va toujours être compliqué, ça fout le bordel dans la salle d'attente. C'est pas vrai quoi »

M12 : « il faudrait que dans la formation, on banalise un petit peu plus ça »

M13 : « ensuite d'arriver à changer leur représentation des patients toxicomanes »

M14 : « dédramatiser [...] la prise de ces toxiques, [...] leur faire voir que c'est beaucoup plus fréquent qu'ils ne le pensent [...] et que [...] ce sont des patients comme les autres »

D.5.2. Formation

- **Plusieurs médecins proposent d'améliorer la formation des médecins, éventuellement en ciblant les étudiants tôt dans le cursus pour les intéresser au sujet.**

M5 : « ça mériterait peut-être un petit peu plus de formation »

M7 : « j'aimerais bien qu'on me propose une formation »

M11 : « peut-être que les formations répétées ça [...] met plus à l'aise »

M12 : « ce serait important que les étudiants soient formés [...], la formation évidemment »

M13 : « déjà leur permettre d'avoir une formation suffisante, [...] il faut s'adresser aux étudiants très tôt parce que c'est très difficile d'emmener les médecins vers des formations, [...] ils viennent pas quoi, ça les intéresse pas »

- **Certains médecins évoquent la formation mais expliquent qu'ils ne souhaitent pas s'occuper de ces patients par manque de temps ou à cause de l'a priori négatif qu'ils en ont.**

M8 : « il faudrait qu'on soit formé [...] je ne le ferais pas, j'ai suffisamment de travail [...] pour [...] prendre ce genre de clientèle qui va perturber mon secrétariat, ma salle d'attente »
M9 : « me former [...] j'ai pas envie de les prendre en charge, [...] donc je cherche pas plus »

D.5.3. Coopération

- **L'importance d'améliorer la coopération entre les médecins généralistes, les structures spécialisées, les spécialistes et les paramédicaux prenant en charge ces patients a été évoquée à plusieurs reprises.**

M1 : « faire connaître [...] les fameux CSAPA pour avoir [...] des listes où ces patients peuvent être pris en charge »
M4 : « plus d'infos [...] sur les réseaux [...] comme les psychiatres qui prennent en charge, [...] les psychologues qui acceptent de les suivre. [...] une meilleure collaboration »
M12 : « pouvoir partager avec des collègues [...] ou d'avoir des correspondants »

- **Certains médecins ont proposé la généralisation d'un support, soit papier soit informatique, rassemblant des informations sur le sujet.**

M6 : « si on avait [...] une plaquette [...] sur l'agglomération [...] avec, en cas de [...] vous pouvez contacter tel [...] ou même [...] des références bibliographiques [...] un truc [...] genre flyer, [...] que tu as sous le coude »
M10 : « un site vraiment dédié, [...] où il y a des instructions, comment on prend en charge, [...] des guides qui nous permettent de vérifier est ce qu'on a tout bien fait »

D.5.4. Plus de temps, mieux rémunérer

- **Quelques médecins ont évoqué l'importance de modifier la législation pour permettre d'accorder du temps à la prise en charge de ces patients ainsi qu'une rémunération adaptée.**

M3 : « avoir du temps »

M3 : « le coût de l'acte, [...] ça veut dire une consultation spéciale et un prix spécial »

M12 : « il faut un peu de temps pour ces patients-là »

E. ETUDE : Discussion

E.1. Synthèse des résultats et comparaison aux données de la littérature

L'analyse horizontale des entretiens a donc permis d'identifier les freins suivants :

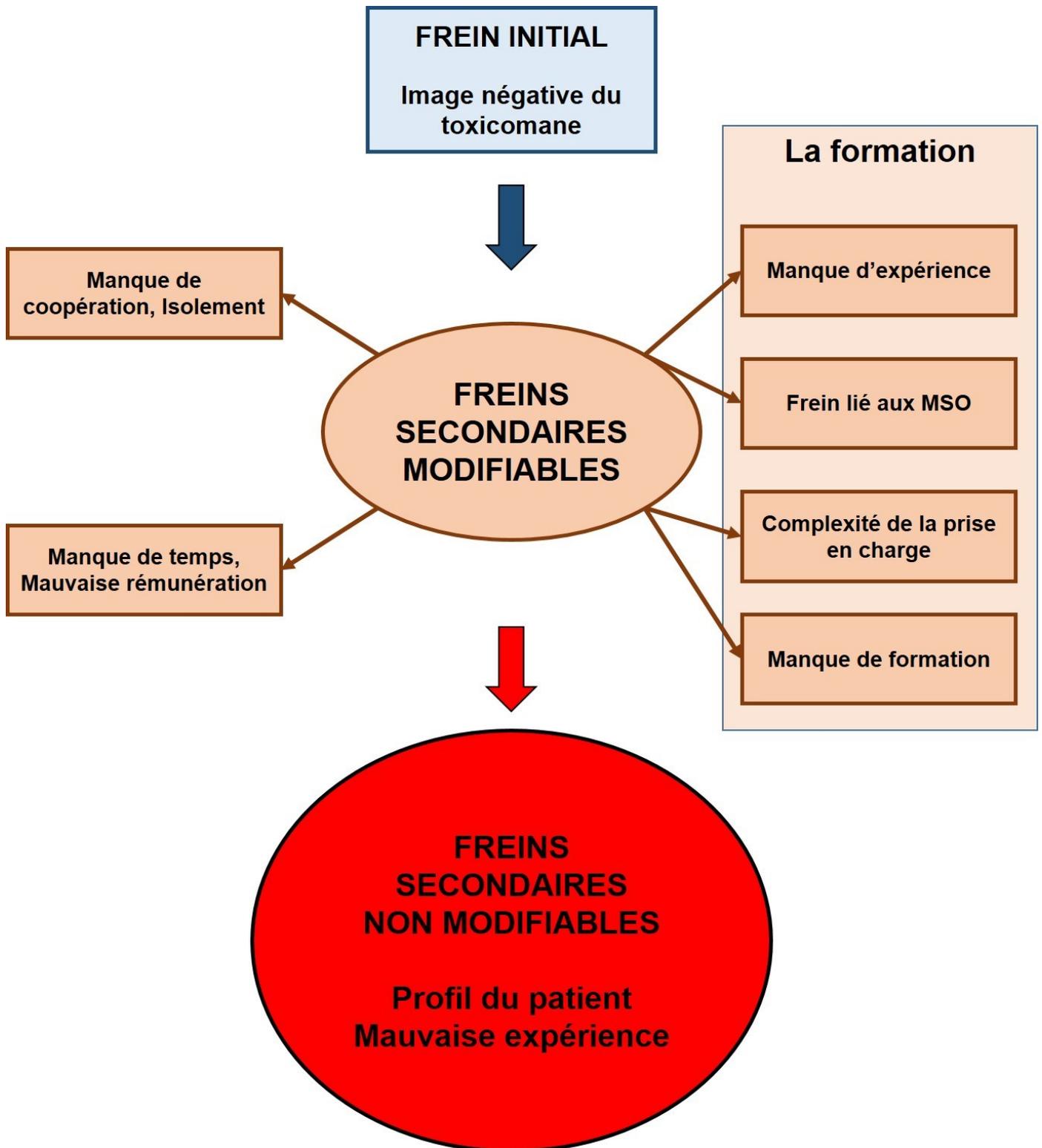
- **Image négative du toxicomane**
- **Profil du patient**
- **Manque de formation**
- **Manque d'expérience**
- **Frein lié aux MSO**
- **Complexité de la prise en charge**
- **Manque de coopération, isolement**
- **Manque de temps ou mauvaise rémunération**
- **Mauvaise expérience**

Cependant, une lecture verticale de chaque entretien a permis de faire ressortir deux éléments :

- Premièrement, hormis le frein lié aux MSO, l'ensemble des autres freins s'applique aux héroïnomanes en demande de traitement mais pourrait aussi s'appliquer à tous les toxicomanes usagers de drogues illicites. En effet, qu'il s'agisse d'héroïne ou d'autres drogues illicites, certains médecins interrogés semblent expliquer que leur comportement serait le même envers tous les usagers de drogues illicites. Cependant, il n'est pas possible dans cette étude de valider ce résultat de manière formelle puisque la question n'a pas clairement été formulée.

- Deuxièmement, malgré une méthode qualitative ne permettant pas de classer les résultats selon un ordre d'importance, il a été possible de hiérarchiser les freins retrouvés selon un schéma séquentiel. En effet, grâce à des questions de type hypothétique comme « si [telle donnée] était différente, cela changerait-il votre point de vue ? », il est apparu qu'il était possible de classer les freins selon le schéma suivant :

Figure 8 : Schéma séquentiel des freins à la prise en charge des toxicomanes

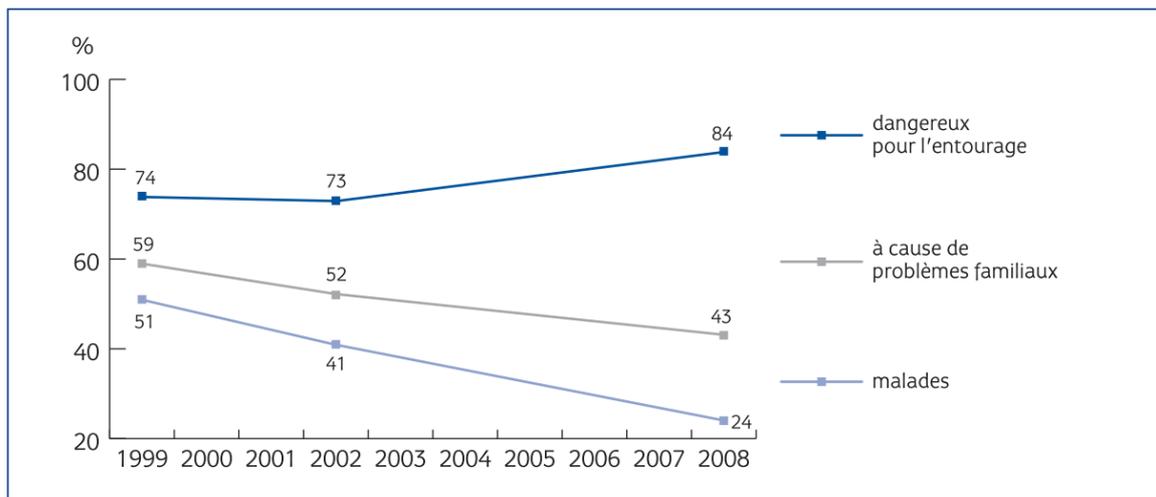


E.1.1. Frein initial : image négative du toxicomane

Le premier frein à la prise en charge des usagers d'héroïne est l'image négative que l'on peut en avoir. En effet, il semble que cet a priori négatif soit la cause du refus catégorique de suivre ces patients. Les médecins n'ayant pas dépassé leur a priori négatif déclarent que le fait de supprimer tous les autres freins ne changerait rien à leur décision de ne pas prendre en charge ces patients.

Cette image négative s'est accentuée depuis 20 ans. Les usagers d'héroïne sont perçus comme étant de plus en plus dangereux. En 2008, 84% de la population considère qu'ils sont un danger pour l'entourage. Dans un même temps, ils ne sont plus que 24% à les considérer comme des malades alors qu'ils étaient 51% en 1999 (1).

Figure 9 : Evolution de la représentation des héroïnomanes par la population générale (1)



Source : OFDT, EROPP 2008

Parallèlement, le baromètre santé de 2009 (3) révèle que plus d'un tiers des médecins généralistes déclarent ne suivre aucun patient héroïnomanes, mais surtout, indépendamment de ce résultat, 61,4% des médecins généralistes déclarent adresser ces patients à un confrère ou à une structure spécialisée.

Ce frein ressort dans différentes études qui ont pu être menées sur le sujet sans pour autant avoir établi de hiérarchie particulière (4,30–33).

L'étude la plus fiable sur le sujet a été menée en 2001 par l'OFDT (4). Elle s'est intéressée à un échantillon national représentatif de médecins généralistes. Les obstacles retrouvés sont les suivants :

Tableau 7 : Obstacles à la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes (étude de l'OFDT 2001) (4)

	%	(N) N = 306
Le manque de temps	33	(98)
La personnalité du toxicomane, sa motivation	31	(93)
Le manque de formation	31	(92)
L'isolement du médecin	25	(74)
La crainte de la violence	13	(40)
L'image du cabinet	9	(27)
La crainte de devenir un médecin dealer	8	(23)
Nécessité d'une approche multidisciplinaire	6	(18)

Bien que les termes utilisés ne sont pas identiques à ceux de notre étude, on peut constater que les items « la personnalité du toxicomane, sa motivation », « la crainte de la violence » et « l'image du cabinet » s'intègrent parfaitement au frein « image négative du toxicomane » identifié dans notre étude.

On remarquera aussi que les autres obstacles cités en 2001, qui sont « le manque de temps », « le manque de formation », « l'isolement du médecin », « la crainte de devenir un médecin dealer » et la « nécessité d'une approche multidisciplinaire », correspondent aux freins retrouvés dans notre étude et que nous allons développer ci-dessous.

E.1.2. Freins secondaires modifiables

Tous les médecins de l'enquête qui ont déjà été confrontés à des patients héroïnomanes ont pu dépasser leur a priori négatif et déclarent les considérer comme tout autre patient. Ces médecins acceptent donc des patients héroïnomanes en demande de prise en charge mais ils se heurtent ensuite à d'autres freins.

La plupart des freins exprimés dans l'enquête peuvent être considérés comme étant modifiables. Ils sont au nombre de 6 mais peuvent en réalité être regroupés en 3 items :

- **Manque de formation, manque d'expérience, frein lié aux MSO, complexité de la prise en charge**

Ces 4 freins qui ressortent de l'étude peuvent se regrouper dans un même item : **la formation**. En effet, que ce soit le manque d'expérience, la complexité de la prise en charge ou les craintes concernant les MSO, on peut considérer qu'il s'agit en réalité d'un manque de formation sur le sujet.

Bien qu'il y ait eu des avancées importantes concernant la formation, il apparaît que, dans la pratique quotidienne, ce ne soit pas encore suffisant. Il est tout de même important de noter que les plus jeunes des médecins interrogés se souviennent avoir eu une formation initiale sur le sujet même s'ils n'en ressortent pas avec le sentiment d'être prêts à prendre en charge ces patients.

L'évocation de ce frein se retrouve de manière universelle dans les études menées sur le sujet. Qu'elles aient été faites auprès de médecins installés comme l'étude citée ci-dessus (4,30,32) ou d'internes en médecine (33).

Un travail de thèse datant de 2009 s'est intéressé aux difficultés de la substitution aux opiacés en médecine générale dans le département de la Loire (30).

Là encore, les résultats correspondent à ceux retrouvés dans notre étude. La crainte du patient toxicomane et le manque de formation ressortent comme étant des freins majeurs dans les deux enquêtes.

Que ce soit dans l'étude de 2009 ou dans notre étude, les réponses des médecins concernant la formation semblent identiques ; ceux qui sont en âge d'avoir eu une formation initiale sur le sujet déclarent ne pas en garder des connaissances suffisantes pour une prise en charge satisfaisante. Concernant l'offre de formation continue, les médecins interrogés expliquent ne pas avoir suffisamment de temps ou d'intérêt pour le sujet.

En ce qui concerne la formation initiale, un item correspondant au sujet existe effectivement aux Epreuves Classantes Nationales (ECN). Item 45 : « Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage - Morbidité, comorbidité et complications - Prise en charge, traitements substitutifs et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites ».

A l'université de Rouen, un séminaire complet est dédié à la toxicomanie et un cours plus spécifiquement à l'alcool et au tabac.

Un autre travail de thèse datant de 2012 s'est intéressé à ce sujet auprès d'internes en médecine général à Paris 7 (33). Il en ressort un souhait de formation initiale plus conséquente sur le sujet, et particulièrement un enseignement plus approfondi de la psychologie, de la psychiatrie et de la communication pour parvenir à mieux appréhender les patients toxicomanes aux profils parfois atypiques.

- **Manque de coopération, isolement**

Là encore, il s'agit d'un frein récurrent dans les études concernant ce sujet (4,30–33). Comme pour toutes les maladies nécessitant une prise en charge multidisciplinaire (médico-psycho-sociale), l'importance d'un réseau de soin coordonné ressort. L'existence des structures de soins spécialisées semble être un réel atout dans la prise en charge des toxicomanes puisque tous les médecins interrogés déclarent y avoir recours. Cependant, nombre d'entre eux déplorent le fait de ne pas avoir plus de relation avec ces structures et de méconnaître leur fonctionnement.

Ceci se vérifie simplement par le fait qu'une grande partie d'entre eux ignore même qu'il s'agit de CSAPA et ce qu'est un CSAPA.

Une étude de 2012 s'est spécifiquement intéressée aux relations entre les médecins généralistes et les structures spécialisées telles que les CSAPA (31). Il en est ressorti un fait important qui s'accorde avec les résultats de notre étude : les médecins généralistes sont demandeurs de liens plus étroits avec ces structures qui sont souvent mal connues.

- **Manque de temps ou mauvaise rémunération**

Ce frein ressort de manière importante dans toutes les études (30–33), y compris celle-ci. Cependant, il est important de le mettre en perspective. En effet, un des médecins interrogés a souligné le fait que malgré un emploi du temps chargé, s'il le souhaitait, il pourrait « trouver le temps » de suivre ces patients.

Il est vrai que ce type de patient peut nécessiter une consultation plus longue, mais c'est aussi le cas de nombre de pathologies comme la dépression ou le cancer par exemple.

Bien qu'il faille prendre en compte ce frein exprimé dans toutes les études sur le sujet, il est aussi pertinent de se poser la question de sa spécificité concernant la prise en charge du toxicomane. En effet, ce frein peut être étudié de manière plus large concernant la pratique du médecin généraliste et pas uniquement la prise en charge du toxicomane.

Il permet néanmoins de reposer la question de la surcharge de travail du médecin généraliste ainsi que sur la qualité des soins qu'il fournit lorsqu'il n'a pas le temps suffisant pour une prise en charge adaptée.

E.1.3. Freins secondaires non modifiables

Deux freins peuvent être considérés comme non modifiables car inhérents au patient, mais là encore on peut les regrouper dans un même item :

- **Profil du patient et expérience malheureuse**

Bien que tous les médecins qui ont déjà dépassé le frein initial de l'image négative du toxicomane le considèrent comme un patient « normal », il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre de ces patients puissent être difficiles. Le terme de « pas réglo » a été utilisé à plusieurs reprises par certains médecins. L'expérience antérieure malheureuse qui a été évoquée comme un frein par un des médecins interrogés en est justement un exemple. Elle est le reflet du fait que certains patients toxicomanes puissent ne pas être « réglos ». Ce frein peut donc aisément s'intégrer dans l'item « profil du patient ».

Les complications liées à ces patients qui sont citées par les médecins interrogés sont multiples et se retrouvent dans toutes les études sur le sujet (30–33) :

- Le fait de se sentir manipulé
- Le fait de suspecter un trafic du médicament
- Le fait de perturber la consultation (retard, absence)
- Le fait de pouvoir être agressif et de ternir l'image du cabinet

Il n'existe pas d'étude statistique permettant d'évaluer le pourcentage de ces patients difficiles parmi les toxicomanes. Mais il est important de noter qu'un certain nombre de médecins interrogés semble renvoyer le patient vers une structure spécialisée s'il s'avère qu'il n'est effectivement « pas réglo ».

On remarquera d'ailleurs que cela se vérifie même pour les médecins expérimentés qui déclarent suivre de nombreux patients toxicomanes. La subtilité se trouve dans la définition du patient « pas réglo ». Finalement chaque médecin définit ses propres limites en fonction de son expérience.

On peut résumer ce frein par la nécessité d'une relation de confiance entre le médecin et son patient qu'il est parfois difficile d'avoir avec un certain nombre de patients toxicomanes.

Finalement, un réel problème de prise en charge de ces patients difficiles se pose car il semble que les médecins généralistes qui acceptent de les suivre se font de plus en plus rares.

E.1.4. Conclusion de la synthèse

En comparaison avec les différentes études sur le sujet, on retrouve sensiblement les mêmes freins à la prise en charge des héroïnomanes et plus largement des toxicomanes.

Cependant, il a été possible de proposer un classement séquentiel de ces freins qui permettra d'envisager des pistes de travail concrètes pour améliorer la prise en charge des toxicomanes.

Les items les plus importants qui ressortent de cette analyse sont finalement :

- **L'image négative du toxicomane**
- **Le manque de formation**
- **Le manque de coopération, l'isolement**
- **Le manque de temps**
- **Le profil du patient**

E.2. Points faibles et points forts de l'étude

E.2.1. Points forts

Le principal point fort de cette étude réside dans sa **méthodologie**.

Premièrement, le choix d'une **étude qualitative** a permis de recueillir des données subjectives et parfois très personnelles sur les médecins interrogés. Aucune autre méthode n'aurait pu permettre la liberté nécessaire à ce type d'étude.

La méthode de recueil par **entretiens individuels** a aussi participé au succès de l'étude. En effet, c'est la seule méthode qui permette une **confidentialité** suffisante. Ceci est primordial dans ce type d'étude pour permettre une réelle sincérité dans les réponses et ainsi refléter au mieux la réalité de la pratique du médecin interrogé. Par ailleurs, lors d'entretiens de groupe (type focus groupe), les réponses auraient facilement pu dériver vers les pratiques telles qu'elles devraient être en théorie et pas telles qu'elles sont en réalité.

Le **questionnaire ouvert et semi-dirigé** a aussi été une force de cette étude. Cela a permis au médecin interrogé de s'exprimer ouvertement et librement sur sa pratique et son ressenti. L'interviewer pouvait facilement réorienter la discussion sur les questions importantes en cas de dérive du sujet.

La **retranscription fidèle** des entretiens, en y intégrant les onomatopées, a permis une analyse transparente et fiable des réponses des médecins interrogés.

La saturation des données ayant pu être atteinte, la **validité externe** de l'étude peut être considérée comme acceptable.

Par ailleurs, le fait que l'étude ait été menée auprès de médecins en situation réelle d'exercice a pu garantir une **validité écologique** élevée.

E.2.2. Points faibles

La méthode qualitative, bien qu'étant une force pour cette étude, en est aussi une faiblesse.

Il existe un **biais de subjectivité** et un **biais de présentation**. Le fait que l'enquêteur soit novice a pu favoriser certaines interventions involontaires qui se sont révélées trop directives à la relecture des entretiens. Cela a pu influencer les réponses des médecins interrogés. Cependant, le fait qu'il n'y ait qu'un seul enquêteur a pu limiter le biais de recueil.

On peut aussi noter un **biais de sélection**. La majorité des médecins inclus dans l'enquête sont des relations professionnelles de l'enquêteur ; la plupart sont des maîtres de stage et la quasi-totalité sont installés en groupe. Malgré une volonté d'homogénéiser l'échantillon et bien que les résultats soient congruents avec les données de la littérature, on ne peut négliger l'existence de ce biais.

Il ne faut pas oublier le **biais de désirabilité sociale** qui est important étant donné le thème de l'étude. En effet, le médecin interrogé a pu nuancer ses réponses par crainte du jugement de l'enquêteur. Ce biais a pu être minimisé par la confidentialité de l'enquête.

Pour finir, il faut aussi évoquer la notion de **validité interne** de l'étude qui est difficilement évaluable. En effet, la méthode qualitative d'une part et le fait que l'étude ait été menée en situation d'exercice réel n'a pas permis un **contrôle de la situation, des variables indépendantes et des variables parasites**.

C'est pourquoi il n'est pas possible de trier les résultats selon leur pertinence. Je me suis tout de même efforcé de limiter ce défaut en ajoutant des questions de type hypothétique : « si cette situation était différente, cela changerait-il votre réponse ? ». Ceci a permis de déterminer le classement proposé dans la synthèse de mes résultats.

Pour assurer une meilleure validité interne de l'étude, il aurait par exemple fallu avoir la possibilité de réaliser des triangulations (34,35) :

- **Triangulation des méthodes** : en diversifiant les méthodes de recueil des données, on augmente la fiabilité et l'exhaustivité des réponses.
- **Triangulation des enquêteurs** : dans le but de limiter les biais de subjectivité et de présentation, il est important de multiplier le nombre d'enquêteurs. Cependant, cela peut engendrer un biais de recueil.
- **Triangulation « écologique »** : il s'agit de faire valider les résultats obtenus lors d'un entretien par le médecin interrogé lui-même. Ceci permet de limiter le biais d'interprétation dû à la mauvaise compréhension des réponses.

E.3. Pistes de travail

Nous essayerons d'évoquer dans cette partie des pistes de travail pour chacun des freins identifiés ci-dessus.

E.3.1. Changer l'image du toxicomane

Nous avons beaucoup parlé de ce frein initial qui empêche le médecin d'accepter le patient toxicomane.

C'est peut-être la piste de travail la plus importante. En effet, rappelons que plus d'un tiers des médecins généralistes ne suit pas de patients dépendants à l'héroïne.

Plusieurs médecins interrogés dans cette étude ont proposé un travail sur ce sujet. Pour cela, un des médecins évoque l'importance de la formation initiale. En effet, il est possible lors de la formation initiale de sensibiliser l'étudiant à l'importance de la prise en charge de ces patients. Une fois le médecin diplômé et installé, il devient difficile de changer son a priori sur le sujet et de l'inciter à accepter ces patients.

Il serait par exemple intéressant de confronter les internes en médecine générale à ces patients au sein des structures spécialisées. On peut imaginer quelques jours d'immersion dans un CSAPA comme La Boussole, de la même manière que la semaine d'immersion au sein d'une Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui existe déjà à Rouen. Cela permettrait de découvrir la réalité du suivi de ces patients et aurait l'avantage d'améliorer la connaissance et les relations avec ces structures spécialisées.

Par ailleurs, il est important de souligner le rôle des pouvoirs publics dans ce domaine. En effet, contrairement à nos voisins, la France semble avoir du retard dans les campagnes de sensibilisation concernant l'usage de drogues telles que l'héroïne. La Suisse a déjà entrepris plusieurs campagnes dans le but de changer l'image négative du toxicomane avec des slogans tels que « la plupart des toxicomanes s'en sortent » (cf. annexe 6).

E.3.2. Améliorer la formation des médecins

Ce point est récurrent dans les entretiens avec les médecins de l'étude.

Nous venons de parler de la formation initiale sur laquelle il serait intéressant de concentrer les efforts pour lutter contre l'a priori négatif des médecins.

Il est tout aussi important de travailler sur la formation continue des médecins. En effet, la prise en charge du toxicomane est typiquement le genre de situation qui s'acquiert avec l'expérience. Il est normal que les internes aient plus d'intérêt pour la prise en charge de pathologies plus classiques (cardiologie, pneumologie, maladies infectieuses...). Même s'il est important d'améliorer la formation initiale comme évoqué ci-dessus, on ne peut demander à l'interne de médecine générale d'être un expert sur les MSO et plus largement sur les TSO. C'est généralement après avoir été confronté à un cas réel dans son exercice que le médecin aura besoin de se former.

Il faudrait donc augmenter l'offre de formation continue sur le sujet. Cependant, certains médecins interrogés évoquent un manque de temps ou d'intérêt à suivre de telles formations. Ils expliquent qu'ils préfèrent suivre des formations sur des sujets plus utiles pour leur exercice. Il faudrait donc intégrer cette formation au sein d'une autre formation plus large, par exemple sur l'addiction au tabac ou à l'alcool qui intéressera sans doute un public plus large.

E.3.3. Améliorer la coopération entre médecin et structures spécialisées

Il n'est plus utile de rappeler l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire en ce qui concerne le patient toxicomane. La coopération entre médecin et structures spécialisées est en effet primordiale.

Plusieurs pistes de travail sont possibles. Nous avons déjà évoqué l'idée d'une semaine d'immersion au sein d'une de ces structures, ce qui permettrait de les faire connaître.

Plusieurs médecins ont proposé des idées. Par exemple, produire une liste de correspondants qui peuvent suivre ces patients ; des psychiatres, des psychologues, des assistants sociaux, ... En effet, il est facile de dire qu'une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire, mais en réalité on ne trouve pas ou peu de correspondants qui acceptent de suivre ces patients, d'autant plus que pour la plupart d'entre eux, il n'y a pas de prise en charge par la sécurité sociale, ce qui s'ajoute à la complexité du problème.

Il a aussi été évoqué la création d'un support papier ou informatique regroupant ces contacts ainsi que les contacts des différentes structures spécialisées. Il serait aussi possible d'y intégrer des références ou des outils d'aide à la prise en charge. Ce support permettrait au médecin en difficulté de trouver une réponse rapide à ses questions.

E.3.4. Plus de temps, mieux rémunérer

Une proposition a été évoquée durant l'étude : une cotation spéciale pour l'acte qui permettrait d'améliorer la rémunération de cet acte et permettrait donc d'accorder plus de temps à cette prise en charge difficile.

Même s'il existe des cotations spéciales pour certains actes compliqués (par exemple la majoration pour consultation post-hospitalisation), il est évident que cette proposition n'est pas facilement applicable. En effet, comme nous l'avons déjà évoqué, la spécificité de cet item est contestable. Le même problème se pose pour toutes les pathologies nécessitant des consultations longues et cela nous ramène à la question de la légitimité de la rémunération à l'acte.

On pourrait aussi envisager un forfait annuel versé par la sécurité sociale en fonction du nombre de patients sous MSO. Des forfaits existent déjà pour les patients atteints d'une Affections de Longue Durée (ALD). Cette piste semble plus simple à réaliser d'autant plus que dans notre département, la sécurité sociale demande déjà la mise en place d'un protocole de soins pour les patients sous MSO.

La question de la rémunération du médecin généraliste est un sujet bien vaste qui pourrait éventuellement nécessiter d'autres études plus spécifiques.

E.3.5. La question du profil du patient

Nous avons évoqué ce frein comme non modifiable. Cela ne signifie pas qu'il n'y a aucune mesure à prendre pour le minimiser.

Il serait tout d'abord important d'avoir une idée de la part des patients difficiles au sein des patients toxicomanes. En effet, à ce jour, aucune donnée statistique ne permet d'évaluer cette part. La première proposition serait donc de mener une étude visant à définir quelle est leur proportion parmi les patients toxicomanes. Ceci permettrait d'avoir une idée de l'impact de ce frein.

Ensuite, comme nous l'avons expliqué plus haut, il semble que peu de médecins soient enclins à prendre en charge ces patients difficiles. En effet, nous pouvons comprendre que le suivi d'un patient dangereux ou perturbateur puisse être compliqué dans un système libéral pour différentes raisons dont les principales :

- Le médecin parfois seul avec le patient peut se sentir en danger.
- La perturbation de l'agenda (retard, absence) au détriment d'autres patients, ce qui est un problème étant donné le contexte de démographie médicale difficile.

Il faut donc se poser la question du rôle du médecin généraliste dans le suivi de ces patients difficiles. Faut-il s'acharner à ce qu'ils soient pris en charge par des médecins libéraux, ou faut-il accentuer les efforts sur les moyens donnés aux structures spécialisées qui sont l'alternative légitime à la prise en charge de ces patients ? Cette question mériterait une étude plus approfondie.

Cependant, il se peut que ce frein perde un peu de son importance dans l'avenir grâce à la généralisation des maisons pluridisciplinaires. En effet, ce mode d'exercice semble devenir la norme future de la médecine générale libérale. Il offre un cadre de soin de groupe qui permet une harmonisation de la prise en charge des différents soignants. Ce cadre pourrait permettre une meilleure prise en charge des patients au profil difficile.

F. CONCLUSION

La prise en charge des toxicomanes et plus particulièrement des héroïnomanes est un enjeu de santé publique. Les médecins généralistes se placent aujourd'hui au cœur de la prise en charge de ces patients. Cependant, leur implication reste insuffisante.

Dans cette étude, j'ai donné la parole à des médecins généralistes de l'agglomération rouennaise pour tenter d'identifier les éléments qui constituent un frein à leur prise en charge des héroïnomanes.

Il a été possible d'identifier cinq freins majeurs classés selon un schéma séquentiel.

Le frein initial s'est révélé être l'a priori négatif concernant le patient toxicomane. Les médecins n'ayant jamais été confrontés à de tels patients les imaginent comme étant dangereux et manipulateurs. Cet a priori rend la prise en charge des toxicomanes très difficile et ces médecins déclarent ne pas accepter de les suivre.

Les médecins ayant dépassé cet a priori négatif considèrent le patient toxicomane comme tout autre patient. Interviennent alors quatre autres freins qui sont le manque de formation, le manque de coopération, le manque de temps et le profil difficile de certains patients toxicomanes.

Des possibilités d'actions peuvent être envisagées pour améliorer la prise en charge des toxicomanes.

Tout d'abord, améliorer la formation initiale des internes pour les intéresser à la problématique de la toxicomanie et surtout pour tenter de dépasser l'a priori négatif qu'ils peuvent avoir concernant cette pathologie. Dans un second temps, accentuer la formation continue en prenant soin de l'intégrer à des thèmes plus larges pour intéresser davantage les médecins à ces formations.

Ensuite, il semble important de travailler sur une meilleure coopération entre les médecins et les structures spécialisées comme les CSAPA. Il serait par exemple intéressant de proposer aux internes une semaine d'immersion dans ces structures. L'idée de mettre en place un support facilement accessible dans la pratique quotidienne des médecins a également été proposée. Ce support regrouperait différents contacts utiles mais aussi des aides à la prise en charge.

Pour finir, le problème du profil difficile de certains patients toxicomanes s'est révélé être un frein difficilement modifiable. Il serait tout d'abord intéressant de mener une étude permettant d'évaluer la part de ces patients parmi l'ensemble des patients toxicomanes pour avoir une meilleure idée de l'impact de ce frein. Ensuite, il faudrait se poser la question de la prise en charge de ces patients pour laquelle il serait éventuellement intéressant d'investir sur les CSAPA.

Pour conclure, cette étude a permis de confirmer la persistance des mêmes freins précédemment identifiés dans différentes études. Cela prouve que les mesures prises pour améliorer la prise en charge des toxicomanes ces dernières années ne sont pas encore suffisantes. De plus, l'étude a permis d'identifier un schéma séquentiel de ces freins qu'aucune autre étude n'avait évoqué jusqu'à maintenant. Cela a permis de proposer des pistes de travail sérieuses et réalisables pour améliorer la prise en charge des toxicomanes.

G. BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES

1. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, OFDT. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). Aout 2010;71. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxjq8.pdf>
2. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies, OFDT. Comment les Français se représentent-ils les usagers d'héroïne ? juin 2000;8. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/tend8.pdf>
3. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
4. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, CEMKA-EVAL. Évolution de la prise en charge des toxicomanes: enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001. Paris: OFDT; 2002.
5. Costes J-M, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et dépendances indicateurs et tendances 2002. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2002.
6. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Drogues et conduites addictives [Internet]. Inpes éditions. 2014. 224 p. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1573.pdf>
7. Guffens JM. Cent questions sur les drogues, la toxicomanie et les hépatites virales associées. frison roche. 2003.
8. Larousse É. Expressions : addictif, addictive - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/addictif_addictive/1010
9. Touzeau D. Addictions et médecine. Presse Médicale. déc 2012;41(12):1201-8.
10. Larousse É. Définitions : toxicomanie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toxicomanie/78804>
11. Touzeau D, Jacquot C. Les traitements de substitution pour les usagers de drogues. Arnette. 1997.
12. Chossegros P. Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire). Gastroentérologie Clin Biol. sept 2007;31(8-9-C3):44-50.
13. JORF. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970. 1971.

14. Meriem BROCHARD. Obstacles au suivi des patients héoinomanes sous traitement de substitution : motivations des médecins généralistes angevins ne souhaitant pas s'impliquer dans ce suivi. [Internet] [Thèse]. 2013. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/19950329/2013MCEM675/fichier/675F.pdf>
15. Plaine L, Polomeni P, Plaine D-L, Touzeau D. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitution. *L'Information Psychiatr.* 2005;81(5-MAI):463–70.
16. MILDT. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 [Internet]. p. 125. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000392.pdf>
17. Ministère de la santé et des solidarités sous la direction de Xavier Bertrand. La prise en charge et la prévention des addictions, Plan 2007-2011 [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_addictions_2007_2011.pdf
18. Brisacier A-C. Tableau de bord TSO [Internet]. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, OFDT; 2015. Disponible sur: https://peidd.fr/IMG/pdf/tableau_de_bord_tso_2015.pdf
19. buprenorphine - Subutex- ou autre. En traitement de substitution - un interet qui se confirme au fil des ans. *Rev Presrire.* aout 2015;35(382):603.
20. Buprénorphine + Naloxone (Suboxone): dépendance aux opiacés : pas de preuve d'un moindre risque d'auto injections. *Rev Presrire.* juin 2007;27(284):405.
21. Observatoire Francais des drogues et des toxicomanies, OFDT. Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004. Tendances [Internet]. juin 2004;(37). Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxack6.pdf>
22. buprenorphine en traitement de substitution (suite) - un interet confirme. *Rev Presrire.* sept 2005;25(264):603.
23. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Pousset M. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis-La Plaine: OFDT; 2013.
24. Observatoire Francais des drogues et des toxicomanies, OFDT. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Tendances. mars 2015;99.
25. Fontaa V, et coll. Le médecin et le toxicomane. Guide pratique. Eds Heures de France. 2000. (Collection Reflexes).
26. DERVAUX A, LAQUEILLE X. Addictions à l'héroïne et la cocaïne. In: EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). 2009. p. 37-396-A-10. (Psychiatrie).
27. Observatoire Francais des drogues et des toxicomanies, OFDT. Substitution aux opiacés : synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France

- [Internet]. 2003 juin. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxofj6.pdf>
28. Le comité de rédaction du Flyer. Risque de mortalité des TSO avec la méthadone ou la buprénorphine : une étude rétrospective de cohorte. Le Flyer. nov 2015;(61):2.
 29. COSTENTIN J. Prise en charge pharmacologique de la dépendance à l'héroïne - dysfonctionnements, détournements, comment les corriger [Internet]. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2016. 11 p. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication=100554>
 30. BOIREAU L. Les difficultés de la substitution aux opiacés en médecine générale : Etat des lieux dans le département de la Loire et étude qualitative. Le Flyer. mai 2011;(43):6.
 31. MOY J, VANLERBERGHE Y. Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire : enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie. Faculté de médecine de Grenoble, Université Joseph FOURNIER; 2012.
 32. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne): freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante: enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA [Internet]. [Médecine humaine et pathologie]; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01232248/document>
 33. DIAS MOURA DA COSTA GOMES P. Prise en charge globale des patients toxicomanes au cabinet en ville : Obstacles et solutions. Université Paris Diderot - Paris 7; 2012.
 34. Letrilliant L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deux Partie «Maladie» À «Verbatim» Exerc. 2009;88(20):106–12.
 35. Martineau P par S. Triangulation en recherche qualitative [Internet]. Disponible sur: <http://propoussurlemonde.blogspot.com/2012/02/triangulation-en-recherche-qualitative.html>

Annexe 2 : Critères d'abus et de dépendance (CIM-10 et DSM-IV)

Critères d'abus (DSM IV) [12] et d'utilisation nocive pour la santé (CIM-10) [13].

CIM-10	DSM IV
Utilisation nocive pour la santé	Abus d'opiacés
Mode de consommation préjudiciable à la santé physique ou psychique	Au moins une des manifestations suivantes sur une période de 1 an
Les conséquences sociales, arrestations, perte d'emploi, difficultés conjugales ne suffisent pas à faire le diagnostic	- utilisation répétée conduisant à l'incapacité de remplir ses activités professionnelles et sociales - utilisation répétée dans les situations à risque (conduite automobile) - problèmes judiciaires liés à la consommation d'opiacés - utilisation d'opiacés malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux répétés

Critères de dépendance (opiacés et cocaïne) dans les classifications internationales.

CIM-10 [13]	DSM IV [12]
Au moins 3 des manifestations parmi les 6 suivantes, sur une durée de 1 an minimum	Au moins 3 des manifestations parmi les 7 suivantes, sur une durée de 1 an minimum
1- Tolérance	1- Tolérance
2- Manifestation de sevrage. Consommation d'opiacés ou de cocaïne pour atténuer les symptômes de sevrage	2- Manifestation de sevrage. Consommation d'opiacés ou de cocaïne pour atténuer les symptômes de sevrage
3- Désir puissant ou compulsif d'opiacés ou de cocaïne	3- Consommation d'opiacés ou de cocaïne plus importante ou plus longue que prévu
4- Difficultés à contrôler la consommation	4- Difficultés à contrôler la consommation
5- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de la consommation d'opiacés ou de cocaïne. Augmentation du temps passé à obtenir ou consommer des opiacés	5- Beaucoup de temps passé pour obtenir ou consommer des opiacés ou de la cocaïne
6- Poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences nocives	6- Activités sociales, professionnelles ou de loisirs réduites ou abandonnées
	7- Consommation persistante malgré des dommages psychologiques ou physiques induits par les opiacés ou la cocaïne

Annexe 3 : Critères DSM-V, évaluation de la dépendance

DSM-5 évaluation de la dépendance

Source : *American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
 - b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
 - Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
 - Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
 - Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

Annexe 4 : Guide d'entretien

I. Expérience du médecin :

Prenez-vous en charge des patients sous TSO ? Combien environ ?

Avez-vous déjà refusé de prendre en charge un patient dépendant à l'héroïne ?

Si vous avez arrêté d'en prendre en charge, pourquoi ?

Si vous n'êtes pas son MT l'acceptez-vous ou le refusez-vous de la même manière qu'un patient lambda ?

Prenez-vous en charge des patients pour sevrage d'autres addictions (tabac, alcool, cannabis, cocaïne...) ?

II. Avis et arguments du médecin

Vous sentez-vous à l'aise avec la prise en charge des addictions en général ?

Quelle image avez-vous des patients toxicomanes ?

Ressentez-vous un plaisir ou une satisfaction à les prendre en charge ?

Faites-vous une différence entre addiction à l'héroïne (avec des traitements de substitution efficaces) et les autres addictions ?

Quelles sont selon vous les raisons pour lesquelles vous acceptez ou ne souhaitez pas suivre ces patients ?

Serait-ce différent si le profil du patient était plus « dans les normes » ?

Si vos connaissances sur le sujet étaient à jour, cela ferait-il une différence ?

III. Formation et connaissances du médecin

Pensez-vous avoir suffisamment de connaissances sur les TSO pour prendre en charge ces patients ?

Que pensez-vous des MSO ? Quel est l'objectif des MSO selon vous ?

Vous souvenez-vous si vous avez eu une formation durant ou après vos études sur le sujet ?

Faites-vous une différence entre initiation des MSO et suivi d'un patient équilibré sous MSO ?

Comment orienteriez-vous un patient en demande de prise en charge ?

Avez-vous connaissance des CSAPA ? Des réseaux de prise en charge des toxicomanes ?

IV. Suggestions du médecin

Auriez-vous des propositions, des suggestions ou des souhaits pour inciter les médecins généralistes à prendre en charge les patients sous TSO ou pour faciliter leur prise en charge ?

V. Démographie

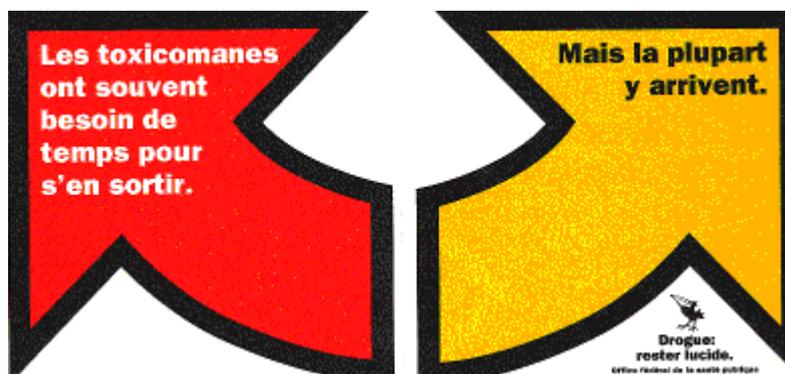
Sexe, Age

Lieu d'installation, Année d'installation

Type exercice (seul, en groupe)

Annexe 5 : Entretiens retranscrits et *verbatim* (cf. CD)

Annexe 6 : Campagne de sensibilisation de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) Suisse



I. TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution de la représentation des héroïnomanes par la population générale (1).....	20
Figure 2 : Classification de l'usage d'une substance (6).....	24
Figure 3 : Estimations du nombre de personnes recevant un traitement de substitution (1995-2003) (21)	33
Figure 4 : Évolution du nombre estimé d'assurés sociaux ayant eu au moins un remboursement de MSO (hors hôpital) dans l'année (2011 à 2012) (18)	33
Figure 5 : Répartition des bénéficiaires selon l'origine de leurs prescriptions et le MSO prescrit entre 2011 et 2012 (18).....	39
Figure 6 : Evolution du nombre de personnes dépendantes aux opiacés, vues par mois par les généralistes, en 1998, 2003 et 2009 (en pourcentage) (3)	40
Figure 7 : Répartition géographique des médecins interrogés	45
Figure 8 : Schéma séquentiel des freins à la prise en charge des toxicomanes	68
Figure 9 : Evolution de la représentation des héroïnomanes par la population générale (1).....	69

J. TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Obstacles à la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes (étude de l'Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie, 2001) (4)	21
Tableau 2 : Expérimentation des substances psychoactives suivant l'âge et le sexe parmi les personnes de 18-64 ans (en%) en 2014 (24).....	34
Tableau 3 : Variation du coût social de la consommation de drogues en 1997, calculée en faisant l'hypothèse que 50% des sujets dépendants aux opiacés étaient substitués (en millions d'euros) (15).....	38
Tableau 4 : Caractéristiques des médecins interrogés	44
Tableau 5 : Durée des entretiens	46
Tableau 6 : Nombre de patients sous TSO suivi par les médecins	47
Tableau 7 : Obstacles à la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes (étude de l'OFDT 2001) (4).....	70

K. RESUME

Introduction : La prise en charge des consommateurs d'héroïne et plus largement des toxicomanes est un enjeu majeur de santé publique. Cependant, près d'un tiers des médecins généralistes ne suivent aucun de ces patients et 61,4% déclarent les réorienter vers un confrère ou une structure spécialisée. L'objectif de cette étude est d'identifier les freins à la prise en charge des consommateurs d'héroïne par les médecins généralistes.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée en mai 2017 auprès de 14 médecins généralistes de l'agglomération rouennaise.

Résultats : Quatorze médecins généralistes de l'agglomération rouennaise ont été interrogés permettant d'atteindre la saturation des données. Cinq freins principaux ont été évoqués et classés selon un schéma séquentiel. L'image négative du toxicomane ressort comme le frein initial qui bloque les médecins. Sans dépasser cet a priori, la prise en charge de ces patients semble très difficile. Le frein suivant est le manque de formation. Celui-ci regroupe le manque d'expérience, la crainte des médicaments de substitution aux opiacés et la complexité de la prise en charge. Viennent ensuite le manque de coopération avec les structures spécialisées et le manque de temps ou la mauvaise rémunération de l'acte. Ces trois freins peuvent être considérés comme modifiables et constituent des pistes de travail. Le dernier frein qui ressort de l'étude est le profil difficile de certains toxicomanes sur lequel les marges d'action sont faibles.

Conclusion : Cette étude permet de cibler les pistes de travail pour améliorer la prise en charge des patients toxicomanes. Il faut accentuer et cibler la formation initiale pour sensibiliser les internes afin qu'ils dépassent l'a priori concernant ces patients. Il faut ensuite adapter la formation continue en l'intégrant à d'autres thèmes plus larges afin d'intéresser les médecins, mais aussi accroître les relations avec les structures spécialisées encore mal connues. Pour finir, il faut envisager de renforcer la prise en charge en structures spécialisées des patients au profil difficile.

Mots-clés : Toxicomanie, opiacés, héroïne, drogue, dépendance, addiction, traitement substitutif, médecine générale.