HAL
open science

Quelles sont les motivations des patients traités par buprénorphine haut dosage à préférer la formule princeps Subutex® au générique chez les patients sevrés ou non en opiacés ?

Charlotte Baron

To cite this version:

Charlotte Baron. Quelles sont les motivations des patients traités par buprénorphine haut dosage à préférer la formule princeps Subutex® au générique chez les patients sevrés ou non en opiacés ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02366312

HAL Id: dumas-02366312

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02366312v1

Submitted on 15 Nov 2019

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.

UNIVERSITE DE ROUEN

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019 **N°**

THESE

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Par

BARON Charlotte

Née le 2 Janvier 1989 à BERNAY

Présentée et soutenue publiquement le 17 Octobre 2019

QUELLES SONT LES MOTIVATIONS DES PATIENTS TRAITES PAR BUPRENORPHINE HAUT DOSAGE A PREFERER LA FORMULE PRINCEPS SUBUTEX® AU GENERIQUE CHEZ LES PATIENTS SEVRES OU NON EN OPIACES ?

Président du jury : Monsieur le Professeur SABOURIN Jean Christophe

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur THIBERVILLE Jean

Membres du jury : Madame le Professeur GERARDIN Priscille

Monsieur le Professeur MICHEL Pierre

Monsieur le Docteur BAGUET Alexandre

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Pascal Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
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
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
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 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 Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
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
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
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
Mr 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	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
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 Jean-Christophe **RICHARD** (détachement)	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** *(disponibilité)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
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** (surnombre)	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** (surnombre)	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
Mme Marie-Laure **WELTER**	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 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
Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
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
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN (**Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
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
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 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
Mr Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
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
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs **SOARES**	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie **MOHAMED**	Chimie organique

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
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup HERMIL (PU-PH)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu SCHUERS (MCU-PH)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS - MEDECINS GENERALISTES

Mme Laeticia BOURDON	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS - MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel HAZARD	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne LAINE	UFR	Médecine Générale
Mme Lucille PELLERIN	UFR	Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN	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) (Unité Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) (UMR 1079)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med) (UMR 1079)	Génétique moléculaire humaine
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
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
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.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS ……..……14

INTRODUCTION ……...……..15

MATERIEL ET METHODE…….…….……..17

1. Le type de l'étude ……..17

2. Population étudiée …….……17
   2.1. Caractéristiques des personnes interrogées
   2.2. Processus de recrutement
   2.3. Saturation des données

3. Mode de recueil des données ….……..……18
   3.1. Caractéristiques de l'enquêteur
   3.2. Guide d'entretien
   3.3. L'entretien qualitatif semi-dirigé
   3.4. Aspect éthique

4. Méthode d'analyse des données ……..……..……20
   4.1. Transcription verbatim des données
   4.2. Codage ouvert : analyse descriptive des données
   4.3. Codage axial : analyse thématique

5. La recherche bibliographique ……..……..20

RESULTATS …….…..……...23

DISCUSSION ……..……..…...…….33

CONCLUSION …….……..……49

BIBLIOGRAPHIE ……50

ANNEXES ……..……...……54

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Notice d'information

Annexe 3 : Formulaire de consentement

Annexe 4 : Entretiens

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

BHD : Buprénorphine haut dosage

CAARRUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CEIP : Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance

CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

HAS : Haute autorité de santé

IV : intra-veineuse

OFDT : Observatoire Français des drogues et des toxicomanies

TSO : traitement substitutif oral

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

« La toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité » (1)

Les mécanismes d'instauration de la dépendance aux opiacés sont complexes, physiques (notamment neurobiologiques au niveau du circuit limbique) psychologiques, et sociaux.

Initier un sevrage implique donc une prise en charge de ces différentes composantes ; long chemin vers la guérison où le patient devra comprendre et guérir de ses failles psychologiques l'ayant amené à cet état de fragilité propice au piège de l'addiction.

Dans le parcours de la dépendance, le moment de recours aux soins s'annonce quand le patient est dépassé par l'emprise de la substance sur son corps, son esprit, sa vie professionnelle ou encore personnelle.(2) Et la substitution s'impose ; parfois par une entité judiciaire avec l'obligation de soin, parfois par la réalité de la consommation qui rattrape le patient. Dans ces premiers instants de soins, le produit et sa substitution sont au centre de la consultation, véritable obsession du patient. L'appauvrissement émotionnel des plaisirs extérieurs à la consommation favorise cette obnubilation. Et si le patient envisage la substitution du produit, il n'en reste pas moins qu'il peut persister une dépendance au geste (sniff, injection, fumée). A cet instant, l'équation pour le patient semble assez simple et seule la composante physique de la dépendance est responsable de la situation, il ne soupçonne pas encore tout le travail sur lui-même qu'il devra entreprendre pour instaurer un sevrage qui perdure.

Le patient se présente donc en consultation avec « son savoir » de consommateur : différentes expérimentations, différentes rencontres de connaissances substituées. Le médecin prescripteur possède lui un savoir de connaissances scientifiques, d'expériences de relations médecin-malade de substitution, de responsabilités. Cette rencontre, est un moment clé dans le soin, et sollicite énormément de compétences humaines. A la fois ferme et empathique, le cadre de soin doit être posé.(3) Le but étant d'instaurer au fil des consultations une relation de confiance et d'échange entre le malade et le soignant, amenant le patient à sortir des mécanismes psychologiques de la dépendance et réduire les risques liés à la consommation.

Cette prescription est donc un pilier dans la construction de la vie « sans produit », les conditions de limitations de prescription au maximum 28 jours (4), obligent les patients à une certaine rigueur dans leur suivi, et par le biais de la consultation une analyse du parcours dans leur dépendance.

Le SUBUTEX® (ou buprénorphine haut dosage) a été commercialisé en 1996, pour la prise en charge de la pharmacodépendance aux opioïdes. La fonction dévolue et la justification publique de l'époque s'était inscrite dans une politique de réduction des risques de la contamination du VIH et des hépatites, dans une situation de crise épidémiologique chez les consommateurs par voie IV ou inhalée. Evénement phare rompant définitivement avec l'approche psychanalytique et le dogme de l'abstinence, instauré jusqu'alors. Près de 20 ans plus tard, la situation sanitaire et le mode de consommation des stupéfiants ont évolués. La relative souplesse de prescription initiée pour son accessibilité et les usages déviants génèrent de fortes tensions éthiques.(5)

Actuellement le premier traitement de substitution aux opiacés en France, en terme quantitatif, on estime le nombre de patients théoriques traité par buprénorphine haut dosage (princeps et générique) à plus de 105 000.(6) Cependant le taux de pénétration des génériques est estimé à près de 32% .(7)

J'ai été frappée lors de mes stages ou remplacements en médecine générale par ces consultations de « renouvellement de substitution » : très codifiées en matière de prescription pour le médecin (ordonnances sécurisées, dates, noms de pharmacies et pharmaciens, chevauchements) et très ritualisées pour certains patients avec notamment cette fameuse exigence de NON SUBSTITUABLE ; suscitant des interrogations quant aux motivations de préférence à la forme princeps.

Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet. La complexité de la relation du traitement substitutif au patient, nous pousse à envisager une multitude de motivations à préférer la formule princeps, rationnelle ou non.

Quelles sont les motivations des patients à préférer la formule princeps au générique ?

Nous réaliserons donc une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés afin d'analyser les différentes motivations des patients.

MATERIEL ET METHODE

1. LE TYPE DE L'ETUDE

Nous avons réalisé une étude qualitative inductive par réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés.
Le guide d'entretien a été construit pour respecter les critères de qualité d'une étude qualitative selon la grille internationale COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative Research).(8)

2. POPULATION ETUDIEE

2.1. Caractéristiques des personnes interrogées

2.1.1. Critères inclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être majeurs et d'avoir bénéficié d'un TSO sous les deux formules princeps et générique (quel que soit le laboratoire pharmaceutique du générique).

2.1.2. Critères exclusion

Les critères d'exclusion étaient le statut de mineur, et de ne pas avoir été substitué au moins une fois par le générique ou la formule princeps.
La poursuite de la consommation d'opiacés n'était pas un critère d'exclusion.
Tout comme le mode d'obtention du TSO, il pouvait être aussi bien sur prescription, qu'obtenu par don, ou achat sur le marché parallèle.

2.2. Processus de recrutement

Nous avons réalisé la technique d'échantillonnage séquentiel « boule de neige » (9), afin de recruter des profils hétérogènes de patients. J'ai également veillé à recruter un échantillon de femmes, moins représentées dans cette pathologie.

L'étude est prospective. Nous avons cessé le recrutement à saturation des données, 3 entretiens ont été réalisés dans les suites afin de confirmer cette donnée.

Le recrutement s'est déroulé dans deux cabinets de médecine générale à Maromme et à Bonsecours. Les patients respectant les critères d'inclusion m'ont été proposés, je les ai ensuite contactés pour leur proposer de participer à l'étude. Certains patients n'étaient pas joignables c'est donc au décours de leur consultation que l'entretien leur a été proposé.

J'ai également recruté des patients dans des structures de soins spécialisées en addictologie à Dieppe au sein du CAARRUD le Cap et le CSAPA appartenant à l'association des Œuvres Normandes des Mères.
Les CAARRUD ou centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les patients usagers de drogues sont des structures développées depuis 2004, succédant aux structures appelées « boutiques ». C'est un lieu d'accueil,

orienté vers trois grandes missions : l'incitation au dépistage des maladies transmissibles, l'aide à l'hygiène et aux soins de première nécessité et l'orientation vers le système de soin spécialisé. Les patients sont souvent des patients vivant encore dans la consommation active de stupéfiants aux conditions sociales précaires.

Le CSAPA ou centre de soin et d'accompagnement et de prévention en addictologie, sont des structures récentes depuis 2007, recevant des patients ayant tous types de dépendances : tabac, alcool, médicaments, cannabis, héroïne, cocaïne.
Concernant les patients dépendants aux opiacés, c'est souvent dans ces structures que sont initiés les TSO par METHADONE® (conditions de prescription en CSAPA ou services hospitaliers spécialisés).

Chacune de ces structures est articulée autour d'une équipe pluridisciplinaire : éducateurs, psychologues, infirmiers, médecins, assistantes sociales…

Le recrutement a également été élargi à des patients logés en foyers à Dieppe et Rouen, respectivement les Foyers Vauban et Emergence « s ».
Le foyer Vauban est un centre d'hébergement d'urgence, de stabilisation et d'insertion. Il dispose de 33 places.
La résidence des cèdres appartient au réseau Emergence « s », grande structure sociale sur l'agglomération rouennaise.

Nous avions également un projet de recrutement à la maison d'arrêt de Rouen qui malheureusement pour des formalités administratives n'a pu se réaliser.

2.3. Saturation des données

La saturation des données a été réalisée au 8ème entretien en ce qui concerne l'objectif principal. 3 entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de valider la saturation.

3. MODE DE RECUEIL DES DONNEES

3.1. Caractéristiques de l'enquêteur

J'étais l'enquêteur de cette étude : jeune étudiante en médecine, exerçant la médecine générale en tant que remplaçante depuis bientôt 3 ans. J'ai bénéficié d'une formation spécifique en addictologie lors de mon DU d'addictologie en 2016.

Ce travail est un premier travail de recherche. Je n'avais pas de lien avec les participants.

3.2. Guide d'entretien

Nous avons réalisé le guide d'entretien à partir de recherches bibliographiques et réflexions personnelles. Celui-ci a été validé par le directeur de thèse après sa rédaction.

Il a été testé par un entretien « pilote » puis adapté au fil des entretiens.

3.3. L'entretien qualitatif semi-dirigé

3.3.1. Caractéristiques générales

L'entretien était individuel, semi-dirigé en face à face avec investigateur principal. Pour seulement l'un d'entre eux, un infirmier était présent, j'ai senti que la présence de cet acteur de soin, le mettrait en confiance, et l'aiderait à se confier par rapport aux différents aspects évoqués de la dépendance.

Le recueil a été réalisé sur un laps de temps relativement court puisqu'il s'étend du 26 juillet au 3 septembre 2019.
La durée des entretiens était de 8 minutes 40s à 18 minutes et 2s.

3.3.2. Enregistrement audio phonique

L'enregistrement audio phonique était anonyme. Le patient était prévenu de l'enregistrement de l'entretien et son accord était requis. J'ai rapidement retranscrit sur le programme Word 2016, l'intégralité des entretiens. Les bandes d'enregistrements ont été effacées.

3.4. Aspect éthique

3.4.1. Fiche d'information. Annexe 2

Chaque participant a reçu une notice d'information, bien que non obligatoire pour ce type d'étude, associée à une explication orale (Annexe 2)

3.4.2. Consentement écrit. Annexe 3

Un consentement éclairé a été formalisé et signé par le participant en double exemplaire, un pour le patient et un autre pour les formalités administratives de l'étude.

3.4.3. Autorisation de la CNIL

Suite à la Délibération n° 2018-154 du 3 mai 2018, le règlement général sur la protection des données (RGPD) a fait disparaitre les formalités déclaratives, dans la mesure ou les travaux de recherche respectent les méthodologie de référence.

Ce travail respecte la méthodologie de référence MR-003 (Recherche dans le domaine de la santé sans recueil de consentement), une déclaration simplifiée

a donc été réalisée en date du 06/06/2019, avec engagement de conformité. Annexe N°1.

4. METHODE D'ANALYSE DES DONNEES

La méthode d'analyse des données « théorie fondée » ou « grounded théory est « une méthode de recherche inductive visant à la construction d'une théorie à partir de donnée empirique recueillies ».
Se sont succédé différentes étapes d'élaboration : transcription des verbatims des données, analyse descriptive ou codage ouvert, analyse thématique ou codage axial.(10)

4.1. Transcription verbatim des données

L'ensemble des entretiens a été retranscrit « mot à mot » sur le programme Word 2016, le langage non verbal a parfois été précisé.

Nous avons respecté la condition d'anonymat. L'ordre des patients suivait l'ordre chronologique des entretiens, annexe n°5.

4.2. Codage ouvert : analyse descriptive des données

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une formulation significative (11) ou codée manuellement via Excel 2016.
Cette étape a été effectuée de manière concomitante aux entretiens donc continue. La saturation a été considérée lorsqu'aucune nouvelle donnée ne ressortait sur l'entretien suivant.

4.3. Codage axial : analyse thématique

Puis chaque code a été regroupé dans une catégorie représentant l'idée. La mise en relation permettait de répondre à la question de l'objectif principal et de soulever une théorie.

L'analyse thématique a été doublée par un co-interne de médecine générale Mr Clément COLMARD.

5. LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche Bibliographique a été essentiellement réalisée en langue française.
J'ai principalement utilisé les moteurs de recherche : Cismef, Pub med, Google scholar®, et Cairn. Info.

Les Principaux mots clés sont :

Etude qualitative
Dépendance aux opiacés
SUBUTEX®/ Traitement de substitution oral/ générique/ buprénorphine

Prévention des risques
Mésusage/ usage détourné
Douleur/ relation médecin-malade

GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps du SUBUTEX® au générique.

L'entretien est enregistré afin de retranscrire ultérieurement l'échange, il est anonyme et confidentiel.

Explication de la note d'information et signature du consentement.

Pour commencer : votre âge, âge et mode d'entrée du début de la consommation en opiacés ? Comment cela s'est passé ?

I. Quel est votre parcours dans la substitution des traitements substitutifs oraux ? La première fois que vous avez pris un TSO (était-ce sur ordonnance, l'avez-vous acheté, vous l'avait on donné ? Vos motivations à être substitué ? Molécules de substitution ? Formule princeps ou générique ?

II. A quoi, vous sert le traitement ? Quelle est son utilité ?

III. Dans la théorie, comment doit-on prendre le SUBUTEX®? Comment le prenez-vous ? Tous les jours ? Les horaires ? En combien de fois ? Avec respect de la dose prescrite ? Par quelle voie d'administration ? En avez-vous déjà revendu ou donné ?

IV. Que pensiez-vous des génériques d'une manière générale avant l'expérience du SUBUTEX® ? Et maintenant ?

V. Quelles sont vos motivations à préférer le princeps du SUBUTEX® ? Quels avis extérieurs (amis, médecins, soignants, pharmaciens) avez-vous entendu (avant ou après la substitution) ?

VI. Quelles différences avez-vous pu constater ?
Le packaging de la boite ? Les comprimés ? La taille ? Le goût ? La dissolution du comprimé, l'effet à court terme et à long terme (pour l'administration orale, nasale ou IV) ? Effets indésirables ?

VII. Comment votre médecin appréhende votre demande pour la formule princeps ? Quels arguments avez-vous pu lui apporter pour justifier votre demande ? Quels sont ceux que vous n'avez pas voulu lui communiquer par crainte de jugement sur une modalité de prise différente de la théorie.

VIII. Quelles sont vos habitudes ou rituels dans l'organisation de la prise de votre traitement ? Modalité de rendez-vous avec votre médecin ? Heures de retrait du traitement à la pharmacie, pharmacien qui gère la délivrance ? Prise du traitement et rangement de celui-ci ? Est-ce important pour vous ?

IX. Quel ressenti avez-vous face au regard des autres sur votre traitement ?

- Pour finir, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Un grand merci pour votre participation.

RESULTATS

1. DESCRIPTION DES ENTRETIENS

Comme nous l'avons précisé précédemment, 11 entretiens ont été réalisés de juillet à septembre 2019.
J'ai reçu 4 refus.
4 Femmes et 7 Hommes ont participé à l'échantillon, l'âge moyen est de 36,3 ans, et la moyenne de la durée depuis la première substitution était de 10,8 ans (date maximale évaluée à 23 ans correspondant à la date de sortie de SUBUTEX en 1996)
La durée moyenne 13,70 de 8,40 à 21,11
L'ensemble des participants ont accepté l'enregistrement de l'entretien, aucun n'a émis le souhait d'interrompre l'entretien ou ne s'est rétracté à postériori.

PATIENT	Sexe	Age	Durée dans la substitution	Suivi	Particularités	Durée entretien	Condition de Logement
1	Masculin	51 ans	14 ans	Médecine générale		10,2	Logement
2	Féminin	37 ans	4 ans	Médecine générale	Usage détourné	8,40	Logement
3	Féminin	32 ans	2 ans et 1/2	Médecine générale		18,02	Logement
4	Masculin	45	24	Médecine générale	Usage détourné	21,11	Logement
5	Masculin	50	23	Médecine générale		15,04	Logement
6	Masculin	45	9	Médecine générale		17,26	Logement
7	Masculin	27	3	Médecine générale/ CSAPA	Usage détourné	10,49	Hébergé en foyer
8	Féminin	40	8 ans et 1/2	CAARUD	Usage détourné	14,24	Sans domicile
9	Masculin	37	9	CAARUD	Usage détourné	9,58	Sans domicile
10	Féminin	51	33	Médecine générale		14,25	Logement
11	Masculin	35 ans	≈ 3 ans	Médecine générale		12,24	Hébergé en foyer

2. LE TRAITEMENT SUBSTITUTIF ORAL : LA PREFERENCE DU SUBUTEX® PRINCEPS AU GENERIQUE BUPRENORPHINE

2.1. Le SUBUTEX® Princeps

« le normal » P2

« La vraie formule » P3

« Le SUBUTEX : la marque » P4

« je préfère le vrai » P3

Contre le générique : *« L'autre »* P4

2.2. Le contenant : la boite, le blister, la taille et la forme

Le packaging

« Couleurs sont différentes mais bon, à l'intérieur c'est pareil. » P6

Le blister

« Plus sécurisé, le SUBUTEX®. Un enfant, il ne peut pas l'ouvrir… Elle ne pourra pas l'ouvrir. Elle se dira : « ah oui, non c'est pas bon » P4

La taille

« Après ouais les comprimés sont plus petits » P1

(CB : Ça change quoi pour le sniff) *« C'est plus pratique. »* P7

La forme

« Les substituables c'était des ronds, machins ronds. Comme des pilules contraceptives » P6

« Bah les SUBUTEX®, ils sont comme euh, comme des losanges » P6

2.3. Le goût et la dissolution du générique

Le goût

« Encore plus dégueulasse, comme un gout de carton » P1

« Il est amer » P7

La sensation en bouche

« C'est plus farineux, c'est moins agréable » P2

« Je le trouve carrément pâteux » P4

« Et l'autre, on a l'impression d'avoir comme de la farine, dans la bouche, du buvard » P6

« Et puis c'est granuleux après on a plein de grumeaux dans la bouche » P1

La dissolution

« Le non substituable, il fond plus facilement. Que l'autre, il a du mal à partir de la bouche. » P4

2.4. La différence d'effet

« Le SUBUTEX® est meilleur » P7

« Mais le non substituable est plus efficace pour les douleurs. » P2

« C'est-à-dire qu'en fin de journée, j'ai des sueurs, des tremblements comme un syndrome de manque. Que j'ai plus avec le générique. » P3

« C'est la même molécule ok, c'est, théoriquement c'est les mêmes effets ok, mais non. C'est moins fort » P5

« Le vrai, il dure plus longtemps, que le générique, il dure moins longtemps. » P9

2.5. La buprénorphine générique plus difficile d'utilisation pour le mésusage

2.5.1. **En injection** ou « *taquet »* P9

« La buprénorphine, ça fait comme une pâte » P9

« La seringue elle arrête pas de se boucher, même si on le filtre en plus fois. C'est une galère. Il faut s'acharner. » P4

« Et le générique quand vous le mettez dans la gamelle, ça n'a rien avoir, ça fait du plâtre. » P9

2.5.2. En sniff

« Le générique ne passe pas. Ça bloque, c'est trop pâteux pour moi. » P9

« A sniffer il était moins bien que le SUB » P6

« C'est plus pratique » P7

2.6. Les effets secondaires en cas d'utilisation du générique

Céphalées et RGO

« Et puis j'avais carrément mal à la tête et au bide. Avec des remontées acides. » P1

« Bah c'est surtout les maux de tête » P2

Nausées

« J'ai eu des nausées, des maux de tête énormes. Bon la constipation c'est toujours. » P3

Prise de poids

« Peut-être grossi ouais, peut être grossi à cause de ça ouais. » P10

2.7. Le rituel de la prise de traitement au quotidien

De manière régulière

« Je prends mon traitement avec mon café, ça c'est important pour la journée. » P1

« Il faut vraiment que ce soit à heure fixe » P2

En fractionnant

« Un comprimé de 8, je le coupe en 4. Ou en 2, ça dépend » P4

Manque parfois de conseils sur le mode d'administration

« Au début par contre, on ne m'a pas dit : c'est que sous la langue. Donc moi, je l'avalais. Je pensais que si je l'avalais, c'était pareil. » P3

2.8. La revente et le don

En parlant de la revente

« Tout le monde recherche le SUBUTEX®, pas le générique. » P4

« 10 euros le comprimé de 8 » P4

Dépannage

« Donné, oui, à des potes en galère » P1

2.9. Les avis extérieurs sur le médicament générique versus princeps

« Qu' il était pas bien. Que … Tout ceux que j'ai connu, prenaient du SUBUTEX® » P6

« A la pharmacie…Elle m'a dit vous sentirez aucune différence, c'est exactement pareil. Je lui ai dit, bah d'accord. » P3

« Tout le monde recherche le SUBUTEX®, pas le générique. » P4

« J'ai vu beaucoup sur des forums. » P3

« Mais le pharmacien, où je vais à Y, il ne voulait pas m'en vendre (…) Avant M. L. il me disait que lui, il vaut mieux pas le vendre. » P6

3. LE PATIENT TOXICOMANE ENTRE PRODUIT ET SUBSTITUTION

3.1. Le rapport à la mort ou la vie

« Crevé avec une pompe dans le bras ! » P4

« Il m'a sauvé la vie. » P1

« J'ai perdu des gens très proches à cause de ça. » P9

Ne plus pouvoir donner la vie : *« Vous voyez, du coup on n'a pas d'enfant. Sauf que maintenant elle est ménopausée, donc on n'en aura pas »* P6

3.2. La substitution : « un stupéfiant/ drogue plaisir » ?

Aimer le traitement

« J'ai pas aimé » P10

« C'est moins agréable. » P2

L'envie

« Y a des moments, je vais voir la plaquette de SUB et je vais me dire, tiens il faut que j'en prenne. » P4

« Bah parce que…comme l'héro. » P8 (questionnement sur le sniff du traitement

« Par contre, je peux avoir de l'héroïne, non jamais. Par contre demain, si j'ai de l'héroïne, je vais prendre en sniff. Mais le SUB non, le SUB, je vais me l'injecter. Mais l'héroïne, non. » P8

Un traitement qui a un prix sur le marché de la revente

« Tout le monde recherche le SUBUTEX®, pas le générique. » P4

« 10 euros le comprimé de 8 » P4 (prix du SUBUTEX® sur le marché parallèle) / *« Maintenant 1g d'héro, ça vaut que dalle. Mais avant, au prix qu'on le payait, c'est un truc de dingue. »* P4

Particularité P3 : **Mode d'entrée dépendance via traitement médical**

« En fait, j'ai le SUBUTEX® pour l'IXPRIM® ; j'ai eu un mal de dos. On m'a prescrit de l'IXPRIM®, et puis ça ne passait pas, donc j'en ai pris de plus en plus. »

3.3. Le syndrome de manque une expérience douloureuse

Le syndrome de manque : « être en chien » P4

« Moi, je gère ma consommation : mais en fait, tu gères rien du tout, parce que quand tu en as pas, bah ton corps il réclame.» P6

« Je tapais dans les murs, tout. J'avais les jambes, elles bougeaient toutes seules, la nuit » P4

« Je tremblais, j'avais des sueurs, et je reconsommais. » P1

« J'avais mal partout… » P4, *« les douleurs qui étaient dures à supporter à l'arrêt de l'héroïne. »* P10

3.4. La gestion du traitement et la peur du manque (de traitement)

3.4.1. La peur du manque

« Après c'est dans la tête. C'est au bout de 48 heures qu'on est malade. Que ça commence à se sentir. » P4

« Tant que j'en ai d'avance, il n'y a pas de problème, j'en ai pour le lendemain. Maintenant si j'en ai pas, euh, on va se rendre malade pour rien, c'est comme euh... je ne sais plus comment ça s'appelle cette maladie là. Mais.. » P5

« Je pense que ça me rassure. Sinon j'aurais peur d'être malade. » P4

3.4.2. L'obsession du rangement

« Je les trie pour être sure, d'en avoir. Les médicaments je les range dans une boite, pour être sûre de bien gérer » P3

« Ils savent très bien que ce tiroir-là, ils n'y touchent pas. C'est mes cachets qui sont dedans. Mais il y a plein de monde, qui savent que mes cachets y sont là dans. Mais personne n'y touche, c'est hors de question. » P4

3.4.3. L'automédication et le fractionnement des comprimés

« Ça arrive, que j'en prenne un peu plus. Et le lendemain, mince je vais en prendre un peu moins. C'est un équilibre, entre guillemets. » P4

En vue de baisser le dosage (avec la sécurité d'en avoir encore…)

« Bah, là vu que j'essaie de diminuer généralement, je le prends en deux fois. Là je suis à 16, donc je prends 8 le matin et j'essaie de prendre un peu plus tard si jamais je ne suis pas bien. » P2

« Je l'arrêtais enfin je le baissais moi-même, de 2mg, et heu comme je voyais que ça le faisait, le mois, donc le mois d'après je le disais au médecin, je veux baisser. Et il me disait : bon bah on va essayer, on va baisser. Mais moi je savais que ça allait bien se passer » P10

Après une consommation

« Quand j'avais reconsommé un petit peu avant et que j'étais pas bien, j'ai eu besoin d'avoir un peu plus. » P5

Pour gérer la douleur (physique ou mentale ?)

« C'est parce que je suis très douloureuse, parce que je suis malade, et du coup bah.. Ça me calme les douleurs. C'est vrai, et du coup, c'est pour ça que j'ai augmenté aussi, du coup j'ai tendance à prendre un peu plus » P2

3.5. Le mésusage : une dépendance au geste

« Bah parce que…comme l'héro. » P8

« Ouai en sniff. Je sais même pas pourquoi en fait. » P1

« (pourquoi le sniff) bah rien (petit rire). C'est le fait de le faire en fait. » P8

« Je peux me faire un truc. C'est pas une question que je suis stressé » P4

« C'est ce que je me demande en fait. C'est le geste, et voir le sang. Et, parce que en fait, s'il n'y a pas de sang, franchement ça ne sert à rien d'envoyer. Et à mon avis, c'est ça (…) C'est juste voir le sang, en fait. Parce que des fois, j'essaye, j'essaye, j'essaye …. Et je n'y arrive pas franchement, et ça m'énerve. Et j'ai juste à dire à mon copain : Vas-y, dans le cou, carrément. » P8

« Oui, c'est le geste qui est important. C'est juste ça. C'est pour ça qu'on se l'injecte. Parce que y a pas d'effet, heu, y a aucun effet. » P4

« C'est pareil que quand je le prends sous la langue. » P8

« Au niveau du geste, et euh. Bah en fait ça monte plus vite. Au niveau du … Quand je prends en sniffant, en fait c'est parce que je suis très douloureuse » P2

« Quand je l'envoie, je sais que direct ça fait du bien, comme un shoot. » P9

4. LE MEDECIN ET LE PATIENT : RENCONTRE ET ALLIANCE THERAPEUTIQUE

4.1. La substitution : la solution dans l'impasse de l'addiction

« Tout le monde, tout passait là-dedans. » P6

« J'ai eu une prise de conscience et j'ai accepté, le traitement. Mais ce n'est pas venu de moi. » P3

« Je m'étais faite attrapée par les keufs. J'avais eu plusieurs obligations de soins, mais je les avais pas faite. » P1

« *J'ai fait des fausses ordonnances, il y a eu une condamnation au tribunal. Et elle ne m'a plus laissé le choix. »* P3

La santé en jeu

« Il a fallu que je fasse des crises d'épilepsie, des crises de manque, pour que vraiment ils voient que…ça n'allait pas. » P3

« C'était trop dangereux » P3.

« J'ai perdu des gens très proches à cause de ça. » P9

Une pression familiale

« Mon père m'a enfermé héhé, dans le sous-sol. Il m'a dit : tu vas décrocher de ta merde, tout seul sans cachet. » P4

« J'avais peur de perdre mes enfants » P10

Le produit

« Quand on a fait le tour du truc. » P5

« Quand on a plus voulu me vendre. » P7

L'argent

« Par rapport beaucoup à l'argent, bah parce que je travaillais et tout l'argent passait dans ça. » P10

4.2. La substitution par la buprénorphine : son utilité

« Ils ont l'impression que c'est une drogue qu'ils nous prescrivent (…) Alors que non, ça calme juste le manque. Ça me permet de ne pas prendre de TRAMADOL®. Ça me permet de ne pas dépasser les doses, de ne pas mettre ma santé en danger, de ne pas m'entendre dire : « bah si vous continuez comme ça, votre fille vous ne la verrez pas grandir ». Ça me permet juste, d'être stabilisée, de me sentir bien, de pouvoir faire des choses avec elle. Et puis de vivre tout simplement, de vivre en fait. » P3

« À même plus penser à la drogue. Et puis à ne plus avoir mal surtout, surtout ça c'était les douleurs qui étaient dures à supporter à l'arrêt de l'héroïne. » P10

4.3. Le toxicomane :le sentiment d'être un patient incompris

« J'ai l'impression que les médecins, ils se mettent pas à notre place. » P3.

« Mais c'est vrai, qu'ils ne sont pas forcément passés par la » P3.

« Moi, il m'a sauvé la vie. Il y a trop de médecin qui ne veulent pas le prescrire, c'est trop compliqué de trouver un médecin qui vous prend au sérieux. » P1

« Il faudrait tester docteur ! » P3

4.4. Le toxicomane : un patient délaissé

« C'était carrément galère Les médecins ne voulaient pas nous le donner. » P1

« On a mis beaucoup de temps pour me le prescrire parce que... l'IXPRIM® c'était pas une … pour eux ce n'était pas grave. » P3

« Elle prenait juste le temps de savoir : « est ce que vous avez reconsommé ou pas ? Est-ce que, vous avez pris d'autre drogues ? » P3

« Moi je suis pas d'accord avec ça, alors je vous prescris cette dose là mais pas plus ». Au final, j'étais sous dosé, je tremblais, j'avais des sueurs, et je reconsommais. » p1

« Non on ne peut pas changer, on ne peut pas augmenter les doses, on ne peut pas les baisser » P3

4.5. Le toxicomane : un patient stigmatisé

« J'ai peur que quelqu'un lise SUBUTEX®. »

« Ça regarde personne. Après les « on dit », on est affiché » P5

(en parlant de son père) *« il comprend pas.. Pourquoi je prends du sub en fait. »* P4

« J'ai eu des problèmes avec la médecine du travail..: Bah à cause de mes mains. Parce que.. bah ils m'avaient mis inapte. » P4

« Ils déposent les boîtes direct sur le comptoir devant tout le monde. » P1

« La pharmacie, c'est un sketch ; on n'est mal reçu. » P1.

4.6. La rencontre avec LE médecin de confiance

Considérer le patient dans **son individualité**

« Avec moi. » P1

Un Travail commun

« On a trouvé la bonne dose. » P3

Constater les faits

« La dose était trop basse au début. Quand je suis venue voir le Dr R., j'étais à 8mg au début, je lui ai expliqué mes sueurs et tout ça, qu'il a vu de toute façon pendant mes rendez-vous. » P3

Une disponibilité

« Je sais que je peux compter sur lui. A chaque fois, que je demande à l'avoir au téléphone, on me le passe ». P6

Prêt à tout entendre … mais pas tout entreprendre : le cadre thérapeutique

« Elle a jamais voulu l'entendre. » P3

« Je suis cash avec lui. Après il me dit : « bon ben, ça c'est pas, on va pas pouvoir faire comme ça, je vais pas pouvoir vous prescrire plus. » Mais je lui dis tout. Comme ça, c'est plus facile, et j'ai l'impression d'être mieux comprise. » P3.

« Je peux lui demander tout ce que je veux, bon pas pour le SUBUTEX®, parce que c'est pas possible » P6

DISCUSSION

Cette étude s'attelait à tenter de comprendre les motivations des patients à préférer la formule princeps de la buprénorphine haut dosage au générique, commercialisé près de 10 ans après.

Une étude qualitative était plutôt bien adaptée comme technique d'analyse : comprendre les différentes motivations sans cadre établi au préalable. Aborder le parcours de vie du patient était une donnée intéressante pour analyser ses motivations, chose qui n'aurait pas été possible dans une étude quantitative beaucoup plus formelle.(12)

L'hétérogénéité des profils interrogés peut être également un point fort de cette étude alliant des patients insérés dans la société avec une situation professionnelle à des patients en très grande précarité sociale sans domicile personnel et même pour deux d'entre eux sans hébergement social. Cette diversité sociale a pu être obtenue par une variabilité des lieux de recrutements. Facilitée par la mise en relation des équipes de soins.

Cette hétérogénéité portait également sur l'âge, la durée de substitution, et la poursuite de consommations parallèles.

La première limite de l'étude est liée à la constitution de l'échantillon, le recrutement a certes tenté d'être diversifié, afin d'obtenir le plus de concepts différents. Il n'en résulte pas moins que la proposition de participer était libre de tout refus. Dans ce contexte, 4 potentiels participants ont refusé l'entretien, alors qu'ils respectaient parfaitement les critères d'inclusion.

Les rencontres ont été réalisées via le lieu de soin dans lequel les patients étaient pris en charge, donc forcément non dénués de subjectivité. Ce point a d'ailleurs pu être un avantage lorsque les patients avaient une liberté de parole et d'écoute avec leur médecin mais une limite pour ceux qui n'étaient pas dans cette disposition. Notons par exemple, la difficulté rencontrée pour le patient résidant au foyer Emergences, qui se doit théoriquement de respecter le règlement intérieur du centre : ne pas consommer de stupéfiant et ne pas détourner les traitements thérapeutiques sous réserve d'une expulsion. Aborder le mésusage ou la consommation de produits était donc plus délicate pour ce patient.

Par ailleurs, certains entretiens des patients persistant dans une logique de consommation malgré le TSO, étaient plus difficiles à réaliser. Il a fallu parfois reformuler les questions, afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions. Les réponses étaient parfois pour ces patients, plus courtes, avec des difficultés dans l'élaboration d'hypothèse de justification. Avec pour l'un d'entre eux, un état de conscience très limité.

Il faut également noter, que ce travail de thèse qualitative est un premier travail de recherche, ce peu d'expérience est un biais dans l'étude notamment lors de la réalisation des entretiens. Il en est de même pour la partie analytique des données qui certes a été réalisée en doublage par une tierce personne mais aux qualités de novice dans le domaine.

A partir de ces différents résultats nous avons réalisé une analyse, éclairée par de nombreuses ressources bibliographiques.

Dans un premier temps nous ferons un rappel du regard de la psychanalyse sur la toxicomanie, puis nous évoquerons et comparerons ensuite de manière assez formelle la formule générique au princeps : packaging, blister, galénique, dissolution pour injection IV, différences des excipients. Puis nous présenterons les différentes représentations qu'a le patient de son traitement, et la notion de mésusage pour certains. Ensuite nous aborderons les autres particularités du patient toxicomane : le rapport au syndrome de manque, la douleur, et la dépendance au geste. Pour finir nous nous pencherons sur la relation médecin-malade et l'intrication de la relation dans l'évolution du patient dans le parcours de soin.

La prise en charge du patient toxicomane est délicate et singulière, l'intrication psychique et somatique est forte, nécessitant des compétences humaines et scientifiques multiples. (13) Tenter de comprendre les motivations et le comportement du patient toxicomane, nécessite d'aborder les mécanismes psychiques ayant pu fragiliser le patient et le rendre vulnérable. Différents courants de pensée se sont succédés, tous complémentaires pour comprendre l'histoire de vie du patient se présentant en consultation.

Le premier courant historique est issu de la pensée Freudienne, l'origine de la dépendance serait située dans les premiers stades de la vie psychique. L'addiction est un substitut érotique, l'action du produit procure un plaisir intense rendant l'être indépendant au monde extérieur. La toxicomanie serait une réponse humaine à la problématique existentielle de la souffrance sans être une entité pathologique à part entière.

« L'action des stupéfiants est à ce point appréciée, et reconnue comme un tel bienfait dans la lutte pour assurer le bonheur ou éloigner la misère, que des individus et même des peuples entiers leur ont réservé une place permanente dans l'économie de leur libido. On ne leur doit pas seulement une jouissance immédiate mais aussi un degré d'indépendance ardemment souhaité à l'égard du monde extérieur. On sait qu'à l'aide du "briseur de soucis", l'on peut à chaque instant se soustraire au fardeau de la réalité et se réfugier dans un monde à soi qui réserve de meilleures conditions à la sensibilité. Mais on sait aussi que cette propriété des stupéfiants en constitue précisément le danger et la nocivité. Dans certaines circonstances ils sont responsables du gaspillage de grandes sommes d'énergie qui pourraient s'employer à l'amélioration du sort des humains. » (Freud, 1929-30, 23).(14).

Les courants post Freudiens portés par RADO S., SIMMEL G., GLOVER E. ou ROSENFELD H., prônent un rôle protecteur du stupéfiant contre la dépression, la psychose ou même le suicide, *« une valeur défensive pour le moi ». « Face à une dépression initiale, la drogue va servir de bouclier contre la souffrance et restituer au sujet sa toute-puissance narcissique originelle, d'où sa sensation d'invulnérabilité et d'immortalité* », c'est une dimension auto-thérapeutique de la substance. (15)

Les courants actuels sont plus divisés. Multiples pistes sont prônées, permettant une complémentarité et une émulation sur le sujet.

Cette relation pathologique avec le produit, touche également le cercle familial avec des liens pathologiques entre les différents protagonistes familiaux. Le jeune toxicomane

installe une relation de dépendance envers sa famille permettant une homéostasie familiale : le sujet centralise l'espace sur sa pathologie et masque ainsi les troubles relationnels des différents membres familiaux. La relation mère-fils est souvent entachée d'un attachement pathologique, fusionnel. Cette fusion et cette indifférenciation provoquera pour OLIVENSTEIN, la notion de « miroir brisé » : au stade de l'identification du sujet à son image, le sujet subit un traumatisme aboutissant à un phénomène d'identification fragmentaire. Cette relation favorise la méconnaissance du sujet à ses émotions. Il se crée une faille ou béance interne qui échappe au sujet. Plus tard la rencontre avec la drogue créera l'illusion de l'unité. La figure paternelle quant à elle, apparaît satellite à cette relation. Souvent teintée d'une ambivalence forte, à la fois idéalisée socialement et inaccessible affectueusement. (15,16).

A cette composante psychique de la dépendance s'intrique l'aspect neurobiologique du produit sur le système méso-cortico-limbique circuit de la récompense. L'activation neuronale dopaminergique est courte pour les plaisirs naturels et beaucoup plus longue pour les plaisirs liés à la consommation de stupéfiants. Par ailleurs contrairement aux plaisirs naturels, la consommation de drogue n'est pas soumise à un phénomène d'habituation. La stimulation répétée entraine la mise en place de phénomènes de compensation ou mécanismes opposants se traduisant par une modification du nombre et du fonctionnement des récepteurs dopaminergiques des neurones du circuit de récompense : phénomène de plasticité synaptique.(17)

Ce mécanisme d'action favorise l'appauvrissement des liens du sujet au monde extérieur. Les patients ayant des carences adaptatives sont particulièrement vulnérables.

C'est cette composante neurobiologique avec l'apparition de syndrome de manque au sevrage du produit que tente d'apaiser le traitement par buprénorphine haut dosage. Avant sa mise sur le marché, les sevrages aux opiacés se réalisaient sans substance de substitution comme l'ont expérimenté certains des patients interrogés ou par le biais d'autre substances thérapeutiques mais n'ayant pas l'AMM dans le sevrage aux opiacés citons par exemple le NEOCODION®, le TEMGESIC®, le DAFALGAN CODEINE ®.

La mise en place de ces traitements de substitution ainsi que l'image de l'héroïne de « drogue du SIDA » ont modifié les modes de consommation de cet opioïde. Les pratiques liées à l'héroïne ont subi une involution dans le monde de la consommation d'opiacés. Depuis 2000, un nouveau mode de consommation a vu le jour, l'héroïne est utilisée dans ces premières rencontres comme un produit de régulation ou de modulation d'autres substances psychoactives telles que cocaïne, crack, free-base, ecstasy, amphétamines et LSD. C'est dans un deuxième temps que la perte de contrôle du produit entraine une consommation de l'héroïne en produit principal. Actuellement la voie d'administration intra-veineuse a été délaissée au profit du sniff, plus rarement inhalée. (18)

L'Estimation du nombre d'usagers d'opioïdes en 2013 selon des techniques d'extrapolation était de 280 000 patients en France dont 110 000 usagers d'héroïne (à noter un intervalle de confiance important, traduisant une grande incertitude quant au chiffre exact).(19)

Pour avoir une idée des tarifs actuels, l'OFDT a constaté en 2017 un prix médian du gramme d'héroïne de 40 euros et un taux de pureté de 16% (d'après l'institut national de

police scientifique). (20) Prix un peu plus élevé que celui rapporté par les consommateurs lors de mes consultations dont le prix avoisinait les 20 euros le g.

Rappelons le prix du SUBUTEX® sur le marché noir annoncé par le patient de l'entretien n°4 de 10 euros le comprimé de 8mg de SUBUTEX® (3.5 euros dans la littérature). A confronter aux tarifs de la sécurité sociale de 13.81 la plaquette de 7 comprimés de SUBUTEX® 8mg, contre 12.35 pour le générique selon les mêmes modalités. (21)

Lors des entretiens les participants ont évoqué multiples différences entre formule princeps et générique. Nous avons donc effectué un comparatif « technique » entre la buprénorphine haut dosage princeps soit le SUBUTEX® et le générique du laboratoire pharmaceutique BIOGARAN®. Les autres laboratoires pharmaceutiques sont représentés par ARROW®, MYLAN® et SANDOZ® et TEVA®.

Le SUBUTEX® est commercialisé aux dosages de 0.4mg, 2mg et 8mg, les génériques quant à eux possèdent deux dosages supplémentaires de 1 et 6mg. (4)

En comparant les deux boites, nous remarquons que la boîte du princeps est plus grande, et que le logo de prudence automobile niveau 2 est visible sur le recto de la boîte.

Le numéro d'autorisation est notifié en bas de la page à droite sur le princeps contrairement au générique. Lui donnant, je trouve, un caractère plus formel.

Ces caractéristiques sont communes également aux autres génériques commercialisant la buprénorphine.

Notons que le mode d'administration, en une seule prise unique est inscrit sur la boîte générique.

Dans notre entretien, une question était dédiée aux génériques, en dehors de l'expérience de la buprénorphine. Je n'ai pas retrouvé de témoignage réfractaire aux génériques en général. Certains patients avaient tout de même la conviction que princeps/ génériques n'était pas tout à fait les mêmes traitements, et que les effets pouvaient être moindres concernant les génériques.
Le taux de pénétrance des génériques sur le marché français est en 2015 à près de 82.8%, un taux semblant avoir atteint son plafond depuis quelques années. (22) Contre un taux moyen de substitution de la buprénorphine de 32%. (7)

En 2008, l'étude BVA Biogaran retraçait les motifs de refus des génériques : on retrouve principalement une moins bonne qualité et efficacité du générique, et une moindre fiabilité de son processus de fabrication.

Fait peu connu des professionnels médicaux, les traitements de substitution oraux ne sont pas soumis à la règle du tiers payant contre générique. Cette particularité a été rappelée par la commission nationale des stupéfiants et psychotropes en mars 2013 *« il apparaît, dans la pratique, que tous les pharmaciens d'officine n'ont pas connaissance du fait que la règle du tiers payant contre générique ne s'applique pas aux traitements de*

substitution aux opiacés. Aussi, la Commission préconise-t-elle de sensibiliser l'Assurance maladie sur ce point afin que des patients ne se voient pas opposer cette règle à tort. ». (23)
La méconnaissance de cette particularité de délivrance et les rapports parfois difficiles que les patients entretiennent avec les pharmacies, génèrent dans la pratique une sollicitation du médecin traitant afin que celui-ci notifie la formule manuscrite « non substituable » sur la prescription du TSO.

Rappelons que les traitements de substitution sont relativement récents, la molécule princeps a obtenu l'AMM en 1995 pour une commercialisation en 1996. Les génériques quant à eux ont vu le jour près de 10 ans après en 2005. Probablement vecteur de l'image d'authenticité que le SUBUTEX® véhicule dans le monde de la substitution : « le vrai ». Dans notre échantillon, 4 patients avaient l'unique option thérapeutique de la formule princeps lors de la substitution puisque le générique n'était pas encore sorti. Posant la question de la préférence du princeps pour l'attachement qu'il représente dans le parcours de la substitution et l'habitude qu'il véhicule. Je n'ai pas retrouvé la verbalisation de cette hypothèse à travers mes entretiens pour les patients concernés. (24)

L'autre alternative thérapeutique à la buprénorphine haut dosage dans la prise en charge de la dépendance aux opiacés est la METHADONE®. Les conditions de prescriptions diffèrent puisque contrairement à la buprénorphine la prescription initiale ne peut être réalisée en ambulatoire par un médecin généraliste.
Cette souplesse de prescription est justifiée par l'activité agoniste partielle aux récepteurs opioïdes de la buprénorphine limitant sa capacité à induire une dépression respiratoire et donc le risque d'overdose.

Interessons nous à présent au blister, lors de nos entretiens la patiente n°4 mettait en avant une plus grande sécurité du blister du princeps par rapport au générique. Lors de la confrontation, j'ai pu valider cet argument. Pour cette patiente, le fait que l'ouverture soit plus difficile, ou du moins différente d'un médicament commun, attestait d'un risque potentiel de dangerosité si son enfant était en contact avec le traitement. Aucune donnée bibliographique n'a été retrouvée à ce sujet.

Concernant la galénique, la taille du princeps comme bon nombre de participants l'on fait remarquer, est plus gros que le générique. Dans la conception de certains patients, la taille pourrait avoir un rapport avec le niveau d'efficacité, surtout chez des patients ayant l'expérience d'une d'addiction centrée sur « le » produit : sa quantité, sa couleur, son taux de pureté.

Sorte de transfert de mécanisme de pensée du stupéfiant vers le traitement de substitution.

Au niveau de la forme un participant a même comparé le générique à des « pilules contraceptives », cette féminisation du traitement pourrait-elle être une motivation inconsciente à préférer le traitement non substituable ?

Le goût a également été une remarque très présente lors des entretiens, le générique aurait un goût « amer » de « carton » avec un aspect en bouche « farineux ». Les témoignages des patients à l'égard du TSO, laissent présager des attentes à l'égard du goût du traitement, avec l'emploi des mots « agréable », « aimer ». La recherche de plaisir gustatif peut être présagée, alors que nous parlons d'un traitement médicamenteux substituant les opiacés : drogues activant le circuit de la récompense et donc du plaisir. Réflexion à confronter aux modes actuelles de commercialisation de drogues telles que la MDMA, portant des caractéristiques « tendances » aux multiples couleurs et formes rappelant le monde de l'enfance, du jeu, des bonbons et du plaisir.

Une autre caractéristique évoquée est la dissolution, le générique se dissoudrait moins rapidement, composante vécue comme contraignante par les patients.

Ces données rejoignent les résultats d'une enquête de satisfaction réalisée en 2008, sur près de 96 patients dans les Alpes Maritimes. 72% des patients ayant testé le générique ont préféré reprendre le traitement initial princeps. Les motivations portaient :

-pour 21% d'entre eux une mauvaise fonte sous la langue du générique

-pour 20% un mauvais goût

- pour 15% des comprimés moins sécables

- pour 13% plus d'effets secondaires

- et pour 47% un moindre effet que le SUBUTEX®

(24,25)

La question d'une différence d'effet est soulevée dans 3 études et synthétisée dans un travail de thèse d'exercice. Il apparait finalement que le générique n'a pas moins d'efficacité que le princeps et que l'utilisation du générique n'est pas associée à une prescription plus forte des autres psychotropes. Une autre donnée relatait que la prescription de générique était associée à un taux de mésusage moins important concernant le sniff ou l'injection.(24)

Je m'interroge tout de même sur les résultats de ce travail puisqu'effectivement la co-prescription de psychotropes est évaluée comme critère de jugement pour apprécier la différence d'efficacité entre ces deux substances, mais d'autres paramètres peuvent être pris en compte comme l'augmentation par compensation de la consommation d'alcool, d'héroïne ou de cannabis. Par ailleurs le taux de mésusage est moins important avec la prescription de générique, mais certains patients soulèvent une difficulté du mésusage avec le générique.

Au niveau épidémiologique, l'OFDT précise que le SUBUTEX® est le traitement de substitution présentant le taux de mésusage le plus important.(26)

Concernant le sniff, la logique est qu'effectivement un comprimé plus gros, permet de fractionner le produit en plusieurs prises *« C'est plus pratique »* P7.
Pour l'injection, des difficultés liées à la solubilité du produit générique semblent être évoquées, justifiant la préférence pour le princeps.

Je me suis donc attelée à réaliser « l'expérience de la préparation » à l'injection. Certains patients m'avaient décrit ce moment lors de consultation de remplacement de médecine générale. J'ai donc demandé un kit d'injection au CAARRUD de Dieppe (Le kit + délivré par le ministère de la santé), et me suis mise dans la peau d'un toxicomane novice, en quête de vouloir injecter son traitement.

Devant le matériel, je me suis sentie tout de même un peu démunie. J'ai donc visionné au préalable deux sources explicatives des méthodes de préparation, l'une sur le site Psychoactif un site dédié à la prévention des risques, l'autre directement sur You tube. (Taper une injection à moindre risque sur You tube).

Je dois dire que la vidéo est particulièrement descriptive, allant même jusqu'à filmer le patient s'injecter son traitement. (27,28)

J'ai trouvé la préparation particulièrement longue et difficile si l'on veut préparer l'injection dans des conditions stériles.

La boite kit + est composée d'une notice incorporée à la boite, deux aiguilles d'injection de 1ml avec à l'extrémité un capuchon blanc servant de manche pour chauffer la cupule lors des préparations d'injection de stupéfiants nécessitant d'être chauffés, et sous le capuchon orange le piston stérile servant de mélangeur à la préparation. Il y a également, la cupule, le filtre et le tampon, de l'eau stérile, et enfin des lingettes de désinfection.

La première étape a été d'écraser le comprimé, dans une feuille blanche pliée en deux (comme sur la vidéo), cette étape ne peut pas être réalisée dans des conditions de stérilité. Je n'ai pas vu de différence entre les deux traitements, si ce n'est forcément une quantité plus importante pour le princeps.

Puis j'ai rajouté la même quantité d'eau dans les deux cupules, j'ai mélangé avec le piston, puis j'ai prélevé à la seringue à travers le filtre.

J'ai constaté un dépôt plus important dans la préparation générique, ne pouvant être prélevé dans la seringue. En comparaison la seringue destinée au Subutex® était plus opaque et la cupule pratiquement sans résidu (première seringue) par rapport au générique ou la solution était translucide avec des résidus semblables à de l'amidon dans la cupule (deuxième seringue). Bien entendu les solutions ont été jetées après préparation.

Le 25 avril 2013, l'ANSM publiait dans une commission des stupéfiants et psychotropes une vigilance quant à l'injection de la buprénorphine générique signalée comme plus dangereuse que le Subutex® injecté. (23)

Le CEIP de Nantes avait un an auparavant alerté la communauté médicale de complications dermatologiques à type de nécrose au point d'injection après injection de buprénorphine générique ou syndrome de Nicolau. (29)

Cette dangerosité serait liée aux excipients insolubles présents dans la forme générique.

Le tableau suivant présente, pour les différentes formes de BHD existantes, la liste des différents excipients.(23)

	Excipients solubles				Excipients insolubles				
	Lactose	Mannitol	Acide citrique	Povidone K30	Stéarate de magnésium	Silice anhydre	Talc	Sodium stéaryl	Amidon de maïs
Subutex® Schering-Plough	X	X	X	X	X				X
X Buprénorphine Arrow®-Biogaran®-Mylan®-Sandoz®-Téva®	X	X	X	X	X	X	X		X

« Les excipients insolubles sont à l'origine de différents effets toxiques :
- Silice colloïdale anhydre : risque de fibrose pulmonaire (silicose) en cas d'inhalation prolongée ou lors de prises intraveineuses
- Talc : risque d'occlusion des vaisseaux avec hypertension artérielle pulmonaire, fibrose pulmonaire voire rétinopathie au talc en cas de prise par voie intraveineuse ou d'inhalation.
-Amidon de maïs : risque de livedo reticularis (cf. article de Potier A et coll., 2007)
- Stéarate de magnésium : probablement à l'origine du syndrome de Popeye
-Sodium stearyl fumarate : aucune toxicité n'a été pour le moment rapportée avec cet excipient

Concernant les comprimés dosés à 8 mg, la forme princeps contient le plus d'excipients solubles dans l'eau (328 mg au total soit 82,09 % d'excipients solides) que les autres formes et en particulier celle de Biogaran® (60,5 mg soit 55 %).
La forme BHD 8 mg Sandoz® comporte également des excipients très solubles dans l'eau en particulier le mannitol, l'acide citrique et le citrate de sodium.
Concernant les excipients insolubles, il ressort que la forme princeps est celle qui en contient le plus en poids (63 mg) devant la forme Sandoz® (45 mg). En termes de teneur cependant, elles sont plus fortes et identiques pour les 4 formes génériques (Arrow®, Merck Mylan®, Teva®, Biogaran® : 37 %), que pour le Subutex® (15,7 %) et Sandoz® (11,2 %). Après chauffage, les excipients insolubles persistent surtout pour les formes génériques et moins pour le princeps. »

Cette donnée scientifique, est importante dans la réduction des risques liée aux techniques d'injection, avec la prescription de la forme princeps et le conseil de chauffer la solution avant l'injection. Etape que je n'ai pas retrouvée dans les techniques d'injection dédiées aux patients.

Par ailleurs pour les patients pratiquant le sniff, le talc et la silice anhydre présentes dans le composé générique seraient pourvoyeuse de fibrose pulmonaire, encore une fois, le princeps serait le traitement de choix chez ces patients à risque. Ces complications de fibrose pulmonaire ne sont peut-être pas encore constatées du fait de la relativement récente mise sur le marché de la forme générique et de l'exposition encore courte aux excipients insolubles.

Même si cette expérience est complètement subjective, je dois dire qu'elle m'a apportée une connaissance pratique et un regard critique sur ce mode de consommation. Si la politique de santé publique s'inscrit dans une optique de réduction des risques, le professionnel doit pouvoir répondre à des interrogations et rappeler les principes de sécurité.

La deuxième réflexion porte sur la sécurité du produit, avec notamment la proximité avec des enfants en bas âge (traces de poudre sur objets de préparation : feuille, table), la sécurité des aiguilles usagées et leur recyclage. Connaître l'environnement du patient afin, de le prévenir des risques éventuels de la confrontation du produit à une personne naïve des opiacés est une démarche indispensable du médecin prescripteur.

Passé l'aspect technique, intéressons-nous dès à présent à la question du mésusage dans la littérature médicale.

Nous pouvons définir le mésusage comme une utilisation détournée des traitements, une utilisation à « mauvais escient », à considérer comme une complication de la dépendance. (30)

Dans une étude de l'OFDT, les auteurs se sont intéressés à l'analyse des caractéristiques de patients et de leur consommation la semaine précédant la première injection de BHD. Il apparait qu'une grande majorité des patients étaient sous dosés (pour une dose moyenne de BHD évaluée à 8 à 16mg), explications pouvant justifier le recours aux injections pour des patients insuffisamment soulagés par la substitution initialement prescrite.(31)

Notons que sur le plan pharmacocinétique, l'administration sublinguale, permet de s'amender du passage hépatique contrairement à l'administration orale. En 8 minutes, 81% est absorbée. La biodisponibilité est variable de 25 à 55% selon les sujets.(32)

Au niveau intra-veineux, l'injection de BHD entraine une biodisponibilité du produit très nettement supérieure à la voie sublinguale, avec une saturation rapide des récepteurs centraux opiacés.(33)

Ainsi l'administration intra-veineuse potentialise très largement l'activité pharmacologique de la BHD, soulageant plus rapidement et plus intensément le syndrome de manque vécu par le patient.

L'analyse des motivations de la première injection révèle que bien souvent c'est le rituel de l'injection et la recherche de nouvelles sensations qui sont recherchés lors de l'usage de cette nouvelle pratique avec la BHD. Le recours à l'injection viendrait d'une motivation personnelle. En outre, passée la première injection vécue comme « moins agréable » que la consommation du produit habituel, il semble que le recours à l'injection se pérennise.

Par ailleurs, l'étude ne montre pas de différence de consommation d'héroïne entre les patients injecteurs de BHD et les non injecteurs. Au niveau socio-démographique, les patients en grande précarité sociale semblent plus touchés par la pratique d'injection de BHD, sans que l'inverse soit un facteur protecteur. (31)

Une étude a permis de définir à partir de différentes caractéristiques (mode d'appropriation du Subutex®, usages du Subutex®, vécu de la toxicomanie, situation sociale-réseaux sociaux-mode de vie, image de soi), quatre grands profils dominants :

- « Une ressource pour s'en sortir » : des ajustements tournés vers la réinsertion
- « Un traitement de maintenance » : une gestion contrôlée des produits
- « Une drogue légale » : la poursuite et l'aggravation d'une toxicomanie aux opiacés
- « Un produit piège » : Une transition vers des abus ou une dépendance plus sévère.

Si l'on s'intéresse à l'aspect du mésusage de cette étude, nous pouvons constater que dans les profils 1 et 2 l'arrêt de l'injection se réalise au cours du parcours de soins permettant une appropriation du TSO.
Tandis que dans les autres profils, la pratique de l'injection a tendance pour certains à s'apparenter à une pratique autonome au sein du mécanisme de dépendance à l'héroïne. Le Subutex® est alors vécu comme une drogue, délivrée par « un médecin dealer », les termes le caractérisant sont identiques à ceux de la consommation d'héroïne. Il n'en reste pas moins que ces effets sont pauvres en sensation comparativement au produit substitué. Cette insatisfaction peut majorer l'augmentation des doses, la poly consommation (alcool, cannabis, cocaïne) ou favoriser le recours aux modes d'administration pour rechercher des effets psychoactifs. Le manque engendré à la suite d'un arrêt du TSO, est vécu comme plus pénible que celui de l'héroïne, favorise la perception du TSO comme produit « piège ». (34)

Profils	Appropriation	Usages	Dépendance	Mode de vie	Image de soi
1. Une « ressource » pour s'en sortir « *Le gros changement avec le Subutex®, c'est que quelque chose s'est passé dans ma tête, j'ai changé. Je crois vraiment que le Subutex® sort de la drogue* » (Éric, 40 ans, sans emploi, en couple, Subutex® depuis 2 ans en médecine générale)	Médicament	Individualisation du régime	Régulation des consommations	Normalisation	Ex-tox
2. Un traitement de « maintenance » « *Avec le Subutex®, on est bien sans être mal. En même temps, il sert un peu de garde-fou* » (Victor, 37 ans, sans emploi, vit seul, Subutex® depuis 4 ans en CSST)	Substitution	Observance	Maintenance	Normalisation	Malade-patient
3. Une « drogue » légale « *Le Subutex® c'est comme l'héroïne sauf que c'est légal, c'est la nouvelle drogue de l'État et les toubibs c'est des dealers en blouse blanche. C'est comme la prison le Subutex®, alors ben moi j'en profite !* » (Gérard, 36 ans, SDF, Subutex® depuis 4 ans en médecine générale)	Drogue	Intégration aux drogues de rue	Chronicisation	Marginalisation	*Junkie*
4. Un produit « piège » « *Avec le Subutex® on dirait qu'on est marié avec le diable. C'est un produit bien pire que l'héroïne ou que le Temgésic®. On veut nous tuer, c'est pour ça que j'ai fait le lien Sub-Subite, "Mort Subite" (marque d'une bière)* » (Alioum, 35 ans, RMI, vit seul, Subutex® depuis 2 ans en médecine générale)	Substance diabolique	Usages chaotiques	Dépendance totalisante	Marginalisation	Cobaye

Tableau récapitulatif des profils illustrant le rapport des usagers au Subutex. (34)

Le témoignage de la patiente n°8, en est un exemple type où seul le TSO est injecté, et a été injecté dans le parcours de la dépendance. L'héroïne, si elle continue à être consommée est snifée. Le « besoin du geste » est très bien illustré. Posant la question de la place de la transgression dans le mésusage des TSO. Cette pratique allant même jusqu'à la mise en danger par injection dans le réseau veineux cervical. Ce témoignage exprime le lien symbolique de la drogue, du corps et de la mort chez les patients dépendants. Dans l'entretien, le sujet décrit l'entrée dans la consommation dans les suites de décès de proches « *j'ai perdu mon père, sa mère. Enfin mon père, sa mère et une petite de 6 ans. Et de là enfin je me suis mise… ».* Le patient toxicomane expérimente un état de mort et de renaissance, maitrisable et volontairement induit par l'administration de la substance. Cette composante est renforcée par les sensations ressenties lors de l'intoxication : un état de glissement en dehors de la conscience ordinaire, il ne possède plus son corps. Burrough W. romancier américain, et dépendant aux opiacés écrivait : *« La drogue inocule la mort* ». Peut-être que cette patiente expérimente cette composante à travers le geste de l'injection

qui soulage, « voir le sang » , parfois même dans le réseau veineux cervical « Vas-y, dans le cou, carrément ».(35)

L'ambivalence de perception du Subutex® comme « drogue légale », est d'ailleurs illustrée par les situations de primo dépendance au traitement substitutif oral. Nous n'avons pas eu strictement ce mode d'entrée dans la toxicomanie, mais la patiente N°3 dont la dépendance aux opiacés s'est mise en place via l'IXPRIM®, sur prescription médicale pour un lumbago s'en approche.
La primo dépendance ou encore l'« usage non substitutif de la BHD » décrit par l'AFSSAPS, s'inscrit généralement dans un contexte festif pour réguler les effets des consommations ponctuelles de psychostimulant ; ou une relation amicale de couple, l'usage de ma BHD prend alors un coté affectif. (36)

Dans cette dernière situation, la BHD prend la place de n'importe qu'elle autre drogue dans le lien relationnel : *« Le sujet s'engage dans une pratique qui va avoir une fonction pour lui-même et dans la dynamique à deux* ». La prise en charge de ces patients revêt alors une dimension tri-dimensionnelle ou la relation médecin-malade devrait s'étendre au couple, et pas seulement à chaque individu du couple souvent pris en charge par le même médecin.
Dans un autre registre, les relations au sein du couple peuvent aussi jouer au moment de l'arrêt de la consommation ; En effet, accepter d'avoir un TSO, c'est admettre que la consommation de drogue est problématique. « *Or, comme le partenaire se voit à l'origine du problème, la culpabilité que cela implique pour lui le pousse à des mécanismes de minimisation et de déni.* »(36)

Cette situation clinique demande une prise en charge atypique, situation d'ailleurs dans laquelle, le Subutex® n'a pas l'Autorisation de mise sur le marché. (37)

Concernant les risques du mésusage, hormis ceux connus liés aux pratiques d'injection et aux risques de contamination du VHC et VIH, notons le risque létal lorsque la BHD est associée aux benzodiazépines par dépression respiratoire sévère dans un contexte de polytoxicomanie, retrouvée dans la moitié des cas de décès lié au mésusage.(38)

Une particularité dans la prise en charge des patients toxicomanes, porte sur la douleur :

- Psychologique, cause de l'entrée dans la consommation
- Organique et primo dépendance aux dérivés d'opiacés, cas de la patiente n°4
- Dans le sevrage aux opiacés et le syndrome de manque
- Neurophysiologie avec sensibilité majeure à la perception de la douleur
- Thérapeutique, interaction médicamenteuse avec analgésiques et TSO

La composante psychologique a été abordée dans la première partie de notre discussion. Selon les différents scientifiques : à l'origine du mode d'entrée dans la consommation, ou encore comme facteurs de vulnérabilité, ou conséquences de la dépendance ; la douleur psychologique est quasi constante dans le parcours du patient toxicomane.

Le syndrome de manque est souvent décrit comme une expérience douloureuse osseuse, musculaire, viscérale associés à des signes psychologiques, digestifs et neuro-végétatifs. A l'inverse le soulagement de celui-ci par la consommation de stupéfiants ou la prise de TSO, apparait comme libératoire. Burrough W. relatait : *« J'ai vécu la privation atroce du sevrage et le plaisir du soulagement lorsque les cellules assoiffées de came boivent à la*

seringue. Tout plaisir n'est peut-être que dans le soulagement. J'ai appris le stoïcisme cellulaire que la drogue enseigne à l'utilisateur » (Burroughs, 1975, p. 16)

Cette ambivalence, pousse certains patients dans un jeu thérapeutique alternant privation et « consommation » de traitement. Comme le décrit Gulia Sissa dans son ouvrage Le plaisir et le mal : Le manque est une « *douleur insupportable et pourtant irrésistible* » (Sissa, 1997, p. 9)(35)

La limite entre manque psychologique (de la substance lien à la dépendance) et syndrome de manque physique est parfois difficile à identifier pour le médecin ou pour le patient lui-même. Accepter un traitement de substitution, et le prendre convenablement c'est renoncer à cet état de jeu ordalique, sur lequel le patient détient le contrôle. La douleur induite par le syndrome de sevrage est une douleur induite, volontaire contrairement à la souffrance de l'être. IL existe une dépendance certes au produit pharmacologique mais également à cet état de maitrise face aux souffrances extérieures incontrôlables. Ainsi certains patients ne se résolvent pas à ne plus expérimenter cet état, il existe un « manque du manque » ; poussant parfois le sujet dans un mésusage du TSO (fractionnement, arrêt de traitement volontaire) pour ré-apprivoiser cet état de dissociation. Car rappelons que le TSO est un dérivé opioïde présentant les mêmes symptômes de sevrage avec un délai d'apparition plus long. Pour l'héroïne, il peut être estimé à 6-8 heures avec un pic à 48-72 heures contre l'effet de manque de la buprénorphine apparaissant plus tardivement mais durant plus longtemps et étant vécu comme plus désagréable.

Sur le plan des douleurs, la prise de la buprénorphine soulage rapidement ce manque jusqu'à un dosage plafond à 8mg, seuil au-delà duquel les effets ne seraient plus dose dépendante. (39)

Le patient toxicomane présente des caractéristiques neurobiologiques particulières face à l'administration d'opioïdes.

En 1995 Savage décrivait « un syndrome de facilitation de la douleur » : « l'expérience douloureuse serait influencée négativement par les conséquences de la maladie addictive, notamment par les symptômes de manque, les perturbations du sommeil, les changements affectifs et une excitation du système nerveux sympathique ».

Par ailleurs, les mécanismes de tolérances pharmacologique et d'accoutumance impliquent une utilisation de doses plus importante chez les patients toxicomanes que pour les patients de la population générale pour soulager des douleurs.(40)

Une autre caractéristique est l'hyperalgésie, phénomène de neuroplastie cérébrale s'exprimant par une hypersensibilité aux stimuli douloureux. L'étude Compton valide cette hypothèse, elle retrouve que les patients sous TSO ont un seuil diminué à la perception de la douleur par rapport aux patients naïfs des opiacés.(41)

A cela s'ajoute, une prévalence importante du phénomène de la douleur chez cette population spécifique, liée aux conditions précaires, aux risques et mode de consommation. (40)

Sur le plan thérapeutique, la buprénorphine est un agoniste (partiel) antagoniste rendant les analgésiques de palier 2 déconseillés car inutiles en addition aux traitements de substitution.

Pour les douleurs faibles à modérées : les anti-douleurs de niveau 1 (Paracétamol, ACUPAN) ainsi que les anti-inflammatoires peuvent être associés au TSO ;

Pour les douleurs intenses : les recommandations visent parfois à majorer le TSO à visée analgésiques (jusqu'à 25% de la dose initiale avec prises fractionnée toutes les 6 à 8h) si les paliers 3 ne sont pas recourus ; ou le maintien des doses habituelles en association avec un analgésique de palier 3 à durée d'activité courte pour éviter le phénomène d'accumulation plasmatique.(42)

La patiente N°3, exprime spontanément cette caractéristique, l'automédication consiste à fractionner et augmenter les doses, face à une augmentation des douleurs dans le cadre de son cancer de la thyroïde. La voie d'administration nasale, soulagerait plus rapidement ces pics douloureux. Ne négligeons pas la composante de douleur psychologique, intriquée à la souffrance organique pure.

Dans le domaine de la douleur, une des principales difficultés est la représentation que le patient toxicomane véhicule dans la société et donc auprès du personnel soignant, entrainant des difficultés dans l'appréhension et la considération de sa douleur.(43,44)

Lors des entretiens, nous avons retrouvé cette sensation de représentation négative que les patients ressentent lors de leur prise en charge, expriment avoir été délaissé, stigmatisé, incompris avec parfois une difficulté à la prise en charge de leur pathologie addictive. Certains allant même jusqu'à élaborer des techniques d'évitement pour éviter d'être confronté au regard des autres.

Un travail a d'ailleurs été réalisé sur les représentations et le ressenti des internes de la faculté de Rouen face au patient toxicomane. Il en ressort que le professionnel est un citoyen sensible aux préjugés véhiculés par la société. Le patient toxicomane incarne la représentation d'un vécu pénible, une crainte de mise en échec du médecin suscitant des attitudes d'évitement.(45)

Au niveau sociologique ce concept peut être éclairé par le courant de l'interactionnisme symbolique. Ce courant sociologique américain des années 30, à pour fondements l'idée que la société est le produit de l'interaction des individus, s'opposant à l'idée du déterminisme biologique ou social de l'individu de l'époque.

Merton un grand sociologue américain associé à ce courant développe l'idée de prédiction créatrice ou prophétie autoréalisatrice selon laquelle : « La prédiction créatrice débute par une définition fausse de la situation, provoquant un comportement nouveau qui rend vraie la conception, fausse à l'origine ».
Autrement dit dévaloriser de manière répétitive une personne sur un concept aboutirait à l'échec de celui-ci. L'interaction de la personne extérieure au patient va influencer son comportement et ses conséquences. (44,46,47)

Cette interaction est donc forcément orientée par la perception de la société du patient toxicomane. Goffman sociologue canadien parle d'une stigmatisation qu'il traduit par « *une altération qui jette un discrédit profond* » ou encore « *une flétrissure ou une marque de discrédit qui frappe la personne affligée, d'un label classificatoire qui la dévalorise et déclenche se faisant une réaction négative pouvant aller jusqu'au rejet »* (Kleiman 2002.98). Deux identités interagissent dans cette relation : l'identité virtuelle (regard de la société sur l'individu) et l'identité réelle (regard introspectif de l'individu sur lui-même).

Cette stigmatisation revêt une taxinomie : les abominations du corps ; les traits de caractères ; et enfin les stigmates « tribaux ».
Pour le patient toxicomane la stigmatisation négative est donc très forte, sa réalité réelle est souvent entachée de culpabilité, de dévalorisation ; il incarne l'ensemble des stigmates. Les abominations du corps sont représentées par un corps altéré, dénutri, avec un état d'incurie. Sur le plan des traits de caractères, la réalité de la dépendance et la consommation induit le mensonge, l'impulsivité, la malhonnêteté. L'aspect tribal est corrélé à la situation de précarité sociale. Enfin, un dernier aspect ajouté en 80 (Weitz) avec la catégorie des maladies à issue fatale ou épidémiologique : la crise épidémiologique de 90, et l'image de l'héroïne de « drogue du SIDA », accentue cette stigmatisation du patient toxicomane.(48,49)

L'intrication de la stigmatisation du patient toxicomane dans la société dans la relation médecin malade pourrait entraver la guérison du patient toxicomane si l'on suit la théorie de Lacaze : *« Le stigmate psychiatrique est à priori une question qui devrait concerner au plus haut point tous les professionnels de santé mentale. La réponse publique négative attachée aux personnes qui souffrent de troubles mentaux est considérée aujourd'hui comme un obstacle majeur à l'accès aux soins, au traitement ainsi qu'à la stabilisation, la rémission voire la guérison des troubles mentaux*. » (Lacaze, 2006)(47,49,50)

Cette perspective est à associer aux innovations thérapeutiques du psychanalyste Michel Balint : Médecine et psychanalyse sont intriquées. Repérer les échanges de transfert et contre-transfert est un outil utile pour que le patient accorde sa confiance, et se délivre de sa souffrance. Cette théorie est mise en pratique par les groupes Balint pour les soignants. Des cliniciens se retrouvent pour échanger sur une difficulté rencontrée avec un patient. La dynamique de groupe favorise l'association d'idées, la prise de recul face à la subjectivité de la rencontre avec le patient, l'identification des situations transférentielles en d'autres termes tous « *les remaniements psychiques qu'il a constamment à effectuer pour assurer sa position et se repérer dans son identité professionnelle*. »(51)

Ces fondements sont des enjeux dans la relation médecin malade. Le médecin par son regard et son vécu interagit dans la relation du patient avec sa souffrance. Penser sur la relation soignant-soigné pour « panser » son patient. Un soin pour rendre accessible sa guérison au patient.

Se pose alors la question de la guérison : mais quels en sont ses contours pour le patient ? Pour le médecin ? La guérison pour le patient peut prendre une multitude d'aspect : l'arrêt de l'opiacé définitif, intermittent ; l'arrêt de la conduite gestuelle ; l'arrêt total de la substitution à long terme … Pour le médecin bien souvent la guérison incarne une situation stable sans consommation de produit, avec une bonne observance thérapeutique sans mésusage. Malheureusement comme nous l'avons décrit précédemment, le conditionnement induit par les conduites addictives prend une place importante dans la dépendance. Peut-être que la conception initiale pour le patient est en lien avec les motifs l'ayant poussé à consulter. Le médecin doit pouvoir accepter que les objectifs du patient ne soient pas toujours en correspondance immédiates avec ses attentes. Au risque de se sentir en situation d'échec par rapport aux attentes qu'il avait du patient, et induire des sentiments de déception dans la relation médecin malade, pouvant entacher la réussite de l'objectif thérapeutique. Ce travail s'inscrit dans une alliance thérapeutique, le « on » dans les entretiens en est l'exemple même. Les consultations doivent s'efforcer de définir avec le patient les objectifs mutuels et les limites de chacun : le cadre thérapeutique.

Que vient chercher le patient en consultation ? Plus qu'un médicament : c'est le médecin et sa relation humaine avec le patient dans son individualité. Dépasser la stigmatisation du toxicomane pour aider l'être en souffrance.

Quelles sont les perspectives de ce travail dans l'accompagnement médical du patient toxicomane ?

Le temps est un outil indispensable dans l'instauration de cette relation. Au fil des consultations de renouvellement de TSO, s'armer de patience pour tenter de comprendre la dynamique familiale de l'individu depuis son enfance, analyser le moment charnière de la première consommation, les effets du produit qui poussent tant le consommateur à réitérer le geste, l'effet, la représentation de son corps. Sur le plan psychiatrique, forcément rechercher les stigmates des troubles anxiodépressifs et les prendre en charge si nécessaire.

Une fois la décision du traitement instauré si celle-ci s'oriente vers la buprénorphine ne pas hésiter à majorer les doses si le patient rapporte des signes de sevrage. Tout en étant vigilant à l'association avec les benzodiazépines. Prévenir du risque des mésusages.

Tenter d'instaurer un climat d'ouverture, pour recueillir les pratiques par rapport au traitement instauré et la mauvaise observance. Si le patient malheureusement pratique le mésusage, la prescription de la formule non substituable peut me paraitre justifiée. Cette démarche s'inscrira dans une politique de prévention de réduction des risques. Ne pas le prescrire n'empêchera pas le patient de poursuivre des conduites addictives à risque.

La prévention se poursuit bien entendu en cas d'identification du mésusage par le conseil dans un objectif de réduction des risques : chauffage du traitement dans la cupule avant aspiration, et l'identification des zones du corps moins à risques pour les injections. Prescrire le matériel de désinfection et orienter le patient vers les pharmacies ou les distributeurs de kit d'injection.

Il y a aura peut-être des rendez-vous loupés, des chevauchements avec des justifications incompréhensibles et des demandes inaccessibles mais si le patient revient c'est qu'il a confiance en son médecin. Rester dans la bienveillance est parfois difficile. Le médecin veut soigner, et quand la situation lui échappe, qu'il ne trouve pas les clés pour décoder son patient, le risque de rupture et de rejet est fort. Permettre un éclairage extérieur via les groupes d'échanges de pratique peut être une importante ressource pour le médecin. Le patient toxicomane est un vecteur de multiples souffrances, l'image qu'il véhicule et les sentiments qu'il nous suscitent sont puissants et résonnent par rapport à notre vécu personnel. Cette relation implique nécessairement des transferts et contre transferts qu'il est important de repérer et d'analyser. Avoir la possibilité d'analyser des situations complexes, via un groupe de pair comme le permet les groupes Balint est une piste dans le soin et de la formation de la relation médecin malade.

CONCLUSION

Notre travail de recherche explorant la question très simple et formelle du choix de la forme du traitement de substitution, nous a amené à nous questionner sur le patient toxicomane et sa prise en charge. Dépasser le simple renouvellement du traitement de substitution pour aborder toute la complexité de la dépendance aux opiacés est une nécessité.

Cette étude nous interroge sur notre idéal de patient et notre idéal du soin au risque de l'enfermement de la déception et du rejet. Comment appréhender cette expérience intime et intense qui lie le patient au produit opiacé, qui échappe à notre réalité de « non-expérimentateur », et adapter sa prise en charge.

Ce patient qui marche sur le fil de sa vie, nous contraint à constamment remettre en question notre approche du soin, du traitement et du patient et à en définir les limites. Changer notre regard de soignant pour que le patient change le sien sur lui-même. Affronter les tabous du mésusage pour prévenir les complications et démêler leur étiologie pour espérer un jour que le patient puisse se libérer des conduites instaurées par la dépendance.

BIBLIOGRAPHIE

1. OLIVENSTEIN. C. La drogue ou la vie. Robert Laffont; 1983.

2. GIBIER L. Prises en charge des usagers de drogues. Doin. 1999. 55 p

3. CARPENTIER J. Accueillir et prendre d'un soin d'un usager de drogues en médecine de ville : pourquoi a-t-il fallu qu'il frappe à ma porte ? MILD. 1997

4. SUBUTEX et génériques - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-stupefiants-et-des-psychotropes/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/SUBUTEX-et-generiques

5. BECK F, PERETTI-WATEL P. L'heroïne entre répression et réduction des risques : comment sont perçues les politiques publiques ? Societes contemporaines. 2001;no 41-42(1):133-58.

6. CHOLLEY M, SANSOY M, FRAUGER M, COLLIN M, FABREGUETTES M, MESSINA M, ET AL. Comission nationale des stupéfiants et des psychotropes AFSSAPS 2011. 2011;25.

7. Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution aux opiacés - OFDT https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/estimation-du-nombre-de-personnes-recevant-un-traitement-de-substitution-aux-opiaces/

8. GEDDA M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.

9. FRAPPE P. Initiation à la recherche. 2011.

10. BOURGEOIS I, CITTE J. LETRILLART L. LUTSMAN M. VEGA A. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie :de « Maladie » à « Verbatim » d' « Acteur » à « Indépendance ». Exercer. 2009;

11. BOURGEOIS I, CITTE J. LETRILLART L. LUTSMAN M. VEGA A. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' « Acteur » à « Indépendance ». Exercer. 2009;

12. ROCARE. Extraits de guide pour la recherche qualitative. Disponible sur: www.ernwaca.org

13. CLAUZET P-C, COQUS J-C, BINDER P. Médecin généralistes et toxicomanies qu'en attendre ? Toxibase Volume 3. 1994

14. FREUD S. Malaise dans la civilisation, horizons sociologique. 1929. p22 p.

15. PAGES BERTHIER. Psychanalyse et toxicomanie, revue toxibase. Toxibase, Volume 2. 1993

16. SOULIGNAC R, CROQUETTE-KROKAR M. Paternité et toxico-dépendance. Dialogue. 2003;162(4):93-100.

17. LAQUEILLE, X. et K. LIOT. Addictions : définitions et principes thérapeutiques, L'information psychiatrique, vol. volume 85, no. 7, 2009, pp. 611-620

18. REYNAUD-MAURUPt C, VERCHERE C, TOUFIK A, BELLO P-Y. Les usages de l'héroïne en France chez les consommateurs initiés à partir de 1996. Psychotropes. 2003;Vol. 9(3):57-77

19. Rapport national à l'EMCDDA 2017 - Workbook 2 : Usages de substances illicites en populations générale et spécifiques. 2017

20. CADET-TAÏROU A., GANDILHON M., MARTINEZ M., MILHET M., NEFAU T., Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2016-2017).

21. VIDAL, SUBUTEX ET Buprénorphine,2019.

22. Assemblée nationale ~ PLFSS POUR 2019 (no 1297) - Amendement no 409 Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1297/AN/409

23. ANSM Commission des stupéfiants et psychotropes, session n°1, 21 mars 2013.

24. MUSCAT P. Pourquoi les usagers de la buprénorphine haut dosage préfère la forme princeps au générique ? Etude transversale quantitative auprès des patients vus en pharmacie. Thèse d'exercice. 2004.

25. « Résultats de l'enquête de satisfaction « Subutex® vs génériques » menée dans les Alpes-Maritimes, au cours du 1er trimestre 2008 », 2009.

26. BRISACIER A-C. L'objectif du tableau de bord annuel « Traitements de substitution aux opiacés » réalisé par l'OFDT est de rassembler sur ce sujet les chiffres les plus récents émanant de différentes sources et de les présenter de manière synthétique. :17.

27. Comment faire une injection a moindre risque — PsychoWiki, le wiki de Psychoactif Disponible sur: https://www.psychoactif.org/psychowiki/index.php?title=Comment_faire_une_injection_a_moindre_risque

28. You tube, Une injection à moindre risque Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=H0Czab6CiMk.

29. ESPITIA O, VIGNEAU-VICTORRI C, LELOUP P, BERNIER C, BOQUIE R, WOAYE-HUNE P, ET AL. Syndrome de Nicolau secondaire à un mésusage du générique de la buprénorphine. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/873100

30. COQUEREL A. LELONG BOULOUARD V. CEIP : rôle dans l'abord pharmacologique et médical des dépendances et addictions. Chapitre 25. P189.

31. VIDAL-TRECAN G. , NABET N. COUZIGOU C. BLANCHON T. BOISSONNAS A. VARESCO. I Usagers de drogues injectables et buprénorphine : analyse des déviations de son utilisation. OFDT.2001.

32. WEINBERG D.S.. Sublingual absorption of selected opioid analgesics. Clin. Pharmacol. Ther., 1988, 44, 335-342.

33. DOWNING J.W., GOODWIN N.M., HICKS J.. The respiratory depressive effects of intravenous buprenorphine in patients in an intensive care unit. S. Afr. Médecin. J., 1979, 55, 1023-1027.

34. GUICHARD A, LERT F, BRODEUR J-M, RICHARD L. Rapports des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec. Sciences sociales et sante. 2006;Vol. 24(4):5-43.

35. BRETON DL. Le contrecorps de la toxicomanie. Le sociographe. 31 oct 2012;n° 39(3):55-64.

36. ESCOTS S., FAHET G., Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage, investigation menée en France en 2002-2003 ,OFDT juin 2004.

37. AFSSAPS : Initiation et suivi du traitement substitutif de la pharmacodépendance majeure aux opiaces par buprénorphine haut dosage. Mise au point. Octobre 2011.

38. SANCHEZ M. Recherche de l'apaisement type héroïne sur un traitement par méthadone ou buprénorphine haut dosage. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion, médecine science 2006. P566.

39. TRACQUI A., TOURNOUD C., FLESCH F., KOPFERSCHMITT J., KINTZ P., DEVEAUX M., GHYSEL M.H., MARQUET P., PEPIN G., JAEGER A., LUDES B.Intoxications aigües par traitement substitutif à base de buprénorphine haut dosage. Pesse Med., 1998, 27, 557-561.

40. PERREIRA LE CORPS J. Etat des lieux des représentations des ressentis et des connaissances des médecins généralistes sur la douleur des patients toxicomanes aux opiacés. Thèse d'exercice de médecine générale. 2013.

41. COMPTON P, CHARUVASTRA VC, LING W. Pain intolerance in opioid-maintained former opiate addicts: effect of long-acting maintenance agent. Drug Alcohol Depend. 1 juill 2001;63(2):139-46.

42. CLUD, Protocole de prise en charge des douleurs faibles à modérées et des douleurs fortes de patients substitués par Buprénorphine ou Méthadone pour une pharmacodépendance majeure aux opiacés, Hôpital de Toulouse, Intranet, 2013.

43. BOULET E. Influences des représentations des soignants dans le soulagement de la douleur du patient toxicomane sevré en unité de soins palliatifs. Médecine humaine et pathologie. –2018. Dumas-02096956.

44. JOYE C. « Dynamique et impacts des représentations négatives des infirmiers à l'égard des patients toxicomanes », Haute école de santé, Fribourg, juillet 2009).

45. KERCHOUCHE B. État des lieux des représentations et du ressenti des internes de médecine générale de Rouen en fin de cursus face à un patient toxicomane. :151.

46. BUIS, CARA, DEFORENNE, DOGANNE, KARADEMI, L'efficacité de l'effet Pygmalion dans le milieu scolaire peut-elle être prouvée scientifiquement, Université de Grenoble, dossier 2018.

47. LACAZE L. L'interactionnisme symbolique de Blumer revisité. Societes. 16 déc 2013;n° 121(3):41-52.

48. RIVOIRARD A. Le toxicomane : une figure de l'errant ? Le sociographe. 21 avr 2016;N° 53(1):I-XIII.

49. LACAZE L. Le stigmate au miroir de l'estime de soi [Internet]. https://www.academia.edu/14032104/Le_stigmate_au_miroir_de_lestime_de_soi

50. LACAZE L. La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée. Nouvelle revue de psychosociologie. 26 juin 2008;n° 5(1):183-99.

51. REZNIK F. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. Le Journal des psychologues. 2009;270(7):29-30.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps du SUBUTEX au générique.

L'entretien est enregistré afin de retranscrire ultérieurement l'échange, il est anonyme et confidentiel.

Explication de la note d'information et signature du consentement.

- Pour commencer : votre âge, âge et mode d'entrée du début de la consommation en opiacés ? Comment cela s'est passé ?

  X. Quel est votre parcours dans la substitution des traitements substitutifs oraux ? La première fois que vous avez pris un TSO (était-ce sur ordonnance, l'avez-vous acheté, vous l'avait on donné ? Vos motivations à être substitué ? Molécules de substitution ? Formule princeps et générique ?

  XI. A quoi vous sert le traitement ? Quelle est son utilité ?

  XII. Dans la théorie, comment doit-on prendre le SUBUTEX® ? Comment le prenez-vous ? Tous les jours ? Les horaires ? En combien de fois ? Avec respect de la dose prescrite ? Par quelle voie d'administration ? En avez-vous déjà revendu ou donné ?

  XIII. Que pensiez-vous des génériques d'une manière générale avant l'expérience du SUBUTEX® ? Et maintenant ?

  XIV. Quelles sont vos motivations à préférer le princeps du SUBUTEX ? Quels avis extérieurs (amis, médecins, soignants, pharmaciens) avez-vous entendu (avant ou après la substitution) ?

  XV. Quelles différences avez-vous pu constater ?
  Le packaging de la boite ? Les comprimés ? La taille ? Le goût ? La dissolution du comprimé, l'effet à court terme et à long terme (pour l'administration orale, nasale ou IV) ? Effets indésirables ?

  XVI. Comment votre médecin appréhende votre demande pour la formule princeps ? Quels arguments avez-vous pu lui apporter pour justifier votre demande ? Quels sont ceux que vous n'avez pas voulu lui communiquer par crainte de jugement sur une modalité de prise différente de la théorie.

  XVII. Quelles sont vos habitudes ou rituels dans l'organisation de la prise de votre traitement ? Modalité de rendez-vous avec votre médecin ? Heures de retrait du traitement à la pharmacie, pharmacien qui gère la délivrance ? Prise du traitement et rangement de celui-ci ? Est-ce important pour vous ?

  XVIII. Quel ressenti avez-vous face au regard des autres sur votre traitement ?

- Pour finir, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Un grand merci pour votre participation.

Annexe 2 : Note d'information

NOTE D'INFORMATION A L'INTENTION DES PARTICIPANTS

Coordinateur de la Recherche

Dr THIBERVILLE Jean, Médecin Généraliste

Cabinet Médical : 1 rue de l'Eglise 76150 MAROMME. Téléphone : 02 35 75 32 75

Investigateur principal

Melle BARON Charlotte

Vous êtes invités à participer à une étude menée dans le cadre de mon travail de thèse en médecine générale.

Si vous acceptez d'y participer, je vous ferai remplir un formulaire de consentement qui attestera de votre participation.

1. Procédure de l'étude

Vous serez interrogé lors d'un entretien individuel par l'investigateur principal en face à face. Par soucis de commodité l'échange sera enregistré par dictaphone. L'interrogatoire portera sur les traitements substitutifs oraux par SUBUTEX® formule princeps et générique (durée 30m à 45m).

2. Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque pour le sujet, ni geste thérapeutique, ni test thérapeutique. Si vous estimez que l'orientation des questions peut attenter à votre pudeur ou votre intimité, vous êtes libre de demander l'arrêt de l'entretien.

3. Objectif de l'étude

L'étude a pour objectif d'étayer les connaissances dans le domaine des prescriptions médicales du SUBUTEX®, et d'améliorer la compréhension du patient dans son lien avec son traitement chronique.

4. Participation volontaire

Vous êtes entièrement libre de participer à cette étude. Si durant l'entretien, vous estimez le besoin de mettre fin à votre participation, vous avez juste à me le signaler ; aucune justification ne vous sera demandée. Les informations recueillies seront détruites.

5. Confidentialité des données personnelles ou médicales

L'entretien est entièrement confidentiel et anonyme. Aucune information ne sera transmise à votre médecin généraliste. Les enregistrements seront dactylographiés rapidement et détruits après leur retranscription.

Annexe 3 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :

Je déclare accepter librement, après lecture de la note d'information, de manière éclairée à participer comme sujet à l'étude : *« Quelles sont les motivations des patients traités par BUPRENOPRHINE haut dosage à préférer la formule princeps au générique chez les patients sevrés ou non en opiacés (consommation occasionnelle ou régulière concomitante à la prise de traitement)? »*

Sous la direction : Dr THIBERVILLE Jean, Médecin Généraliste

Cabinet médical : 1 rue de l'Eglise 76150 MAROMME. Téléphone 02 35 75 32 75

Promoteur : Département Universitaire de Médecine Générale,

Faculté de Médecine et de Pharmacie, 22 Boulevard Gambetta 76000 ROUEN ;

Téléphone : 02.35.14.85.55

Investigateur Principal : BARON Charlotte

Fait à Le En deux exemplaires

Signatures

Le Participant L'investigateur principal

BARON Charlotte

Annexe 4 : Entretiens

ENTRETIEN N°1

CB : Comme je vous l'ai dit je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps « non substituable » du SUBUTEX® au générique.

J'enregistre l'entretien pour le retranscrire après.

Pour commencer : votre âge, âge et mode d'entrée du début de la consommation en opiacés ?

PATIENT n°1 : Presque 50. Pour quelle drogue ? L'héro 14 ans, bah en shoot.

CB : Quel est votre parcours dans les traitements substitutifs oraux ? La première fois que vous avez pris un TSO (était-ce sur ordonnance, l'avez-vous acheté, vous l'avait on donné ?

PATIENT n°1 : A 36 ans, le SUBUTEX® sur ordonnance, il n'y avait que ça. C'était carrément galère. Les médecins ne voulaient pas nous le donner.

CB : Vos Motivations à être substitué ? Molécules de substitution ? Formule princeps et générique ?

PATIENT n°1 : bah j'avais pas une tune. Je m'étais fait attraper par les keufs. J'avais eu plusieurs obligations de soins, mais je les avaient pas faites. Comme je l'ai dit au début c'était que le SUBUTEX®. Mais personne ne nous le donnait. Ou alors pas assez. J'avais un médecin qui me disait : « moi je suis pas d'accord avec ça, alors je vous prescris cette dose là mais pas plus ». Au final, j'étais sous dosé, je tremblais, j'avais des sueurs, et je reconsommais. Un jour, je suis allé voir le Dr R. Il m'a sauvé la vie. Il m'a dit « on va mettre un bon dosage, tu vas un peu dormir et après on diminuera », et à partir de là, c'était nickel. On a essayé les génériques quand ils sont sortis mais c'était de la merde, ça marchait pas, en plus ils étaient dégueulasse. J'étais en manque et j'avais mal à la tête.

CB : Dans la théorie, comment doit-on prendre le SUBUTEX® ?

PATIENT n°1 : Bah dans la bouche, sous la langue. Moi c'est le matin pendant le café.

CB : Et en combien de fois

PATIENT n°1 : bah une fois.

CB : Vous l'avez déjà pris autrement ?

PATIENT n°1 : ouai en sniff. Je sais même pas pourquoi en fait.

CB : Vous ne savez pas pourquoi ?

PATIENT n°1 : Peut-être pour voir, comme ça.

CB : Autrement en shoot ?

CB : non ça, jamais. Je sais qu'il y en a qui le font mais pas moi.

CB : En avez-vous déjà revendu ou donné ?

PATIENT n°1 : Non pas revendu. Donné, oui, a des potes en galère.

CB : Que pensez-vous des génériques d'une manière générale, en dehors de l'expérience du SUBUTEX ?

PATIENT n°1 : bah avant je pensais rien. Je pensais que c'était pareil. Après je prends pas beaucoup de médicaments.

CB : Quels avis extérieurs (amis, médecins, soignants, pharmacien) avez-vous entendu (avant ou après la substitution) sur la différence princeps et générique ?

PATIENT n°1 : Avant rien. Quand on est passé au générique, et que ça n'allait pas, le Dr R., m'a dit que y avait des patients avec qui ça marchait moins.

CB : Quelles différences avez-vous pu constater ? Le packaging de la boite ? Les comprimés ? la taille ? Le goût ? La dissolution du comprimé, l'effet à court terme et à long terme (pour l'administration orale, nasale ou IV) ? Effets indésirables ?

PATIENT n°1 : bah la boite, je m'en fou. Après ouais les comprimés sont plus petits. Le goût est encore plus dégueulasse, comme un goût de carton. Et puis c'est granuleux après on a plein de grumeaux dans la bouche. Il fallait au moins 4-5 cafés pour passer le gout. Il faudrait tester docteur ! Avec moi, ça marchait pas, alors que ça faisait longtemps que j'étais au même dosage. Je tremblais, j'avais des sueurs. Et puis j'avais carrément mal à la tête et au bide. Avec des remontées acides.

CB : Comment votre médecin appréhende votre demande pour la formule princeps ? Quels arguments avez-vous pu lui apporter pour justifier votre demande ? Quels sont ceux que vous n'avez pas voulu lui communiquer par crainte de jugement sur une modalité de prise différente de la théorie.

PATIENT n°1 : bah je lui ai dit ce que je viens de vous dire. Et il a dit bah, ok. Non je lui ai tout dit.

CB : Quelles sont vos habitudes ou rituels dans l'organisation de la prise de votre traitement ? Modalités de rendez-vous avec votre médecin ? Heures de retrait du traitement à la pharmacie, pharmacien qui gère la délivrance ? Prise du traitement et rangement de celui-ci ? Est-ce important pour vous ?

PATIENT n°1 : La pharmacie, c'est un sketch ; on est mal reçu. Ça prend 3 plombes. Ils déposent les boîtes direct sur le comptoir devant tout le monde.

CB : Mais dans vos habitudes ?

PATIENT n°1 : Oui j'ai des habitudes, le rendez-vous le vendredi. Je prends mon traitement avec mon café, ça c'est important pour la journée. Sinon je sais que je ne vais pas être bien.

CB : Pour finir, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Patient N°1 : Franchement ce traitement il faut le prescrire à tous les jeunes qui sont en galère. Moi, il m'a sauvé la vie. Il y a trop de médecin qui ne veulent pas le prescrire, c'est trop compliqué de trouver un médecin qui vous prend au sérieux.

ENTRETIEN N°2

CB : Comme je vous l'ai dit je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps « non substituable » du SUBUTEX® au générique.

J'enregistre l'entretien pour le retranscrire après.

Pour commencer : votre âge, âge et mode d'entrée du début de la consommation en opiacés ?

PATIENT n°2 : 37 ans. J'avais 25 ans quand j'ai commencé l'héroïne et la cocaïne. En sniff. Jamais injectée et jamais fumée.

CB : Quel est votre parcours dans les traitements substitutifs oraux ? La première fois que vous avez pris un TSO (était-ce sur ordonnance, l'avez-vous acheté, vous l'avait-on donné ?

PATIENT n°2 : Euh alors, j'ai été, j'avais déjà été, j'ai arrêté. Et malheureusement, je suis retombée. La première fois j'ai arrêté, j'avais 25 ans. Donc bah j'ai pris pendant 5 ans, le normal, le SUBUTTEX®. Après j'ai arrêté et j'ai repris il y a pas longtemps ? Ça va faire 4 ans là. C'était sur ordonnance. On m'en a jamais donné.

CB : Vos Motivations à être substitué ? Molécules de substitution ? Formule princeps et générique ?

PATIENT n°2 : J'ai déjà eu le générique, mais je ne le supporte pas.

CB : Dans la théorie, comment doit-on prendre le SUBUTEX® ?

PATIENT n°2 : Euh, bah sous la langue, le laisser fondre. Tous les matins en une fois.

CB : Et vous le prenez comment ?

PATIENT N°2 : Sous la langue de la même manière**.** Bah, là vu que j'essaie de diminuer généralement, je le prends en deux fois. Là je suis à 16, donc je prends 8 le matin et j'essaie de prendre un peu plus tard si jamais je ne suis pas bien.

CB : Vous l'avez déjà pris autrement ?

PATIENT n°2 : Ça m'est arrivé de le prendre autrement en sniff. Le générique et le non substituable. Mais le non substituable est plus efficace pour les douleurs.

CB : Pour qu'elles raisons ?

PATIENT n° 2 : Au niveau du geste, et euh. Bah en fait ça monte plus vite. Au niveau du … Quand je prends en sniffant, en fait c'est parce que je suis très douloureuse, parce que je suis malade, et du coup bah… Ça me calme les douleurs. C'est vrai, et du coup, c'est pour ça que j'ai augmenté aussi, du coup j'ai tendance à prendre un peu plus. J'ai un cancer de la thyroïde.

CB : En avez-vous déjà revendu ou donné ?

PATIENT n°2 : Jamais.

CB : Vous pensez quoi, des génériques d'une manière générale ?

PATIENT n° 2 : Bah, je suis pas fan. Parce qu'en fait, j'ai des maux de tête du coup c'est pas…

CB : Pour le SUBUTEX® mais pour les autres médicaments ?

PATIENT n°2 : Généralement ça m'arrive de prendre le générique. Juste le doliprane® qui fait moins effet au niveau du générique.

CB : Quels avis extérieurs (amis, médecins, soignants, pharmaciens) avez-vous entendu (avant ou après la substitution) sur la différence princeps et générique ?

PATIENT n°2 : Non jamais. Non.

CB : Quelles sont vos motivations à préférer la formule princeps au générique ?

PATIENT n°2 : Le SUBUTEX® ne me donne pas mal à la tête. Moi je sais qu'il me donne mal à la tête. En plus au niveau du gout, c'est pas génial.

CB : Quelles différences avez-vous pu constater ? Le packaging de la boite ? Les comprimés ? la taille ? Le goût ? La dissolution du comprimé, l'effet à court terme et à long terme (pour l'administration orale, nasale ou IV) ? Effets indésirables ?

PATIENT n°2 : Non, sinon l'effet est pareil. Euh non, bah, le générique est plus petit. Le goût n'est pas le même, c'est plus farineux, c'est moins agréable. Ça se dissout moins vite. Au niveau de l'effet, ça fait pareil. Bah c'est surtout les maux de tête, à long terme.

CB : Comment votre médecin appréhende votre demande pour la formule princeps ? Quels arguments avez-vous pu lui apporter pour justifier votre demande ?

PATIENT n° 2 : Je l'ai pris pendant 2 ans. J'ai demandé au médecin de changer parce que je ne le supportais plus. Bah je lui ai expliqué comme je viens de vous dire, que je ne supportais pas le gout et que…

CB : Quels sont ceux que vous n'avez pas voulu lui communiquer par crainte de jugement sur une modalité de prise différente de la théorie.

PATIENT N°2 : Non du tout.

CB : Quelles sont vos habitudes ou rituels dans l'organisation de la prise de votre traitement ? Modalité de rendez-vous avec votre médecin ? Heures de retrait du traitement à la pharmacie, pharmacien qui gère la délivrance ? Prise du traitement et rangement de celui-ci ? Est-ce important pour vous ?

PATIENT n°2. Euh généralement, je le prends le matin. Après mon déjeuner. Je prends d'abord mon déjeuner et je le prends après, parce que sinon au niveau du gout c'est euh… bah il y a quand même un gout, moins que ... Sinon ça passe pas. Il faut vraiment que ce soit à heure fixe, sinon je suis pas bien.

Nous, j'ai toujours été au même pharmacien. Avant c'était sur Cherbourg, j'allais au centre exprès.

CB : Pour finir, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Patient N°2 : Non rien.

ENTRETIEN N°3

CB : Comme je vous l'ai dit je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps « non substituable » du SUBUTEX® au générique.

J'enregistre l'entretien, ensuite il sera effacé.

Pour commencer : votre âge, âge et mode d'entrée du début de la consommation en opiacés ?

PATIENT n°3 : 32 ans.

CB : Votre âge dans le mode d'entrée du produit pour lequel vous êtes traitée par le SUBUTEX® ?

PATIENT n°3 : D'accord, donc on parle que du SUBUTEX®, pas du LEXOMIL®. En fait, j'ai le SUBUTEX® pour l'IXPRIM® ; j'ai eu un mal de dos. On m'a prescrit de l'IXPRIM®, et puis ça ne passait pas, donc j'en ai pris de plus en plus. Et après. J'avais 25 ans.

CB : Quel est votre parcours dans les traitements substitutifs oraux ? La première fois que vous avez pris un TSO (était-ce sur ordonnance, l'avez-vous acheté, vous l'avait-on donné ?

PATIENT n°3 : On a mis beaucoup de temps pour me le prescrire parque... l'IXPRIM® c'était pas une … pour eux ce n'était pas grave. Il a fallu que je fasse des crises d'épilepsie, des crises de manque, pour que vraiment ils voient que...ça n'allait pas. Enfin, il y a eu une réunion, j'ai été suivie par le Dr à saint julien, c'est une addictologue. Ils on eut une réunion et ils ont décidés de me substituer. Il y a à peu près 2 ans et demi.

CB : Vos motivations à être substitué ? Molécules de substitution ?

PATIENT n°1 : Moi, je pensais pas avoir besoin de la substitution. On a essayé de baisser. De baisser et je n'arrivais pas. J'allais voir plein de médecin pour avoir des ordonnances. J'ai fait des fausses ordonnances, il y a eu une condamnation au tribunal. Et elle ne m'a plus laissé le choix, elle m'a dit qu'elle ne pouvait plus me prescrire de l'IXPRIM®, car c'était trop dangereux. J'ai eu une prise de conscience et j'ai accepté, le traitement. Mais ce n'est pas venu de moi.

CB : Formule princeps et générique ?

Patient n°3 : La première fois, c'était le SUBUTEX® non substituable, donc il était gros et c'était pas bon. Puis le générique il y avait beaucoup moins d'effet et il est tout petit, il a moins mauvais gout. Mais j'avais l'impression que c'était pas du tout pareil, alors que c'était le même dosage.

CB : Dans la théorie, comment doit-on prendre le SUBUTEX®?

PATIENT n°3 : oui sous la langue. Au début par contre, on ne m'a pas dit : c'est que sous la langue. Donc moi, je l'avalais. Je pensais que si je l'avalais, c'était pareil. Moi je le prends en une fois.

CB : Vous l'avez déjà pris autrement ?

PATIENT n°3 : on m'a dit qu'on pouvait le prendre par d'autre moyen, fin j'ai des amis qui le font. Mais moi, ça ne m'a jamais attirée.

CB : Que pensez-vous des génériques d'une manière générale ? ?

PATIENT n° 3 : je pense que c'est jamais pareil que le vrai médicament. Au niveau de l'effet, de la forme. Je ne sais pas, par exemple au niveau du paracétamol le générique, il y a toujours un gout, c'est pas en gélule, alors que si on prend la vraie formule c'est fin, c'est pas pareil. Enfin moi, je sens une différence. C'est peut-être psychologique.

CB : Quand on vous prescrit un médicament, quelle votre réaction par rapport au générique ?

PATIENT n°3 : J'accepte le générique. Je préfère le vrai, mais après je sais que c'est… il faut vraiment écrire à chaque fois non substituable. Et je demande pas à chaque fois.

CB : Quels avis extérieurs (amis, médecins, soignants, pharmaciens) avez-vous entendu (avant ou après la substitution) sur la différence princeps et générique ?

PATIENT n°3 : C'est après, que le Dr. Il avait eu aussi beaucoup de retour sur le … générique. On lui disait que c'était pas le même… Que la dose était moins forte. C'est exactement ce que j'ai ressenti. J'ai vu beaucoup sur des forums, après non. J'ai pas des très bon rapport avec les pharmaciens. C'est très compliqué.

CB : Quelles sont vos motivations à préférer le non substituable au générique ?

PATIENT n°3 : Plus par rapport à l'effet.

Quelles différences avez-vous pu constater ? Le packaging de la boite ?

PATIENT n°3 : bah c'est déjà beaucoup plus sécurisé, le SUBUTEX®. Un enfant, il ne peut pas l'ouvrir. Parce que les petites pilules, le générique, on le prend comme un comprimé. Bon, j'ai toujours fait attention de le mettre, en hauteur etc... Car elle commence à être grande, et qu'elle veut prendre un médicament pour la tête. Elle ne pourra pas l'ouvrir. Elle se dira : « ah oui, non c'est pas bon » ; Parce que je lui ai déjà montré que ces médicaments-là, il ne fallait pas y toucher.

CB : Les comprimés ? la taille ? Le goût ? La dissolution du comprimé ?

PATIENT n°3 : ils sont tout petits. Le gout c'est dégoûtant les deux. Mais c'est moins dégoûtant le générique. Moins horrible que le vrai, parce que c'est vrai qu'en plus il est... vraiment il est tout petit. Et l'autre il est vraiment plus gros. Le SUBUTEX®, se dissout mieux, j'ai l'impression, qu'il prend moins de temps. Alors que l'autre, il fallait vraiment que je me réveille, à 4h00, 4h30 et que je jusqu'à 7h00 je reste avec le médicament dans la bouche. Hors, là je me réveille, une heure avant, et puis ca peut même m'arriver de m'endormir, parce que… bah maintenant je ne l'avale plus par reflexe donc euh…

CB : l'effet à court terme et à long terme (pour l'administration orale, nasale ou IV) ? Effets indésirables ?

PATIENT n°3 : bah, je le sens plus en fin de journée. C'est-à-dire qu'en fin de journée, j'ai des sueurs, des tremblements comme un syndrome de manque. Que j'ai plus avec le générique. Au début, comme j'ai commencé avec le générique, avec le générique, après c'est passé. Je sais pas si c'est lié. Après je ne me suis pas posé la question. J'ai eu des nausées, des maux de tête énormes. Bon la constipation c'est toujours.

CB : Comment le changement s'est réalisé du générique au non substituable ?

PATIENT n°3 : C'est la pharmacie. En fait, c'est. Je suis allée à la pharmacie, il n'avait plus le générique. Donc, ils m'ont dit, on va vous donner le … bah le SUBUTEX®. Elle m'a dit vous sentirez aucune différence, c'est exactement pareil. Je lui ai dit, bah d'accord. De toute façon, elle avait pas, je n'avais pas le choix. Et moi, je me suis rendue compte, que je me sentais mieux, comme ça. Donc j'en ai parlé au médecin, et il m'a dit : « si vous préférez, on va mettre non substituable, mais il y a vraiment pas de différence hein, c'est dans votre tête, elle m'a dit ça. ». Alors que je n'avais aucun à priori sur les génériques.

CB : Comment votre médecin appréhende votre demande pour la formule princeps ? Quels arguments avez-vous pu lui apporter pour justifier votre demande ?

PATIENT n° 3 : bah, au début, elle ne voyait pas l'utilité. Après, ici là-dessus, ils ont été sympathique parce que ce n'était pas écrit non substituable, au départ. Et je leur demandé si je pouvais avoir le SUBUTEX® avec écrit sur la boite. Et euh, ils ont accepté. Donc après, elle a bien voulu me laisser sur le non substituable.

CB : Vous lui avez dit quoi à votre médecin ?

PATIENT n°3 : j'ai dit que je ressentais des différences. Elle m'a dit que ce n'était pas possible. Non, c'est impossible. C'était très compliqué. C'est pour ça que euh, par chance je ne sais pas. Elle a été arrêtée, pendant quelques mois. Elle m'a conseillé ce cabinet, j'ai rencontré le Dr R. Et après même quand elle est revenue, je n'ai pas souhaité retourner la voir. Parce que elle était déterminée, sur ... Non on ne peut pas changer, on ne peut pas augmenter les doses, on ne peut pas les baisser. Elle ne m'a pas... euh. Enfin j'ai vu sur internet, qu'on peut augmenter les doses progressivement, pour trouver le juste milieu. Si besoin changer. Mais non elle était déterminée. Je pense que c'est une personne qui n'a jamais eu ce genre de problème.

CB : Et la confiance dans cette relation ?

PATIENT n°3 : J'avais pas vraiment confiance. Je la voyais une fois par mois, pour mon ordonnance, elle prenait juste le temps de savoir : « est ce que vous avez reconsommé ou pas ? Est-ce que, vous avez pris d'autre drogues? La dose était trop basse au début. Quand je suis venue voir le Dr R., j'étais à 8mg au début, je lui ai expliqué mes sueurs et tout ça, qu'il a vu de toute façon pendant mes rendez-vous. On a trouvé la bonne dose.

CB : Quels sont ceux que vous n'avez pas voulu lui communiquer par crainte de jugement sur une modalité de prise différente de la théorie.

PATIENT N°3 : Non c'est au début. Moi j'avais l'impression que ça ne marchait pas du tout sur moi le SUBUTEX®. Parce que j'étais toujours en manque. Elle m'a dit de toute manière : « si vous prenez en même temps du TRAMADOL® ou de l'IXPRIM®, ça ne fonctionnera pas. » Donc j'ai essayé pour voir, et ça fonctionnait quand même. Donc j'en ai déduit que j'étais sous dosée. Mais ça, elle a jamais voulu l'entendre.

CB : Quelles sont vos habitudes ou rituels dans l'organisation de la prise de votre traitement ? Modalité de rendez-vous avec votre médecin ? Heures de retrait du traitement à la pharmacie, pharmacien qui gère la délivrance ? Prise du traitement et rangement de celui-ci ? Est-ce important pour vous ?

PATIENT n°3 : Non en fait, j'ai jamais eu de soucis avec le SUBUTEX® ; Pour moi, j'avais envie de m'en sortir donc j'ai respecté les doses. Oui c'est important, ça me trotte dans la tête quand même. Car je sais que si, il n'est pas là, je me sentirai mal. Et je ne veux pas que ma fille me revoie faire des crises d'épilepsie ou quoique ce soit. Après oui, j'ai des habitudes pour les ranger, je le trie pour être sure, d'en avoir. Les médicaments je les range dans une boite, pour être sûre de bien gérer. Quand je vais voir le Dr R. « il me demande, on renouvelle quoi ? ». Mais des fois, c'est aussi à moi de me souvenir. Et puis des boites en hauteur. Et puis, je jette les boites car j'ai peur que quelqu'un lise SUBUTEX®. Ça c'est très important, et à la pharmacie, j'essaie d'y aller quand il n'y a pas trop de monde. Parce qu'elle pose les boites comme ça, surtout que c'est une toute petite ville.

CB : Pour finir, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Patient N° 3 : Bah moi je trouve que c'est dommage, que les docteurs écoutent pas toujours les malades. Parce que oui, ils sont docteurs, ils ont des années de ... je comprends ils ont des années de médecine etc... Mais c'est vrai, qu'ils ne sont pas forcément passés par là, donc des fois, écouter

quand même le patient c'est…ça peut être un petit peu… En plus j'ai l'impression que le Dr R. il écoute plus ce que j'ai à lui dire, je lui dis tout. Elle j'ai pu lui mentir sur des ordonnances etc…plein de choses. Alors qu'avec le Dr R. je suis cash avec lui. Après il me dit : « bon ben, ça c'est pas, on va pas pouvoir faire comme ça, je vais pas pouvoir vous prescrire plus. » Mais je lui dis tout. Comme ça, c'est plus facile, et j'ai l'impression d'être mieux comprise en allant voir un médecin généraliste, que quand je voyais l'addictologue.

J'ai l'impression que les médecins, il se mettent pas à notre place. Ils ont l'impression que c'est une drogue qu'il nous prescrivent. Alors que non, ça calme juste, le manque. Ça me permet de ne pas prendre de TRAMADOL®. Ça me permet de ne pas dépasser les doses, de ne pas mettre ma santé en danger, de ne pas m'entendre dire : « bah si vous continuez comme ça, votre fille vous ne la verrez pas grandir ». Ça me permet juste, d'être stabilisée, de me sentir bien, de pouvoir faire des choses avec elle. Et puis de vivre tout simplement, de vivre en fait. Moi j'ai pas d'effets : je me sens bien, ça me boost pas comme le TRAMADOL® ; c'est juste ça. En trouvant la bonne dose, oui c'est ce qui me convient.

ENTRETIEN N° 4

CB : Comme je vous l'ai dit je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps « non substituable » du SUBUTEX® au générique.

J'enregistre l'entretien pour le retranscrire après.

Pour commencer votre âge ?

PATIENT n°4 : 45

CB : L'âge que vous aviez quand vous êtes rentré dans la consommation ?

PATIENT n°4 : je devais avoir 21 ans.

CB : C'était pour quel produit ?

PATIENT N°4 : l'héro

CB : Comment ? Par quelle voie d'administration ?

PATIENT N°4 : bah euh... en sniff

CB : Votre parcours dans les traitements substitutifs oraux ? A quel âge vous avez pris le premier traitement de substitution ?

PATIENT N°4 : y a … (rires), ché même pas, y'a des années déjà. Parce que j'ai consommé pendant 4 ans, je crois. 4 ans pis j'ai décroché la première fois sans cachet. Mon père m'a enfermé hé hé, dans le sous-sol. Il m'a dit : tu vas décrocher de ta merde, tout seul sans cachet.

CB : il vous a enfermé pendant combien de temps ?

PATIENT n°4 : 15 jours.

CB :15 jours enfermé dans la cave !

PATIENT n°4 : ouais, je tapais dans les murs, tout. J'avais les jambes, elles bougeaient toutes seules, la nuit. Ah ouais mon père, il a voulu me tuer de toute façon.

CB : et au bout de 15 jours ?

PATIENT n°4 : bah il m'a dit : vas-y, tu peux remonter, dans le pavillon en haut.

CB : et vous étiez sevré.

PATIENT n°4 : ouais entre guillemets. Ouais, je marchais au ralenti. J'avais mal partout...

CB : en quantité vous aviez quelle consommation ?

PATIENT n°4 : bah, à la fin. Ouais bah...bah euh je m'injectais 5g par jour.

CB : Donc au début c'était en sniff et après injecté. En combien de temps vous êtes passé de l'un à l'autre ?

PATIENT n°4 : en … 6 mois. Mais moi j'ai perdu tout...hein. J'étais un sportif professionnel.

CB : Vous faisiez quoi comme sport ?

PATIENT n°4 : du motocross. Et mon père, il m'a entre guillemet : crevé avec une pompe dans le bras !

CB : ah, c'est-à-dire ?

PATIENT n°4 : bah, euh : je vivais chez mon père. Et mon père, il avait des doutes sur moi. Et il y avait quelqu'un de son boulot qui lui avait parlé. Et euhh... lui il a été se laver. Et puis vu qu'il avait un doute, il a ouvert la fenêtre de la salle de bain. Il l'a replaquée, sans la fermer.il a fait le tour de la maison. Moi, j'ai été me laver. Et heu, j'étais en train de m'injecter, il a poussé la fenêtre de l'extérieur. Il m'a dit : attends je fais le tour…

CB : Et après, il vous a enfermé dans la cave.

PATIENT n°4 : ouais, euh non, il m'a tapé sur la gueule. Et puis même le subutex®, il comprends pas.. Pourquoi je prends du sub en fait.

CB : Et donc la première fois que vous avez pris un TSO ?

PATIENT n°4 : après j'ai repris de l'héro, j'ai repris de l'héro pendant 1 an. Puis après heu... heu... j'ai fait connaissance avec un médecin à Duclair. Mais maintenant, il est à la retraite, et c'est lui qui m'a donné un traitement de SUBUTEX.

CB : Donc la première fois que vous avez pris du SUBUTEX c'était sur ordonnance. Le non substituable ou le générique ?

PATIENT n°4 : ah non c'était le SUBUTEX, la marque. Parce qu'avant nous, nous je me rappelle, c'était avant que je prenais le SUBUTEX. Avant que ça sorte on prenait du NEOCODION. On les lavait pour éviter de se gratter partout..

CB : Dans la théorie ,savez-vous comment doit-on prendre le SUBUTEX?

PATIENT n°4 : ouais sous la langue (rires).

CB : Et en combien de fois

PATIENT n° 4 : en 1 fois (rires).

CB : Donc ça c'est dans la théorie. Et vous, est ce que ça vous est arrivé de le prendre autrement ?

PATIENT n°4 : ah bah oui. Moi je l'injecte. J'aimais en sniff. Je sais pas le sniff, ça me fait trop mal à la tête.

CB : vous avez déjà essayé alors ?

PATIENT n°4 : ouais, j'ai essayé une fois, et j'ai eu un mal de crâne, pas possible. J'étais obligé de prendre des cachés.

CB : et pourquoi, vous injectez ?

PATIENT n°4 : C'est juste pour retrouver le geste. Parce que ça fait pas plus d'effet qu'autre chose hein..

CB : et par rapport au manque ?

PATIENT n°4 : Non c'est même pas une question de manque. Parce que, que je le prenne sous la langue ou que je l'injecte, c'est exactement pareil. Sauf qu'on est plus facilement malade. Parce que, faut pas croire, quand on se l'injecte, on en perds. Quand j'injecte, j'injecte jamais tout ; parce qu'il y à l'amidon qui est au fond, ça je le prends jamais ça. Et heu... bah tout ça, il y a encore un peu de caché dedans. Ça veut dire qu'on en perd. Automatiquement. Et puis on y arrive jamais du premier coup.

CB : Pour vous, c'est le geste ?

PATIENT n°4 : oui, c'est le geste qui est important. C'est juste ça. C'est pour ça qu'on se l'injecte. Parce que y a pas d'effet, heu, y a aucun effet.

CB : Vous avez déjà réfléchi, à la raison que vous avez de faire le geste ?

PATIENT n°4 : Non. Si par exemple, je pars avec des copains, je suis bien avec eux tout ça, je vais être pendant 15 jours sans le faire. Ou 1 mois, voilà. Mais dès que je me retrouve tout seul (rires), je me dis tiens, je peux me faire un truc. C'est pas une question que je suis stressé ou quoi, non, non voilà.

CB : en avez-vous déjà revendu ou donné ?

PATIENT n°4 : ouais ouais donné, parce que je m'arrange avec un copain. Quand j'arrive, et j'ai pas le temps d'aller chez le médecin … hop il m'en dépanne, moi je lui en dépanne. Mais j'en vends jamais, c'est hors de question.

CB : et au niveau du respect des doses inscrites sur l'ordonnance ?

PATIENT n°4 : ouais ça arrive, que j'en prenne un peu plus. Et le lendemain, mince je vais en prendre un peu moins. C'est un équilibre, entre guillemets. Moi je le revendrais jamais mon SUBUTEX®, ah non.

CB : Que pensez-vous des génériques d'une manière générale, en dehors de l'expérience du SUBUTEX ?

PATIENT n° 4 : Bah moi, je les prends les autres cachets de génériques. Mais non le SUBUTEX® en générique, non, non je le prends pas. Mais pour les autres, je vois pas la différence.

CB : Quand est-ce que vous avez eu le générique ?

PATIENT n°4 : C'est juste mon copain, qui m'en a dépanné une fois, parce la pharmacie, ils se sont trompés. Et ils ont pas voulu les reprendre. Et il m'a dépanné ça …mais j'avais pas le choix. (rires).

CB : Et donc pourquoi, vous préférez le non substituable ?

PATIENT n°4 : bah… pour me l'injecter.

CB : Quelle différence avec le générique ?

PATIENT n°4 : C'est carrément galère pour l'autre.

CB : Avez-vous déjà entendu des avis extérieurs sur une différence entre le non substituable et le générique?

PATIENT n°4 : non jamais. A part pour se l'injecter et pour la revente.

CB : C'est-à-dire ?

PATIENT n°4 : bah tout le monde recherche le SUBUTEX®, pas le générique.

CB : et ça se revend combien ?

PATIENT n°4 : ah bah, vous serez dingue : 10 euros le comprimé de 8.

CB : 10 euros le comprimé de 8 ? c'est cher.

PATIENT n°4 : ah bah oui. Vous allez place du vieux marché, c'est ce que vous payez. Imaginez-vous, y a des médecins sur Rouen, ils donnent 2 plaquettes de 8.euh par semaine. Imaginez vous euh.. sur euh.. Bah moi j'ai des copains, ils y vont. Lui, il y va, sa femme elle y va. Et ils revendent tout. Bah vous voyez pas les sous, qu'ils se font ? C'est eux qui foutent la merde dans la sécu. Faut pas croire…que après on se plaint que les gens on doit payer des cachets. Faut pas croire. Bah, là moi je suis malade du pancréas. Mes cachets, mes vitamines tout ça, il faut que je les paye. Là j'en ai payé pour 50 euros. C'est écœurant. Je paye une mutuelle, tout pour que dalle. Quand je vois des

heu, bas c'est sûr c'est quelqu'un que je connais. Je trouve que c'est un connard. Je trouve que c'est un connard, parce que y a peut-être quelqu'un qui en a besoin à côté. Qui a pas de papiers, une connerie comme ça. Bah peut être qu'il y a pas le droit. Et pis qui fait des conneries, des cambriolages. Moi l'histoire de pas pouvoir trouver de la thune.

PATIENT n°4

CB : Quelles différences avez-vous pu constater ? Le packaging de la boite ?

PATIENT n°4 : bah euh, je sais même pas. Ouais c'est exactement pareil je crois.

CB : Les comprimés ? la taille ?

PATIENT n°4 : ils sont pas pareils... ah je me rappelle plus. La couleur je crois.

CB : Le goût ? vous l'avez quand même déjà pris dans la bouche ?

PATIENT n°4 : bah, je le trouve carrément pâteux.

CB : La dissolution du comprimé ?

PATIENT n°4 : C'est... on va dire euh... Le non substituable, il fond plus facilement. Que l'autre, il a du mal à partir de la bouche.

CB : Et au niveau de l'injection ?

PATIENT n°4 : ah non c'est pas pareil. La seringue elle arrête pas de se boucher, même si on le filtre en plus fois. C'est une galère. Il faut s'acharner. (Rires)

CB : Et l'effet à court terme et à long terme (pour l'administration orale, nasale ou IV) ?

PATIENT n°4 : Non, non y a pas de différence.

CB : Comment votre médecin appréhende votre demande pour la formule princeps ?

PATIENT n° 4 : bah bien. C'est comme ça. De toute façon, c'est noté dans mon dossier.

CB : il y a-t-il des choses que vous ne lui avez pas dîtes ? Par peur de retentissement sur la prescription ?

PATIENT n°4 : Non, Non. Il sait tout. Ouais. Ça sert à rien de cacher des choses. Il vaut mieux qu'il les sache. Il peut peut-être me rendre service. La, au départ, je voulais pas lui dire que j'avais tellement mal au ventre tout ça. J'ai préféré lui dire. Et puis du coup, la. Il a trouvé que c'était le pancréas. Mais j'ai attendu 6 mois avant de lui dire. Il faut mieux en parler, et puis voilà.

CB : Quelles sont vos habitudes ou rituels dans l'organisation de la prise de votre traitement ?

PATIENT n°4 : Non

CB : Et quand vous vous injectez ?

PATIENT n°4 : Non

CB : Et dans la modalité de rendez-vous avec votre médecin ? Heures de retrait du traitement à la pharmacie, pharmacien qui gère la délivrance ? Prise du traitement et rangement de celui-ci ? Est-ce important pour vous ?

PATIENT n°4 : ouais, tout le temps au même endroit. Tout le temps. Personne a le droit de toucher à se placard là. Ouai, même ma sœur et ma nièce, quand elles viennent chez moi. Elles savent très bien que je prends du SUB. Ils savent très bien que ce tiroir-là, ils y touchent pas. C'est mes

cachets, qui sont dedans. Mais y a plein de monde, qui savent que mes cachets y sont là dedans. Mais personne y touche, c'est hors de question.

CB : Mais vous quand vous le prenez le matin ? En combien de fois ?

PATIENT n°4 : ah, en plusieurs fois. Beaucoup. Rire

CB : C'est quoi beaucoup ?

PATIENT n°4 : (Rires). Parce que moi, un comprimé de 8, je le coupe en 4. Ou en 2, ça dépends.

CB : Et vous le prenez comment ?

PATIENT n°4 : ah bas dans la bouche ou je me l'injecte, ça dépend.

CB : Et pourquoi en plusieurs fois ?

PATIENT n°4 : bah, c'est comme ça.

CB : Et vous avez déjà essayé de le prendre en 1 fois ?

PATIENT n°4 : bah euf non. Bah, je vous dirais, bah merde ce soir j'ai pas de cachet. (rires). Je pense que ça me rassure. Sinon j'aurais peur d'être malade. Comme si que... je pourrai pas être malade.. Ça m'est déjà arrivé de ... d'être en chien. Et au bout de 24 heures de tourner, tourner et toujours pas malade. Après c'est dans la tête. C'est au bout de 48 heures qu'on est malade. Que ça commence à se sentir.

CB : Et quand est-ce que vous décidez de le prendre en 4, 5, 6 fois ?

PATIENT n°4 : Non, non y a pas d'habitude. Ça viens comme ça. Je le prends jamais à la même heure. Je suis pas réglé. (Rires) Y a des moments, je vais voir la plaquette de SUB et je vais me dire, tiens il faut que j'en prenne. Et puis voilà. Puis par contre, je prends jamais de SUB au boulot, rien. Je pars le matin.. avant de partir je prends un bout de sub, je le prends, je le mets dans la bouche. Après je m'en vais travailler, et puis je reviens le soir ou le midi, ça dépend si je reviens le midi. Mais sinon j'ai jamais un morceau de sub dans mon sac ou mes poches. C'est tout le temps chez moi. Non, non c'est ce que je me dis. Y a qu'à faire tomber une tablette. Un collègue, il est pas question de le censé savoir… que je prends du sub. Moi personne le sait.

CB : Vos amis et vos proches comment le prennent il ?

PATIENT n°4 : ah bah oui, moi toute ma famille le sait. Toute ma famille sait que je me suis injecté. Et même que je m'injecte encore. Voila. Même ma mère elle le sait.

CB : Et au travail ?

PATIENT n°4 : Personne le sait. Par contre j'ai eu des problème avec la médecine du travail…

CB : Parce que ?

PATIENT n°4 : Bah à cause de mes mains. Parce que... bah ils m'avaient mis inapte.

CB : Parce que vous faites quoi comme travail ?

PATIENT n°4 : je travaille chez X, je change des pares brises. Et avant ce médecin du travail, bah je travaillais avant chez X pendant 12 ans. Ce médecin-là, elle m'a jamais rien dit pour mes mains. J'ai changé d'entreprise, elle m'a mis inapte. J'ai dit : attendez avant vous me mettiez apte…elle me dit : ah bah j'ai pas fait attention à vos mains.

CB : Elle vous a demandé pourquoi vous avez des mains comme ça ? Et vous lui avez dit ?

PATIENT n°4 : ouais. Après je l'ai traité de tous les noms. Bah elle voulait pas me remettre apte, hein. Il a fallu que je passe devant un autre médecin. Ça a passé tout seul. Elle m'a dit : non, elle a

quelque chose contre vous. Et bah je lui ai dit, bah ouais, bah attends le seul problème c'est que j'ai perdu 3 mois de boulot. Moi je me suis dit, si ça se trouve, mon patron il va me virer. Pour une histoire de connasse. Bah parce que j'ai les mains comme ça. Je suis apte à travailler.

CB : De temps en temps, vous reconsommez ?

PATIENT n°4 : Non. C'est fini.

CB : Pourquoi ?

PATIENT n°4 : Parce que j'ai fait trop de mal dans ma famille. Ah non, je parle plus à mon père à cause de ça. Et puis mon père, il avait investi tout son argent dans la moto. Il s'est endetté. Et Heu, pas endetté, endetté. Bah tout son argent, il l'a mis dedans.

CB : A votre avis, pourquoi vous êtes tombé dans l'héro ?

PATIENT n°4 : Un truc tout con ?

CB : L'amour ?

PATIENT n°4 : Non. Parce que on va dire tous les 3 mois j'avais un week-end de libre pour moi. Pas pour la moto. Parce que j'avais pas de course, mon père il me laissait un week-end. Et mon père a appris que bah, le samedi soir je faisais la fête. Bah j'étais bourré avec des copains, tout. Et ça, mon père il l'a appris. Et le hein, le soir de noël, devant toute la famille, mon père : il dit ouais, de façon toi t'es qu'un ivrogne, t'as pas de moto, t'es une épave, tout. Devant toute la famille. Je dis ok. Bah je bois pas. J'ai pas bu une goutte d'alcool euh, euh pendant le repas. Ça faisait des années que je trainais avec des potes à moi, qui venaient à la moto, voir tout ça. Ils prenaient de l'héro tout ça, pas moi. Mais moi, je consommais jamais. J'ai jamais touché à ça. Je leur faisais même la leçon de moral tout. Et heu, c'est le soir de trop que mon père à dit. Je suis sorti. Je suis parti, du repas de noël. Et bah, on devait se rejoindre tous. Et on s'est rejoint et puis bah…Et puis au bout de 15 jours, je me suis mis la gueule dedans.

CB : Et pourquoi vous avez voulu prendre un substitut ?

PATIENT n°4 : Parce que j'avais pas le choix. C'était soit ça, soit j'allais me retrouver en prison. Un moment ou un autre... A chaque fois, je me faisait virer pour vol dans le ... au boulot tout ça. Je me suis dit, un moment ou un autre ca va... ça passe, ça passe. Mais un moment ou un autre, ça passera plus. J'ai pas envie de me retrouver entre quatre murs. Par contre, j'ai jamais fait de cambriolage, euh… j'ai toujours travaillé. Mais y a des moments, je volais, a côté dans les boulots, à X. Pour avoir plus, encore plus de sous. Parce que même avec le salaire, c'était pas assez. Maintenant 1g d'héro , ça vaut que dalle. Mais avant, au prix qu'on le payait, c'est un truc de dingue.

CB : Pour finir, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Patient n°4 : Non.

ENTRETIEN N°5

CB : Comme je vous l'ai dit je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps « non substituable » du SUBUTEX® au générique.

J'enregistre l'entretien pour le retranscrire après.

Pour commencer : votre âge ?

PATIENT n°5 : 50

CB : Votre âge au début de la consommation ?

PATIENT n°5 : euh, pff... 19 ans

CB : Pour quel produit ?

PATIENT n°5 : heu... bah l'héroine

CB : et comment ?

PATIENT n°5 : En injection... (articule et fort)

CB : Direct.

PATIENT n°5 : Sec… (rires) Pas bien.

CB : Comment ?

PATIENT n°5 : Pas bien.

CB : oui mais…

PATIENT n°5 : C'était l'époque, c'était comme ça.

CB : Dans quelles conditions ?

PATIENT n°5 : Aves des amis.

CB : Votre parcours dans la substitution, à partir de quel âge vous avez eu votre première substitution ?

PATIENT n°5 : euh… bonne question ? Je sais pas. Au début que c'est sorti. Donc c'est sorti quand ça…

CB : C'est sorti en 1996.

PATIENT n°5 : Ouais, donc après moi euh 98 j'ai dû commencer à en prendre.

CB : La première fois que vous avez eu un substitut quelle forme était-ce ? Princeps ou générique ? Sur prescription ?

PATIENT n°5 : Non, je suis venu voir le Dr T…

CB : Pourquoi à ce moment-là, vous avez voulu prendre un substitut ?

PATIENT n°5 : Parce que j'avais rien d'autre, pour remplacer... (rires), tout simplement. Après il y avait le NEOCODION®, la CODEINE®, à part ça, il n'y avait rien.

CB : Et vous vouliez arrêter la consommation pour qu'elle raisons ?

PATIENT n°5 : bah … parce arrivé à un âge, il faut arrêter non ? Quand on a fait le tour du truc.

CB : Parce que c'était compliqué ?

PATIENT n°5 : Non, voilà. J'en aurais eu énormément ou un tout petit peu. Et puis, on s'aperçoit qu'en en ayant énormément, ça change rien, on est toujours ...

CB : Il y a eu des conséquences dans votre vie personnelle peut être ?

PATIENT n°5 : Aussi oui, bien sûr oui. Mon amie qui n'avait jamais touché à ça, elle en a pris. Pas bien. C'est ma faute, ouais.

CB : Quel était votre traitement de substitution ?

PATIENT n°5 : SUBUTEX®

CB : SUBUTEX®, en formule princeps ou générique ?

PATIENT n°5 : Non substituable.

CB : Dans la théorie, comment doit-on prendre le SUBUTEX® ?

PATIENT n°5 : bah ouais, sous la langue.

CB : Et en combien de fois ?

PATIENT n°5 : Le matin en une fois.

CB : Et vous, vous le prenez comment ?

PATIENT n°5 : bah comme ça.

CB : Vous l'avez déjà pris autrement ?

PATIENT n°5 : ah non pas du tout. J'ai pas les mains gonflé, rien… (rires)

CB : Et en sniff ?

PATIENT n°5 : Ah non, ça non plus.

CB : Ça vous est déjà arrivé de le fractionner ? Le prendre en plusieurs fois ?

PATIENT n°5 : bah… pff ouais, ça m'est déjà arrivé, de le fractionner (articule), mais bon pas souvent.

CB : Pour quelles raisons ? Dans quelles circonstances ?

PATIENT n°5 : Quand j'avais reconsommé un petit peu avant et que j'étais pas bien. J'ai eu besoin d'avoir un peu plus.

CB : Et le générique ?

PATIENT n°5 : Au moment où le Monsieur Dr R., fait des fautes et qu'il marque pas « non substituable » … (rires)

CB : Donc vous l'avez eu, sur quelle période ?

PATIENT n°5 : Une semaine.

CB : et alors ?

PATIENT n°5 : C'est pas la même chose... du tout… du tout.

CB : Vous l'avez eu sur une semaine et après vous êtes repassé sur le non substituable ?

PATIENT n°5 : Non c'est moins… C'est la même molécule ok, c'est, théoriquement c'est les mêmes effets ok, mais non. C'est moins fort. Ouais

CB : et ça faisait combien de temps que vous étiez substitué ?

PATIENT n°5 : oui

CB : Que pensez-vous des génériques d'une manière générale, en dehors de l'expérience du SUBUTEX ?

PATIENT n°5 : bah, y a pas de soucis.

CB : vous n'aviez pas d'idées préconçues sur les génériques ?

PATIENT n°5 : Non du tout.

CB : Et votre expérience avec le SUBUTEX® a-t-elle changé votre avis sur les génériques ?

PATIENT n°5 : Non plus.

CB : Quels avis extérieurs avez-vous entendu sur la différence princeps et générique ?

PATIENT n°5 : Bah, les avis extérieurs, on ne les écoute pas, hein.

CB : Avis extérieurs, c'est amis, mais aussi médecins, pharmaciens, soignants ?

PATIENT n°5 : Tout le monde est différent. Donc tout le monde ressent différemment les choses et euh

CB : On arrive aux différences que vous avez pu constater. Quelles différences avez-vous pu constater ? Le packaging de la boite ?

PATIENT n°5 : heu, je me rappelle pas.

CB : Les comprimés ? la taille ?

PATIENT n°5 : je me rappelle pas.

CB : Le goût ?

PATIENT n°5 : Humm, pff, je me rappelle plus. Je ne veux pas vous dire de bêtises, je ne m'en rappelle pas.

CB : La dissolution du comprimé dans la bouche ?

PATIENT n°5 : pareil

CB : Maintenant, on arrive à l'effet, à court terme et à long terme ?

PATIENT n°5 : C'est moins fort**.**

CB : A court terme quand vous le prenez ou à long terme sur la journée ?

PATIENT n°5 : A court terme c'est sûr.

CB : Vous étiez substitué et équilibré depuis longtemps ?

PATIENT n°5 : ouais, ouais.

CB : Et au bout d'une semaine, quand vous avez repris le non substituable ?

PATIENT n°5 : Tout s'est bien passé, ça allait mieux. Mais si, je m'étais habitué au substituable ça aurait été, je pense. Mais j'ai pas voulu continuer.

CB : Effets indésirables ?

PATIENT n°5 : Non, c'est pareil.

CB : Et quand vous en avez parlé au médecin qui vous suit, comment a-t-il appréhendé la demande ?

PATIENT n°5 : bah pour lui, c'est la même chose. Donc pour lui, ça devrait fonctionner pareil. Mais... non. Malheureusement... non.

CB : Et il a quand même bien voulu accepter de vous mettre le non substituable ?

PATIENT n°5 : ouais bien sûr.

CB : Quels arguments avez-vous pu lui apporter pour justifier votre demande ?

PATIENT n°5 : bah, différence de... comment dirais-je… ouais je me suis senti moins bien qu'avec le non générique, donc c'est-à-dire SUBUTEX® normal. Je me suis senti plus rapidement malade, frissonnant machin…

CB : Y a-t-il des choses que vous n'avez pas pu lui dire ?

PATIENT n°5 : Non, je lui dis tout.

CB : Quelles sont vos habitudes ou rituels dans l'organisation de la prise de votre traitement ? Des choses qui vous rassurent ou qui sont importantes ? Modalités de rendez-vous avec votre médecin ? Heures de retrait du traitement à la pharmacie…

PATIENT n°5 : bah euh, tant que j'en ai, il y a pas de soucis, quoi. Après c'est dans la tête.

CB : C'est-à-dire ? Justement c'est ce qui m'intéresse ?

PATIENT n°5 : Tant que j'en ai d'avance, il y a pas de problème, j'en ai pour le lendemain. Maintenant si j'en ai pas, heu, on va se rendre malade pour rien, c'est comme heu... je ne sais plus comment ça s'appelle cette maladie-là. Mais…

CB : Ça vous est déjà arrivé d'en avoir par quelqu'un d'autre ou d'en acheter, d'en revendre ou d'en redonner ?

PATIENT n°5 : Pas de ça non. SERESTA®, oui. SERESTA®, méchant, SERESTA®.

CB : Une dernière question, que pensez-vous de la délivrance à la pharmacie ? Le regard des autres.

PATIENT n°5 : Moi, la pharmacienne, elle sait. Elle fait discrètement ; Donc du coup, voilà.

CB : Et avec vos amis ou au boulot ?

PATIENT n°5 : Ça regarde personne. Après les on-dit, on est affiché. Donc voilà, quoi. Non, ça regarde personne.

CB : Pour finir, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Patient N°5 : bah non. Très bien, merci. Si vous avez d'autres questions.

ENTRETIEN N°6

CB : Comme je vous l'ai dit je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps « non substituable » du SUBUTEX® au générique.

J'enregistre l'entretien pour le retranscrire après.

Pour commencer : votre âge ?

PATIENT n°6 : J'ai pris... euh, 45 attendez que je réfléchisse, 45, euh non 40 euh, non 46, j'ai pris. Au mois de juin

CB : Votre âge et mode d'entrée du début de la consommation en opiacés ?

PATIENT n°6 : pff... 2001.

CB : D'accord. Et pour quel produit ?

PATIENT n°6 : Héroïne. Je fumais déjà, du shit avant mais c'est l'héroïne.

CB : Et vous la consommiez comment ?

PATIENT n°6 : En sniff.

CB : Votre parcours dans les traitements substitutifs oraux ? La première fois que vous avez pris un TSO?

PATIENT n°6 : pff... (renifle), je crois que c'est 2010. Sans être sûr.

CB : Il y a eu 9 ans de consommation. Et la première fois que vous avez pris un traitement de substitution, il avait été prescrit par le médecin ou vous l'avez obtenu autrement (don, achat) ?

PATIENT n°6 : J'avais un pote qui revendait son traitement de METHADONE®, donc à une époque pour continuer à aller bosser, il m'en revendait quoi.

CB : De la METHADONE®.

PATIENT n°6 : Ouais, mais quand j'avais pas de METHADONE®, je rachetais de la came.

CB : Et que de la METADONE®, pas de SUBUTEX® ?

PATIENT n°6 : Non un peu de SUBUTEX® ; mais pas énorme.

CB : Générique ou non substituable ?

PATIENT n°6 : Le non substituable.

CB : Pour quelles raisons, avez-vous voulu à un moment, aller voir votre médecin pour être substitué ?

PATIENT n°6 : Bah, parce que heu... au début on est, on est comme tout le monde : « Moi, je gère ma consommation », mais en fait, tu gères rien du tout, parce que quand tu en as pas, bah ton corps il réclame. Et puis j'en ai eu marre quoi. Tout le monde, tout passait là-dedans. Ça, ça arrivait, on s'est fait expulser, on payait plus de loyer, plus rien.

CB : Parce que vous étiez avec votre compagne aussi ?

PATIENT n°6 : ouais, qui a décroché aussi.

CB : Qui est rentrée dans la consommation en même temps que vous ?

PATIENT n°6 : Non elle était largement avant, ouais.

CB : Avant vous ?

PATIENT n°6 : Elle a commencé à 17-18 ans.

CB : Et donc pour un problème financier…

PATIENT n°6 : Non et puis la santé je vous dis, voilà quoi ! La santé, non, non, j'en pouvais plus. Les nuits de merde machin et tout et tout. C'était sur un coup de pompe aussi que je prenais de la came. La première trace, ça été comme ça.

CB : C'est-à-dire ?

PATIENT n°6 : Bah en fait, je faisais des horaires de dingue, je faisais jusqu'à 16 heures par jour, en ambulance. A faire des 500-600kms par jour. Et heu, dans la boite ou j'étais, il y avait un mec qui consommait. Et moi j'ai toujours dit : non, non. Mais euh, voilà, on essai : oh putain ça donne la pêche. On fait des nuit, pchi..

CB : Ça passait nickel.

PATIENT n°6 : Et puis après, quand on a un petit coup de mou. On en reprend, machin.

CB : donc au début, c'était pas du tout festif, c'était plutôt pour le boulot ?

PATIENT n°6 : Ouais.

CB : Et après ?

PATIENT n°6 : Ça été défonce totale.

CB : Donc au début votre compagne consommait seule ?

PATIENT n°6 : Au début… elle a pas consommé beaucoup au début, quand on était ensemble. Quelque fois, elle me l'a dit. Parce que, je me rendais pas compte. Mais euh, non et puis comme moi je fumais à l'époque. Enfin je fumais du shit. Je fumais clope sur clope.

CB : Puis l'engrenage.

PATIENT n°6 : Par contre, le jour où j'ai décidé, de le dire : je me soigne. Moi le Dr T. m'avait dit : la rechute fait partie du traitement. Mais moi, j'ai jamais rien repris. Depuis le jour, où j'ai pris du SUBUTEX®, je n'ai jamais retouché à la came. Jamais. Jamais.

CB : Donc vous m'avez dit, tout. Tout c'est : l'argent… ?

PATIENT n°6 : L'argent, le social, la vie, la vie en couple heu. Voilà quoi, vous voyez, du coup on a pas d'enfant. Sauf que maintenant elle est ménopausé, donc on en aura pas. Hum. Hum.

CB : Quelles molécules de substitution avez-vous eu ?

PATIENT n°6 : SUBUTEX®

CB : En générique ou non substituable ?

PATIENT n°6 : Non euh. A l'époque, euh il avait marqué SUBUTEX® sur l'ordonnance. Je savais déjà que le générique existait. Mais le pharmacien, où je vais à Y, il ne voulait pas m'en vendre.

CB : Et vous savez pourquoi ?

PATIENT n°6 : Je ne sais pas. Et la dernière fois, enfin il y a de ça 2-3 mois, j'y vais, et là ils me disent, ils m'apportent le SUBUTEX® générique, et je leur dis, non j'en veux pas. Ils me disent : bah ouais mais il faut le marquer sur l'ordonnance. Et je lui dis, bah ouais mais avant M. L. il me disait que lui, il vaut mieux pas le vendre. Elle me dit que ouais mais c'est la sécu qui nous l'impose. Et donc maintenant je suis marqué SUBUTEX® non substituable.

CB : Dans la théorie, comment doit-on prendre le SUBUTEX® ?

PATIENT n°6 : bah ouais, moi je le prends euh sous la langue. Moi je le prends en 2 fois, parce que j'ai 12mg : je prends le 8, je laisse fondre et je prends les deux d'après.

CB : A la même heure ?

PATIENT n° 6 : Ah oui, ça se suit. Dès que le 8 est fondu, je prends le 2.

CB : Au niveau de la dose, vous arrivez à respecter ?

PATIENT n°6 : Oui, au début il m'avait mis 8. 8 ça n'allait pas. Après il m'a mis 10, ça allait toujours pas et 12, ça été nickel.

CB : Sur un dosage équilibré à 12, vous est-il arrivé d'en prendre plus.

PATIENT n°6 : Non, jamais.

CB : Donc vous m'avez dit que vous le prenez sous la langue, est-ce qu'il vous est arrivé de le prendre autrement ?

PATIENT n°6 : Non. Ah non, je sais qu'il y a des mecs qui le prennent par le nez, pff. Ça apporte rien. Il parait que par le nez, il parait que c'est 25% du produit, et puis déjà le goût que ça a en bouche par le nez, ça ne doit pas être terrible. Remarquez l'héro, c'est pas terrible non plus. Et heu, je connais même un mec, qui se l'injecte le SUB. Il a des mains gonflées, des mains pas belles, affreux quoi.

CB : En avez-vous déjà revendu ou donné ?

PATIENT n°6 : Non.

CB : Que pensez-vous des génériques d'une manière générale, en dehors de l'expérience du SUBUTEX ?

PATIENT n° 6 : Ah bah moi, avant l'expérience SUBUTEX®, le pharmacien il me disait c'est pas du tout pareil le générique tout ça. Pfff, Je m'en fou moi.

CB : Et maintenant ?

PATIENT n°6 : Maintenant toujours pareil. Sauf pour le SUBUTEX®. Parce que franchement l'autre, on a l'impression d'avoir des buvards dans la bouche.

CB : Vos motivations à préférer le non substituable au générique ?

PATIENT n°6 : Le goût et l'aspect en bouche.

CB : Quels avis extérieurs avez-vous entendu avant sur les différences?

PATIENT n°6 : Oui, que il était pas bien. Que … Tout ceux que j'ai connu, prenais du SUBUTEX® ; Et ma femme qui était aussi suivie par le Dr T. a voulu une fois essayer, et non elle est revenue au SUBUTEX®, c'était trop dégueulasse quoi.

CB : Donc les avis extérieurs portaient sur le goût ?

PATIENT n°6 : Ouais, et puis ceux qui le sniffent, me disaient qu'a sniffer il était moins bien que le SUB. Je le sniffe pas donc je m'en fous.

CB : Et le pharmacien, vous ne savez pas pourquoi il ne délivrait que du non substituable ?

PATIENT n°6 : Non

CB : Quelles différences avez-vous pu constater ? Le packaging de la boite ?

PATIENT n°6 : Ah bas après les couleurs sont différentes mais bon, à l'intérieur c'est pareil.

CB : L'emballage ?

PATIENT n°6 : C'est pareil.

CB : Les comprimés ? la taille ?

PATIENT n°6 : bah les SUBUTEX®, ils sont comme heu, comme des losanges. Et si je me rappelle bien ceux que j'ai vu, les substituables c'était des ronds, machins ronds. Comme des pilules contraceptives. Et le SUBUTEX® est plus gros.

CB : Le goût ?

PATIENT n°6 : Le goût est pas agréable. Le SUBUTEX® en fait ça a un goût, moi qui est difficile à manger… heu, un peu amer, peut-être. Et l'autre, on a l'impression d'avoir comme de la farine, dans la bouche, du buvard.

CB : La dissolution du comprimé ?

PATIENT n°6 : La dissolution du générique apparemment, elle est plus lente.

CB : Et au niveau de l'effet à court terme et à long terme ?

PATIENT n°6 : Bah non, là je peux pas vous dire, parce qu'à l'époque, c'était moitié came. Enfin bah … vous voyez c'est comme ça que je l'ai gouté. Je continuais à prendre de la came. C'était un jour où j'en avais pas. J'ai dû le prendre le matin, et le soir à la sortie du boulot, j'ai acheté de la came

CB : Comment votre médecin appréhende votre demande pour la formule princeps ?

PATIENT n°6 : Pas du tout.

CB : C'est-à-dire pas du tout ?

PATIENT n°6 : Je lui ai dit, moi non substituable, parce que je n'aime pas le goût. Et il écrit non substituable. Aucun problème. Et même à la pharmacie, j'ai eu aucun problème.

CB : Et au médecin, vous lui avanciez quoi comme raison ?

PATIENT n°6 : Que j'aime pas le goût, ni la texture, en bouche. Il est dégueulasse.

CB : Est-ce qu'il y a des chose que vous n'avez pas pu lui dire ?

PATIENT n° 6 : Ah non... le Dr T. je lui dis tout. Carrément confiance. Il est chiant parce qu'il a souvent du retard, mais par contre, non je lui dis tout. Et je viens de loin, je fais 40 bornes pour venir. J'habite à Y. moi

CB : Ça toujours été votre médecin traitant ?

PATIENT n°6 : Ah non, non, non. Je l'ai pris en médecin généraliste quand S. m'a dit que c'était un spécialiste de l'addiction. Et donc, il était venu à Y une fois, faire un colloque puis j'y étais allé, pas longtemps parce que j'étais parti aux pompiers après. Enfin bref. Comme j'y allais avec S. quand elle l'avait elle, je le connaissais déjà.

CB : Vous n'aviez jamais eu affaire à un autre médecin pour cette problématique ?

PATIENT n°6 : Ah non. Je me rappellerai toujours, le jour où j'ai demandé à voir T, disant que je devais le voir rapidement. Il me dit : c'est pour quoi ? Je lui dis, à une époque je venais car j'avais vachement mal dans le dos, car j'ai une coccy coccydigonie, godinie je sais plus comment on dit. Et il m'avait prescrit de la morphine, et la morphine ça me faisait rien. Et donc un jour, je l'ai appelé en lui disant : il me faut du substitut parce … et il m'a dit : nous y voilà. Il devait s'en douter. Et depuis bon, nickel. Je peux lui demander tout ce que je veux, bon pas pour le SUBUTEX®, parce que c'est pas possible. Mais même si je suis à Y. que par exemple je vais avoir une douleur dentaire et que je n'ai pas de caché, il va me faxer une ordonnance, pour que je puisse

aller chez le pharmacien. Je sais que je peux compter sur lui. A chaque fois, que je demande à l'avoir au téléphone, on me le passe. Les secrétaires elles me connaissent bien. Donc euh

CB : Quelles sont vos habitudes ou rituels dans l'organisation de la prise de votre traitement ? Est-ce important pour vous ?

PATIENT n°6 : bah pas mettre. Euh comme je vous ai dit pas mettre le 2 et le 8 dans la bouche, sinon là c'est trop, et vraiment pas agréable. C'est pour ça que je divise en 2, aussitôt quoi. Je prends pas le 8 le matin et le 2 plus tard dans la journée. Non. Mais sinon, non.

CB : Par rapport à votre traitement et au regard des autres, par exemple la famille, les amis, à la pharmacie, comment vous le vivez ?

PATIENT n°6 : Non enfin. J'habite à Y., c'est une petite commune. Mon père est. , et quand ça c'est su que je prenais de la came, qu'on avait été expulsés, ça jaquetais. Le fils de., parce qu'on est venu me chercher. Le matin à 9h00 du matin, on a défoncé la porte. Comme on en prenait beaucoup avec ma femme, on s'envoyait 5g à deux par jour, donc euh.

CB : Et vous arriviez à travailler avec ces dosages-là.

PATIENT n°6 : Ah oui, beaucoup. Personne a jamais rien vu. De toute façon tout le monde est tombé des nus. Et euh, moi ils m'ont défoncé la porte parce qu'ils croyaient que je revendais, et puis ils m'ont emmené menotté et tout. Je vois ma mère sortir de la poste au moment où ils me chargent dans la bagnole et tout… Mon père qui pleurait et tout...

CB : Et ce moment a été un événement déclencheur pour vous ?

PATIENT n°6 : oui, j'avais déjà décidé d'arrêté. On s'était dit que c'était le dernier truc qu'on achetait. Et ils nous ont envoyé à ce moment-là. Enfin ils nous ont envoyé, il y a que moi, qui soit allé a Brisout Barneville.

CB : Et à la pharmacie lors de la délivrance ?

PATIENT n°6 :

Non, pas de problème. Non mais bon à la pharmacie, c'est discret déjà. Et puis, moi je me cache pas. Quand je vais à la pharmacie. Parce qu'en fait je respecte les 28 jours, j'ai jamais eu de che, oui j'ai déjà eu de chevauchement mais parce que je pouvais pas venir le lundi, donc je venais une semaine avant. Mais je retombais pile poil ; Après le traitement me faisait 5 semaines au lieu de 28. Et donc comment dire, donc quand j'arrive à la pharmacie, pour venir chercher mon SUBUTEX®je dis que je viens chercher mon SUBUTEX®, je dis pas je viens chercher mon substitut, machin. Même, comme le lundi matin, M T il consulte pas, ils savent que je le vois qu'à 14heures, le samedi j'y vais ils me donnent mon SUB de 8 et les deux du samedi matin. Le pharmacien il est. avec mon père, là il a arrêté car il avait trop de boulot, c'est des amis de mes parents et tout. Donc je les connais bien.

CB : Pour finir, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Patient N°6 : Non

ENTRETIEN N°7

CB : Le sujet de ma thèse c'est essayer de comprendre pourquoi les patients préfère le SUBUTEX® non substituable au générique.

PATIENT N°7 : ouais

CB : Vous je sais que vous avez le SUBUTEX® non substituable, et donc c'est pour ça que j'ai demandé à vous voir

PATIENT N°7 : Allez-y, Allez-y , Allez y

CB : Tout ce qu'on se dit là, c'est confidentiel

PATIENT N°7 : Pas fort

CB : Ok, Ok, votre âge ?

PATIENT N°7 : 27 ans

CB : A quel âge êtes-vous rentré dans la consommation en opiacé ?

PATIENT N°7 : Héroïne ?

CB : oui

PATIENT N°7 : Oh j'avais 21 ans.

CB : 21 ans, d'accord. Et vous la preniez comment ?

PATIENT N°7 : par le nez

CB : Quel est votre parcours dans la substitution, c'est-à-dire à partir de quand vous avez pris un médicament de substitution ?

PATIENT N°7 : Quand on a plus voulu me vendre.

CB : Quand on a plus voulu vous vendre ? Et vous aviez quel âge ?

PATIENT N°7 : 21 ans.

CB : en fait vous avez pris de l'héroïne et très rap… (coupé par le patient)

PATIENT N°7 : 23 ans

CB : 23 ans

PATIENT N°7 : 3 ans

CB : donc 24 alors

PATIENT N°7 : Oui 24

CB : Le premier médicament que vous avez pris, on vous l'a donné, vous l'avez acheté, ou c'est un médecin qui vous l'a prescrit.

PATIENT N°7 : Non c'est un médecin. Il m'a expliqué comment arrêter.

CB : Et c'était quoi comme traitement ?

PATIENT N°7 : SUBUTEX®

CB : Et vous n'en aviez jamais pris avant ?

PATIENT N°7 : Non

CB : Et donc vous, pourquoi vous êtes allé voir le médecin pour prendre ce médicament-là ?

PATIENT N°7 : Parce que j'en avais besoin.

CB : Vous en aviez besoin

PATIENT N°7 : j'étais à 7g par jour.

CB : Combien ? 7. A ouais c'était quand même pas mal. Et vous aviez des ennuis avec la police ?

PATIENT N°7 : Non jamais

CB : Et vous à ce moment-là, vous auriez eu des sous, vous auriez voulu continuer à consommer ou c'est parce que vous en aviez marre ?

PATIENT N°7 : Bah oui, j'aurai continué à en prendre (sur le ton de l'évidence)

CB : Le premier SUBUTEX®, il était non substituable ou générique ?

PATIENT N°7 : C'est le SUBUTEX®

CB : Est-ce que vous savez comment doit-on le prendre dans la théorie ?

PATIENT N°7 : sous la langue.

CB : Et en combien de fois ?

PATIENT n° 7 : en deux fois.

CB : Vous le prenez comment ?

PATIENT N°7 : Par le nez.

CB : Vous prenez tous vos cachets par le nez ? Tout votre SUBUTEX® par le nez ou ça vous arrive de le prendre par la bouche ?

PATIENT N°7 : J'en prends sous la langue.

CB : Vous en prenez quand même sous la langue ?

PATIENT N°7 : Ouais

CB : D'accord. Et vous le prenez en combien de fois ?

PATIENT N°7 : 4 fois, ça dépend.

CB : Est-ce que parfois vous en donnez ou vous en revendez ?

PATIENT N°7 : 1 ou 2

CB : Qu'est-ce que vous pensez des génériques ?

PATIENT N°7 : C'est dégueulasse.

CB : Pas forcément le SUBUTEX®, des génériques en général ?

PATIENT N°7 : génériques ?

CB : Oui les génériques, par exemples le générique du PARACETAMOL ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

PATIENT N°7 : J'aime pas.

CB : Vous n'aimez pas ? Pourquoi ?

PATIENT N°7 : C'est pas du tout pareil, ça fait rien.

CB : Pour vous ça ne fait rien.

PATIENT N°7 : Non

CB : Alors, est ce que vous avez déjà entendu des avis extérieurs par rapport au générique et au non substituable ? Est-ce qu'on vous en a déjà parlé ? Par exemple des amis, des médecins, des pharmaciens, des copains, des gens qui consommaient ?

PATIENT N°7 : Non

CB : Non, d'accord. Vous, pourquoi vous préférez le non substituable ?

PATIENT N°7 : Il fait plus d'effet.

CB : il fait plus d'effet, d'accord. Vous avez déjà essayé le générique.

PATIENT N°7 : oui, bien sûr.

CB : Vous avez l'impression qu'il fait plus d'effet, quand vous le sniffez ou quand vous le prenez dans la bouche ?

PATIENT N°7 : (pas de réponse)

CB : Par quel mode ? Par le nez

PATIENT N°7 : (acquiesce)

CB : Par la bouche, est ce que c'est pareil ?

PATIENT N°7 : Non

CB : C'est pas pareil, c'est-à-dire ?

PATIENT N°7 : je le sens pas.

CB : Je vais vous poser des questions sur les différences. Est-ce que sur la boite, il y a des différences qui sont importantes pour vous entre le générique et le non substituable ?

PATIENT N°7 : (réponse incompréhensible)

CB : Comment ?

PATIENT N°7 : il y a des petits dessins.

CB : Il y a des petits dessins, d'accord. Et sur les comprimés ?

PATIENT N°7 : Mais carrément…

CB : Dites-moi ?

PATIENT N°7 : Le générique il est tout petit.

CB : Et ça change quoi pour le sniff ?

PATIENT N°7 : C'est plus pratique. Ça m'arrive de le prendre sous la langue.

CB : Et au niveau du goût ?

PATIENT N°7 : (Pas de réponse)

CB : Au niveau du goût entre le générique et le non substituable.

PATIENT N°7 : Le générique c'est dégueulasse. Le SUBUTEX® c'est meilleur.

CB : Quels sont les gouts ? Du générique ?

PATIENT N°7 : il est amer.

CB : Il est amer. Et dans la bouche au niveau de la dissolution ?

PATIENT N°7 : Humm, non.

CB : Le temps qu'il reste dans la bouche ?

PATIENT N°7 : Non, humm, excusez-moi.

CB : Non, il n'y a pas de soucis.

PATIENT N°7 : Non

CB : Qu'est ce qui est différent ?

PATIENT N°7 : J'ai moins de mal à l'avaler.

CB : Lequel ?

PATIENT N°7 : Le SUBUTEX®

CB : Et l'effet ?

PATIENT N°7 : Le générique fait moins effet.

CB : Et votre médecin, quand vous allez le voir et que vous lui demandez le non substituable, comment ça se passe ?

PATIENT N°7 : bah bien. (Blanc)

CB : et vous lui dites pourquoi ?

PATIENT N°7 : (blanc, dors)

CB (stimulation, claquement de doigt, mains), Bryan ! M. ? M. ? Bryan ? Petit somme ? M.

PATIENT N°7 : oui

CB : Ça va ? On se réveille un petit peu ?

PATIENT N°7 : Je suis fatigué.

CB : Bah oui vous êtes fatigué.

PATIENT N°7 : (réponse incompréhensible).

CB : J'ai fumé à 3h00 du matin cette nuit, vous avez fumé à 3h du matin cette nuit ? Vous avez fumé quoi ?

PATIENT N°7 : La, aujourd'hui ?

CB : Bah ouais

PATIENT N°7 : Bah rien

CB : D'accord. Bon ça va ? Vous avez repris vos esprits là ?

PATIENT N°7 : oui

CB : Ça vous arrive souvent d'être comme ça ?

PATIENT N°7 : oui

CB : Vous avez un peu picolé la ? Non

PATIENT N°7 : Une bière

CB : Une seule ? Vous n'avez rien pris d'autre ?

PATIENT N°7 : Non

CB : Est-ce qu'on continue ?

PATIENT N°7 : N… oui

CB : M. ? (Claquement de doigts). Ça lui arrive d'être comme ça ?

IDE : Ça lui arrive d'être un petit peu patraque, mais aussi endormi… M. ?

CB : Vous n'avez pas pris plus de médicaments que d'habitude ?

PATIENT N°7 : Non, je vous écoute.

CB : Ah vous m'écoutez, mais c'est moi qui dois vous écouter, normalement

IDE : Ouvrez les yeux, quand même svp.

PATIENT N°7 : E coutez moi ?

CB : Bah oui, je vous écoute. Le D. P. quand vous lui dites pourquoi vous voulez le non substituable, qu'est-ce qu'il vous dit ?

PATIENT N°7 : Il me dit oui

CB : Et les raisons ?

PATIENT N°7 : oui, ça fait plus d'effet que…

CB : Y a-t-il des choses que vous ne lui avez jamais dites ?

PATIENT N°7 : Non

CB : Vous avez déjà injecté le SUBUTEX® ?

PATIENT N°7 : Jamais, ja-mais je te jure.

CB : Est-ce qu'il y a des choses qui sont importantes pour vous ? Quand vous prenez le SUBUTEX® ? Des petits rituels ?

PATIENT N°7 : Humm, des traces ?

CB : Comment ?

PATIENT N°7 : Des traces.

CB : Est-ce qu'il y a des choses que vous voulez ajouter ? Me dire ?

PATIENT N°7 : Non, Non, c'est bon.

ENTRETIEN N°8

CB : Comme je vous l'ai dit je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps « non substituable » du SUBUTEX® au générique.

J'enregistre l'entretien pour le retranscrire après.

Pour commencer : votre âge.

PATIENT n°8 : 40. Je cherche mais 40.

CB : L'âge dans l'entrée de la consommation ?

PATIENT n°8 : 2008. Ça je m'en rappelle.

CB : Ça vous vous en rappelez ?

PATIENT n°8 : Bah ouais.

CB : Vous aviez quel âge ? il y a 11 ans ?

PATIENT n°8 : bah ouais à peu près. Parce que en fait cette année-là, j'ai perdu mon père, sa mère. Enfin mon père, sa mère et une petite de 6 ans. Et de là enfin je me suis mise…

CB : Votre fille ?

PATIENT n°8 : Non, non, une nièce.

CB : Une nièce, d'accord.

PATIENT n°8 : Et de là, après, je me suis mise carrément dedans. Et après j'ai pas arrêté. (Soupire).

CB : D'accord. Et c'était quel produit ?

PATIENT n°8 : De l'héroïne.

CB : Et comment ?

PATIENT n°8 : En sniff.

CB : En sniff, d'accord.

CB : Votre parcours dans la substitution, c'est-à-dire à partir de quand vous avez pris un traitement substitutif dans votre vie ?

PATIENT n°8 : Bah, quand j'en avais pas. Quand j'en avais plus et que j'étais obligée de prendre heu… Mais bien, 1 ou deux ans après ?

CB : Comment vous l'obteniez ?

PATIENT n°8 : Bah des fois je restais mal, des fois...

CB : Vous en avez eu avant qu'on vous en prescrive ?

PATIENT n°8 : Non, Non. Je suis allée voir un médecin, parce que j'étais pas bien. Donc j'ai été voir un médecin.

CB : Combien de temps après le début ?

PATIENT n°8 : Bah, euh 2 ans. Après 2 ans, 2 ans et démi.

CB : D'accord.

PATIENT n°8 : Parce que … C'est, ce, c'est … En fait mon père est décédé, j'ai eu un héritage de 100 000 euros et bah, pendant 2 ans, 2 ans et demi peut être 3, c'était bien, mais après ? Mais après ?

CB : Il n'y avait plus d'argent ?

PATIENT n°8 : Et bah en fait, j'ai fait la conne, j'aurais pu être bien.

CB : C'est-à-dire ?

PATIENT n°8 : bah avoir un logement, tout.

CB : C'est compliqué, maintenant vous avez du recul.

PATIENT n°8 : oui maintenant.

CB : La première fois que vous avez pris un TSO (était ce sur ordonnance, l'avez-vous acheté, vous l'avait-on donné ?

PATIENT n°8 : Le vrai, Le SUBUTEX®

CB : Dans la théorie, comment doit-on prendre le SUBUTEX® ?

PATIENT n°8 : Bah, sous la langue.

CB : Et en combien de fois

PATIENT n°8 : bah en 1 fois. Normalement.

CB : Vous comment vous le prenez ?

PATIENT n°8 : A partir de maintenant ?

CB : Dans votre parcours, de la première fois à maintenant.

PATIENT n°8 : La première fois, je vais vous dire, je l'ai sniffé, en deuxième partie je le prenais sous la langue. Et après mon copain, il est allé en prison, tout. Et après je me le suis injecté (très bas).

CB : Pourquoi vous l'avez sniffé au début ?

PATIENT n°8 : bah parce que…comme l'héro.

CB : Et au niveau des sensations, le sniffer qu'est-ce que ça vous fait?

PATIENT n°8 : bah rien (petit rire). C'est le fait de le faire en fait. Mais euh, je préfère le prendre sous la langue ou se l'envoyer au pire.

CB : Et là vous l'injectez depuis combien de temps ?

PATIENT n°8 : 2 ans

CB : et pourquoi vous le faites ?

PATIENT n°8 : bah parce que ... (soupire). Bonne question. J'en ai besoin.

CB : Au niveau des effets ?

PATIENT n°8 : bah, c'est mieux.

CB : Mieux que quoi ?

PATIENT n°8 : Que de le prendre sous la langue.

CB : Et l'héroïne, vous l'aviez déjà injectée ?

PATIENT n°8 : Non. Par contre, je peux avoir de l'héroïne, non jamais. Par contre demain, si j'ai de l'héroïne, je vais prendre en sniff. Mais le SUB non, le SUB, je vais me l'injecter. Mais l'héroïne, non.

CB : Et le geste ?

PATIENT n°8 : C'est ce que je me demande en fait. C'est le geste, et voir le sang. Et, parce que en fait, s'il n'y a pas de sang, franchement ça sert à rien d'envoyer. Et à mon avis, c'est ça.

CB : Vous aviez déjà injecté d'autre drogues avant ?

PATIENT n°8 : Non

CB : C'est compliqué. Vous savez.

PATIENT n°8 : Ah bah oui, très.

CB : Il n'y a pas de tabou. Il y a aucun problème. J'ai l'habitude de parler de ça. Donc, je sais que ce n'est pas facile pour vous, c'est gentil d'accepter de m'en parler.

PATIENT n°8 : C'est juste voir le sang, en fait. Parce des fois, j'essaye, j'essaye, j'essaye …. Et j'y arrive pas franchement, et ça m'énerve. Et j'ai juste à dire à mon copain : Vas-y, dans le cou, carrément.

CB : Et là le fait de voir le sang, vous êtes soulagée, alors que vous n'avez pas encore injecté ?

PATIENT n°8 : Ouais, mais une fois que c'est injecté, on le ressent quand même. On ressent qu'on a pris quelque chose. Comme le manque, qui part. C'est pareil que quand je le prends sous la langue.

CB : Que pensez-vous des génériques d'une manière générale, en dehors du SUBUTEX® ?

PATIENT n°8 : Bah franchement, bah moi PARACETAMOL … euh je vous parle du PARACETAMOL. Franchement moi, EFFERALGAN ; pour moi c'est pareil. Ça fait le même effet. Mais pas le SUB (rires)

CB : Et qu'est-ce que l'expérience du SUBUTEX® a changé sur le regard que vous avez du SUBUTEX® ?

PATIENT n°8 : (Blanc)

CB : (reformulation) Est-ce que depuis votre expérience du SUBUTEX®, vous avez changé d'avis sur les médicaments génériques ?

PATIENT n°8 : Ah non, non. Non. C'est que le SUBUTEX®, franchement. Parce que PARACETAMOL, IBUPROFENE®, ADVIL®, les machins. Ah non. On s'en fout.

CB : Quels avis extérieurs (amis, médecins, soignants, pharmaciens) avez-vous entendu (avant ou après la substitution) sur la différence princeps et générique ?

PATIENT n°8 : Non, j'avais rien entendu.

CB : Quelles différences avez-vous pu constater ?

PATIENT n°8 : Bah déjà, le SUBUTEX® franchement il est plus gros. Ouais et puis, il n'y a pas que ça.

CB : C'est-à-dire ?

PATIENT n°8 : la buprénorphine, je sais pas, elle fait effet carrément plus tard. Et puis pour s'injecter, c'est pas…

CB : Ce n'est pas ?

PATIENT n°8 : Bah c'est pas le top.

CB : C'est-à-dire. Entre les deux ?

PATIENT n°8 : Bah la buprénorphine, ça fait comme une pâte. Par contre le SUBUTEX®, direct, franchement, ça fait...Après on peut (geste d'injection). Mais pas l'autre. Après il y a le SUBOXONE® …

CB : C'est-à-dire ?

PATIENT n°8 : Même pas la peine, ça fait une grosse pâte…comme ça.

CB : Et en sniff ? Entre SUBUTEX® et générique ?

PATIENT n°8 : ah bah on peut.

CB : une différence ?

PATIENT n°8 : Non. C'est pareil.

CB : Dans la bouche ?

PATIENT n°8 : C'est pareil.

CB : Au niveau de la dissolution dans la bouche ?

PATIENT n°8 : Le générique va moins vite que le SUBUTEX®.

CB : Des effets indésirables ?

PATIENT n°8 : Non

CB : Le packaging de la boîte ?

PATIENT n°8 : La boite est plus petite et l'autre elle est plus grosse.

CB : Comment votre médecin réagit quand vous lui demandez le non substituable ?

PATIENT n°8 : Parce que je me l'injecte.

CB : Et vous le lui avez dit ?

PATIENT n°8 : Oui, je lui dis tout.

CB : Ça n'a pas créé de problèmes ?

PATIENT n°8 : Non. Du tout.

CB : Il y a-t-il des choses que vous ne lui avez pas dites ? Par crainte qu'il ne vous le prescrive pas ?

PATIENT n°8 : Non. Non après j'ai confiance en lui, donc je lui aurai dit. Mais non.

PATIENT n°8

CB : Quelles sont vos habitudes ou rituels dans l'organisation de la prise de votre traitement ?

PATIENT n°8 : Bah quand je le fais, je me planque. Je vais aux toilettes ou n'importe où. Mais pas devant tout le monde.

CB : Et lors de la délivrance à la pharmacie, comment vivez-vous le regard des autres ?

PATIENT n°8 : C'est pas moi qui y va. Je vais au CSAPA. J'ai été confronté à ça.

CB : C'est-à-dire ? Qu'est ce qui s'est passé ?

PATIENT n°8 : bah, quand j'avais 2-3 jours d'avance. Il voulait pas me les donner. Ouais j'ai été aussi.

CB : Et avec d'autre soignants ? D'autres médecins ?

PATIENT n°8 : Ah si. Il voulait me prescrire la buprénorphine. Et moi, je lui ai dit, non. Il mettait SUBUTEX®, mais parce que à la pharmacie, si il ne marque pas non substituable, ils donnent le générique. La franchement, il mettait SUBUTEX®, mais il notait pas, donc ils me donnaient le générique. J'étais bien obligée de prendre le générique. Donc quand on est obligée, on est obligée. Bon.

CB : Il y a-t-il des choses que vous voulez rajouter ?

PATIENT n°8 : Ah bah non, je crois que j'ai tout dit. Ah ouais.

ENTRETIEN N°9

CB : Comme je vous l'ai dit je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps « non substituable » du SUBUTEX® au générique.

J'enregistre l'entretien pour le retranscrire après.

PATIENT N°9 : C'est pas dur, parce que le générique, c'est pas du tout, ça n'a rien à voir avec le vrai. Pourquoi ?

Parce que en fait moi, je me le prends en taquet. Et le générique quand vous le mettez dans la gamelle, ça n'a rien avoir, ça fait du plâtre. Et le vrai, c'est pas la même chose. C'est pas le même mélange. C'est la vérité. Et c'est pas le même effet. Ça n'a rien avoir.

CB : Alors je vais vous poser des questions et puis, on va revenir là-dessus. Pour commencer : votre âge ?

PATIENT N°9 :37 ans

CB : Votre âge dans l'entrée de la consommation ?

PATIENT N°9 : Ah dans la conso. En 2008.

CB : Et c'était pour quel produit ?

PATIENT N°9 : L'héro

CB : Et vous la preniez comment à l'époque ?

PATIENT N°9 : En sniff.

CB : Quel est votre parcours dans les traitements substitutifs oraux ?

PATIENT N°9 : pff ! genre en 2010.

CB : La première fois que vous avez pris un TSO (était-ce sur ordonnance, l'avez-vous acheté, vous l'avait-on donné ?

PATIENT N°9 : Sur ordonnance.

CB : Vous n'en avez jamais pris avant ?

PATIENT N°9 : Non.

CB : Et pourquoi vous avez été substitué ?

PATIENT N°9 : Parce que je suis allé voir le médecin.

CB : Et pourquoi ?

PATIENT N°9 : bah, parce que je voulais arrêter.

CB : Vous vouliez arrêter ?

PATIENT N°9 : Ouais

CB : Et pourquoi ?

PATIENT N°9 : Parce que je voulais m'en sortir.

CB : Et pourquoi ? Quels effets l'héroïne avait sur votre vie, pour vouloir arrêter ?

PATIENT N°9 : j'ai perdu des gens très proches à cause de ça.

CB : Qu'avez-vous réalisé ?

PATIENT N°9 : Que c'était dangereux.

CB : La première molécules de substitution ? Formule princeps et générique ?

PATIENT N°9 : Du 16., Du SUBUTEX®.

CB : Dans la théorie, comment doit-on prendre le SUBUTEX®?

PATIENT N°9 : Sous la langue.

CB : Et en combien de fois

PATIENT N°9 : En une fois.

CB : En avez-vous déjà revendu ou donné ?

PATIENT N°9 : Non j'en ai jamais vendu, mais j'en ai déjà redonné, ouais.

CB : Que pensez-vous des génériques d'une manière générale, en dehors de l'expérience du SUBUTEX® ?

PATIENT N°9 : C'est pas le même effet. Surtout pour le SUBUTEX®.

CB : Pourquoi ? Quelles différences avez-vous pu constater ?

PATIENT N°9 : Voilà, pour l'injection. Et le générique n'a pas le même effet.

CB : C'est-à-dire ?

PATIENT N°9 : Quand ça arrive dans le sang, c'est pas la même.

CB : Et ce que vous ressentez, c'est l'effet d'un shoot ou le manque apaisé ?

PATIENT N°9 : Bah, voilà, quand je l'envoie, je sais que direct ça fait du bien, comme un shoot. Ça n'a rien avoir avec le générique. Le générique ça fait rien.

CB : Avez-vous entendu d'autres avis, avant d'avoir cette expérience-là ?

PATIENT N°9 : Non. Moi j'ai déjà essayé, et puis voilà quoi, j'ai bien vu que ça n'avait rien avoir.

CB : Le packaging de la boîte ?

PATIENT N°9 : Non, rien de différent.

CB : Les comprimés ?

PATIENT N°9 : **la taille ? Le SUBUTEX® est plus gros.**

CB : Le goût ?

PATIENT N°9 : L'autre il est plus pâteux, que le vrai il est pas pâteux.

CB : La dissolution du comprimé ?

PATIENT N°9 : Le vrai, il fond plus vite que l'autre.

CB : L'effet à court terme ? Quand vous le prenez par la bouche.

PATIENT N°9 : Le vrai, il fait plus vite, que l'autre non ?

CB : Et l'efficacité sur la journée ?

PATIENT N°9 : Le vrai, il dure plus longtemps, que le générique, il dure moins longtemps.

CB : Sur la durée, vous pouvez m'en dire un peu plus ?

PATIENT N°9 : Non, parce que je vais vous dire, voilà. Entre deux je vais vous dire franchement, style je vais prendre 16, sans vous dire une connerie, bah après, je sais pas le soir, je vais être obligée de me reprendre en direct 2 minutes.

CB : Vous le prenez en sniff de temps en temps ?

PATIENT N°9 : **Non**

CB : Vous l'avez déjà pris en sniff ?

PATIENT N°9 : **Oui j'ai déjà pris en sniff.**

CB : Et vous avez senti une différence ?

PATIENT N°9 : Ah oui. Le vrai c'est mieux, que le générique ne passe pas. Ça bloque, c'est trop pâteux pour moi.

CB : Et pour l'injection ?

PATIENT N°9 : Bah oui, c'est pareil. Parce que moi, je ne vais pas vous mentir, si je me prends 2 taquets du vrai, ça va aller. Avec le générique, je vais m'en faire au moins 10, c'est pas la même chose, non ça n'a rien à voir.

CB : Des effets indésirables.

PATIENT N°9 : Non mais même, je me sens pas bien.

CB : Comment votre médecin appréhende votre demande pour la formule princeps ? Quels arguments avez-vous pu lui apporter pour justifier votre demande ?

PATIENT N°9 : Je lui ai dit que ça n'allait pas bien du tout avec le générique. Et que je préférais les vrais parce que c'est trop pâteux en bouche.

CB : Quels sont ceux que vous n'avez pas voulu lui communiquer par crainte de jugement sur une modalité de prise différente de la théorie.

PATIENT N°9 : Non pas du tout.

CB : Quelles sont vos habitudes ou rituels dans l'organisation de la prise de votre traitement ?

PATIENT N°9 : Bah, je vais vous dire comme ça. Le matin, je le prends par la bouche et l'après-midi, je me l'injecte, alors c'est pas pareil.

CB : Donc il y a des habitudes.

CB : Pour finir, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

PATIENT N°9 : Que le générique c'est pas bien, quoi. C'est tout.

ENTRETIEN N°10

CB : Comme je vous l'ai dit je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps « non substituable » du SUBUTEX® au générique.

J'enregistre l'entretien pour le retranscrire après.

Pour commencer : votre âge ?

PATIENT N°10 : j'ai 51 ans

CB : A quel âge êtes-vous entrée dans la consommation ?

PATIENT N°10 : Oh, j'avais 18 ans. 18 ans

CB : Comment avez-vous rencontré le produit ?

PATIENT N°10 : Bah Avec des copains, et heu, bah je voulais goûter parce que je les voyais faire, et puis je voyais … ils avaient pas… parce que pour moi un camé, un junkie : c'était quelqu'un qui était sale, ça se voyait sur son visage ; Et que eux ça ne se voyait pas en fait, qu'ils avaient pris de ça. Donc je voulais absolument gouter, moi aussi. Et puis bah voilà, on m'a dit : non il faut pas, et puis y'en a qui voulaient pas, et puis bah y'en avait qui disaient : laisse la goûter. Et puis bah, c'est comme ça que j'y ai goûté, et puis bah j'y ai pris goût en fin de compte. Ça m'a plu. C'était les années 80, ça venait juste de rentrer à l'époque. Dans les quartiers, j'habitais à saint Etienne du Rouvray à Château Blanc, et ça venait juste de rentrer, y'en avait pas beaucoup. C'était pas…

CB : Comment vous la preniez ?

PATIENT N°10 : La première fois, je l'ai snifée. Je me suis jamais injecté. Je l'ai fumée et sniffée.

CB : Votre mode de consommation principal ?

PATIENT N°10 : De sniffer.

CB : Fumer c'était anecdotique ?

PATIENT N°10 : Bah voilà, comme ça, quand il y en avait beaucoup.

CB : Et donc ça a duré combien de temps tout ça ?

PATIENT N°10 : Oh ça a duré longtemps parce qu'après j'ai eu ma fille, et en étant enceinte j'ai dû continuer parce que les médecins, les médecins voulaient pas que j'arrête comme ça, donc j'ai dû continuer quand même à en prendre et puis malgré tout, j'ai eu ma fille, j'ai fait un peu de prison aussi. Donc je pense que la prison, ça m'a calmée. Et là, j'ai arrêté, j'ai repris. J'ai arrêté peut-être pendant 8 ans et j'ai re consommé, j'ai eu ma fille, j'ai eu un appartement, j'ai eu un petit ami, et tout. Et ça s'est bien passé, et au bout de 8 ans, j'ai replongé encore une fois.

CB : Donc il y a eu 8 ans sans substitution. Parce qu'en prison vous n'étiez pas substituée ?

PATIENT N°10 : Non j'avais un substitut aussi. J'avais le substitut.

CB : Combien de temps, vous êtes restée à l'héroïne seule ?

PATIENT N°10 : J'y suis restée pratiquement 3 ans. Parce que j'étais enceinte quand je suis tombée, quand j'étais en prison. Donc j'avais passé, pratiquement ma grossesse en prison. Et Je suis sortie, bah pour accoucher.

CB : Et en prison, vous aviez quel traitement ?

PATIENT N°10 : Bah toujours, du SUBUTEX®.

CB : Princeps ou générique ?

PATIENT N°10 : Princeps, le générique il y en avait pas. C'était vraiment le SUBUTEX®.

CB : Combien de temps l'avez-vous pris ?

PATIENT N°10 : Le SUBUTEX®, je l'ai pris euh, j'ai eu ma fille, euh, jusqu'à… il a fallu que, que, qu'elle ait deux ans que je parte d'ici, et que je parte en Corse, en fait. Je me suis éloignée tout, j'ai laissé ma fille à ma mère, et je suis partie en corse, je suis restée pendant 2 ans et demi là-bas. Et voilà, j'ai arrêté avec le peu de ce que j'avais en SUBUTEX®, et j'ai vraiment fait ça à la dure, quoi.

CB : Vous avez eu combien de temps d'abstinence ?

PATIENT N°10 : Bah quand je suis rentrée sur Rouen, je me suis calmée. Il y a eu, il y a eu une longue période d'abstinence, il y a eu au moins.. Il y a eu au moins plus de 10 ans d'abstinence. Après j'ai rechuté. Et c'est là qu'on m'a proposé le générique. On m'a dit que maintenant c'était le générique qu'on donnait. Et que c'était plus ça. Ensuite j'ai pas aimé mais je l'ai quand même pris. Et puis, bah c'est comme ça que j'ai arrêté de … de … aussi de prendre de l'héroïne pendant pratiquement plus d'un an. Et j'étais suivie pour ça. Et après j'ai arrêté le générique, donc je prenais plus rien, j'étais bien. Pendant pratiquement 3 ans et puis l'année dernière, l'été j'ai retouché à ça. J'ai rien dit à mon ami, j'ai rien dit à mon entourage, j'ai continué à en prendre, le travail et puis bah ça n'allait plus, j'ai dû en parler à mon conjoint. Et puis, c'est lui qui m'a aidé et je suis repartie voir l'addictologue que j'avais, bon il était pas très content. Mais il m'a dit que c'était normal, de toute façon, les rechutes... voila... donc…

CB : La toute première fois que vous avez eu du SUBUTEX®, c'était dans quel cadre : sur ordonnance, en don ou en achat sur le marché noir ?

PATIENT N°10 : Non, non sur ordonnance. Après si, je m'en suis procuré, bah voilà, quand j'avais pas de Dr… Quand j'avais pas de quoi m'acheter et puis bah j'allais pas au médecin parce que j'avais pas de sécurité sociale, j'avais rien, j'avais même pas de logement. Donc voilà quoi. C'était…Donc ouais, il m'est arrivé d'en acheter au marché noir.

CB : Vos motivations à être substituée ?

PATIENT n°10 : Bah, parce que c'était, bah par rapport déjà à ma famille et par rapport beaucoup à l'argent, bah parce que je travaillais et tout l'argent passait dans ça. Beaucoup. Et puis bah, pour mes enfants aussi, c'était aussi...j'avais peur de perdre mes enfants. Il fallait que ça s'arrête.

CB : En quoi le SUBUTEX® vous a aidé ?

PATIENT N°10 : Bah ouai, ça m'a aidé quand même, ça m'a beaucoup aidé à arrêter, à même plus penser à la drogue. Et puis à ne plus avoir mal surtout, surtout ça c'était les douleurs qui étaient dures à supporter à l'arrêt de l'héroïne. Et ça m'a aidé à ne plus penser, parce que j'y pensais plus du tout après. Plus de douleurs, plus de manque. Et puis j'y pensais même pas quoi. Et là je me suis dit, plus jamais, c'est fini, j'y retoucherais plus quoi. C'est vraiment quelque chose que…

CB : Et entre le SUBUTEX® princeps et le générique ?

PATIENT N°10 : Je pense que c'était la même chose, je pense que c'était la même chose.

CB : Comment preniez-vous votre traitement?

PATIENT N°10 : Bah, je le prenais le matin, après mon petit déjeuner. Je le prenais bien sous la langue. Et puis bah, voilà quoi.

CB : Vous respectiez les doses ?

PATIENT N°10 : Ouai, non mais j'ai souvent baissé de moi-même toute seule. Et c'est après que je le disais au médecin que je voulais baisser. Mais j'avais déjà fait un mois ou j'avais baissé, moi toute seule, sans lui dire. Non ça m'arrivait, c'est comme ça que je faisais en fait. Je l'arrêtais enfin je le baissais moi-même, de 2mg, et heu comme je voyais que ça le faisait, le mois, donc le mois d'après je le disait au médecin, je veux baisser. Et il me disait : bon bah on va essayer, on va baisser. Mais moi je savais que ça allait bien se passer, vu que le mois d'avant je l'avais fait comme ça. Donc heu, et tous ces médicaments, tout ce qui me restait bah je les redonnais à la pharmacie en fait.

CB : En avez-vous déjà revendu ou donné ?

PATIENT N°10 : Non, bah justement c'est ce que je vous disais, ce qu'il me restait je le redonnais à la pharmacie.

CB : L'avez-vous déjà pris autrement, en sniff en injection ?

PATIENT N°10 : Non, non jamais. Même le sniffer, non, non. Parce j'avais beaucoup d'amis qui le sniffaient même devant moi et je leur disait : mais comment tu fais pour sniffer ça. Et bah ils me disaient ça me fait le même effet. Mais moi, ça m'a jamais tenté.

CB : Que pensez-vous des génériques d'une manière générale, en dehors de l'expérience du SUBUTEX® ?

PATIENT N°10 : Bah moi je pense que c'est la même chose, après chacun. Moi j'ai toujours accepté le générique. J'ai toujours. Et ça m'a... et j'ai pas trouvé de différence, je veux dire … peut être au niveau du goût oui. Il y avait souvent une différence au niveau du goût. Mais sinon après, bah, ça… Ça donnait la même chose quoi je veux dire.

CB : Quels avis extérieurs (amis, médecins, soignants, pharmaciens) avez-vous entendu (avant ou après la substitution) sur la différence princeps et générique ?

PATIENT N°10 : Bah moi, beaucoup ne prenaient pas de générique. Disaient à leur médecin qu'ils voulaient pas de génériques, qu'il voulaient le SUBUTEX® ; Et qu'ils supportaient pas que… que ça ne leur faisait pas la même chose, alors que moi, je leurs disaient moi, pour moi c'est pareil quoi, je vois pas la différence. Et eux ils me disaient : bah moi, je sens une différence. Et beaucoup, beaucoup de …gens que je connaissais préféraient le SUBUTEX® au générique. La plupart que je connais. C'est bizarre.

CB : Quelles différences avez-vous pu constater ? Le packaging de la boite ? Les comprimés ?

PATIENT N°10 : Bah sur la taille. Le comprimé du SUBUTEX®, il est comment on appelle ça, rectangulaire, c'est un petit losange. Le générique il est rond. C'est un petit comprimé rond. Voilà c'est tout.

CB : la taille ? Le goût ? La dissolution du comprimé, l'effet à court terme et à long terme ?

PATIENT N°10 : Moi c'est surtout le goût que j'aimais pas.

CB Les effets indésirables ?

PATIENT N°10 : Bah moi je fais du psoriasis, mais je pense que ça n'a rien à voir. Mais j'en ai toujours fait, ça fait plus de … 10 ans que j'en fais. Mais non, j'ai pas eu d'effets indésirables. Peut-être grossi ouais, peut être grossi à cause de ça ouais. J'ai pris du poids.

CB : Quelles sont vos habitudes ou rituels dans l'organisation de la prise de votre traitement ? Modalités de rendez-vous avec votre médecin ? Heures de retrait du traitement à la pharmacie, pharmacien qui gère la délivrance ? Prise du traitement et rangement de celui-ci ? Est-ce important pour vous ?

PATIENT N°10 : Bah non. Je fais en sorte pour pas que mes enfants le voient. Dès que je l'ai, je le range dans la salle de bains, je le mets en hauteur. Pour pas que mes enfants le voient. Je ne le prends pas devant eux, c'est, voilà.

CB : Comment gérez-vous le regard des autres par rapport au traitement ?

PATIENT N°10 : Bah, il y en a pas beaucoup euh, mis à part mon compagnon. Et c'est tout, parce que même mes amis … Fin ceux qui z'y touchent, bah voilà je parle plus avec eux, bah voilà je veux plus les voir. Après j'ai d'autres amis, mes collègues de travail, entre autre et tout ça, bah eux ils savent pas du tout que j'en prends ou que je prends un traitement. Que j'ai pris de la drogue et que j'ai un traitement de substitution maintenant. Et y'a que récemment le regard de mon compagnon, mais lui il était pas content, parce que … voilà. Pour ceux qui le savent, ils me disent qu'ils sont contents, mais je sais bien que quelque part c'est, ils sont embêté parce que quelque part il profitaient un petit peu de ma faiblesse pour acheter ça, et pour venir me chercher. Je suis quelqu'un qui travaille, qui a une situation stable, j'ai mon appartement donc voilà quoi, c'était plus bon bah, on est content pour toi, tu as arrêté, bon bah, c'est bien. Mais bon je voyais bien que… voilà quoi. Parce que je leur ai dit : bon bah maintenant c'est fini, on se voit plus, c'est terminé quoi. Il vaut mieux qu'on reste loin, je suis tranquille tout ça.

CB : Pour finir, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

PATIENT N°10 : Non, Merci.

ENTRETIEN N°11

CB : Comme je vous l'ai dit je suis étudiante en médecine, je fais une thèse sur les motivations amenant les patients à préférer la formule princeps « non substituable » du SUBUTEX® au générique.

J'enregistre l'entretien pour le retranscrire après.

Pour commencer : votre âge ?

PATIENT N°11 : euh… 35 ans

CB : A quel âge êtes-vous entré dans la consommation ?

PATIENT N°11 : euh... 35 ans, il y a 4 ans.

CB : C'était dans quel contexte ? Comment ça s'est passé ?

PATIENT N°11 : Ça c'est passé, on a fait une soirée, euh... À Louviers, y'a piscine et tout. Et tout le monde, prenait de la coke, moi j'en prenais pas. Et je me suis fait piéger par une fille. Et c'est parti de là.

CB : C'est-à-dire ?

PATIENT N°11 : Elle m'a fait consommer.

CB : Quels produits ?

PATIENT N°11 : Cocaïne. Je prends pas d'héroïne.

CB : Vous ne prenez pas d'héroïne ?

PATIENT N°11 : Non

CB : Mais vous êtes sous SUBUTEX® ?

PATIENT N°11 : Ouais.

CB : Et après comment, ça s'est passé pour vous ?

PATIENT N°11 : Bah j'ai suivi, euh, j'ai suivi le mouvement. Et me voilà en train de me soigner.

CB : La première fois que vous avez pris du SUBUTEX®, c'était dans quelles circonstances ?

PATIENT N°11 : Moi, je me rappelle plus trop.

CB : Est-ce que c'était un médecin qui vous l'avait prescrit, ou l'avez-vous acheté ou vous l'avait-on donné ?

PATIENT N°11 : Oui, oui oui. Non, Non. C'est un médecin. J'ai un médecin.

CB : D'accord, donc c'est un médecin qui vous l'avait prescrit. Et vous n'en avez jamais acheté ou eu par une connaissance ?

PATIENT N°11 : Non, Non.

CB : Et pourquoi êtes-vous allé voir ce médecin, à ce moment-là ?

PATIENT N°11 : Parce que c'était le meilleur.

CB : D'accord, mais pourquoi avez-vous fait la démarche de voir un médecin pour arrêter la consommation de cocaïne ?

PATIENT N°11 : Bah, parce que j'avais envie d'arrêter !

CB : Oui, mais que s'est-il passé dans votre vie pour que ce soit compliqué ?

PATIENT N°11 : J'ai ma fille.

CB : Vous avez une petite fille ?

PATIENT N°11 : Oui de 8 ans. Donc j'y tiens, donc j'ai tout fait pour elle.

CB : D'accord. Donc vous vous êtes toujours consommé que de la cocaïne, il n'y a pas eu de consommation d'autres produits ?

PATIENT N°11 : Et la consommation de cocaïne, se faisait de qu'elle manière ?

PATIENT N°11 : De 3g par jour, en sniff.

CB : En sniff uniquement ?

PATIENT N°11 : Uniquement.

CB : Donc ça fait combien de temps que vous avez le SUBUTEX®?

PATIENT N°11 : Bah, ça doit faire 4 ans maintenant.

CB : D'accord. Et vous avez été dans la consommation pendant combien de temps ?

PATIENT N°11 : Pendant 4-5 ans ?

CB : 4-5 ans. D'accord. Savez-vous comment on doit prendre le SUBUTEX dans la théorie ?

PATIENT N°11 : Oui, sous la langue.

CB : Et en combien de fois ?

PATIENT N°11 : Mois je le prends en une fois.

CB : C'est comme ça que vous le prenez ?

PATIENT N°11 : Oui, avec un café.

CB : Vous le prenez en une fois, jamais fractionné ?

PATIENT N°11 : Non, Non, NON

CB : Vous l'avez déjà pris autrement ?

PATIENT N°11 : Non

CB Et au niveau de la dose, vous la respectez toujours ?

PATIENT N°11 : Ah, bah oui, vous pouvez demander à Pauline.

CB : Ah, non, mais moi je ne contrôle rien du tout.

PATIENT N°11 : Ah oui, oui. J'ai mes 8mg par jour, oui, oui. Y'a pas de problème.

CB : En avez-vous déjà revendu ou donné ?

PATIENT N°11 : Non.

CB : Que pensez-vous des génériques d'une manière générale, en dehors de l'expérience du SUBUTEX® ?

PATIENT N°11 : J'aime pas.

CB : Alors dites-moi pourquoi vous n'aimez pas ?

PATIENT N°11 : Parce que j'aime pas les génériques, je préfère les SUBUTEX®.

CB : Pourquoi vous n'aimez pas ? Qu'est-ce qui vous dérange dans les génériques ?

PATIENT N°11 : Euh, j'ai déjà essayé, mais c'est pas pour moi. Y a pas assez dans le 8.

CB : Ce que vous êtes en train de me dire, c'est que vous avez l'impression que ça ne vous fait pas les mêmes effets ?

PATIENT N°11 : Exactement.

CB : En dehors du SUBUTEX®. Vous avez d'autres traitements ? Je n'ai pas du tout regardé votre dossier.

PATIENT N°11 : Ouai, ouai.

CB : Si vous prenez d'autres médicaments par exemple, du PARACETAMOL, si on vous donne le générique, comment vous réagissez ?

PATIENT N°11 : Non substituable

CB : Par rapport à votre traitement de SUBUTEX®, qu'elles sont vos attentes ?

PATIENT N°11 : Bah que ça s'arrête bientôt.

CB : Oui, mais dans votre vie, votre médicament, il vous sert à quoi ?

PATIENT N°11 : Bah, il me sert à enlever le manque, à … être bien.

CB : Quels avis extérieurs (amis, médecins, soignants, pharmaciens) avez-vous entendu (avant ou après la substitution) sur la différence princeps et générique ?

PATIENT N°11 : Non, j'avais jamais rien entendu.

CB : Jamais. Quelles différences avez-vous pu constater ?

PATIENT N°11 : Bah dans le 8, y a pas assez.

CB : Il y a-t-il d'autres choses qui vous ont dérangé dans le générique.

PATIENT N°11 : Non, non.

CB : Le packaging de la boite ?

PATIENT N°11 : Non

CB : Les comprimés ?

PATIENT N°11 : Non

CB : la taille ? Le goût ?

PATIENT N°11 : Oui, c'est comme ça. (Montre une forme arrondie avec ses doigts). Et les génériques c'est comme ça (montre une forme plus petite que la précédente).

CB : Le gout est-il différent ?

PATIENT N°11 : Je suis obligé de prendre 16mg avec les petits pour compenser le 8.

CB : D'accord, d'accord. Je comprends.

PATIENT N°11 : Donc autant prendre un 8 directement.

CB : Sur le gout avez-vous senti une différence ?

PATIENT N°11 : Non, Non. Pas de différence.

CB : La dissolution du comprimé ?

PATIENT N°11 : Non.

CB : L'effet à court terme ? Par exemple quand vous le prenez le matin, avez-vous senti une différence entre le générique et le princeps ?

PATIENT N°11 : Non, Non

CB : Et à long terme, en fin de journée ?

PATIENT N°11 : Bah oui, bah oui, bah oui. Bah j'étais obligé d'en reprendre le soir.

CB : Est-ce que ça vous a mis en difficulté par rapport à votre consommation ? Avez-vous consommé parce que vous étiez en manque ?

PATIENT N°11 : (Fait oui de la tête avec une mine de culpabilité).

CB : Ça fait partit du parcours Monsieur.

PATIENT N°11 : Je sais.

CB : Hein, il faut du temps. Pour comprendre, tout ce qui s'est passé.

PATIENT N°11 : ouais. J'espère que ça va s'arrêter vite. C'est bon ?

CB : Non encore, deux petites questions. Avez-vous senti des effets indésirables ?

PATIENT N°11 : Comment ?

CB : Avez-vous senti des réactions de votre corps après la prise du générique ou du non substituable ? En pensant que c'est peut-être lié au médicament ?

PATIENT N°11 : Non, je préfère avoir mon SUBUTEX® ;

CB : Et votre médecin, quand vous lui avez dit : moi je préfère prendre du SUBUTEX® non substituable. Comment a-t-il réagi ?

PATIENT N°11 : Il me l'a prescrit direct.

CB : quelles raisons, vous lui avez apporté ?

PATIENT N°11 : Ce que je vous ai dit tout à l'heure.

CB : Quelles sont vos habitudes avec votre traitement ? Comment cela se passe ici ?

PATIENT N°11 : On me les donne tous les matins. Ouais.

CB : Donc vous n'êtes pas confronté à la pharmacie, par exemple ? Mais vous l'avez été avant ?

PATIENT N°11 : Ouais

CB : Comment cela se passait ?

PATIENT N°11 : Non, ça se passait bien. C'est rue de Lafayette. Ça se passait super bien.

CB : Pour finir, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

PATIENT N°11 : Non.

CB : Donc là, ça fait 4 ans que vous avez le SUBUTEX®, c'est ça.

PATIENT N°11 : Ouais.

CB : Et vous arrivez à pas trop consommer ?

PATIENT N°11 : Là, je vais baisser le mois prochain.

CB : D'accord. Bon bah c'est bien. Là vous êtes à 8 ?

PATIENT N°11 : Ouais

CB : Vous avez commencé à quel dosage ?

PATIENT N°11 : J'étais à 16. Et je suis descendu à 8. En l'espace de 3 mois.

CB : C'est même rapide.

PATIENT N°11 : ouais

CB : Vous voulez absolument arrêter ?

PATIENT N°11 : Ah bah, oui.

CB : Pourquoi, voulez-vous arrêter ?

PATIENT N°11 : Parce que ça me donne trop de contraintes. Je peux pas partir en vacances... euh. Ça me donne trop contraintes. Donc je compte arrêter.

CB : Vous avez de la détermination.

PATIENT N°11 : Oui.

CB : Et comment vous gérez… parce qu'ici il y a d'autre personnes sous traitement, il y a des gens qui consomment, et qui n'ont pas encore passé le cap de ne plus consommer, etc… Est-ce que c'est difficile de gérer parfois d'être en contact avec des gens qui peuvent avoir des produits ?

PATIENT N°11 : Je me laisse pas embarquer. Je reste dans ma chambre. De temps en temps, je fume un joint. Ça me calme. Je bois pas d'alcool.

CB : Je vous souhaite de continuer comme ça, et puis d'avoir un logement. J'imagine que vous avez déjà commencé les démarches ?

PATIENT N°11 : Ouais. Je peux vous laisser ?

CB : Merci, vraiment merci

PATIENT N°11 : De rien, de rien. Y a pas de souci.

RESUME DE LA THESE :

La prescription du traitement substitutif est une des grandes motivations des patients venant au cabinet de médecine générale lors de la prise en charge d'une addiction aux opiacés, avec notamment des réclamations quant à la formule non substituable.

Mais le travail menant à l'accomplissement du sevrage implique une prise en charge bien plus complexe. Le rôle du médecin généraliste est donc d'aider le patient à prendre conscience des différents mécanismes ayant permis l'instauration de la dépendance. L'alliance thérapeutique est fondamentale, parfois au prix de concessions de prescription pour le médecin généraliste face aux demandes insistantes du patient. Les connaitre et les comprendre, est fondamental pour instaurer une relation de confiance et d'échange entre le malade et le soignant, clé de voûte de la réussite du sevrage.

L'objectif de ce travail de thèse est de recueillir les motivations des patients à préférer la formule princeps du SUBUTEX® au générique.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée de juillet 2019 à septembre 2019, chez des patients sous substitution orale par SUBUTEX®. Basée sur des entretiens semi dirigés dans la région de haute Normandie.

Résultats : Les patients sous traitement de substitution orale par SUBUTEX® ont diverses motivations à préférer la formule princeps au générique : sécurité du conditionnement des médicaments, goût, dissolution sublinguale, meilleure pharmacocinétique, mais aussi une meilleure aisance dans le mésusage du traitement notamment pour les voies intra-veineuse et nasale. L'image et la notoriété de la marque jouent également un grand rôle dans la perception et la préférence au générique, ressentie notamment par la grande demande du princeps sur le marché parallèle de « la revente de rue ».

Conclusion : La consommation d'opioïdes conditionne le patient dans un lien de symbiose totale avec le produit, développant hormis une dépendance pharmacologique une dépendance psychologique par la dissociation ordalique que la consommation du produit lui permet d'expérimenter en pleine maitrise pour fuir la souffrance de la réalité incontrôlable du monde extérieur. La prise en charge du patient doit certes s'atteler au sevrage physique de la substance via la prescription du traitement substitutif oral mais doit également s'appliquer à rompre ce lien ; au risque d'apparition de mésusage du traitement substitutif oral. Affronter les tabous de la dépendance psychologique avec ses composantes gestuelles dans l'addiction aux opiacés et les représentations qu'elle véhicule est un travail indispensable dans le processus de guérison et de réduction des risques du patient toxicomane. Le rôle du médecin est complexe et subtil requérant multiples compétences, pour instaurer une relation de confiance dans cette alliance thérapeutique.

MOT CLES : Toxicomanie, addiction, traitement substitutif oral, générique, princeps, mésusage, relation médecin patient, étude qualitative, Normandie