



HAL
open science

Médicaments de substitution aux opiacés : quelles perceptions ont les médecins généralistes des objectifs et de la durée de ces traitements ?

Yvain Lelièvre

► To cite this version:

Yvain Lelièvre. Médicaments de substitution aux opiacés : quelles perceptions ont les médecins généralistes des objectifs et de la durée de ces traitements ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02405200

HAL Id: dumas-02405200

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02405200>

Submitted on 11 Dec 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2019

Thèse présentée par :

Monsieur LELIEVRE Yvain
Né le 14 décembre 1989 à QUIMPER

Thèse soutenue publiquement le 5 décembre 2019

Titre de la thèse :

Médicaments de substitution aux opiacés : quelles perceptions ont les médecins généralistes des objectifs et de la durée de ces traitements ?

Président : Mr le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Membres du jury : Mr le Professeur LE FLOC'H Bernard

Mme le Docteur GUILLOU Morgane

Mme le Docteur TANGUY LAINE Kristell

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Doyens honoraires

FLOCH Hervé ()
LE MENN Gabriel ()
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves ()
DE BRAEKELEER Marc ()

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
-------------------	-----------------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie

GENTRIC Armelle
GILARD Martine
GOUNY Pierre
LE MEUR Yannick
LE NEN Dominique
MANSOURATI Jacques
MERVIEL Philippe
MISERY Laurent
NONENT Michel
REMY-NERIS Olivier
ROBASZKIEWICZ Michel

Gériatrie et biologie du vieillissement
Cardiologie
Chirurgie vasculaire
Néphrologie
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Cardiologie
Gynécologie obstétrique
Dermato-vénérologie
Radiologie et imagerie médicale
Médecine physique et réadaptation
Gastroentérologie

SALAUN Pierre-Yves
SARAUX Alain
TIMSIT Serge
WALTER Michel

Biophysique et médecine nucléaire
Rhumatologie
Neurologie
Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile
BAIL Jean-Pierre
BERNARD-MARCORELLES Pascale
BEZON Éric
BLONDEL Marc
BRESSOLLETTE Luc
CARRE Jean-Luc
COUTURAUD Francis
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc
DELARUE Jacques
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie
DUBRANA Frédéric
FENOLL Bertrand
GIROUX-METGES Marie-Agnès
HU Weiguo
HUET Olivier
KERLAN Véronique
LACUT Karine
LEROYER Christophe
MARIANOWSKI Rémi
MONTIER Tristan
NEVEZ Gilles
PAYAN Christopher
PRADIER Olivier
SIZUN Jacques
STINDEL Éric

Réanimation
Chirurgie digestive
Anatomie et cytologie pathologiques
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Biologie cellulaire
Médecine vasculaire
Biochimie et biologie moléculaire
Pneumologie
Pédiatrie
Nutrition
Rhumatologie
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Chirurgie infantile
Physiologie
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Anesthésiologie-réanimation
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Thérapeutique
Pneumologie
Oto-rhino-laryngologie
Biologie cellulaire
Parasitologie et mycologie
Bactériologie-virologie
Cancérologie
Pédiatrie
Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie

BEURTON-COURAUD Lucas

DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

BOUSSE Alexandre

Génie informatique, automatique et traitement du signal

DANY Antoine

Epidémiologie et santé publique

DERBEZ Benjamin

Sociologie démographie

LE CORNEC Anne-Hélène

Psychologie

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MIGNEN Olivier

Physiologie

MORIN Vincent

Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita

Rhumatologie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence

Bactériologie virologie

CHAUVEAU Aurélie

Hématologie biologique

KERFANT Nathalie

Chirurgie plastique

THUILLIER Philippe

Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie-Charlotte

Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain Français **RIOU** Morgan Anglais

Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

NGUYEN BA Vinh

DULOU Renaud

Anesthésie-réanimation

Neurochirurgie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean Yves le Reste pour l'honneur que vous me faites en présidant ma thèse.

A Monsieur le Professeur Bernard Le Floc'h pour me faire l'honneur d'accepter de juger mon travail.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Morgane Guillou, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail de thèse, pour votre écoute et vos conseils.

A Madame le Docteur Kristell Tanguy-Lainé, ma chef de service en médecine interne et polyvalente du centre hospitalier de Landerneau lors de mon dernier semestre, pour me faire l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude.

Aux médecins et aux équipes de santé, qui m'ont accompagné avec bienveillance dans l'apprentissage de la médecine durant tout mon cursus.

A mes amis d'enfance, Thomas et Julien, pour ces douces années d'insouciance.

A mes amis de vacances, Antoine, Jean Baptiste, Pauline, Clémence, Morgane, Emeline, Johan, et aux autres, pour ces souvenirs inoubliables.

A mes amis du collège et du lycée, Roxane (et Simon), Maxime, Quentin, Matthieu (et Hélène) et aux autres, pour ces formidables années.

A mes amis de la faculté, Pierre-Yves, Piotr, Quentin, Alexandre, Gaël, Fanny, Camille (x3), Lise, Marion, Yannick, Matthieu, Victor, et à tous ceux que j'aurais pu oublier, pour ses années de joies et de galères communes.

A mes amis de l'internat, Brendan, Paul, François, Thomas, Thibaut, Léa, Déborah, Tanguy, Martin, Morgane, Christine, Charlotte, Maryline, Armand, Baptiste, Christy, Jérôme, Nolwenn, Ilan, Hugo, Quentin, Géraldine, Estelle, Maxime, Oscar, Louis, Audric, Eliane et à tous les autres. Quelle chance de vous avoir rencontré.

A ma famille, et en particulier à mes parents, sans qui je ne serai jamais devenu médecin.

Et enfin à Philippe (et Ony et Zach), mon frère et mon meilleur ami, pour ta présence et ton soutien indéfectible durant toutes ces années. Un soutien rassurant malgré 17007,7km de séparation sur la fin.

Résumé

Introduction : La pharmacodépendance aux opiacés est un des enjeux majeurs de santé publique. Deux médicaments de substitution aux opiacés, la méthadone et la buprénorphine, ont fait leur apparition dans les années 1990. Ils ont permis de révolutionner la prise en charge des patients dépendants aux opiacés. Cette étude avait pour objectif d’apprécier la perception des médecins généralistes sur les objectifs et la durée de ces traitements.

Matériel et méthode : Etude qualitative par entretiens semi dirigés avec un échantillonnage raisonné poursuivi jusqu’à saturation des données. L’enquête a été réalisée en utilisant une analyse thématique avec des outils issus de la théorie ancrée.

Résultats : Onze entretiens ont été réalisés. Six codes thématiques ont été établis. On retrouvait une avancée majeure en terme de prise en charge des patients dépendants aux opiacés, une prise en charge complexe et individualisée, la dimension socioprofessionnelle et la place du médecin généraliste. L’objectif principal des MSO était le sevrage en opiacés. L’efficacité de la méthadone et de la BHD était reconnue en terme de sevrage en opiacés et de réinsertion socio-professionnelle. La prise en charge des patients était complexe du fait de leur vulnérabilité et de l’absence de consensus concernant la durée du traitement.

Conclusion : Les MSO ont fait leurs preuves aux yeux des médecins généralistes. Pour une prise en charge optimale, on ne peut dissocier l’évolution médicale de celle des variables socioprofessionnelles et familiales des patients. Il en résulte que la prise en charge de ces patients est le reflet des compétences requises du médecin généraliste. De nouveaux consensus sur la prise en charge des patients sous MSO ne peuvent donc se faire indépendamment de lui, puisqu’elles doivent renforcer son implication pour pérenniser une prise en charge ambulatoire à l’avenir.

Abstract

Introduction: Opioid dependence is one of the major public health issues. Two substitution drugs, methadone and buprenorphine, were introduced in the 1990s. They have revolutionized the management of opioid-dependent patients. The objective of this study was to assess the general practitioners' perception of the objectives and duration of these treatments.

Material and method: Qualitative study by semi-directed interviews with reasoned sampling until data saturation. The survey was carried out using a thematic analysis with tools from the anchored theory.

Results: Eleven interviews were conducted. Six thematic codes have been established. There was a major breakthrough in terms of the management of opioid-dependent patients, complex and individualized care, the socio-professional dimension and the place of the general practitioner. The main objective of opioid substitution treatment was opioid withdrawal. The effectiveness of methadone and HDB was recognized by general practitioners, in terms of opioid withdrawal and socio-professional reintegration. The management of patients was complex because of their vulnerabilities and the lack of consensus on the duration of treatment.

Conclusion: MSO have proved their worth in the eyes of general practitioners. For optimal management, medical evolution cannot be separated from that of patients' socio-professional and family variables. As a result, the management of these patients reflects the skills required of the general practitioner. New consensus on the management of patients on MSO cannot therefore be reached independently of him, since they must strengthen his involvement to ensure the sustainability of ambulatory care in the future.

Table des matières

Remerciements	7
Résumé	9
Abstract	10
Table des matières	11
Introduction.....	14
Généralités sur les médicaments de substitution aux opiacés	14
Bénéfices des médicaments de substitution aux opiacés.....	14
Limites des médicaments de substitution aux opiacés.....	15
Absence de consensus sur la durée des médicaments de substitution aux opiacés.....	16
Place du médecin traitant dans le système de santé.....	16
Matériel et méthodes.....	18
Choix de la méthode.....	18
Sélection des médecins généralistes.....	18
Recueil des données.....	19
Analyse des données : la théorie ancrée.....	21
Résultats	22
Caractéristiques de la population étudiée	22
Codages	24
Codages thématiques et axiaux	24
Connaissances médicales	26
Rationalisme	26
Empirisme.....	27
Autoformation.....	27
Une avancée majeure.....	27
Bénéfices des MSO	27
Sevrage en opiacés.....	28
Tolérance des MSO.....	28
Une prise en charge complexe	29
Absence de formation	29
Absence d’avis sur la durée	29
L’envie de formation	29

Manque d'expérience.....	30
Absence de consensus.....	30
Méfiance du médecin.....	30
Réticence à un changement.....	31
Décroissance longue et progressive des MSO.....	31
Transfert d'addiction et maintien de la dépendance.....	32
Mésusage.....	32
Détournement de substance.....	32
Détournement de voie d'administration.....	33
Stigmatisation.....	33
Une prise en charge individualisée.....	33
Comorbidités.....	34
Comorbidités somatiques.....	34
Comorbidités psychiatriques.....	34
Comorbidités psychologiques.....	34
Suivi médical.....	35
Un suivi étroit et régulier.....	35
Examen clinique.....	35
Un suivi biologique.....	35
Disponibilité du médecin.....	36
Adhésion du patient.....	36
Décision médicale.....	36
Décision du patient.....	37
Dimension socio-professionnelle.....	37
Activité professionnelle et revenus.....	37
Logement.....	38
Lien social.....	38
Place du médecin traitant.....	39
Relation médecin – patient.....	39
Confiance mutuelle.....	39
Entretien avec le patient.....	40
Accord commun.....	40
Relations interprofessionnelles.....	40

Relations avec les autres professionnels de santé	40
Compagnonnage	41
Discussion	42
Résultats principaux	42
Discussion des résultats	43
Forces et faiblesses méthodologiques de l'étude	43
Biais de sélection	43
Biais d'information	43
Facteurs de confusion	44
Perspectives.....	45
Renforcer l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients sous MSO .	45
Renforcer l'implication des patients dans leur propre prise en charge	46
Primo prescription de méthadone en médecine générale ?.....	46
Evolution pharmacologique de la buprénorphine	47
Conclusion	49
Bibliographie.....	50
Annexes	53
Annexe 1 : premier guide d'entretien	53
Annexe 2 : guide d'entretien modifié.....	54
Abréviations	56
Serment d'Hippocrate	57

Introduction

Généralités sur les médicaments de substitution aux opiacés

La pharmacodépendance aux opiacés est un des enjeux majeurs de santé publique (1,2). En effet, en 2014, l'addiction aux opiacés touchait environ 300000 usagers en France et on estimait à 180000 le nombre de patients prenant des médicaments de substitution aux opiacés (MSO), avec une nette prédominance de la buprénorphine haut dosage (BHD) sur la méthadone (3,4). La prescription de buprénorphine peut être initiée en médecine de ville, tandis que la prescription initiale de méthadone ne peut se faire qu'en centre de soins spécialisés en addictologie, ou en milieu hospitalier (5,6). Ces traitements, commercialisés depuis 1995 pour la méthadone et depuis 1996 pour la buprénorphine en France, ont pour indication unique et exclusive la pharmacodépendance majeure aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique (6–8).

Bénéfices des médicaments de substitution aux opiacés

Ils ont permis une grande avancée dans l'accompagnement des personnes dépendantes aux opiacés. L'efficacité de ces traitements est nettement démontrée par de nombreuses études, sur plusieurs plans (8,9). En terme de santé, les MSO ont permis une modification du comportement addictif avec une diminution des consommations, et un effondrement de la pratique intraveineuse, et donc une diminution des risques de comorbidités infectieuses, comme en témoignent les baisses de prévalence du VIH et du VHC(10,11). Ils ont également eu un impact sur les comorbidités psychiatriques, et sur la mortalité avec une diminution des décès par overdose (12). Sur le plan obstétrical, les issues de grossesse sous MSO ont été plus favorables (13). Sur le plan socio-économique, il a été remarqué une réinsertion satisfaisante des patients sous MSO en termes

d'accès au logement et de revenus. Une diminution des actes de délinquance relatifs aux stupéfiants a été objectivée depuis l'autorisation de mise sur le marché des MSO. Il en va de même pour le coût social avec une diminution des dépenses judiciaires, d'incarcérations, de police et gendarmerie, du SIDA et de surdoses (12). Les différentes études s'accordent également à dire que les MSO ont participé à valoriser le développement de collaborations interprofessionnelles, en dynamisant l'activité des réseaux de soins (6).

Limites des médicaments de substitution aux opiacés

En contrepartie, les MSO montrent plusieurs limites. Les principaux impacts négatifs de ces molécules résident essentiellement dans le mésusage, et en premier lieu dans l'injection intraveineuse de celles-ci (12). L'administration parentérale de la BHD, d'autant plus si associée à une consommation de benzodiazépines, aurait été responsable de plusieurs cas de décès (9,14). De plus, un marché parallèle des MSO a vu le jour. Ce trafic illégal est responsable de plusieurs cas de primo-consommation et de primo-dépendance, chez des usagers naïfs d'opiacés (13). Pour certains consommateurs, l'arrivée des MSO a eu l'effet inverse, en renforçant la consommation d'autres substances (alcool, cocaïne, etc.). Ces consommations engendrent à la fois le problème de la prise en charge de ces nouvelles dépendances, et celui des interactions avec les MSO. Enfin, aux yeux de la société, les MSO ont participé à la stigmatisation de la dépendance et de la souffrance psychologique. La prescription de ces traitements n'échappent pas au rejet perçu par les patients (13,15).

Absence de consensus sur la durée des médicaments de substitution aux opiacés

En revanche, concernant la durée de prescription des MSO, peu d'études ont été réalisées, et il n'existe pas de véritable consensus dans les recommandations actuelles. Initialement, lors de la mise sur le marché de ces traitements, on imaginait une durée plutôt courte, permettant de pallier le syndrome de manque, avec une diminution progressive des doses pour un arrêt rapide. Vingt-trois ans après leur AMM, les patients traités par MSO le sont en moyenne depuis environ 9 ans et demi (8). Actuellement, on estime que la durée de la substitution dépend de plusieurs facteurs : l'objectif établi par le prescripteur et le bénéficiaire, l'ancienneté de la dépendance, le risque de récurrence, la réinsertion sociale, etc. Il est devenu inconcevable de définir à priori la durée d'un traitement de substitution (6,12). L'évolution des mentalités a même repoussé cette question au 2ème plan, tant les bénéfices des MSO sont importants. Pour certains, s'il le faut, les MSO peuvent être maintenus à vie (16).

Place du médecin traitant dans le système de santé

Le médecin traitant est un acteur primordial dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés (3,17). D'autant plus que, grâce à sa possibilité d'initier un traitement par BHD, il permet d'élargir la population visée par les politiques de santé et de diffuser la substitution, en se greffant au système préexistant (15). Il s'agit du professionnel de santé de 1ère ligne, qui voit régulièrement les patients et qui suit leurs évolutions de manière étroite (18). Ces fonctions lui donnent le devoir de contribuer à la prise en charge des conduites addictives notamment en participant aux actions de prévention, de soin, et à la réduction des risques liés à l'usage de substances psychoactives (4).

La majorité des médecins généralistes familiarisés avec ce domaine semble favorable à l'approche souple de la substitution que propose la BHD (13). Cette souplesse préserve une certaine liberté du patient et favorise donc son engagement dans son processus thérapeutique. Mais pour d'autres praticiens, moins familiarisés avec la substitution, cette position paraît délicate, notamment par méconnaissance des MSO. Cela peut se traduire en pratique par des renouvellements routiniers et sans réévaluation, ou par des décroissances inadaptées de posologie, ou encore par des arrêts prématurés. Une étude démontre d'ailleurs que pour les médecins appartenant à un réseau ou à une structure d'addictologie, la BHD est considérée comme un outil de traitement individualisé, alors que chez les médecins hors réseau, la BHD est plutôt vue comme un outil de contrôle social (16). A cause du marché parallèle qui s'est développé, les MSO ont aussi subi une réputation de « drogue de rue » ou encore de « drogue légale », rendant certains médecins réticents à cette patientèle (5,14).

Dans un objectif d'analyse thématique de ces différents points de vue, nous avons mené une étude descriptive sur la perception des médecins généralistes sur les objectifs et la durée des médicaments de substitution aux opiacés.

Matériel et méthodes

Choix de la méthode

L'objectif de cette étude étant d'apprécier la perception des médecins généralistes sur les MSO, nous avons réalisé une étude qualitative utilisant des entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont pour avantage de favoriser l'expression du ressenti, et de recueillir des données personnelles. Ils permettent également d'explorer les mêmes thèmes chez tous les médecins interrogés, en se révélant relativement souple d'utilisation puisque des relances sont possibles, et parce qu'il est également possible de revenir sur une question précédente.

Sélection des médecins généralistes

L'enquête a été réalisée auprès de médecins généralistes du Finistère, entre le 5 février 2019 et le 11 avril 2019. L'échantillon a été choisi sur la diversité de l'âge, du sexe, du mode d'exercice, et du lieu d'installation. Il a été obtenu par un premier contact téléphonique, ou sur le lieu d'exercice des médecins, afin de fixer un rendez-vous. Les médecins généralistes étaient informés du sujet de l'étude, du nombre de questions, et de la durée théorique de l'entretien. Pour plus de commodités, les entretiens se sont déroulés sur leurs lieux de travail, sauf pour les entretiens 10 et 11 qui se sont déroulés à leur domicile.

Les critères d'inclusions étaient : être un médecin généraliste susceptible de prescrire de la buprénorphine haut dosage ou de la méthadone. Les critères d'exclusion étaient : tout médecin non généraliste, refus de participation.

Recueil des données

Ces entretiens se sont basés sur les questions d'un guide d'entretien, et ont été enregistrés grâce à un enregistreur vocal (annexe 1). Ce guide d'entretien a été élaboré autour de plusieurs axes : leurs expertises sur les MSO, leurs avis sur les bénéfiques, les risques et les inconvénients de ces traitements, leurs avis sur l'efficacité, et leurs avis sur la durée et l'arrêt des prescriptions. Pour certaines questions, des relances étaient prévues dans le but d'enrichir si besoin le discours sur les axes explorés. Le guide d'entretien a été discuté puis validé. Suite au sixième entretien, il a été ajusté afin de recueillir de manière plus précise l'avis des interviewés sur le ou les objectifs des MSO (annexe 2). Ces entretiens ont ensuite été retranscrits avec l'accord des médecins généralistes interviewés, qui ont eu un droit de regard et de rectification sur ces verbatim, sous un délai de 7 jours. Pour préserver l'anonymat des interviewés, les entretiens ont été cités par ordre chronologique. (Exemples : entretien 3 (E3) ligne 47 (L47)).

Encadré 1 : guide d'entretien

1 - Quel âge avez-vous ?

2 - En quelle année vous êtes-vous installé ?

3 - Mode d'exercice : libéral seul/en groupe ; remplaçant

4 - Activité salariée complémentaire : milieu carcéral/médico-social/hôpital ; non

5 - Combien de patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés suivez-vous par an en moyenne ?

6 - Avez-vous suivi des formations concernant la substitution aux opiacés ? si oui, lesquelles ?

7 - Comment avez-vous appris à manier les médicaments de substitution aux opiacés ?

8 - Selon vous, quel est ou quels sont les objectifs des traitements de substitution aux opiacés ?

9 - D'une manière générale, que pensez-vous des traitements de substitution aux opiacés ? En terme de bénéfices, d'inconvénients, et de risques ?

10 - Comment évaluez-vous l'efficacité d'un traitement de substitution aux opiacés ? (Si besoin de relance, sur quels critères ?)

11 - Quel est votre avis sur la durée de prescription des médicaments de substitution aux opiacés ?

12 - Comment décidez-vous de l'arrêt d'un traitement de substitution aux opiacés ? (Si besoin de relance, sur quels critères ?)

Analyse des données : la théorie ancrée

Chaque entretien comporte des données brutes appelées « verbatim ». Ces entretiens permettent de recueillir un nombre important de verbatim. Pour en tirer des conclusions, il faut « coder » ces données brutes, en se basant sur une analyse thématique. Il s'agit de la méthode de la théorie ancrée. Ce processus de codage passe par trois étapes de codage : les codages ouverts, axiaux, et thématiques. La première phase du codage, le codage ouvert, permet de tirer les idées importantes des entretiens. Au fur et à mesure des entretiens, l'investigateur remarque que plusieurs codes ouverts peuvent se regrouper en une idée, c'est le codage axial. Et de la même manière, plusieurs codages axiaux peuvent se regrouper en une idée plus générale. Il s'agit du codage thématique, la dernière étape de la théorie ancrée. Il en résulte un arbre de concepts qui représentent les résultats de l'étude. Dans un codage ouvert, ces « idées » ne sont pas connues d'avance, permettant une procédure plus ouverte de l'analyse. En effet, la construction de cet arbre de concepts est progressive, enrichie par de nouveaux verbatim. La saturation des données est atteinte lorsque les derniers entretiens n'apportent plus de nouvelle donnée. A ce stade, il n'est plus nécessaire de poursuivre les interviews. Les enregistrements audio ont été effacés à la fin de l'étude. Les données ont été analysées sous couvert d'anonymat. L'étude n'a pas été soumise à un comité d'éthique. Les résultats du codage ont été schématisés sous forme de cartes heuristiques.

Résultats

Caractéristiques de la population étudiée

N° d'entretien	Age	Sexe	Nb d'années d'installation	Milieu	Mode d'exercice
1	52	H	17	Semi-rural	Libéral en groupe
2	41	H	11	Semi-rural	Libéral en groupe
3	58	H	24	Semi-rural	Libéral en groupe
4	29	F	2	Rural	Libéral en groupe
5	29	F	3	Rural	Libéral en groupe
6	32	H	4	Urbain	Libéral seul
7	30	F	2	Urbain	Libéral en groupe
8	33	H	3	Urbain	Libéral en groupe
9	31	F	5	Urbain	Libéral en groupe

10	30	F	x	x	remplacement
11	32	H	4	Rural	Libéral seul

Tableau 1 : Caractéristique de la population étudiée (suite)				
N° d'entretien	Activité salariée complémentaire	Nombre de patients sous MSO	Formation aux MSO	Durée de l'entretien
1	non	5	non	4min56s
2	non	5	non	7min28s
3	non	8	non	6min02s
4	non	0	non	5min20
5	non	0	non	5min46s
6	non	0 (2 avant)	non	8min10s
7	non	2	non	6min33s
8	non	3 (5 avant)	non	9min41s
9	non	10	non	6min24s
10	oui	x	oui	6min31s
11	révolue	2 (50 avant)	non	6min04s
Durée moyenne des entretiens				6min38s

Le principe de variation maximale a été respecté. Sur les 11 médecins interviewés, 6 étaient des hommes et 5 étaient des femmes, dont l'âge était compris entre 29 et 58 ans. Huit d'entre eux travaillaient en groupe en milieu libéral, 2 travaillaient seuls en libéral, et un travaillait en tant que

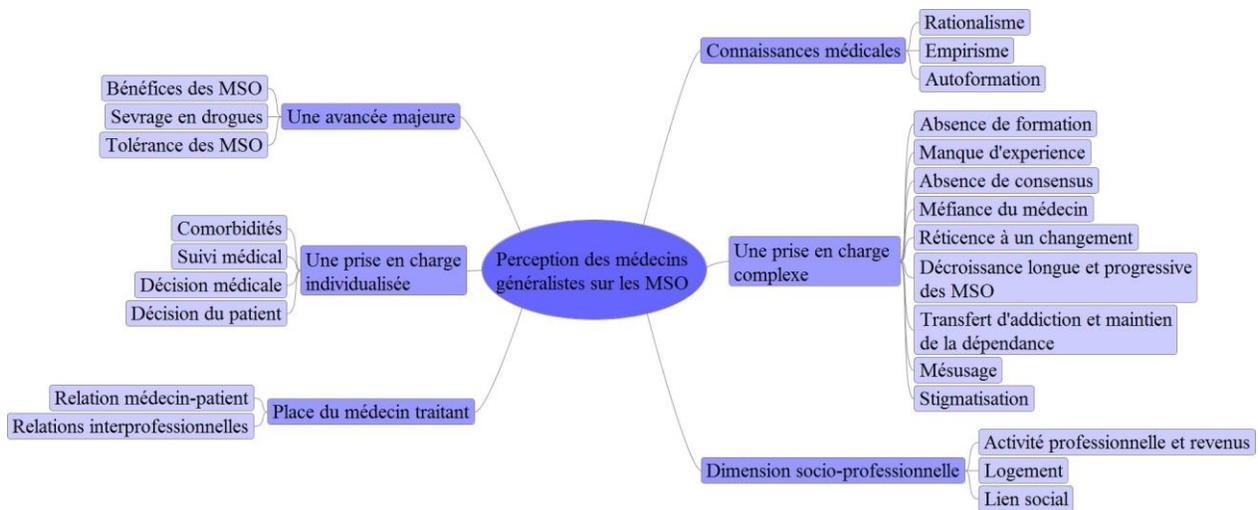
remplaçant. On retrouvait des médecins travaillant en milieu urbain, mais aussi en milieu rural et semi-rural. Le nombre de patients sous MSO suivi par an en moyenne variait entre 0 et 10. L'interviewé n°10 avait suivi une formation pour obtenir la capacité d'addictologie. Il avait travaillé dans différents endroits en plus du libéral : au CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), à l'ADI (Centre Accueil Drogue Information), à l'UAL (Unité d'Addictologie de Liaison) et en SSR d'addictologie. L'interviewé n°11 avait travaillé 3 ans à temps partiel au sein d'une maison d'arrêt. Il suivait à cette époque une cinquantaine de patients sous MSO. Sur les 11 interviews, les verbatim neuf, dix et onze ont été modifiés à posteriori. Les entretiens ont duré entre 4 minutes 56 secondes et 9 minutes 41 secondes, avec une moyenne de 6 minutes et 38 secondes.

Codages

Codages thématiques et axiaux

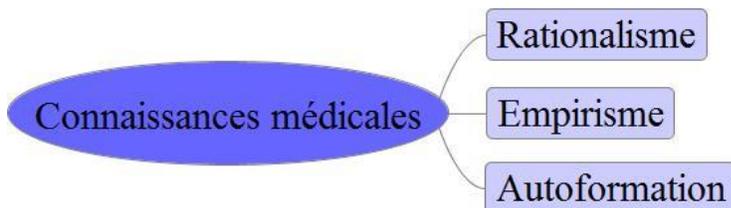
Codage thématique	Codage axial
Connaissances médicales	Rationalisme
	Empirisme
	autoformation
Une avancée majeure	Bénéfices des MSO
	Sevrage en drogues
	Tolérance des MSO
Une prise en charge complexe	Absence de formation
	Manque d'expérience

	Absence de consensus
	Méfiance du médecin
	Réticence à un changement
	Décroissance longue et progressive des MSO
	Transfert d'addiction et maintien de la dépendance
	Mésusage
	stigmatisation
Une prise en charge individualisée	comorbidités
	Suivi médical
	Décision médicale
	Décision du patient
Dimension socio-professionnelle	Activité professionnelle et revenus
	Logement
	Lien social
Place du médecin traitant	Relation médecin – patient
	Relations interprofessionnelles



Carte heuristique 1 : vue d'ensemble des codes.

Connaissances médicales



Carte heuristique 2 : connaissances médicales.

Rationalisme

Certains médecins évoquaient leur formation au cours des stages de l'internat. Le stage SASPASS était souvent mentionnés : E7 L7 « *Quand j'étais en Saspas je travaillais avec des médecins dont un qui avait pas mal de patients qui étaient substitués* ». Un médecin a également évoqué son sujet de RSCA : « *quand j'étais interne j'ai fait un RSCA qui concernait la substitution des opiacés* ».

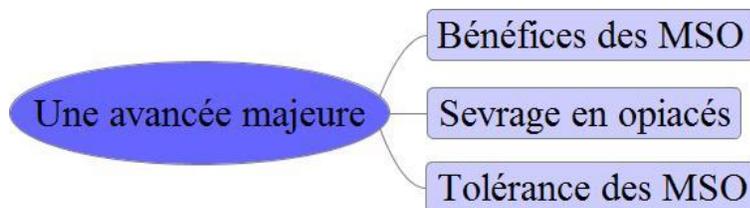
Empirisme

D'autres médecins déclaraient avoir appris à manier les MSO au cours de leur pratique professionnelle : E3 L7 « *De manière empirique, on a commencé avec le Temgesic, puis est arrivé le Subutex* ». E3 L8 « *Au cours de l'activité professionnelle* ».

Autoformation

Ils mentionnaient aussi leurs prises en charge basées sur l'autoformation : E1 L7 « *avec ce que j'ai pu lire dans la littérature aussi* ». La revue Prescrire a été citée : E6 L9 « *En lisant, principalement, sur des sites internet spécialisés, à partir de revues médicales, Prescrire* » ainsi que la revue Flyer : E8 L7 « *J'ai été abonné un moment au Flyer, pour lequel j'avais fait un peu de bibliographie* ».

Une avancée majeure



Carte heuristique 3 : Une avancée majeure.

Bénéfices des MSO

Les médecins étaient unanimes concernant les bénéfices des MSO, et s'accordaient à dire que ces traitements avaient révolutionné la prise en charge des patients toxicomanes : E11 L15 « *ça propose quelque chose à ces patients la qui ont besoin d'aide, on a quelque chose de très concret à leur proposer donc pour moi c'est une avancée* ». Un médecin évoquait également la diminution de la transmission des maladies infectieuses : E6 L14 « *Pour les malades je pense que ça a*

révolutionné leur vie en terme de risque, de transmission des maladies, cela a dû avoir un rôle annexe, grâce à la fourniture en seringues et kits stériles ».

Sevrage en opiacés

L'objectif premier des MSO selon les médecins interrogés était le sevrage total en opiacés : E2 L9 « *En terme de bénéfice, il est quand même d'arrêter tout ce qui est addiction a un produit, quel qu'il soit, ça c'est l'énorme bénéfice quand même* » ; E6 L11 « *si possible éviter les consommations d'opiacés illégaux et tt ce que ça entraine* ». Cet objectif semble atteint car tous s'accordaient à dire que de nombreux patients étaient sevrés depuis l'instauration d'un MSO : E1 L17 « *c'est efficace parce que pour mes patients, ils ne prennent plus de drogue en parallèle* ». E4 L8 « *Je trouve qu'en terme de bénéfice ça marche bien, ils avaient décroché en diminuant progressivement les doses* ».

Tolérance des MSO

Comme pour l'objectif premier des MSO, les médecins interrogés s'accordaient à dire que ces traitements étaient bien tolérés par les patients, avec une balance bénéfices/risques nettement en faveur des bénéfices : E8 L28 « *Mais concernant les produits et les effets secondaires, je n'ai pas eu trop d'évènements indésirables pour l'instant* » ; E4 L11 « *Ils n'y avait pas spécialement d'effet secondaire, ça se passait plutôt bien* ».

Une prise en charge complexe



Carte heuristique 4 : une prise en charge complexe.

Absence de formation

Absence d'avis sur la durée

Parmi les difficultés rencontrées, de nombreux médecins avançaient le problème de la durée des thérapeutiques. Pour beaucoup d'entre eux, les patients étaient traités au long cours et ils ne savaient pas comment gérer la poursuite des prescriptions : E1 L14 « *ce que je n'ai pas réussi à faire c'est de savoir quand éventuellement on peut sevrer complètement* » ; E1 L29 « *Je n'ai pas la réponse pour l'instant, mais c'est une question que je me pose justement, parce que j'ai des patients qui sont biens depuis longtemps, qui travaillent, et je me demande si je pourrais arrêter.* » ; E5 L12 « *Je n'ai pas vraiment d'avis sur la question, certains en prennent plusieurs années, voire même à vie si besoin* ».

L'envie de formation

En parallèle à ces aveux, on remarquait un certain intérêt à ce sujet puisque plusieurs médecins étaient demandeurs de formations concernant la durée de prescription des MSO : E1 L10 « *moi le*

seul problème que j'ai-je dirai, c'est d'ailleurs pour ça qu'il faudrait que je fasse une formation, c'est de savoir quand les arrêter, c'est ça mon problème » ; E7 L10 « j'ai eu une collègue qui est allée à une formation et qui m'a donné les pistes qui avaient été dites ».

Manque d'expérience

Plusieurs médecins interviewés n'ont jamais arrêté les prescriptions de MSO par manque d'expérience auprès de leurs patientèles : E8 L58 « *Je n'ai pas encore les cas avec mes propres patients parce que je n'ai pas assez de recul » ; E4 L18 « J'ai jamais eu l'occasion d'arrêter un traitement comme ça ».*

Absence de consensus

L'absence de consensus concernant la durée de prescription des MSO était également une difficulté exprimée par les médecins généralistes prescripteurs: E7 L24 « *C'est vrai que je n'ai pas de grille d'évaluation particulière » ; E10 L36 « J'ai l'impression que ce n'est pas très règlementé, pas très carré ».* Certains se referaient d'ailleurs à leurs autoformations pour pallier le manque de recommandations : E8 L10 « *En fonction de ça je m'étais fait un tableau ».*

Méfiance du médecin

Une autre difficulté rencontrée par les médecins généralistes étaient liée au manque de confiance à l'égard de certains patients traités par MSO.

- La bonne observance du traitement pouvait être mise en cause : E8 L25 « *Après la difficulté, c'est de savoir s'ils prennent bien leur traitement, si les délais sont respectés, s'il n'y a pas de chevauchement »*
- La notion de nomadisme médical et de défaut de suivi était également mise en avant : E8 L26 « *On sent qu'il peut y avoir un certain nomadisme médical mais grâce à la carte vitale*

on peut retrouver ces prescriptions » ; E9 L13 « Pour les inconvénients, [...] le défaut de suivi. »

- Le chevauchement d'ordonnances et les renouvellements plus précoces étaient également pourvoyeurs de méfiance de la part du médecin : E2 L24 « *C'est-à-dire que du coup c'est vraiment le marqueur qui permet de guider, c'est-à-dire que lorsqu'on arrive à des phases où c'est plus compliqué on voit bien qu'il y a une demande de renouvellement plus précoce, ou délivrance exceptionnelle par anticipation, et c'est vraiment ça qui permet de guider et de réajuster le curseur »*

Réticence à un changement

Un changement de posologie pouvait être source de craintes, de la part du médecin mais également de la part du patient, ralentissant ainsi le processus d'un sevrage progressif en MSO : E1 L30 « *Pour l'instant comme ils sont bien avec leurs doses je les laisse comme ça » ; E8 L53 « lors de remplacements, j'ai rencontré des gens qui gardaient une toute petite dose de buprénorphine, mais c'est plus psychologique, par peur » ; E3 L18 « Il y a toujours ce petit dosage résiduel ». Parmi ces craintes, on y décelait le syndrome de sevrage et la rechute.*

Décroissance longue et progressive des MSO

La grande majorité des médecins interrogés reconnaissait que le suivi de patients sous MSO se faisait au long cours, avec une décroissance très progressive des posologies et, s'il fallait, avec majoration transitoire des posologies en fonction de l'évolution : E9 L13 « *Pour les inconvénients, [...] l'arrêt difficile des traitements substitutifs » ; E1 L12 « on arrive à diminuer quand même, difficilement mais on y arrive » ; E3 L24 « On essaye d'évaluer un plan mais il faut prendre son temps » ; E7 L28-29-30 « Ça peut durer des années et que le but n'est pas de raccourcir justement ce moment-là. Il ne faut pas aller trop vite. Il n'y a pas de durée particulière. » ; E6 L19 « Moi je*

ne mets pas de durée limite à la durée du traitement, il n'y a pas de durée maximale à un traitement substitutif ». Seul un médecin a donné une notion de temporalité relativement précise pour un arrêt des MSO : E2 L25 « *Le standard moi je trouve, que pour faire une substitution avec une décroissance lente, en général la fourchette est assez large, je trouve que c'est entre 9 et 18 mois en gros qu'on se situe* ».

Transfert d'addiction et maintien de la dépendance

Les médecins reconnaissaient que les MSO étaient pourvoyeurs de dépendance, rendant difficile le processus d'un sevrage complet et définitif : E7 L21 « *Les inconvénients, c'est vrai que c'est des traitements qui ont des effets secondaires, un effet de dépendance également.* » ; E2 L13 « *C'est un peu un transfert d'addiction malgré tout mais qui est quand même maîtrisé* ». L'appétence aux produits psychoactifs était parfois maintenue par les MSO : E7 L12 « *j'ai un patient, au tout début il allait très bien, et du coup on a essayé de baisser, et lui aussi voulait parce qu'il avait la pression de sa femme. Et en fait il a plongé dans l'alcool* ».

Mésusage

Détournement de substance

Le terme mésusage a souvent été cité par les médecins généralistes interviewés, témoin d'une difficulté fréquemment rencontrée par ces derniers. Le détournement de substance était une source non négligeable de difficulté pour la prise en charge des patients : E3 L9 « *Le problème toujours, c'est de savoir si on deale ou pas* » ; E2 L15 « *Après il y a un autre inconvénient mais qu'ici dans le secteur on perçoit moins, c'est tout ce qui est réseau secondaire avec le trafic, mais nous ici on ne l'a pas trop* » ; E6 L13 « *on connaît le risque d'avoir des mésusages, du trafic, de la vente* » ; E9 L13 « *Pour les inconvénients, [...] les abus, manipulations des ordonnances, la revente* ».

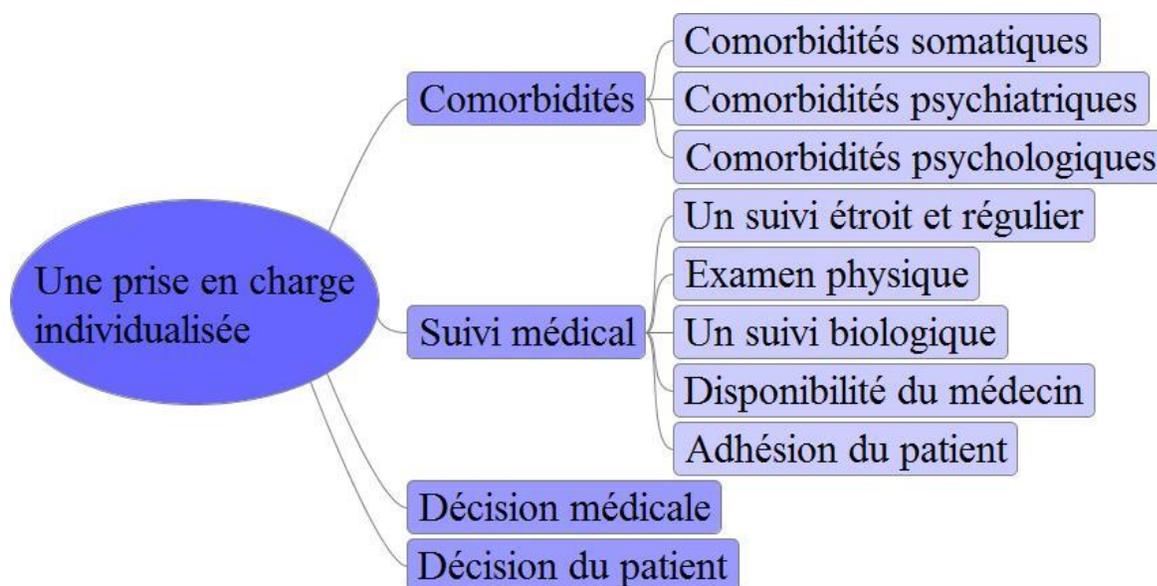
Détournement de voie d'administration

Les modalités d'administration des produits pouvaient également rendre les médecins sceptiques vis-à-vis de leurs prescriptions, notamment pour les patients qui utilisaient la voie intraveineuse dans leurs pratiques. E8 L21 « *L'inconvénient, c'est qu'il s'agit de substances assez faciles en terme de prise, notamment pour les injecteurs* » ; E3 L15 « *Le problème avec le Subutex c'est qu'il s'injecte* ».

Stigmatisation

Enfin, un problème non négligeable avancé par les médecins interrogés était l'image sociale que les MSO donnaient aux patients substitués. Cette image participait à la marginalisation dont souffraient les patients qui pour certains avaient connu une véritable désociabilisation par le passé : E4 L9 « *En terme d'inconvénient c'était plus le regard de la société en fait.* » ; E10 L19 « *Donc voilà, la stigmatisation aux yeux de la société* ».

Une prise en charge individualisée



Carte heuristique 5 : Une prise en charge individualisée

Comorbidités

Pour les médecins, la prise en charge addictologique ne pouvait se faire indépendamment de celle des comorbidités que présentaient les patients.

Comorbidités somatiques

La patientèle substituée présentait, en plus du problème d'addiction, différentes pathologies somatiques, en lien ou non avec la consommation d'opiacés. Pour les médecins, il fallait tenir rigueur de ce tableau dans sa globalité pour une prise en charge optimale : E3 L29 « *Ceux sont des gens qui ont d'autres problèmes, le sida, le vih, etc* ». L'ordonnance pouvait également être source de complications : E5 L9 « *Un risque d'interactions avec certains médicaments, comme des anxiolytiques* ».

Comorbidités psychiatriques

Parmi les comorbidités psychiatriques, la notion de poly addiction a été plusieurs fois mentionnée. Pour les médecins, la grande majorité des patients toxicomanes consommaient plusieurs substances psychoactives qu'il fallait repérer, prévenir, ou prendre en charge de manière concomitante : E9 L13 « *Pour les inconvénients, [...] l'émergence de nouvelles addictions, aux traitements substitutifs mais aussi à l'alcool, au tabac* » ; E8 L47 « *Après comme je le disais toute à l'heure il faut gérer aussi les autres addictions* » ; E8 L18 « *Il y a aussi d'autres addictions donc le but c'est de les découvrir, addictions aux jeux ou à l'alcool qui sont souvent concomitantes* ».

Comorbidités psychologiques

La fragilité psychologique des patients substitués a aussi été explicitée par certains médecins interviewés. E8 L48 « *S'il y en a d'autres à côté, on peut se dire que l'instabilité psychologique est bien présente et il faut aussi remédier à ça* ».

Suivi médical

Un suivi étroit et régulier

Les médecins prescripteurs de MSO étaient unanimes quant au suivi des patients substitués, notamment lors des changements de posologies, ou lorsque le patient traversait une période difficile : E8 L60 « *Je demande à revoir le patient dans les 2 semaines qui suivent l'arrêt du traitement pour voir s'il y a des effets de craving, des reprises de drogues* » ; E9 L24 « *En général je réévalue une fois par mois [...] ou tous les 15 jours* », l'objectif étant toujours d'éviter la rechute : E9 L20 « *Si on diminue trop vite et qu'il se retrouve à reprendre des drogues, ce n'est pas non plus l'idéal.* ».

Examen clinique

Au cours de la consultation de suivi, les médecins se penchaient beaucoup sur les symptômes évocateur d'un syndrome de sevrage. Cet examen passait par la prise des constantes, la recherche de sueurs, d'anxiété, d'insomnies, etc. E8 L40 « *Si la dose est adaptée, qu'il n'y ait pas de phénomène de craving et de manque, des sueurs, des douleurs abdominales, des tremblements, des réveils nocturnes, les troubles du comportement, l'énervement.* » ; E11 L19 « *s'il y a des symptômes, des signes, par l'interrogatoire est ce que lui décrit des symptômes de manque ou des envies du produit, et puis après par l'examen physique voir si c'est cohérent, si on retrouve des signes physiques de manque, ou éventuellement de surdosage* ».

Un suivi biologique

En plus de l'examen clinique, certains médecins utilisaient des examens complémentaires, notamment biologiques, pour le suivi de leurs patients : E7 L6 « *Après, on peut aussi prescrire des prises de sang s'il faut* » ; E8 L60 « *Je demande à revoir le patient dans les 2 semaines qui suivent*

l'arrêt du traitement [...] et avec l'accord du patient je demande des dosages urinaires et sanguins pour m'assurer qu'il n'y ait pas de soucis ».

Disponibilité du médecin

Afin d'assurer une prise en charge optimale, les médecins interrogés se montraient très disponibles pour le suivi de leur patient, afin d'éviter justement le défaut de suivi qui participe à la complexité de la prise en charge de patients sous MSO : E8 L31 « *quand il voit qu'on est prêt à l'aider et qu'on n'a pas de jugement, qu'on est prêt à le voir tout le temps et à adapter un peu* » ; E9 L61 « *bien sûr il peut revenir vers moi s'il y a un souci* ».

Adhésion du patient

Une autre notion qui faisait l'unanimité chez les médecins interviewés était l'adhésion du patient. Cette adhésion était primordiale pour assurer le bon déroulement de la prise en charge : E4 L21 « *Et qu'il soit d'accord pour continuer à venir me voir par la suite pour le suivi du sevrage* » ; E8 L62-63 « *Bien entendu, il faut que le patient soit volontaire. S'il n'y a pas de volonté de la part du patient, il y aura forcément un problème par la suite* ».

Décision médicale

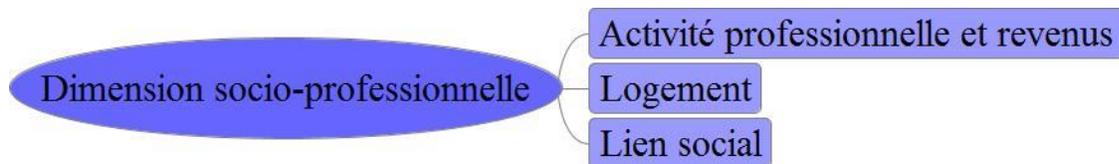
Concernant la diminution progressive des posologies, ou encore l'arrêt des MSO, certains médecins pouvaient se montrer intransigeants, par un raisonnement selon lequel la décision leur appartenait : E2 L28 « *Donc pour le coup c'est plutôt le corps médical qui l'impose en ayant un avis assez tranché, en disant maintenant voilà, sous couvert éventuellement d'un petit relais assez simple en phytothérapie s'il faut, proposer quelque chose qui n'est plus de l'allopathie* » ; E2 L29 « *c'est plutôt un critère assez arbitraire : stabilité depuis quelques mois avec la dose minimale, on*

arrive à un moment donné ou l'arrêt est prononcé par le médecin » ; E8 L50 « On est obligé d'être strict parfois ».

Décision du patient

Pour d'autres médecins, cette décision devait plutôt émaner des patients : E4 L19 « *Quand on connaît bien le patient, qu'on le suit depuis longtemps et qu'on est arrivé à des doses très petites, et qu'il est d'accord pour arrêter surtout, qu'il se sent prêt* » ; E5 L16 « *j'imagine lorsque le patient est stable depuis longtemps avec une dose minimale efficace, et qu'il est demandeur d'un arrêt* » ; E5 L13 « *C'est en fonction de la personne, comment il voit les choses, comment ça va dans sa vie* ».

Dimension socio-professionnelle



Carte heuristique 6 : Dimension socio-professionnelle.

Activité professionnelle et revenus

Certains médecins interrogés se penchaient également sur l'environnement socio-professionnel des patients afin d'évaluer l'efficacité des traitements, ou encore afin d'anticiper une éventuelle diminution des posologies des MSO. Parmi ces critères, la notion d'activité professionnelle et de revenus revenait souvent : E10 L48 « *selon les facteurs socio-professionnel : ils ont [...] un travail, des revenus fixes* » ; E7 L23 « *Voir comment il gère au travail* ». Il apparaissait même pour certains qu'avoir une situation professionnelle stable était un des bénéfices des MSO : E7 L20 « *Le bénéfice*

c'est de réussir à trouver un équilibre psychique pour qu'il puisse travailler sans avoir d'autre addiction, avoir une vie correcte sans sensation de manque ». Pour un des médecins interviewés, il s'agit également d'un objectif à part entière : E1 L22 « Quand ça se passe bien, qu'ils ont une vie normale, qu'ils travaillent pour certains, j'estime qu'on a atteint l'objectif ».

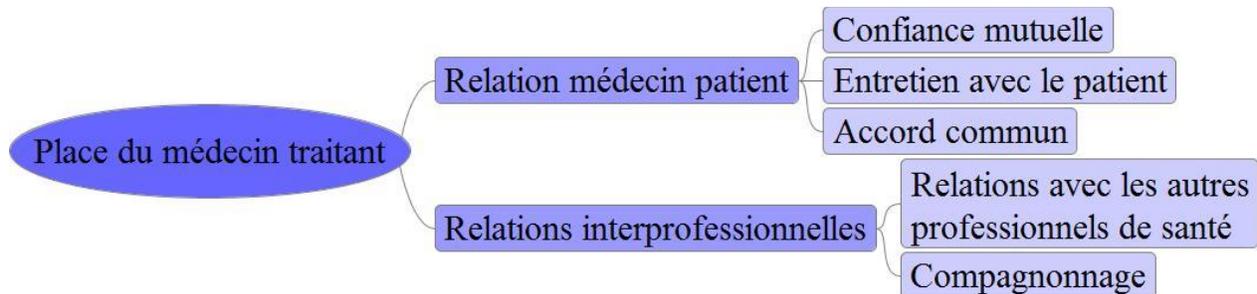
Logement

La notion de logement a aussi été mentionnée à plusieurs reprises au cours des entretiens. Il s'agissait également d'un élément clé pour l'évaluation des MSO : E1 L23 « *Quand ils ont retrouvé un équilibre dans la société en terme de travail, de logement »* ; E10 L48 « *selon les facteurs socio-professionnel : ils ont un toit »*.

Lien social

La réinsertion sociale, au sens plus large, a été mise en avant lors de plusieurs interviews. Les termes « resocialisation » et « famille » témoignaient de l'importance que les médecins accordaient à cette dimension : E10 L48 « *S'ils sont « stabilisés », c'est à dire aussi selon les facteurs socio-professionnel : [...] ils sont en couple, avec des enfants, etc. »* ; E3 L19 « *En terme de bénéfices, les patients sont resocialisés, c'est peut-être une addiction mais ils sont socialisés »* ; E2 L22 « *Le premier critère, ça dépend aussi, il y a tout ce qui est adéquation avec l'environnement familial et ou professionnel pour ceux qui travaillent, et de savoir effectivement si ça donne lieu à des comportements comme un interruption d'activité quand il y en a, tout ce qui est point de vue de l'entourage quand ils viennent accompagnés, mais ils ne viennent que rarement accompagnés quand même »*.

Place du médecin traitant



Carte heuristique 7 : Place du médecin traitant.

Relation médecin – patient

Confiance mutuelle

Compte tenu du contexte particulier de la situation de certains patients, les médecins généralistes ont très souvent mis en exergue la notion de confiance, qu'ils qualifiaient d'indispensable pour une prise en charge optimale : E5 L17 « *Sur un fond de confiance entre le médecin et le patient, avec poursuite du suivi au décours* » ; E4 L20 « *C'est surtout basé sur la confiance, que je le connaisse et qu'il soit d'accord pour arrêter.* ». Cette notion était inéluctablement liée avec celle du suivi au long cours, permettant de réévaluer régulièrement la prise en charge : E4 L19 « *Quand on connaît bien le patient, qu'on le suit depuis longtemps et qu'on est arrivé à des doses très petites, et qu'il est d'accord pour arrêter surtout, qu'il se sent prêt* ».

Entretien avec le patient

Cette notion de confiance transparaisait dans plusieurs entretiens par la notion de discussion avec le patient au cours des consultations de suivi et de réévaluation : E3 L23 « *C'est surtout une discussion* » ; E4 L12 « *C'est surtout déclaratif, si le patient me dit qu'il a arrêté ou pas* ».

Accord commun

En découlait de cette notion de relation médecin-patient, la conclusion d'un accord commun, lors de la diminution des posologies, de la fréquence de la délivrance des médicaments, ou encore de l'arrêt des traitements : E11 L24 « *Dans l'idéal, en accord avec le patient* ».

Relations interprofessionnelles

Relations avec les autres professionnels de santé

Certains médecins interrogés faisaient le lien avec les spécialistes en addictologie au cours des entretiens, et ce pour plusieurs cas de figures. En cas de primo-prescription, un médecin préconisait l'avis du CSAPA ou du psychiatre : E8 L11 « *Après cela reste toujours après l'avis du CSAPA ou du psychiatre, je ne suis jamais primo-prescripteur* ». Pour des modifications d'ordonnance également, certains d'entre eux n'hésitaient pas à demander un avis : E8 L59 « *Souvent, j'en réfère au CSAPA, je joins le médecin qui a instauré le traitement et je lui demande son avis* » ; E8 L12 « *J'appelle le CSAPA quand j'ai un souci de prescription avec un patient* ». Enfin, un médecin envisageait même une consultation spécialisée pour envisager un arrêt des traitements : E7 L33 « *Dans ces cas-là, si ça devait m'arriver, je pense que je demanderai peut-être une consultation avec un addictologue pour être sûr de ne pas le faire trop vite, et surtout pour pouvoir surveiller de très près* »

Concernant la méfiance des médecins envers les patients, notamment en cas de mésusage, un médecin faisait appel aux pharmaciens pour retracer de manière formelle l'historique des délivrances des MSO : E8 L27 « *Quand un patient se présente sans sa carte vitale plusieurs fois on se pose des questions et du coup on va se méfier et faire appel au pharmacien* » ; E8 L35 « *les pharmacies connaissent les patients et ont l'habitude de leur délivrer ou de m'appeler s'il y a un souci* ».

Compagnonnage

Pour les médecins ayant travaillé dans des milieux spécialisés, le terme de compagnonnage, avec les spécialistes, a été évoqué de manière systématique, notamment lors de la pratique initiale : E10 L10-11 « *grâce au compagnonnage [...] je pouvais échanger avec eux sur les prescriptions* » ; E11 L12 « *par compagnonnage au début de ma pratique en milieu carcéral* ».

Discussion

Résultats principaux

Les résultats de cette étude confirment les données de la littérature, et illustrent une perception plutôt positive des médecins généralistes à l'égard des MSO. Ils décrivent l'efficacité nettement établie, aux yeux des médecins généralistes, des MSO en terme de sevrage, mais aussi en terme de réinsertion socio-professionnelle. Ils mettent également en exergue l'objectif premier des MSO qui est l'arrêt total et définitif de toute consommation d'opiacés et de substances psychoactives au long terme.

Concernant l'arrêt de prescription des MSO, plusieurs indicateurs sont utilisés par les médecins généralistes pour appréhender au mieux cette démarche. Au préalable, ils s'assurent de la volonté du patient de diminuer les dosages. En effet, il s'agit d'un critère indéniable pour la réussite du processus, et d'un élément essentiel pour établir un accord commun entre le prescripteur et le patient. Ensuite, ils se renseignent sur l'absence de consommation d'opiacés sur une période significative, et sur la bonne observance de l'ordonnance. Ils intègrent également à leur raisonnement la dimension socioprofessionnelle et familiale du patient, puisque ce contexte doit être propice à un arrêt des prescriptions. L'arrêt se fait toujours par une décroissance très progressive des posologies des MSO pour un meilleur contrôle du syndrome de sevrage. Enfin, pour optimiser les chances de réussite de ce sevrage, les médecins généralistes se montrent particulièrement disponibles pour les patients, et n'hésitent pas à se tourner vers les structures spécialisées en addictologie en cas de doute, ou de mauvaise évolution. L'ensemble de ces éléments, qui témoignent d'une prise en charge globale du patient, explique la difficulté rencontrée par les médecins généralistes lorsqu'il s'agit de définir une durée de prescription et une date d'arrêt

de prescription des MSO. Cette étude montre de plus que l'absence de consensus sur la durée de prescription des MSO dans la littérature participe à cette difficulté.

Discussion des résultats

Dans cette étude, on remarque qu'aucun médecin interrogé n'a mentionné la dépendance aux médicaments opiacés, comme la codéine ou la morphine, médicaments très souvent prescrits pour leurs propriétés analgésiques. Cette dépendance est pourtant bien réelle et dangereuse car aux Etats Unis en 2016, les opiacés prescrits sur ordonnances ont été responsables de 23,7% des décès dus à des surdosages(19). Cela peut correspondre à un manque d'informations concernant les indications de ces molécules en France, ou encore souligner que cette addiction aux antalgiques soit sous-diagnostiquée en médecine générale.

Forces et faiblesses méthodologiques de l'étude

Biais de sélection

L'échantillon de cette étude était exhaustif. Le principe de variation maximale a été respecté grâce aux critères suivants de l'échantillon : le sexe, l'âge, le nombre d'années d'installation, le mode d'exercice seul/en groupe/remplacement, milieu rural/semi rural/urbain, une éventuelle activité salariée complémentaire, le nombre de patients sous MSO suivis, et une éventuelle formation aux MSO. L'inclusion des participants a été réalisée jusqu'à saturation théorique des données.

Biais d'information

L'entretien verbal se basait essentiellement sur le vécu des médecins interviewés donc un biais de mémorisation était possible. Pour éviter ce biais, les médecins interrogés avaient un droit de

regard et de rectification des verbatim. Plusieurs relances étaient prévues lors des entretiens pour éviter ce biais également. Le guide d'entretien a été modifié après la 6ème interview, or il aurait été préférable de le modifier si nécessaire au bout de 2 ou 3 entretiens pour éviter un biais d'information. Ce retard a pu participer à un recueil non optimal des données. Il pouvait y avoir d'autres biais d'information : il s'agissait de la première étude de l'investigateur, il est donc possible que les techniques d'entretien n'aient pas été employées de manière optimale. De plus, l'étude n'a porté que sur des médecins volontaires, ce qui a pu réduire le champ des réponses possibles. L'enquêteur étant un médecin généraliste, il est possible que les enquêtés aient pu donner des réponses « médicalement » acceptables pour certaines questions. Enfin, la brièveté des entretiens rajoutait un biais d'information. Ils ont duré en moyenne 6 minutes 38 secondes, ce qui est peu pour une étude qualitative puisque les durées habituelles attendues en recherche qualitative varient entre 60 et 90 minutes. Cela pouvait s'expliquer par un manque de temps ou de disponibilité malgré le fait que les entretiens se soient déroulés sur les lieux d'activités des médecins. En parallèle, des lacunes dans ce domaine pouvaient éventuellement expliquer la concision de certaines réponses.

Facteurs de confusion

L'étude a été réalisée par un unique chercheur et il n'y a pas eu de 2ème analyse indépendante des données recueillies. Ce principe permet de renforcer la validité des résultats d'une étude et d'éviter les biais de confusion. Dans le même cadre, il n'y a pas eu d'étude pilote pour tester la compréhension des questions.

Perspectives

Renforcer l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des patients sous MSO

La coordination entre les centres spécialisés en addictologie et la médecine de ville est indispensable pour optimiser la prise en charge au long cours des patients dépendants aux opiacés. Une étude réalisée en France a abordé ce sujet en évaluant l'évolution de 113 patients pris en charge initialement en CSST puis en médecine de ville(20). Pour cela, 2 outils étaient utilisés : le score TMSP de Lowenstein et Gaourarier et l'échelle TEAQV. Les résultats montraient que l'évolution initiale des patients était très favorable dans les CSST (amélioration dans les axes toxicomanie, médical, social et psychiatrique du TMSP, ainsi que dans toutes les dimensions de l'échelle TEAQV), permettant un relais par les médecins généralistes pour les traitements d'entretien. Cinq ans après, ces mêmes échelles montraient des résultats stables en médecine de ville. Ces résultats sont d'autant plus encourageants qu'une méta-analyse a mis en évidence des taux de rétention de patients sous MSO plus élevés en médecine générale que dans les centre spécialisés (86% contre 67%) (21). La médecine générale répond donc exactement aux besoins des centres spécialisés en addictologie, en renforçant l'adhésion du patient et en maintenant son intégration dans le système de santé.

Plusieurs difficultés doivent cependant être levées pour généraliser cette pratique en médecine générale. Il semblerait que peu de médecins généralistes suivent les recommandations dans leur pratique médicale (22), par méconnaissance, par difficulté d'application sur le terrain, par manque d'expérience ou encore par rejet de ces recommandations. Pourtant, ces recommandations ont pour but d'apporter une aide à la prescription des MSO (21). L'absence ou le manque de formation à

l'université pourrait également être un frein pour articuler le réseau entre les centres de soins spécialisés et la médecine générale (23).

Renforcer l'implication des patients dans leur propre prise en charge

La place de la médecine générale et la souplesse de prescription et de délivrance de la BHD se traduisent par une grande autonomie du patient dans la gestion de ses propres médicaments. Une autonomie qui implique une participation active de la part de ce dernier dans sa propre prise en charge. Il semble donc nécessaire de renforcer cette implication pour remplir les objectifs des MSO. La relation de confiance étant le déterminant majeur de l'engagement des patients dans leur prise en charge(24), il revient au médecin généraliste la mission de valoriser l'image qu'a le patient de lui-même, et de le sortir des représentations sociales péjoratives du patient dépendant aux opiacés. En s'éloignant d'un modèle paternaliste, le professionnel de santé extirpe le patient d'une position stigmatisée et soumise par le pouvoir médical. Il apparaît alors indispensable de solliciter les motivations des patients pour concrétiser leurs attentes et les objectifs à atteindre.

Primo prescription de méthadone en médecine générale ?

Aux vues des résultats probants des MSO, une étude réalisée en France entre 2009 et 2012 s'est penchée sur la possibilité pour les médecins généralistes d'initier un traitement par méthadone(25). Son objectif étant de comparer l'efficacité de la primo prescription de méthadone par des médecins généralistes avec celle des CSAPA, 221 patients dépendants aux opiacés ont été inclus et répartis dans 2 groupes : 155 ont commencé la méthadone en médecine de ville et 66 dans les CSAPA. Un an après le début de l'étude, 55% des patients suivis en ville étaient abstinents vis-à-vis des opiacés de rue, contre 33% chez les patients dont la primo prescription s'était faite dans les centres spécialisés. De plus, cette étude soulignait une meilleure adhésion des patients aux traitements

lorsque ces derniers étaient initiés en médecine de ville, avec un engagement de 94%, contre 65% chez les patients suivis en centres spécialisés. Dans la phase d'initiation du traitement, période pendant laquelle la dose optimale était recherchée, aucun surdosage n'a été observé dans les 2 groupes. Ses résultats semblent encourageants pour promouvoir la primo prescription de méthadone par les médecins généralistes en France. Cependant, cette démarche nécessite au préalable une formation adaptée en addictologie, comme dans cette étude où les médecins de ville avaient tous une expérience en matière de prise en charge de la dépendance aux opiacés, ou avaient suivi une formation sur la prescription de méthadone.

Evolution pharmacologique de la buprénorphine

Pour éviter le mésusage avec les MSO, notamment vis à vie de la voie d'administration, il existe une forme de BHD couplée à la naloxone (26). La naloxone est un antagoniste pur et spécifique des récepteurs aux opiacés, qui inhibe l'effet de la buprénorphine lorsque le patient utilise la voie intraveineuse. En revanche, lorsque le patient utilise la voie sublinguale, seule voie efficace et bien tolérée, la naloxone reste inactive. Cette association ne diminue pas l'efficacité de la buprénorphine, mais diminue le risque d'abus par rapport à la buprénorphine seule (27).

D'autres études se penchent sur différentes manières de délivrer de la buprénorphine, comme des préparations à libération prolongée et à longue durée d'action pour un meilleur contrôle du sevrage et du risque de détournement(28) : l'injection sous cutanée de microcapsules de buprénorphine, permettant une diffusion sur plusieurs semaines (29) ; l'application de dispositifs transdermiques délivrant de la buprénorphine en continu (30) ; ou encore des implants sous cutanés de buprénorphine (31).

Ces différentes présentations pourraient élargir le panel de moyens thérapeutiques pour lutter contre le mésusage, et donc pourraient faciliter la prise en charge en soins primaire des patients dépendants aux opiacés.

Conclusion

La perception des médecins généralistes sur les MSO a été analysée dans cette étude. Les MSO ont inéluctablement fait leur preuve à leurs yeux. Pour une prise en charge optimale au long cours des patients sous MSO, on ne peut dissocier l'évolution médicale de celle des variables socioprofessionnelles et familiales des patients. Il en résulte que la prise en charge de ces patients est le reflet des compétences requises du médecin généraliste. Sa capacité à adopter une approche thérapeutique globale, médicale et sociale, en vue de prises de décisions communes avec le patient, en fait un acteur primordial dans le système de soins. Il articule dans sa pratique l'éducation et la prévention, pour responsabiliser le patient dans sa prise en charge et pour l'accompagner dans son projet thérapeutique. Son statut de médecin de premier recours lui demande une flexibilité dans sa gestion des patients sous MSO ainsi qu'une accessibilité optimale. En se plaçant entre les patients traités par MSO et les différents professionnels de santé, il assure la continuité et la coordination des soins grâce à une relation de suivi et de compagnonnage. Ce compagnonnage exige de lui des qualités de relation et de communication qu'il doit pouvoir adapter selon le contexte. Il doit faire preuve de professionnalisme en s'engageant au long cours dans la prise en charge du patient sous MSO, et en collaborant avec les autres professionnels de santé, dans l'optique d'optimiser la prise en charge du patient sous MSO et d'améliorer ses compétences médicales personnelles. De nouveaux consensus sur la prise en charge des patients sous MSO ne peuvent donc se faire indépendamment de lui, puisqu'elles doivent renforcer son implication pour pérenniser une prise en charge ambulatoire à l'avenir.

Bibliographie

1. Pompidou G, Chaban Delmas J, Pleven R, Marcellin R, Giscard d'Estaing V, Rey H, et al. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses. Journal Officiel de la République Française. 1970;74-6.
2. Courty P. Prescrire la substitution aux opiacés : de l'illégalité à la banalité. L'information psychiatrique. 2005;81:409-15.
3. Brisacier AC. Tableau de bord " Traitements de substitution aux opiacés ". Rapport. 2018. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-annuel-des-traitements-de-substitution-aux-opiaces/>. (consulté le 08/11/2018).
4. Ordre National des Médecins, Ordre National des Pharmaciens. Recommandations ordinales : prescription et dispensation des médicaments de substitution aux opiacés. Rapport. 2017. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Prescription-et-dispensation-des-medicaments-de-substitution-aux-opiaces>. (consulté le 08/11/2018).
5. Guillou Landreat M, Sebillé-Rivain V, Victorri-Vigneau C, Grall-Bronnec M, Venisse JL, Jolliet P. Consommation d'opiacés de 1998 à 2007. Un suivi systématisé au CHU de Nantes. Alcoologie et addictologie. 2011;33:9-15.
6. Morel A. Traitements de substitution à la buprénorphine : l'expérience française. Toxibase. 2000;3:1-37. Disponible sur: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=249667>. (consulté le 18/11/2018).
7. Guillou Landreat M, Victorri Vigneau C, Grall-Bronnec M, Sebillé-Rivain V, Venisse J-L, Jolliet P. Impact des politiques de santé publique sur les consultations en addictologie à partir d'un suivi longitudinal de 1998 à 2007. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2013;171:367-71.
8. Le Dreau A, Victorri-Vigneau C. État des lieux de 20 ans de délivrance de traitements substitutifs aux opiacés à l'officine: quelle est la durée de prescription de ces traitements ? Thèse de pharmacie. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Nantes. 2018.
9. Buprénorphine et substitution, un intérêt confirmé. Prescrire. 1999;19:102-6.
10. Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport. 2006. CHU Bichat. Paris. 2006.
11. Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Le Strat Y, Brunet S et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2013;39-40:504-9.

12. FFA, ANAES. Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. La Presse Médicale. 2004;33:41-7.
13. Rozaire C, Grall-Bronnec M. La prescription de Buprénorphine Haut Dosage: revue de pertinence des pratiques et effets des opinions des médecins : au sujet d'une enquête réalisée auprès de 193 médecins. Thèse de médecine. Faculté de médecine. Nantes. 2010.
14. Toufik A, Escots S, Cadet-Taïrou A. La transformation des usages de drogues liée à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés. Dans: Les usages illicites de drogues en France depuis 1999. OFDT. Saint Denis. 2010. 10-25.
15. Dassieu L. Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale: les appropriations d'une politique publique. Thèse de sociologie. Université de Toulouse. Toulouse. 2015.
16. Guillou Landreat M, Rozaire C, Vigneau Victorri C, Grall-Bronnec M. Représentation des traitements de substitution aux opiacés et de leur arrêt. Regards croisés patients/médecins. Psychotropes. 2013;19:23-44.
17. 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 santé. 2006;24:5-43.
18. Brisacier AC, Collin C. Données récentes relatives aux traitement de substitution aux opiacés. Analyses des données de remboursement concernant l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2011. OFDT. 2013. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2013/donnees-recentes-relatives-aux-traitements-de-substitution-aux-opiaces-novembre-2013/>. (consulté le 09/11/2018).
19. Scholl L. Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths — United States, 2013–2017. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm675152e1.htm>. (consulté le 15/10/2019).
20. Guillou Landreat M. OMT : factors associated to referral from medical center for drug and alcohol dependence to family physicians – a 5 years prospective follow up study. 2014.
21. Korownyk C, Perry D, Ton J, Kolber MR, Garrison S, Thomas B, et al. Managing opioid use disorder in primary care. Can Fam Physician. 2019;65:321-30.
22. Guillou Landreat M, Rozaire C, Guillet JY, Victorri Vigneau C, Le Reste JY, Grall-Bronnec M. French Experience with Buprenorphine : Do Physicians Follow the Guidelines? PLoS One. 2015;10.
23. Tong ST, Hochheimer CJ, Peterson LE, Krist AH. Buprenorphine Provision by Early Career Family Physicians. Ann Fam Med. 2018;16:443-6.

24. Fischer B, Chin AT, Kuo I, Kirst M, Vlahov D. Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Subst Use Misuse*. 2002;37:495-522.
25. Carrieri PM, Michel L, Lions C, Cohen J, Vray M, Mora M, et al. Methadone Induction in Primary Care for Opioid Dependence: A Pragmatic Randomized Trial (ANRS Methaville). *PLoS One*. 2014;9.
26. Noble F, Marie N. Management of Opioid Addiction With Opioid Substitution Treatments: Beyond Methadone and Buprenorphine. *Front Psychiatry*. 2018;9.
27. Mendelson J, Jones RT. Clinical and pharmacological evaluation of buprenorphine and naloxone combinations: why the 4:1 ratio for treatment? *Drug Alcohol Depend*. 2003;70:29-37.
28. Rosenthal RN, Goradia VV. Advances in the delivery of buprenorphine for opioid dependence. *Drug Des Devel Ther*. 2017;11:2493-505.
29. Sigmon SC, Wong CJ, Chausmer AL, Liebson IA, Bigelow GE. Evaluation of an injection depot formulation of buprenorphine: placebo comparison. *Addiction*. 2004;99:1439-49.
30. Lanier RK, Umbricht A, Harrison JA, Nuwayser ES, Bigelow GE. Evaluation of a transdermal buprenorphine formulation in opioid detoxification. *Addiction*. 2007;102:1648-56.
31. Ling W, Casadonte P, Bigelow G, Kampman KM, Patkar A, Bailey GL, et al. Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010;304:1576-83.

Annexes

Annexe 1 : premier guide d'entretien

Encadré 1 : guide d'entretien

1 - Quel âge avez-vous ?

2 - En quelle année vous êtes-vous installé ?

3 - Mode d'exercice : libéral seul/en groupe ; remplaçant

4 - Activité salariée complémentaire : milieu carcéral/médico-social/hôpital ; non

5 - Combien de patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés suivez-vous par an en moyenne ?

6 - Avez-vous suivi des formations concernant la substitution aux opiacés ? si oui, lesquelles ?

7 - Comment avez-vous appris à manier les médicaments de substitution aux opiacés ?

8 - D'une manière générale, que pensez-vous des traitements de substitution aux opiacés ?
En terme de bénéfices, d'inconvénients, et de risques ?

9 - Comment évaluez-vous l'efficacité d'un traitement de substitution aux opiacés ? (Si besoin de relance, sur quels critères ?)

10 - Quel est votre avis sur la durée de prescription des médicaments de substitution aux opiacés ?

11 - Comment décidez-vous de l'arrêt d'un traitement de substitution aux opiacés ? (Si besoin de relance, sur quels critères ?)

Annexe 2 : guide d'entretien modifié

Encadré 1 : guide d'entretien

1 - Quel âge avez-vous ?

2 - En quelle année vous êtes-vous installé ?

3 - Mode d'exercice : libéral seul/en groupe ; remplaçant

4 - Activité salariée complémentaire : milieu carcéral/médico-social/hôpital ; non

5 - Combien de patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés suivez-vous par an en moyenne ?

6 - Avez-vous suivi des formations concernant la substitution aux opiacés ? si oui, lesquelles ?

7 - Comment avez-vous appris à manier les médicaments de substitution aux opiacés ?

8 - Selon vous, quel est ou quels sont les objectifs des traitements de substitution aux opiacés ?

9 - D'une manière générale, que pensez-vous des traitements de substitution aux opiacés ?
En terme de bénéfices, d'inconvénients, et de risques ?

10 - Comment évaluez-vous l'efficacité d'un traitement de substitution aux opiacés ? (Si besoin de relance, sur quels critères ?)

11 - Quel est votre avis sur la durée de prescription des médicaments de substitution aux opiacés ?

12 - Comment décidez-vous de l'arrêt d'un traitement de substitution aux opiacés ? (Si besoin de relance, sur quels critères ?)

Abréviations

TSO : traitements de substitution aux opiacés

MSO : médicaments de substitution aux opiacés

BHD : buprénorphine haut dosage

CSAPA : centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

ADI : centre accueil drogue information

UAL : unité d'addictologie de liaison

SSR : soins de suite et de réadaptation

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

VHC : virus de l'hépatite C

AMM : autorisation de mise sur le marché

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

FFA : fédération française d'addictologie

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

LELIEVRE (Yvain) – Médicaments de substitution aux opiacés : quelles perceptions ont les médecins généralistes des objectifs et de la durée de ces traitements ?

Résumé :

Introduction : La pharmacodépendance aux opiacés est un des enjeux majeurs de santé publique. Deux médicaments de substitution aux opiacés, la méthadone et la buprénorphine, ont fait leur apparition dans les années 1990. Ils ont permis de révolutionner la prise en charge des patients dépendants aux opiacés. Cette étude avait pour objectif d'apprécier la perception des médecins généralistes sur les objectifs et la durée de ces traitements.

Matériel et méthode : Etude qualitative par entretiens semi dirigés avec un échantillonnage raisonné poursuivi jusqu'à saturation des données. L'analyse a été réalisée en utilisant une analyse thématique avec des outils issus de la théorie ancrée.

Résultats : Onze entretiens ont été réalisés. Six codes thématiques ont été établis. On retrouvait une avancée majeure en terme de prise en charge des patients dépendants aux opiacés, une prise en charge complexe et individualisée, la dimension socioprofessionnelle et la place du médecin généraliste. L'objectif principal des MSO était le sevrage en opiacés. L'efficacité de la méthadone et de la buprénorphine haut dosage était reconnue par les médecins généralistes, en terme de sevrage en opiacés et en terme de réinsertion socio-professionnelle. La prise en charge des patients était complexe du fait de leur vulnérabilité et de l'absence de consensus concernant la durée du traitement.

Conclusion : Les MSO ont fait leurs preuves aux yeux des médecins généralistes. Pour une prise en charge optimale, on ne peut dissocier l'évolution médicale de celle des variables socioprofessionnelles et familiales des patients. Il en résulte que la prise en charge de ces patients est le reflet des compétences requises du médecin généraliste. De nouveaux consensus sur la prise en charge des patients sous MSO ne peuvent donc se faire indépendamment de lui, puisqu'elles doivent renforcer son implication pour pérenniser une prise en charge ambulatoire à l'avenir.

Mots clés :

Médecine générale
Dépendance aux opiacés
Médicaments de substitution aux opiacés
Méthadone
Buprénorphine haut dosage

Jury :

Président : Pr LE RESTE
Membres : Pr LE FLOC'H
Dr GUILLOU
Dr TANGUY LAINE

Date de soutenance :

5 décembre 2019