



HAL
open science

Difficultés des jeunes médecins en présence de patients sous traitement de substitution aux opiacés. Étude qualitative par entretiens semi-directifs en Auvergne

Camille Martinez

► **To cite this version:**

Camille Martinez. Difficultés des jeunes médecins en présence de patients sous traitement de substitution aux opiacés. Étude qualitative par entretiens semi-directifs en Auvergne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02481729

HAL Id: dumas-02481729

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02481729v1>

Submitted on 17 Feb 2020

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.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

MARTINEZ Camille

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 décembre 2019

**Difficultés des jeunes médecins en présence de patients sous traitement de
substitution aux opiacés**

Etude qualitative par entretiens semi-directifs en Auvergne

Directeur de thèse : Monsieur GARMY Jean-Pierre, Docteur, Cusset

Président du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et
des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame LAPORTE Catherine, Maître de conférences, UFR de Médecine et des
Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MARTINEZ Camille

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 décembre 2019

**Difficultés des jeunes médecins en présence de patients sous traitement de
substitution aux opiacés**

Etude qualitative par entretiens semi-directifs en Auvergne

Directeur de thèse : Monsieur GARMY Jean-Pierre, Docteur, Cusset

Président du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame LAPORTE Catherine, Maître de conférences, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT VICE-
PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION VICE-
PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis - M. JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

| | |
|-------------------------------|---|
| M. VAGO Philippe | Histologie-Embryologie Cytogénétique |
| M. AUMAITRE Olivier | Médecine Interne |
| M. LABBE André | Pédiatrie |
| M. AVAN Paul | Biophysique et Traitement de l'Image |
| M. DURIF Franck | Neurologie |
| M. BOIRE Jean-Yves | Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication |
| M. BOYER Louis | Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique |
| M. POULY Jean-Luc | Gynécologie et Obstétrique |
| M. CANIS Michel | Gynécologie-Obstétrique |
| Mme PENAULT-LLORCA Frédérique | Anatomie et Cytologie Pathologiques |
| M. BAZIN Jean-Etienne | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale |
| M. BIGNON Yves Jean | Cancérologie option Biologique |
| M. BOIRIE Yves | Nutrition Humaine |
| M. CLAVELOU Pierre | Neurologie |
| M. DUBRAY Claude | Pharmacologie Clinique |

| | | |
|-----|----------------------|---|
| M. | GILAIN Laurent | O.R.L. |
| M. | LEMAIRE Jean-Jacques | Neurochirurgie |
| M. | CAMILLERI Lionel | Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire |
| M. | DAPOIGNY Michel | Gastro-Entérologie |
| M. | LLORCA Pierre-Michel | Psychiatrie d'Adultes |
| M. | PEZET Denis | Chirurgie Digestive |
| M. | SOUWEINE Bertrand | Réanimation Médicale |
| M. | BOISGARD Stéphane | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| Mme | DUCLOS Martine | Physiologie |
| M. | SCHMIDT Jeannot | Thérapeutique |
| M. | BERGER Marc | Hématologie |
| M. | GARCIER Jean-Marc | Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale |
| M. | ROSSET Eugénio | Chirurgie Vasculaire |
| M. | SOUBRIER Martin | Rhumatologie |

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

| | | |
|------|-----------------------|--|
| M. | CAILLAUD Denis | Pneumo-physiologie |
| M. | VERRELLE Pierre | Radiothérapie option Clinique |
| M. | CITRON Bernard | Cardiologie et Maladies Vasculaires |
| M. | D'INCAN Michel | Dermatologie -Vénérologie |
| Mme | JALENQUES Isabelle | Psychiatrie d'Adultes |
| Mlle | BARTHELEMY Isabelle | Chirurgie Maxillo-Faciale |
| M. | GERBAUD Laurent | Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention |
| M. | TAUVERON Igor | Endocrinologie et Maladies Métaboliques |
| M. | MOM Thierry | Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. | RICHARD Ruddy | Physiologie |
| M. | RUIVARD Marc | Médecine Interne |
| M. | SAPIN Vincent | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| M. | BAY Jacques-Olivier | Cancérologie |
| M. | COUDEYRE Emmanuel | Médecine Physique et de Réadaptation |
| Mme | GODFRAIND Catherine | Anatomie et Cytologie Pathologiques |
| M. | ABERGEL Armando | Hépatologie |
| M. | LAURICHESSE Henri | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| M. | TOURNILHAC Olivier | Hématologie |
| M. | CHIAMBARETTA Frédéric | Ophthalmologie |
| M. | FILAIRE Marc | Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire |
| M. | GALLOT Denis | Gynécologie-Obstétrique |
| M. | GUY Laurent | Urologie |
| M. | TRAORE Ousmane | Hygiène Hospitalière |
| M. | ANDRE Marc | Médecine Interne |
| M. | BONNET Richard | Bactériologie, Virologie |
| M. | CACHIN Florent | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| M. | COSTES Frédéric | Physiologie |
| M. | FUTIER Emmanuel | Anesthésiologie-Réanimation |
| Mme | HENG Anne-Elisabeth | Néphrologie |
| M. | MOTREFF Pascal | Cardiologie |
| Mme | PICKERING Gisèle | Pharmacologie Clinique |
| M. | RABISCHONG Benoît | Gynécologie Obstétrique |

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

| | |
|--------------------------------|---|
| Mme CREVEAUX Isabelle | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| M. FAICT Thierry | Médecine Légale et Droit de la Santé |
| Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna | Pédiatrie |
| M. TCHIRKOV Andréï | Cytologie et Histologie |
| M. CORNELIS François | Génétique |
| M. DESCAMPS Stéphane | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| M. POMEL Christophe | Cancérologie – Chirurgie Générale |
| M. CANAVESE Federico | Chirurgie Infantile |
| M. LESENS Olivier | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| M. AUTHIER Nicolas | Pharmacologie Médicale |
| M. BROUSSE Georges | Psychiatrie Adultes/Addictologie |
| M. BUC Emmanuel | Chirurgie Digestive |
| M. CHABROT Pascal | Radiologie et Imagerie Médicale |
| M. LAUTRETTE Alexandre | Néphrologie Réanimation Médicale |
| M. AZARNOUSH Kasra | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| Mme BRUGNON Florence | Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction |
| Mme HENQUELL Cécile | Bactériologie Virologie |
| M. ESCHALIER Romain | Cardiologie |
| M. MERLIN Etienne | Pédiatrie |
| Mme TOURNADRE Anne | Rhumatologie |
| M. DURANDO Xavier | Cancérologie |
| M. DUTHEIL Frédéric | Médecine et Santé au Travail |
| Mme FANTINI Maria Livia | Neurologie |
| M. SAKKA Laurent | Anatomie – Neurochirurgie |
| M. BOURDEL Nicolas | Gynécologie-Obstétrique |
| M. GUIEZE Romain | Hématologie |
| M. POINCLOUX Laurent | Gastroentérologie |
| M. SOUTEYRAND Géraud | Cardiologie |
| M. EVRARD Bertrand | Immunologie |
| M. POIRIER Philippe | Parasitologie et Mycologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | |
|------------------------------|-------------------|
| M. CLEMENT Gilles | Médecine Générale |
| Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne | Nutrition Humaine |
| M. VORILHON Philippe | Médecine Générale |

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne | Médecine Générale |
| M. CAMBON Benoît | Médecine Générale |
| M. TANGUY Gilles | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Audrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Hygiène Hospitalière
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie
Gastroentérologie

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
Mlle AUMERAN Claire
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien
M. BUISSON Anthony

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan
Mme NOURRISSON Céline

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Neurochirurgie
Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| Mme VAURS-BARRIERE Catherine | Biochimie Biologie Moléculaire |
| M. BAILLY Jean-Luc | Bactériologie Virologie |
| Mle AUBEL Corinne | Oncologie Moléculaire |
| M. BLANCHON Loïc | Biochimie Biologie Moléculaire |
| Mle GUILLET Christelle | Nutrition Humaine |
| M. BIDET Yannick | Oncogénétique |
| M. MARCHAND Fabien | Pharmacologie Médicale |
| M. DALMASSO Guillaume | Bactériologie |
| M. SOLER Cédric | Biochimie Biologie Moléculaire |
| M. GIRAUDET Fabrice | Biophysique et Traitement de l'Image |
| Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène | Médecine Générale |
| Mme LAPORTE Catherine | Médecine Générale |
| M. LOLIGNIER Stéphane | Neurosciences – Neuropharmacologie |
| Mme MARTEIL Gaëlle | Biologie de la Reproduction |
| M. PINEL Alexandre | Nutrition Humaine |
| M. PIZON Frank | Santé Publique |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

| | |
|-------------------------|-------------------|
| M. BERNARD Pierre | Médecine Générale |
| Mme ESCHALIER Bénédicte | Médecine Générale |
| Mme RICHARD Amélie | Médecine Générale |
| M. TESSIERES Frédéric | Médecine Générale |

Remerciements

A Monsieur le Professeur Georges Brousse, vous me faites l'honneur de présider ce jury, soyez assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Nicolas Authier, pour avoir accepté de juger ce travail, je vous prie de recevoir ma plus grande reconnaissance.

A Madame le Docteur Catherine Laporte, pour l'intérêt que vous me témoignez en acceptant de participer à ce jury et pour vos conseils méthodologiques.

A Monsieur le Docteur Jean-Pierre Garmy, pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour votre disponibilité et pour m'avoir fait partager vos connaissances sur l'addictologie en médecine générale, je vous en suis très reconnaissante.

A tous les internes et remplaçants qui ont accepté de participer aux entretiens.

A tous les médecins que j'ai croisés pendant ma formation, en particulier les Docteurs Tack, Ramentol, Dubois et Bertrand-Jarrousse qui m'ont fait découvrir la médecine générale.

Au Docteur Leloup et l'ANPAA d'Issoire qui ont totalement chamboulé ma vision de l'addictologie et qui m'ont donné l'idée de ce sujet.

A l'équipe de la PASS d'Issoire, merci, votre travail et votre engagement sont remarquables.

A mes parents, mon premier soutien depuis le début des études, dans les bons et les moins bons moments. A Léo, mon petit-frère et à toute ma famille entre la Lozère, la Provence et Carcassonne.

A Laurène, qui était là au départ en première année, nous ne nous sommes pas quittées, je suis tellement heureuse et fière de t'avoir comme amie.

A Caroline la plus géniale des pédiatres, l'externat sans toi n'aurait pas été le même. A Valentin, Marlène, Mayeul, Roro et Marion pour toutes nos soirées crêpes, raclettes.

A tous mes cointernes et amis d'Aurillac, Riom et Montluçon. Partager mon internat avec vous l'a rendu meilleur.

A mes amies lozériennes Manon et Edwige, pour nos fous rires depuis le collège et pour vos messages de réconfort.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Remerciements | 8 |
| Liste des abréviations | 11 |
| 1. Introduction | 12 |
| 2. Méthode..... | 15 |
| 2.1 Détails et choix de la méthodologie | 15 |
| 2.2 Le guide d'entretien (Annexe III) | 16 |
| 2.3 L'élaboration de la fiche d'aide à la prescription d'un TSO (Annexe VI) | 17 |
| 3. Résultats..... | 18 |
| 3.1 Expériences des jeunes médecins avec les patients sous TSO..... | 18 |
| 3.1.1 Le contexte..... | 18 |
| 3.1.2 Le patient | 19 |
| 3.1.3 Le vécu de la consultation..... | 19 |
| 3.1.4 L'alliance thérapeutique | 21 |
| 3.1.5 Parler d'addiction avec les patients | 23 |
| 3.2 Représentations du patient héroïnomane | 25 |
| 3.2.1 De façon générale | 25 |
| 3.2.2 Les représentations physiques | 26 |
| 3.2.3 Les représentations psychologiques..... | 26 |
| 3.2.4 Les représentations sociales | 27 |
| 3.2.4 Les représentations judiciaires | 28 |
| 3.3 Difficultés rencontrées | 28 |
| 3.3.1 Difficultés liées aux connaissances | 28 |
| 3.3.2 Difficultés relationnelles | 30 |
| 3.3.3 Difficultés liées au contexte | 31 |
| 3.3.4 Difficultés liées au suivi..... | 31 |
| 3.4 Connaissances sur les TSO | 32 |
| 3.4.1 Apprentissage | 32 |
| 3.4.2 Prescription | 33 |
| 3.4.3 Bilan à réaliser | 34 |
| 3.4.4 Structures spécialisées connues | 34 |
| 3.5 Attentes des jeunes médecins..... | 35 |
| 4. Discussion..... | 37 |

| | |
|---|----|
| 4.1 Validité et limites de l'étude..... | 37 |
| 4.2 Apports de l'étude | 38 |
| 4.2.1 Deux profils de jeunes médecins | 38 |
| 4.2.2 Les principales difficultés rencontrées | 39 |
| 4.2.3 Apports de la fiche d'aide à la prescription | 42 |
| 4.2.4 Les propositions des jeunes médecins | 43 |
| 4.3 La problématique des antalgiques opiacés au long cours..... | 44 |
| 5. Conclusion | 46 |
| Références bibliographiques :..... | 48 |
| Annexes | 57 |
| Annexe I : Evolution du nombre de décès par surdose depuis 1985 | 57 |
| Annexe II : DSM V | 58 |
| Annexe III : Guide d'entretien | 60 |
| Annexe IV : Tableau d'échantillonnage | 62 |
| Annexe V : Formulaire de consentement..... | 63 |
| Annexe VI : Fiche d'aide à la prescription | 64 |
| Serment d'Hippocrate | 71 |

Liste des abréviations

ALD : Affection de longue durée

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

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

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

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

DMP : Dossier Médical Partagé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

ECN : Examen Classant National

IMAO : Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase

MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SATIS : Soins Accompagnement Thérapies Information et Substitution

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. Introduction

En mars 2019, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) compte environ 180000 bénéficiaires d'un traitement de substitution aux opiacés (1). Ce chiffre est en augmentation constante puisqu'en 2016 on dénombrait 151000 assurés sociaux bénéficiant d'un remboursement de MSO. Depuis la mise en place de ces traitements, on note une diminution du nombre de décès par surdose d'opiacés (Annexe I) évalué à 373 décès chez les plus de 15 ans en 2015 contre 451 dans les années 90 (2,3).

L'addiction à une substance est définie par le DSM-5 (4) comme « un mode d'utilisation inadapté de cette substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative. Elle se caractérise par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes parmi 11 critères, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois ». Le produit est pris en quantité importante de façon répétée aux dépens d'activités « occupationnelles et récréatives ». L'utilisation fréquente entraîne des problèmes personnels ou sociaux et peut mettre en danger le patient. Il existe une « envie intense de consommer » (craving), un phénomène de tolérance et un sevrage à l'arrêt (Annexe II).

La buprénorphine haut dosage hors association avec la naloxone est le traitement majoritairement prescrit avec près de 61% des délivrances en ville contre 38% pour la méthadone.

Le médecin généraliste est concerné par ces prescriptions et par le suivi biomédical de ces patients, en évaluant leur observance et en surveillant leur évolution psychosociale. Les médecins libéraux dont les généralistes représentent en effet 98% des prescripteurs de MSO en ville. Cette prescription relève d'un cadre légal de prescription (5), la buprénorphine haut

dosage peut être initiée en médecine de ville contrairement à la méthadone qui doit être instaurée par un médecin de CSAPA ou médecin hospitalier (6–9).

Toutefois l'investissement des médecins est inégal puisque « 4,7% des médecins voient plus de 10 patients par mois souffrant d'addictions aux opiacés alors que 35% n'en voient pas du tout et seulement 26% des médecins généralistes prennent en charge 75% des patients » (10–13). Plusieurs explications ont été soulevées dans la littérature notamment l'investissement important que requièrent ces prises en charge, l'aspect chronophage, le manque de formation ressenti par les médecins, la peur d'être manipulé, la difficulté à instaurer une relation de confiance et les considérations négatives sur le patient toxicomane (14). Du côté des patients, il existe également des freins notamment l'absence de médecin traitant, la volonté de ne pas révéler la consommation de substances au médecin de famille ou la peur du changement de regard du médecin, du manque d'expérience ou du manque de temps (15).

Il apparaît également que certains patients sont exclusivement suivis dans les centres spécialisés sans avoir même de médecin traitant. Dans ce cas, la méthadone est le traitement le plus utilisé, l'initiation y est 3 fois plus fréquente que pour la buprénorphine (1). Ils bénéficient alors d'un suivi pluridisciplinaire sur place par des infirmières, des psychologues et des assistantes sociales. Ce versant social et psychologique peut parfois faire défaut en médecine générale, générant des prises en charge lourdes et complexes effrayant les médecins non habitués.

Enfin, certains bénéficiaires ont recours à des prescripteurs multiples, ceci pouvant être le signe d'un mésusage ou d'un éventuel trafic.

La médecine générale est confrontée à des renouvellements de traitement, de demande urgente de prescription ou de mise en place d'une substitution.

L'objectif de cette thèse est de comprendre quelles sont les difficultés des jeunes médecins face à des patients sous TSO et d'apprécier leurs connaissances en la matière.

2. Méthode

2.1 Détails et choix de la méthodologie

J'ai réalisé dans un premier temps une recherche documentaire pour faire le point sur les travaux existants et préciser le sujet. Les liens entre la médecine générale et les patients sous TSO ont été étudiés dans le Nord-Pas-de-Calais en 2015 sous forme de questionnaire destiné aux médecins généralistes (12). Lucie Boireau dans sa thèse en 2009 a interrogé des médecins généralistes sur leurs difficultés dans la prescription des TSO. La position des médecins vis-à-vis des TSO a été explorée par des entretiens dirigés en 2017 (14). Les relations entretenues entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en Savoie (16) et l'évaluation des pratiques professionnelles (17) ont fait l'objet de thèses. Emilie Rabbe s'est intéressée en 2014 au point de vue des patients suivis en centre spécialisé dans l'agglomération clermontoise en essayant de comprendre les raisons pour lesquelles leur prise en charge n'était pas réalisée en médecine générale (15).

De mon côté, je souhaitais connaître les difficultés rencontrées par les internes en médecine générale et les médecins non thésés confrontés lors de consultations en libéral ou dans un contexte d'urgence à des patients sous TSO. En effet, cette population n'a jamais été étudiée. Il semblait donc qu'une étude qualitative pourrait répondre à cette question afin de connaître les expériences des jeunes médecins, les difficultés qui en découlent et de se rendre compte des connaissances sur les TSO.

Le guide d'entretien (Annexe III) retrace ces différents points par des questions ouvertes pour laisser libre court à la discussion et des relances pour obtenir toutes les informations nécessaires. Il a été testé une première fois sur un interne et a fait l'objet de

remaniements après 3 entretiens notamment dans l'ordre des questions et la formulation pour plus de clarté.

Les critères d'inclusion sont : être interne en médecine générale ou médecin non thésé et avoir déjà été confronté à un patient sous TSO. Ont été interrogés différents profils pour obtenir un échantillonnage diversifié : expérience ou non en addictologie (stage avec médecin addictologue, quart-temps à l'ANPAA, stage en service hospitalier d'addictologie), interne en début et en fin d'internat et médecin remplaçant, d'âge et de sexe différents (Annexe IV).

Après avoir expliqué le sujet de thèse et fait signer un formulaire de consentement (Annexe V), l'entretien était enregistré sur dictaphone avec prise de notes en cours pour retracer l'aspect non-verbal. Ensuite l'intégralité de l'interview était retranscrite sur Word. La question de recherche ne soulevant pas de problèmes éthiques, le sujet n'a pas nécessité l'avis du comité éthique.

L'analyse des entretiens a ensuite été réalisée à partir des retranscriptions écrites faisant apparaître plusieurs thèmes et sous-thèmes.

Parallèlement j'ai élaboré une fiche d'aide à la prescription (Annexe VI) qui sert d'outil pour évaluer les connaissances des personnes interrogées en matière de TSO

2.2 Le guide d'entretien (Annexe III)

Dans un premier temps je questionne le jeune médecin sur l'expérience la plus marquante ou la plus récente avec un patient sous TSO. J'évoque le côté relationnel avec l'alliance thérapeutique. Ensuite je l'interroge sur les représentations du patient héroïnomane. Si les difficultés n'ont pas encore été abordées, la question est posée

directement. Puis je demande s'il y a des freins à parler d'addictions avec les patients. Enfin les connaissances et l'apprentissage en addictologie plus précisément en matière de substitution sont étudiés. Dans un second temps, la fiche d'aide à la prescription sert de support pour identifier les connaissances et interagir avec le jeune médecin notamment sur l'initiation de ces traitements, sur le suivi nécessaire, sur la réduction voire l'arrêt de ces thérapeutiques. L'entretien se clôture sur une réflexion conjointe sur les moyens pouvant être mis en œuvre pour être plus à l'aise lors des consultations ultérieures.

2.3 L'élaboration de la fiche d'aide à la prescription d'un TSO (Annexe VI)

Les principaux TSO sont détaillés dans cette fiche : chlorhydrate de méthadone, buprénorphine haut dosage, buprénorphine et naloxone avec pour chacun quelques données de pharmacocinétique (18), des protocoles d'instauration et d'adaptation de doses, le cadre réglementaire de prescription (5–8,10,19,20), les risques et la surveillance à réaliser (21,22).

Sont développés également les objectifs des traitements, les modalités de prescription, les démarches à réaliser, la diminution et l'arrêt, les vigilances particulières et la grossesse (23,24).

3. Résultats

Le guide d'entretien a été testé une première fois pour s'assurer de la compréhension des questions. Il a été modifié après 3 entretiens afin de privilégier les réponses ouvertes et le partage d'expériences en recueillant les informations nécessaires pour remplir le tableau d'échantillonnage à la fin. Une question a été ajoutée à partir de l'entretien 4 (sur le bilan à réaliser en présence d'un patient sous TSO).

Les entretiens ont eu lieu entre avril et septembre 2019 chez l'interrogé, chez l'enquêtrice ou à la faculté. La saturation des données a été obtenue au bout de 15 entretiens. La durée des entretiens varie entre 15 et 46 minutes. Les jeunes médecins interrogés (Annexe IV) sont ou ont été internes à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand mais leur faculté d'origine pour le premier et le deuxième cycle est différente (Clermont-Ferrand, Lyon, Marseille).

3.1 Expériences des jeunes médecins avec les patients sous TSO

3.1.1 Le contexte

Les **renouvellements d'ordonnance** constituent l'essentiel des consultations rapportées par les personnes interrogées à la fois de méthadone et de buprénorphine dans des posologies « fixes ». Certains jeunes médecins relatent des demandes de **dépannage** chez des patients inconnus, ne vivant pas dans la région dans le cadre de l'urgence « en attendant » de revoir leur médecin référent ou en cas de **nomadisme** avec un patient qui « courait tous les médecins de Clermont pour avoir des prescriptions ». Par ailleurs, deux internes interrogés mentionnent des **rechutes** ou des **consommations** avouées par les patients avec mise en

danger sans perception du « risque de surdosage ». Deux autres évoquent le problème de la **douleur** qui peut s'avérer être un « **manque** », la solution peut être d'augmenter le traitement de substitution à visée antalgique (patiente « venue pour des douleurs à type de sciatique avec un lumbago associé et qui était sous méthadone et à qui on a augmenté le traitement »).

3.1.2 Le patient

Du fait de ce suivi chronique avec un renouvellement « tous les 28 jours », les patients sont « **stabilisés** », « **calmes** » et dans ces situations-là aucune agressivité n'a été perçue. Parfois le patient est connu et a été vu « dans un autre contexte » pour un membre de sa famille (« c'était une dame que j'avais vue pour sa fille »). A l'inverse, certains rapportent une impression de même « schéma de consultation » avec le patient « inconnu » qui se présente pour son traitement ou celui qui vient de façon irrégulière avec « beaucoup de chevauchement ».

3.1.3 Le vécu de la consultation

- Ressenti positif

Avec l'**expérience**, les internes se sentent plus « **à l'aise** ». Certains évoquent des consultations « simples » sans conflit. Il apparaît même qu'en cas d'appréhension, ils étaient surpris positivement, « j'ai parfois des a priori un peu sur comment cela va se passer, qu'est-ce qu'on va me demander » et finalement « cela s'était passé assez simplement en fait ».

Dans ces consultations, les jeunes médecins se sentent utiles et ont l'impression d'apporter une **aide** qui « peut améliorer grandement la vie ». Le traitement diminue la souffrance en agissant sur les signes de manque et le craving. Il permet au patient de se sentir mieux. Et même lorsque celui-ci n'est pas complètement compliant ou assidu à ses rendez-

vous, il y a toujours un **espoir** d'être là au bon moment avec « un nouveau discours, une nouvelle tête » qui va « permettre d'avoir une sorte de déclic » pour s'en sortir.

Il existe aussi une attitude **empathique** (« j'essaie de me mettre à leur place ») où il s'agit de « comprendre sans juger », « être **compatissant** » et même ressentir parfois « une certaine affection » pour le patient qu'on a déjà vu. Dans les moments de détresse, en cas de rechute après plusieurs années sans consommation, le patient transfère ses propres sentiments sur le médecin, « j'ai engrangé un peu l'émotion parce que j'avais une certaine affection pour ce patient », « il décharge toute sa tristesse et je pense qu'il a bien transféré et du coup je me prenais vraiment en direct sa rechute et l'espoir qu'il met au professionnel de santé pour rebondir et se relancer ».

Grâce à leurs expériences cliniques, les jeunes médecins se sont rendu compte que les patients étaient tous différents (« c'est super enrichissant puisque c'est des gens qui ont des histoires tellement différentes. En fait on peut balancer ses clichés de côté »). Le recul sur ces rencontres à travers les entretiens les a mis à distance de leurs préjugés.

- Ressenti négatif

Cependant, les internes peuvent aussi se sentir « **déstabilisés** », « **mal à l'aise** ». Ils sont « gênés » du fait d'un **rapport particulier** avec les patients sous TSO dans leur « manière de te parler, de te regarder qui moi faisait que je pouvais pas leur parler comme à n'importe qui d'autre », du fait parfois de comorbidités psychiatriques qui prennent le pas sur l'addiction induisant « un relationnel un peu étrange ». La gêne peut aussi venir de l'impression de certains médecins d'être comme un « **dealer** », refuser de répondre à une demande devient alors compliqué (« j'étais mal à l'aise de lui expliquer que je ne pouvais pas lui délivrer une ordonnance comme cela pour une substance », « en fait c'est dur de dire non »). D'autant

qu'il arrive que l'on puisse ressentir une certaine « **défi**ance » qui rend le médecin « **hésitant** », **méfiant** par rapport au « **mésusage** » ou à la **revente** (« on se monte aussi vite la tête de dire non mais s'il me demande de modifier les doses c'est qu'il le revend derrière ou je sais pas quoi », « tu sais pas s'ils sont pas en train de t'enfumer ou pas »).

Le patient n'est pas toujours totalement « honnête » (« il pouvait avoir maintes et maintes façades », « je pense qu'il testait en fonction de la personne qu'il avait en face de lui comment il pouvait se comporter pour avoir sa prescription »), dans un « **déni** » de ses consommations ou dans la volonté de les « minimiser », tout cela pouvant laisser un frein dans ces prises en charge. Les soigner nous met en **échec** car « on ne sait pas comment » le faire, « il n'arrivait pas à s'ouvrir, on arrivait pas à le guider et à l'aider » tant le mal-être peut être important. En découlent une certaine lassitude et déception de la part du médecin, « je pense qu'elle en avait un peu marre de cette patiente. Je sais pas trop, peut-être un petit peu un ras le bol ». Il y a toujours une volonté d'entamer une discussion pour laisser l'opportunité au patient de s'exprimer, mais celle-ci n'aboutit pas toujours, renforçant ce sentiment de **découragement**.

3.1.4 L'alliance thérapeutique

- Eléments facilitants

La **relation de confiance** est la clé de toute alliance, « je pense que c'est important qu'il y ait cette relation de confiance parce qu'au final c'est des patients assez craintifs de peur d'être jugés » mais qui « font confiance, du moins qui nous font confiance ». Ils recherchent dans cette relation, un **accompagnement** pas simplement médicamenteux mais aussi psychologique et social (« je pense qu'il y a une grosse composante sociale aussi où il faut les

soutenir sur des moments où il va y avoir un changement de travail, une période de chômage »). En trouvant les bons mots, on peut réussir à les « atteindre » (« t'arrives au bon moment-là et tu tiens un discours différent de ce qu'il a l'habitude d'entendre »).

L'**écoute** est primordiale dans ces instants (« c'est aussi pas mal de psychothérapie »). Au fur et à mesure des entretiens, la relation peut devenir totalement « transparente » (« moi je m'attendais à ce qu'on cache les rechutes, on cache les surconsommations, le deal, le don de produit et en fait il y avait une transparence »).

La **connaissance** et l'**expérience** du médecin jouent également un rôle dans cette alliance rassurant le patient qui pourra plus facilement se confier. Le **médecin traitant** a tout à fait sa place dans cette prise en charge, connaissant le patient et le **suivant régulièrement** (« je pense c'est sur le long terme », « faut les connaître, faut connaître leur histoire de vie, faut les avoir vus plusieurs fois »), la discussion est ainsi facilitée. Le médecin généraliste est même parfois le **premier et seul recours** (« il me semble pas qu'il y avait vraiment de centre d'addicto proche »).

L'**investissement du patient** est nécessaire (« c'est eux aussi qui font la démarche de se soigner pour moi donc tant mieux »), leurs efforts pouvant motiver le médecin.

- Difficultés

En tant qu'**interne**, il est parfois difficile de trouver sa place (« moi j'arrivais toujours l'alliance elle était déjà faite », « j'étais dans une situation un petit peu particulière, ni vraiment remplaçant ni médecin traitant »), ne voyant le patient qu'une fois, l'alliance est limitée. En même temps, il peut s'agir « d'un double piège » car le médecin traitant peut agir

« **par habitude** » avec une personne qu'il connaît depuis longtemps, sans lui poser de questions et omettre certains détails.

L'**absence de suivi** (« on les a plus revus », « les 3 rendez-vous qu'elle a pris après elle venait pas »), le **manque de motivation** ou le **suivi irrégulier** peuvent compliquer la relation médecin/malade, « quand on en voit d'autres qui viennent en traînant les pieds ou qui ne viennent pas, forcément cela passe un peu moins ». On peut alors se laisser influencer par les préjugés qui n'incitent pas à la confiance (« Et peut-être que cette allure justement fait que cela incite pas à la confiance »).

Certaines **situations familiales ou sociales** sur lesquelles le médecin n'a aucune emprise peuvent venir freiner l'alliance, « il y a un conflit de fond avec ses parents qui est vraiment énorme et qui nuit beaucoup à l'alliance thérapeutique et malheureusement j'ai pas la main là-dessus ».

3.1.5 Parler d'addiction avec les patients

- Sans frein

Globalement, la question des addictions est posée **spontanément** sans gêne et sans jugement en interrogeant les patients sur leurs différentes consommations en étant le plus « complet » et systématique possible, « c'est moins stigmatisant ». Le **contexte** (les coaddictions, la prise de TSO), la présence d'une **problématique psychologique** ou des **troubles du sommeil** facilitent l'interrogatoire (« chez les patients qui viennent pour renouvellement c'est très facile. Ils sont ouverts à la question »). Dans certains cas, l'**aspect physique** peut inciter à interroger le patient sur les addictions (« si on voit des petites traces d'injections », « j'en ai vu un il avait tout le physique pour et j'ai posé la question et puis il m'a

sorti une grande liste »). Enfin, évoquer la prise de toxiques relève de la « **compétence** » du médecin généraliste (« Voilà dans le cadre médical ils avaient assez confiance je pense pour en parler sans problème »). Il semble plus simple d'aborder les consommations d'**alcool** et de **tabac** qui sont plus fréquentes (« le sevrage tabagique » étant « un prétexte formidable » pour parler d'addiction). Toutefois il existe un jugement péjoratif de la société vis-à-vis de l'alcool, « il y a des gens on sait clairement étiquetés éthyliques chroniques et c'est dur d'aborder » le sujet comme s'il y avait un certain « **tabou** » à parler de cela.

- Les difficultés de la part du médecin

Certains avouent parfois **oublier** de poser la question car il ne « pensait pas qu'il y avait autant de gens qui étaient accros » mais qu'au final « il y a plein de gens qu'on soupçonne pas forcément ». Il peut arriver que par **manque de temps** le sujet ne puisse pas être abordé en consultation ou qu'il soit difficile de **trouver le moment opportun** pour ne pas braquer le patient.

La **jeunesse de l'interne** a été évoquée comme une difficulté à parler aux personnes plus âgées avec la sensation de ne pas se sentir légitime dans ce discours (« j'ai pas l'impression d'avoir toujours la carrure entre guillemets pour leur faire la morale »).

Le **manque de connaissance** en matière d'addictologie ne permet pas aux jeunes médecins d'accompagner les patients, « les aider pour aller dans une réflexion de se dire qu'il faudrait peut-être arrêter » et ne pas se limiter à « Tu sais c'est pas bien pour toi de fumer du cannabis ».

• Les difficultés liées au patient

Le patient peut se sentir attaqué, « **jugé** » et cette **crainte de la réaction** (« peur qu'ils se braquent un petit peu ») n'encourage pas à poser la question. Du fait du **manque de confiance et de connaissance** des patients, « pourquoi ce serait nous en qui ils ont pas forcément une relation de confiance qui leur proposerions cela », « c'est plus dur parce que c'est des patients qu'on voit pas forcément tout le temps, qu'on connaît pas, on connaît pas leur histoire ».

Il semble plus compliqué d'aborder les problèmes d'addiction avec les patients jeunes notamment les **adolescents** et plus encore si leurs parents sont présents, les accompagnants pouvant créer un certain malaise entraînant un manque de sincérité de la part de l'interrogé (« moi j'ai eu des cas où c'était des personnes qui étaient avec leurs enfants en consultation, je trouve que c'est délicat d'aborder cela devant les enfants qui sont aptes à comprendre »).

3.2 Représentations du patient héroïnomanes

3.2.1 De façon générale

Un profil se dégage des différents entretiens : les héroïnomanes sont majoritairement des **hommes, jeunes** entre 25 et 40 ans, qui sont souvent accompagnés d'animaux de compagnie essentiellement des **chiens**. Ils sont « un peu routard » voyageant « de ville en ville pour faire des connaissances et pour partager un peu à la fois leur douleur et leur plaisir de consommer » et sont **suivis** pour la plupart **en centre spécialisé**. Ces patients

ont généralement « **plusieurs addictions** » et des **comorbidités psychiatriques et infectieuses** (« il y a pas mal d'hépatites, SIDA »).

Des **représentations négatives** ressortent (« le teufeur », le « camé », le « **punk à chien** », le « junky », « c'est des drogués »), les internes avouent que n'ayant pas souvent été confrontés à eux ils gardent ces images en tête. Mais « tout le monde ne rentre pas dans cette catégorie », **différents profils** peuvent être rencontrés, cette problématique pouvant toucher « toutes catégories de population, toutes professions confondues, tout âge » et « quand on les croise, on se dirait pas lui il prend des substituts ». L'**expérience** et la confrontation régulière à ces situations changent la perception de ces patients. Le stage en addictologie, en ANPAA, en service hospitalier ou avec un maître de stage addictologue contribue à démystifier les images négatives (« les représentations qu'on peut avoir, elles sont bidons », « je le vois différemment ») et simplifie l'approche (« c'est devenu beaucoup plus naturel »).

3.2.2 Les représentations physiques

Il apparaît que l'héroïnomane est globalement en **mauvais état général** (« malades physiquement », « l'air fatigué »), il est « **maigre** », ses traits sont « marqués », son visage « pâle », ses dents « en mauvais état ». Son aspect est « **négligé** », il peut « paraître sale, mal rasé, mal coiffé », ses vêtements sont « sombres » avec des « sacs à dos, de grosses chaussures » et souvent des « **tatouages ou piercings** ».

3.2.3 Les représentations psychologiques

Certains traits de caractères se dégagent comme un « **fond anxieux** », voire dépressif avec un **manque** « **d'estime de soi** », de « **confiance** » où la drogue est « une béquille » qui vient soulager une douleur physique ou morale ou pour rechercher une nouvelle expérience.

Un interne parle du côté « **immature** » de ces patients qui n'arrivent pas à « gérer leurs tentations ». Une fois essayée, il faut recommencer et retrouver « une sensation de plaisir, d'amusement, de **défonce** » avec une **accoutumance** qui apparaît (« une fois qu'ils ont testé une drogue cela leur suffit plus forcément »). Un jeune médecin avoue redouter leur **manque de sincérité**, se demandant « est-ce que vraiment il est sincère avec moi ? ».

3.2.4 Les représentations sociales

La **précarité** est mentionnée dans la majorité des entretiens avec des termes à connotations négatives : « marginalisés », « clochardisés », « SDF » avec un cercle vicieux qui peut favoriser l'addiction, le **milieu social défavorisé** faisant qu'il se retrouve en contact avec les substances qui « coûtent extrêmement chers », entraînant des **difficultés financières** (« un patient qui touche peu d'argent et qui consomme le maximum de son argent là-dedans »). Les **histoires de vie** sont **compliquées** (« leur vie est un peu désorganisée quoi, c'est un peu le chaos », « ils ont eu une vie un peu anarchique »). Leur famille est peu aidante, voire absente, « un entourage assez limité, assez **peu de soutien** », présent au début mais qui « a tendance à lâcher aussi ». L'isolement social est prépondérant, ils sont « **seuls** », ce qui peut générer une fragilité les poussant à consommer.

A l'inverse, certaines personnes réussissent à trouver un **équilibre entre leur traitement et leur vie socioprofessionnelle** et peuvent totalement déstabiliser les jeunes médecins (« je vois une dame de catégorie socioprofessionnelle parmi les plus élevées possibles, toujours elle présentait hyper bien, belle femme. Je l'ai vue pour son renouvellement de TSO, je suis pratiquement tombé de ma chaise parce qu'elle me renvoyait tellement pas l'image et l'archétype de quelqu'un qui était dépendant aux opiacés que vraiment je m'attendais pas à cela »).

3.2.4 Les représentations judiciaires

Enfin, du fait de l'illégalité des consommations d'héroïne, il peut arriver de se retrouver face à des patients ayant des **antécédents judiciaires** (« j'en ai rencontré un pour lui renouveler sa méthadone il était dealer », « il sortait de prison ») pouvant créer un sentiment « d'insécurité » chez le médecin.

3.3 Difficultés rencontrées

3.3.1 Difficultés liées aux connaissances

- Connaissances du médecin

De manière générale, il y a un **manque de connaissances et d'habitude** (« je pense qu'on a pas l'habitude », « par défaut de connaissances j'étais un peu paumé ») qui fait que les internes se sentent « un peu **dépassés** » (« déjà il pourrait me parler de différents noms de drogues, on les connaît pas toujours tous. Je connais assez mal les différents effets des drogues en général »).

Les « **modalités de prescription** », la rédaction de l'ordonnance sécurisée avec la mention du nom de la pharmacie, les **durées** limites et les **doses** peuvent être des difficultés surtout lors des premières prescriptions : l'aspect légal peut effrayer quelque peu le jeune médecin la première fois.

L'**initiation** d'un TSO est peu connue car ils n'ont jamais fait de primo-prescription, se pose alors la question de la posologie pour commencer, du suivi à instaurer et même savoir s'ils ont le droit de prescrire (« je sais pas si j'ai le droit d'initier moi »).

Lors des **changements de doses, réductions ou arrêts**, les médecins trouvent qu'il est difficile de juger des délais à adopter pour la décroissance. Il n'est pas évident d'avoir le retour du patient pour évaluer ces modifications (« c'est difficile en fait les intervalles, j'ai du mal à juger »). Ils se demandent aussi pourquoi après plusieurs propositions de diminutions, les patients ne peuvent s'y astreindre, les raisons mentionnées sont les consommations « à côté », le mal-être (« est-ce que c'est qu'il se sent pas bien »).

La **gestion d'une douleur** (25) et les interactions médicamenteuses compliquent les prises en charge, l'antalgique « va peut-être moins marcher ». Lequel peut-on utiliser pour soulager une douleur (« le tramadol, la codéine est-ce que tu peux en mettre ? ») ? S'agit-il d'une douleur réelle ou d'un état de manque ou bien des deux intriqués ? Certaines sources proposent dans ces situations d'augmenter les doses voire de fractionner les prises du TSO et en cas de douleur sévère de faire une titration morphinique en arrêtant au préalable et de façon temporaire le traitement par buprénorphine (26).

La **coprescription de traitements psychiatriques** s'avère « délicate » pour un interne qui n'ose pas « encore trop proposer des traitements anxiolytiques ou antipsychotiques », notamment en cas de décompensation psychiatrique sous-jacente où les compétences du médecin généraliste sont limitées.

- Connaissances du patient

Le patient lui-même peut ne pas se rendre compte des **risques** associés à certains comportements de surconsommation, d'overdose (« il se mettait vraiment en danger, il ne percevait pas le risque pour lui ») ou méconnaître son traitement et les conseils du médecin (« elle ne voyait pas que c'était des traitements différents », « il y avait tout un tas de gros défauts de connaissances en tout »).

3.3.2 Difficultés relationnelles

Par manque d'expérience, les internes ne se sentent pas à l'aise avec les patients, ne savent pas les « aborder ». Ils craignent les « **manipulateurs** », le manque « d'honnêteté » faisant supposer des situations de « **revente** » ou de « **mésusage** » auxquelles le médecin participerait (« est-ce qu'il va pas essayer d'obtenir quelque chose de toi que tu devrais pas lui donner ? »). Il peut rester alors cette image du patient héroïnomane qui influence le jeune médecin, la société entretenant cette stigmatisation dans les « films » par exemple comme l'évoque une des personnes interrogées.

Les patients ne sont pas toujours ouverts au dialogue (« il y en a qui vont être plus ou moins réceptifs »), « ils **parlent peu** » ou difficilement de leurs consommations et certains même « **fuients le médecin** autant qu'ils peuvent ». Par conséquent, un sentiment de **frustration** peut apparaître lorsqu'un entretien motivationnel n'aboutit pas ou lorsqu'il y a un refus de discussion. L'examen physique n'est pas évident parfois par crainte du patient (« j'ai eu un patient qui était réticent à soigner ses problèmes somatiques et qui avait très peur »). Les jeunes médecins ont l'impression de consultations expédiées rapidement comme si seule l'ordonnance de TSO comptait, le reste n'ayant aucune importance (« quand je leur prescrivais des prises de sang ils les faisaient jamais, ils sont pas très compliants pour le reste de la prise en charge », « au final ils sortent avec leur papier »).

Ces patients ont pourtant des **comorbidités psychiatriques** qui s'associent souvent aux pathologies addictives et sont parfois plus importantes ajoutant une difficulté supplémentaire.

La **relation médecin/malade** s'avère problématique d'une part par peur du **conflit**, de l'**agressivité** de la part du patient héroïnomane qui peut interpréter la méfiance du

médecin et se sentir « agressé ». D'autre part, le rapport de force s'inverse, le **patient** étant **expert** de sa maladie, de son addiction (« eux savent très bien comment ils prennent » leur traitement, connaissent réellement « les signes de manque »).

3.3.3 Difficultés liées au contexte

La prise en charge en addictologie ne se résume pas à la prescription d'un TSO mais à un aspect plus **global** avec des démarches sociales, administratives difficiles à mettre en œuvre et qui ne portent pas toujours leurs fruits.

Certaines situations sont jugées comme complexes par les internes, la **demande de traitement en urgence**, « le tableau qu'on a c'est le patient qu'on ne connaît pas du tout et qui débarque à la consult et qui te demande un traitement substitutif et là on est complètement coincé », « quel risque on prend à lui donner, quel risque on prend à ne pas lui donner ». L'**errance médicale** en parallèle de ces demandes fait toujours craindre un trafic caché. La grossesse a été évoquée par une personne interrogée comme un cas difficile devant les stigmatisations associées.

3.3.4 Difficultés liées au suivi

La **disponibilité** du médecin semble être un prérequis majeur pour le suivi d'un patient héroïnomane, « c'est des prises en charge longues », ce côté **chronophage** peut être un frein dans l'emploi du temps surchargé d'un médecin généraliste. D'autant que ces patients ne sont pas toujours totalement fiables avec un **suivi irrégulier** qui nécessite une certaine adaptation de la part du médecin (« c'est des personnes généralement cela part un peu à droite à gauche et faut aussi qu'on arrive à s'adapter à cela, ce qui n'est pas facile dans notre exercice »).

Leur suivi est dans certains cas « **sectorisé** » et le médecin généraliste est parfois tenu à l'écart (« ils ont un peu le suivi à l'ANPAA ou en hospitalier et finalement le médecin généraliste on lui en parle pas tellement »), la **multiplicité des « interlocuteurs »** ne simplifiant pas la communication entre les différents professionnels de santé.

Néanmoins lorsqu'ils sont pris en charge en ville, l'**avis du spécialiste** peut être difficile à obtenir du fait de délais importants.

Enfin, une interne parlait de la peur du **changement de patientèle**, « parce que je me dis, c'est peut-être le raccourci facile, si toi tu prescris les substitutifs, il va le dire à ses copains et cela va modifier ta patientèle ».

3.4 Connaissances sur les TSO

3.4.1 Apprentissage

Pendant le deuxième cycle, il s'agit essentiellement de **cours** à partir du Collège National des Universitaires de Psychiatrie, un chapitre est dédié aux addictions aux opiacés. Cet apprentissage est plutôt « **succinct** » (« je me souviens qu'il y avait un chapitre dans les cours de l'ECN mais pour moi c'était un truc assez mineur », « la partie sur les opiacés était pas extrêmement développée »).

Pendant l'internat, certains internes ont participé à des **formations** spécifiques, à des cours pendant leurs stages et à un **atelier** dispensé par le Département de Médecine Générale dans le cadre du Diplôme d'Enseignement Supérieur.

Les **recherches personnelles** dont les revues spécialisées, l'étude des résumés des caractéristiques des produits (« le Flyer », « le Vidal ») font partie de l'apprentissage notamment lorsque le jeune médecin est en difficulté ou quand les patients « posent des questions ». Mais l'**expérience** au quotidien, la **mise en pratique** des connaissances pendant les stages comptent tout autant.

3.4.2 Prescription

Les deux traitements les plus cités étaient la **méthadone** et la **buprénorphine**, l'association buprénorphine et naloxone étant moins connue par les jeunes médecins.

Concernant le cadre de prescription, 6 personnes interrogées évoquent l'initiation possible de la buprénorphine par le médecin généraliste et 7 pour l'initiation hospitalière ou en centre spécialisé de la méthadone.

L'ordonnance type est une ordonnance **sécurisée** dont la durée de prescription varie de 14 à 28 jours, écrite **en toutes lettres** et certains internes précisent **le nom de la pharmacie**.

En ce qui concerne l'initiation d'un TSO, seulement une interne a pu initier un traitement lorsqu'elle était en stage à l'ANPAA, les autres n'ont jamais eu à faire de première prescription et avouent que cette situation les mettrait en difficulté. Par contre, ils sont plus nombreux à avoir diminué les doses de **façon progressive** en instaurant un suivi plus rapproché. Pour ce qui est de l'augmentation, les situations de **douleurs**, de **consommations**, de périodes délicates étaient à l'origine de majoration de posologies.

3.4.3 Bilan à réaliser

L'interrogatoire a une part majeure dans la consultation en addictologie à la fois pour évaluer l'**observance** du traitement, l'**aspect psychologique** et le **terrain socioprofessionnel** (« faire un bilan social pour établir les ressources »). Les **coaddictions** doivent être recherchées.

Un **examen physique standard** semble être nécessaire avec un examen clinique complet, un contrôle du **poids** pour apprécier l'état nutritionnel, « parce que souvent c'est quand même des gens qui sont pas suivis ».

Sur le plan biologique, les **complications** liées aux **situations à risques** (injections intraveineuses) doivent être dépistées : sérologies VIH, hépatites B et C voire syphilis en cas de conduites sexuelles à risque. En cas de consommation d'alcool, le **bilan hépatique** est de mise associé à un bilan standard de référence (rénal, formule sanguine). L'**analyse d'urine** doit être demandée en début de traitement, elle est « médicolégal » pour la méthadone.

Deux personnes pensent à l'**électrocardiogramme** en cas de posologies élevées de méthadone (« il faut faire attention au QT long quand on est au-dessus de 120 mg »).

Un **bilan dentaire** est intéressant à la recherche de foyer infectieux de même qu'un bilan ORL et pneumologique chez le patient qui est aussi alcool-tabagique.

3.4.4 Structures spécialisées connues

Les **CSAPA** sont les structures les plus mentionnées par les jeunes médecins avec toutefois le problème du délai avant la première consultation. Une interne connaît le SATIS au CHU de Clermont-Ferrand, une autre parle du site « Addictauvergne » (« c'est un site que je

connais mais que j'ai jamais utilisé »). Les médecins addictologues sont sollicités pour des avis ou les patients sont adressés directement dans les services hospitaliers d'addictologie.

Ils orientent les patients vers la **psychiatrie** de ville ou hospitalière ou vers les CMP pour obtenir une aide psychologique.

Dans les « situations de crise », le recours aux urgences ou au psychiatre de garde peut être nécessaire en cas d'overdose par exemple.

Les CAARUD sont utiles pour les patients injecteurs afin de diminuer les risques, les pharmacies peuvent aussi délivrer des kits d'injection « stéribox ».

Les patients ont la possibilité de se rendre dans les centres de dépistage gratuit pour bénéficier d'un bilan biologique complet.

Les **associations de patients** ont été citées à deux reprises afin de proposer un soutien psychologique, une aide dans l'éducation thérapeutique.

3.5 Attentes des jeunes médecins

Du fait de représentations négatives des patients héroïnomanes, la plupart des internes peuvent avoir « peur des toxicos », ce sentiment peut découler d'un manque de connaissances ou d'une expérience en consultation limitée, « je trouve que ce qui est marqué dans les cours c'est très caricaturé ».

D'une manière générale, les jeunes médecins souhaitent une **formation « plus soutenue »** pour savoir gérer à la fin de leur cursus d'interne une consultation d'addictologie : faire un renouvellement, ajuster des posologies et apprendre à instaurer un TSO. Malgré tout, l'initiation reste selon eux du domaine du spécialiste puisqu'ils préféreraient adresser vers un

addictologue (« je pense que je serais jamais assez à l'aise pour le faire », « je pense que c'est quelque chose que je délèguerais »).

La **mise en pratique**, le recours à un **patient expert**, des consultations d'addictologie obligatoires dans la formation sont des pistes détaillées par les internes, elles pourraient « **ouvrir un peu l'esprit** sur cette pratique » et faire « **relativiser** » en se rendant compte « qu'il y a peut-être 2 sortes de patients » et que « c'est pas forcément la cata ». **Se confronter aux patients**, avoir leur avis permettrait de faire tomber les préjugés (« on a énormément de représentations qui peuvent se faire démonter en un claquement de doigt face à une vraie personne qui l'a vécu et qui peut le raconter ») et s'intéresser à leur ressenti (« savoir s'ils ressentent notre malaise en consultation »).

4. Discussion

4.1 Validité et limites de l'étude

La prise en charge de patient héroïnomanes concerne le médecin généraliste (27) et intéresse les internes qui n'imaginaient pas « qu'il y en avait autant » avant d'y avoir été confrontés dans leur pratique. Cette étude se démarque des autres thèses par la population étudiée : les internes et remplaçants non thésés. Leur environnement est différent de celui des médecins installés car ils changent de stage tous les 6 mois ou remplacent dans plusieurs cabinets et voient ponctuellement des patients sous TSO et font plus rarement des suivis.

Le choix d'une approche qualitative semble le plus adapté pour étudier les difficultés rencontrées par les jeunes médecins. L'analyse reste toutefois subjective puisque le vécu, les ressentis ne peuvent être quantifiés. La retranscription de l'ensemble des entretiens s'est voulue la plus complète possible en y ajoutant l'aspect non verbal. Néanmoins il est possible que lors de la synthèse du verbatim il y ait eu des oublis du fait d'un manque d'expérience de l'investigatrice.

Le guide d'entretien (Annexe III) a été remodelé pour que les personnes interrogées racontent la dernière consultation ou celle qui les avait le plus marquées, à partir de là il était plus simple de connaître leurs freins. Les 3 premiers entretiens n'ont pas répondu à la question sur le bilan demandé face à un patient sous TSO.

Une autre limite se situe dans la taille de l'échantillon et le territoire donné à savoir l'Auvergne, ne permettant pas une généralisation des résultats. De plus les internes en début de parcours n'ont pas toujours rencontré ce type de patient, deux personnes contactées n'ont donc pas pu être interrogées, ce qui suppose que l'expérience en consultation est inégale

puisqu'il est estimé qu'en 2009 seulement 49,2% des médecins généralistes français ont prescrit de la buprénorphine dans le mois précédant (28).

4.2 Apports de l'étude

4.2.1 Deux profils de jeunes médecins

Sur les 15 personnes interrogées, 5 ont une expérience en addictologie : ils ont bénéficié d'un stage en addictologie à l'hôpital, en CSAPA ou en médecine libérale avec un médecin pratiquant l'addictologie. Il se dégage de leurs entretiens une connaissance plus approfondie des modalités de prescription et d'initiation des TSO, une expérience plus importante. Chacun précise avoir été bien encadré par les médecins pendant le stage, la pratique quotidienne leur a permis une approche facilitée avec les patients sous TSO et dans les prescriptions. Cette notion est confortée par l'étude de 2009-2010 (28) qui cherche à savoir si la prescription de buprénorphine par le généraliste est influencée par le nombre de ses patients prenant le traitement. Les médecins ayant une patientèle réduite prenant de la buprénorphine prescrivent des posologies plus faibles avec prudence du fait d'un manque de connaissance et d'expérience. Ceux qui en voient plus ont tendance à prescrire des posologies plus élevées et voir les patients les plus en difficultés.

Le deuxième profil concerne la majorité des personnes entretenues, des internes qui ont vu de façon occasionnelle des patients sous TSO, qui avaient lors de la première consultation une appréhension à les recevoir et qui n'ayant aucune expérience dans l'initiation ne se « sentait pas capable » de le faire seul.

4.2.2 Les principales difficultés rencontrées

- Les TSO : des traitements pas comme les autres, la peur de l'initiation

Si depuis l'autorisation de la mise sur le marché de la méthadone en 1995 les mentalités des médecins sur ces traitements ont changé (29), les TSO ayant fait preuve de leur efficacité avec un meilleur état de santé et une diminution des risques. Des **représentations contradictoires** peuvent encore être présentes, un travail publié en 2013 met en évidence cette ambivalence, certains médecins interrogés considérant la prise d'un traitement de substitution comme un « deal » légal (30). Un seul des 15 jeunes médecins interrogés semble encore dans cette représentation (« nous on a l'impression d'être un dealer »). Les internes qui ont des expériences plus riches en addictologie sont tous convaincus du bien-fondé et des résultats positifs de ces thérapeutiques.

L'**initiation** semble être la difficulté principale en termes de prescription, elle oblige à manipuler des médicaments que le médecin ne prescrit pas quotidiennement et nécessite surtout à revoir le patient très régulièrement au départ. Bien que les internes se souviennent des cours du deuxième cycle avec les noms des traitements et les modalités de prescription, les posologies n'ont jamais été abordées. Il est toujours possible de se renseigner sur les bases de données pharmaceutiques, malgré tout par probable manque d'expérience les jeunes médecins ne se sentent pas à l'aise et ne sont pas sûrs de savoir bien adapter les doses.

La primo-prescription en CSAPA (9) offre un cadre plus rassurant avec possibilité de rendez-vous rapprochés avec l'infirmière pour vérifier l'observance, faire une analyse d'urine si nécessaire et avoir un avis médical spécialisé pour équilibrer le traitement.

Le **manque de formation et d'expérience** est mentionné dans un travail de thèse (31) comme un frein à la prise en charge des patients héroïnomanes. Et du point de vue des patients, ils sont plus réticents à avoir un suivi en ville, ils considèrent que les compétences de leur médecin traitant sont limitées « en toxicomanie » (15).

Pour approfondir leurs connaissances et exprimer leurs difficultés, certains médecins se réunissent et forment des **groupes de pairs**. Ils exposent lors de ces réunions des situations problématiques afin d'en discuter avec leurs confrères et d'avoir l'expertise d'un spécialiste ou d'un médecin généraliste compétent en addictologie. C'est le cas des réunions de pairs tutorées en addictologie en Moselle (32).

- Les représentations du patient héroïnomane : un patient peu coopérant ou des troubles psychiatriques prépondérants

Les représentations du patient héroïnomane sont essentiellement **péjoratives** pour certains internes interrogés. Il a l'image d'une personne peu fiable qui ne vient pas toujours aux rendez-vous ou qui vient avec avance, qui ment par rapport à ses consommations. Le corps médical n'est pas le seul à stigmatiser cette population, les médias donnent la caricature de quelqu'un de marginalisé, sans domicile ni argent, délinquant avec une mauvaise hygiène (33). Une enquête de 2010 signalait que pour 24% de la population interrogée la dépendance aux opiacés n'était pas considérée comme une maladie (30).

Par ailleurs, des études américaines réalisées dans les années 1990 (34) mettent en évidence que certains **troubles psychiatriques** ont une prévalence plus élevée dans la population toxicomane. Le risque de trouble anxieux serait 3 fois supérieur, les troubles de la personnalité seraient présents chez 2/3 des sujets (surtout les personnalités antisociales, borderline et narcissiques).

Les difficultés sont d'ordre **relationnel**, entamer une discussion avec eux n'est pas toujours simple, ils semblent moins ouverts, « c'est pas forcément des patients qui parlent facilement de leurs addictions » et de fait le médecin a plus de mal « à les aborder » (« j'avais du mal à mon interrogatoire à savoir, à leur demander pourquoi ils en étaient là, comment ils avaient commencé leur consommation ») et peut même ne pas arriver à les examiner « parce que le patient il vient que pour cela, en fait il veut pas qu'on l'examine ».

Toutes ces craintes étant amplifiées lorsque le patient inconnu vient **en urgence pour un dépannage**, s'y ajoutent alors la peur du **conflit** et de la **violence** verbale ou physique (31).

Cependant une interne concède que son attitude pourrait changer si le patient était connu et qu'il lui avouait son addiction, ce qui est corroboré dans le travail de Lucie Boireau (35), la connaissance du malade apparaît comme un facteur favorisant la prise en charge en médecine générale. La multiplicité des consultations d'addictologie change également les mentalités des jeunes médecins.

- La méfiance du médecin entre surconsommation et trafic

Les internes font part de la difficulté à dissocier « le vrai et le faux » et redoutent d'être manipulés par les patients et se demandent « s'ils veulent augmenter [les doses] parce que vraiment ils en ont besoin ou est-ce qu'il va y avoir d'autres soucis derrière de **revente** » ou de « **mésusage** » et « en tant que médecin c'est hyper violent de se dire qu'on est derrière cela » (31,35). Les **prescriptions multiples**, les **chevauchements** (36) et rendez-vous anticipés alimentent aussi la méfiance ressentie. La confiance n'est pas totale et ces comportements peuvent freiner l'alliance thérapeutique.

- La prise en charge en addictologie : investissement important et volonté d'un suivi pluridisciplinaire

Les prises en charge sont complexes (37) car il ne faut pas négliger le côté psychologique et social inhérent au suivi. Les médecins peuvent se sentir **isolés** dans les situations d'échec thérapeutique ou de maladie psychiatrique sous-jacente.

Les jeunes médecins connaissent les différentes structures spécialisées mais évoquent le problème de longs délais avant un premier rendez-vous ou d'**absence de communication** entre médecine de ville et spécialiste.

4.2.3 Apports de la fiche d'aide à la prescription

L'utilisation de la fiche d'aide à la prescription permettait un échange interactif avec la personne interrogée. Les internes ont bénéficié d'une formation accélérée sur les TSO et reconnaissent que la fiche complète leur apprentissage en addictologie et qu'ils pourront s'en servir pour les prochains suivis.

Par rapport aux connaissances, les **posologies** et la pharmacocinétique n'étaient pas connues par la plupart des internes. Ils ont appris les **protocoles d'instauration** (38), la nécessité d'une **analyse d'urine** préalable, les équivalences entre méthadone et buprénorphine et le rôle d'une **ordonnance relais** pour le renouvellement de la méthadone par le médecin généraliste. Suboxone® était le traitement le moins connu puisque certains n'en avaient jamais entendu parler. Quant à la surveillance, le score de Handelsman détaillant les signes de manque n'avait jamais été utilisé et l'**ECG** n'était pas toujours évoqué dans le bilan à réaliser. Les patients héroïnomanes pouvant avoir des difficultés financières, l'**ALD** peut être demandée par rapport aux comorbidités psychiatriques, les jeunes médecins ayant

vu les deux cas de figure (ordonnance bizona et ordonnance simple) s'étaient posé la question de la prise en charge à 100%.

Finalement cet outil a permis aux personnes interrogées à la fois de se mettre à jour sur la prescription des TSO mais également de « **prendre du recul** » sur leur pratique.

4.2.4 Les propositions des jeunes médecins

- Améliorer la formation

Les internes souhaiteraient une formation plus détaillée en matière d'addictologie, la prise en charge des patients héroïnomanes étant considérée comme « particulière » (39). Toutefois ils conviennent que la médecine générale étant tellement vaste, cela peut être difficile à mettre en œuvre.

D'après eux, l'essentiel de cette formation se fonde sur la **pratique** avec des journées dédiées en consultations d'addictologie pendant le cursus par exemple une journée en CSAPA lors du SASPAS.

Des **jeux de rôle**, le recours à des **patients experts** (40) sont également des idées suggérées, elles permettraient aux internes de se confronter à ces situations et de comprendre ce qu'est la dépendance et ce qu'elle implique au quotidien pour les patients.

L'enseignement de l'**entretien motivationnel** serait également une piste à explorer afin d'avoir les outils pour encourager les patients et les soutenir dans leur démarche de changement (41–44).

- Un suivi couplé : la coordination avec les centres spécialisés

Si pour les jeunes médecins interrogés le renouvellement de TSO relève du rôle du médecin généraliste, ils réclament une **collaboration plus étroite** avec les médecins spécialistes : partage d'informations par courrier, avis en cas de difficultés. En effet si les patients stabilisés encore suivis en centre retournaient vers leur médecin généraliste, ils pourraient libérer une place pour un patient suivi en ville en échec de prise en charge.

- Améliorer l'image du patient héroïnomane

Les représentations négatives étant ancrées dans les esprits, des **campagnes de sensibilisation et de prévention**, des **associations** de patients ont leur rôle à jouer afin d'informer la population sur les phénomènes d'addiction (45) et de dépendance (46), les risques des consommations d'héroïne (47) mais aussi en modifiant les a priori sur ces patients. En Suisse la campagne « La plupart des toxicomanes s'en sortent » vise à « opposer des faits aux idées fausses et préjugés » (48).

- Encadrer les prescriptions

Devant la peur de la revente, du nomadisme, un jeune médecin évoquait la possibilité d'un **nombre de prescripteur limité** pour ces traitements, cette information pourrait être consignée sur le DMP du patient. En Irlande, les patients sous méthadone sont listés et rattachés à un médecin prescripteur et à une pharmacie de délivrance (49).

4.3 La problématique des antalgiques opiacés au long cours

Les jeunes médecins ont mentionné cette problématique lors de l'entretien, situation assez courante selon eux et qui peut entraîner une dépendance avec abus et mésusage (50).

Pour la prévenir, les internes **limitent** les durées de prescription, les utilisent en cas de **douleurs aiguës**, donnent pour consignes de **diminuer les prises** en cas de disparition de la douleur. Ils les informent (« je donne des explications, je dis toujours à base de quoi c'est, si c'est des dérivés de morphine »), évoquent les principaux **effets indésirables**. Par rapport aux risques de dépendance, certains avouent ne pas toujours le préciser alors que d'autres préviennent les patients « je leur dis : n'en prenez pas plus que quelques jours, parce que sinon il peut y avoir un petit phénomène de dépendance ».

Des guides présentant les recommandations de bonne pratique de ces médicaments et des échelles permettant de dépister les situations à risque sont disponibles et peuvent aider dans ces prescriptions (51–53).

5. Conclusion

Ce travail révèle que la perception du patient toxicomane évolue au fur et à mesure des consultations et que l'expérience est un atout majeur. Les jeunes médecins ayant bénéficié d'un stage en addictologie abordent ces patients avec moins d'appréhension. Il apparaît malgré tout que l'essentiel de ces patients est suivi par un petit nombre de médecins généralistes.

Les représentations négatives du patient prenant de l'héroïne existent à la fois chez les médecins et dans la société et sont confortées par la vision des patients de leur maladie associant échec, dévalorisation et absence de confiance en soi. La plupart des patients estiment que les TSO ne sont pas des traitements comme les autres. Ces considérations viennent entraver la relation de confiance médecin/malade.

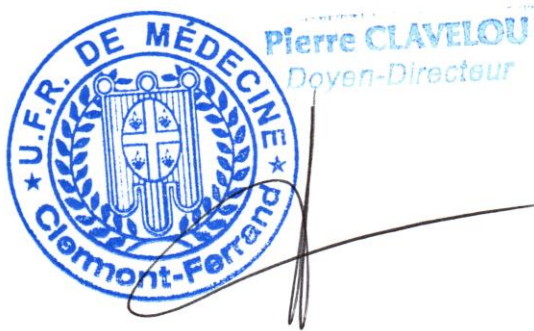
Le manque de formation notamment dans l'initiation des TSO, la méfiance avec la peur du mésusage, du trafic et de la revente, des comorbidités psychiatriques surajoutées, un suivi global chronophage et des difficultés relationnelles sont les principaux freins dans la prise en charge. L'interne ne réalisant qu'un suivi clairsemé avec des consultations uniques, l'alliance thérapeutique est limitée. Les rechutes, les contrevérités peuvent entraîner un sentiment de découragement et de frustration par échec des soins. Néanmoins les entretiens ont permis aux internes de prendre du recul sur leurs préjugés et de se former avec la fiche d'aide à la prescription.

Les problèmes d'addiction entrent dans le champ de la médecine générale en premier recours. Le renouvellement des TSO relève des compétences du médecin traitant qui est au

centre de cette problématique dans le dépistage des conduites addictives et dans l'orientation du patient si besoin vers une structure spécialisée.

Des mises en situation, le retour des patients experts, des consultations d'addictologie pendant le cursus pourraient compléter l'apprentissage des jeunes médecins.

Toutefois ces mesures doivent s'inclure dans une dynamique de changement à l'échelle sociétale avec des campagnes de prévention en addictologie, d'information sur les TSO afin de s'opposer aux représentations qui subsistent à ce propos.



A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a horizontal line.

Références bibliographiques :

1. Brisacier A-C. Tableau de bord annuel « Traitements de substitution aux opioïdes » 2019. mars 2019;19.
2. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Évolution du nombre de décès par surdose [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/evolution-du-nombre-de-deces-par-surdose/>
3. Brisacier A-C, Palle C, Mallaret M. Décès directement liés aux drogues. Évaluation de leur nombre en France et évolutions récentes. Tendances [Internet]. juill 2019 [cité 26 nov 2019];(133):8. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxabz7.pdf>
4. Centre Addictovigilance Auvergne. DSM-5 : critères d'addiction à une substance [Internet]. Addictauvergne. [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.addictauvergne.fr/echelle-addiction/dsm-5-addiction/>
5. Conseils nationaux de l'Ordre des Médecins et des Pharmaciens. Prescription et dispensation des médicaments de substitution aux opiacés. 2017.
6. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes. 2009 juin.
7. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit - METHADONE AP-HP 1,33 mg/ml, sirop - Base de données publique des médicaments [Internet]. 2018 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67255773&typedoc=R>

8. Authier N, Bonnet N, Pfau G, Robinet S, Sarram S, Fournier G. Prescription et dispensation de la méthadone (sirop et gélule) : Questions-Réponses. Le Flyer. déc 2011;(45):17-26.
9. Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie, Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie. Le Guide TSO « Pratiques professionnelles autour des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA » [Internet]. Fédération Addiction. 2012 [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/le-guide-tso-pratiques-professionnelles-autour-des-traitements-de-substitution-aux-opiacés-en-csapa/>
10. Feroni I, Paraponaris A, Aubisson S, Bouhnik A, Masut A, Ronfle E, et al. Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes [Internet]. Masson. Vol. 52. 2004 [cité 25 août 2019]. 511-522 p. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/107193/prescription-de-buprenorphine-haut-dosage-par-des->
11. Teoli R, Dagmar MH, Ingrand P, Binder P. Comparaison des représentations et comportements des médecins généralistes du canton de Genève et de Poitou-Charentes. [cité 6 nov 2018];28:187 à 195. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-2-page-187.htm>
12. Lenglet C. Prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés en soins primaires dans la région du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice : Médecine]. 2015.
13. Beck F, Guignard R, Gautier A, Palle C, Obradovic I. La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes. Rev Française Aff Soc [Internet]. 17 déc 2013 [cité 20 nov 2019];(3):24-41. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2013-3-page-24.htm>

14. Beyaert C. Evaluation de la position des médecins généralistes français par rapport aux traitements de substitution aux opiacés [Thèse d'exercice : Médecine]. 2017.
15. Rabbe E. La substitution aux opiacés en médecine de ville : le point de vue des patients. A partir d'une enquête épidémiologique transversale réalisée auprès de patients héroïnomanes suivis en centre spécialisé pour toxicomanes [Thèse d'exercice : Médecine]. 2014.
16. Moy J, Vanlerberghe Y. Prise en charge des patients sous traitements de substitution aux opiacés en médecine ambulatoire : enquête en Savoie sur le lien entre les médecins généralistes et les structures spécialisées en addictologie [Thèse d'exercice : Médecine]. 2012.
17. Le Maux. Prise en charge des patients sous traitements substitutifs aux opiacés : audit de pratique auprès de médecins généralistes lorrains [Thèse d'exercice : Médecine]. 2012.
18. Vasquez V, Gury C, Laqueille X. Méthadone : de la pharmacocinétique à la pharmacologie clinique. 19:478 à 486.
19. Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Presse Médicale [Internet]. oct 2004 [cité 25 janv 2019];33(18):41-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498204723817>
20. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence buprénorphine (chlorhydrate de) [Internet]. 2017 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-16213_SUBUTEX_PIS_RI_Avis2_CT16213.pdf

21. Barrette G, Charlebois L, Bibliothèque numérique canadienne (Firme). Stratégie nationale pour prévenir les surdoses d'opioïdes et y répondre. [Internet]. 2018 [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/10097488>
22. Costentin J, Goullé J-P, Dubois G. La buprénorphine à haut dosage : mésusage et détournements d'usage. :2.
23. La Rédaction La revue Prescrire. Grossesse chez les patientes dépendantes aux opiacés. Prescrire. déc 2005;(267):836-40.
24. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes Hôpital Armand-Trousseau Paris. Héroïne [Internet]. Centre de Référence sur Agents Tératogènes. [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: https://lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=21
25. Bounes V, Palmaro A, Lapeyre-Mestre M, Roussin A. Long-term consequences of acute pain for patients under methadone or buprenorphine maintenance treatment. Pain Physician. déc 2013;16(6):E739-747.
26. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Mise au point sur le bon usage des opioïdes forts dans le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses. Douleurs Eval - Diagn - Trait [Internet]. déc 2004 [cité 8 avr 2019];5(6):324-6. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1624568704946422>
27. DeFlavio J, Rolin SA, Nordstrom BR, Kazal LA. Analysis of barriers to adoption of buprenorphine maintenance therapy by family physicians. Rural Remote Health [Internet]. 2015 [cité 10 mars 2019]; Disponible sur: <https://rrh.org.au/>

28. Binder P, Labrunie A, Beneytout T, Valette T, Audier P, Parra E, et al. La prescription de buprénorphine par le généraliste est-elle influencée par le nombre de ses patients prenant ce traitement ? *Exercer*. juin 2015;26(122):244-51.
29. Poloméni P, Bronner C, Fry F, Ravoninjatovo B, Fatseas M. The management of opiate use disorders in France: results of an observational survey of general practitioners. *Addict Sci Clin Pract* [Internet]. 28 juin 2015 [cité 5 mars 2019];10(1):16. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s13722-015-0037-2>
30. Guillou Landreat M, Rozaire C, Victorri Vigneau C, Grall-Bronnec M. Représentation des traitements de substitution aux opiacés et de leur arrêt. *Regards croisés patients/médecins*. [cité 6 nov 2018];19:23 à 44. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2013-2-page-23.htm>
31. Azrak D. Freins à la prise en charge des consommateurs d'héroïne en demande de traitement substitutif :étude qualitative auprès de 14médecins généralistes de l'agglomération rouennaise]Thèse d'exercice :Médecine .[2017 .
32. Paris A. Mise en place de réunions de pairs tutorés en addictologie: à propos d'une expérience menée avec des médecins généralistes de Moselle. 2010.
33. Romain J-G. La drogue, le toxicomane et la société. *avr* 2003;284.
34. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 21 nov 1990;264(19):2511-8.

35. Boireau L. Les difficultés de la substitution aux opiacés en médecine générale : Etat des lieux dans le département de la Loire en 2009 et étude qualitative. Le Flyer [Internet]. mai 2011;(43):4-9. Disponible sur: http://www.rvh-synergie.org/images/stories/pdf/flyer_43.pdf
36. Kernisant M, Delorme J, Kabore J-L, Brousse G, Laporte C, Zenut M, et al. Diminution de la prévalence du docteur shopping de la buprénorphine entre 2004 et 2014 en France. Presse Médicale [Internet]. 1 déc 2016 [cité 10 nov 2019];45(12, Part 1):e369-75. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498216303177>
37. Scarborough J, Elliott J, Braunack-Mayer A. Opioid substitution therapy – a study of GP participation in prescribing. Aust Fam Physician. avr 2011;40(4):241-5.
38. La Rédaction La revue Prescrire. Buprénorphine en traitement de substitution. Prescrire. sept 2005;(264):603-11.
39. Guillet JY. Prise en charge des toxicomanes [Internet]. 2000 [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <http://jeanpaul.dessaux.free.fr/Addictions/PECtoxico/toxtopo.htm>
40. Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Association des Patients Experts en Addictologie (A.P.E.A) [Internet]. [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: [/contenu/association-des-patients-experts-en-addictologie-apea](http://contenu/association-des-patients-experts-en-addictologie-apea)
41. Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. L'entretien motivationnel [Internet]. AFDEM. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: <https://www.afdem.org/entretienmotivationnel/>
42. Fortini C, Daepfen J-B. L'entretien motivationnel : développements récents. Psychotherapies [Internet]. 17 oct 2011 [cité 26 août 2019];Vol. 31(3):159-65. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2011-3-page-159.htm>

43. Gache P, Fortini C, Meynard C, Reinard Meylan M, Sommer J. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. Rev Médicale Suisse [Internet]. 2006 [cité 26 août 2019];2. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-80/31657>
44. Haute Autorité de Santé. L'entretien motivationnel [Internet]. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
45. Nalpas B. Addictions [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2014 [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
46. Addict'Aide. Comprendre les mécanismes neurobiologiques [Internet]. 2016 [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/comprendre-les-mecanismes-neurobiologiques/>
47. Benso V, Bajon J-B, Gozlan R, Vella S. 16 réponses sur l'héroïne [Internet]. Institut National De Prévention et d'Education pour la Santé. 2018 [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1281.pdf>
48. Office Fédéral de la Santé Publique. La plupart des toxicomanes s'en sortent [Internet]. [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.prevention.ch/laplupartdestoxicomanes.html>
49. Delargy I, Crowley D, Van Hout MC. Twenty years of the methadone treatment protocol in Ireland: reflections on the role of general practice. Harm Reduct J [Internet]. 17 janv 2019 [cité 10 mars 2019];16(1):5. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0272-4>

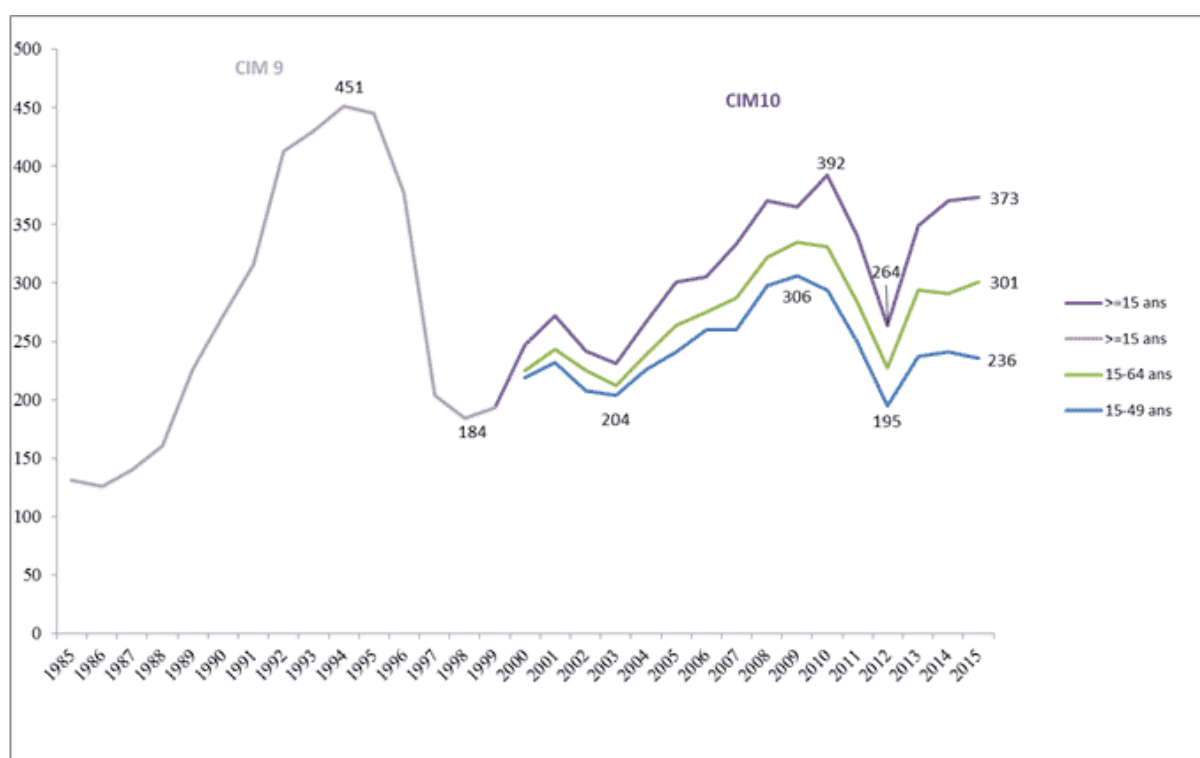
50. Bertin C, Chouki C, Authier N. Connaître les risques de mésusage pour une juste prescription des antalgiques opioïdes. *Alcoologie Addictologie* [Internet]. 30 sept 2019 [cité 10 nov 2019];41(3):227-31. Disponible sur: <http://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/858>
51. Observatoire Français des Médicaments Antalgiques. Médicaments antidouleurs opioïdes forts : données essentielles d'addictovigilance. [Internet]. OFMA. 2018 [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ofma.fr/medicaments-antidouleurs-opioides-forts-donnees-essentielles-daddictovigilance/>
52. Réseau de Prévention des Addictions. Médicaments antalgiques opioïdes [Internet]. [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/10/Livret-opioides-1.pdf>
53. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte [Internet]. 2016 [cité 8 avr 2019]. Report No.: 4. Disponible sur: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/cahierssfetd/cahier_sfetd_n_4_recos_opioi_des_forts.pdf
54. Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. juin 2009;48. Disponible sur: https://www.opq.org/doc/media/808_38_fr-ca_0_ld_buprenorphine.pdf
55. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Addictologie* [Internet]. Presses universitaires François-Rabelais. 2014 [cité 12 mars 2019]. (L'Officiel ECN). Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>

56. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence SUBOXONE [Internet]. 2015 [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13675_SUBOXONE_PIC_RI_Avis3_CT13675.pdf
57. Karila L, Zarmadini R, Cottencin O, Lejoyeux M. Traitements de substitution aux opiacés et réduction des risques. Rev Prat. mars 2014;(3):395-6.

Annexes

Annexe I : Evolution du nombre de décès par surdose depuis 1985

Surdoses mortelles par usage de stupéfiants et médicaments opiacés en France, 1985-2015



Source : CépiDc/Inserm. Sélection B de l'EMCDDA (CIM10 : F11-F12, F14-F16, F19, X42, X62 et Y12).

Annexe II : DSM V

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

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets.
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit.
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit.
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.

9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.

10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

a. Besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.

b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit.

11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a. Syndrome de sevrage du produit caractérisé.

b. Le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE

Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE

Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

Annexe III : Guide d'entretien

- Expériences en addictologie

- Raconte-moi la dernière consultation ou la consultation la plus marquante avec un patient sous TSO.

- Comment t'es-tu senti(e) pendant cette consultation ? Que s'est-il passé au niveau relationnel avec ce patient ?
 - Quelles difficultés as-tu rencontré ?

 - Quelles sont tes représentations d'un patient héroïnomanie ?

 - Parler d'addictions avec les patients

- Quels freins t'empêchent de parler d'addictions ?

- Quelle prévention réalises-tu en cas de prescription d'antalgiques de palier 2 ou 3 ?
 - Connaissances sur les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

- Quel est ton apprentissage ? (internat, externat)

- Quels traitements connais-tu ?

- Que sais-tu d'une initiation à la buprénorphine ?

- Que sais-tu d'un changement de dose ?

- Quel bilan réalises-tu en présence d'un patient sous TSO ?

- Quelles structures spécialisées connais-tu ?

Après lecture de la fiche d'aide à la prescription : quelles notions étaient inconnues, quelles notions sont intéressantes pour la pratique ?

- Conclusion à la fin de l'entretien : changement de comportement, solutions à proposer
- Caractéristiques de la personne interrogée = critères de diversité de l'échantillonnage

- Age

- Sexe

- Nombre de semestres ou date de début de remplacement (nombre de mois de remplacements)

- Expériences particulières en addictologie

Annexe IV : Tableau d'échantillonnage

| Entretien | Date | Durée | Sexe | Age | Semestre | Faculté d'origine | Expérience en addictologie (stage) |
|-----------|------------|--------|------|-----|----------|-------------------|------------------------------------|
| 1 | 29/04/2019 | 43 min | M | 25 | 1er | Marseille | Oui |
| 2 | 29/04/2019 | 15 min | F | 27 | 5ème | Clermont | Non |
| 3 | 20/05/2019 | 17 min | F | 27 | 2ème | Caen | Oui |
| 4 | 04/06/2019 | 18 min | F | 26 | 6ème | Clermont | Non |
| 5 | 07/06/2019 | 22 min | M | 27 | R | Clermont | Non |
| 6 | 21/06/2019 | 24 min | F | 27 | 6ème | Clermont | Non |
| 7 | 27/06/2019 | 46 min | M | 29 | R | Clermont | Oui |
| 8 | 05/07/2019 | 36 min | F | 27 | 5ème | Clermont | Oui |
| 9 | 11/07/2019 | 25 min | M | 28 | 6ème | Lyon | Non |
| 10 | 07/08/2019 | 25 min | F | 24 | 2ème | Caen | Non |
| 11 | 27/08/2019 | 27 min | F | 28 | R | Lyon | Non |
| 12 | 27/08/2019 | 31 min | F | 29 | R | Clermont | Non |
| 13 | 04/09/2019 | 28 min | M | 27 | 4ème | Lyon | Non |
| 14 | 06/09/2019 | 30 min | M | 30 | R | Clermont | Non |
| 15 | 06/09/2019 | 44 min | M | 28 | 6ème | Reims | Oui |

R : remplaçant (e)

Annexe V : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Je soussigné(e) _____ déclare accepter librement de participer à l'entretien dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale sur les représentations sur les traitements de substitution aux opiacés. Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle.

But de la recherche : Interroger des internes en médecine générale et des médecins non thésés sur les difficultés rencontrées avec les patients sous traitement de substitution aux opiacés.

Investigateur principal : Camille MARTINEZ

Sous la direction du Docteur Jean-Pierre GARMY

Le _____ à _____

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

Annexe VI : Fiche d'aide à la prescription

Fiche d'aide à la prescription d'un traitement de substitution aux opiacés

1/ Le traitement de substitution (5,18,54–56)

| | | | |
|---|--|---|---|
| | Chlorhydrate de méthadone | Buprénorphine haut dosage SUBUTEX® | Buprénorphine + Naloxone SUBOXONE® |
| Effet | Agoniste complet des récepteurs opiacés | Agoniste partiel (agoniste-antagoniste) des récepteurs opiacés (récepteurs μ) | Naloxone : antagoniste morphinique |
| Conditionnement | <u>Sirop</u> : flacons à 5, 10, 20, 40 et 60 mg (boîtes unitaires ; flacon avec bouchon de sécurité) <u>Gélules</u> : 1, 5, 10, 20, 40 mg par gélule (boîtes de 7 gélules sous plaquette sécurisée) | SUBUTEX® : comprimé sublingual de 0,4, 2 et 8 mg Buprénorphine haut dosage (générique) : comprimé sublingual de 0,4, 1, 2, 4, 6 et 8 mg Boîtes de 7 comprimés | SUBOXONE® : comprimé sublingual de 2 mg/0,5 mg et de 8 mg/2 mg |
| Pharmacocinétique | Biodisponibilité de 75% par voie orale Pic plasmatique atteint en 2,5 – 4 h Demi-vie : 24-36 h Elimination : selles (70%), urines (30%) | Biodisponibilité de 35-55% par voie sublinguale Pic plasmatique : obtenu en 90 min Demi-vie : 2-5 h Elimination : selles (80%), urines (20%) | Naloxone : antagoniste morphinique peu absorbé par voie sublinguale Demi-vie : rapide (1h) Par voie IV : antagonise les effets de la buprénorphine avec syndrome de sevrage dans les 30 min qui suivent l'injection |
| Instauration Entretien Réduction/ arrêt | Première dose de 20-30 mg selon niveau de dépendance ; au moins 10 h après la dernière prise d'opiacés | Dose initiale : 2 à 4 mg/j (souvent 8 mg) à prendre dès l'apparition des premiers signes de manque au moins 4 h | Instauration : pas de protocole unique ; 1 à 2 comprimés de 2 mg/0,5 mg à débiter 6 h après la dernière prise d'opiacés |

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|
| | <p>Adaptation : augmentation progressive pendant 1 à 2 semaines jusqu'à 40-60 mg Dose d'entretien : augmentation de 10 mg par semaine habituellement 60 - 100 mg Réduction progressive par paliers au moins hebdomadaire de 5-10 mg</p> | <p>après la dernière prise d'opiacés Adaptation progressive : augmentation par paliers de 1-2 mg/j Dose d'entretien : posologie moyenne d'entretien de 16 mg/j Posologie maximale ne dépassant pas 24 mg Réduction progressive des doses</p> | <p>+/- 1 à 2 comprimés supplémentaires selon les besoins Adaptation : par paliers de 2 à 8 mg de buprénorphine Dose maximale 24 mg de buprénorphine</p> |
| Modalités de prise | <p>Une seule prise par jour au même dosage à heure fixe</p> | <p>Une seule prise par jour Humidifier la bouche avec de l'eau avant la prise puis laisser fondre sous la langue jusqu'à dissolution complète Eviter de boire ou manger dans les 15 min suivant la prise</p> | <p>Une seule prise par jour</p> |
| Cadre réglementaire de prescription | <p>Prescription initiale réservée aux médecins exerçant en CSAPA, médecins hospitaliers Relais possible par médecin de ville (ordonnance relais) <u>Sirop</u> : durée maximale de prescription de 14 j fractionnée en périodes de 7 j sauf mention expresse du prescripteur (« en une seule fois ») <u>Gélule</u> : en relais de la forme sirop, chez des patients traités depuis au moins 1 an et stabilisés</p> | <p>Prescription possible par tout médecin Durée maximale de traitement de 28 j avec délivrance fractionnée en périodes de 7 j sauf mention contraire du prescripteur</p> | <p>Prescription possible par tout médecin Durée maximale de traitement de 28 j avec délivrance fractionnée en périodes de 7 j sauf mention contraire du prescripteur</p> |

| | | | |
|--------------|--|---|--|
| Surveillance | ECG : intervalle QT (risque d'allongement pour posologies élevées > 120 mg/j) | Score d'Handelsman (dépister les signes de manque) | |
| Risques | Overdose (absence d'effet plafond) Risque léthal : 1 mg/kg pour les enfants et personnes naïves ou peu dépendantes aux opiacés <u>Effets indésirables</u> : euphorie, vertiges, somnolence, nausées, vomissements, constipation, hypersudation, dysurie, œdèmes, prurit | Mésusage par injection intraveineuse ou par voie nasale avec risques infectieux | |

Relais entre méthadone et buprénorphine : réduire au préalable la dose de méthadone à 30 mg/j et attendre **au moins 24 h** après la dernière prise de méthadone pour débiter la buprénorphine

Equivalence : 30 mg de méthadone = 6 mg de buprénorphine / 1,5 mg de naloxone

2/ Objectifs du traitement de substitution (19,57)

A/ Diminution de la souffrance : recherche du bien-être

- **Comorbidités psychiatriques** : à rechercher
- Syndrome de manque
- Craving

B/ Diminution des risques

- Infection : VIH, hépatites (sérologies)

- **Coaddictions** : à rechercher, notamment consommation de cannabis (de quand date la dernière prise) pour ouvrir sur les autres produits

C/ Diminution des consommations

3/ Prérequis, modalités de prescription et démarches à envisager

- **Analyse d'urine** préalable avec recherche d'opiacés mais aussi de méthadone et buprénorphine urinaires puis régulièrement en début de traitement.
- Ordonnance sécurisée avec nom, posologie et durée écrits en toutes lettres (ce qui ne signifie pas manuscrit) et mention obligatoire du nom de la pharmacie.
- L'ordonnance sera exécutée dans sa totalité lorsqu'elle est présentée au pharmacien dans les 3 jours suivant sa rédaction en cas de prescription de méthadone et dans le délai de 3 mois suivant sa rédaction pour la buprénorphine. Au-delà, seule la quantité correspondant à la durée restant à courir sera délivrée.
- Dans l'urgence : pour la buprénorphine prescription en toute légalité, pour la méthadone en l'absence d'ordonnance relais hors du cadre légal et à l'appréciation du médecin. **Prescrire au jour le jour et réévaluer quotidiennement.**
- Possibilité de prescription anticipée : par exemple posologies croissantes sur le week-end.
- Demande d'**ALD** sur les autres comorbidités psychiatriques car pas d'ALD dédiée. Une fois l'ALD obtenue demander une attestation de prise en charge de la CPAM sans mention de l'ALD pour que le patient puisse présenter une attestation « neutre » à un éventuel employeur.
- Inciter le patient à créer son Dossier Médical Partagé (DMP) notamment en cas de nomadisme.

4/ Quand réduire ou arrêter le traitement ?

Pas de limite de durée de traitement.

Avant d'envisager une réduction des doses : toujours **réévaluer l'aspect médico-psycho-social** et proposer auparavant un sevrage tabagique et pour le cannabis. Se méfier de la facilité à basculer vers une exogénose préexistante ou non.

Le meilleur moment : **après équilibre médical et social** (au niveau familial et professionnel) **et à la demande du patient.**

5/ Vigilances particulières

- Interactions médicamenteuses
 - Buprénorphine : association aux IMAO majore les effets des opiacés.
 - Méthadone : Association contre-indiquée : morphiniques agonistes-antagonistes (buprénorphine), morphiniques antagonistes partiels (nalméfène : SELINCRO®) : risque d'apparition d'un syndrome de sevrage ; escitalopram, citalopram, hydroxyzine, dompéridone : risque majoré de torsades de pointe.
Associations déconseillées : médicaments susceptibles de donner des torsades de pointe (antiarythmiques de classe Ia, certains antiparasitaires, certains macrolides, certains neuroleptiques).

- Overdose : risque majoré en cas d'association avec l'**alcool** ou les **benzodiazépines**.
NALSCUE® : antidote en spray nasal à utiliser en urgence, 1 pulvérisation dans chaque narine soit 1,8 mg ; si pas d'amélioration : à renouveler au bout de 3-5 min.

3/ TSO et grossesse/ allaitement (23,24)

Ne pas arrêter le traitement.

La prise en charge de la dépendance majeure aux opiacés est primordiale en cours de grossesse avec collaboration pluridisciplinaire (gynécologue obstétricien et pédiatre).

Les données publiées chez les femmes exposées à la méthadone en cours de grossesse sont nombreuses et aucun élément inquiétant n'est retenu à ce jour.

Moins de recul avec la buprénorphine mais données rassurantes.

Le traitement de substitution est compatible avec l'allaitement si l'enfant est en bonne santé (dose ingérée par l'enfant faible).

Score d'Handelsman patient

0 absence, 1 léger, 2 modéré, 3 intense, 4 extrême

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| Je suis anxieux | | | | | |
| Je baille | | | | | |
| Je transpire | | | | | |
| Mes yeux larmoient | | | | | |
| J'ai le nez qui coule | | | | | |
| J'ai la chair de poule | | | | | |
| J'ai des tremblements | | | | | |
| J'ai des frissons chauds | | | | | |
| J'ai des frissons froids | | | | | |
| Mes os et mes muscles me font mal | | | | | |
| Je me sens nerveux | | | | | |
| J'ai des nausées | | | | | |
| Des vomissements | | | | | |
| Mes muscles tressautent | | | | | |
| J'ai des crampes à l'estomac | | | | | |
| Je suis à bout de nerf | | | | | |
| Score de 0 à 64 | | | | | |

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Difficultés des jeunes médecins en présence de patients sous traitement de substitution aux opiacés

Etude qualitative par entretiens semi-directifs en Auvergne

Résumé

Introduction : Les jeunes médecins ont l'occasion pendant leur formation ou leurs remplacements de se retrouver face à des patients sous TSO, alors même que leurs connaissances en addictologie sont limitées. Des études se sont déjà intéressées au vécu des médecins généralistes à ce sujet, mais les internes et remplaçants n'ont jamais été interrogés. L'objectif de la thèse est d'appréhender les difficultés rencontrées par cette population et d'apprécier leurs compétences à partir de la fiche d'aide à la prescription remise pendant l'entretien.

Méthode : 15 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'internes en médecine générale et remplaçants non thésés ayant déjà été confrontés à des patients prenant des TSO. Une analyse thématique a été menée à partir de l'ensemble des retranscriptions.

Résultats : Les renouvellements d'ordonnance constituent l'essentiel des expériences rapportées. Les difficultés énoncées sont liées aux connaissances des traitements, en particulier l'initiation qui effraie la plupart des internes. La fiche d'aide permettait aux jeunes médecins de se mettre à jour sur la prescription des TSO. Sur le plan relationnel, un sentiment de méfiance vis-à-vis du patient héroïnomanne prédomine avec la peur de la revente et du mésusage. Du fait de représentations négatives, l'alliance thérapeutique est perturbée créant un frein à la relation de confiance. Les prises en charge sont chronophages et l'échec des soins peut décourager les jeunes médecins. Toutefois, l'expérience en addictologie peut totalement modifier l'image de ces patients et la rendre plus positive.

Conclusion : Les préjugés sur les héroïnomanes sont ancrés dans la société. Les rencontres individuelles de ces jeunes médecins sont allées au-delà d'une simple formation et ont contredit ces préjugés. Les consultations d'addictologie, l'avis de patient expert et les groupes de pairs pourraient améliorer la perception de ces patients et la façon de les soigner.

Mots clés :

- Traitement de substitution aux opiacés
- Internes
- Remplaçants non thésés
- Difficultés
- Formation
- Expérience
- Représentations