



HAL
open science

La prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par les médecins généralistes de l'Hérault

Omar El Omar

► To cite this version:

Omar El Omar. La prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par les médecins généralistes de l'Hérault. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02963124

HAL Id: dumas-02963124

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02963124>

Submitted on 9 Oct 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.



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

**UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES**

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Omar EL OMAR

le 06 Novembre 2018

TITRE

**La prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par
les médecins généralistes de l'Hérault**

Directeur de thèse : Dr Hélène DONNADIEU - RIGOLE

JURY

Président :

Pr Philippe LAMBERT

Professeur des universités - Médecine générale

Assesseurs :

Pr Pascal PERNEY

Professeur des universités, Praticien Hospitalier

Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS

Maître de conférences des universités - Médecine générale

Dr Hélène DONNADIEU-RIGOLE Praticien Hospitalier

**UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES**

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Omar EL OMAR

le 06 Novembre 2018

TITRE

**La prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par
les médecins généralistes de l'Hérault**

Directeur de thèse : Dr Hélène DONNADIEU - RIGOLE

JURY

Président :

Pr Philippe LAMBERT

Professeur des universités - Médecine générale

Assesseurs :

Pr Pascal PERNEY

Professeur des universités, Praticien Hospitalier

Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS

Maître de conférences des universités - Médecine générale

Dr Hélène DONNADIEU-RIGOLE Praticien Hospitalier

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BALMES Jean-Louis
 BALMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
 DU CAILAR Jacques
 DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri
 MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROUANET DE VIGNE LAVIT
 Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Hélène
 SANY Jacques
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques
 MAURY Michèle

MILLAT Bertrand
 MARES Pierre
 MONNIER Louis
 PRAT Dominique
 PRATLONG Francine
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 ROSSI Michel
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
 BEREJI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
 BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
 BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
 DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie -
 FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfan -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
 MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DE VOS John-Cytologie et histologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HAYOT Maurice-Physiologie
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 MOREL Jacques -Rhumatologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PRUDHOMME Michel-Anatomie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 RIVIER François-Pédiatrie
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
 ROUBILLE François-Cardiologie
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
 SEGARBIEUX François-Neurochirurgie
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
 SULTAN Ariane-Nutrition
 THOUVENOT Éric-Neurologie
 THURET Rodolphe-Urologie
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
 VILLAIN Max-Ophtalmologie
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 VINCENT Thierry-Immunologie
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIÉ - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2ème classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au **Professeur Philippe LAMBERT**, merci de me faire l'honneur et le plaisir d'accepter de présider mon jury de thèse. Merci pour votre investissement et votre encadrement au sein du département de médecine générale de la faculté de médecine de Montpellier.

Au **Professeur Pascal PERNEY**, merci de m'honorer de votre présence au sein de mon jury de thèse.

Au **Docteur LOGNOS Béatrice**, merci également de me faire le plaisir de participer à mon jury de thèse.

À ma directrice de thèse, **Docteur Hélène DONNADIEU RIGOLE**. Merci infiniment d'avoir accepté de m'encadrer durant ce travail de thèse. Ton écoute, ta disponibilité et ta réactivité ont été une chance pour moi. J'ai pris grand plaisir à travailler à tes côtés. Merci également pour le médecin que tu es. La relation de confiance que tu as su instaurer avec tes patients restera un exemple que je m'efforcerai de suivre. Merci aussi pour ton humour décapant et ton auto-dérision qui assuraient à chaque visite dans le service un moment de rire et de bonne humeur.

À la faculté de Médecine de Montpellier et au Département de Médecine Générale :

Merci pour la formation et l'encadrement que vous offrez à chacun des étudiants. Merci de nous accompagner tout au long des études pour nous permettre d'atteindre le métier de nos rêves.

Aux médecins qui ont participé à l'étude :

Merci à chacun d'entre vous d'avoir pris le temps de répondre à ma demande et d'avoir permis de rendre ce travail possible.

Aux équipes soignantes :

Merci aux équipes médicales et paramédicales de chaque service dans lesquels j'ai pu être formé pendant l'externat. Merci à toutes les équipes rencontrées durant l'internat, la cardiologie perpignanaise, les urgences du CHU Lapeyronie, la pédiatrie du CHU Carémeau, le service de médecine addictologique du CHU Saint Eloi, L'équipe mobile de gériatrie du CHU Antonin Balmès. Merci au Docteur MATTERA Agnès et au Docteur MATTERA Marie-Thérèse de m'avoir guidé dans mes premiers pas en médecine générale.

Mention toute particulière pour **l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU Saint Eloi** : j'ai pris un immense plaisir à faire parti durant quelques mois de votre équipe. Votre humanité et votre douceur à tous resteront longtemps dans mon esprit. Je garderai en moi longtemps, je l'espère, les valeurs et les principes que vous m'avez transmis. Un merci infini.

À ma famille :

À mes parents, ma mère Naïma et mon père Majed. Merci du fond du coeur de tout ce que faites pour mes soeurs, mon frère et moi depuis notre naissance. C'est grâce à vous que je suis devenu l'homme que je suis à présent. Votre vie a été faite de sacrifices pour que nous ne manquions jamais de rien, et ça a été le cas. Je vous dédie ce travail, soyez fier de ce que vous avez accompli. La réussite de chacun de vos enfants est la votre, sans quoi rien n'aurait été possible. Je vous aime.

À ma soeur Noura, Merci pour tout les souvenirs ensemble. Merci de faire partie de ma vie. Tu as été comme une seconde maman pour nous pendant longtemps. Malgré les difficultés que l'on a pu rencontrées, j'ai pour toi une confiance et un amour éternel. Merci d'être là.

À ma soeur Nada, Déjà Merci de m'avoir accompagné dans toutes les bêtises qu'on a pu faire. Merci d'être la personne que tu es, ta joie, ta bonne humeur et ton positivisme sont une source de réconfort. Merci de m'accompagner peu importe la direction que prend ma vie.

À mon frère Anass , dit l'ananas, Merci de me soutenir dans cette étape cruciale de ma vie. Merci pour ta gentillesse. Ton humour, que je ne comprends pas toujours, est présent à toutes épreuves ! Malgré nos différences, je suis heureux et fier d'être ton frère et je te souhaite de trouver la voie dans laquelle tu t'épanouiras.

À mes tantes Aicha, Atika et Halima, Merci pour votre soutien à chacune, votre réconfort dans les moments de doute et vos sourires. Je vous aime du fond du coeur, vous m'avez donné votre amour, votre confiance et votre éducation depuis l'enfance. Je vous souhaite le meilleur pour chacune.

À mes oncles, Hervé, Stéphane et Mustafa. Merci pour votre humour, vos blagues plus improbables les unes que les autres et le soutien que vous m'avez apporté.

À mes cousins et cousines

À mes cousines Sarah et Nadia, Merci pour votre folie ! Plus que des cousines vous êtes comme des soeurs pour moi. Merci d'avoir perpétué la tradition du travail étudiant à MacDo-nald dans la famille, Nadia je te promets de venir te voir à Londres, Sarah je te promets d'accepter tes achats compulsifs un jour.

À mes cousins Arnold et Axel, Merci pour vos encouragements durant toute la durée des études. Merci également de me soutenir dans mes choix de vie.

À ma cousine Maenel, la championne d'escrime, Merci pour ta joie et ta bonne humeur, je compte sur toi pour les jeux olympiques !

À mon cousin Zacharie, Merci pour ta gentillesse, termine vite ces études de kinésithérapie que l'on monte un cabinet ensemble !

À mes cousins Shems et Lina, Merci pour votre joie de vivre, votre innocence. Vous êtes les plus jeunes de la cousinade, et grâce à vous je reste un peu dans le coup des dernières tendances chez les jeun's.

À ma famille syrienne et ma famille marocaine, Merci à chacun d'entre vous. Je nous pourrais pas tous vous citer tant vous êtes nombreux mais mes pensées vont vers vous. Malgré les durs évènements qui ont pu survenir dans vos vies, vous avez toujours été d'un soutien sans faille et m'avez témoigné beaucoup d'amour et d'optimisme.

À mes amis d'enfance :

À Solène la canadienne, Merci d'être dans ma vie depuis presque 20 ans ! Des amitiés comme ça il y en a peu. Tu fais partie de mon histoire.

À l'irlandaise Gaby, my friend. Merci d'être la personne que tu es, reviens nous vite en France que l'on continue notre amitié.

À la globe trotteuse Clémence, Merci pour ta gentillesse et ton soutien, Merci également de me remettre à ma place quand il le faut, j'en ai besoin. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites, à toi et à Vasco. Obrigado do fundo do coração

À Laura, à Vincent, Merci pour l'amitié que nous partageons, depuis des années, et Laura pour ces années de lycée incroyables que l'ont a partagés ensemble. Je vous souhaite tout le bonheur du monde à vous et à vos deux petites terreurs

À mes amis montpelliérains :

À Jessica, dite la justicière, la voie de la vérité. Merci d'être plus tranchante qu'une lame de rasoir. Merci de nous recadrer quand chacun d'entre nous se sent pousser des ailes. Merci d'être bonne cuisinière, là est ta principale qualité. Merci à ta voix, aussi douce et mélodieuse qu'une craie qui rippe sur un tableau noir. Merci de ta patience avec moi sur les pistes de ski, n'hésitant pas à me hurler dessus en espérant me faire progresser. Merci pour ta conduite digne d'une formule 1 sur les parkings des centres commerciaux californiens. Merci d'imiter si bien le cri de la mouette. Merci pour cette nuit blanche à Vegas. Merci à Adrien de supporter notre binôme diabolique, et merci à lui de te combler.

Et plus sincèrement Merci du fond du coeur d'être là, peu importe les épreuves. Merci.

À Yann, dit Yannou, dit Professeur Dorcel, dit Yannounette. Merci pour ces chromosomes en commun qui font de nous un espèce de monstre à deux têtes. Merci pour ses longues discussions autour de nos névroses respectives. Merci pour ces séances de sport à 6h du matin, luttant désespérément contre les ravages du temps. Merci de m'avoir fait découvrir le thermomix. Merci à toi surtout pour ton skyblog qui m'aura longtemps apporté beaucoup de joie. Sache que JAMAIS, je dis bien JAMAIS, je ne te jugerai. Merci pour ces nombreuses années déluées qui ne sont pas prêtes de s'arrêter.

À Marco, dit la soeur, Merci pour ce parcours ensemble depuis toutes ces années, des bancs de la fac jusqu'à la fin de l'internat en passant par le début notre vie de médecin. Merci également pour ses kilos de tarte au thon que tu m'auras fait déguster, sûrement pour me faire at-

teindre le quintal que tu espères tellement. Malheureusement pour toi, j'ai déjoué ton mauvais sort. Mais sache qu'un jour je craquerai, et tu auras ce dont tu rêves. Merci pour ces moments privilégiés passés ensemble, Bruxelles, Amsterdam, la Californie. Une amitié qui compte.

À Manon, dite l'apprentie sorcière, Merci de prendre soin du livre des ombres, toujours en sécurité chez toi. Merci pour ton soutien à toutes épreuves quand je traverse des moments durs. Merci surtout de calmer les ardeurs de Marco quand il essaye de me maltraiter. Merci de partager cette amour pour Maître Gims et Section d'assaut !

À Florent, dit la sorcière, dit Pipper. Merci pour ces années d'amitié, de rires, de moment de partage et de coiffures improbables. Je n'oublierais jamais ton regard terrifié quand tu as débarqué chez moi avec cette coiffure digne d'une Barbie. Merci de m'avoir réveillé en pleine nuit dans un mélodrame façon Feu de l'amour après une mauvaise chute en soirée interne. Merci d'avoir tenter de me faire dévorer par une mante religieuse américaine. Merci pour toutes ces chorégraphies déchainées sur les musiques des années 1990-2000. Merci pour cette photo de toi en mini short rose, que je garderai précieusement longtemps. Ton soutien sans faille est une chance pour moi, merci pour tout.

À Betty et À Marnix, merci pour votre gentillesse et merci de m'avoir si souvent accueilli chez vous. Merci de m'avoir récupéré tel un petit oisillon fragile pendant mes premiers remplacements nîmois. Merci pour nos discussions Betty , et merci pour ton humour sans limite Marnix. Merci à Bounty que j'aime.

À Laure, dite l'ardéchoise, Merci pour ta joie de vivre et ta positive attitude. Merci pour tes danses très coupé-découpé, et ton booty-shake dont seule toi à le secret. Merci d'avoir conçu cette merveilleuse Clémence, sans défense devant la fin de ... Merci d'être la femme que tu es. Merci également à ton homme Julien pour m'aider dans le domaine de l'écologie, le respect des mesures d'hygiène élémentaires et l'utilisation de la lampe torche.

À Barbara, dite Bar, Merci d'avoir partagé toutes ces années de ma vie. Merci d'être la femme forte, courageuse et volontaire que tu es. Je te souhaite beaucoup de bonheur à toi, ou plutôt à vous quatre ;)

À Nicolas, Merci pour ton amitié et ta bienveillance depuis ces quelques années. Merci de partager ensemble nos moments de panique, de folie, de rires et de joie. Merci de m'avoir donné envie d'avoir un chien. Je compte sur toi pour me trouver la maison de mes rêves bientôt. Merci à Loulou d'être si belle.

Merci à Joris pour sa gentillesse et tout ses bons petits plats, qui ne respectent pas du tout mon régime mais devant lesquels je ne peux que céder.

À France, dite Frince, Merci pour tous ces gros moments de folie partagés ensemble. De la salle du donjon pendant la D4 à l'enfermement dans notre prison catalane de la Citéa tu as toujours été là. Merci de partager avec moi (et Yann, et Diane ...) cette vision hystérique de la vie qui nous permet de se sentir moins seul à chaque fois. Mais surtout merci d'être cette

femme brillante, remplie d'humour et d'autodérision, qui régnera bientôt sur le royaume de Valras !

À Audrey, dite Dédé. Merci pour ces années de partage et de rires. Merci pour ces moments de notre vie d'aide soignant partagés autour de « protection » et de repas mixé. Tu es une personne en or, et tu es déjà et seras un exemple pour ta fille. Je te souhaite d'être aussi heureuse que tu le mérites.

À Agnès, Merci pour tous les moments que nous avons vécus ensemble. Tu es la première personne que j'ai rencontrée quand j'ai débarqué sur Montpellier de mon Vaucluse natal et le courant est passé tout de suite. Beaucoup trop de moments à détailler, je n'aurais pas la place de les écrire. Je te souhaite du fond du coeur le meilleur pour la suite.

À Florian, dit Franck de Panam. Merci de me nourrir de Napolitains en me les jetant dessus à la manière d'une sardine à une otarie. Merci de m'écouter me lamenter sans cesse. Merci pour ton hypocondrie sans limite qui depuis des années me permet de m'exercer régulièrement au renforcement positif et la thérapie cognitivo-comportementale. Tu auras donc expérimenté le fait qu'il me reste beaucoup de travail.

À Ismaa, À Zeina, merci les filles d'avoir fait parti de ce long chemin, vous avez ensoleillé mon externat et ça a été un plaisir que de partager ces moments de bonne humeur et de rires ensemble.

À Marlène, merci de ne pas oublier de venir s'il te plait, c'est le mardi 6 novembre hein, ni la veille ni le lendemain. Je ne te remercie pas d'être rentré dans le jeu de la méchante Labour, d'avoir accepté d'être un coquillage. Merci pour cette queueleuleu du jour de l'an ou j'ai pu voir la soeur Flo se décomposer. Merci pour tes innombrables plans galères. Merci pour la chaine de vélo, merci pour le cadenas coincé, merci pour les sources chaudes, etc etc. Merci d'être notre paratonnerre à poissee.

À Diane, dite Diana. Je tenais tout particulièrement à ce que tu clôtures cette partie montpelliéraine. Merci à toi d'être la princesse que tu es. Du haut de tes terres niçoises, tu restes une des nôtres. Bientôt tu rentreras à la maison. Merci pour les « Fiane » que tu manies comme personne.

Aux perpignanais :

À Agathe, Merci pour cette formidable rencontre. Merci d'avoir égayé ma vie pendant ces deux ans et demi de colocation au sein de la « coloc de l'amour ». Merci pour ces litres de coca et ses kilos de sandwichs poulet partagés en se racontant nos vies. Merci pour ces danses endiablées sur les plus honteuses des chansons. Merci pour toutes ces fois où nous avons chanté du Hélène Segara ! Merci du fond du coeur pour ton soutien dans les moments durs, ta joie, ta folie et merci d'avoir supporté mon horreur de chat.

Merci à Fanch également de te rendre heureuse, et d'avoir adopté le chat comme son propre enfant. Votre aventure continue en Bretagne et tout autour du monde. Profitez en à fond !

À Sarah, à ma voisine du bassin ! Merci pour tous ces moments de fous rires. Merci d'être toujours motivé pour sortir, et merci tout particulièrement d'être une des rares à réussir à me faire sortir de ma tanière. Merci pour cette amitié ,des soirées à la coloc 5 perpignanaise aux terrasses du bassin Jacques coeur.

À la plus marseillaise des perpignanaises, Laurie. Merci pour ton rire communicatif qui donne instantanément envie de te rendre la même chose. Ta bonne humeur et ton accent chantant manque à Montpellier.

À Edwige, ma petite Ed. Merci pour tous ces moments partagés ensemble, à rire jusqu'à ne plus en pouvoir. Une partenaire de plaintes hors pairs. Toujours prête à me soutenir dans mes innombrables lamentations. Une vraie amie. Je me souviens de nos discussions sur la petite Venise du Sud, cet endroit qui nous fait tant rêver. L'attaque matinale des méduses du grand travers. Je te souhaite tout le bonheur possible pour ton aventure niçoise où le meilleur reste à venir.

À Mika. Merci pour ton humour à toutes épreuves, tes jeux de mots sans limite. De patron de la fibro, tu es devenu patron de l'angio ! Je te souhaite le meilleur pour la suite de ce parcours brillant.

À Emmanuelle, dite Manu. Merci pour ta douceur et ta gentillesse. Ta venue autour du bassin nous donne à chaque soirée plus de force pour forcer les autres à se déplacer vers nous. Je vous souhaite à Hugo et à toi plein de bonheur pour votre futur, plein de voyages, plein d'aventures. Je compte sur toi pour me donner tes bons plans sur le Vietnam !

À Florian. Merci à l'internat de m'avoir permis de croiser ta route. Un Breton devenu sudiste, incroyable mais vrai. Merci pour ton aide précieuse dans chaque démarche administrative insurmontable, tu sais soigner les phobies administratives comme personne ! Merci d'être une source d'inspiration vestimentaire régulièrement. Merci pour ta bienveillance et la bonne humeur que tu communique.

À Sofia, que j'écris maintenant correctement grâce à toi. Merci d'avoir démasqué en moi la chipie que tu aimes gronder. Merci pour les bons moments partagés à tes côtés. Bientôt nous serons tous réunis pour fêter un des jours les plus importants de ta vie et je suis sûr que tu seras alors la plus belle des mariées.

À Floriane, dite La Patronne. Ce stage en médecine E m'aura permis de découvrir une vraie amie, et une personne en or. Quel bonheur d'avoir pu croiser ton chemin, toi qui est capable d'utiliser des voix tellement bizarres pour parler, toi qui sait te faire respecter, toi qui n'a pas peur de personne. Merci d'être la depuis, nos discussions, le partage de nos doutes respectifs et de nos joies me font beaucoup de bien. Merci cousine hein, allez tchuss.

À Martin, Merci mon poulet d'avoir ramené de la bonne humeur, de la rigolade et du sourire pendant ces études parfois difficiles. Merci de ne pas me juger pour mon projet de greffe capillaire, toi seul me comprend. Je te donnerais les bonnes adresses.

À Guillaume et À Camille, Merci pour votre humour et votre gentillesse. Je vous souhaite ensemble plein de bonheur pour votre avenir à deux.

À Coralie, dite Coco. Merci de rire CONSTAMMENT ! Merci d'être une pile électrique pleine d'énergie, c'est un plaisir que d'être à tes cotés. Merci d'avoir partagé ensemble six mois à la Colombière et d'avoir pris soin d'Amour !!!

À Perrine, Hi Perrine ! Quelle classe, quel raffinement. Quelle méchante petite peste qui m'a poussé contre un arbre si violemment lors d'une de nos premières soirées perpignanaïses, hurlant d'un rire diabolique de m'avoir fait si mal. Mon épaule s'en souvient encore. Malgré cet épisode d'une violence inouïe, merci d'être aussi râleuse que moi, merci pour ton humour piquant, et merci pour ce moment partagé au César Palace autour des machines à sous floquées Britney Spears !

À tous les co-internes que j'ai pu croisé sur ma route :

Merci à tous sans vous l'internat n'aurait pas eu la même saveur

À Thomas, à Benoit, à Soumia, à Emeline, à Louise-Anne, à Coline, à Fanny, à Romain, à Pauline ...

À mon chat :

Merci à Amour, mon chat adorable, d'égayer mon quotidien. M'occuper de toi me donne tous les jours envie de m'occuper plus des autres. Tu sais comment me faire obéir, de la litière, aux croquettes en passant par les hurlements pour que j'ouvre la porte. Merci pour le canapé que tu as détruit de tes petites pattes. Merci d'être là et de m'accompagner tout simplement.

À Damien :

Par pudeur je ne m'étalerai pas.

Je te dirai tout simplement merci.

Merci pour tout.

SOMMAIRE

<u>LISTE DES ABRÉVIATIONS</u>	18
<u>INTRODUCTION</u>	20
1) L'Héroïne	20
a) Historique	20
b) Pharmacologie	21
c) Les effets de la prise d'héroïne	22
d) Le trafic d'héroïne.....	22
2) Épidémiologie : l'Héroïne en France	23
3) L'addiction à l'héroïne et aux opiacés : Quelles conséquences ?	25
a) L'addiction	25
b) Morbidités de la consommation d'héroïne	26
c) Surmortalité	27
d) Le coût social	27
4) L'avènement des Traitements de substitution aux opiacés	28
a) La Réduction Des Risques	28
b) Les traitements des substitutions aux opiacés	29
5) Les patients dépendants aux opiacés : des patients comme les autres ?	32
6) L'objectif de l'étude	33
<u>MÉTHODE</u>	34
1) Type d'étude	34
2) Critères d'inclusion	34
3) Critères d'exclusion	34
4) Constitution de l'échantillon	35
5) Méthode de recueil des données	36
6) Analyse statistique des données	37
<u>RÉSULTATS</u>	39
1) Population d'étude	39
a) Sexe	40
b) Âge	40
c) Lieu et mode d'exercice	41
d) Formation en addictologie	41

e) Nombre de patients dépendants aux opiacés pris en charge et type de prise en charge	42
2) Prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par les médecins généralistes de l'Hérault	43
a) Dépistage des comorbidités de la dépendance aux opiacés	43
b) Dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaires	44
c) Prise en charge de la femme dépendante aux opiacés	45
d) Ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés	47
3) Analyses en sous-groupes	48
a) Stratification selon le nombre de patients dépendants aux opiacés vus par mois ...	48
b) Stratification selon le ressenti des médecins dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés	52
4) Analyse thématique des questions ouvertes	56
a) Adjectifs qualifiants la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés	57
b) Moyens à mettre en place pour faciliter la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés	58
 <u>DISCUSSION</u>	60
1) Représentativité de l'échantillon	60
2) Le ressenti et l'expérience des médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépendants	60
a) L'expérience du médecin	61
b) Le ressenti du médecin	61
c) Difficultés rencontrées par les médecins généralistes	62
d) Promouvoir l'accès aux soins de premier recours aux patients dépendants aux opiacés	62
3) Perspectives	64
a) Favoriser le lien entre médecine de ville et structures spécialisées en addictologie	64
b) Développer la formation en addictologie	65
c) Primo-prescription de méthadone par les médecins généralistes	66
4) Forces de l'étude	68
a) Choix du type d'étude	68
b) Taille de l'échantillon	68
5) Limites de l'étude	68
a) Biais de sélection	68
b) Biais de mesure	69

CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES	76

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

ALD Affection longue durée

ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de santé

BHD Buprénorphine Haut Dosage

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

CMU-C Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

CSST Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

DESC Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DRAMES Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments ET de Substances

DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders

FCU Frottis Cervico-Utérin

GABA Acide gamma-aminobutyrique

INPES Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

MSP Médicaments de Substitution aux Opiacés

MSP Maison de Santé Pluridisciplinaire

MTD Méthadone

NSN Nombre de Sujets Nécessaires

OEDT Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

OFDT Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OPEMA Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire

PDO Patients Dépendants aux Opiacés

RDR Réduction Des Risques

RSA Revenu de Solidarité Active

TSO Traitement de Substitution aux Opiacés

VHC Virus de l'Hépatite C

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

1) L'Héroïne :

a) Historique :

L'héroïne est un dérivé de l'opium, extrait du pavot indien. L'opium était utilisé dans le traitement de la douleur depuis l'Antiquité (1). C'est au 19^{ème} siècle que l'on a pu identifier l'alcaloïde responsable de l'effet analgésique : la morphine, qui sera de plus en plus utilisée avec l'invention de la seringue permettant une utilisation parentérale du produit. En parallèle, les notions de tolérance et de dépendance aux morphiniques émergent, poussant alors les scientifiques à proposer une alternative thérapeutique à la morphine. C'est alors qu'apparaît l'Héroïne ou diacétylmorphine, ester de la morphine, qui était alors présentée comme étant facile à administrer, sans provoquer de tolérance ni de dépendance. L'utilisation de l'héroïne va alors connaître un essor considérable, utilisée notamment dans le traitement d'un des plus grands maux de l'époque : les maladies pulmonaires. Son effet antitussif apparaît comme une solution prometteuse à la prise en charge de ces pathologies. Fière de ce progrès, l'industrie pharmaceutique de l'époque met également l'héroïne au centre de la prise en charge de la dépendance au morphinique, « la morphinomanie » (1). Cette substance paraît pour l'époque révolutionnaire dans la prise en charge de pathologies multiples, du tuberculeux au mélancolique (2). Néanmoins, de nombreux cas de dépendance à l'héroïne vont être rapportés durant la première moitié du 20^{ème} siècle, mais il faudra attendre 1961 pour que l'Héroïne soit placée sur la liste I des produits stupéfiants, et 1962 en France pour qu'elle soit interdite d'utilisation thérapeutique.

b) Pharmacologie :

L'héroïne, estérification de la morphine l'alcaloïde naturel de l'opium, augmente la liposolubilité de la molécule, permettant une action plus rapide au niveau cérébral et donc d'obtenir un effet « flash » recherché par les toxicomanes. Selon le degré d'acétylation de la morphine, l'héroïne se retrouve soit sous forme « brune » pour les produits les moins acétylés , fumée car peu soluble, soit sous forme de sels « héroïne blanche » , très soluble et donc injectable (« shoot ») ou sniffée (1).

Tous les produits opiacés dont l'héroïne agissent au niveau cellulaire en se fixant sur des récepteurs présents à la surface des neurones et d'autres cellules dont les globules blancs : le système opioïde endogène (1).

Trois différents types de récepteurs opoïdes ont été identifiés au niveau du système nerveux central (tronc cérébral, striatum, corne postérieure de la moelle épinière ...) et de plexi neuraux au niveau gastro-intestinal (3) :

- les récepteurs μ ,majoritaires avec une affinité particulière pour la morphine et ses dérivés
- Les récepteurs δ
- Les récepteurs κ .

L'activation de ces récepteurs induit plusieurs réponses (1)(3):

- au niveau du système nerveux central : analgésie par inhibition du relargage de neurotransmetteurs des voies nociceptives, effet euphorisant, effet sur le cervelet avec possibilité d'ataxie, troubles cognitifs notamment sur les capacités de réflexion et de mémorisation, hypothermie par dépression des centres de régulation thermique

- au niveau périphérique : effet dépresseur respiratoire, effet cardiovasculaire avec chute tensionnelle et bradycardie, myosis bilatéral, augmentation du tonus musculaire avec état spastique entraînant une diminution de la diurèse et du transit.

En parallèle de ces effets, l'activation des récepteurs μ inhibe l'activité des neurones GABAergiques, ce qui contribue aux sentiments de bien être, de détente et d'anxiolyse (3). Ces derniers neurones limitent l'activité dopaminergique de certaines cellules neuronales, l'inhibition du système GABAergique induit donc l'augmentation de la quantité de Dopamine au niveau cérébral, qui va alors activer le circuit de la récompense et favoriser le phénomène de dépendance (1)(4).

La stimulation régulière des récepteurs opiacés par un agoniste comme l'héroïne ou la morphine provoque la diminution de leur nombre pour empêcher une stimulation excessive, ce qui explique la nécessité d'augmenter les doses pour maintenir un effet suffisant : la tolérance (1).

c) Les effets de la prise d'héroïne :

La prise d'héroïne, qu'elle soit prise en injection, en snif, inhalée ou fumée induit une réponse rapide (environ 20 secondes pour une injection, aux alentours de 5 minutes pour un snif). La durée de l'effet persiste entre 4 et 6 heures et se déroule en 3 étapes :

- le flash : l'apparition soudaine et rapide des effets physiques et psychiques
- le plateau : sentiment de détente et de bien être extrême, sensation de chaleur
- la descente : diminution progressive des effets ressentis avec apparition d'une somnolence, d'une asthénie et d'un sentiment de tristesse. Dans les cas d'une dépendance physique, un syndrome de sevrage peut apparaître.

d) Le trafic d'héroïne :

La majeure partie de l'héroïne vendue en Europe provient d'Afghanistan et du Pakistan, les deux premiers pays producteurs de pavots. Elle transite en France en passant par

les Pays-Bas pour l'immense majorité et dans une moindre proportion par la Belgique.

(5) (Figure 1)

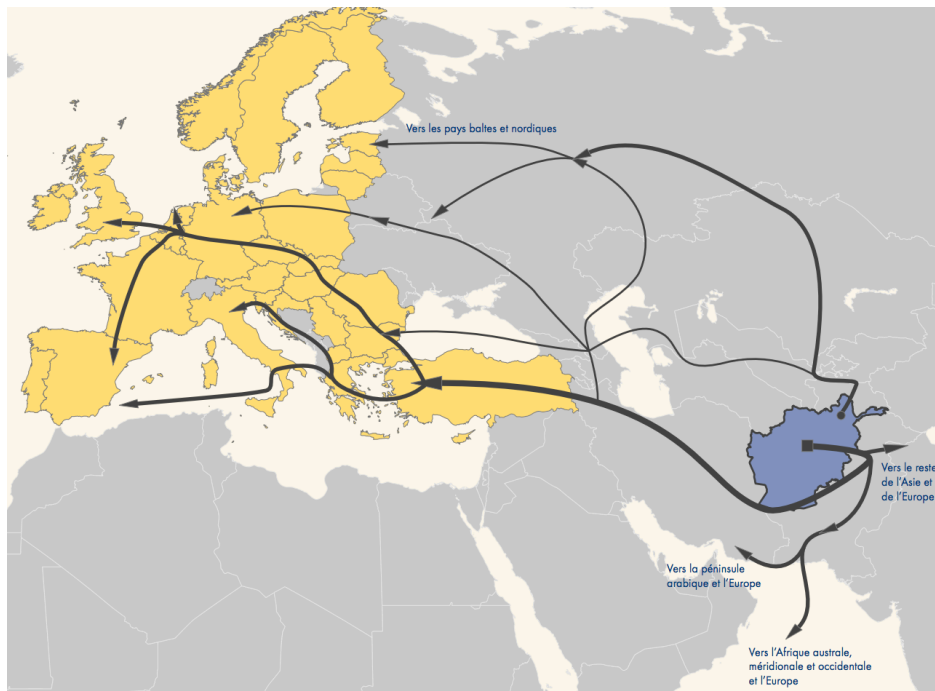


Figure 1 : Principaux flux du trafic de l'héroïne de l'Afghanistan vers l'Europe

De sa production en Asie jusqu'à son arrivée en France, l'héroïne perd en pureté. Au niveau national le même phénomène s'observe avec des taux de pureté qui diminuent plus on s'éloigne de la frontière belge.

Entre 2000 et 2010, on assiste à une période de relative pénurie de l'héroïne en France avec une pureté d'environ 7% et un prix à 59 euros le gramme. Cependant depuis le début des années 2010, le marché reprend avec une augmentation de la pureté à environ 13% en 2014 et en prix en baisse à 40 euros le gramme (6)

2) Épidémiologie : l'Héroïne en France :

La consommation de drogues illicites représente en France un problème de santé publique majeur. Années après années, les politiques successives ont édité plusieurs me-

sures permettant d'orienter l'action menée en direction des consommateurs de drogues, des trafiquants, ainsi que des acteurs judiciaires, médicaux et sociaux.

En 2013, naissait le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (7) ,qui plaçait les addictions comme étant une des priorités nationales, définissant alors trois priorités :

- Développer la recherche sur la compréhension des conduites addictives, les traitements médicamenteux et la recherche sociologique
- Favoriser la prévention et l'identification des populations les plus exposées (jeunes, femmes, personnes précaires ...) en améliorant l'accès aux dispositifs de soins, notamment au sein des territoires les plus reculés
- Permettre la tranquillité sociale en renforçant les actions sécuritaires et judiciaires via la lutte contre les trafics liées aux drogues illicites et promouvoir l'acceptabilité sociale des usagers de drogues et des dispositifs de soins et de réduction des risques (RDR)

Parmi les usagers de drogues, on identifie plus particulièrement les « usagers problématiques de drogues » définis par L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) comme usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âge de 15-64 ans. Leur nombre était estimé entre 275 000 et 360 000 en France en 2011 soit une prévalence variant entre 7 et 9 ‰, d'après les données de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) (8).

Une des drogues les plus problématiques en terme de santé publique reste l'Héroïne.

En 2014, on estime qu'en France parmi les 18-64 ans , 600 000 personnes ont déjà expérimenté au moins une fois la consommation d'héroïne au cours de la vie soit 1,5% de la population concernée (2,5 % parmi les hommes et 0,6 % parmi les femmes) (9)(10)

(11). Le pourcentage de sujets ayant consommé de l'héroïne au cours de l'année reste cependant rare , aux alentours de 0,2% (9)(10)(11)

Concernant les jeunes de 17 ans, en 2017 0,7 % d'entre eux déclarent avoir déjà expérimenté l'héroïne au moins une fois, avec un ratio de 1 entre garçons et filles (12).

Cependant la tendance actuelle montre une évolution de la consommation, s'éloignant de l'image du toxicomane marginal s'injectant le produit, pour se retrouver dans les milieux festifs électro alternatifs (rave, festival, teknival ...) sous forme inhalé après combustion (chasse au dragon) ou snifé (13). Cette évolution majeure laissent craindre une diffusion à plus grande échelle du produit.

3) L'addiction à l'héroïne et aux opiacés : Quelles conséquences ?

a) L'addiction :

L'Héroïne possède un effet addictif puissant par rapport aux autres produits. Le passage de l'essai de l'héroïne à l'addiction est un risque majeur. En 2007, une étude Britannique a placé l'héroïne à la première place des substances les plus addictives, devant le tabac, l'alcool et le cannabis (14).

En 2012, la cinquième édition du DSM (Diagnostic and Statistical manuel of Mental disorders) définit onze critères permettant de percevoir un Trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives regroupant les notions d'abus et de dépendance (15)(**An-nexe 1**). La présence d'au moins deux de ces critères depuis au moins 12 mois pose le diagnostic de l'addiction et le nombre de critères définit la sévérité du trouble.

b) Morbidités de la consommation d'héroïne :

Outre son pouvoir addictif, l'héroïne induit de nombreuses complications somatiques, psychiatriques et sociales. Elles sont dues à la technique d'utilisation du produit, au produit lui-même et à la place de l'utilisateur de drogues dans la société.

- **Complications somatiques** : risque infectieux élevé notamment par échange de matériel (seringues, pailles ...) avec un risque de VIH 18 fois supérieur à celui de la population générale française et une prévalence en constante diminution à 8,5% en 2008 (16), un risque de VHC avec une prévalence de 59,4% chez les usagers de drogues en 2004 (17) , également risque d'abcès, d'endocardites, de tuberculose, d'infections virales, de phlébites, à noter un risque de complications obstétricales important chez les femmes (retard de croissance in utero, mort foetal, prématurité, syndrome de sevrage néonatal ...)
- **Complications psychiatriques** : très fréquentes, elles peuvent être la cause ou la conséquence de l'addiction à l'héroïne. On estime qu'environ 50% des patients sous TSO (traitements de substitution aux opiacés) présentent un trouble dépressif ou un trouble anxieux et un tiers d'entre eux présentent un trouble de la personnalité sous-jacent. De plus, les co-addictions à d'autres produits sont souvent la règle : 90% des patients sous TSO présentent une addiction au tabac, 30% à l'alcool, 25% aux benzodiazépines, ou encore à la cocaïne (18). La prise en compte de ce profil de poly-consommateur est alors primordial dans la prise en charge de ces patients.
- **Complications sociales** : isolement social, rupture familiale, marginalisation, perte d'emploi, déboires judiciaires, chez certaines femmes, le recours à la prostitution pour se procurer la substance.

c) Surmortalité :

Entre 2010 et 2015, une étude de cohorte menée par l'OFDT auprès des usagers des CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et des CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) a permis de mettre en évidence un risque de décès toutes causes confondues 7 fois plus important chez les patients de la cohorte que dans la population française globale.

Ces patients étaient, pour 89% d'entre eux sous TSO, et 50% d'entre eux consommaient de l'héroïne. Cependant, ce risque varie selon le genre avec un risque de 5 chez les hommes et de 20 chez les femmes interrogées (19).

On estime que l'héroïne, hors TSO, est responsable à elle seule de 25% des décès secondaire à l'abus de substances illicites en 2015 (20). Ce chiffre est en constante augmentation depuis 2010, parallèlement à la reprise du marché de l'héroïne en France. La nature du décès reste incertaine dans 40% des cas, ne permettant pas de comptabiliser précisément le nombre de morts par surdose.

d) Le coût social

Les répercussions de la consommation de drogues illicites comme l'héroïne se font sentir sur l'ensemble du pays. Le coût social des drogues illicites représente 9 milliards d'euros en France en 2010. Cette estimation intègre les coûts externes (années de vie perdues, perte de la qualité de vie, perte de production) soit environ 6 milliards d'euros et les coûts sur les finances publiques (les soins, la prévention, la perte de retraite) soit environ 3 milliards d'euros (21).

4) L'Avènement des Traitements de substitution aux opiacés :

a) La Réduction Des Risques :

Historiquement, les patients toxicomanes ne se voyaient proposer qu'un seul traitement à leur addiction : l'abstinence. Mais dans les années 1980, l'épidémie mondiale d'infection au VIH marque un tournant dans la prise en charge de la toxicomanie. Affectant en premier lieu la communauté homosexuelle, l'épidémie tend à se répandre à la communauté hétérosexuelle par contamination sanguine notamment via les usagers de drogues intraveineuses et l'échange de matériel contaminé.

Un nouveau paradigme émerge alors : La Réduction Des Risques (RDR) liés à l'usage de produits stupéfiants. Les pouvoirs publics éditent plusieurs mesures ayant pour but de diminuer les contaminations infectieuses chez les patients toxicomanes (**Tableau 1**) (22).

1987	Mise en vente libre de seringues stériles en pharmacie d'officine
1991	Programme d'échange de seringues par les associations
1992	Création du premier groupe d'auto support
1994	Mise à disposition des Stéribox® * en pharmacie d'officine
1995	Mise sur le marché des TSO - Méthadone® en 1995 en CSST ** - Subutex® en 1996 par tous les médecins
2003	Prescription de Méthadone par tous médecins en centre de soins
2006	Création des CAARUD ***

* Kit destiné à limiter les risques de transmission d'infection chez les usagers de drogues contenant des seringues stériles, des tampons d'alcool, un préservatif

** Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie

*** Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues

Tableau 1 : Chronologie de la politique de réduction des risques

La notion de Réduction Des Risques représente un virage majeur dans la prise en charge des patients usagers de drogues, s'éloignant d'une vision moralisatrice de la consommation de produits stupéfiants pour se rapprocher d'une prise en charge globale du patient basée sur le non-jugement (22).

b) Les Traitements de substitution aux opiacés (TSO) :

Dans le cadre de la RDR, les Traitements de substitution aux opiacés ont une place centrale. Ils ont pour objectifs :

- La prévention des complications sanitaires dues à l'injection du produit et des comorbidités de la consommation d'héroïne
- L'entrée des patients toxicomanes dans un parcours de soins et un suivi médical
- L'arrêt complet de la consommation d'opiacés illicites
- L'insertion sociale et professionnelle des patients traités

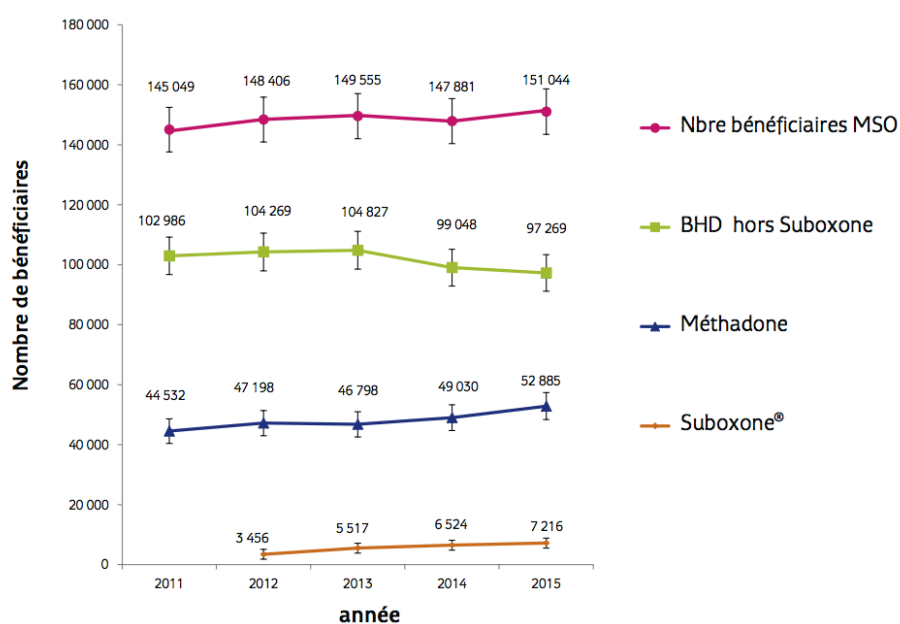
Depuis 1995, deux médicaments sont indiqués dans le traitement de la dépendance aux opiacés : La Méthadone (MTD) et la Buprénorphine Haut Dosage (BHD). Ils agissent en se fixant sur les récepteurs du système opioïde endogène, avec des degrés d'affinité différents entre MTD (agoniste pur) et BHD (agoniste partiel). Ces deux traitements sont soumis à des règles de prescriptions strictes, sur ordonnance sécurisée, en toutes lettres, en collaboration avec la pharmacie qui délivre le TSO, dont le nom doit figurer sur l'ordonnance (**Tableau 2**) (23).

	Méthadone	BHD
Action	Agoniste pur	Agoniste partiel
Présentation	Sirop : ne peut pas être injecté Gélule : après 1 an à la forme sirop	Comprimé sublingual
Prescription	Initial : médecin en CSST, CSAPA, établissement de soin Relais possible en médecine de ville	Tout médecin
Durée maximale	14 jours	28 jours
Liste	Stupéfiant	Liste 1 (mais mêmes règles de prescription et de délivrance que les produits stupéfiants)
Satisfaction	Majeure , moins d'anxiété	Moindre, risque de consommation associée
Dangerosité	Risque de surdose mortelle	Peu de surdose, mais produit injectable

Tableau 2 : Méthadone et BHD

En 2012, Le Suboxone ® est mis sur le marché (association de buprénorphine et de naloxone, antagoniste des récepteurs opioïdes).

D'après les données de la CPAM, en 2015 environ 151 000 patients ont été traités par un TSO : 97 000 soit 64% par BHD (Subutex ® ou générique) , 53 000 soit 35% par MTD, 7 000 soit 5% par Suboxone ® (**Figure 2**) (24).



Les segments figurant pour chaque point représentent les limites des intervalles de confiance à 95 %.
 Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

*Médicaments de substitution aux opiacés

Figure 2 : Nombre de patients traités par MSO* en ville dans l'année (2011 à 2015)

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge médicale des patients sous TSO est central. En 2015, 82% des prescriptions de BHD ont été effectuées exclusivement par des médecins libéraux et 50% pour les prescriptions de MTD (24). Ces prescriptions représentent souvent les seuls contacts des patients avec le monde médical et le soin.

L'augmentation de la prise en charge des patients dépendants aux opiacés (PDO) par des TSO a permis (25) :

- un recul de la mortalité (5 fois moins de décès par surdose) et de la morbidité (diminution des infections VIH et VHC, moins de grossesses prématurées ...)
- une diminution des pratiques d'injection

- une amélioration du statut social et une baisse des infractions en rapport avec l'héroïne.

5) Les patients dépendants aux opiacés : des patients comme les autres ?

Les caractéristiques socio-démographiques des PDO sont difficiles à recueillir. L'enquête OPEMA (Observation des Pharmacodépendances En Médecine Ambulatoire) de 2013 a permis de récupérer les données socio-démographiques de patients sous TSO suivis en médecine générale dans 41 départements différents. La majorité des patients sont des hommes (environ 75 %) avec un âge moyen entre 36 et 39 ans. La moitié des patients perçoit les revenus d'un emploi. Les ressources des sujets restants proviennent d'allocation chômage ou des minima sociaux (RSA,...) (18). Le profil est à peu près équivalent pour les patients suivis dans les CSAPA, à la différence qu'ils sont moins nombreux à percevoir les revenus d'un emploi (34%) (26).

Les données de la CPAM indiquent que 43% des patients ayant bénéficié d'un remboursement de TSO sont affiliés à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Ils sont environ 30% à être pris en charge à 100% dans le cadre d'une Affection Longue Durée (ALD) en rapport avec des troubles psychiatriques liés à l'usage d'opiacés. (24)

Les PDO semblent donc avoir un statut social, professionnel et financier plus précaires que l'ensemble de la population générale.

L'ensemble de ces caractéristiques sont à intégrer afin d'optimiser la prise en charge du patient dans l'environnement spécifique où il évolue.

6) L'objectif de l'étude :

De nombreuses études antérieures s'intéressent à la place du médecin généraliste dans la prise en charge des PDO. La majorité de ces études sont des études qualitatives ayant pour objectif de décrire le vécu et le ressenti des médecins généralistes dans cette prise en charge.

Le reste des travaux est orienté sur la prise en charge addictologique des patients dans le cadre de la prescription des TSO par les médecins généralistes. Il existe un manque de données dans la littérature quant à la prise en charge globale des PDO en médecine de ville.

L'objectif primaire de l'étude actuelle est de décrire la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par les médecins généralistes de l'Hérault.

L'objectif secondaire est d'identifier les difficultés ressenties par les médecins généralistes de l'Hérault dans cette prise en charge et les solutions qui permettraient de l'améliorer.

MÉTHODE

1) Type d'étude :

Nous avons mené une étude observationnelle descriptive transversale quantitative.

Ce schéma d'étude apparaissait le plus adapté à la nécessité de décrire la prise en charge actuelle des PDO par les médecins généralistes de l'Hérault à un instant t, sans intervention d'un facteur extérieur (27).

2) Critères d'inclusion :

La population cible de l'étude était l'ensemble des médecins généralistes de l'Hérault.

Pour être inclus au protocole d'étude, ces médecins devaient :

- Être installés dans l'Hérault
- Être actuellement en exercice
- Avoir une partie ou la totalité de leur activité médicale dédiée à la pratique de la médecine générale libérale en cabinet
- Être référencés sur l'annuaire santé sur le site de la CPAM de l'Hérault

3) Critères d'exclusion :

Les médecins exclus du protocole de recherche étaient :

- les médecins n'exerçant pas la médecine générale ambulatoire (médecins généralistes travaillant uniquement en établissement de santé)
- Les médecins généralistes à cursus particuliers n'exerçant pas la médecine générale (médecins urgentistes, angiologues, médecins acuponcteurs, médecins thermalistes, médecins nutritionnistes etc ...)
- Les médecins généralistes remplaçants non installés

4) Constitution de l'échantillon :

D'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le nombre de médecins généralistes en exercice installés dans l'Hérault, avec une activité libérale ou mixte est de 1267 en 2015 (28). Ils représentent la population cible de l'étude.

Le nombre de sujets nécessaires (NSN) a été calculé à priori afin de garantir une puissance suffisante à l'étude.

Considérant un niveau de confiance à 95% avec un coefficient de marge à 1,96 et une probabilité de survenue d'un évènement fixée habituellement à 50%, le calcul du NSN a été effectué d'après la formule suivante à partir du site de statistiques www.fr-surveymonkey.com (29) :

$$\text{Taille de l'échantillon} = \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2} \right) / \left(1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right) \right)$$

N = nombre de sujet de la population cible
e : marge d'erreur
Z : coefficient de marge
P : probabilité de survenue d'un évènement

La marge d'erreur e a été fixé à 10% après recherche bibliographique des travaux de même genre (étude descriptive transversale quantitative par questionnaire) sur un sujet similaire (30)(31).

Le nombre de médecins à inclure était alors de 90.

En présageant un taux de réponse de l'ordre de 20% , 450 médecins devaient être interrogés. Un échantillon de 500 médecins a été formé par échantillonnage aléatoire simple via un tirage au sort, afin de garantir la représentativité de l'échantillon et limiter

les facteurs de confusion. Le tirage au sort a été effectué à partir d'un tableur Excell regroupant l'ensemble des 1267 médecins généralistes de l'Hérault.

5) Méthode de recueil des données :

Un questionnaire à remplir sur internet a été créé sur la plate forme en ligne Google-form (**Annexe 2**). Il était composé de 20 questions :

- 18 questions à choix multiples dont 10 questions pour lesquelles plusieurs réponses étaient possibles
- 2 questions ouvertes rédactionnelles à réponses courtes.

L'ensemble des questions étaient réparties dans trois parties :

- La première partie concernait les caractéristiques socio-démographiques des médecins (sexe, âge, lieu d'installation, formation ...)
- La seconde partie concernait la prise en charge de patients dépendants aux opiacés par le médecin généraliste sur le dépistage de comorbidités infectieuses et psychiatriques, les dépistages de facteurs de risque cardiovasculaires, les dépistages de masse et la contraception chez la femme
- La troisième partie concernait la place et le ressenti du médecin généraliste dans la prise en charge de ces patients.

Le tirage au sort a eu lieu le 28 avril 2018, permettant de sélectionner 500 médecins.

Chacun des 500 médecins tirés au sort ont été contactés par téléphone du 30 avril 2018 au 30 mai 2018, afin de récupérer leur adresse e-mail. Une fois l'adresse e-mail récupérée, le médecin recevait sur sa boîte mail le lien vers le questionnaire à remplir directement en ligne.

Un mois et demi après le début de l'inclusion, devant le faible nombre de réponses, un e-mail de relance a été envoyé le 15 juin à l'ensemble des médecins sélectionnés initialement.

6) Analyse statistique des données :

L'ensemble des données ont été analysées de manière anonyme.

Elles ont d'abord été traitées dans un tableur Excel.

L'ensemble des variables étaient qualitatives nominales et indépendantes.

Les résultats ont dans un premier temps été analysés de manière purement descriptive en pourcentages et effectifs.

Puis dans un second temps, deux groupes ont été formés après stratification selon le nombre de patients dépendants aux opiacés vus par mois par chaque médecin : un premier groupe voyant peu de patients dépendants aux opiacés (< 5 patients vus par mois) et un second groupe de médecins ayant une part importante de patients dépendants aux opiacés dans leur clientèle (à partir de 5 patients vus par mois, et plus).

Le choix de la stratification en fonction du nombre de PDO vus en consultation paraissait intéressant afin de mettre en évidence une différence dans la prise en charge médicale globale entre des médecins habitués à les prendre en charge et des médecins pour qui cette prise en charge était plus occasionnelle.

L'ensemble des sujets répondants ont également été répartis en deux groupes selon leur réponse à la question « *Concernant la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés, vous vous sentez plutôt ...* » : un premier groupe de médecins se sentant *tout à fait à l'aise* et *plutôt à l'aise*, et un second groupe de médecins se sentant *plutôt pas à l'aise* et *pas du tout à l'aise*. La stratification en fonction du ressenti des médecins dans la prise en charge des PDO a été jugée pertinente afin de

mettre en évidence des similitudes dans les prises en charge des deux groupes, qui serait un argument supplémentaire afin de promouvoir la prise en charge globale des PDO par les médecins généralistes.

Dans les deux cas de répartitions en groupes, s'agissant de variables qualitatives nominales indépendantes, les résultats ont été analysés de manière bivariée en utilisant le test statistique du Chi² lorsque les effectifs étaient suffisants (tous égaux ou supérieurs à 5) , lorsque ce n'était pas le cas le test exact de Fisher a été utilisé. Ces tests statistiques ont été utilisés via le site BiostaTGV.

Concernant les deux questions ouvertes, l'ensemble des verbatims a été analysé de manière thématique pour en faire ressortir les idées principales et récurrentes.

RÉSULTATS

1) Population d'étude :

Les 500 questionnaires ont été envoyés par e-mail pendant le mois de Mai 2018 et récupérés au fur et à mesure automatiquement en ligne sur la plate forme Google-form.

Le taux de réponse au questionnaire était de 28,4% avec 142 réponses sur les 500 questionnaires envoyés (**Figure 3**).

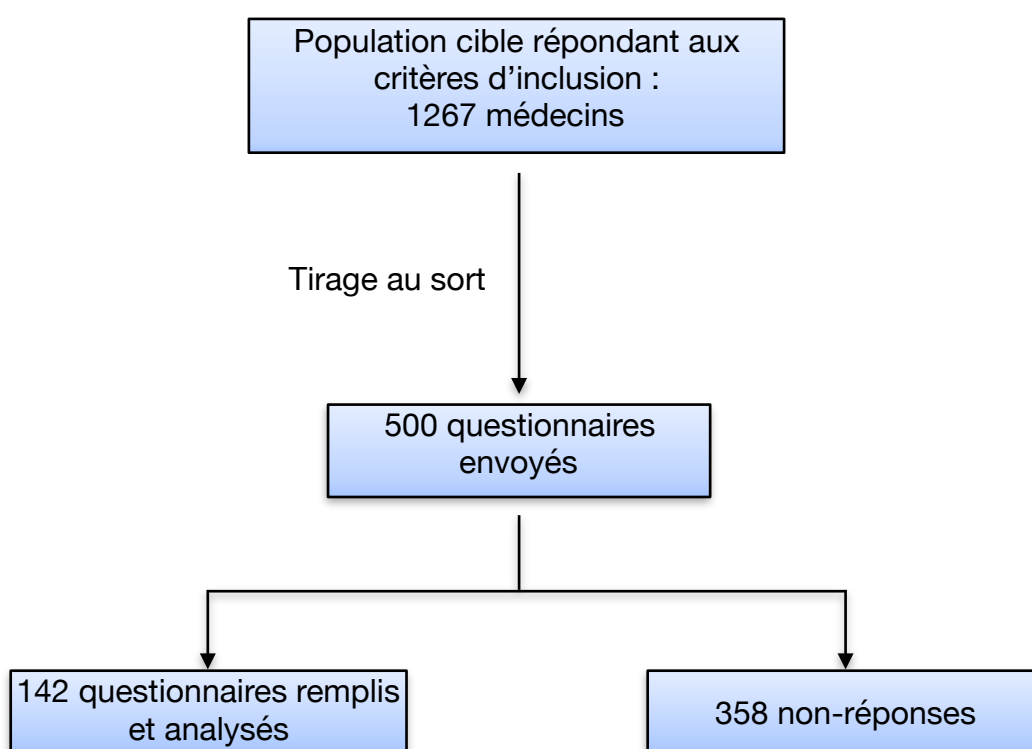


Figure 3 : Diagramme de flux

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon ont été analysées de manière descriptive et interprétées en pourcentages par rapport à l'échantillon et en effec-

tifs (n) (**Annexe 3**). Il n'y a pas eu de valeurs manquantes, chaque question nécessitant une réponse obligatoire pour que le questionnaire soit validé par le logiciel.

a) Sexe :

53,5% (76) des médecins répondants sont des femmes. (**Figure 4**).

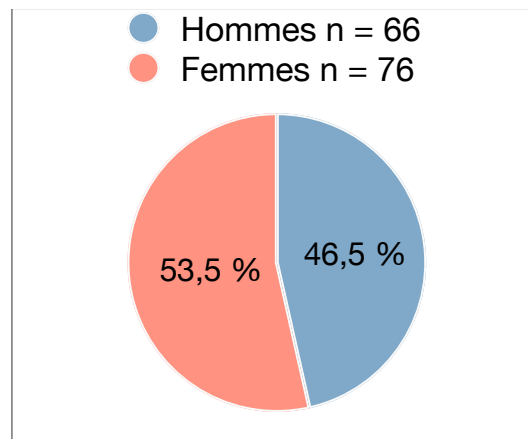


Figure 4 : Répartition des médecins selon le sexe

b) Âge :

La répartition des participants à l'étude par âges est exposée dans la **Figure 5**.

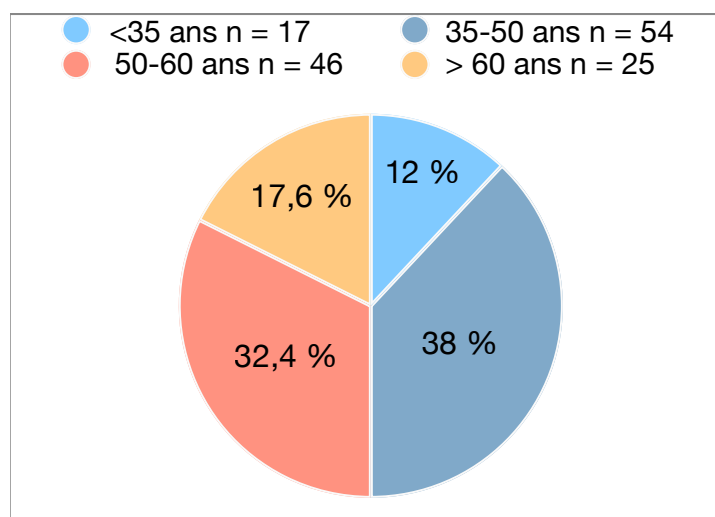


Figure 5 : Répartition des médecins selon la tranche d'âge

c) Lieu et Mode d'exercice :

La majorité des médecins interrogés était installée en milieu urbain (48,6%) , et en milieu semi rural (44,4 %). Une minorité de médecins était installée en milieu rural (7%). Les deux tiers des médecins étaient installés en cabinet de groupe, un quart exerçait seul, les autres au sein de maisons de santé pluri professionnelles (MSP) (**Figure 6**).

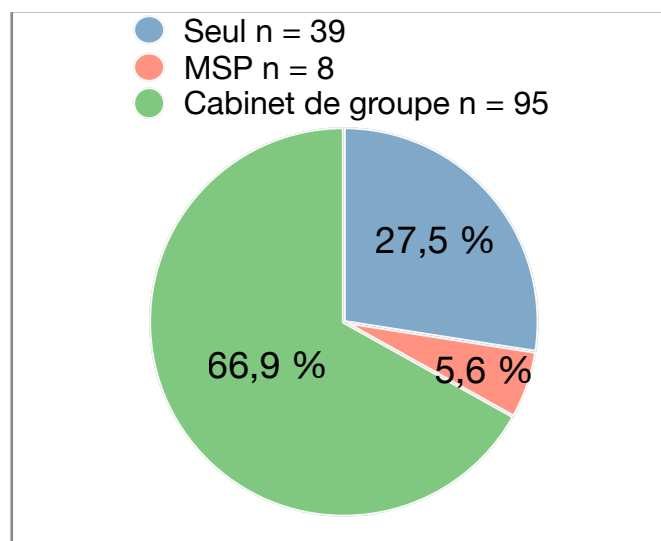


Figure 6 : Répartition des médecins selon le mode d'exercice

Parmi les médecins interrogés, ils étaient près de 85% à avoir une activité libérale unique, et 15% à avoir une activité mixte (libérale et salariale en structure).

d) Formation en addictologie :

La formation des médecins à l'addictologie est exposée dans la **Figure 7**.

La moitié des médecins de l'échantillon déclarait ne pas avoir reçu de formation.

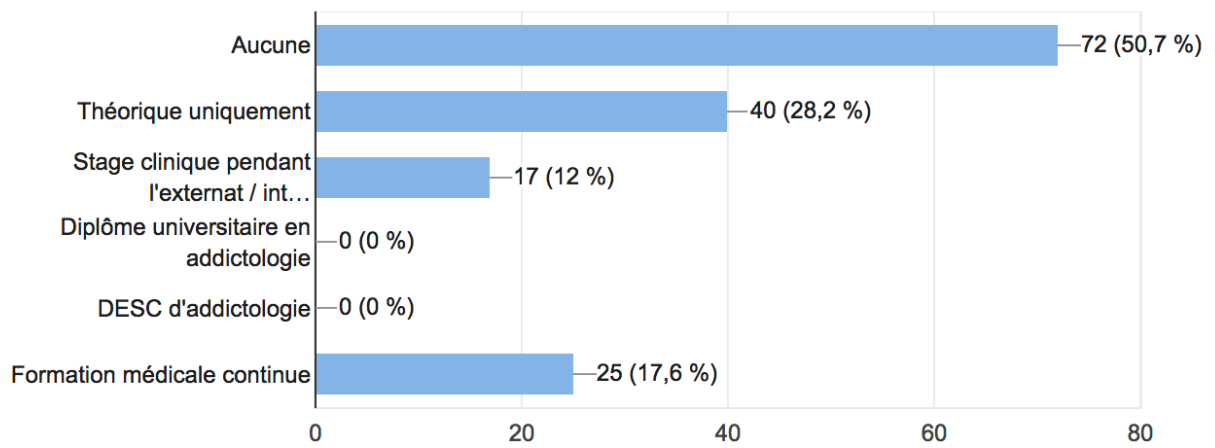


Figure 7 : Formation des médecins en addictologie (effectifs et pourcentages)

e) Nombre de patients dépendants aux opiacés pris en charge et type de prise en charge :

Environ 87% des médecins de l'échantillon suivaient moins de 5 PDO par mois (environ 80% à en suivre entre 1 et 5, et 7% à n'en suivre aucun).

Les 13% restants suivaient plus de 5 patients dont 2,8% de l'échantillon qui en suivaient plus de 20 par mois (**Figure 8**).

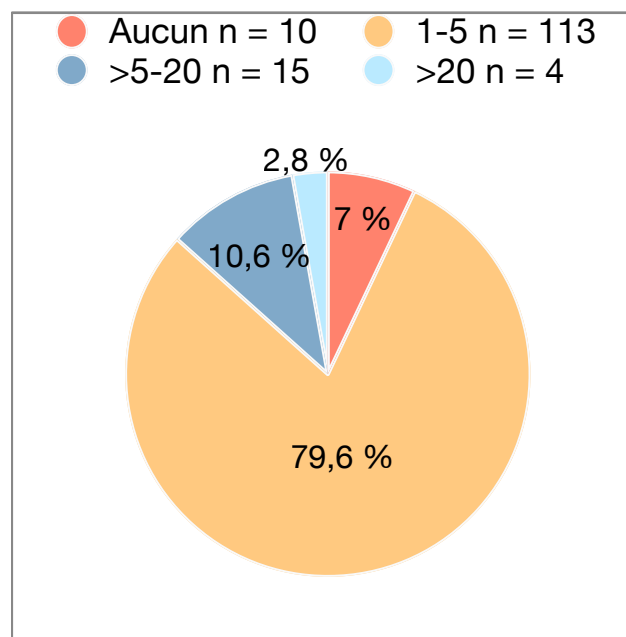


Figure 8 : Nombre de PDO vus par mois

Concernant le type de prise en charge, les trois quarts des médecins interrogés prenaient en charge les PDO en totalité, environ 9% ne les suivaient que dans le cadre de la prise en charge de l'addiction et 18% uniquement dans le cadre du suivi médical autre que la prise en charge addictologique. (**Figure 9**)

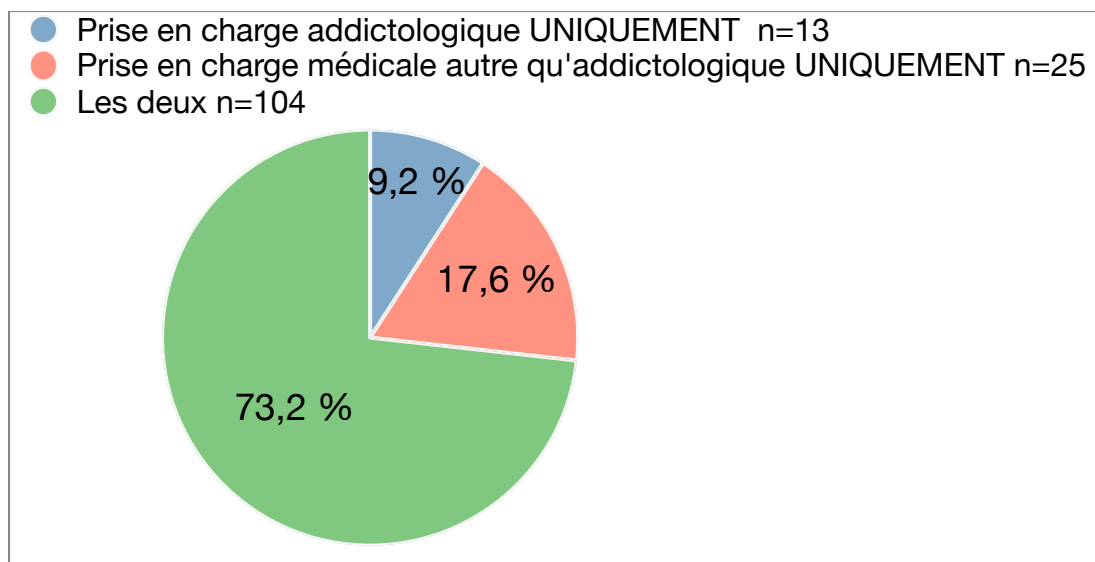


Figure 9 : Répartition des médecins selon le type de prise en charge

2) Prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par les médecins généralistes de l'Hérault :

a) Dépistage des comorbidités de la dépendance aux opiacés :

Les médecins de l'échantillon ont été interrogés sur le dépistage de certaines comorbidités qui accompagnent fréquemment la consommation d'héroïne et d'opiacés notamment les complications infectieuses (VIH et VHC) , les co-addictions et les troubles de l'humeur de type dépressif (**Tableau 3**) .

Concernant le dépistage des complications infectieuses (VIH, VHC), ils étaient 20% à effectuer un dépistage tous les 6 à 12 mois, 41% à proposer un dépistage systématiquement en début de suivi et 63% si prise de risque ou symptômes évocateurs et seulement 2% à ne jamais proposer de dépistage.

Concernant le dépistage des co-addictions, ils étaient 38% à les rechercher à chaque consultation, 43% les recherchaient en début de suivi uniquement.

Concernant le dépistage de signes de dépression, plus de la moitié des médecins interrogés (56%) les recherchaient à chaque consultation, 14% recherchaient des signes uniquement en début de suivi, et 1,4% n'abordaient jamais le sujet.

	Pourcentages	Effectifs
Dépistage des complications infectieuses (VIH, VHC)		
- Jamais	2,1 %	3
- En début de suivi uniquement	41,5 %	59
- Si symptômes ou prise de risque récente	63,4 %	90
- À la demande du patient	52,8 %	75
- Tous les 6 à 12 mois	20,4 %	29
Dépistage des co-addictions (tabac, alcool, cannabis, cocaïne ...)		
- Jamais	0 %	0
- En début de suivi uniquement	43 %	61
- À la demande du patient	26,8 %	38
- Si évoquées par le patient lui même	35,9 %	51
- À chaque consultation	38,7 %	55
Dépistage des signes de dépression		
- Jamais	1,4 %	2
- En début de suivi uniquement	14,8 %	21
- Si symptômes	54,9 %	78
- À chaque consultation	56,3 %	80

Tableau 3 : Dépistage des comorbidités de la dépendance aux opiacés

b) Dépistage de facteurs de risque cardio-vasculaires :

Les sujets ont été interrogés sur la réalisation des dépistages de facteurs de risque cardio-vasculaires comme le diabète de type 2 et les dyslipidémies (**Tableau 4**).

Concernant le dépistage du diabète de type 2, les médecins ont été interrogés sur leur prescription de glycémie à jeun. Ils étaient plus de la moitié (58,5 %) à la prescrire

tous les 1 à 3 ans, 24,6% d'entre eux ne la prescrivaient qu'en début de suivi et 7% des médecins interrogés ne prescrivaient jamais la réalisation d'une glycémie à jeun.

Concernant le dépistage des dyslipidémies, les médecins ont été interrogés sur leur prescription d'un bilan biologique lipidique. Ils étaient 85% à prescrire un dépistage en cas de présence d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires, 53% à le prescrire chez les femmes sous traitement contraceptif, 2% ne le prescrivaient jamais.

	Pourcentages	Effectifs
Dépistage du diabète de type 2 par prescription d'une glycémie à jeun		
- Jamais	7 %	10
- En début de suivi uniquement	24,6 %	35
- Sur demande du patient	12 %	17
- Si signes cliniques	39,4 %	56
- Tous les 1 à 3 ans	58,5 %	83
Dépistage de dyslipidémies par prescription d'un bilan biologique lipidique		
- Jamais	2,1 %	3
- En début de suivi uniquement	28,9 %	41
- Sur demande du patient	26,1 %	37
- Pour les femmes si traitement contraceptifs	53,5 %	76
- Si présence de facteurs de risque cardio-vasculaires	85,2 %	121

Tableau 4 : Dépistage des facteurs de risques cardio-vasculaires

c) Prise en charge de la femme dépendante aux opiacés :

Les médecins de l'échantillon ont été interrogés spécifiquement sur leur prise en charge de la femme dépendante aux opiacés au sujet de la contraception, du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin (FCU) chez les femmes de 25 à 65 ans, et du dépistage du cancer du sein par mammographie (**Tableau 5**).

Concernant la contraception, le sujet était évoqué par 30% des médecins en début de suivi, 48,6% des médecins abordaient la contraception lors d'une consultation pour

motif gynécologique, 54,9% lorsqu'il s'agissait d'une demande de la patiente, 4% n'abordaient jamais le sujet.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU chez les femmes de 25 à 65 ans (concernées par le dépistage de masse) , 82% des médecins le réalisaient selon les recommandations en vigueur tous les 3 ans, 17% lors d'une consultation pour motif gynécologique, 12% ne le pratiquaient jamais.

Concernant le dépistage du cancer du sein par prescription d'une mammographie, 94% des médecins interrogés la prescrivaient tous les 2 ans selon les recommandations actuelles, 38% si signes cliniques suspects, 15% lors d'une consultation pour motif gynécologique, seulement 1 médecin ne la prescrivait jamais.

	Pourcentages	Effectifs
Le sujet de la contraception est évoqué :		
- Jamais	4,2 %	6
- En début de suivi uniquement	29,6 %	42
- À la demande de la patiente	54,9 %	78
- Lors d'une consultation pour motif gynécologique	48,6 %	69
- À chaque consultation	16,9 %	24
Dépistage du cancer du col de l'utérus par réalisation d'un FCU chez les femmes de 25 à 65 ans :		
- Jamais	12 %	17
- En début de suivi uniquement	1,4 %	2
- À la demande de la patiente	12 %	17
- Lors d'une consultation pour motif gynécologique	16,9 %	24
- Tous les 3 ans	81,7 %	116
Dépistage du cancer du sein par prescription d'une mammographie :		
- Jamais	0,7 %	1
- À la demande de la patiente	14,1 %	20
- Lors d'une consultation pour motif gynécologique	14,8 %	21
- Si signes cliniques évocateurs	38 %	54
- Tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans	93,7 %	133

Tableau 5 : Prise en charge de la femme dépendante aux opiacés

d) Ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés :

Les médecins de l'échantillon ont été interrogés sur leur ressenti dans la prise en charge médicale globale des PDO (**Figure 10**) .

Ils étaient une majorité (53,6%) à ne pas se sentir à l'aise (43% *plutôt pas à l'aise* et 10,6% *pas du tout à l'aise*).

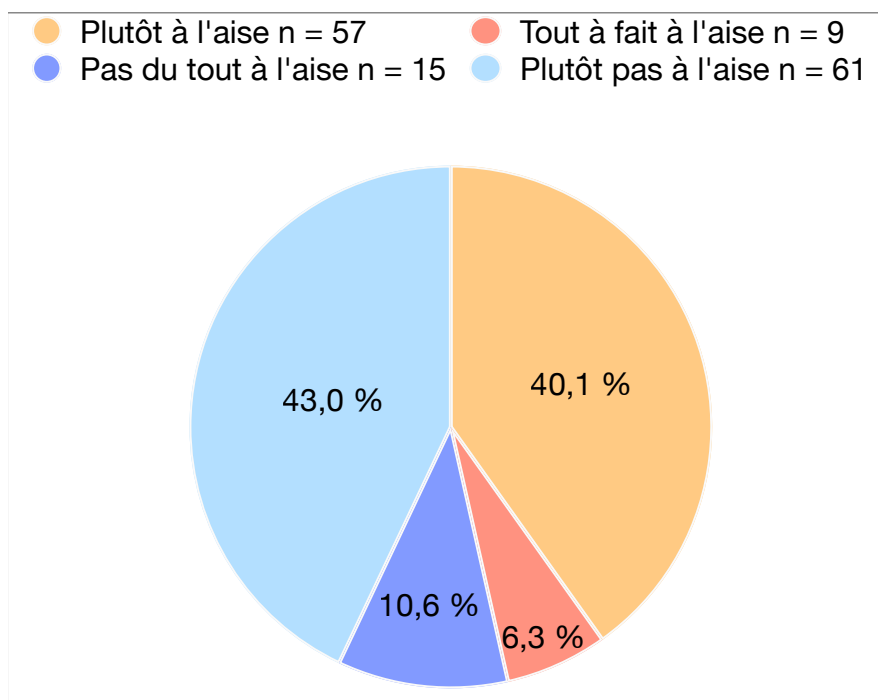


Figure 10 : Ressenti des médecins généralistes de l'Hérault dans la prise en charge médicale globale des PDO

Les participants ont également été interrogés sur les freins qui pouvaient rendre plus difficile la prise en charge médicale des PDO (**Tableau 6**) . 63% des médecins interrogés percevaient les PDO comme des patients « inobservants » ne se conformant pas aux prescriptions médicales. 54% des médecins identifiaient un manque de lien avec les réseaux d'addictologie, 51% un manque de connaissances en addictologie.

Freins rencontrés dans la prise en charge des PDO	Pourcentages	Effectifs
- Inobservance des PDO	63,4 %	90
- Manque de lien avec les réseaux d'addictologie	54,2 %	77
- Manque de connaissance en addictologie	51,4 %	73
- Durée de la consultation insuffisante	42,3 %	60
- Sentiments d'insécurité face aux PDO	25 %	36
- Tarif de consultation insuffisant	14,1 %	20
- Autres	12,7 %	18
- Peur du regard des autres patients du cabinet	7,7 %	11
- Aucun	4,9 %	7

Tableau 6 : Freins rencontrés par les médecins généralistes de l'Hérault dans la prise en charge médicale globale des PDO

Parmi les sujets ayant répondu « *Autres* », certains médecins évoquaient la peur d'un changement de clientèle du cabinet au profit d'une part plus importante de PDO. Un des médecins de l'échantillon a également cité la peur d'alimenter le trafic illégal de TSO.

3) Analyses en sous-groupes :

a) Stratification selon le nombre de patients dépendants aux opiacés vus par mois :

Une analyse bivariée des résultats a été faite après stratification sur le nombre de PDO vus en consultation par mois afin de comparer les réponses au questionnaire de deux groupes de médecins :

- *Le groupe A* voyant peu de PDO en consultation par mois (de 0 à 5 PDO par mois), constitué de 123 médecins

- Le groupe B voyant plus de 5 PDO par mois, constitué de 19 médecins

Concernant le dépistage des comorbidités de la toxicomanie aux opiacés (infections VIH et VHC, présence de co-addictions, dépistage d'épisode dépressif) l'ensemble des résultats est présenté dans le **Tableau 7**. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les médecins des deux groupes. Les médecins du *groupe B* avaient tendance à dépister plus fréquemment les infections à VIH et VHC, et les co-addictions que les médecins du *groupe A*.

Concernant le dépistage de troubles de l'humeur de type dépressif chez les PDO, la moitié des médecins de chaque groupe à proportions semblables recherchait des signes de dépression à chaque consultation avec un PDO.

	Groupe A 0-5 PDO vus par mois 123 médecins Pourcentage (effectif)	Groupe B >5 PDO vus par mois 19 médecins Pourcentage (effectif)	P-value (p) *
Dépistage des complications infectieuses (VIH, VHC)			
- Jamais	2,4 % (3)	0 % (0)	0,99
- En début de suivi uniquement	40,6 % (50)	47,4 % (9)	
- Si symptômes ou prise de risque récente	61,8 % (76)	73,7 % (14)	
- À la demande du patient	52,0 % (64)	57,9 % (11)	
- Tous les 6 à 12 mois	19,5 % (24)	26,3 % (5)	
Dépistage des co-addictions (tabac, alcool, cannabis, cocaïne ...)			
- Jamais	0 % (0)	0 % (0)	0,30
- En début de suivi uniquement	44,7 % (55)	31,6 % (6)	
- À la demande du patient	26,0 % (32)	31,6 % (6)	
- Si évoquées par le patient lui même	36,6 % (45)	31,6 % (6)	
- À chaque consultation	35,0 % (43)	63,2 % (12)	
Dépistage des signes de dépression			
- Jamais	1,6 % (2)	0 % (0)	0,66
- En début de suivi uniquement	13,0 % (16)	26,3 % (5)	
- Si symptômes	54,5 % (67)	57,9 % (11)	
- À chaque consultation	56,1 % (69)	57,9 % (11)	

* p - valeur calculée par Test exact de Fisher

Tableau 7 : Comparaison du dépistage des comorbidités de la toxicomanie aux opiacés en fonction du nombre de PDO vus par mois

Les deux groupes ont été comparés sur le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires chez les PDO (**Tableau 8**). Il n'a pas non plus été démontré de différence statistiquement significative entre les deux groupes de médecins. Pour le dépistage du diabète de type 2, les résultats entre les deux groupes de médecins avaient tendance à être comparables. Concernant le dépistage des dyslipidémies, les médecins du *groupe B* avaient tendance à réaliser un dépistage plus fréquent que dans le *groupe A*.

	Groupe A 0-5 PDO vus par mois 123 médecins Pourcentage (effectif)	Groupe B >5 PDO vus par mois 19 médecins Pourcentage (effectif)	P-value (p) *
Dépistage du diabète de type 2 par prescription d'une glycémie à jeun			
- Jamais	8,1% (10)	0 % (0)	0,84
- En début de suivi uniquement	25,2 % (31)	21,1 % (4)	
- Sur demande du patient	12,2 % (15)	10,5 % (2)	
- Si signes cliniques	39,0 % (48)	42,1 % (8)	
- Tous les 1 à 3 ans	56,9 % (70)	68,4 % (13)	
Dépistage de dyslipidémies par prescription d'un bilan biologique lipidique			
- Jamais	2,4 % (3)	0 % (0)	0,60
- En début de suivi uniquement	30,9 % (38)	15,8 % (3)	
- Sur demande du patient	24,4 % (30)	36,8 % (7)	
- Pour les femmes si traitement contraceptifs	52,0 % (64)	63,2 % (12)	
- Si présence de facteurs de risque cardiovasculaires	83,7 % (103)	94,7 % (18)	

* p - value calculée par Test exact de Fisher

Tableau 8 : Comparaison du dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires en fonction du nombre de PDO vus par mois

Concernant la prise en charge de la femme dépendante aux opiacés, l'analyse statistique des résultats n'a pas permis de faire émerger de différence significative entre les deux groupes. Les médecins du *groupe B* avaient tendance à évoquer plus souvent le sujet de la contraception à chaque consultation que les médecins du *groupe A*. La réa-

lisation d'un FCU chez les femmes concernées par le dépistage de masse était effectué par 94,7% des médecins du *groupe B* contre 80% dans le *groupe A* selon les recommandations tout les 3 ans. Les résultats concernant le dépistage du cancer du sein par mammographie chez les femmes dépendantes aux opiacés étaient similaires dans les deux groupes (**Tableau 9**).

	Groupe A 0-5 PDO vus par mois 123 médecins Pourcentage (effectif)	Groupe B >5 PDO vus par mois 19 médecins Pourcentage (effectif)	P-value (p) *
Le sujet de la contraception est évoqué : - Jamais - En début de suivi uniquement - À la demande de la patiente - Lors d'une consultation pour motif gynécologique - À chaque consultation	4,9 % (6) 29,3 % (36) 55,3 % (68) 47,2 % (58) 15,4 % (19)	0 % (0) 31,2 % (6) 52,6 % (10) 57,9 % (11) 26,3 % (5)	0,80
Dépistage du cancer du col de l'utérus par réalisation d'un FCU chez les femmes de 25 à 65 ans : - Jamais - En début de suivi uniquement - À la demande de la patiente - Lors d'une consultation pour motif gynécologique - Tous les 3 ans	13,0 % (16) 1,6 % (2) 12,2 % (15) 17,1 % (21) 79,7 % (98)	5,3 % (1) 0 % (0) 10,5 % (2) 15,8 % (3) 94,7 % (18)	0,91
Dépistage du cancer du sein par prescription d'une mammographie : - Jamais - À la demande de la patiente - Lors d'une consultation pour motif gynécologique - Si signes cliniques évocateurs - Tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans	0,8 % (1) 15,4 % (19) 14,6 % (18) 36,6 % (45) 92,7 % (114)	0 % (0) 5,3 % (1) 15,8 % (3) 47,4 % (9) 100 % (19)	0,74

* p - valeur calculée par Test exact de Fisher

Tableau 9 : Comparaison de la prise en charge de la femme dépendante aux opiacés en fonction du nombre de PDO vus par mois

b) Stratification selon le ressenti des médecins dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés :

Une deuxième analyse en sous-groupe a été réalisée après stratification sur le ressenti des médecins de l'échantillon dans la prise en charge des PDO. Deux groupes ont été formés en fonction des réponses données à la question n° 1 de la partie C du questionnaire « *Concernant la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés, vous vous sentez plutôt ...* » :

- Le *groupe 1* constitué de médecins se sentant à l'aise dans la prise en charge médicale des PDO (ayant répondu « *Plutôt à l'aise* » et « *Tout à fait à l'aise* » à la question) , composé de 66 médecins
- Le *groupe 2* constitué de médecins ne se sentant pas à l'aise dans cette prise en charge (ayant répondu « *Plutôt pas à l'aise* » et « *Pas du tout à l'aise* ») , composé de 76 médecins.

Concernant le dépistage des comorbidités infectieuses, addictives et dépressives, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les deux groupes de médecins mais seulement des tendances. Les médecins du *groupe 1* semblaient dépister plus fréquemment les infections VIH et VHC et les co-addictions que les médecins du *groupe 2*.

Les troubles de l'humeur de type dépressif étaient recherchés de manière globalement similaire dans les deux groupes (**Tableau 10**) .

	Groupe 1 À l'aise 66 médecins Pourcentage (effectif)	Groupe 2 Pas à l'aise 76 médecins Pourcentage (effectif)	P-value (p) *
Dépistage des complications infectieuses (VIH, VHC) - Jamais - En début de suivi uniquement - Si symptômes ou prise de risque récente - À la demande du patient - Tous les 6 à 12 mois	0 % (0) 43,9 % (29) 71,2 % (47) 63,3 % (42) 24,2 % (16)	3,9 % (3) 39,5 % (30) 56,7 % (43) 43,4 % (33) 17,1 % (13)	0,47
Dépistage des co-addictions (tabac, alcool, cannabis, cocaïne ...) - Jamais - En début de suivi uniquement - À la demande du patient - Si évoquées par le patient lui même - À chaque consultation	0 % (0) 39,4 % (26) 27,3 % (18) 40,9 % (27) 48,5 % (32)	0 % (0) 46,1 % (35) 26,3 % (20) 31,6 % (24) 30,3 % (23)	0,39
Dépistage des signes de dépression - Jamais - En début de suivi uniquement - Si symptômes - À chaque consultation	0 % (0) 16,7 % (11) 57,6 % (38) 59,1 % (39)	2,6 % (2) 13,2 % (10) 52,6 % (40) 53,9 % (41)	0,74

* p - value calculée par Test exact de Fisher

Tableau 10 : Comparaison du dépistage des comorbidités de la toxicomanie aux opiacés en fonction du ressenti des médecins dans la prise en charge des PDO.

La comparaison des résultats entre les deux groupes concernant le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires n'a pas mis en évidence de différence significative (**Tableau 11**) . Concernant le dépistage du diabète de type 2, les résultats étaient comparables entre les deux groupes. Il en était de même pour le dépistage des dyslipidémies chez les PDO.

	Groupe 1 À l'aise 66 médecins Pourcentage (effectif)	Groupe 2 Pas à l'aise 76 médecins Pourcentage (effectif)	P-value (p) *
Dépistage du diabète de type 2 par prescription d'une glycémie à jeun - Jamais - En début de suivi uniquement - Sur demande du patient - Si signes cliniques - Tous les 1 à 3 ans	6,1% (4) 22,7 % (15) 12,1 % (8) 43,9 % (29) 57,6 % (38)	7,9 % (6) 26,3 % (20) 11,8 % (9) 35,5 % (27) 59,2 % (45)	0,92
Dépistage de dyslipidémies par prescription d'un bilan biologique lipidique - Jamais - En début de suivi uniquement - Sur demande du patient - Pour les femmes si traitement contraceptifs - Si présence de facteurs de risque cardio-vasculaires	3,0 % (2) 25,8 % (17) 25,8 % (17) 56,1 % (37) 89,4 % (59)	1,3 % (1) 31,6 % (24) 26,3 % (20) 51,3 % (39) 81,6 % (62)	0,88

* p - value calculée par Test exact de Fisher

Tableau 11 : Comparaison du dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires en fonction du ressenti des médecins dans la prise en charge des PDO

Il n'a pas non plus été retrouvé de différence significative dans la prise en charge de la femme dépendante aux opiacés (**Tableau 12**) .

Le sujet de la contraception chez les patientes dépendantes aux opiacés semblait être abordé de manière similaire dans les deux groupes, mais plus fréquemment à chaque consultation chez les médecins du *groupe 1*.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, les médecins du *groupe 2* étaient en proportion plus nombreux à réaliser un FCU que dans le *groupe 1*.

Le dépistage du cancer du sein était réalisé selon les recommandations tous les 2 ans chez les femmes ciblées par le dépistage de masse de manière comparable dans les deux groupes d'étude.

	Groupe 1 À l'aise 66 médecins Pourcentage (effectif)	Groupe 2 Pas à l'aise 76 médecins Pourcentage (effectif)	P-value (p) *
Le sujet de la contraception est évoqué :			
- Jamais	3,0 % (2)	5,3 % (4)	0,74
- En début de suivi uniquement	34,8 % (23)	25,0 % (19)	
- À la demande de la patiente	56,1 % (37)	53,9 % (41)	
- Lors d'une consultation pour motif gynécologique	50,0 % (33)	47,4 % (36)	
- À chaque consultation	21,2 % (14)	13,2 % (10)	
Dépistage du cancer du col de l'utérus par réalisation d'un FCU chez les femmes de 25 à 65 ans :			
- Jamais	12,1 % (8)	11,8 % (9)	0,26
- En début de suivi uniquement	1,5 % (1)	1,3 % (1)	
- À la demande de la patiente	15,1 % (10)	9,2 % (7)	
- Lors d'une consultation pour motif gynécologique	24,2 % (16)	10,5 % (8)	
- Tous les 3 ans	77,3 % (51)	85,5 % (65)	
Dépistage du cancer du sein par prescription d'une mammographie :			
- Jamais	0 % (0)	1,3 % (1)	0,10
- À la demande de la patiente	19,7 % (13)	9,2 % (7)	
- Lors d'une consultation pour motif gynécologique	22,7 % (15)	7,9 % (6)	
- Si signes cliniques évocateurs	46,9 % (31)	30,3 % (23)	
- Tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans	95,5 % (63)	92,1 % (70)	

* p - value calculée par Test exact de Fisher

Tableau 12 : Comparaison de la prise en charge de la femme dépendante aux opiacés en fonction du ressenti des médecins dans la prise en charge des PDO

Les freins à la prise en charge médicale globale des PDO en médecine générale ont été comparés entre les deux groupes sans retrouver de différence statistiquement significative (**Tableau 13**) .

Les freins les plus fréquemment observés par les médecins du *groupe 1* étaient l'inobservance des PDO pour 56,1% d'entre eux, et le manque de lien avec les réseaux d'addictologie pour 51,5%.

Dans le *groupe 2*, les difficultés prépondérantes étaient le manque de connaissance en addictologie pour plus des deux tiers des médecins du *groupe 2* (68,4 %) et l'inob-

servance des PDO. On notait également pour plus de la moitié des médecins du *groupe 2* un manque de lien avec les réseaux d'addictologie (56,4 %).

	Groupe 1 À l'aise 66 médecins Pourcentage (effectif)	Groupe 2 Pas à l'aise 76 médecins Pourcentage (effectif)	P-value (p) *
Freins rencontrés dans la prise en charge des PDO			
- Inobservance des PDO	56,1 % (37)	69,7 % (53)	0.08
- Manque de lien avec les réseaux d'addictologie	51,5 % (34)	56,4 % (43)	
- Manque de connaissance en addictologie	31,8 % (21)	68,4 % (52)	
- Durée de la consultation insuffisante	42,4 % (28)	42,1 % (32)	
- Tarif de consultation insuffisant	13,6 % (9)	14,5 % (11)	
- Peur du regard des autres patients du cabinet	9,1 % (6)	6,6 % (5)	
- Sentiments d'insécurité face aux PDO	16,7 % (11)	32,9 % (25)	
- Autres	10,6 % (7)	14,5 % (11)	
- Aucun	9,1 % (6)	6,6 % (5)	

* p - value calculée par Test du Chi2

Tableau 13 : Comparaison des freins rencontrés dans la prise en charge des PDO en fonction du ressenti des médecins

4) Analyse thématique des questions ouvertes :

Les participants à l'étude devaient également répondre à deux questions ouvertes :

- « *Citer les adjectifs qui vous viennent à l'esprit au sujet de la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés* »
- « *Quels pourraient être selon vous les moyens à mettre en place pour faciliter la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par le médecin généraliste ?* »

a) Adjectifs qualifiants la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés :

Les médecins de l'échantillon devaient citer de manière ouverte des adjectifs qui qualifiaient selon eux la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés (**Annexe 4**) .

Cinq idées principales étaient mises en évidence de façon récurrente dans les réponses (**Figure 13**) :

- **Nécessité de temps** : la prise en charge a été qualifiée de « *chronophage* », « *longue* » par plusieurs médecins de l'échantillon, la notion de « *patience* » a également été évoquée
- **Complexité de la prise en charge** : de nombreuses réponses qualifiaient la prise en charge de « *difficile* », « *complexe* », « *compliquée* », « *pénible* », « *déstabilisante* »
- **Pluridisciplinarité** : les notions de « *polypathologie* », de « *réseaux* » de soins et de soins « *personnalisés* » étaient des notions récurrentes dans les réponses données
- **Relation médecin - malade** : les médecins citaient les notions de « *confiance* », de « *relation* » et de « *tolérance* » à plusieurs reprises. Plusieurs médecins évoquaient également la notion de « *fiabilité* » dans la prise en charge ainsi qu'un sentiment de « *méfiance* » vis à vis des PDO.
- **Personnalité des PDO d'après les médecins** : « *l'inobservance* » des PDO était citée par des nombreux médecins, ainsi que les notions « *d'insécurité* » et de « *mensonges* »

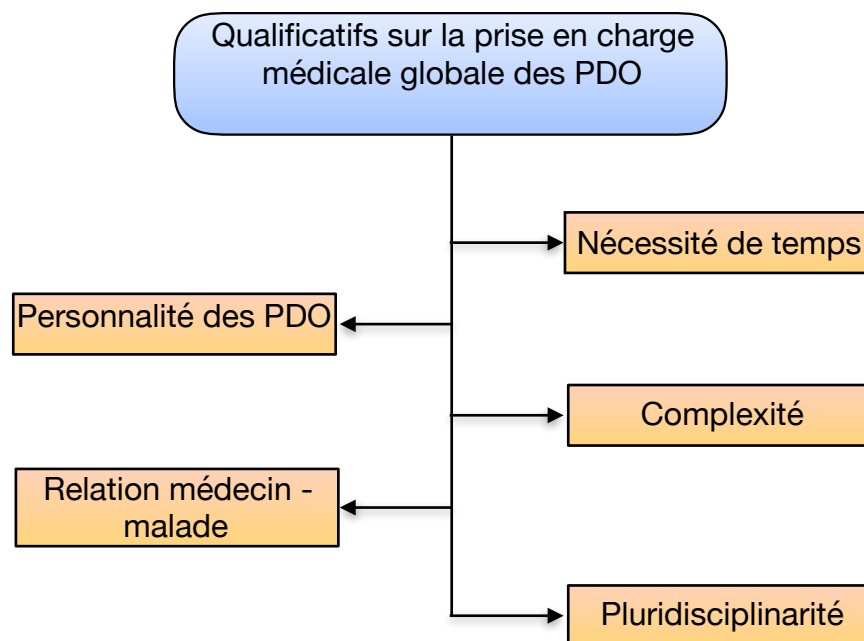


Figure 13 : Organigramme de synthèse sur les qualificatifs à propos de la prise en charge médicale globale des PDO

b) Moyens à mettre en place pour faciliter la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés :

Les participants à l'étude ont été interrogés sur les moyens qui pouvaient selon eux être pertinents à mettre en place afin d'améliorer la prise en charge des PDO en médecine générale (**Annexe 5**) .

De ces réponses, trois idées principales ont pu être mises en évidence (**Figure 14**) :

- **Nécessité d'un travail en réseaux de soins** : la notion de travail en collaboration avec les différents acteurs médicaux et psychosociaux était prépondérante dans les réponses, les notions de « *coopération* » , de « *lien* » entre la médecine de ville et les centres de soins en addictologie et « *la prise en charge pluriprofessionnelle* » étaient

citées à de nombreuses reprises. Certains médecins exprimaient le souhait d'avoir un lien facilité avec des médecins addictologues et un accès plus rapide aux centres de soins en addictologie, notamment dans les milieux ruraux.

- **Valorisation de la consultation** : les médecins de l'étude proposaient de mettre en place des consultations plus longues dédiées à la prise en charge globale des PDO. Ils proposaient de ce fait une « *cotation spécifique* » à la prise en charge des PDO, afin d'obtenir une tarification adaptée à la nécessité de ces consultations longues.
- **Améliorer la formation initiale et continue** : de nombreux médecins interrogés souhaitaient une formation initiale théorique plus importante. Un médecin de l'étude proposait alors l'accès à la « *primo-prescription de méthadone* » par les médecins généralistes formés à l'addictologie.

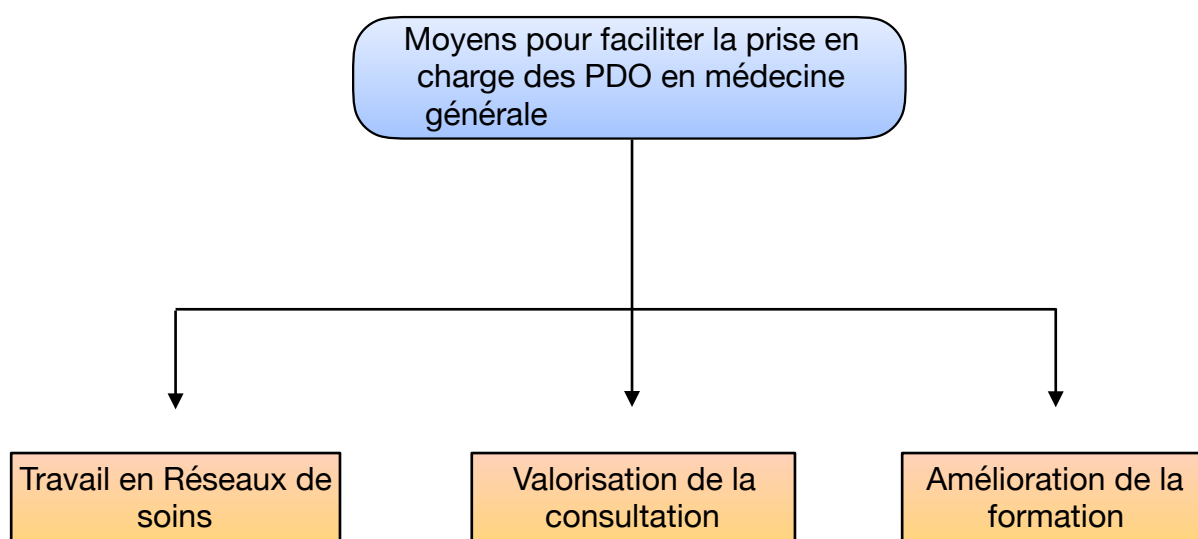


Figure 14 : Organigramme de synthèse sur les moyens à mettre en place pour faciliter la prise en charge médicale globale des PDO par les médecins généralistes.

DISCUSSION

1) Représentativité de l'échantillon :

Les résultats de notre étude peuvent être extrapolés à l'ensemble des médecins généralistes de l'Hérault.

En effet, la constitution de l'échantillon via un échantillonnage aléatoire simple par tirage au sort des participants permettait de limiter les facteurs de confusion.

L'échantillon de médecins participants à l'étude était globalement représentatif de l'ensemble des médecins généralistes de l'Hérault d'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), à la seule différence que dans la présente étude l'échantillon était plutôt féminin à 53,5%, contre 49% d'après les données de 2015 du CNOM (28) .

Le nombre de patients dépendants aux opiacés vus en consultation par mois était également similaire à l'ensemble des médecins de France. D'après les données du dernier Baromètre santé de l'INPES auprès des médecins généralistes de France, la majorité des médecins voyait entre 1 et 4 patients dépendants aux opiacés par mois en consultation, 11,8% en voyaient 5 ou plus, et un tiers n'en voyait aucun. Dans notre étude seulement 7% des médecins de l'échantillon n'en voyaient aucun, les autres ne répondant pas au questionnaire ne se sentant pas concernés de fait par le sujet abordé (32) .

2) Le ressenti et l'expérience des médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépendants :

Cette étude ne met pas en évidence de différence significative dans la prise en charge des PDO par les médecins généralistes de l'Hérault en fonction du fait qu'il soit habi-

tués à les prendre en charge ou pas et le fait qu'ils se sentent à l'aise ou pas dans ce suivi ($p > 0,05$). Ceci s'explique en partie par le fait que les participants de l'étude avaient la possibilité de donner plusieurs réponses à la plupart des questions posées. Il a alors été difficile de mettre en évidence un lien statistique net à partir des tests statistiques utilisés. Seules certaines tendances peuvent être observées dans les résultats.

a) L'expérience du médecin :

Les résultats de l'étude ont cependant tendance à montrer que les médecins habitués à prendre en charge des patients dépendants aux opiacés sont plus sensibles aux dépistages des comorbidités de la consommation d'opiacés. Ils étaient en proportions plus nombreux à dépister les infections virales et les co-addictions que les médecins moins expérimentés ou avec un ressenti défavorable dans la prise en charge.

L'expérience du praticien dans la prise en charge des PDO semble alors être importante afin d'optimiser le dépistage des pathologies souvent associées à la consommation de drogues.

b) Le ressenti du médecin :

Le ressenti des médecins dans la prise en charge des PDO semble influencer les dépistages des infections virales et des co-addictions. Les médecins à l'aise face aux PDO les dépistaient plus régulièrement que les médecins se sentant plus en difficulté.

Concernant les dépistages de comorbidités dépressives, des facteurs de risque cardiovasculaires et la prise en charge de la femme dépendante aux opiacés, il n'a pas été retrouvé de différence chez les médecins de l'échantillon, que les médecins se sentent à l'aise ou pas dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés.

Cet élément est crucial afin promouvoir la prise en charge de ces patients par les médecins généralistes.

c) Difficultés rencontrées par les médecins généralistes :

Dans la littérature de nombreuses études mettent en avant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le suivi des patients usagers de drogues (33) (34). Ces difficultés sont les mêmes que celles retrouvées dans la présente étude, à savoir le manque de lien avec les réseaux d'addictologie, le manque de connaissances en addictologie mais également un ressenti négatif vis à vis des PDO (inobservance des patients, méfiance ...).

Malgré ces difficultés, notre étude démontre que les médecins généralistes de l'Hérault ne se sentant pas à l'aise dans la prise en charge des PDO, les prennent en charge au moins aussi bien que les médecins se sentant plus à l'aise.

Cet élément est important à prendre en compte, compte tenu du rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge pluri-disciplinaire de ces patients.

d) Promouvoir l'accès aux soins de premier recours aux patients dépendants aux opiacés :

Les PDO évoluent, pour beaucoup d'entre eux, au sein d'un milieu socio-économique et affectif plus précaire que dans la population française générale (18).

Un PDO sur deux ne perçoit pas de revenu d'un emploi. Le lien entre précarité, niveau socio-économique et santé a été mis en évidence à plusieurs reprises. Le rapport 2017 de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) retrouvait des différences importantes d'espérance de vie à 35 ans selon le niveau d'étude et la situation professionnelle (35). Les hommes sans emploi (hors re-

traités) présentait une espérance de vie à 35 ans inférieure de 16 ans à celle des hommes cadres. La différence était de 4 ans entre les hommes sans diplôme et ceux avec un niveau égal ou supérieur au baccalauréat.

Les patients précaires échappent plus fréquemment aux dépistages de masse en santé, et sont plus à risque de développer des facteurs de risques cardio-vasculaires.

L'accès aux soins de premier recours pour les PDO est alors primordial pour limiter les inégalités de santé auxquels ils sont sujets.

Sachant qu'en 2015, 82% des patients traités par BHD et 50% des patients sous MTD ne sont vus qu'en cabinet de médecine générale, il paraît alors indispensable de permettre aux médecins généralistes de poursuivre cette prise en charge dans les meilleures conditions (24).

Les données du Baromètre santé 2009 auprès des médecins généralistes français montraient que 85% des médecins généralistes français considéraient les patients toxicomanes comme des personnes malades nécessitant une prise en charge médicale (32). Néanmoins la majorité de ses patients sont vus par une faible proportion de médecins généralistes. Toujours d'après le Baromètre santé 2009, seul 11,8 % des médecins généralistes voient au moins 5 patients dépendants aux opiacés en consultation par mois (32).

Les représentations des médecins généralistes à propos des PDO restent néanmoins pour un certain nombre le fruit de stigmatisations. Une enquête qualitative de 2012 auprès de 27 médecins généralistes français observait qu'il existait des logiques de sélection des patients par certains médecins généralistes. Ces médecins évoquaient le fait de vouloir maintenir une clientèle variée, garantir la sécurité du cabinet, ne pas vouloir alimenter un trafic parallèle de TSO (36).

Les résultats de notre étude sont donc encourageants. Les médecins généralistes de l'Hérault, en dépit de leur ressenti parfois négatif, prennent en charge les patients usagers de drogues de la même manière que les médecins plus expérimentés et plus à l'aise. C'est un argument de plus pour rassurer les médecins généralistes se sentant parfois découragés dans la prise en charge des PDO et les encourager à la poursuivre.

3) Les Perspectives :

a) Favoriser le lien entre médecine de ville et structures spécialisées en addictologie :

Favoriser le lien entre la médecine de ville et les réseaux d'addictologie paraît être indispensable à la prise en charge des PDO par les médecins généralistes de l'Hérault. D'après les résultats de l'étude plus d'un médecin sur deux perçoit un manque de lien avec les structures de prise en charge des patients dépendants. Le Baromètre santé de 2009 auprès de médecins généralistes français décrivait que seul 5,3% des médecins généralistes interrogés participait à un réseau de santé en addictologie. De plus, seul un tiers des médecins généralistes travaillait un lien avec une structure d'addictologie lorsqu'ils prenaient en charge des patients usagers de drogues illicites (32). Il existe un manque de connaissance des structures de proximité existantes spécialisées dans la prise en charge des patients usagers de drogues par les médecins généralistes.

Une étude de 2010 menée dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale par le Dr AUGÈRE Fanny avait mis en évidence que la visite auprès des médecins généralistes girondins d'un délégué « santé prévention » appartenant à un réseau d'addictologie locale augmentait de manière significative leur connaissance des structures d'addictologie locales. 76% des médecins ayant reçu la visite d'un délégué estimaient

connaître les structures d'addictologie contre 32% des médecins n'ayant pas reçu de visite (37). Cette piste paraît intéressante et pourrait alors être envisagée auprès des médecins généralistes de l'Hérault.

De plus, l'accès à un référentiel unique regroupant de manière lisible les différentes structures locales spécialisées en addictologie pourrait améliorer la connaissance de ces structures par les médecins généralistes de l'Hérault. C'est le cas du site internet « www.addictoclic.com » développé en région Nouvelle-Aquitaine, et qui facilite la recherche des coordonnées des structures d'addictologie.

b) Développer la formation en addictologie :

Les médecins en difficulté dans la prise en charge des PDO mettent en avant un manque de connaissances en addictologie. Ce manque de connaissances est surtout présent chez les médecins les plus âgés.

Le diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en addictologie a vu le jour en 1999, et a permis alors la reconnaissance de l'addictologie comme discipline médicale à part entière, nécessitant une approche et des compétences particulières.

Depuis, l'addictologie est enseignée à tous les étudiants en médecine français.

Néanmoins, l'approche théorique de cette discipline ne peut suffire pleinement. Dans notre étude seul 12% des médecins interrogés ont eu une expérience pratique de l'addictologie durant des stages cliniques pendant l'externat ou l'internat.

L'accès à des stages cliniques en addictologie à un nombre plus important d'étudiants en médecine permettrait alors de leur faire acquérir une expérience et des compétences spécifiques pour prendre en charge les patients dépendants aux opiacés dans leur carrière à venir

Il convient également de développer les formations médicales continues sur le thème des addictions, avec des intervenants provenant des structures de soins addictologiques pour permettre une mise à jour des connaissances pour les médecins généralistes et favoriser le lien avec les spécialistes.

c) Primo-prescription de méthadone par les médecins généralistes :

Compte tenu des comorbidités importantes de la consommation de drogues, les patients usagers de drogues nécessitent un accès aux soins de premiers recours facilité. Cet accès aux soins est encouragé par la politique de réduction de risques liés à l'usage de drogues et passe notamment par l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO). La méthadone doit obligatoirement être initiée par une structure de soins et peut être ensuite renouvelée en médecine de ville, La BHD et la Suboxone peuvent quant à elles être directement initiées par les médecins généralistes.

Cependant la médecine générale constitue souvent le seul contact avec le monde médical pour les patients dépendants aux opiacés, et ceci est d'autant plus vrai dans les zones rurales, éloignées des structures spécialisées en addictologie.

En 2012, l'étude randomisée multicentrique *Méthaville* menée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites expérimentait la faisabilité de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville en France (38). Cette étude suivait pendant un an deux groupes de patients dépendants aux opiacés : un premier groupe pour qui un traitement par méthadone était initié en centres de soins et un second groupe pour qui le traitement était initié en médecine de ville par des médecins généralistes ayant reçu une formation spécifique. Les résultats de l'étude exprimaient de manière significative la non-infériorité de la primo prescription de méthadone en médecine de ville par rapport aux centres de soins. La proportion de patients abstinents était si-

miltaire dans les deux groupes. Les résultats de cette étude étaient conditionnés à la bonne connaissance des modalités d'initiation du traitement par les médecins généralistes et une évaluation quotidienne par les pharmaciens délivrant le produit pendant la phase d'induction du traitement.

Cette étude met en perspective la possibilité d'initier un traitement par méthadone par les médecins généralistes ayant reçu une formation spécifique.

Une étude menée par le Dr CHARVET Paul en 2016 dans le cadre d'un travail de thèse avait étudié l'acceptabilité de la primo prescription de méthadone par les médecins généralistes du Languedoc Roussillon (39). Il en était ressorti que 43% des médecins de la région étaient favorables à l'initiation de la méthadone par les médecins généralistes. Il s'agissait de manière significative surtout de médecins qui avaient reçus une formation spécifique en addictologie. Un des autres éléments déterminant dans la volonté d'initier le traitement était la nécessité d'un lien fort avec les CSAPA. Plus d'un médecin sur deux se déclarait d'accord à un conventionnement particulier avec le CSAPA local.

Cependant, il existe une augmentation récente des décès par surdose directement imputable à la méthadone. L'enquête annuelle DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) de 2016 menée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) dénombrait 143 décès imputables à la méthadone. Ce chiffre est en augmentation par rapport aux années précédentes tandis qu'on assiste à une stabilisation des décès liés à la buprénorphine et une incidence des décès 7 fois moins importante (40).

La primo-prescription de méthadone par les médecins généralistes demeure un sujet sensible qui ne saurait être envisagé sans prendre un compte un risque d'overdoses majeur par rapport à un traitement par buprénorphine.

4) Forces de l'étude :

a) Choix du type d'étude :

La majorité des travaux de thèse entrepris sur le sujet de la prise en charge des patients dépendants aux opiacés en médecine générale s'intéressait au vécu des médecins via des études qualitatives. Il a été donc jugé pertinent d'aborder le thème de l'addiction en médecine générale sur un versant globale plutôt que centré sur la prise en charge addictologique uniquement.

b) Taille de l'échantillon :

Le nombre de sujets nécessaires calculé a priori a été atteint avec 142 réponses aux questionnaires pour un nombre de réponses nécessaires de 90, ce qui garantissait une puissance suffisante à l'étude.

5) Limites de l'étude :

a) Biais de sélection :

De part sa nature quantitative, cette étude nécessitait un nombre important de participants. Le taux de non-réponses au questionnaire envoyé a été important, 358 questionnaires n'ont pas été remplis sur les 500 envoyés initialement, soit 71,6% de non-réponses. Ce nombre important de questionnaires non remplis peut s'expliquer de plusieurs manières. Tout d'abord un manque de temps à consacrer à la réponse au questionnaire du fait de l'activité médicale de chaque médecin, et des nombreuses sollicitations qu'ils reçoivent de la part de nombreux étudiants pour d'autres projets de thèse. De plus, la thématique de l'étude pouvait représenter un frein à la réponse au questionnaire, car la majorité des médecins généralistes voit peu ou pas de patients dépendants aux opiacés en consultation. Les médecins habitués à prendre en charge les

PDO ou ceux qui étaient intéressés par le sujet étaient alors plus enclins à répondre au questionnaire.

b) Biais de mesure :

Pour espérer un grand nombre de réponses, le moyen de recueil des données, à savoir le questionnaire, devait être court, clair et rapide à remplir par les participants de l'étude. Les thèmes abordés étaient alors restreints et ne pouvaient aborder tout les champs de la médecine générale.

Il s'agissait de données issues des déclarations des médecins eux-mêmes ce qui pouvait conduire à un biais de mémorisation quant à leur pratique réelle dans la prise en charge des PDO.

Malgré le fait que le questionnaire soit analysé de manière anonyme et que les médecins répondants en soient informés, la peur du jugement dans les réponses données pouvait pousser les participants de l'étude à donner des réponses qui ne reflétaient pas exactement leur pratique.

CONCLUSION

La politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues a permis une diminution de la mortalité et de la morbidité de la consommation d'héroïne, notamment depuis l'essor des traitements de substitution aux opiacés.

Le médecin généraliste détient une place centrale dans ce dispositif, étant en première ligne dans la prise en charge médicale des patients usagers de drogues. Néanmoins l'accès aux soins de ces patients reste problématique. Considérés comme personnes « malades » par l'opinion publique et par les médecins eux mêmes, les patients dépendants n'en restent pas moins pour un certain nombre à la marge du système de soins. Les représentations et les stigmatisations représentant souvent un frein à la prise en charge.

Cependant la part de médecins généralistes prenant en charge des patients usagers de drogues ne cesse de croître. D'après notre étude il n'existe pas de différence dans le suivi et la prise en charge médicale des patients dépendants en fonction du ressenti et de l'expérience du médecin.

L'accès à des formations spécifiques sur la gestion des TSO à destination des médecins généralistes de l'Hérault avec des mises à jour régulières et la disponibilité de confrères référents spécialisés à proximité permettraient alors une prise en charge optimale des PDO par les médecins généralistes. La connaissance par les médecins des structures locales d'aide à la prise en charge des PDO est primordiale pour lutter contre les sentiments d'isolement, de solitude et de découragement que certains médecins peuvent exprimer. Il convient également de travailler sur les représentations que les médecins généralistes peuvent avoir au sujet des PDO pour s'éloigner de l'image du toxicomane marginal, qui depuis l'essor des TSO est de moins en moins la règle.

La prise en charge de ces patients ne saurait être abordée sur le versant médical uniquement. Le travail en réseau avec les différents acteurs sociaux, psychologiques, et médicaux est indispensable pour prendre en charge le patient dans sa globalité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Richard D, Senon J-L. Historique, modes de consommation, pharmacologie. :25.
2. Coppel A, Bachmann C. La Drogue dans le monde: hier et aujourd'hui. :68.
3. Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues. Ann Pharm Fr. janv 2010;68(1):3-11.
4. J.P. Tassin. La place de la dopamine dans les processus de dépendance aux drogues. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. 19 févr 2002 [cité 26 août 2018]; Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/la-place-de-la-dopamine-dans-les-processus-de-dependance-aux-drogues/>
5. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. État du phénomène de la drogue en Europe: rapport annuel. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2005.
6. Agnès Cadet-Taïrou, Michel Gandilhon, Magali Martinez, Thomas Néfau. Substances illicites ou détournées : les tendances récentes (2013-2014) - Tendances 96 - décembre 2014 - OFDT [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/substances-ill-icites-ou-detournees-les-tendances-recentes-2013-2014-tendances-96-de-cembre-2014/>
7. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/priorite-2013-2017>
8. Éric Janssen, Tanja Bastianic. Usage problématique de drogues en France : les prévalences en 2011. septembre 2013 - OFDT [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2013/usage-problematique-de-drogues-en-france-les-prevalences-en-2011-septembre-2013/>
9. INPES. Drogues illicites- La consommation en France [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/drogues/drogues-consommation-france.asp>
10. OFDT. Drogues, chiffres clés - 6ème édition - 2015 [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/6eme-edition-2015/>
11. François Beck, Jean-Baptiste Richard, Romain Guignard, Olivier Le Nézet, Stanislas Spilka. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 - Tendances 99 - mars 2015 - OFDT [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-niveaux-dusage-des-drogues-en-france-en-2014-tendances-99-mars-2015/>

12. Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Eric Janssen, Alex Brissot, Antoine Philippon, Jalpa Shah, Sandra Chyderiotis. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 - Tendances 123 - février 2018 - OFDT [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2017-tendances-123-fevrier-2018/>
13. Agnès Cadet-Taïrou, Michel Gandilhon, Magali Martinez, Thomas Néfau, Maitena Milhet. Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2015-2016) - Tendances 115 - décembre 2016 - OFDT [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/substances-psychoactives-usagers-et-marches-les-tendances-recentes-2015-2016-tendances-115-decembre-2016/>
14. Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*. mars 2007;369(9566):1047-53.
15. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *American Journal of Psychiatry*. août 2013;170(8):834-51.
16. INSERM. Réduction des risques chez les usagers de drogues [Internet]. [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86>
17. Lucidarme D, Duburque C, Yassine W, Bulois P, Filoche B. Evolution de l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France. 2012;19:12.
18. Gentile G, Frauger E, Giocanti A, Pauly V, Orleans V, Amaslidou D, et al. Caractéristiques des sujets sous traitement de substitution vus en médecine générale d'après l'enquête nationale OPEMA 2013. *Thérapie*. juin 2016;71(3):307-13.
19. Brisacier A-C. Premiers résultats de l'enquête « cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants ». :12.
20. Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances Principaux résultats enquête DRAMES 2015 [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/01c99-bad61b61c11e17ed6c81cb86eb4.pdf
21. Kopp P. Le coût social des drogues en France. :10.
22. Jauffret-Roustide M. Succès et limites du modèle de réduction des risques à la française. *Alcoolologie et Addictologie*. 1 janv 2011;33:101-10.
23. Fatséas M, Daulouède J-P, Auriacombe M. MÉDICAMENTS DE L'ADDICTION AUX OPIACÉS: MÉTHADONE ORALE ET BUPRÉNORPHINE SUBLINGUALE. 2016.
24. Brisacier A-C. Tableau de bord TSO 2017. :17.

25. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. HAS conférence de consensus. oct 2004;33(18): 41-7.
26. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA - Situation en 2014 et évolution depuis 2007 - Tendances 110 - juin 2016 - OFDT [Internet]. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-personnes-accueillies-dans-les-csapa-situation-en-2014-et-evolution-depuis-2007-tendances-110-juin-2016/>
27. Henry A. Acculturation à la méthodologie des essais cliniques. :170.
28. FRANCIONE R, BISSONNIER C, BOETSCH D, MATUSZEWSKI C, CHAPDELAIN P. La démographie médicale En Région Languedoc-Roussillon Situation en 2015. : 69.
29. Calculatrice de taille de l'échantillon [Internet]. [French] SurveyMonkey. [cité 4 juill 2018]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>
30. 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]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
31. Barrière L. Quels sont les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge de patients dépendants aux opiacés en soins primaires ? [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
32. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
33. Azrak D. Freins à la prise en charge des consommateurs d'héroïne en demande de traitement substitutif: étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes de l'agglomération rouennaise.
34. Bastiat F. Les résistances des médecins généralistes à la substitution aux opiacés: regard sur les pratiques à la marge des réseaux [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
35. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: <http://drees.-solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
36. Dassieu L. La sélection entre logique d'appropriation et stigmatisation. Les médecins généralistes face aux patients dépendants aux opiacés. Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem. 2012;6(1):179.
37. Augere F. Apport de la visite d'une déléguée santé prévention d'un réseau « addictions », auprès des médecins généralistes girondins: étude comparative entre ter-

ritoire visité et un territoire non visité [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2010.

38. The ANRS Methaville Study Group, Roux P, Michel L, Cohen J, Mora M, Morel A, et al. Methadone induction in primary care (ANRS-Methaville): a phase III randomized intervention trial. *BMC Public Health* [Internet]. déc 2012 [cité 20 août 2018]; 12(1). Disponible sur: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-488>
39. Charvet P, Donnadiou-Rigole H. La primo-prescription de méthadone en médecine générale: Enquête transversale auprès des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. [Lieu de publication inconnu, France]; 2016.
40. DRAMES - Deces en relation avec l'abus de médicaments et de substances 2016 [Internet]. [cité 26 août 2018]. Disponible sur: https://www.anism.sante.fr/var/anism_site/storage/original/application/5dfc3b8f413db7130062b63ca842b298.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1

DSM 5 : Trouble lié à l'usage d'une substance, version avril 2012

Présence d'au moins 2 des critères suivant, au cours des derniers 12 mois :

1. Prise de substance en plus grande quantité et pendant une période plus longue que prévue.
2. Désir persistant ou échec des tentatives d'arrêt ou de contrôle de l'usage du produit.
3. Temps dédié à se procurer le produit, le consommer et récupérer des effets.
4. Incapacité à remplir des obligations professionnelles, scolaires et familiales secondaire à l'usage de la substance
5. Poursuite de l'usage malgré des répercussions sociales ou interpersonnelles
6. Arrêt ou réduction d'activités sociales, de loisirs ou professionnelles.
7. Usage répété lors de situations physiquement dangereuses.
8. Poursuite de l'usage malgré des problèmes physiques ou psychiques provoqués ou aggravés par la substance.
9. Tolérance au produit : augmentation des quantités de substance pour atteindre les effets désirés ou effets diminués après usage des mêmes quantités en continu.
10. Sevrage : syndrome de sevrage à l'arrêt de l'usage ou consommation du produit pour éviter ou soulager les symptômes du sevrage
11. Craving : désir irrésistible ou pulsion à consommer une substance.

trouble léger : présence de 2 ou 3 critères

trouble moyen : présence de 4 ou 5 critères

trouble grave : présence de 6 critères ou plus

ANNEXE 2

Questionnaire adressé par e-mail aux médecins inclus

Thèse de médecine générale : La prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés en cabinet de médecine générale dans l'Hérault.

Bonjour,

Interne en médecine générale à la Faculté de Médecine de Montpellier , je réalise un travail de thèse encadré par le Dr Hélène DONNADIEU-RIGOLE, portant sur la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par le médecin généraliste en cabinet de ville.
Il s'agit d'un questionnaire en ligne dont le lien est en fin de mail.

La réponse au questionnaire prend environ 5 minutes et il sera analysé de manière anonyme.

Il comporte 3 parties :

- une partie sur vos caractéristiques personnelles en tant que médecin
- une partie sur la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés
- une partie sur les difficultés pouvant être rencontrées lors de cette prise en charge

Il ne s'agit en aucun cas d'un jugement sur votre pratique, mais seulement d'un état des lieux des pratiques actuelles.

Si vous le souhaitez, je pourrai vous faire parvenir l'analyse finale des résultats.

Merci pour votre participation.

Mr EL OMAR Omar

*Obligatoire

A) Caractéristiques des médecins

1. 1: Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- un homme
 une femme

2. 2 : Âge : *

Une seule réponse possible.

- < 35 ans
 35 - 50 ans
 50 - 60 ans
 > 60 ans

3. 3 : Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- Médecin généraliste en activité libérale uniquement
 Médecin généraliste en activité mixte (libérale et salariat en structure)

4. 4 : Lieu d'exercice : *

Une seule réponse possible.

- Rural
- Semi rural
- Urbain

5. 5 : Modalités d'exercice : *

Une seule réponse possible.

- Seul
- Cabinet de groupe
- Maison de santé pluri professionnelle

6. 6 : Formation initiale en addictologie : *

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Théorique uniquement
- Stage clinique pendant l'externat / internat
- Diplôme universitaire en addictologie
- DESC d'addictologie
- Formation médicale continue

B) Concernant la prise en charge médicale des patients dépendants aux opiacés

7. 1 : Combien de patients dépendants aux opiacés voyez-vous par mois ? *

Une seule réponse possible.

- Aucun
- 1 - 5
- 5 - 20
- > 20

8. 2 : Au cabinet, vous les suivez pour : *

Une seule réponse possible.

- Prise en charge addictologique UNIQUEMENT : sevrage, initiation et renouvellement des TSO (traitements substitutifs aux opiacés)
- Suivi médical autre qu'addictologique UNIQUEMENT
- Les deux

9. **3 : Concernant les infections virales plus fréquemment rencontrées dans cette population (VIH, VHC), vous réalisez un dépistage ? : (plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- En début de suivi uniquement
- Jamais
- Tous les 6 à 12 mois
- Si symptômes ou prise de risque récente
- A la demande du patient

10. **4 : Concernant les co-addictions (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, autres ..) vous les recherchez : (plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Si évoquées par le patient lui - même
- A la demande du patient
- A chaque consultation
- Jamais
- En début de suivi uniquement

11. **5 : Concernant le dépistage du diabète de type 2 chez ces patients, vous prescrivez la réalisation d'une glycémie à jeun : (plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Jamais
- Tous les 1 à 3 ans
- Sur demande du patient
- En début de suivi uniquement
- Si signes cliniques

12. **6 : Concernant le dépistage des dyslipidémies chez ces patients, vous prescrivez un bilan biologique lipidique : (plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- A la demande du patient
- Jamais
- Pour les femmes si traitement contraceptif prescrit
- En début de suivi uniquement
- Si présence de facteurs de risque cardio - vasculaires

13. **7 : Concernant la prise en charge psychiatrique chez ces patients, vous recherchez des signes de dépression : (plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Jamais
- A chaque consultation
- Si symptômes
- En début de suivi uniquement

14. 8 : Concernant la contraception chez les patientes dépendantes aux opiacés, vous l'évoquez : (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- A chaque consultation
- A la demande de la patiente
- Lors d'une consultation pour motif gynécologique
- En début de suivi uniquement
- Jamais

15. 9 : Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les patientes dépendantes aux opiacés de 25 à 65 ans, vous réalisez un frottis cervico-utérin : (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Tous les 3 ans
- Jamais
- A la demande de la patiente
- Lors d'une consultation pour motif gynécologique
- En début de suivi uniquement

16. 10 : Concernant le dépistage du cancer du sein chez les patientes dépendantes aux opiacés, vous prescrivez la réalisation d'une mammographie : (plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Jamais
- A la demande de la patiente
- Si signes cliniques évocateurs
- Lors d'une consultations pour motif gynécologique
- Tous les deux ans si âgées de 50 à 74 ans

C) Le médecin généraliste dans la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés :

17. 1 : Concernant la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés, vous vous sentez plutôt : *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout à l'aise
- Plutôt pas à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Tout à fait à l'aise

18. 2 : Quels sont selon vous les freins à une prise en charge médicale globale optimale des patients dépendants aux opiacés par le médecin généraliste ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Aucun
- La durée de la consultation
- Le tarif de la consultation
- Le regard des autres patients
- Le manque de connaissances en addictologie
- Le manque de lien avec les réseaux d'addictologie
- L'inobservance des patients dépendants aux opiacés
- Un sentiment d'insécurité
- Autre : _____

19. 3 : Citer les adjectifs qui vous viennent à l'esprit au sujet de la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés : *

20. 4 : Quels pourraient être selon vous les moyens à mettre en place pour faciliter la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par le médecin généraliste ? *

Merci pour votre participation.

Monsieur EL OMAR Omar.

ANNEXE 3

Caractéristiques des médecins interrogés

	Pourcentage	Effectif
<u>Sexe :</u>		
Homme	46,5 %	66
Femme	53,5 %	76
<u>Âge :</u>		
<35 ans	12 %	17
35-50 ans	38 %	54
50-60 ans	32,4 %	46
>60 ans	17,6 %	25
<u>Lieu d'exercice :</u>		
Milieu urbain	48,6 %	69
Milieu semi-rural	44,4 %	63
Milieu rural	7 %	10
<u>Mode d'exercice :</u>		
Seul	27,5 %	39
Cabinet de groupe	66,9 %	95
Maison de santé pluriprofessionnelle	5,6 %	8
<u>Type d'activité :</u>		
Libérale	84,5 %	120
Mixte	15,5 %	22
<u>Formation en addictologie :</u>		
Aucune	50,7 %	72
Théorique	28,2 %	40
Stage clinique pendant l'externat et/ou l'internat	12 %	17
Diplome universitaire en addictologie	0 %	0
DESC	0 %	0
Formation médicale continue	17,6 %	25
<u>Nombre de PDO vus par mois en consultation :</u>		
Aucun	7 %	10
1 - 5	79,6 %	113
> 5 - 20	10,6 %	15
> 20	2,8 %	4
<u>Type de prise en charge :</u>		
Addictologique uniquement	9,2 %	13
Médicale autre qu'addictologique uniquement	17,6 %	25
Les deux	73,2 %	104

ANNEXE 4 :

Ensemble des réponses données à la question :

« Citer les adjectifs qui vous viennent à l'esprit au sujet de la prise en charge médicale

globale des patients dépendants aux opiacés »

- chronophage (2)
- compliquée (6)
- fragiles, inconstants, désocialisés (2)
- coaching permanent, entretien motivationnel (2)
- difficile (2)
- globale. Régulier. Respectueux
- difficile, délicate, gratifiante
- insécurité, récidive
- longue prolongée délicate complexe
- méfiance, rigidité nécessaire, manipulation
- nécessaire, délicate
- pluridisciplinaire, complexe
- journalier
- mauvaise
- longue difficile
- complexe, répétitif, global, passionnant
- durée de la prise en charge
- nécessité d'une pluriprofessionnalite
- déstabilisante complexe frustrante inefficace
- difficile chronophage inefficace
- difficulté à faire confiance, patient très demandeur,
- difficile, long, très long, pas impossible
- compliqué, long, mensonges
- observance, régularité
- identique aux autres patients
- confiance
- la même que pour les autres patients
- mauvaise
- je ne sais pas ce qu'est la prise en charge globale, ou en tout cas ce qui serait plus ou moins global pour ces patients que pour les autres
- réguliers, tristes, désespérés
- pluridisciplinaire réseau
- nécessaire difficile
- mensonges , rechutes , patience
- confiance
- comme un autre patient identique
- prévention
- compliqué de ne pas s'installer dans une routine
- irrégulière (rdv manqués, ou vus en urgence)
- intéressant
- complexe, chronophage, multidisciplinaire
- fiabilité, confiance
- décevante
- malobservance déni
- difficile
- pas passionnant
- routinière ennuyeuse sans évolution
- longue, lacunaire

- complexe, risquée (mensonge, manipulation, coinfections complexes, judiciarisation parfois), limitée a peu de patients au risque d'être submergé de demandes.
- complexe, inobservance, manque de confiance
- plutôt plus facile que celle des alcooliques
- difficile aléatoire
- difficile, chronophage, insatisfaisante
- suivi interminable
- inefficace, décourageante
- Adaptabilité
- de longue haleine, parfois décourageant, valorisant quand on arrive au bout de la prise en charge, avec une stabilité acquise et persistante, en sevrage ou en substitution stable.
- durée
- difficile épuisante et souvent vaine
- tolérance implication détachement du résultat
- insécure, incompliance
- longue, désespérante
- complexe, éprouvante, enrichissante
- pénible
- décevant, stressant parfois, difficile
- compliquée, multidisciplinaire
- frustrant, partial
- complexe, difficile, épuisant
- fastidieux
- répétition, lassitude
- fatigant
- perte de confiance à l'égard des patients qui rechutent
- non fiables
- difficile désespérante déprimante sentiment d'impuissance
- non observant indiscipliné récidiviste
- complexe confiance difficile caution de leur intoxication
- algiques, fragiles, désocialisés, souvent secondaire à la prise de médicaments seulement
- aléatoire répétitif
- travail dans l'urgence, sentiment de faire du dépannage
- longue
- délicate compliquée chronophage
- complexe
- peine perdue la plupart du temps
- multidisciplinaire
- difficile
- inefficace
- compliqué, polypathologique, fatalisme
- réseau (médecin généraliste, addictologue, psychiatre)
- personnalisée, complexe
- difficile, pluridisciplinaire
- très aléatoire, figée par manque de communication avec les spécialistes hospitaliers
- précontemplatifs, fatalistes, crainte du manque, déresponsabilisés, immaturité
- compliquée, insécure
- aléatoire
- réinsertion dans le système de santé et la société, se soigner
- compliquée , chronophage
- difficile
- autre (34)

ANNEXE 5 :

Ensemble des réponses données à la question :

« Quels pourraient être selon vous les moyens à mettre en place pour faciliter la prise en charge médicale globale des patients dépendants aux opiacés par le médecin généraliste ? »

- formation (7)
- gratuité de la consultation et des examens complémentaires (2)
- NSP (2)
- lien avec centre d' addictologie omniprésent (2)
- pas d'idée
- coopération médecin généraliste et centre d'addictologie.
- formation initiale au moins théorique, lien avec addictologue hospitalier facilité
- intégrer le médecin généraliste à une structure multidisciplinaire afin de partager la prise en charge et d'avoir des conduites à tenir codifiées allant dans le même sens.
- lien avec structure addictologique
- offre de soins plus large
- travail en réseau
- consultations longues
- accéder à la prescription de méthadone par les MG formés, meilleure rémunération de certains actes, mis en place de groupes de parole pluridisciplinaires, FMI, etc.
- épisode pas loin si besoin
- développer les réseaux et la communication, avoir plus de passerelles pour prise en charge psychologique et sociale souvent nécessaires
- former former et encore former
- nécessité d'avoir un suivi pluridisciplinaire en réseau
- adhésion au DMP pour accéder aux prescriptions et avis des différents intervenants.
- formation initiale, maximum 5 par médecin.
- faciliter le lien et la discussion avec les addicto
- prise en charge en relais d'une structure d'addictologie
- gratuité des soins
- prise en charge dans des centres spécifiques, non adapté au libéral
- que la prise en charge ne soit pas que médicale, mais globale justement.
- formation, que les jours soient plus longs
- déléguer des tâches à d'autres paramédicaux pour avoir plus de temps et rémunérer mieux actes médicaux
- plus de temps
- réseau avec les spécialistes
- mieux connaître les structures en réseau permettant de débiter un suivi avec plusieurs interlocuteurs dont un addictologue
- meilleure formation / EPU
- travail en réseau
- liens plus faciles avec réseau
- il me faudrait une formation
- une évaluation régulière par un addictologue tous les 6 mois serait souhaitable
- une meilleure formation et une meilleure rétribution
- maison de santé multidisciplinaire dédiée
- réseau multidisciplinaire
- accès plus facile et rapide aux centres d'addictologie et aux avis
- consultation longue dédiée mieux rémunérée + formation à l'addictologie + accès facile aux services et spécialistes d'addictologie si besoin
- relai avec des structures de soins en thérapie non médicamenteuse

- faciliter l'accès en hospitalisation de courte durée en service d'addictologue
- un dossier médical partagé avec un centre spécialisé
- référent joignable
- formation spécifique, réseau addicto-ville
- de meilleures relations avec les services hospitaliers dédiés
- meilleure connaissance du réseau
- dépistages orientés, consultations spécifiques
- réseau plus facilement joignable
- ne devrait pas relever de la médecine générale
- accès plus facile aux consultations spécialisées
- faciliter le travail en réseau médico-psycho-social, avec une rémunération adaptée, car "mange temps"
- référents addictologues
- je ne vois pas
- lien avec addictologues
- améliorer la coordination entre les structures hospitalières et le médecin généraliste.
- pas de prise en charge par médecins libéraux, uniquement par structure spécialisée
- meilleure relation / lien avec équipe d'addictologie
- réseaux locaux pluridisciplinaires
- formation en addictologie pour mieux appréhender la psychologie et les besoins des patients
- adresser ces patients à des médecins plus formés et plus à l'aise
- réseaux ville hôpital
- formation dédiée, code CCAM spécifique
- centre d'addictologie
- une consultation spécifique 1 fois par an en tiers payant intégral
- avoir des RCP avec les spécialistes
- je ne sais pas je n'ai plus envie de m'occuper de ces malades peut être plus de coercition, moins de facilité pour obtenir ces substances des contrats plus durs entre médecin et toxicomanes
- une collaboration avec un réseau ville - hôpital
- réseau et groupe de paroles bus se déplaçant dans les villages comme la PMI
- une meilleure information publicitaire (TV, radio..) pour prévenir les patients des risques .
- lien avec service d'addictologie
- chez certains patients il existe un sentiment de honte au point de cacher à son Médecin traitant son addiction, ce qui le pousse à consulter en parallèle d'autres confrères ou de se procurer les médicaments dans la rue
- coordination des acteurs du soin
- augmenter les réseaux de proximité en milieu rural
- qu'ils aient envie de se soigner et pas d'obtenir un produit. Patients souvent manipulateurs et résistants/méfiant
- pas de suivi en ville mais seulement dans des dispensaires et idem pour la délivrance des substituts
- réseau d'accueil en urgence des patients dépendants
- lien avec réseaux de soins et d'accompagnement
- une rémunération spécifique à une prise en charge en réseau et un remboursement conditionné à un patient intégré à celui-ci
- une FMC plus performante, une meilleure communication avec les réseaux addictologiques et les pharmacies
- meilleur lien avec un centre d'addictologie, encadrement plus important, obligation de consultation au moins annuelle en addictologie
- un journal de bord par courrier mail sécurisé envoyé au responsable hospitalier au spécialiste hospitalier
- suivi psychothérapeutique
- aucune je ne vois pas comment garantir la sécurité au cabinet
- une consultation validée « addictologie » avec cotation niveau CSPSY et formation des médecins , organisation des cabinets avec consultations sur RDV
- lien avec réseaux d'addictologie
- optimiser le travail en réseaux, assortir ce suivi à une obligation de suivi spécialisé régulier pour poursuivre le traitement.
- autres (35)

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) 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 (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

ABSTRACT

Introduction : Heroin is a very addictive substance with concomitant medications, psychiatric and social elements. In 2014, in France, 600,000 people have already experienced it. Opioid substitution treatments have reduced morbidity and mortality. The role of the general practitioner in the management of opiate dependent patients (ODP) is central. The primary objective of the study is to describe the overall medical management of ODPs by general practitioners in Hérault. The secondary objective is to identify the difficulties felt by these doctors and the solutions that could improve care.

Method : The study was quantitative descriptive cross-sectional observational by questionnaire addressed to liberal general practitioners of Hérault, drawn by lot. The analysis of the results was done in a descriptive way then in sub-group after stratification according to the number of ODPs seen in consultation and the feeling of the doctors. Fisher's exact test was used.

Results : 142 questionnaires were collected. 72% of the doctors had no training in addictology. 80% saw 1 to 5 PDOs per month. 54% were uncomfortable with this treatment. The difficulties were the lack of links with addictology structures, the lack of knowledges in addictology and a negative perception of ODPs. There was no difference in the screening for infectious and psychiatric comorbidities, cardiovascular risk factors or in the management of dependent women, according to the feelings of doctors and the number of ODP seen per month.

Conclusion : General practitioners unaccustomed to following ODPs and those feeling uncomfortable with them, take care of them in the same way as more experienced doctors. To promote the management of ODPs by general practitioners of Hérault, it would be necessary to develop links with specialized addictology structures, to develop initial and continuing medical education and to work on doctors' representations regarding ODPs.

Key words: general practice / opiates / precariousness / ambulatory / addictology

RÉSUMÉ

Introduction : L'héroïne est une substance très addictive avec des comorbidités somatiques, psychiatriques et sociales importantes. En 2014, en France, 600 000 personnes l'ont déjà expérimenté. Les traitements de substitution aux opiacés ont permis la diminution de la morbi-mortalité. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients dépendants aux opiacés (PDO) est central. L'objectif primaire de l'étude est de décrire la prise en charge médicale globale des PDO par les médecins généralistes de l'Hérault. L'objectif secondaire est d'identifier les difficultés ressenties par ces médecins et les solutions qui pourraient améliorer la prise en charge.

Méthode : L'étude était observationnelle descriptive transversale quantitative par questionnaire adressé aux médecins généralistes de l'Hérault libéraux, tirés au sort. L'analyse des résultats fut faite de manière descriptive puis en sous-groupe après stratification selon le nombre de PDO vus en consultation et le ressenti des médecins. Le test exact de Fisher fut utilisé.

Résultats : 142 questionnaires furent recueillis. 72% des médecins n'avaient aucune formation en addictologie. 80% voyaient 1 à 5 PDO par mois. 54% n'étaient pas à l'aise dans cette prise en charge. Les difficultés étaient le manque de lien avec les structures d'addictologie, le manque de connaissance en addictologie et une perception négative des PDO. Il n'y avait pas de différence dans le dépistage des comorbidités infectieuses et psychiatriques, des facteurs de risques cardio-vasculaires ou dans la prise en charge des femmes dépendantes, selon le ressenti des médecins et du nombre de PDO vus par mois.

Conclusion : Les médecins généralistes peu habitués à suivre des PDO et ceux se sentant en difficulté face à eux, les prennent en charge de la même manière que des médecins plus expérimentés. Pour promouvoir la prise en charge des PDO par les médecins généralistes de l'Hérault, il faudrait développer les liens avec les structures spécialisées en addictologie, développer la formation médicale initiale et continue et travailler sur les représentations des médecins vis à vis des PDO.

Mots clefs : médecine générale / opiacés / précarité / ambulatoire / addictologie