



HAL
open science

Existe-t-il des freins pour les patients sous traitements de substitution aux opiacés à aborder leur addiction avec un médecin généraliste ? Étude menée en centre d'addictologie

Ellen Duvoid

► To cite this version:

Ellen Duvoid. Existe-t-il des freins pour les patients sous traitements de substitution aux opiacés à aborder leur addiction avec un médecin généraliste ? Étude menée en centre d'addictologie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03213171

HAL Id: dumas-03213171

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03213171>

Submitted on 30 Apr 2021

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

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

UNIVERSITÉ DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE d'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

Ellen DUVOID

Présentée et soutenue publiquement le mardi 8 décembre 2020

**EXISTE-T-IL DES FREINS POUR LES PATIENTS SOUS TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX
OPIACÉS À ABORDER LEUR ADDICTION AVEC UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?
ÉTUDE MENÉE EN CENTRES D'ADDICTOLOGIE**

Directrice de thèse :

Madame RIGAUD Josette, Docteur en Médecine Générale à Montluçon

Président du jury :

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

Membres du Jury :

Madame LAPORTE Catherine, Maître de Conférence des Universités, UFR de Médecine de Clermont-Ferrand

Monsieur VORILHON Philippe, Professeur des Universités, UFR de Médecine de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE d'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

Ellen DUVOID

Présentée et soutenue publiquement le mardi 8 décembre 2020

**EXISTE-T-IL DES FREINS POUR LES PATIENTS SOUS TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX
OPIACÉS À ABORDER LEUR ADDICTION AVEC UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?
ÉTUDE MENÉE EN CENTRES D'ADDICTOLOGIE**

Directrice de thèse :

Madame RIGAUD Josette, Docteur en Médecine Générale à Montluçon

Président du jury :

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

Membres du Jury :

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

Monsieur VORILHON Philippe, Professeur des Universités, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: JOYON Louis
	: DOLY Michel
	: TURPIN Dominique
	: VEYRE Annie
	: DULBECCO Philippe
	: ESCHALIER Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: CABANES Pierre
	: FONTAINE Jacques
	: BOUTIN Christian
	: MONTEIL Jean-Marc
	: ODOUARD Albert
	: LAVIGNOTTE Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE	: PLENIER BERNARD Mathias
ET PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE	
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT	: DEQUIEDT Vianney
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	: WILLIAMS Benjamin
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE	: HENRARD Pierre
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION	: PEYRARD Françoise
ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: PAQUIS François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: DETEIX Patrice
	: CHAZAL Jean
DOYEN	: CLAVELOU Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: ROBERT Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

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

PROFESSEURS EMERITES :

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENALT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques

M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique 3
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie - Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie

M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

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

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

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

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

MAITRES DE CONFERENCES

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

MAITRES DE CONFERENCES DE

2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

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

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

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

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Nicolas AUTHIER,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie sincèrement de m'avoir accordé votre intérêt et votre disponibilité.

Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Philippe VORILHON,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Madame la Docteur Catherine LAPORTE

Je suis honorée que vous ayez accepté de juger mon travail. Veuillez recevoir mon profond respect.

A ma directrice de thèse,

Madame la Docteur Josette RIGAUD,

Je te remercie d'avoir bien voulu te lancer dans cette nouvelle aventure, qu'est la direction de thèse, avec moi. Tu m'avais déjà accompagnée pendant le SASPAS, qui a été très riche en enseignements.

Merci de m'avoir fait confiance et accompagnée tout au long de l'élaboration de ce projet de thèse qui me tenait à cœur.



« ...ON NE DIT JAMAIS ASSEZ AUX GENS QU'ON AIME QU'ON LES AIME... »,

Louis Chedid

alors GENS QUE J'AIME, JE VOUS AIME.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ENSEIGNANTS	3
REMERCIEMENTS	10
LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	14
LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES	15
INTRODUCTION	16
1. L'addiction	16
1.1. Quelques définitions repères	16
1.2. Mécanismes neurobiologiques de l'addiction.....	17
1.2.1. Généralités	17
1.2.2. Rôles des substances psychoactives.....	19
1.2.3. Actions des opiacés.....	20
2. Les TSO	20
2.1. Modalités de prescription communes à tous les opiacés.....	21
2.2. Méthadone	22
2.2.1. Propriétés pharmacologiques	22
2.2.2. Formes galéniques	23
2.2.3. Conditions de prescription et de délivrance	23
2.3. Subutex® ou Orobupre® ou BHD, Suboxone® ou BHD-Naloxone	24
2.3.1. Propriétés pharmacologiques	24
2.3.2. Formes galéniques	25
2.3.3. Conditions de prescription et de délivrance	26
3. Quelques chiffres sur la prise en charge des patients sous TSO en France	26
MATERIEL ET METHODE	28
1. Type d'étude	28
2. Population étudiée	28
3. Le questionnaire	28
4. Analyse des données.....	30
RÉSULTATS	31
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	31
2. Analyse descriptive	32
3. Etude analytique de critère de jugement principal.....	35
DISCUSSION	39
1. Principaux résultats de l'étude.....	39
2. Forces et faiblesses de l'étude.....	40
2.1. Forces de l'étude	40
2.2. Faiblesses de l'étude.....	40
3. Discussion des résultats	41
3.1. Résultats principaux	41

3.1.1. Sur les caractéristiques de l'échantillon.....	41
3.1.2. Sur le seul frein identifié	41
3.2. À propos du critère de jugement secondaire.....	44
3.2.1. La peur du jugement/embarras.....	45
3.2.2. La peur que le MG en parle à la famille.....	45
3.2.3. Le MG n'est pas assez spécialisé	46
3.2.4. Mauvaise expérience dans le passé avec un MG.....	47
CONCLUSION.....	48
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	50
ANNEXES.....	53
Annexe 1. Critères de dépendance à une substance psychoactive selon la CIM 10.....	53
Annexe 2. Critères d'addiction à une substance DSM V.....	54
Annexe 3. Schéma du circuit de récompense.....	55
Annexe 4. Questionnaire.....	56
Annexe 5. Réponses libres.....	58
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	59
RÉSUMÉ.....	61

Liste des abréviations

Art. Article

BHD Buprénorphine Haut Dosage

CIM Classification Internationale des Maladies

CNGE Collège National des Enseignants Généralistes

CSP Code de la Santé Publique

DSM Diagnostic Statistic Manual

GABA Acide Gamma-AmminoButyrique

MG Médecin Généraliste

OFDT Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS Organisation Mondiale de la Santé

TSO Traitement Substitution aux Opiacés

LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I. Description de l'échantillon.....	31
Tableau II. Capacité à aborder l'addiction en fonction des différents facteurs.....	35,36
Tableau III. Facteurs déterminant la capacité à aborder l'addiction en consultation.....	39

Liste des figures

Figure 1. Aimeriez-vous être suivi par un MG ?.....	32
Figure 2. Pensez-vous le MG capable de vous suivre par rapport à votre addiction ?.....	33
Figure 3. Capacité à aborder l'addiction en consultation.....	34
Figure 4. Raisons pour lesquelles l'addiction n'est pas abordée en consultation.....	34

INTRODUCTION

1 L'addiction

1.1 Quelques définitions repères

La prise en charge du patient toxicomane est complexe et englobe plusieurs aspects : somatique, psychologique et social. Pour comprendre cela, il est important de comprendre ce que sont l'addiction et la dépendance.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a défini l'addiction comme un "ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et psychologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive ou d'une catégorie de substances, entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive, y compris un médicament prescrit."

En 1990, le psychiatre Aviel Goodman propose une autre définition : "c'est un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir, et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives."(1)

Le comportement mis en cause va être ici celui de la consommation de substances psychoactives (héroïne, alcool, benzodiazépine, etc). Mais il ne faut pas oublier que l'addiction peut aussi être « sans substance », comme l'addiction aux jeux de hasard, au sport, etc.

Il existe deux classifications pour catégoriser l'addiction : la CIM (Classification Internationale des Maladies) et le DSM (Diagnostic Statistic Manual).

La CIM-10, en vigueur jusqu'en 2022, aborde les choses de manière catégorielle avec un distinguo entre « usage nocif » et « dépendance ». (Annexe 1)

L'usage nocif s'accompagne de dommages pour la santé physique ou mentale du consommateur ou de tiers.(2)

La dépendance est "l'impossibilité de contrôler l'usage, la priorité croissante donnée à l'usage sur les autres activités et la poursuite de l'usage malgré les conséquences négatives qui l'accompagnent".(3)

Le DSM V a abandonné la notion de dépendance au profit de « trouble lié à l'usage d'une substance ».(4)

Il s'agit d'un « mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative », caractérisée par l'ensemble d'au moins deux manifestations parmi les onze. (Annexe 2)

Les troubles sont considérés comme légers, modérés ou sévères selon le nombre de critères réunis.

1.2 Mécanismes neurobiologiques de l'addiction

1.2.1 Généralités

Pour comprendre l'addiction, il faut intégrer l'idée qu'il s'agit d'une maladie du cerveau, caractérisée par une atteinte de l'organe, engendrée par divers déterminants : psychologiques, environnementaux et génétiques.(5-7)

Elle se produit à la suite d'une rencontre répétée d'un produit, d'une personne et d'un environnement. Au fur et à mesure, ceci entraîne des modifications comportementales et physiologiques.

C'est le circuit de récompense, situé principalement dans le cerveau limbique, qui va jouer un rôle clef dans l'addiction. Il s'agit d'un faisceau de neurones qui équilibre les réponses pour maintenir la survie et développer l'adaptation.

Il prend son origine dans l'aire tegmentale ventrale. Il envoie de multiples projections dans le cerveau : le cortex pré-frontal, les aires associative et limbique, l'amygdale et l'hippocampe. Il est également connecté avec le système moteur et extrapyramidal. Son carrefour principal est le noyau accumbens. (Annexe 3)

Un comportement entraînant des effets positifs sur l'organisme (comme la prise de drogue) va engendrer une sécrétion de dopamine et donc une sensation de plaisir et de détente. Les circuits régulateurs vont rétrocontrôler la production de dopamine en la tarissant une fois le plaisir atteint.(6)

Du fait des effets positifs, le comportement va être mémorisé dans l'amygdale et l'hippocampe. Ceci crée un codage de récompense. Il est lié à la source de satisfaction (prise de drogue dans notre cas) mais aussi aux signaux environnementaux neutres qui lui sont associés (contexte de prise, entourage, lieu, etc).

Plus l'expérience va se répéter, moins les signaux environnementaux vont être neutres. De nouvelles synapses vont se créer, devenir des connexions durables, et fonctionner en dehors du contrôle du cortex pré-frontal. C'est l'apprentissage du comportement(5).

1.2.2 Rôles des substances psychoactives au niveau cérébral

Les substances psychoactives vont agir en stimulant le circuit de récompense. Elles vont le rendre hyposensible aux stimuli naturels et entraîner une libération accrue de dopamine dans le noyau acumbens.(5,6)

Elles vont ensuite rendre insensibles les circuits régulateurs, ce qui va entraîner une stimulation durable de dopamine, mais qui va décliner dans le temps. En effet, la répétition de sécrétion va entraîner une diminution du nombre de récepteurs et de la réactivité des cellules dopaminergiques. Il y a donc moins de dopamine disponible, ce qui va rendre le circuit de récompense indifférent aux stimuli. Pour obtenir un plaisir semblable, il va donc falloir augmenter les doses de produit.

L'addiction va confronter le patient à trois principales contraintes, qui vont empêcher l'arrêt de consommation ou précipiter la reprise de consommation :

- **Les troubles physiques** : ils vont apparaître lors du sevrage. Au niveau périphérique, les remontées nociceptives ne sont plus bloquées, ce qui engendre des douleurs. Au niveau central, l'absence de sécrétion de dopamine va laisser place aux substances antagonistes anxiogènes qui étaient sécrétées pour contrebalancer l'effet des drogues. Ceci va engendrer anxiété et angoisse. L'intensité des symptômes va différer selon les individus et la substance consommée, mais ceux-ci sont résolutifs en quelques jours.
- **La souffrance psychique** : elle survient après le sevrage physique. L'anxiété et autres troubles psychiques étaient calmés par le produit consommé, non par l'élaboration d'une réponse adaptée. Les capacités à gérer un stress ordinaire vont donc être altérées, créant un sentiment de mésestime de soi, voire de dépression.

- **Le conditionnement** : il a fait s'installer d'importantes traces mnésiques de signaux et d'ambiance lors de la consommation répétée du produit. Ainsi, un signal, même anodin, va pouvoir engendrer un flashback et un craving. Ces réactions sous-corticales peuvent expliquer le déni et surtout l'impuissance d'un contrôle volontaire.

1.2.3 Actions des opiacés

Les opiacés agissent en se fixant sur les récepteurs mu (μ) et delta (δ), qui bloquent les neurones à GABA (Acide Gamma-AminoButyrique), inhibiteurs des neurones à dopamine. Ils vont engendrer un plaisir intense en débridant la sécrétion de dopamine.(8)

En se fixant sur les récepteurs δ , ils vont créer une agitation locomotrice, un ralentissement intestinal et respiratoire.

Au niveau périphérique, ils vont inhiber la libération de substance P qui facilite l'influx nociceptif, et donc bloquer la remontée de la douleur périphérique.

Ceci explique pourquoi les symptômes physiques de sevrage aux opiacés peuvent être particulièrement intenses, et nous montre à quel point l'utilisation de TSO (Traitement de Substitution aux Opiacés) est essentielle dans l'accompagnement au sevrage.

2 Les TSO

Les TSO sont des opiacés de synthèse utilisés dans le sevrage à l'héroïne ou aux autres opiacés. Ils font leur apparition en France, aux milieux des années 1990 : en 1995 pour la méthadone, en 1996 pour la BHD.(9)

Ils ont été créés pour permettre aux patients toxicomanes de traiter une pharmacodépendance aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale, de prise en charge médicale, sociale et psychologique.

Ils remplissent donc différents objectifs :

- Réduire l'appétence et la dépendance aux opiacés naturels ;
- Diminuer les signes physiques de manque ;
- Limiter les dommages liés à la substance consommée (physique/psychique) et les risques associés (overdoses, maladies transmissibles par le sang, comportements asociaux, etc) ;
- Permettre une prise en charge psychologique et sociale pour l'addiction comportementale.

Ils permettent également sur le long terme, de diminuer le nombre de patients consommateurs.(10)

Ils peuvent être utilisés comme des traitements transitoires en vue d'un sevrage complet, ou être maintenus aussi longtemps que nécessaire.(11)

2.1 Modalités de prescription communes à tous les TSO

Les deux molécules sont des opioïdes de synthèse. Ils peuvent être prescrits chez tous patients à partir de 15 ans (avec l'autorisation parentale).

Elles sont soumises aux règles de prescription et de délivrance des stupéfiants.

En plus des informations normalement présentes sur les ordonnances de n'importe quel médicament, certaines informations doivent apparaître en toutes lettres : la quantité et les

doses prescrites, le nombre de prises par jour, les unités thérapeutiques et la durée du traitement (art. R 5132-5 et 29 du CSP (Code de la Santé Publique)).(12,13)

Le nom de la pharmacie doit être précisé sur l'ordonnance.

Celle-ci doit être présentée à la pharmacie dans les trois jours suivant son établissement, sinon la pharmacie ne délivrera que la durée restante.

Une nouvelle prescription de stupéfiants ne peut ni être établie, ni être exécutée par les mêmes praticiens pendant la période déjà couverte par une précédente ordonnance, sauf si le prescripteur en décide autrement, par une mention expressément portée sur l'ordonnance (art. R.5132-33 du CSP).

La durée maximale de prescription est de 28 jours. La délivrance s'effectue tous les 3, 7 ou 14 jours, sauf mention contraire sur l'ordonnance (art. 5132-30 du CSP).

Nous allons détailler ci-dessous les caractéristiques de chaque molécule, et les différentes modalités de prescription.

2.2 La méthadone

2.2.1 Propriétés pharmacologiques

La méthadone est un agoniste complet des récepteurs aux opioïdes, qui se fixe essentiellement sur les récepteurs μ . Bien entendu, comme les autres opiacés, elle peut entraîner un syndrome de dépendance pharmacologique.

Cependant, ses propriétés euphorisantes sont faibles aux doses thérapeutiques efficaces et sur le long cours, ce qui fait qu'elle est utilisée pour le sevrage.(14)

2.2.2 Formes galéniques

Il existe deux formes galéniques différentes, sirop et gélule.

La forme sirop est utilisée pour l'initiation du traitement.

La forme gélule ne peut être prescrite que lorsque le patient est traité par sirop depuis au moins un an et est stable (c'est-à-dire autonome pour la gestion de son traitement et à une posologie adaptée). En aucun cas elle ne peut être utilisée pour l'initiation du traitement.

Les deux formes existent sous différents dosages : 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg et 60 mg.

La forme à 1 mg existe seulement sous la forme de gélule en prescription de ville. Il existe une forme sirop à 1,33 mg, réservée à la délivrance hospitalière.

2.2.3 Conditions de prescription et de délivrance

La prescription initiale de la forme sirop doit être réalisée par un médecin spécialisé exerçant dans un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou un service hospitalier (excepté un service de soins d'urgence). Lorsque le dosage est stable et que le patient est autonome pour gérer son traitement, la prescription peut être reléguée à un médecin généraliste (MG).

Pour cela, le médecin primo-prescripteur doit établir une ordonnance de délégation permanente, en mentionnant « délégation de prescription au Docteur X ». Le médecin de ville peut ensuite modifier les posologies si nécessaire. Un médecin de ville ne peut pas relayer la prescription à un autre médecin de ville.(15)

Si un passage sous forme de gélule est envisagé, le médecin de ville ne peut pas en assurer la primo-prescription. Le patient doit donc être réadressé dans un CSAPA ou un service hospitalier.

Une nouvelle ordonnance de délégation permanente devra ensuite être réalisée.

En début de traitement, la méthadone sirop est délivrée par le centre prescripteur, quotidiennement en général.

Une fois le dosage stabilisé, la délivrance peut continuer de se faire dans le centre prescripteur ou en pharmacie de ville.

La délivrance de la forme gélule se fait également au sein du centre prescripteur ou en pharmacie de ville.

2.3 Le Subutex® ou Orobupre® ou Buprénorphine Haut Dosage (BHD), Suboxone® (BHD-Naloxone)

2.3.1 Propriétés pharmacologiques

Il s'agit d'un agoniste-antagoniste d'opioïde partiel qui se fixe aux récepteurs cérébraux μ et kappa (κ). Son activité dans la substitution aux opioïdes est attribuée à sa liaison lentement réversible avec les récepteurs μ qui, sur une période prolongée, minimiserait le besoin de consommer chez les usagers. La buprénorphine a démontré un effet plafond sur un certain nombre de paramètres, notamment l'humeur positive, le « bon effet » et la dépression respiratoire.(16)

La naloxone est utilisée en association à la buprénorphine dans le Suboxone® afin de limiter le mésusage de la buprénorphine (sniff ou injection).

Il s'agit d'un antagoniste aux récepteurs opioïdes. Lorsqu'elle est administrée par voie orale ou sublinguale, aux posologies usuelles, elle n'expose pas ou très peu aux effets pharmacologiques en raison d'un métabolisme quasi complet lors du premier passage hépatique.

En revanche, lors d'une administration intraveineuse, elle provoque des effets antagonistes marqués et un syndrome de sevrage. Ceci dissuade, en général, le consommateur de tout mésusage.

2.3.2 Formes galéniques

Dans les deux cas, il n'existe qu'une seule forme galénique : le comprimé.

Il existe à différentes posologies :

- Pour le Subutex® : 0,4 mg, 2 mg et 8 mg ;
- Pour la BHD : 0,4 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg et 8 mg ;
- Pour la Suboxone® : 2mg/0,5mg ou 8mg/2mg.
- Orobupre® : 2 mg et 8 mg.

Pour les trois premiers, le comprimé se prend par voie sublinguale (temps de dissolution entre 5 et 10 min).

L'Orobupre® quant à elle, se présente sous la forme d'un lyophilisat oral. Il se dissout en quelques secondes, ce qui améliore le confort de prise par le patient et la biodisponibilité (pic de concentration plasmatique après 70 min vs 90 min pour la BHD).(17)

2.3.3 Conditions de prescription et de délivrance

La primo-prescription peut être réalisée par un médecin de ville, ce qui rend la prise en charge des patients un peu plus aisée, ou par un médecin spécialisé.

La délivrance peut se faire en centre de délivrance au sein des CSAPA si les patients ne possèdent pas de couverture sociale ou ont besoin de surveillance, ou en pharmacie de ville.

3 Quelques chiffres sur la prise en charge des patients sous TSO en France

Selon les données récoltées par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), en 2017, environ 180 000 personnes reçoivent un TSO en France. Parmi elles, 162 500 sont remboursées de TSO délivrés en ville et 23 300 bénéficient d'une dispensation de TSO en CSAPA.(18)

Le TSO principalement remboursé est la BHD (hors Suboxone®) : 61%, soit 99 500 personnes ; vient ensuite la Méthadone® à 38%, soit 61 500 personnes. On constate cependant une augmentation de la prescription de Méthadone® dans les dernières années.

Le Suboxone® a été remboursé dans 5% des cas (soit environ 7 500 personnes).

Parmi les TSO délivrés en ville, la majorité des prescriptions provient de médecins libéraux, dont 98% de MG.

Cela prouve que la prise en charge des patients toxicomanes peut relever de la médecine générale. D'ailleurs la définition des compétences du médecin généraliste du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) nous le confirme : « un savoir agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou l'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui

permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné ».

On constate cependant depuis 2014, une diminution des bénéficiaires ayant une prescription provenant uniquement des médecins de ville au profit des centres spécialisés ou de prescriptions mixtes.(19)

Peu d'explications sont pour l'instant données sur ce fait.

Nous savons que les MG rencontrent des difficultés à suivre les patients sous TSO : suivi considéré comme plus difficile que pour une pathologie organique, manque de formation, patients jugés comme plus compliqués à suivre, parfois sentiment d'insécurité.(20,21)

Mais une question peut se poser : les patients rencontrent-ils des difficultés pour aborder leur addiction avec un MG ?

Nous allons tenter de répondre à cette question au travers de cette thèse.

L'objectif est d'essayer d'identifier s'il existe des freins ressentis par les patients pour aborder leur addiction avec un MG.

Le critère de jugement principal est la capacité des patients à aborder leur addiction avec un MG. Il sera couplé avec les données socio-économiques, les données médicales et le ressenti des patients.

Les raisons pour lesquelles l'addiction n'est pas abordée en consultation sont le critère de jugement secondaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive multicentrique, réalisée de juin à septembre 2020.

2 Population étudiée

La population cible était les patients sous TSO suivis en CSAPA pour le renouvellement de leur traitement.

Les critères d'inclusion étaient :

- Patient(e) majeur(e) ;
- Recevant une prescription pour un TSO ;
- Avec une couverture sociale.

Les critères d'exclusion étaient :

- Patient(e) mineur(e) ;
- Sans couverture sociale ;
- En cours d'instauration de traitement ;
- Ne parlant pas français.

3 Le questionnaire

Il a été réalisé sous format électronique et papier, à l'aide de Google forms. Il est anonyme. Il comporte 21 questions, et est divisé en trois parties (annexe 4). Les questions de 1 à 7

regroupent les données socio-démographiques. Les questions 8 à 14 regroupent les données médicales et de suivi des patients. Les questions 9 à 20 explorent les connaissances des patients et le ressenti sur le suivi par un MG. La partie 21 est dédiée aux commentaires libres.

Le questionnaire a été relu par une infirmière et une assistante sociale d'un CSAPA pour être sûr qu'il serait compréhensible par les patients. Les médecins de chaque CSAPA ont validé le questionnaire pour la diffusion dans leur centre. Il a ensuite été testé sur une dizaine de patients pour s'assurer de la bonne compréhension des questions. Ces dix questionnaires ont été inclus dans l'étude.

Il a été distribué dans les CSAPA de Clermont-Ferrand, Montluçon, Moulin et Grenoble.

Le questionnaire, qu'il soit sous format papier ou électronique, débutait par un court texte explicatif sur l'étude réalisée.

Le CSAPA de Clermont-Ferrand a choisi de distribuer le questionnaire sous format papier. Il était distribué par la secrétaire, et rempli sur la base du volontariat, puis remis dans une urne en carton par le (la) patient(e), placée sur le bureau à l'accueil. Les résultats ont ensuite été retranscrits via Google forms.

Les trois autres CSAPA ont choisi le format numérique pour diffuser le questionnaire.

Une relecture des réponses numériques a ensuite été réalisée pour s'assurer qu'il n'y ait aucune erreur de remplissage.

4 Analyse des données

Nous avons tout d'abord réalisé une analyse descriptive des données. Nous avons déterminé des effectifs et des pourcentages associés, les variables étant qualitatives.

La capacité des patients à aborder le sujet de l'addiction en consultation a été exprimée sous forme de taux et intervalle de confiance (IC) à 95%.

Les patients ont ensuite été comparés, selon leur capacité ou incapacité à aborder le sujet en consultation, en fonction de leurs caractéristiques et de leur ressenti, par des tests statistiques usuels : test du khi-2 ou test exact de Fisher.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 15 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%.

RÉSULTATS

1 Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 154 questionnaires ont été collectés. Sur la totalité, 8 questionnaires ont été exclus, soit 5% des questionnaires. 146 questionnaires ont donc été analysés.

Le nombre de questionnaires par centre est réparti de la manière suivante :

- CSAPA de Clermont-Ferrand : 72 ;
- CSAPA de Grenoble : 25 ;
- CSAPA de Montluçon : 33 ;
- CSAPA de Moulin-sur-Allier : 24.

Les caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le tableau 1.

Tableau I. Description de l'échantillon

Caractéristiques de l'échantillon	Pourcentage (%)	Effectif (n=146)
Sexe		
Féminin	24,7	36
Masculin	75,3	110
Âge (années)		
18-29	19,2	28
30-39	51,4	75
40-49	19,8	29
≥50	9,6	14
En couple		
Oui	47,3	69
Non	52,7	77
Enfants		
Oui	30,1	44
Non	69,9	102
Travail		
Oui	54,8	80
Non	45,2	66
Couverture sociale		
Classique	67,1	98
CSS	32,9	48

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

2 Analyse descriptive

Concernant les traitements, 65,7 % (n=96) des patients sont sous méthadone, 29,5 % (n=43) sous Subutex® (ou BHD) et 4,8 % (n=7) sous Suboxone® (BHD-Naloxone).

96,6% (n=141) des personnes interrogées suivent leur traitement depuis plus de six mois, 3,4% (n=5) depuis moins de 6 mois.

Un traitement psychiatrique était suivi par 21,9% (n=32) des patients, un traitement somatique par 8,9% (n=13).

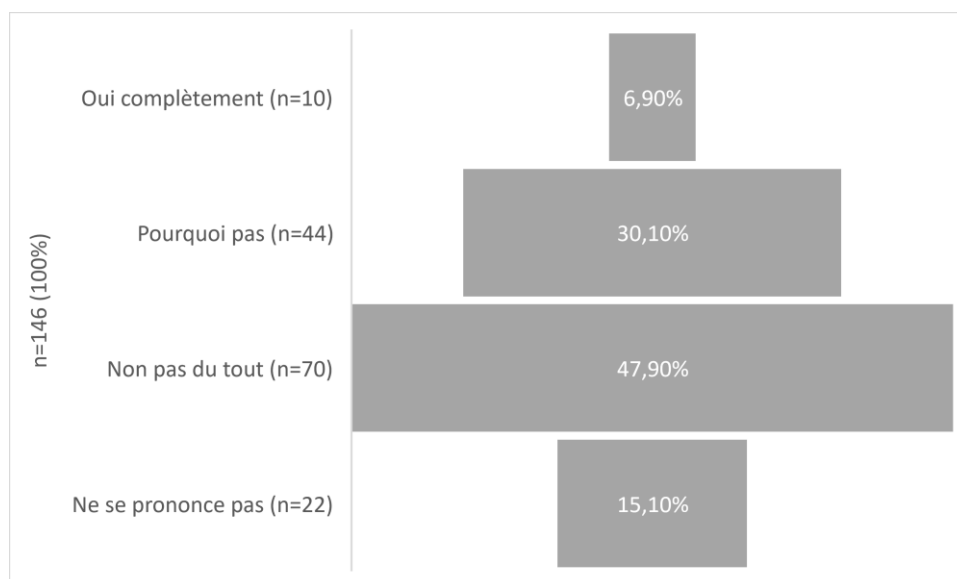
Parmi les patients, 59% (n=86) sont suivis par un médecin traitant. Parmi ces 59 %, le médecin est au courant de leur addiction dans 78% (n=67) des cas.

A la question, « savez-vous que le MG peut participer au suivi de votre addiction ? », 89,7% (n=131) des personnes ont répondu « oui ».

Seuls 10,3% (n=15) des participants ne sont pas au courant de ce fait.

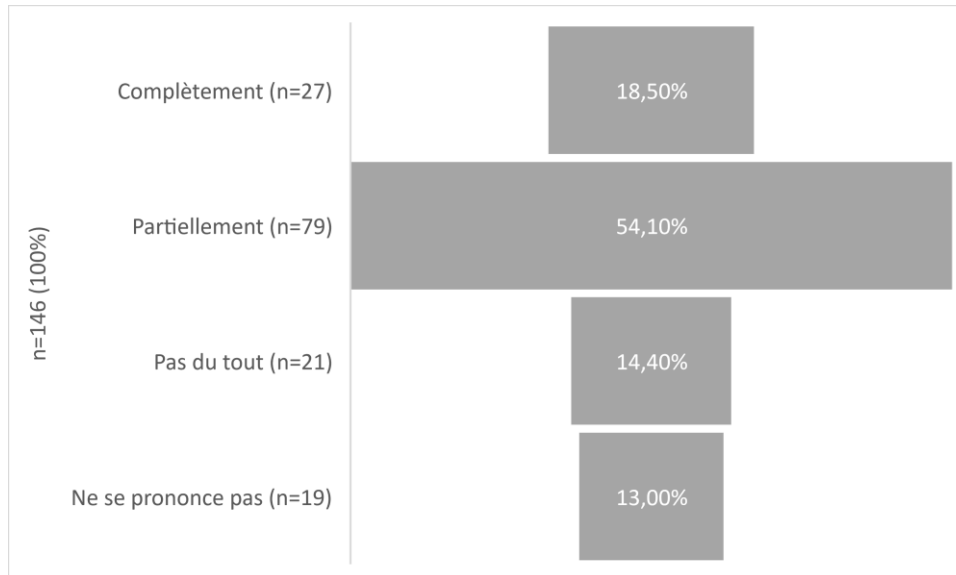
Concernant le ressenti des patients, les réponses sont décrites dans les figures 1 et 2.

Figure 1. Aimeriez-vous être suivi par un médecin généraliste ?



Nous constatons que presque la moitié des participants ne souhaite pas être suivie (47,90% (n=70)) par un MG pour leur addiction.

Figure 2. Pensez-vous le MG capable de vous suivre par rapport à votre addiction ?



Pour les réponses à cette question, par leur ressemblance de signification, les réponses « partiellement » et « un peu » proposées dans le questionnaire ont été fusionnées en « partiellement ».

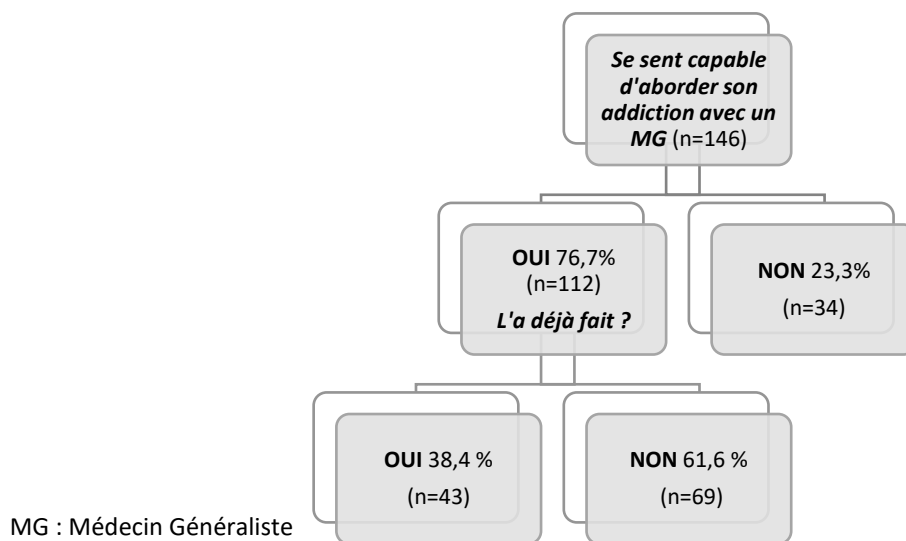
Nous constatons ici que plus de la moitié des participants, soit 54,10% (n=79) pense le MG partiellement capable de les suivre par rapport à leur addiction.

L'analyse descriptive du critère de jugement principal, c'est-à-dire la capacité d'aborder le sujet de l'addiction en consultation, fait ressortir que 76,7% (n=112) des patients se sentent capables d'aborder leur addiction. 23,3 % (n=34) ne s'en sentent pas capables (intervalle de confiance (IC) : 95% : 69% à 83,3%).

Parmi les 76,7% de patients se sentant capables d'aborder leur addiction, nous constatons que seulement 38,4 % (n=43) l'ont réellement fait. La grande majorité ne l'a pas fait, 61,6 % (n=69).

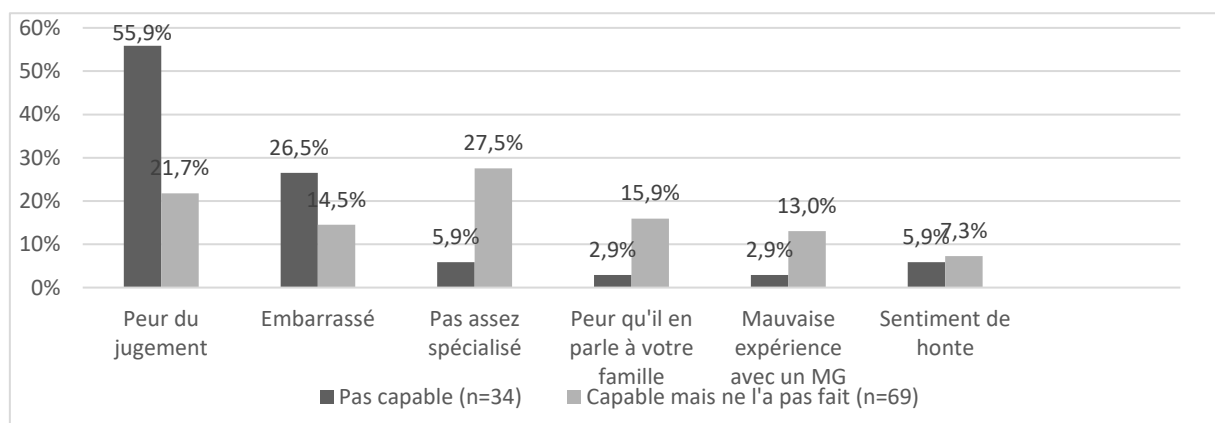
Les résultats sont résumés dans la figure 3.

Figure 3. Capacité à aborder l'addiction en consultation



L'étude descriptive du critère de jugement secondaire, c'est-à-dire les raisons pour lesquelles les patients ne se sentent pas capables d'aborder leur addiction en consultation, est résumée dans la figure 4.

Figure 4. Raisons de ne pas aborder l'addiction en consultation



Nous pouvons constater que les raisons de ne pas aborder l'addiction en consultation diffèrent selon les deux sous-groupes.

Les commentaires libres ont été rapportés dans l'annexe 5.

3 Etude analytique du critère de jugement principal

Le but de cette étude est de déterminer s'il existe ou non des freins ressentis par les patients à aborder leur addiction en consultation avec un MG. Le tableau 2 présente les différents facteurs associés à la capacité des patients à aborder ou non leur addiction en consultation.

Les résultats sont exprimés en pourcentage, le nombre de répondants précisé entre parenthèses.

Tableau 2. Capacité à aborder le sujet en fonction des différents facteurs

	Se sent capable d'aborder le sujet (n=112)	Ne se sent pas capable d'aborder le sujet (n=34)	p
Sexe			0,78
Féminin (n=36)	75 (n=27)	25 (n=9)	
Masculin (n=110)	77,3 (n=85)	22,7 (n=25)	
Âge (années)			0,75
18-29 (n=28)	78,6 (n=22)	21,4 (n=6)	
30-39 (n=75)	78,6 (n=59)	21,4 (n=16)	
40-49 (n=29)	69 (n=20)	31 (n=9)	
≥ 50 (n=14)	78,6 (n=11)	21,4 (n=3)	
En couple			0,45
Oui (n=69)	73,9 (n=51)	26,1 (n=18)	
Non (n=77)	79,2 (n=61)	20,8 (n=16)	
Avoir des enfants			0,92
Oui (n=44)	77,3 (n=34)	22,7 (n=10)	
Non (n=102)	76,5 (n=78)	23,5 (n=24)	
Avoir du travail			0,59
Oui (n=80)	75 (n=60)	25 (n=20)	
Non (n=66)	78,8 (n=52)	21,2 (n=14)	
Couverture sociale			0,36
Classique (n=98)	74,5 (n=73)	25,5 (n=25)	
CSS (n=48)	81,2 (n=39)	18,8 (n=9)	
Problème d'avancer la cs si CSC			0,08
Oui (n=52)	67,3 (n=35)	32,7 (n=17)	
Non (n=46)	82,6 (n=38)	17,4 (n=8)	

Cs : consultation ; CSC : couverture sociale classique

p significatif ≤0,05

	Se sent capable d'aborder le sujet (n=112)	Ne se sent pas capable d'aborder le sujet (n=34)	p
TSO			0,43
Méthadone (n=96)	75 (n=72)	25 (n=24)	
Subutex (n=43)	76,7 (n=33)	23,3 (n=10)	
Suboxone (n=7)	100 (n=7)	0 (n=0)	
Durée du traitement (mois)			0,59
Plus de 6 (n=141)	75,9 (n=107)	24,1 (n=34)	
Moins de 6 (n=5)	100 (n=5)	0 (n=0)	
Traitement psychiatrique			0,83
Oui (n=32)	78,1 (n=25)	21,9 (n=7)	
Non (n=114)	76,3 (n=87)	23,7 (n=27)	
Traitement somatique			1
Oui (n=13)	76,9 (n=10)	23,1 (n=3)	
Non (n=133)	76,7 (n=102)	23,3 (n=31)	
Avoir un médecin traitant			0,005
Oui (n=86)	84,9 (n=73)	15,1 (n=13)	
Non (n=60)	65 (n=39)	35 (n=21)	
Médecin traitant au courant			< 0,001
Oui (n=67)	98,5 (n=66)	1,5 (n=1)	
Non (n=19)	36,8 (n=7)	63,2 (n=12)	
Sait que le MG peut suivre			0,52
Oui (n=131)	75,6 (n=99)	24,4 (n=32)	
Non (n=15)	86,7 (n=13)	13,3 (n=2)	
Souhaite être suivi par /addiction			0,001
Oui complètement (n=10)	100 (n=10)	0 (n=0)	
Pourquoi pas (n=44)	93,2 (n=41)	6,8 (n=3)	
Non pas du tout (n=70)	67,1 (n=47)	32,9 (n=23)	
Ne se prononce pas (n=22)	63,6 (n=14)	36,4 (n=8)	
Pense le MG capable du suivi			0,01
Oui complètement (n=27)	81,5 (n=22)	18,5 (n=5)	
Partiellement (n=79)	84,8 (n=67)	15,2 (n=12)	
Non pas du tout (n=21)	57,1 (n=12)	42,9 (n=9)	
Ne se prononce pas (n=19)	57,9 (n=11)	42,1 (n=8)	

MG : Médecin Généraliste ; / : rapport

p significatif ≤ 0,05

Plusieurs résultats significatifs sont mis en évidence grâce à cette étude.

Ne pas avoir de médecin traitant n'est pas un frein

Le fait d'avoir ou non un médecin traitant n'influe pas sur la capacité des patients à aborder leur addiction en consultation.

Ainsi, même si la proportion de patients se sentant capables d'aborder leur addiction en consultation est plus grande chez les patients suivis par un MG (84,9% n (=73)), elle reste importante chez les patients n'étant pas suivis par un MG (65% (n=39)), avec un $p = 0,005$.

Le fait que le médecin traitant ne soit pas au courant est un frein

Le critère « MT au courant de l'addiction » versus « MT pas au courant de l'addiction » est en faveur d'un frein significatif ($p < 0,001$). En effet, 63,3 % (n=12) des participants ne sentent pas capable d'aborder leur addiction lorsque le médecin traitant n'est pas au courant de celle-ci. Ce résultat s'observe même si l'effectif est plus faible que pour les patients qui ont un médecin traitant au courant (n=67).

Vouloir être suivi ou non par un MG par rapport à l'addiction ne constitue pas un frein

Il aurait pu être évident de penser que les patients ne souhaitant pas être suivis par un MG par rapport à leur addiction, ne se sentent pas capables de l'aborder en consultation avec celui-ci. Pourtant les résultats de cette analyse nous prouvent le contraire. La majorité des patients se sentent capables d'aborder leur addiction en consultation avec un MG quel que soit leur souhait ($p=0,001$). Parmi eux :

- 100% (n=10) souhaitent complètement être suivi un MG ;
- 93,2 % (n=44) répondent « pourquoi pas » ;
- 67,1% (n=47) n'ont pas du tout envie d'être suivi par un MG ;
- 63,6 % (n=14) ne se prononcent pas.

Le ressenti sur la capacité du MG à suivre le patient par rapport à son addiction n'est pas un frein

Les patients se sentent en capacité d'aborder leur addiction qu'ils pensent le MG :

- Complètement capable de les suivre (81,5% (n=22)) ;
- Partiellement capable de les suivre (84,8 % (n=67)) ;
- Pas du tout capable de les suivre (57,1% (n=12)).

Nous pouvons tout de même constater que plus de la moitié (57,9% (n=11)) des personnes en capacité d'aborder leur addiction ne se prononcent pas.

Moins de la moitié (42,9% (n=9)) ne se sent pas capable d'aborder son addiction, tout en pensant que le MG n'a pas la capacité de la suivre.

Un lien statistiquement significatif est mis en évidence avec un $p = 0,01$.

Un résultat retient également notre attention : le fait de devoir avancer financièrement la consultation peut-il être un frein à aborder son addiction ? Les résultats présentés ici seraient plutôt en faveur du contraire. 67,3% (n=52) des personnes pour qui il est un problème d'avancer la consultation se sentent capables d'aborder le sujet.

Malheureusement le manque de significativité ($p = 0,08$) ne nous permet pas de conclure.

Nous pouvons constater que les données socio-démographiques n'influent pas sur la capacité des patients à aborder leur addiction, de même que les différents traitements.

DISCUSSION

1 Principaux résultats de l'étude

Cette étude n'a permis d'identifier qu'un seul frein et d'en infirmer trois autres qui étaient supposés, par rapport au critère de jugement principal.

Les résultats sont rapportés dans le tableau 3.

Tableau 3. Facteurs déterminant la capacité à aborder l'addiction en consultation

Facteurs n'influençant pas la capacité à aborder l'addiction
Ne pas avoir de médecin traitant 65% (n=39)
Ne pas souhaiter être suivi par un MG par rapport à l'addiction 67,1% (n=47)
Penser que le MG n'est pas capable de suivre l'addiction 57,1% (n=12)

Facteur influençant la capacité à aborder l'addiction
Avoir un MT qui n'est pas au courant de l'addiction 63,3% (n=12)

Les raisons pour lesquelles l'addiction n'est pas abordée en consultation (critère de jugement secondaire) ont aussi permis de soulever des points intéressants.

Les motifs diffèrent grandement selon les sous-groupes.

Les patients qui ne se sentent pas capables d'aborder leur addiction, la raison la plus importante est le fait qu'il existe une peur du jugement (55,9% (n=19)).

Les patients qui se sentent en capacité de le faire mais qui ne l'ont pas fait, évoquent comme principale raison le fait que le MG n'est pas assez spécialisé (27,5% (n=19)). La peur que le MG parle l'addiction à la famille ressort également (15,9% (n=11)).

2 Forces et faiblesses de l'étude

2.1 Forces de l'étude

A notre connaissance, il s'agit d'une rare étude basée sur le ressenti des patients. Beaucoup sont faites à partir du ressenti des MG, peu sur l'autre versant.

Or il est important de prendre en considération le ressenti des patients, car il entre pleinement en compte dans la relation médecin-malade.

Le recueil électronique de la plupart des réponses (82 sur 154) a permis de rendre la logistique et le traitement des données plus aisé. L'anonymisation des questionnaires a également permis de limiter le sentiment de jugement.

La partie du questionnaire « commentaires libres » a permis aux patients de s'exprimer sur certains points.

2.2 Faiblesses de l'étude

Concernant l'échantillonnage, l'auto-administration du questionnaire crée un **biais de sélection** car seules les personnes intéressées répondent.

Cette méthode expose également au risque de **biais de non-réponse**.

Concernant l'usage du questionnaire, il existe un **biais de déclaration**. Il peut y avoir des omissions ou manque d'objectivité sur certaines questions.(22)

Enfin, cette étude épidémiologique descriptive et analytique n'apporte qu'un **faible niveau de preuve scientifique** : grade C du grade des recommandations et niveau 4 du niveau de preuve scientifique.(23)

Une des principales faiblesses de l'étude est aussi le **manque d'effectif** dans l'échantillonnage, en témoigne un résultat à la limite de la significativité. Une étude de plus grande ampleur pourrait être envisagée.

3 Discussion des résultats

3.1 Résultats principaux

3.1.1 Sur les caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon est assez représentatif des bénéficiaires de TSO à l'échelle nationale. 75% des patients étudiés sont des hommes (contre 77% au niveau national), 25% des femmes (contre 23% au niveau national).

Le nombre de patients bénéficiaires d'une prescription de méthadone en CSAPA est deux fois plus important que celui des bénéficiaires de BHD, tant au niveau de notre échantillon qu'au niveau national.

En revanche, bien qu'assez proche, le nombre de patients bénéficiaires de la CSS est un peu plus bas qu'au niveau national : 33% dans notre échantillon contre 40%.(19)

3.1.2 Sur le seul frein identifié

Le fait que le médecin traitant ne soit pas au courant de l'addiction constitue un frein pour les patients à aborder leur addiction en consultation (63,3% (n=12) avec $p < 0,001$).

Nous pouvons nous interroger sur les raisons pour lesquelles l'addiction n'est pas abordée en consultation lorsque les patients ont un médecin traitant.

Une des raisons pouvant être évoquée est le fait que le patient ne transmette certaines informations à son médecin traitant que si celui-ci aborde le sujet.(24) Cette raison est évoquée dans la thèse de Bard (25) : les patients n'évoquent pas certains sujets parce qu'ils pensent que cela ne concerne pas leur médecin. Les patients ont le droit de consommer des drogues et d'avoir un TSO sans que leur médecin soit au courant. Étant donné l'importance du sujet, il est donc du rôle du MG de faire la démarche.

Cependant, le dépistage des conduites addictives n'est que trop peu réalisé en consultation de médecine générale, bien qu'il fasse partie intégrante des missions du MG(26). Lors d'une consultation, le patient vient avec un problème donné et évoqué au MG, qui est rarement celui de l'addiction. Le MG va donc mener son interrogatoire selon ce qu'il recherche pour conforter ou infirmer son idée diagnostique.(27)

Or, le MG doit également s'enquérir d'un maximum d'informations pour pouvoir dresser un portrait global du patient et le prendre en charge au mieux. Il doit rechercher des faits, et non pas interpréter certains dires du patient, qui lui-même ne sait pas toujours quelles informations il doit délivrer ou pas. « Le patient n'est pas médecin, il ne sait pas ce qui est important à dire ou ce qui l'est moins ».

Exemple : si un patient consulte pour une « banale » rhinopharyngite qui sera traitée de manière symptomatique, le fait de savoir que le patient est sous TSO aura moins d'intérêt et d'influence sur le traitement proposé. En revanche, si le patient consulte pour une douleur forte qui nécessite un traitement antalgique de palier II minimum, le fait de savoir qu'il est sous TSO influera la prise en charge. Il y aura des précautions à prendre afin d'éviter un syndrome de sevrage, qui pourrait déclencher une éventuelle rechute.

En ce qui concerne le rôle prépondérant du MG dans le dépistage des addictions, nous pouvons nous demander si celui-ci n'omet pas un peu volontairement la question car il n'est en fait pas à l'aise avec cela.(28) De nombreuses thèses ont été écrites sur le sujet, et des freins identifiés sur les difficultés des MG à prendre en charge les patients sous TSO.(20,21,29) À chaque fois, des solutions sont proposées mais peu sont mises en œuvre. Pourtant, un MG à l'aise avec l'addiction ferait probablement un patient se sentant plus capable d'aborder le sujet.

Une des autres raisons pour lesquelles le patient ne se sent pas capable d'aborder l'addiction en consultation est le manque de confiance que peut avoir celui-ci dans le MG.(24) Les patients ne transmettent certaines informations au médecin que s'ils se sentent en sécurité avec leur interlocuteur. Le rôle du médecin est d'établir une relation de confiance avec son patient.

Pour cela, la manière dont le patient est accueilli et l'entretien médical mené, vont être une aide précieuse.(30)

L'accueil du patient est la première phase de la consultation médicale. Il permet de s'assurer de l'identité du patient, de se présenter, de faire preuve d'intérêt envers celui-ci et d'être attentif à son confort. Ce dernier point constitue la « phase sociale ». Il a pour objectif de créer un environnement favorable au bon déroulement de la consultation.

Cette phase est essentielle pour créer un lien entre le monde « extérieur » et le monde « médical ». En effet, bien que la consultation médicale n'ait aux yeux des médecins qu'une finalité « technique », la dimension humaine doit rester la première préoccupation. C'est entre autres cela qui permettra au médecin de gagner la confiance du patient.

Une étude menée sur la communication entre les infirmières de néonatalogie et les mères des enfants a montré que le « bavardage ou chatting » jouait un rôle primordial dans la satisfaction des patients et la confiance qu'ils avaient en leurs soignants.(31)

Cela permet également de montrer à la personne notre disponibilité pour aborder des questions autres que les problèmes somatiques, et donc d'entrouvrir une porte pour parler du sujet un peu plus « tabou » qu'est l'addiction.

Pour améliorer le point de la confiance, une des solutions serait donc de se former un peu plus en communication avec le patient.

Gagner la confiance du patient peut apparaître comme une difficulté, mais accorder sa confiance au patient l'est aussi. En effet, à cause des représentations négatives de l'addiction et de la toxicomanie, avoir la capacité de croire les dires du malade peut apparaître comme assez difficile. Pourtant, « L'une des meilleures façons d'aider quelqu'un est de lui donner une responsabilité et de lui faire savoir que vous lui faites confiance. »(32)

3.2 À propos du critère de jugement secondaire

Les raisons pour lesquelles l'addiction n'est pas abordée en consultation diffèrent d'une manière assez importante selon les deux groupes, nous l'avons vu plus haut.

Dans tous les cas, l'une des raisons intrinsèques à ce « non-dit », peut être le manque de confiance ressenti par le patient (et le médecin). Comme nous l'avons évoqué dans la partie précédente, de nombreuses pistes existent pour améliorer cette relation de confiance.

Il existe cependant de nombreuses autres raisons que nous allons détailler.

3.2.1 La peur du jugement/l'embarras

Il s'agit des raisons les plus évoquées chez les patients qui ne se sentent pas capables d'aborder l'addiction.

Dans sa thèse, Vignon, évoque le non-dit comme un évènement consécutif à un mécanisme de défense du patient. Ainsi le patient ne voulant pas évoquer certains sujets, va déplacer l'attention sur un autre motif de consultation.(33)

L'attitude du médecin, dans ses comportements verbaux et non-verbaux, peuvent aussi déclencher une certaine peur du jugement et décourager le malade à parler de son addiction.(34)

La représentation négative du patient toxicomane dans la société peut aussi engendrer un silence de sa part sur sa pathologie. Comme évoqué dans la thèse de Martinez, modifier les a priori sur ce type de population pourrait être une solution pour surmonter cette difficulté ressentie.(29)

3.2.2 Peur que le MG en parle à la famille

Le secret médical est l'une des bases des métiers de la santé. Il est le gage d'une relation de confiance entre le patient et son médecin : « Il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret ».(35)

Il revêt un caractère indispensable à l'exercice de la médecine.

Pour commencer, il est énoncé dans le Serment d'Hippocrate. Bien qu'il n'ait pas de valeur juridique réelle, il reste l'un des textes fondateurs de la déontologie médicale.

« Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. »(36)

D'un point de vue légal, le secret médical est rappelé dans le Code Pénal (art. 226-13 à 226-14) et dans le CSP (art. 1110-4).(37,38)

Bien qu'il soit pour les professionnels de santé une évidence, il n'est l'est pas pour les patients. Il est rarement évoqué en consultation, que ce soit de la part du médecin et du malade. Or, il est du devoir du médecin de le rappeler. Il faudrait donc le mentionner de manière systématique en consultation. Ainsi le malade se sentirait peut-être plus à l'aise pour aborder son addiction.

3.2.3 Le MG n'est pas assez spécialisé

Lorsqu'un patient s'adresse à un médecin pour une pathologie particulière, il souhaite que celui-ci ait des connaissances sur le sujet. Cela le conforte dans son choix de médecin, et le rassure sur le fait que sa maladie sera bien prise en charge.(39)

Le manque de formation du MG en matière d'addiction a déjà été évoqué dans de nombreuses thèses. L'une des solutions trouvées était d'augmenter le temps de formation en addictologie.(21,29) Cela n'a que très peu été mis en œuvre malheureusement.

Une autre solution qui pourrait être proposée serait de faire intervenir un(e) infirmier(e) spécialisé(e) en addictologie dans les maisons de santé ou les cabinets médicaux, de manière régulière, ou ponctuelle. Ceci a été réalisé dans la Meuse, avec des résultats plutôt concluants.(28) Bien que le patient soit adressé à la consultation addictologique par le MG,

nous pourrions penser que le fait de savoir qu'il peut être pris en charge de manière adaptée, pourrait débloquer la situation et amener le patient à aborder son addiction avec le médecin. La présence d'une personne spécialisée pourrait lui permettre d'entrer dans le soin plus facilement.

Ce résultat est finalement assez discordant avec celui mis en évidence par le critère du jugement principal. En effet, 57.1% des patients se sentent capables d'aborder leur addiction avec un MG même s'ils pensent qu'il n'est pas assez spécialisé en addictologie.

Peut-être qu'un effectif plus grand pourrait nous permettre de trancher sur ce résultat.

3.2.4 Mauvaise expérience avec un MG dans le passé

Certains patients se sentant en capacité d'aborder leur addiction mais ne l'ayant pas fait, sont bloqués par le fait d'avoir eu une mauvaise expérience avec un ou des MG dans le passé.

De ce fait, il est compréhensible qu'ils ne veuillent plus parler de leur addiction qu'avec un professionnel spécialisé.

Le fait de taire son addiction permet au patient de garder une certaine indépendance vis-à-vis de son médecin et de rester acteur de sa prise en charge.

En outre, il est libre de choisir qui il veut pour son suivi addictologique.

Conclusion

Ce travail nous révèle que l'addiction à l'héroïne est encore un tabou qui entraîne des difficultés pour les patients à aborder le sujet avec un MG.

Le principal frein identifié à la capacité à aborder l'addiction en consultation est que le médecin traitant n'est pas au courant de celle-ci.

La peur du jugement, la peur de rupture du secret médical et le fait que le MG ne soit pas assez spécialisé en addictologie, sont autant de raisons évoquées par le patient pour ne pas parler de ce sujet en consultation.

L'une des pistes à explorer pour améliorer le ressenti des patients est le renforcement du lien de confiance dans la relation médecin-malade. Ceci pourrait se faire en améliorant les techniques de communication avec le patient, notamment par des formations.

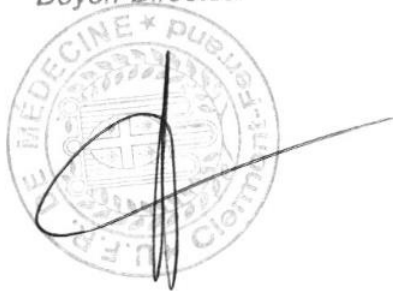
Pour améliorer cette relation de confiance, le rappel de certaines « bases », qui pour les professionnels de santé sont des évidences, est également important. Par exemple, l'existence du secret médical. Il faudrait le mentionner en consultation de manière systématique. Ainsi, le malade se sentirait peut-être plus à l'aise pour évoquer son addiction.

Même si les problèmes de toxicomanie relèvent bien de la médecine générale, le manque des formations des MG est une des raisons pour laquelle celle-ci n'est pas abordée en consultation. L'intervention régulière, ou ponctuelle, d'une infirmière spécialisée en addictologie dans les maisons de santé ou cabinets médicaux, pourrait être une solution pour certains patients de entrer dans le soin plus facilement et ainsi être orienté comme il faut. Certes le MG n'est pas forcément spécialiste en la matière, mais il est en capacité d'orienter

le patient vers des structures adaptées si besoin, comme il le fait pour certaines pathologies somatiques.

Un changement de mentalité sur la question de la toxicomanie serait l'une des clefs de l'amélioration de la prise en charge des patients toxicomanes. Des campagnes de prévention et de sensibilisation en addictologie et des exemples de (nombreux) patients qui s'en sortent aideraient peut-être à gommer les a priori qui persistent.

Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur



le 6 novembre 2020

Professeur Nicolas AUTHIER
Consultation Pharmacodépendance
SERVICE DE PHARMACOLOGIE MEDICALE
CHU - Centre de Biologie - BP 69
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 1
RPPS: 10005 184931

Références bibliographiques

1. Laqueille X, Liot K. Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *Inf Psychiatr.* 2009;Volume 85(7):611-20.
2. Glossaire sur l'étude des drogues et des addictions : R - U - OFDT [Internet]. [cité 7 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/glossaire/r-u/>
3. Glossaire sur l'étude des drogues et des addictions : A - D - OFDT [Internet]. [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/glossaire/>
4. ANPAA C des pratiques professionnelles de l'ANPAA. *Addictionnaire, réflexion sémantique en addictologie.* 2017.
5. Binder P. Intervenir sur les addictions en médecine générale, une perte du contrôle du désir envahi par le besoin, l'addiction est une maladie de cerveau. *Exercer;* 2017.
6. Scuvée-Moreau J. [Neurobiology of addiction]. *Rev Med Liege.* juin 2013;68(5-6):211-7.
7. Bigourdan AG. Comparaison de l'évolution de patients usagers et dépendants aux opiacés substitués par un traitement par Buprénorphine haut dosage initié et suivi en médecine générale ou en centre spécialisé. :54.
8. Bertrand P. Le mésusage du médicament de substitution: un frein à la pratique de l'addictologie par les médecins généralistes libéraux?: revue de la littérature. :165.
9. Les traitements de substitutions pour dépendance à l'héroïne [Internet]. *Drogues Dépendance!* [cité 7 févr 2020]. Disponible sur: http://www.drogues-dependance.fr/heroine-reduction_risque-traitement.html
10. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. *Presse Médicale.* oct 2004;33(18):41-7.
11. VIDAL - Dépendance aux opiacés (traitement de substitution) - Contexte [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1696/dependance_aux_opiaces_traitement_d_e_substitution/contexte/
12. Légifrance - Droit national en vigueur - Codes - Code de la santé publique [Internet]. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/legiOrKali?id=LEGITEXT000006072665.pdf&size=14,2%20Mo&pathToFile=/LEGI/TEXT/00/00/06/07/26/65/LEGITEXT000006072665/LEGITEXT000006072665.pdf&title=Code%20de%20la%20sant%C3%A9%20publique>
13. Médicaments [Internet]. [cité 7 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/medicaments>

14. VIDAL - Méthadone [Internet]. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/6305/methadone/>
15. Prescription et dispensation de la méthadone (sirop et gélule) : Questions-Réponses [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/substitut-methadone/690-prescription-et-dispensation-de-la-methadone-sirop-et-gelule-questions-reponses.html>
16. VIDAL - Buprénorphine [Internet]. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/substances/6272/buprenorphine/>
17. VIDAL - OROBUPRE 8 mg lyoph oral - Pharmacocinétique [Internet]. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/orobupre-187798-pharmacocinetique.htm>
18. Michot I. Julien Morel d'Arleux Coordination : Julie-Emilie Adès Maquette : Frédérique Million Documentation : 2019;8.
19. Brisacier A-C. L'objectif du tableau de bord annuel « Traitements de substitution aux opioïdes » réalisé par l'OFDT est de rassembler sur ce sujet les chiffres les plus récents émanant de différentes sources et de les présenter de manière synthétique. :19.
20. Fraeyman J, Symons L, Van Royen P, Van Hal G, Peremans L. How to overcome hurdles in opiate substitution treatment? A qualitative study with general practitioners in Belgium. Eur J Gen Pract. 2 avr 2016;22(2):134-40.
21. Lenoir Martin. Les freins des médecins généralistes à la substitution aux opiacés [Texte imprimé] / Martin Lenoir ; sous la direction de Nicollin Yves. S. l: sn; 2011. 55 p.
22. Almont T. Les Biais en Épidémiologie. :2.
23. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
24. Dalle E, Sobaszek A, Tone F, Fantoni-Quinton S. Entre secret et omission : que révèle le salarié au médecin du travail ? Arch Mal Prof Environ. 1 mai 2018;79(3):458-9.
25. Bard AS. Influence de la perception du médecin généraliste par les adolescents sur les opportunités de dialogue autour des conduites addictives et de la sexualité. :118.
26. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. oct 2011;59(5):285-94.
27. Collège national des Enseignants de Médecine Interne. L'observation médicale. :11.
28. Sommé M. Perception de l'intervention d'un(e) infirmier(e) addictologue au sein des maisons de santé pluri-professionnelles meusiennes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes [Internet] [other]. Université de Lorraine;

- 2018 [cité 31 oct 2020]. p. Non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932472>
29. Martinez C. Difficultés des jeunes médecins en présence de patients sous traitement de substitution aux opiacés. Étude qualitative par entretiens semi-directifs en Auvergne. :76.
 30. Netgen. Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-144/Comment-commencer-l-entretien-medical-Reflexions-sur-la-phase-sociale-a-partir-d-enregistrements-vidéo>
 31. Fenwick J, Barclay L, Schmied V. « Chatting »: an important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. J Adv Nurs. mars 2001;33(5):583-93.
 32. 5 citations de Booker Taliaferro Washington - Ses plus belles pensées [Internet]. dicocitations.lemonde.fr. [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: https://dicocitations.lemonde.fr/auteur/4791/Booker_Taliaferro_Washington.php
 33. Vignon E. Le non-dit du patient en consultation de médecin générale, étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 15 patients [Qualitative]. Claude Bernard, Lyon1; 1025.
 34. Gérard N. Etude qualitative des motifs de non-dit des patients de diabète de type II. Toulouse III, Paul Sabatier; 2013.
 35. Hoerni B, Glorion B. Ethique et déontologie médicale: permanence et progrès. Paris: Masson; 2000.
 36. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
 37. Article 226-13 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417945/
 38. Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515027/
 39. Deslandes J. Les déterminants du choix d'un médecin généraliste par les personnes vivant avec le VIH. :56.
 40. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
 41. Critères-addiction-DSM5.pdf [Internet]. [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.addictauvergne.fr/addictauvergne/wp-content/uploads/2014/02/Crite%CC%80res-addiction-DSM5.pdf>

Annexes

Annexe 1. Critères de dépendance à une substance psychoactive selon CIM-10 (40)

Critères de dépendance de la CIM-10

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).

Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Annexe 2. Critères d'addiction à une substance DSM V (41)

ADDICTION À UNE SUBSTANCE : CRITÈRES DSM-5

Les questions suivantes repréentent les critères d'addiction à une substance selon le DSM-5 (alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne ...). Ces questions se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance sur une période de 12 mois. Un score de gravité peut-être calculé en fonction du nombre de symptômes présents.

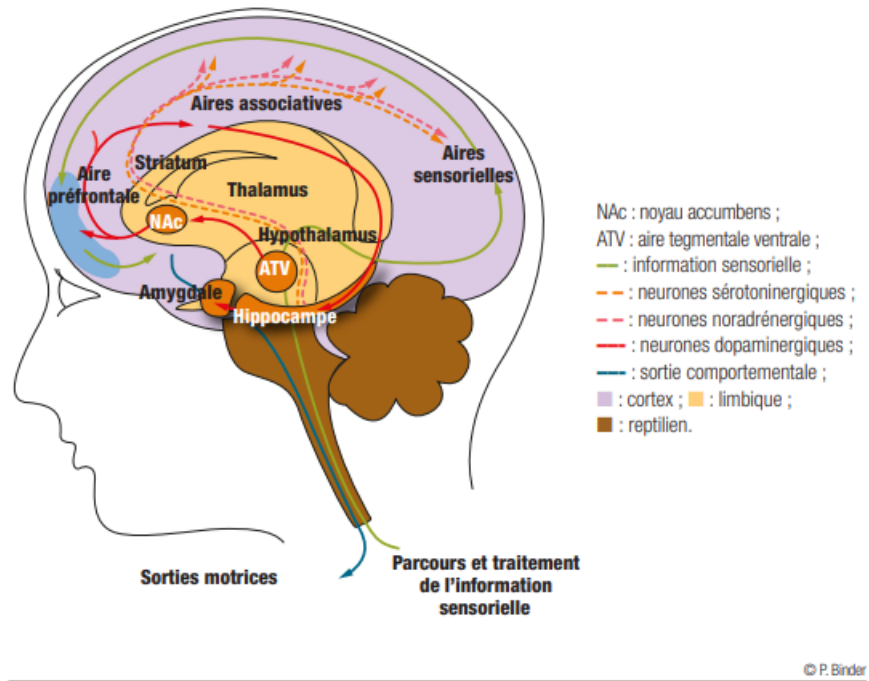
L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :	Non	Oui
1 - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu		
2 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance		
3 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets		
4 - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance		
5 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison		
6 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance		
7 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance		
8 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux		
9 - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance		
10 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance		
11 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : - syndrome de sevrage caractérisé à la substance - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.		

Cotation : attribuer 1 point en cas de réponse « oui ». Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

Score < 2 : Absence d'addiction
Score de 2 à 3 : Addiction légère
Score de 4 à 5 : Addiction modérée
Score ≥ 6 : Addiction sévère



Annexe 3. Schéma du circuit de récompense (5)



Annexe 4. Questionnaire

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale. Je réalise une thèse pour savoir pourquoi les patients sous traitement de substitution aux opiacés ne vont pas forcément consulter un médecin généraliste pour renouveler leur traitement.

Le questionnaire est ANONYME et strictement CONFIDENTIEL.

Il peut paraître long mais se fait très rapidement (5 min environ). Merci de répondre à toutes les questions et n'hésitez pas à laisser un commentaire si besoin.

Il suffit de le poser dans la boîte prévue à cet effet une fois terminé.

Merci !

1. Quel est votre sexe ?

- Féminin
- Masculin

2. Quelle est votre tranche d'âge ?

- Entre 18 et 29 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- ≥ 50 ans

3. Êtes-vous en couple ?

- Oui
- Non

4. Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

5. Travaillez-vous actuellement ? (CDI, CDD, intérim, mi-temps...)?

- Oui
- Non

6. Quel est votre couverture sociale ?

- Couverture sociale classique (assurance maladie + mutuelle personnelle)
- CSS (ancienne CMU/ ACS)

7. Si vous possédez une couverture sociale classique, cela est-il un problème pour vous de payer la consultation ?

- Oui
- Non

8. Quel type de traitement prenez-vous ?

- Méthadone
- Subutex (ou Buprénorphine Haut Dosage)
- Suboxone (ou Buprénorphine Haut Dosage/Naloxone)

9. Depuis combien de temps prenez-vous ce traitement ?

- Moins de 6 mois
- Plus de 6 mois

10. Prenez-vous un traitement pour une maladie psychique (dépression, bipolarité, schizophrénie...)?

- Oui
- Non

11. Prenez-vous d'autres traitements pour une maladie physique (tension, diabète, hépatite, ...)?

- Oui
- Non

12. Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui
- Non

13. Si oui, est-il au courant de votre addiction ?

- Oui
- Non

14. Savez-vous que le médecin généraliste peut participer au suivi de votre addiction ?

- Oui
- Non

15. Aimeriez-vous qu'il vous suive par rapport à votre addiction ?

- Oui complètement
- Pourquoi pas
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

16. Pensez-vous que le médecin généraliste est capable de vous suivre par rapport à votre addiction ?

- Pas du tout
- Un peu
- Partiellement
- Complètement
- Ne se prononce pas

17. Vous sentez-vous capable d'aborder le sujet de votre addiction avec un médecin généraliste ?

- Oui
- Non

18. Si non, pourquoi ? Plusieurs réponses sont possibles

- Peur du jugement
- Embarrassé(e)
- Sentiment de honte
- Peur qu'il en parle à votre famille

19. Si oui, l'avez-vous déjà fait ?

- Oui
- Non

20. Si non, pourquoi ? Plusieurs réponses sont possibles

- Peur du jugement
- Embarrassé(e)
- Sentiment de honte
- Peur qu'il en parle à votre famille

21. Remarques libres

Annexe 5. Réponses libres

q.11 : « Plusieurs interactions se sont mal passées avec des MG font que je sépare complètement les deux suivis et n'évoque mon addiction à l'héroïne qu'en cas de nécessité. »

q. 16 : « On est pris pour des tox' et on a l'impression de ne pas être soigné de la même façon qu'une personne normale. »

q. 26 : « Je me sens moins jugée à l'ANPAA et préfère être suivie par ce centre. »

q. 30 : « J'ai déjà été suivi par un généraliste mais il est souvent désemparé face à un traitement long et difficile à gérer. D'un commun accord, j'ai recommencé mon suivi à l'ANPAA car j'ai souvent des rechutes et un addictologue est mieux placé pour savoir comment gérer cela. »

q. 31 : « Je suis déjà allée voir mon généraliste à deux reprises pour qu'il me suive mais il préfère que je sois suivie à l'ANPAA. »

q. 32 : « J'ai déjà essayé de passer par un généraliste qui m'a parlé du gâchis que je représentais, alors même que j'étais en train de me confier. Il n'osait pas me prescrire le traitement de substitution car beaucoup de généralistes ont eu des soucis avec cela d'après lui. Passer par un centre spécialisé et gratuit m'a permis de m'en sortir en vivant normalement, à nouveau. »

q. 50 : « Avec mon expérience personnelle, je pense que les MG sont beaucoup moins qualifiés pour me suivre par rapport à mon addiction. Je préfère consulter un addictologue car il est meilleur conseiller, il a l'habitude, il sait ce qu'il fait. J'ai déjà été suivi par un MG pour mon addiction et me suis senti jugé. Si je n'avais vraiment pas le choix j'irais chez mon médecin généraliste. »

q. 52 : « Le MG, tout comme les urgentistes ou les autres spécialistes, ne connaissent pas assez ce domaine et lors des face à face le patient a tendance à devoir énormément s'expliquer sur son addiction. Le médecin addictologue est au fait de ces choses-là, et nous pouvons parler directement des problèmes rencontrés, sans devoir expliquer le pourquoi du comment, ce qui fait perdre énormément de temps au patient comme au soignant. »

q. 58 : « J'ai un médecin traitant mais c'est un sujet que je n'aborde que très rarement avec lui. J'ai eu ultérieurement un traitement par Subutex®, prescrit par celui-ci. Or, d'après les discours entendus, lui (ou sa femme aussi MG), il est évident qu'ils n'y connaissent rien ou si peu. Aussi le temps d'une consultation (à la chaîne), ne permet pas d'avoir l'écoute nécessaire quand on en a besoin. »

q. 63 : « J'habite un petit village à la campagne, ça parle beaucoup, donc je préfère que mon médecin ne soit pas au courant. »

q. 66 : « Le suivi avec l'ANPAA me convient très bien. Je ne vois pas l'intérêt d'en parler avec un médecin généraliste. »

q. 124 : « Les consultations à l'ANPAA sont gratuites. »

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes, les femmes, mes confrères et mes consoeurs, m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'OPPROBRE et méprisée de mes confrères et mes consœurs si j'y manque.

Existe-t-il des freins pour les patients sous traitement de substitution aux opiacés à aborder leur addiction en consultation avec un médecin généraliste ?
Étude menée en Centres d'Addictologie

RÉSUMÉ :

CONTEXTE Depuis 2014, une diminution des bénéficiaires ayant une prescription de traitement de substitution aux opiacés (TSO) provenant uniquement des médecins de villes est constatée au profit des centres spécialisés ou des prescriptions mixtes. Nous savons que les médecins généralistes (MG) rencontrent des difficultés à suivre les patients sous TSO. Mais ceux-ci ne ressentent-ils pas également des difficultés à aborder leur addiction avec un MG ?

OBJECTIF Rechercher s'il existe des freins pour les patients sous TSO à aborder leur addiction en consultation avec un MG et étudier les raisons pour lesquelles elle n'est pas abordée en consultation.

MÉTHODE Etude quantitative descriptive et analytique, multicentrique, menée à l'aide d'un questionnaire anonyme distribué dans les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en Auvergne-Rhône-Alpes.

RÉSULTATS Nous avons obtenu 146 réponses. Selon notre étude, le fait que le médecin traitant ne soit pas au courant de l'addiction est un frein pour l'aborder en consultation. En revanche, le fait de ne pas avoir de médecin traitant, de ne pas vouloir être suivi par un MG pour l'addiction et le fait de penser que le MG n'est pas capable de suivre les patients par rapport à leur addiction ne sont pas des freins pour l'aborder en consultation. Le fait d'avoir peur du jugement, de la rupture du secret médical et le fait que le MG ne soit pas assez spécialisé sont des raisons de ne pas aborder l'addiction en consultation.

CONCLUSION Malgré de nombreuses avancées sur le sujet, nous ne pouvons que constater que certaines difficultés subsistent pour les patients en consultation avec un médecin généraliste. Le dépistage systématique des conduites addictives en consultation, la création d'un lien de confiance plus important et le rappel du secret médical en début d'entretien pourraient être des pistes pour améliorer le ressenti des patients.

Mots-clés :

- Médecin généraliste
- Traitement de substitution aux opiacés
- Patients toxicomanes
- Frein
- Confiance
- Secret médical