

## Remerciements :

À Madame le Docteur Corinne Dano,  
Je te remercie pour ta disponibilité, ta précieuse patience tout au long de mon travail.

À Monsieur le Professeur Jean-François Huez,  
Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma thèse,  
merci de votre enseignement, de votre intérêt pour mon travail et de vos pertinentes remarques.

À Madame le Professeur Dominique Penneau Fontbonne,  
Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury, et ce malgré les difficultés d'organisation que cela représentait pour vous,

À Monsieur le Docteur Pierre-Henry Ducluzeau,  
Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, et de votre regard éclairé sur les parallèles possibles entre les différents types d'addictions.

À Monsieur le Docteur Luc Fouché,  
Je vous remercie de m'avoir soutenue lors de mon internat, et d'avoir accepté d'être membre de mon jury.

À ma maman, sans son grand soutien logistique, cette thèse n'aurait pas été possible.

Merci à Philippe B, Maryline, Franck et Patrick, pour leur soutien moral sans faille.

Merci à Olivier, Sébastien, Célia et Antoine T, pour leurs sauvetages informatiques.

Merci à Xavier, qui a fait son maximum pour me guider en informatique.

À mon père. Je lui dois -entre autres- mon intérêt pour les sciences.

À Huguette, tu m'as accompagnée sur cette thèse, même si tu étais physiquement loin.

À Marie-Claire, il est des lumières que l'on est heureux d'avoir pu rencontrer.

À mes filles, qui m'apprennent autant, je crois, que je leur apprends ; elles ont ensoleillé cette année de travail à la maison.

**UNIVERSITÉ D'ANGERS**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2013

N°

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en : MEDECINE GENERALE**

Par

***Meriem BROCHARD***

**Née le 09/12/1977 à Sidi-Boudjnane (Touggourt) ALGERIE**

---

**Présentée et soutenue publiquement le : 16 mai 2013**

---

***OBSTACLES AU SUIVI DES PATIENTS HÉROÏNOMANES SOUS  
TRAITEMENT DE SUBSTITUTION : MOTIVATIONS DES MÉDECINS  
GENERALISTES ANGEVINS NE SOUHAITANT PAS S'IMPLIQUER DANS  
CE SUIVI.***

---

**Président : Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François**

**Directeur : Madame le Docteur DANO Corinne**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

---

**Doyen**  
**Vice doyen recherche**  
**Vice doyen pédagogie**

Pr. RICHARD  
Pr. BAUFRETON  
Pr. COUTANT

**Doyens Honoraires** : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

**Professeur Émérite** : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

**Professeurs Honoraires** : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

<b>MM. ABRAHAM Pierre</b>	Physiologie
<b>ASFAR Pierre</b>	Réanimation médicale
<b>AUBÉ Christophe</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>AUDRAN Maurice</b>	Rhumatologie
<b>AZZOUZI Abdel-Rahmène</b>	Urologie
<b>Mmes BARON Céline</b>	Médecine générale (professeur associé)
<b>BARTHELAIX Annick</b>	Biologie cellulaire
<b>MM. BATAILLE François-Régis</b>	Hématologie ; Transfusion
<b>BAUFRETON Christophe</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>BEAUCHET Olivier</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
<b>BEYDON Laurent</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
<b>BIZOT Pascal</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>BONNEAU Dominique</b>	Génétique
<b>BOUCHARA Jean-Philippe</b>	Parasitologie et mycologie
<b>CALÈS Paul</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>CAMPONE Mario</b>	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
<b>CAROLI-BOSC François-Xavier</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>CHABASSE Dominique</b>	Parasitologie et mycologie
<b>CHAPPARD Daniel</b>	Cytologie et histologie
<b>COUTANT Régis</b>	Pédiatrie
<b>COUTURIER Olivier</b>	Biophysique et Médecine nucléaire
<b>DARSONVAL Vincent</b>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
<b>de BRUX Jean-Louis</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>DESCAMPS Philippe</b>	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
<b>DIQUET Bertrand</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
<b>DUVERGER Philippe</b>	Pédopsychiatrie
<b>ENON Bernard</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
<b>FANELLO Serge</b>	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>FOURNIER Henri-Dominique</b>	Anatomie
<b>FURBER Alain</b>	Cardiologie
<b>GAGNADOUX Frédéric</b>	Pneumologie
<b>GARNIER François</b>	Médecine générale (professeur associé)

<b>MM.</b>	<b>GARRÉ Jean-Bernard</b>	Psychiatrie d'adultes
	<b>GINIÈS Jean-Louis</b>	Pédiatrie
	<b>GRANRY Jean-Claude</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	<b>HAMY Antoine</b>	Chirurgie générale
	<b>HUEZ Jean-François</b>	Médecine générale
<b>Mme</b>	<b>HUNAUT-BERGER Mathilde</b>	Hématologie ; transfusion
<b>M.</b>	<b>IFRAH Norbert</b>	Hématologie ; transfusion
<b>Mmes</b>	<b>JEANNIN Pascale</b>	Immunologie
	<b>JOLY-GUILLOU Marie-Laure</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM.</b>	<b>LACCOURREYE Laurent</b>	Oto-rhino-laryngologie
	<b>LASOCKI Sigismond</b>	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	<b>LAUMONIER Frédéric</b>	Chirurgie infantile
	<b>LE JEUNE Jean-Jacques</b>	Biophysique et médecine nucléaire
	<b>LE ROLLE Nicolas</b>	Réanimation médicale
	<b>LEFTHÉRIOTIS Georges</b>	Physiologie
	<b>LEGRAND Erick</b>	Rhumatologie
<b>Mme</b>	<b>LUNEL-FABIANI Françoise</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM.</b>	<b>MALTHIÉRY Yves</b>	Biochimie et biologie moléculaire
	<b>MARTIN Ludovic</b>	Dermato-vénéréologie
	<b>MENEI Philippe</b>	Neurochirurgie
	<b>MERCAT Alain</b>	Réanimation médicale
	<b>MERCIER Philippe</b>	Anatomie
<b>Mmes</b>	<b>NGUYEN Sylvie</b>	Pédiatrie
	<b>PENNEAU-FONTBONNE Dominique</b>	Médecine et santé au travail
<b>MM.</b>	<b>PICHARD Eric</b>	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	<b>PICQUET Jean</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	<b>PODEVIN Guillaume</b>	Chirurgie infantile
	<b>PROCACCIO Vincent</b>	Génétique
	<b>PRUNIER Fabrice</b>	Cardiologie
	<b>REYNIER Pascal</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>Mme</b>	<b>RICHARD Isabelle</b>	Médecine physique et de réadaptation
<b>MM.</b>	<b>RODIEN Patrice</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
	<b>ROHMER Vincent</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
	<b>ROQUELAURE Yves</b>	Médecine et santé au travail
<b>Mmes</b>	<b>ROUGÉ-MAILLART Clotilde</b>	Médecine légale et droit de la santé
	<b>ROUSSELET Marie-Christine</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>MM.</b>	<b>ROY Pierre-Marie</b>	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	<b>SAINT-ANDRÉ Jean-Paul</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
	<b>SENTILHES Loïc</b>	Gynécologie-obstétrique
	<b>SUBRA Jean-François</b>	Néphrologie
	<b>URBAN Thierry</b>	Pneumologie
	<b>VERNY Christophe</b>	Neurologie
	<b>VERRET Jean-Luc</b>	Dermato-vénéréologie
<b>MM.</b>	<b>WILLOTEAUX Serge</b>	Radiologie et imagerie médicale
	<b>ZANDECKI Marc</b>	Hématologie ; transfusion

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

<b>MM.</b>	<b>ANNAIX Claude</b>	Biophysique et médecine nucléaire
	<b>ANNWEILER Cédric</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
<b>Mmes</b>	<b>BEAUVILLAIN Céline</b>	Immunologie
	<b>BELIZNA Cristina</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	<b>BLANCHET Odile</b>	Hématologie ; transfusion
<b>M.</b>	<b>BOURSIER Jérôme</b>	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
<b>Mme</b>	<b>BOUTON Céline</b>	Médecine générale (maître de conférences associé)
<b>MM.</b>	<b>CAILLIEZ Éric</b>	Médecine générale (maître de conférences associé)
	<b>CAPITAIN Olivier</b>	Cancérologie ; radiothérapie
	<b>CHEVAILLER Alain</b>	Immunologie
<b>Mme</b>	<b>CHEVALIER Sylvie</b>	Biologie cellulaire
<b>MM.</b>	<b>CONNAN Laurent</b>	Médecine générale (maître de conférences associé)
	<b>CRONIER Patrick</b>	Anatomie
	<b>CUSTAUD Marc-Antoine</b>	Physiologie
<b>Mme</b>	<b>DUCANCELLE Alexandra</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM.</b>	<b>DUCLUZEAU Pierre-Henri</b>	Nutrition
	<b>FORTRAT Jacques-Olivier</b>	Physiologie
	<b>HINDRE François</b>	Biophysique et médecine nucléaire
	<b>JEANGUILLAUME Christian</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>Mme</b>	<b>JOUSSET-THULLIER Nathalie</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>MM.</b>	<b>LACOEUILLE Franck</b>	Biophysique et médecine nucléaire
	<b>LETOURNEL Franck</b>	Biologie cellulaire
<b>Mmes</b>	<b>LOISEAU-MAINGOT Dominique</b>	Biochimie et biologie moléculaire
	<b>MARCHAND-LIBOUBAN Hélène</b>	Biologie cellulaire
	<b>MAY-PANLOUP Pascale</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	<b>MESLIER Nicole</b>	Physiologie
<b>MM.</b>	<b>MOUILLIE Jean-Marc</b>	<i>Philosophie</i>
	<b>PAPON Xavier</b>	Anatomie
<b>Mmes</b>	<b>PASCO-PAPON Anne</b>	Radiologie et Imagerie médicale
	<b>PELLIER Isabelle</b>	Pédiatrie
	<b>PENCHAUD Anne-Laurence</b>	<i>Sociologie</i>
<b>M.</b>	<b>PIHET Marc</b>	Parasitologie et mycologie
<b>Mme</b>	<b>PRUNIER Delphine</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>M.</b>	<b>PUISSANT Hugues</b>	Génétique
<b>Mmes</b>	<b>ROUSSEAU Audrey</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
	<b>SAVAGNER Frédérique</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>MM.</b>	<b>SIMARD Gilles</b>	Biochimie et biologie moléculaire
	<b>TURCANT Alain</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

septembre 2012

# **COMPOSITION DU JURY**

**Président du jury :**

**Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur DANO Corinne**

**Membres du jury :**

**Madame le Professeur PENNEAU-FONTBONNE Dominique**

**Monsieur le Docteur DUCLUZEAU Pierre-Henri**

**Madame le Docteur DANO Corinne**

**Monsieur le Docteur FOUCHE Luc**

## Liste des abréviations

ADN	Acide désoxyribonucléique
ALiA	Association Ligérienne d'Addictologie
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANIT	Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
ASPSTA	Association des Services Publics de Soins en Toxicomanie et en Alcoologie
ATCD	Antécédents
BHD	Buprénorphine Haut Dosage
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie
CT	Communauté Thérapeutique
EBM	Evidence Base Medecine
ECG	Eléctro-Cardio-Gramme
Entred	Échantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques
EROPP	Enquête sur les Représentations, Opinions, Perceptions relatives aux Psychotropes
ETP	Education Thérapeutique du Patient
EVAL (enquête)	EVolution de la prise en charge des toxicomanes en médecine générale
FDA	Food and Drug Administration
HAS	Haute Autorité de Santé

HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
InVS	Institut de Veille Sanitaire
LSD	acide LySergique Diethylamine
MCRS	Medical Condition Regard Scale
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MSO	Médicaments de Substitution aux Opiacés
NIDA	National Institute on Drug Abuse
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
RDR	Réduction Des Risques
RESAAD	RESeau des Acteurs en Addictologie du Maine et Loire
RPIB	Repérage Précoce et Intervention Brève
SDF	Sans Domicile Fixe
SIAMOIS	Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection Stérile
SIDA	Syndrome d'Immuno-Dépression Acquise
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
Wonca	World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners/family physicians

# PLAN

PLAN .....	8
1 INTRODUCTION.....	10
2 CONTEXTE.....	12
3 REVUE DE LITTÉRATURE: OBSTACLES À L'IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS. 25	
4 ENQUÊTE.....	83
4.1 MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	83
4.2 RÉSULTATS .....	88
4.3 DISCUSSION .....	112
4.4 CONCLUSION .....	152
5 BIBLIOGRAPHIE .....	154
6 Liste des tableaux et des figures.....	161
7 Tables des matières.....	163
8 ANNEXES .....	168



# 1 INTRODUCTION

Les médecins généralistes sont considérés par la littérature scientifique comme le lieu de soins idéal des problèmes d'addictions : ils reçoivent chaque année près des 3/4 de la population française [1], ils connaissent les patients (leur histoire, leurs antécédents médicaux, leur traitement, leur famille), et occupent une place charnière au sein des dispositifs de soins (médico-sociaux-psychologiques). De plus, la grande majorité des patients leurs fait confiance sur ce domaine [2], [3].

Si sur le problème du tabagisme, les médecins généralistes se sont, dans leur grande majorité, investis [1], leur investissement sur la dépendance à l'héroïne reste limité (97% des prescriptions émanent de moins de 50% des médecins généralistes) [1], [4] [5], [6].

En 1996 débute en France la mise en place, à large échelle, des traitements de substitution de la dépendance aux opiacés (héroïne essentiellement). Une place prépondérante dans le système de soins de cette addiction est brutalement attribuée aux médecins généralistes : ils peuvent depuis instaurer un traitement par buprénorphine haut dosage (BHD) et ils ont à charge d'effectuer le relais des prescriptions de méthadone instaurées par les centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST) ou les centres hospitaliers. Le nombre de patient sous médicament de substitution (MSO) est estimé, en 2008, à 130000 [7]. Le nombre de patients sous traitement a connu en 1996 une croissance rapide et continue d'augmenter, mais la proportion des médecins généralistes qui acceptent d'effectuer ces suivis augmente peu [1], [6]. Pourtant depuis 16 ans, le traitement de substitution aux opiacés, et notamment celui par BHD, a montré ses bénéfices : son impact est nettement positif sur l'accès aux soins, la morbi-mortalité, sur la situation sociale et l'insertion, et sur la qualité de vie ressentie par les patients. L'évaluation du premier plan triennal de lutte contre les drogues et les dépendances 1998-2001, faisait état des difficultés à mobiliser sur les formations en toxicomanie les médecins non investis dans ce domaine, et posait la question des moyens qui permettrait de toucher davantage ces médecins [8].

En 2005, dans « Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? » Les auteurs, à partir de plusieurs études, estimaient à propos des addictions, qu'en France, les médecins généralistes comprenaient 8 à 18% de *motivés* prêts à participer à un réseau, 20 à

30% *d'intéressés* prêts à participer à des formations ponctuelles, 40 à 55% *d'indifférents* restant réceptifs à une sensibilisation, et 10 à 20% *d'irréductibles* à toute forme de changement en ce domaine. Ils précisaient que « cette approximation mériterait à elle seule une étude, car il est du plus grand intérêt de fixer des objectifs (de formation) différents à chaque sous-groupe de médecins » [2].

Il existe peu d'études en France et en Europe, sur les difficultés que posent la prescription de MSO et le suivi de patients usagers de drogues en médecine générale [9]. La plupart des études sur ce sujet sont issues des États-Unis, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni. Les obstacles relevés sont sensiblement les mêmes d'un pays à l'autre.

En France, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) réalise périodiquement une enquête téléphonique auprès des médecins généralistes, pour interroger leurs ressentis et leurs pratiques concernant la prise en charge des patients usagers de drogue et les problèmes liés aux MSO ; mais la dernière enquête EVAL (Evolution de la prise en charge des toxicomanes en médecine générale) date de 2001 [6]. Elle avait de plus un taux de *refus de répondre* élevé (37%) et, si l'on fait l'hypothèse (plausible) que les participants sont les médecins les plus sensibilisés à la toxicomanie, l'étude reflètent alors mal les obstacles que peuvent ressentir les médecins non sensibilisés.

Cette étude a comme objectif de mieux cerner la proportion, à l'échelle locale, des médecins déjà investis en toxicomanie, de ceux prêts à s'investir et des médecins ne souhaitant le faire. Elle interroge ensuite ces derniers, afin de mieux cerner, spécifiquement dans ce sous-groupe, les obstacles à la prise en charge de la dépendance à l'héroïne.

## 2 CONTEXTE

### 2.1 LES MÉDICAMENTS ACTUELS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

#### 2.1.1 LA MÉTHADONE

[10], [11], [12]

La méthadone fut synthétisée en Allemagne, avant la Seconde Guerre mondiale, puis rachetée par les États-Unis ; là, son utilisation comme traitement de maintenance dans la dépendance aux opiacés débute dans les années 1960, grâce à deux chercheurs, Dole et Nyswander, qui formulent l'hypothèse que la toxicomanie résulte d'un déficit métabolique. Sa distribution, initialement non encadrée par un suivi psychosocial, et peu contrôlée, fait au début plus de dégâts que l'héroïne. Les expériences plus encadrées se développent par la suite, aux États-Unis comme en Europe. Toutefois, certains pays (comme la France et l'Allemagne) restent réticents, et ne développeront ces programmes qu'avec la survenue du SIDA et la nécessité d'une réduction des risques. « Considérée par les uns comme un médicament révolutionnaire et par les autres comme une simple drogue légale, les polémiques autour de la méthadone se sont aujourd'hui calmées pour laisser place à diverses formes de prises en charge s'appuyant sur sa prescription » [11].

La prescription initiale de méthadone ne pouvait être faite initialement que par les médecins de CSST (Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie) ; elle demande alors que le patient se présente quotidiennement au centre tant que la dose thérapeutique n'est pas établie. La posologie adéquate est établie en augmentant progressivement les doses, sous contrôles ECG réguliers, associés à des dépistages urinaires de stupéfiants pour contrôler l'absence de prise non déclarée de psychotrope. Depuis 2002, tout médecin hospitalier est habilité à primo-prescrire de la méthadone (tous les départements ne bénéficiaient pas en 2002, de CSST).

Une fois la posologie adéquate établie, tout médecin généraliste peut prendre le relais de la prescription, celle-ci se fait depuis 1992 sur des ordonnances sécurisées, pour une durée maximale de 14 jours, avec une délivrance maximale de 7 jours (sauf exception mentionnée par le médecin).

## 2.1.2 LA BUPRÉNORPHINE

[10], [11], [12], [13], [14]

La buprénorphine fut synthétisée au début des années 70. Agoniste partiel des récepteurs opiacés, elle produit des effets subjectifs morphinomimétiques (en particulier antalgiques).

Son utilisation expérimentale en tant que traitement de substitution pour les héroïnomanes débute à la fin des années 70, « alors qu'outre-Atlantique, on commençait à s'interroger sur les risques et les limites d'une prescription massive de méthadone » [10]. Son profil dans cette utilisation apparaît encourageant en terme d'efficacité, et – surtout - de sécurité car, de ces propriétés antagonistes des opiacés, découle un effet plafond, limitant les effets dépressifs (notamment cardiorespiratoires), et donc le risque d'overdose.

Les premières prescriptions « sur le terrain » se font en Australie et surtout en Europe au début des années 1980. Elles sont le fait de médecins "pionniers" qui utilisent alors, de façon détournée, une forme peu dosée (0,2mg), mise sur le marché en tant qu'antalgique de palier II : le Temgesic®. Mais la buprénorphine dans le Temgesic® est sous forme sublinguale hydrosoluble facilement injectable, et l'on ne tarde pas à constater l'accroissement des cas de détournements et de toxicomanies graves par injection de ce produit.

Dans le contexte de l'épidémie de sida du début des années 90, alors que la France s'ouvre à une nécessaire politique de réduction des risques, la décision politique fut prise en France de lancer une présentation à haut dosage de buprénorphine orale, utilisable en médecine de ville, dans des conditions de prescription et de délivrance peu contraignantes (parallèlement le nombre des centres de méthadone augmentera progressivement). C'était alors une première mondiale et une expérience totalement originale.

En mars 1995, est éditée la circulaire ministérielle qui fixe le cadre réglementaire de la prescription de buprénorphine et de méthadone. Et en février 1996, le Subutex® est mis sur le marché français ; il peut être prescrit par tout médecin sans restriction de cadre d'exercice, ni

contrainte d'analyse d'urine pour le patient. La circulaire recommande de prendre l'avis de confrères expérimentés et/ou spécialisés, et conseille vivement un travail en réseau avec les centres spécialisés, les pharmaciens, et les confrères de ville.

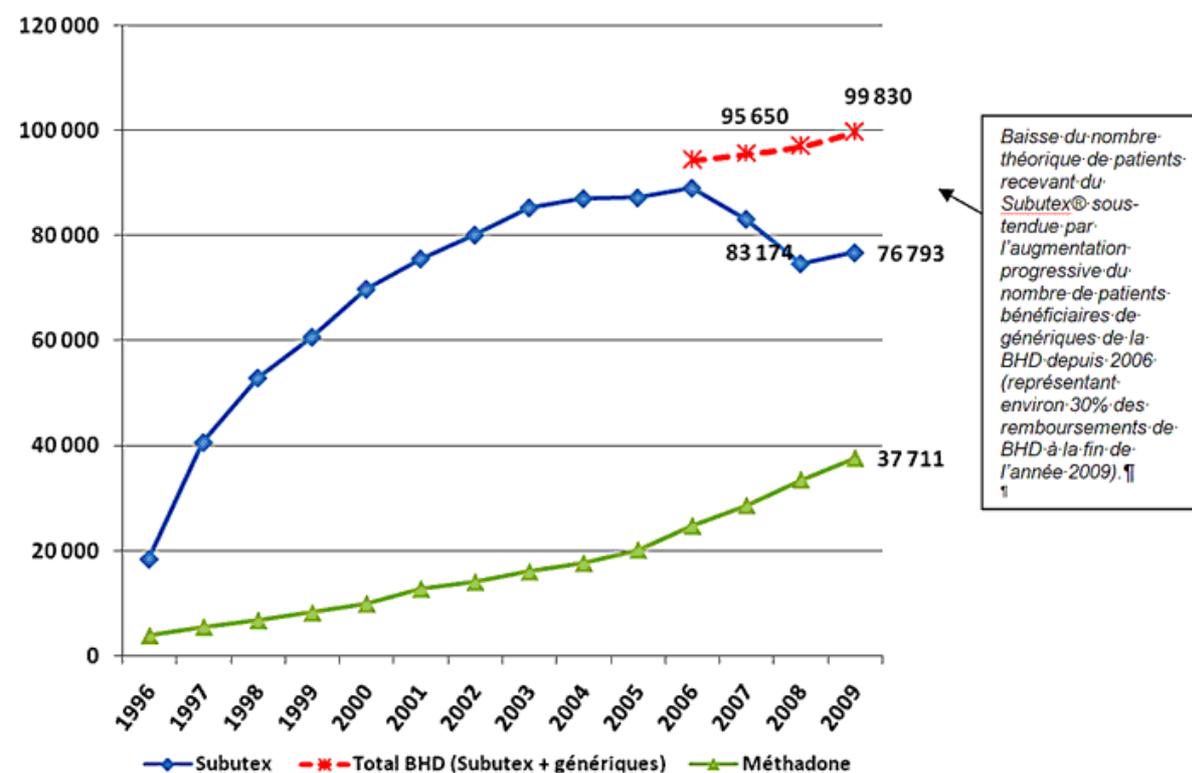
La prescription se faisait initialement sur carnet à souches, pour une durée maximale de 28 jours (alors que celle de la méthadone était alors limitée à 7 jours). En 1999, devant la difficulté à mobiliser les médecins généralistes français dans le traitement de la douleur à l'aide des morphiniques, les pouvoirs publics suppriment les carnets à souches, afin de « banaliser » ces traitements : les prescriptions se font dorénavant sur ordonnances sécurisées [1], [11], [15].

La délivrance se faisait en officine de ville de façon possiblement fractionnée.

En 2000, devant l'augmentation des cas signalés de détournements du Subutex®, les pouvoirs publics rendent la délivrance en pharmacie obligatoirement hebdomadaire, sauf mention expresse du médecin sur l'ordonnance.

Selon les données fournies par le système SIAMOIS, (système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution), les ventes de Subutex® en pharmacie depuis sa mise sur le marché ont connu « une croissance rapide et soutenue » comme l'indique l'OFDT, et comme illustré par la figure 1 ci-après [5].

FIGURE 1. Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution (Subutex® 8 mg, Méthadone 60 mg) depuis 1995. [5].



L'estimation du nombre de patients sous traitements de substitution est fait ici « au prix d'hypothèses fortes » à savoir que chaque acheteur consommerait tous les médicaments achetés (or il existe un marché noir), de façon régulière, sans interruption de traitement, et à une dose moyenne de huit milligrammes par jour.

### 2.1.3 ASSOCIATION BUPRÉNORPHINE - NALOXONE

La naloxone est une molécule antagoniste des récepteurs opiacés, de pénétration faible lorsqu'elle est administrée par voie sublinguale. La naloxone a été associée à la buprénorphine (comprimés alors dénommés Suboxone® en Europe) afin de limiter l'usage intraveineux de la buprénorphine : lors de l'utilisation IV du Suboxone®, la naloxone devait inhiber les effets de la buprénorphine et provoquer un syndrome de manque [16]. Cette association est utilisée

depuis 2001 en Australie, depuis 2002 aux Etats-Unis ; elle a reçu l'AMM européenne depuis 2006, mais n'est commercialisée en France que depuis mars 2012 [17]. En effet, cette association n'a pas prouvé d'efficacité dans la diminution du mésusage des comprimés (dans une étude Finlandaise, le taux d'injecteurs réguliers de Suboxone® était de 8%, proportion comparable au taux d'injecteurs de buprénorphine en France) [16]. Des effets de sevrage apparaissent lors de l'utilisation intraveineuse de cette association chez des patients dépendants à l'héroïne, à la morphine ou sous méthadone, et sont fonction du degré de dépendance. Mais chez les patients stabilisés sous buprénorphine haut dosage (BHD), les symptômes de sevrage sont absents lors d'une administration intraveineuse occasionnelle de Suboxone®. De plus, compte tenu de la haute affinité de la buprénorphine sur les récepteurs opiacés et la courte durée d'action de la naloxone, la Haute Autorité de Santé (HAS) s'interrogeait sur la stabilité et la durée de l'effet antagoniste sur les patients injecteurs de BHD. En outre, pour les patients nécessitant des posologies inférieures à 2 mg par jour de BHD, seule la buprénorphine dosée à 0,4 mg peut être actuellement utilisée. Enfin si le profil d'effets indésirables est comparable à celui de la BHD en utilisation sublinguale, la naloxone est contre-indiquée en cas de grossesse, ce qui exclut son utilisation chez les femmes en âge de procréer notamment celles en situation de précarité. L'HAS dans sa commission de transparence du 16 avril 2008 concluait au service médical rendu important de cette association dans le traitement de la dépendance aux opiacés (si ce médicament est délivré au sein d'un accompagnement motivationnel du patient, et d'une prise en charge psychosociale, comme tout MSO). Par contre, la commission restait prudente quant aux bénéfices de ce médicament sur la diminution du mésusage [16]. Remboursé à 65%, ce médicament est soumis aux mêmes conditions de prescription et de délivrance que la BHD.

#### **2.1.4 DÉFINITION**

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) comprennent l'utilisation de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) et l'accompagnement social et psychologique du patient. Cet accompagnement est nécessaire à l'efficacité du traitement.

## 2.2 ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE DROGUE EN FRANCE ET CONSTRUCTION DU SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS EN TOXICOMANIE

Avant les années 1970, le traitement proposé se limite au sevrage, plus ou moins brusque selon les écoles (le psychiatre Alain Morel emploie le terme de « préhistoire du dispositif spécialisé »). Les soins sont essentiellement confiés à une psychiatrie encore asilaire, et à quelques cliniques privées pour les gens du haut monde [11].

Dans les années 1970, la consommation d'héroïne croît rapidement (portée par la mouvance culturelle de l'époque). Elle est amalgamée par les politiques aux mouvements contestataires [11], [13]. Les premières overdoses d'adolescents se médiatisent. La loi publiée le 31 décembre 1970 est votée à l'unanimité par le Parlement.

La « loi de 1970 » condamne pour la première fois l'usage privé et fait de tout usage un délit. L'utilisateur devenu délinquant est également considéré comme un malade, à qui des soins peuvent être proposés par le juge au lieu d'une sanction pénale : c'est l'injonction thérapeutique. Le texte garantit l'anonymat pour les toxicomanes dans les centres de soins. [10], [11], [15]

L'augmentation de la consommation d'héroïne est initialement le fait des milieux aisés, bien insérés, volontiers idéologues. Mais elle s'étend progressivement aux autres quartiers des grandes villes, puis aux provinces. La marginalisation initialement revendiquée devient subie. À l'héroïne, s'ajoutent sans cesse de nouvelles drogues ; au début des années 1970 : haschisch, LSD et barbituriques, puis viendront les amphétamines (retirées du marché dans les années 1980), les solvants ; au début des années 1980 apparaissent les benzodiazépines, et la cocaïne resurgit dans les milieux du spectacle et de la télévision. S'y ajoute l'alcool, quelles que soient les époques. [13]

Des centres de cure se mettent en place, rapidement suivis, devant l'échec des sevrages simples, par l'instauration de post cures. L'attention est alors portée sur le rapport de l'individu à sa drogue, vue comme une maîtresse « aussi exclusive qu'abusive » et qui s'érige contre le

soignant, « comme une rivale malfaisante s'emparant de l'individu » [11]. Comme la drogue rend l'individu toxicomane, il faut que l'individu en soit isolé, afin « qu'il acquiert un Moi Fort » à travers « des relations saines » que sa famille n'est pas en capacité d'apporter » [11].

Dès 1975, la dépendance en tant que telle attire davantage l'attention. Les équipes d'intervenants, (très peu médicalisées en moyenne), vont centrer leurs préoccupations sur les aspects psychologiques : elles différencient à présent l'usage ponctuel et la dépendance, et tentent de comprendre leurs fonctions respectives, selon le contexte, pour chaque individu. L'accent n'est plus mis sur le toxique mais sur ce qui détermine son utilisation : les causes de la consommation étant endogènes, l'isolement protecteur ne suffit pas à guérir le sujet. C'est au début des années 1980, le tournant vers une prise en charge plus individualisée et plus ambulatoire [11], [13], [15].

Les équipes s'organisent (création de l'ANIT en 1981 : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie) ; petit à petit le savoir des intervenants se construit, les théories s'étoffent ; des rapprochements sont faits avec d'autres expressions symptomatiques : l'anorexie mentale, la boulimie, la dépression, le jeu, etc. ; les familles sont prises en compte [13].

« Il est désormais admis que le chemin est long et difficile, qu'il va s'agir d'un accompagnement (...) au cas par cas », au travers d'un parcours non linéaire, « où devra être saisi ce qui peut permettre de renouer avec une maturation psychologique et des réinvestissements stables » [13].

Les intervenants, tournés sur une approche psychanalytique, s'entendent dans un consensus avec les politiques pour « s'opposer à la distribution de masse de la méthadone en France. À cet égard, le modèle américain sert de repoussoir » [11].

1980-1985 : la consommation de haschisch se banalise (cette banalisation ne fera que s'accroître par la suite). Le problème drogue, relayé par les médias, n'a plus rien d'exceptionnel, mais les consommations augmentent nettement dans les milieux les plus touchés par la crise économique, la pauvreté, l'exclusion. L'épidémie de sida qui commence n'est pas immédiatement appréhendée dans toute son ampleur destructrice. Elle va rapidement révéler la carence du dispositif d'accueil et de soins pour toxicomanes : le manque d'outils adéquats en matière de diminution des risques secondaires aux consommations, et l'insuffisance des capacités de prise en charge [10], [11], [13], [15].

1985-1996 : plusieurs faits marquants.

En 1986, après un sursaut politique vers le « tout répressif », relancé par le garde des sceaux<sup>1</sup>, la politique de santé publique s'ouvre timidement à une politique de réduction des risques : la vente libre des seringues est légalisée par le décret du 13 mai 1987, d'abord à titre provisoire, puis de façon définitive en août 1989 ; les pharmaciens ont le monopole de cette vente (il faut attendre mars 1995 pour que la distribution gratuite de seringues dans le cadre d'actions de prévention soit permise) [10], [11].

Le retard de la France en matière de politique de réduction des risques apparaît de façon flagrante : en 1992, trois centres seulement délivraient de la méthadone, à titre expérimental seulement, à une cinquantaine de patients. À la fin des années 90, l'Italie comptait quinze fois plus de places dans ses communautés thérapeutiques, que la France dans ses hébergements thérapeutiques. De 1999 à 2002, la Direction générale de la Santé a encore réduit cette capacité d'accueil de 20% en 3 ans [10], [11]. La contamination par le SIDA est à l'ampleur de ce retard ; elle flambe en France dans le milieu des toxicomanes, alors qu'en Angleterre, où la politique de réduction des risques a été mise en place très tôt, l'épidémie progresse à un degré nettement moindre [10].

L'affaire du sang contaminé a aussi mis en lumière les carences de la santé publique en matière de risques infectieux liés à l'usage de matériels d'injection souillés, « alors que dans bon nombre de pays voisins, l'accès aux seringues stériles et aux traitements de substitution était depuis longtemps considéré comme un impératif pour protéger la vie des usagers de drogues » [10], [11]. L'État, poussé et appuyé par les associations d'usagers ou d'ex-usagers, met alors en place des campagnes de prévention et des moyens concrets d'aide aux usagers de drogues : distribution active de seringues et de préservatifs, création de lieux d'accueil dits de bas seuil (lieux d'écoute et d'échange, d'aide concrète au quotidien, sans exigence de sevrage ni même de traitement) [10], [11], [13].

De même, alléguant de l'épidémie, les pouvoirs publics vont décider, à l'encontre de bon nombre de spécialistes de l'époque, le développement d'une politique de substitution originale, basée sur une large accessibilité - par l'intermédiaire des médecins généralistes - à une forme hautement dosée de buprénorphine sublinguale. L'État a incité le laboratoire possesseur du brevet de la buprénorphine en Europe à mettre au point ce médicament, le Subutex®. Cette

---

<sup>1</sup> Albin Chalandon.

politique de santé était alors unique sur la scène internationale. De même que le Subutex® reçoit en mars 1995 son AMM, la méthadone sort de son statut expérimental en France et obtient, dans des conditions de délivrance beaucoup plus strictes, le statut de médicament de substitution [10], [11], [13], [15], [18].

Cette décision politique originale naît de plusieurs constats [10], [11] :

- un impératif de réduction des risques sanitaires vis-à-vis de l'épidémie de SIDA ;
- un retard français considérable en matière de dispensation de méthadone (en 1992 seulement trois centres délivraient la méthadone à une cinquantaine de patients au total) et pour l'état, le coût financier de l'ouverture rapide d'un nombre suffisant de nouveaux centres de dispensation était proportionnel à ce retard ;
- un dossier d'évaluation clinique de la buprénorphine permettant de l'envisager comme étant plus « sûre » que la méthadone, vis à vis du risque d'overdose ;
- le constat de plusieurs études plaidant pour une place prépondérante du médecin généraliste dans le système de soins aux héroïnomanes, tant dans une logique sanitaire qu'économique [8].

Cette décision, comme à moindre échelle, le reste de la politique de réduction des risques, fut la source de débats intenses, relayés par les médias, entre les différents intervenants en toxicomanie : « Le sida s'est répandu parmi les usagers de drogues au moment où l'effort des professionnels portait sur une individualisation des approches, sur l'introduction d'un peu de différence dans la masse indistincte de ceux que l'on appelle les toxicomanes. Tout à coup, face à ce qui se dessine comme une épidémie, il faut penser en termes de masse et de collectif. Cela ne se fit pas sans heurts, doutes et remises en question » [11]. « Ce débat, virulent, va durer plusieurs années, un de ses enjeux étant la création et l'extension de programmes de substitution par la méthadone, technique à laquelle sont hostiles la plupart des soignants en place » [13].

Sans compter la virulence que ce débat provoque au sein de l'opinion publique, comme de la classe politique (Bernard Kouchner évoque des insultes et même des menaces suite à ses actions en faveur de la réduction des risques) [14].

## 2.3 LE SYSTÈME ACTUEL DE SOINS EN TOXICOMANIE

### **2.3.1 LES DISPOSITIFS SPÉCIALISÉS**

L'organisation du système de soins pour les addictions permet à chaque département français de bénéficier de centres de soins spécialisés, regroupant médecins, psychologues, assistants sociaux, éducateurs spécialisés. Les consultations y sont anonymes et gratuites. Ce dispositif spécialisé comprend [17]:

- *Les CSST : les Centres de Soins Spécialisés pour les Toxicomanes* assurent l'accueil, l'information, la prise en charge médicale, psychologique et sociale des toxicomanes et le soutien des familles. Créés administrativement en 1992, ils sont issus des centres d'accueil et de soins pour les Toxicomanes créés à partir des années 1970. Ils sont financés par l'assurance maladie.
- *Les CSAPA : Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie* sont des structures résultant du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues illicites (CCAA et CSST), regroupement prévu par le décret du 14 mai 2007. Cette restructuration doit permettre la prise en charge globale des dépendances du patient (souvent polytoxicomane), dans une approche centrée sur les comportements de la dépendance et non plus sur les produits. La plupart des regroupements étaient effectifs en 2010, quelques-uns sont encore en cours.

Ce sont des centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1er Juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère de la santé.

Les CSAPA ont pour mission : l'accueil, l'information, l'évaluation et la prise en charge médicale, psychologique et sociale du patient et/ou de l'entourage, l'orientation si besoin vers une structure plus adaptée (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif

médico-social, etc.). Les CSAPA comportent des centres de soins en ambulatoire et des hébergements thérapeutiques [17].

- *Les centres de consultations jeunes consommateurs* : 280 centres sont répartis sur l'ensemble du territoire. Ils ont été créés en 2005 afin d'apporter une réponse aux jeunes (et/ou à leur famille) qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation de substances psycho-actives (essentiellement le cannabis) [17].
- *Les CAARUD : Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues* sont issus de la reconnaissance légale en 2004 de la politique de réduction des risques. Leur personnel est composé d'infirmiers, d'éducateurs spécialisés et d'assistants sociaux. Les CAARUD assurent : l'accueil, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections [17].
- *Les communautés thérapeutiques (CT)* : depuis 2006 (plan gouvernemental 2004-2008 [19]), la France a prévu pour diversifier l'offre de soins l'ouverture de nouvelles structures, les communautés thérapeutiques. À contrario des CSAPA, les CT proposent un hébergement long (un à deux ans) et un modèle thérapeutique axé sur la participation au groupe, les thérapies comportementales et un objectif d'abstinence qui est clairement énoncé. Encore expérimentale, cette offre comprenait dix communautés thérapeutiques en 2010. Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2008-2011 a confirmé la nécessité d'augmenter les places d'accueil, notamment avec hébergement. Ce type de prise en charge, bien que longtemps discrédité en France, a fait la preuve de son efficacité dans d'autres pays [17].
- *Un certain nombre d'associations reconnues d'intérêt public*, œuvrent aussi dans le champ de la réduction des risques (AIDES, Médecins sans frontière, Croix rouge, Etc.) [17].

## 2.3.2 LES DISPOSITIFS GÉNÉRALISTES

Le développement du système de soins spécialisés ne permettant pas de faire face à la demande de soins des consommateurs de drogues illicites, l'accent a été mis, au cours des années 1990, sur l'accueil des patients dans le système généraliste de soins (médecins généralistes et hôpitaux) [17].

### 2.3.2.1 LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Les médecins généralistes occupent une place centrale dans la prescription des traitements de substitution. Depuis 1996, ils ont la possibilité, de prescrire en première intention de la buprénorphine haut-dosage (Subutex®, buprénorphine) aux patients dépendants aux opiacés, et celle de prolonger la prescription de méthadone après initiation du traitement par un centre spécialisé. Enfin, ils peuvent faire partie d'un réseau de santé, spécialisé dans les addictions. En outre, leur rôle est essentiel dans le repérage précoce des conduites addictives, et dans l'orientation vers les soins et l'accompagnement social [8].

### 2.3.2.2 L'HÔPITAL

L'hôpital comporte un service spécialisé dans les addictions qui s'occupe essentiellement des addictions aux toxiques (tabac, alcool, drogues)<sup>2</sup>. Ce service comprend des consultations, et un service d'hospitalisation.

Dans l'ensemble des unités de soins de l'établissement de santé, y compris dans les structures de médecine d'urgence, des équipes de liaison interviennent, depuis 1996, auprès des patients ayant une problématique addictive pendant leur hospitalisation. Il faut enfin noter que depuis 2002, tout médecin exerçant dans un établissement de santé est autorisé à primo-prescrire de la méthadone. Enfin, d'autres services hospitaliers non spécialisés en addictologie participent aux soins délivrés aux personnes toxicomanes, notamment les services de psychiatrie (patients

---

<sup>2</sup> Les problèmes de poids ou de dépendance aux jeux sont le plus souvent pris en charge par d'autres services (endocrinologie, psychiatrie).

ayant un double diagnostic), ou les services de médecine interne et d'infectiologie (patients séropositifs pour le VIH ou le VHC) [17].

Depuis 1998, les plans gouvernementaux (triennaux) de lutte contre les drogues et la dépendance ont comme objectifs [8], [19], [20] :

- Améliorer la coordination des différents services hospitaliers autour de la prise en charge des comportements addictifs quel que soit le motif ou le mode d'entrée du patient. D'où la création des équipes de liaison hospitalières : elles ont pour missions de travailler sur les représentations collectives et individuelles des soignants afin que les réticences envers les patients dépendants (alcooliques, toxicomanes) diminuent. Elles doivent sensibiliser les services sur l'intérêt d'interventions pluridisciplinaires dans les comportements d'usage nocif et de dépendance (en favorisant notamment l'intervention des services de psychiatrie).
- Améliorer les partenariats hôpitaux / structures spécialisées / médecins de ville.

### 2.3.2.3 *LES PHARMACIENS*

La conférence de consensus sur l'utilisation des traitements de substitution conseille que les médecins généralistes et les pharmaciens travaillent en étroite association [21]. Les pharmaciens peuvent également être insérés dans des réseaux de prise en charge de toxicomanie. Ils ont un rôle important dans la limitation du risque de diversion (usage en intraveineuse) et de détournement (trafic) car ils peuvent, sur demande des médecins généralistes, délivrer quotidiennement les MSO et vérifier directement la prise effective du médicament en pharmacie.

# **3 REVUE DE LITTÉRATURE : OBSTACLES À L'IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS**

Les facteurs faisant obstacle à l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge de la dépendance à l'héroïne peuvent être classés en trois catégories :

- Les facteurs historiques ;
- Les facteurs culturels ;
- Les facteurs structurels.

## **3.1 FACTEURS HISTORIQUES**

### **3.1.1 LA DIFFUSION DES DROGUES ET LA MÉDECINE, UNE HISTOIRE A RÉPÉTITION**

Dès l'antiquité, l'opium s'inscrit dans les pharmacopées du monde entier, son pouvoir addictif est connu. Sa consommation s'affranchit de l'usage médical au XIX<sup>e</sup> siècle : importé en Europe par les militaires et les fonctionnaires coloniaux, et aux États-Unis par les ouvriers chinois, il connaît un franc succès. Les États-Unis, inquiets de sa diffusion sur leur territoire, poussèrent la France et l'Angleterre (gros producteurs d'opium dans leurs colonies) à réglementer le commerce de l'opium [10], [11], [12], [13].

Découvertes au XIX<sup>e</sup> siècle, la morphine (1806), la cocaïne (1862) et l'héroïne (1896), furent dans un premier temps diffusées par les médecins et les firmes pharmaceutiques. Chaque produit était utilisé dans un domaine vaste de pathologies, et était tour à tour considéré comme le médicament miracle pour soigner l'addiction aux psychotropes précédemment connus. Pour l'héroïne, il n'a fallu que 5 ans, « en dépit des tentatives d'obstruction de la société Bayer » [12], pour s'apercevoir du risque de dépendance, équivalent voire supérieur à celui de la morphine... [10], [11], [12], [13].

Les drogues de synthèses, le LSD et le MDMA, synthétisées au début du XX<sup>e</sup> siècle, furent également promus par la médecine, par les psychiatres cette fois-ci, qui les proposèrent comme produits facilitant l'élaboration psychique, « on pensait que ce produit pouvait accélérer les psychanalyses » [12], ou comme produit facilitant - encore une fois - la désintoxication alcoolique ou opiacée. Ils furent comme les autres, rapidement détournés, comme on le sait, de leur usage médical [11], [12].

Ainsi de drogue en drogue, l'histoire est similaire : une fois isolée, la molécule est d'abord répandue par la médecine, avec plus ou moins de prudence puis, elle est détournée de son cadre thérapeutique, puis proscrite ou sévèrement réglementée une fois que son usage débridé révèle son caractère dangereux [10], [11], [12], [13].

Il est intéressant de voir que chaque psychotrope cité fut expérimenté, voire prôné, comme remède dans le traitement des addictions aux psychotropes connus avant lui. Cela permet de mieux comprendre la méfiance des intervenants en toxicomanie lors de la décision politique française de permettre la prescription du Subutex® en médecine de ville [18].

Du côté des médecins généralistes, le caractère nouveau et récent de ce traitement a sans doute suscité méfiance et réticence à son égard, d'autant que certains spécialistes du sujet restaient prudents initialement, quand à ses bénéfices, du fait de l'absence, jusqu'en 2002 [8], [18], d'étude « approfondie, rigoureuse et exhaustive sur ces traitements, ni sur leurs résultats tant en termes cliniques que de santé publique » [18].

Une certaine méfiance du corps médical envers les MSO est aussi à rapprocher de la réticence qu'avaient les médecins Français à prescrire de la morphine comme antalgique. « 1999 : suppression des carnets à souche et début des ordonnances sécurisées pour encourager les médecins généralistes à la prescription de morphiniques » [1].

### 3.1.2 DES DÉBATS ENCORE EN VIGUEUR

Ce n'est qu'en 2004 que la politique de réduction des risques obtient un statut légal. Il s'agissait auparavant, selon la loi de 1970, d'incitation à l'usage ou de complicité d'usage, et la réduction des risques (RDR) bénéficiait juste d'une tolérance de la part du parquet [17]. La loi de santé publique du 9 août 2004 a reconnu la RDR en tant que partie intégrante des politiques de santé publique en affirmant le rôle de l'État en la matière. Cette étape est importante car elle confère pour la première fois en France une base juridique incontestable aux démarches de réduction des risques. Le décret CAARUD du 19 décembre 2005 apporte un cadre juridique aux équipes de terrain et garantit leur financement par l'assurance maladie [17]. « La rédaction concertée du référentiel de RDR a pour objectif de définir le contenu préventif afin qu'il échappe à toute remise en cause de ceux qui redoutent qu'il serve au prosélytisme des drogues », peut-on lire sur le site de la MILDT (mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie). Ce propos montre que le débat qui accompagne cette politique n'est pas complètement tari.

Un autre objet du débat : la loi de 1970, toujours en vigueur actuellement. Elle est pourtant critiquée depuis les années 1990 par la majorité des spécialistes en toxicomanie, par le rapport de la commission Henrion commandé par l'état, et par la commission nationale d'éthique [11], [14], [15], [22], [23]. En effet, la pénalisation de l'usage aggrave la situation de nombreux usagers de drogues (interpellations, séjours en prisons) ainsi que l'image qu'ils ont d'eux-mêmes : « la manière dont une personne est traitée par les autres affecte, on le sait, son image d'elle-même et la manière dont elle réagira. (...). Est déviante une personne étiquetée comme telle. La criminalisation de l'usage des psychotropes illicites fait de l'utilisateur un déviant. (...) Tout ceci contribue à l'enfermer dans un statut de toxicomane, à multiplier les incompréhensions, le ressentiment et la violence à l'égard des institutions sociales, à s'auto-dévaloriser (...), à accentuer le manque de confiance en soi, (...) et à rendre plus incertaine l'inauguration d'une nouvelle trajectoire » [23]. Or, le statu quo persiste. Et ce, malgré les prises de paroles de Jacques Chirac, alors Président, devant l'assemblée générale des Nations Unies en 1988 : « les toxicomanes cherchent à sortir de l'enfer, ils ont besoin d'entendre un langage qui ne soit pas seulement celui de la répression, mais un langage d'attention humaine » [14], et de Bernard Kouchner, ministre de la santé, en 1999 : « un simple usager n'a pas sa place en prison. Nous le savons : la détention présente plus de risques qu'elle n'en évite.

(...) Nous travaillons (...) à des réponses en cas d'usage simple, réponses qui ne soient ni une poursuite devant les tribunaux, ni une injonction thérapeutique » [14]. On le voit, la loi de 1970 est critiquée, mais l'opinion publique est défavorable à la non répression de l'usage : les études EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes), de 1999, 2002 et 2008, montrent que plus de 90% des français sont attachés à l'obligation de soins, et ce de façon stable au cours des trois enquêtes, avec même une radicalisation des positions pour le maintien de la politique répressive [3].

### **3.1.3 LES PLANS GOUVERNEMENTAUX (TRIENNAUX) DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES DÉPENDANCES**

L'institution de plans triennaux de lutte contre les drogues et les dépendances est une mesure récente, le premier Plan débutait en 1998.

Il est né, entre autres, des constats suivants, faits en 1997 [8] :

- « L'absence d'une parole pédagogique claire des pouvoirs publics » : la multiplicité des acteurs, dans les domaines de la prévention et du soin des conduites à risques et des dépendances, l'éventail très large de leur statut et de leur mode de financement, produisait « une cacophonie » de « messages contradictoires, voire inexacts, souvent marqués d'une connotation morale ou idéologique, parfois stigmatisante (...). Aucun modèle particulier ne s'impose alors, aux réseaux de professionnels ni aux institutions (hormis l'objectif commun de l'abstinence) » [8].
- « Une stratégie de prévention prônant exclusivement l'abstinence (...) jugée peu pertinente. » [8] : « l'évolution de la problématique des drogues – expansion des drogues de synthèse, polyconsommation, croissance du nombre de usagers socialement intégrés ou ayant un usage auto-contrôlé (croissance de l'usage festif des psychotropes chez les jeunes), etc. – appelait des solutions pragmatiques » et la prise en compte précoce de tous les types d'usage (expérimentation, usage nocif, dépendance).

- Le rapprochement des structures de soins et le développement d'une culture commune aux différents intervenants, favoriseraient la prise en charge globale des patients, comme la lisibilité de l'offre de soins. La recherche ayant montré les similitudes des mécanismes neurobiologiques et psycho-sociaux intervenant dans l'expérimentation ou l'abus des différentes substances, le cloisonnement par produit, des structures de prise en charge des addictions, n'était plus justifié.
- Le constat d'un manque de liens entre les différents intervenants, d'une absence de reconnaissance mutuelle, en partie imputable à une formation cloisonnée, limitée au savoir spécifique à chaque type de profession.

Ses objectifs étaient, entre autres [8] :

- Organiser et structurer la recherche, ainsi que l'information pour la rendre scientifique (basée sur des preuves) et facile d'accès, tant pour le grand public que pour les professionnels.
- Augmenter l'ampleur du système de soins spécialisés et organiser les différentes structures afin de les rendre plus cohérentes, plus efficaces et plus lisibles.
- Promouvoir une culture commune de la prise en charge des comportements addictifs (dans le grand public, chez les professionnels) basée sur une prise en charge des comportements (du fait de leurs similitudes) et non plus centrée sur les produits. Faire que cette culture soit commune aux différents acteurs de terrain, afin de favoriser leurs partenariats.
- Améliorer le repérage précoce et la prise en charge précoce des comportements addictifs, favoriser les interventions brèves telles que l'entretien motivationnel.

- Augmenter le partenariat entre les différentes instances de prévention et de soins, favoriser une prise en charge pluridisciplinaire, bio-psycho-sociale, des comportements d'abus de substance.
  
- Favoriser la prévention et l'accès aux soins des patients usagers de drogues :
  - ➔ promouvoir les objectifs de réduction des risques et des dommages dans le grand public comme chez les professionnels ;
  
  - ➔ développer l'accès au traitement de substitution, notamment en médecine de ville ;
  
  - ➔ promouvoir la formation, améliorer les connaissances, faire évoluer les représentations des soignants concernant les patients usagers de drogues (et d'alcool), peu acceptés par les dispositifs de soins non spécialisés (hôpitaux, médecins généralistes, pharmacies).

Si des impulsions de travail sur ces différents objectifs furent données par ce plan, les constats en 2002 restaient sensiblement les mêmes [8]. Ces objectifs furent repris par les plans 2004-2008 et 2008-2011, notamment ceux de « donner au système de soins une lisibilité accrue » [19], et de faciliter la coopération des différents acteurs, notamment entre médecins de ville et structures spécialisées [19], [20].

## 3.2 FACTEURS CULTURELS

La relation médecin-patient avec un patient héroïnomanes nécessite d'être réfléchi, car elle est spontanément influencée par les représentations sociales sur les produits et les toxicomanes. Cette relation est également influencée par la conception que le médecin a de l'addiction.

### 3.2.1 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES NÉGATIVES

Chaque individu, indépendamment de son être biologique, et indépendamment de sa volonté est modelé dès sa naissance par la société et la culture dans lesquelles il grandit.

« Chaque tribu élabore ses signes, ses rites, ses initiations, (...) et son rapport au dehors. Cela passe par des productions de langage, des manières d'utiliser des objets, (...) de valoriser des conduites et de dénigrer certaines autres » [22].

Ces représentations collectives autorisent (et parfois imposent), canalisent ou interdisent certains usages ; elles définissent en partie, au sein de chacun, les possibles et les impossibles, les pensables et les impensables, et modèlent chaque individu dans la perception qu'il a, des objets, des hommes, du sens de ses actes et de son rôle au sein du collectif. Elles influent donc sur l'image même que chacun a du sens de la vie [15], [22], [23], [24].

Le médecin, en tant que membre de la société dans laquelle il vit, est habité par les représentations collectives [25]. Les toxicomanes eux-mêmes ont intériorisé les représentations sociales négatives sur les usagers dépendants aux opiacés [23]. Une relation aidante nécessite de dépasser ces préjugés dont nous sommes tous initialement pétris.

Ces représentations sociales négatives peuvent être classées en trois catégories :

1. la représentation sociale du produit, l'héroïne ;
2. la représentation sociale des toxicomanes ;
3. la représentation des médicaments de substitution aux opiacés.

### 3.2.1.1 LA REPRÉSENTATION SOCIALE DE L'HÉROÏNE

L'héroïne est la drogue réputée la plus nocive, qui « conduit inexorablement à la dépendance physique », puis « de la dépendance à la déchéance » et qui « est porteuse de l'image du danger » [23].

- Cela tient d'une part à son profil de dangerosité pharmaco-clinique :
  - L'héroïne est (après la nicotine) la drogue qui a le plus fort pouvoir addictif, c'est-à-dire la plus forte capacité à induire une dépendance, par son action sur le système intracérébral de récompense<sup>3</sup> [15].
  - L'héroïne est (avec le LSD) la drogue provoquant les « sensations », les modifications psychiques les plus fortes (i.e. : au potentiel dysléptique le plus fort) [15].
- Cela tient également à son mode de consommation, essentiellement intraveineuse en France.

La consommation d'héroïne augmente avec la révolution culturelle des années 1960-1970. L'héroïne se consomme alors essentiellement par voie intraveineuse en France [10], [26], ce qui influe probablement sur sa représentation sociale négative, ce qui en fait surtout “la drogue à risque de SIDA” : le “baba cool” des années 1970 fait place au “junkie”, au “no future” des années 1980 [13], [27]. L'image du “junkie” dépravé, avec “sa seringue et sa cuillère” apparaît alors régulièrement dans les fictions télévisées de l'époque [3].

- Enfin, l'héroïne est associée à la délinquance.

Tous les ouvrages traitant de ce produit abordent ce sujet. Dans son rapport au Secrétariat d'État à la Santé, Bernard Roques conclut que c'est son prix – elle est de loin la drogue la plus chère – qui la rend significativement associée à un taux de délinquance supérieur, par rapport aux autres drogues dites illicites [14].

---

3 « Des études comparatives de ce potentiel addictif commencent à être publiées, telle celle de Léonard et Ben Amar (2002) qui indique que 31,9% des personnes qui ont fumé du tabac au moins une fois en sont dépendants. Cette proportion est de 23,1% pour l'héroïne, 16,7% pour la cocaïne, 15,4% pour l'alcool, 9,1% pour le cannabis et 4,9% pour les hallucinogènes, chiffres qui n'ont évidemment qu'une valeur indicative » [15].

## **La consommation d'héroïne : un impensable culturel**

En tant que substance emblématique des drogues dites “dures”, l'héroïne est étroitement associée par l'opinion publique à l'addiction et à la marginalité [3], [23].

Il n'y a, concernant la consommation d'héroïne, pas de nuance possible dans l'opinion publique : 91,9% des personnes interrogées par l'étude EROPP 2002 [3], pensent qu'il est impossible de vivre normalement en prenant de l'héroïne. Il est possible de faire la nuance entre des habitudes de consommation simplement gênantes et des conduites véritablement pathologiques pour le tabac, l'alcool, à présent le cannabis (et même dans une certaine mesure pour l'ecstasy et la cocaïne). Mais cette nuance est difficile à faire concernant l'héroïne [3]. La consommation d'héroïne se conçoit mal comme pouvant être de l'usage nocif (encore moins de l'usage simple), cette consommation est tout de suite associée au stade de dépendance. Des médecins généralistes londoniens interrogés sur les consommateurs d'alcool et de drogues<sup>4</sup> vus en consultation, décrivent les consommateurs de drogues comme étant majoritairement « dépendants » (63% contre 34% pour les consommateurs d'alcool) ; les consommateurs d'alcool sont, deux fois plus souvent que les consommateurs de drogue, considérés comme « ne souffrant pas de conséquences psychologiques, sociales, ou physique au stade de leur consommation » (24% vs 12%) [28].

Or « il n'y a pas continuité mais rupture, saut qualitatif, entre usagers de drogues et toxicomanes, joueur et joueur pathologique, comme entre buveur et alcoolique » [29]. Entre les deux extrêmes, abstinence et consommation débridée, il y a toutes les nuances [29]. Ce que confirme le profil de certains consommateurs, bien insérés socialement, ayant travail et famille, et qui contrôlent leur consommation [10], [23], [30], [31], [32].

## **Une « barrière étanche » entre consommation d'héroïne et consommation d'autres produits**

Une enquête sociologique menée sur les usagers de drogues en 2001 dans le département français du nord, relate que les consommateurs d'Ecstasy, interrogés en prison, revendiquent « une barrière étanche entre les mondes de l'héroïne et de l'Ecstasy » [23]. Cette barrière « étanche » nous la retrouvons dans l'ensemble de notre société française, entre l'héroïne et les

---

4 Dans l'étude en question : l'usager de drogue était défini comme consommant de l'héroïne ou un autre opiacé, de la cocaïne ou des amphétamines.

drogues intégrées culturellement (le tabac et l'alcool) : « ce qui semble naturel, c'est que dans une communion, un mariage, tout le monde boive de l'alcool et que tout le monde soit euphorique, voire ivre ». C'est un plaisir moralement admis. Il est même souvent impensable d'être un homme et de ne pas consommer d'alcool en France. Par contre « ce qui pose un problème, c'est la consommation des produits toxiques illicites par les jeunes » [22].

C'est ainsi que certaines conduites entrent dans le champ du pensable, d'autres dans celui des impensables.

En France, la consommation illicite d'opiacés est actuellement impensable [3], [22], [32]. L'absence de représentation collective de cette pratique fait de prime abord surgir la peur : « les adultes ont peur de ce produit parce qu'il ne se laisse penser que dans sa dimension toxique, et la dimension toxique renvoie évidemment à l'idée de mort » [32]. « Le produit envahit le champ et on ne voit plus qu'il peut y avoir des interactions humaines qui justifient la consommation du produit » [29]. Sylvie Geismar ajoute dans son ouvrage *Les Toxicomanes* [32] : « la drogue évoque le plaisir, mais surtout la mort. C'est sans doute pourquoi, à chaque fois que l'on aborde ces sujets, ou presque, la passion prend le pas sur la raison, et l'expression des sentiments sur la réflexion. »

A contrario, en Angleterre, l'approche de la dépendance aux opiacés est restée beaucoup plus pragmatique : la commission Rolleston concluait dès 1926, que la morphinomanie et l'héroïnomanie devaient être considérées comme la manifestation d'une maladie plutôt que comme une simple forme de perversité [10], [31]. Elle ajoutait que si les tentatives répétées de désintoxication du patient s'étaient révélées inutiles, « l'administration indéfiniment prolongée de morphine et d'héroïne pourrait être nécessaire pour les patients, capables de mener une vie normale et productive tant qu'ils ingèrent une certaine quantité -en général réduite- de leur stupéfiant, mais qui n'en sont plus capables autrement ». Ainsi jusqu'en 1967, tout médecin anglais pouvait prescrire de l'héroïne et de la cocaïne [10]. L'idée qu'une personne puisse mener une vie normale tout en conservant une consommation d'héroïne est admise en Angleterre, c'est donc bien en France un impensable *culturel*.

En 2008 : consommer de l'héroïne ne peut être un choix de vie pour 69,5% des français ; Interdire la consommation d'héroïne n'est pas une atteinte aux libertés individuelles pour 85% des français ; et seul 50,8% des français acceptent l'idée d'une délivrance médicale d'héroïne (ce pourcentage est en baisse par rapport à 1999 : 52,9%) [3], [77]. En France, accepter qu'une solution satisfaisante soit la consommation à vie d'une certaine dose d'héroïne est

encore

(en

grande

partie)

impensable.

### 3.2.1.2 LA REPRÉSENTATION SOCIALE DES TOXICOMANES

#### 3.2.1.2.1 “ A folk devil ”, un démon populaire

« Un stéréotype est une représentation sociale d'un type particulier, qui s'attache à une classe d'individus pour en dresser un portrait unique, un cliché condensé, sans nuance et très schématique. En général, un stéréotype a aussi une connotation morale tranchée, positive ou négative » [3].

Des stéréotypes, bons ou mauvais, peuplent notre imaginaire et « nous fournissent des modèles auxquels ressembler et des repoussoirs à éviter. » Les “démons populaires” (folk devils), terme introduit par le sociologue Stanley Cohen (1972), sont des stéréotypes maléfiques représentant une menace pour toute la société, qui font office de bouc émissaire et permettent de définir clairement la frontière entre ce qui est bien ou mal [3].

« Le stéréotype du toxicomane tel que nous le connaissons aujourd'hui s'apparente aux démons populaires de Cohen : c'est une figure stylisée, caricaturale, qui condense de nombreux traits éminemment négatifs (le “toxico” ment, vole, parfois tue; il est l'esclave de son vice...), avec “sa seringue et sa cuillère” » [3].

L'étude EROPP en 1999 et 2002 a cherché à définir comment les français se représentent les usagers d'héroïne [3] :

- en 2002, plus de 84% des français interrogés considèrent que « ceux qui prennent de l'héroïne sont dangereux pour leur entourage » (proportion croissante depuis 1999) ;
- 63,5% en 1999, 58,7% en 2002 pensent que les consommateurs d'héroïne cherchent à entraîner les jeunes ;
- près de 22% les qualifient de parasites (2002) ;
- près de 70% considèrent que ce ne peut être un choix de vie, donc l'expression d'une liberté, et restent très attachés aux mesures coercitives et à la prohibition de ces produits.

On conçoit sans peine que les conséquences de ces représentations soient :

- le rejet, la discrimination ;
- l'isolement, le silence et le mensonge des usagers qui ont conscience des réactions que leurs pratiques suscitent ;
- une moins bonne adhérence à la politique de réduction des risques car ce vécu du rejet freine le recours au système de soins [11], [15], [23], [27], [30] : « certaines tentatives de rencontre du médecin se sont soldées par un échec : “tant pis pour lui, je ne veux plus le voir, tant pis pour moi aussi d'ailleurs, parce que pendant un an après j'en ai chié, mais voilà quoi.” » [27].

### 3.2.1.2.2 Les médecins et la peur du toxicomane

#### 3.2.1.2.2.1 Peur pour l'image du cabinet médical

La peur que ces patients perturbent la salle d'attente, qu'ils provoquent du désordre et fassent fuir les autres clients, est régulièrement mentionnée dans la littérature internationale [33], [65], [66], [73].

Pour vérifier si cette crainte était justifiée, une enquête fut réalisée, en 2012 aux États-Unis, auprès des clients des salles d'attentes de 15 cabinets médicaux, dont 8 prescrivent des MSO (78,5% de réponses, n=1138) [5] :

- 18% des participants ont rapporté avoir vécu une expérience désagréable en salle d'attente : dans 11,1% des cas elle était due au manque de supervision parentale d'un enfant et n'était imputable à la présence d'un usager de drogue que dans 3,1% des cas (et alors significativement corrélée à un retard du médecin de plus d'une heure) ;
- 92,9% des patients affirment qu'ils ne changeraient pas de médecins à cause du comportement ou de l'apparence de patients en salle d'attente. Cette proportion reste largement majoritaire, même si elle est moindre, s'ils apprennent que leur médecin suit des patients dépendants aux opiacés (15,9% des participants affirment alors vouloir changer de médecin).

Cette étude devrait rassurer les médecins quant à la peur que ces patients troublent le calme de la salle d'attente et sur la fidélité de la majorité de leur clientèle. Elle montre que cette peur est issue de la représentation sociale stéréotypée et péjorative du “toxico”, mais qu'elle est peu fondée.

### 3.2.1.2.2 Peur d'être agressé

La violence est une réalité. Mais la violence est également favorisée par l'impact des représentations sociales sur "le toxicomane".

La prévalence des agressions à l'encontre des médecins généralistes varie selon les études<sup>5</sup>, mais elle correspond bien à une réalité. Les agressions sont le plus souvent verbales (injures, menaces). Le contexte d'agression rencontré le plus fréquemment est le refus d'une demande de médicament dans une problématique d'addiction [34], [35], [36], [37].

Mais la peur de l'agression est en elle-même une cause sous-jacente probable à la survenue de la violence ; une enquête réalisée en Australie en 2008, auprès de 172 médecins généralistes, avait décrit cet effet comme « *l'effet Bowling for Columbine* » (en référence au film documentaire du même nom), l'effet d' « *une culture de la peur* ». Par ce terme, on entend une spirale de peur et de suspicion qui conduit à une attitude défensive préventive, au rejet, et finalement à un risque accru de violence [34], [37].

La vision stéréotypée du patient usager de drogue provoque un rejet et une discrimination à leur égard, qui en retour favorise les réactions agressives de leur part (verbales le plus souvent). La frustration engendrée par le fait de se voir refuser l'accès aux soins était considéré par les médecins interrogés dans l'enquête sus-citée, comme un des déclencheurs du comportement agressif : « toute notre violence (reçue) vient du fait de refuser les drogués » disait une généraliste [34].

Le schéma complet décrit dans cette étude est consultable en annexe 4 : schéma de la perception des médecins généralistes sur les causes de la violence au travail en médecine générale.

---

5 Dans une étude menée en Angleterre [35] auprès de 1093/2094 médecins généralistes (40.6% de réponses), 62.9% des répondants déclaraient avoir été agressés par un(des) patients l'année précédant l'étude ; 91.3% de ces agressions étaient verbales (injures, menaces). Une étude menée en Nouvelle-Zélande [36] auprès de 1205/2308 médecins généralistes (52.2% de réponses) retrouvait 75% d'agressions dans l'année précédente, de même ces agressions étaient majoritairement verbales. La forte prévalence retrouvée dans ces études est peut être surestimée du fait d'un taux de réponses proche de 50%, dans l'hypothèse où les médecins répondant à ces études peuvent être les médecins les plus concernés par ce problème. Des entretiens menés auprès de 154 médecins généralistes australiens [34] permettaient de retrouver *sur l'ensemble de la carrière*, une prévalence des agressions de 75%, agressions également le plus souvent verbales.

### 3.2.1.2.3 «Le Toxicomane» : du stéréotype à la réalité

Le profil du «Toxicomane», polytoxicomane, désinséré, SDF, détournant les psychotropes dans un but de défonce, revendant les produits au marché noir, et s'échangeant les seringues, malheureusement existe [38], [39].

Mais synthétiser ainsi la problématique de cette catégorie de population est très réducteur.

- Les drogues ne sont pas à la base du processus de précarité, elles sont un moyen de supporter cette précarité.

Une revue de littérature menée par l'OFDT sur la consommation de drogues illicites et l'exclusion sociale en France [40], cite une enquête menée en 2002 (Paugam et Clemenccon) visant à étudier l'engrenage des ruptures menant à la précarité : les problèmes de drogues arrivent en onzième position (14%) des difficultés rencontrées dans le processus de précarisation. Cela semble plus être une conséquence de cet engrenage. Le niveau scolaire et professionnel semble être, lui, un facteur clé : les enquêtes menées sur les usagers accueillis dans les CAARUD, en 2006, 2008 et 2010 montrent que les usagers les plus précaires ont un niveau scolaire plus faible que les autres [38], [39], et « les jeunes déscolarisés ou sans formation professionnelle ont des conduites à risques plus marquées que les jeunes scolarisés (HCSP, 1998). Quand ils sont sans domicile ou en situation de précarité, leur consommation de substances psycho-actives est plus importante que celle des autres jeunes » [40]. Les drogues semblent donc plus un moyen de supporter une situation de précarité (même si elles contribuent à l'aggraver), que l'élément déclencheur de cette situation. Ce constat est également celui posé lors d'une enquête sur les usagers du département du Nord [23] : les usagers vivant dans la rue décrivent un monde violent, et très éprouvant tant sur le plan physique que mental, s'y associe un fort sentiment de solitude, les psychotropes sont vus par ces personnes comme un moyen pour supporter cette situation difficile.

- Parmi les usagers de drogues fréquentant les centres de réduction des risques (CAARUD), ceux qui bénéficient de ressources, (emploi/ prestations sociales/ revenus provenant d'un tiers), ne revendent pas – dans un but lucratif – les médicaments

(« autres ressources – illégales ou non officielles – et sans revenu : 0% » [38]). La revente constitue une ressource pour la population la plus précaire, vivant en squat ou SDF, et ne bénéficiant pas de prestations sociales, ni (pour la majorité) de couverture santé [38].

- La majorité des usagers « les plus précaires », (60,8%), ne bénéficiait pas en 2008 de traitement de substitution. N'ayant pas de couverture santé, cette population ne fréquente pas ou peu les médecins généralistes, et fréquente moins que les autres usagers les centres d'addictologie [38].
- Cette population en grande précarité sociale est également en grande précarité sanitaire [23], [38]. Et cette population (souvent plus jeune) est peu informée, tant sur les produits utilisés et le mode de transmission des virus que sur les structures de soins pouvant les accueillir (gratuitement et sans jugement) [23].

Les personnes appartenant à cette catégorie (la plus précaire) constituent une minorité des usagers de drogue : les CAARUD accueillent les usagers qui connaissent des usages moins maîtrisés et des situations plus précaires que l'ensemble des consommateurs, et 9% seulement des usagers fréquentant les CAARUD en Province<sup>6</sup> appartiennent à cette catégorie d'usagers socialement désinsérés [38], [39].

### 3.2.1.3 LA REPRÉSENTATION SOCIALE DES MSO

#### **La maintenance : une voie impossible à concevoir**

Les études ont montré que la maintenance sous buprénorphine comme sous méthadone apportait de meilleurs résultats que leur utilisation en vue d'un sevrage rapide [33], [41].

Pourtant, en 2001, dans l'enquête EVAL, 39% des médecins estimaient que la difficulté à sevrer les patients des MSO était un problème important. C'était de plus le premier argument

---

6 (Contre 21% sur Paris)

mis en avant par les médecins qui jugeaient le bilan des TSO comme étant « plutôt (ou) tout à fait négatif », considérant que ce n'était que « remplacer une drogue par une autre » [6].

### **En France, les TSO gardent un statut ambigu : entre drogue et médicament**

Bien qu'en 2002, 82,1% des français se disent en accord avec le principe d'un traitement de substitution à l'héroïne [3], il est intéressant de constater que lors du sondage, un certain nombre de participants précisait : « à condition qu'il ne provoque pas de plaisir » [3]. Ce commentaire signe un héritage culturel religieux et moral. On y retrouve l'impensable qu'est l'héroïne dans notre société actuelle où rien n'y est pensable au delà de la notion de plaisir et de mort [32].

La conception que *guérison* signifie *sevrage* découle en partie de l'impensable culturel qu'est la consommation d'héroïne en France : l'abstinence de toute consommation d'héroïne est la seule voie admissible culturellement. Par l'abstinence, le sujet ré-adhère aux règles et principes de la société, et peut alors être à nouveau admis [1], [15], [42], [43].

L'impensable maintenance à vie et la conception d'un nécessaire sevrage touche également les TSO : l'opprobre sociale persiste tant que le sujet prend un traitement de substitution (car le sujet est toujours perçu toxicomane). Le toxicomane doit cacher son traitement à son patron ou ses collègues, sous peine d'être à nouveau exclu socialement<sup>7</sup> [22], [23], [27], [30]. Ce sont des psychotropes destinés à une population susceptible de les détourner de leur usage médical, ils font l'objet d'un certain trafic, d'une vente au marché noir, et ils sont parfois utilisés dans un esprit de « shoot » : ces médicaments véhiculent l'image de la drogue qu'ils remplacent.

Cette conception du sevrage comme objectif du traitement a été de plus la seule voie possible en France jusqu'en 1995.

En Angleterre, ce concept de maintenance est admis par les autorités de santé, nous l'avons vu, depuis 1926. En 1967, l'autorisation de prescrire de l'héroïne ou de la cocaïne a été restreinte par le ministère de l'intérieur aux seuls psychiatres habilités, mais la méthadone sous forme orale et injectable (ainsi que la morphine) pouvait toujours être prescrite par les médecins. En 1994, 155 toxicomanes recevaient de l'héroïne injectable, et 17000 de la méthadone, dont 10% sous forme injectable (tandis qu'en 1992, en France, seuls 50 patients

---

7 Pourtant l'opprobre sociale ne touche plus les personnes sous antidépresseurs ou thymorégulateurs, il est maintenant admis et banal que quelqu'un consomme des anxiolytiques à certaines périodes de sa vie et tout à fait courant que quelqu'un soit dépendant de son somnifère pour dormir [22].

bénéficiaient, à titre expérimental, d'un traitement par méthadone ; aucune forme injectable de TSO n'a eu l'AMM en France) [10].

En outre, les médecins généralistes britanniques, contrairement aux médecins français, ont toujours été intégrés dans le dispositif de prise en charge des usagers de drogues : leur système de santé rend obligatoire le recours au généralistes avant de consulter un service spécialisé ; la gratuité de la médecine ambulatoire en facilite l'accès pour les population marginalisées. Tout médecin a eu, dès 1920, la possibilité de prescrire le stupéfiant en cause puis, depuis 1967, un traitement de substitution : la notion de maintenance est intégrée dans leur culture médicale [10].

Cette conception culturelle du sevrage, cette inconcevable consommation de maintenance à vie, est en France issue d'un héritage religieux, comme, on l'a vu, des conceptions psychosociales avant 1995. Ces concepts ont été remis en cause par l'épidémie du sida et la nécessité de mettre en place des mesures de réduction des risques. Mais les médecins français en sont encore imprégnés, puisque 51% de ceux qui suivent des patients usagers de drogues pour leur dépendance disent, en 2001, accompagner *le plus souvent ou toujours* les patients dans une démarche visant à court terme un sevrage [6].

### 3.2.1.4 SYNTHÈSE SUR LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Un Toxicomane évoque un démon populaire; l'idée d'une dépendance à l'héroïne fait immédiatement surgir l'image stéréotypée, chargée de stigmatisation, du toxicomane mené à la déchéance par son produit. Une image associée à la violence et à la délinquance. S'imaginer ne pas être imprégné par ces représentations est illusoire, les héroïnomanes eux-mêmes en sont imprégnés, « l'homme, même dans la dimension la plus intime du rêve se situe dans le social » nous disait Sigmund Freud [22]. Il est évident que si le médecin ne prend pas soin d'y réfléchir et de les questionner, ces représentations, ces pensables et impensables, influencent – indépendamment de sa volonté - sa pratique professionnelle [11], [12], [15], [22], [23], [25], [32].

La représentation qu'ont les médecins français des TSO est influencée par ces pensables et impensables culturels, notamment dans la difficulté qu'ont une partie des médecins à concevoir ce traitement comme un traitement de maintenance, dont la personne aura peut-être besoin à vie, en tout cas sur du très long terme. Le statut ambigu qu'ont ces traitements, entre

drogue et médicament, les fait parfois rejeter au même titre que l'héroïne [6], [10], [12], [22], [27].

### 3.2.2 L'ÉVOLUTION DES THÉORIES CONCERNANT LES ADDICTIONS

Les approches théoriques sur lesquelles s'appuie un médecin pour concevoir une addiction influent sur sa vision du patient addict, de la place et du rôle qu'il doit tenir dans le soin, et des moyens thérapeutiques possibles.

La conceptualisation de l'addiction est récente et plusieurs approches existent, psychologiques, sociales, médicales, chacune contenant sa part de vérité, mais qui deviennent réductrices prises isolément [8], [11], [15]. Or, « en matière de formation professionnelle initiale, la question "des drogues" est essentiellement abordée sous des aspects spécifiques aux corpus professionnels d'origines, sans évoquer ses traductions dans les autres secteurs » [8].

Pendant des siècles, la représentation du phénomène de dépendance a été imprégnée par la morale évangélique : il s'agissait d'un vice de l'homme, d'une faiblesse ; l'homme pour atteindre le salut devait se repentir et demander le soutien de Dieu sur le chemin des efforts à faire pour se relever. Cette conception, inscrite culturellement dans notre histoire à tous, ici en Occident, a ses conséquences encore aujourd'hui, comme nous le verrons par la suite [10], [11], [12], [27].

Le premier modèle de l'addiction, autre que religieux, fut le modèle médical, les approches psychologiques et sociales se construisent à partir des années 1970, avec la création d'un système de soins pour patients usagers de drogue [8], [11], [13], [15].

### 3.2.2.1

#### 3.2.2.2 L'APPROCHE MÉDICALE (EXOGENE)

Bien que la dépendance provoquée par l'opium fût repérée dès l'antiquité [12], [15], les tentatives d'explication scientifiques et de théorisation de l'addiction ne débutent qu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle avec le progrès des sciences [11], [12], [15].

Le modèle initial s'inspira de la représentation occidentale de la maladie au XVIII<sup>e</sup> siècle : la maladie, « une agression externe et la guérison (...), l'élimination de l'agent en cause » [15] (« évacuer la matière morbifique », Sydenham). La "drogue" fut donc vue comme un poison, « comme le plomb provoque le saturnisme » : fin XVIII<sup>e</sup>, le psychiatre américain B. Rush décrit la dépendance à l'alcool comme une maladie d'intoxication [12], [15]. Au XIX<sup>e</sup> siècle les dépendances aux opiacées seront expliquées sur le même modèle<sup>8</sup>. On voit alors surgir des noms de maladies, chacune définie par la substance en cause : opiomanie, morphinomanie, cocaïnomanie, héroïnomanie [12], [15]. Le mal est dû à la substance, "c'est la drogue qui fait le toxicomane", et si la drogue n'existait pas, il n'y aurait pas de toxicomanie. Les causes individuelles (la faiblesse judéo-chrétienne, l'amoralité) bien que toujours présentes, sont superficielles. Ensuite, elles sont elles-mêmes médicalisées, résultant de déficit métabolique inné – ou acquis par l'exposition aux substances chez certaines personnes « prédisposées » [11], [12], [15].

L'approche bio-médicale reste encore tout à fait valable avec les progrès en neurobiologie, qui permettent d'expliquer l'action néfaste de la drogue sans remettre en question son action causale principale. Les prédispositions furent ensuite reportées sur la génétique : Le National Institute on Drug Abuse (NIDA), la plus haute autorité scientifique des États-Unis sur les addictions, explique (pour contrecarrer le préjugé de faiblesse et de manque de volonté) que les personnes deviennent dépendantes du fait de l'interaction de composants environnementaux sur des prédispositions génétiques [44].

Le premier mérite de cette conception de la dépendance comme une maladie « est bien d'avoir potentiellement soustrait les "malades" au jugement moral de leur contemporains, comme aux foudres de l'Église » (Thomas Saszt, psychiatre américain, 1976) [11].

---

8 D'autant que pour beaucoup, initialement du moins, il s'agissait d'une conséquence d'un traitement médical (le Larousse médical de 1912 donne comme causes de la morphinomanie : « emploi de la morphine dans les névralgies répétées, des chagrins, des maladies chroniques »).

Ce modèle a permis de prendre en compte la dimension biologique de l'addiction, le potentiel addictif inhérent au produit. De cette démarche, sont issus les progrès considérables faits en neurobiologie dans la compréhension des réseaux corticaux d'aversion et d'appétence, et dans le mode d'action des différentes substances. C'est également ce modèle qui permit la recherche et la mise sur le marché des MSO, et l'arrivée du concept de maintenance en France [11], [15].

### 3.2.2.2.1 Limites du modèle bio-médical

« Retrouver dans le déclenchement de 100 000 neurones le désarroi existentiel que peut provoquer un rocher immobile (...), autant chercher la musique de Mozart dans l'analyse des sillons d'un disque (...). Cul de sac formidable. » Georges Khal, 1988.

La conception de l'addiction vue comme une maladie cérébrale chronique d'origine principalement à l'action d'une substance sur le cerveau, chez des personnes prédisposées par la conjugaison de facteurs génétiques et environnementaux, est réductrice, et comporte bien des limites :

- A propos de la prédisposition génétique, beaucoup d'auteurs ont émis des critiques méthodologiques sur les études concluant un peu vite à la transmission génétique de comportements particuliers [11], [15], [24]. Tel Lewontin qui, après avoir démontré les incongruités des études réalisées au Danemark sur les dossiers d'alcooliques enregistrés de génération en génération, posait la question : « Comme 90% des Danois sont luthériens, faut-il inférer chez eux la présence du gène du luthéranisme? » [15]. « Invoquer la génétique dans ce qui touche au comportements humain n'est pas à rejeter, à condition que l'on sorte d'une conception causaliste et mendélienne de la génétique. Les gènes ne sont que les molécules d'ADN qui n'ont jamais défini l'identité et l'itinéraire psychosocial d'un individu » [11].
- Le problème de l'addiction n'est pas dû principalement à l'action d'une substance sur le cerveau, car alors il suffirait de libérer l'individu du besoin et du manque pour le faire arrêter de consommer.

C'était là l'idée de Dole et Nyswander lorsqu'ils initialisèrent en 1960 les traitements substitutifs à base de méthadone. Lors de l'arrivée du Subutex® en France en 1995, on a pu voir, dans Impact-Médecin Hebdo [45], les MSO décrits ainsi : « les molécules

candidates doivent répondre à des critères précis : être administrables par voie orale et d'action progressive, avoir une longue durée d'action pour éviter l'obtention de pic à l'origine des effets dysphoriques et toxiques et les phénomènes de manque, enfin n'entraîner ni dépendance ni perturbations des performances intellectuelles et du comportement social ». Il s'agit alors « ni plus, ni moins, finalement, qu'une approche médicale classique visant à la régulation d'un système déficient, telle qu'elle est couramment envisagée par exemple dans le traitement des maladies endocriniennes ».

Or, données seules, sans accompagnement psycho-social, la méthadone et la buprénorphine n'apportèrent pas de résultats probants. Il est intéressant de noter l'engouement pour les miracles attendus du Zyban® et du Champix®, qui n'ont finalement pas apporté de meilleurs résultats que la nicotine en patch, au prix, par contre, d'effets secondaires plus lourds. On peut citer dans l'actualité récente, le scandale du médiateur® utilisé en médicament miracle pour le traitement de l'obésité.

A travers ce mythe de la toute-puissante médecine on ne fait que réduire le sujet à un corps « détaché de tout psychisme, de tout désir, de toute histoire, de tout contexte social et de toute responsabilité » [15] – notons que le patient et/ou sa famille, notamment en addictologie, adhèrent souvent à ce mythe, désirant se confier corps et âme au médecin ... qui fera le reste, grâce à la baguette magique de la science et de ses molécules.

Pire : si ce modèle est le seul pris en compte, alors, lorsque l'individu, une fois libéré du besoin et du manque poursuit une consommation de stupéfiant, c'est qu'il n'est “pas motivé” et redevient catalogué comme étant “sans volonté”.

Il n'existe à ce jour pas de médicament miracle et un travail sur les causes endogènes se montre à chaque fois nécessaire. Le problème de l'addiction se situe au delà de l'étau physique du produit, au delà des causes sociales, dans un rapport endogène de l'individu avec lui-même, avec son histoire, avec sa conception du monde, du plaisir, de la liberté et du désir [11], [15], [29], [30], [43], [46], [47].

### 3.2.2.2.2 Conséquences du modèle bio-médical

#### 3.2.2.2.1 Une conception “tronçonnée” de l'addiction

Surestimer l'action d'une substance sur le cerveau, fait encore concevoir les différentes addictions comme des maladies relatives aux produits. Les médecins, dans cette approche, n'envisagent pas l'addiction à travers les comportements, comparables quelque soit la drogue ; La conception de l'addiction comme étant un ensemble de variation autour d'une même unité comportementale, est récente, elle a été impulsée au niveau national, nous l'avons vu, par le plan triennal 1998-2001.

Cette conception nouvelle n'est pas encore intégrée dans la pratique médicale, les médecins ne traitent pas de la même façon toutes les addictions : 94% des médecins généralistes prennent en charge leurs patients (seuls ou en lien avec une structure) dans le cadre d'un sevrage tabagique, 77% lors de problèmes d'alcool mais lorsqu'il s'agit d'autres drogues illicites, 6,8% seulement déclarent suivre seuls leurs patients tandis que 61,4% des médecins généralistes disent adresser le patient à une structure ou un confrère [1].

Le Baromètre santé 2009 concluait [1] : « Cela exprime sans doute le fait que, encore aujourd'hui, dans la pratique professionnelle du médecin généraliste, le terme « addiction » correspond moins à une entité clinique stabilisée qu'à une variété de situations individuelles associées à des contextes sociaux de consommation. L'analyse des représentations sociales associées aux différents produits et la perception des risques liés à leur usage pourraient être une clé d'explication des variations observées dans les pratiques des médecins généralistes. »

#### 3.2.2.2.2 La loi de 1970

De même découle de cette conception de l'addiction basée sur l'effet principal du produit [et non sur une problématique comportementale basée sur différent stade de consommation (usage simple, usage nocif et dépendance)] la loi de 1970 sur la répression du simple usage de drogue illicite.

Il faut noter que la circulaire de 1958 sur l'obligation de soins en cas de délit dû à l'alcool n'a jamais, elle, été appliquée.

Or cette loi fait du patient consommateur de substances illicites un délinquant, et ce n'est pas sans conséquences sur la représentation que la société a de lui, sur celle qu'il a de lui-même,

sur son rapport vis-à-vis des autres, sur son accès aux soins et sur la relation médecin-patient ; dans l'obligation de soins, la relation médecin-patient se retrouve à la frontière entre le médical et la justice.

### 3.2.2.2.3 La déresponsabilisation du sujet consommateur

« Le point commun de l'approche religieuse et de l'approche médicale est de limiter la question à un modèle à deux variables : l'individu et le produit. La religion a mis en avant la “faiblesse” de l'individu qui succombe à la tentation, (...) la médecine lui a substitué la dépendance. Dans les deux cas c'est la perte de contrôle qui est mise en exergue, dans un processus inévitable et destructeur » [15].

Car qu'en est-il du libre-arbitre ? Si la drogue soumet l'individu par ses conséquences neurobiologiques à un tel esclavage, si celui-ci est irrémédiablement vulnérable du fait de prédispositions génétiques, il est du devoir de la société de le protéger, et de le soigner... « Il n'a plus de libre-arbitre » écrit Gabriel Nahas, un chercheur français en 1993, « on ne devrait pas lui demander son consentement » [15]. Le poids de l'héroïne est vu comme tel que tout consommateur perd forcément son libre arbitre. Les personnes consommant de l'héroïne ne peuvent pas parvenir, selon l'opinion publique, à réguler leur consommation : consommer de l'héroïne ne peut être un choix de vie [3].

Si l'héroïne ne peut être « un choix de vie » [3], l'abstinence devient une obligation morale.

On est sortie de la morale de l'Église, pour tomber dans une autre : il n'est plus moral de juger : *les personnes dépendantes le sont contre leur gré, elles sont des victimes déresponsabilisées* mais il serait alors moral de les soigner, au-delà de leur volonté, puisque du fait de l'action de la substance sur leur cerveau, elles n'ont plus leurs capacités de jugement [15].

C'est le thème du débat « Accompagner ou contraindre? », qui fut le titre des journées nationales de l'ASPSTA<sup>9</sup> en 2005, titre repris par la revue Psychotropes en 2006. Dans cette revue, Claude Jacob montre dans « Contraindre ou contracter ? Réflexions sur le contrat » [47], comme la frontière est fragile entre ces deux positions (contraindre ou contracter), car tous, nous sommes imprégnés de l'héritage conceptuel social, et médical.

---

<sup>9</sup> Association des services publics de soins en toxicomanie et en alcoologie.

Concevoir l'héroïne comme un poison responsable de la maladie, induit un jugement moral : le bien pour le patient est d'en être sevré. Guérir c'est sevrer. Position morale corroborée par l'opinion publique, et par la loi au travers de l'injonction thérapeutique. Le piège est, pour le médecin, de vouloir *le bien du patient*, de fixer *pour le patient* l'objectif du soin (le sevrage), et son corollaire : l'échec du soin (ne pas atteindre l'abstinence) [11], [15], [43].

Or « les contre-attitudes de rejet apparaissent chaque fois que le soignant agit "pour le bien" du patient, c'est à dire chaque fois qu'il se met en place de savoir ce qui est bon pour lui, ne l'écoutant que d'une oreille distraite. Et si le patient ne se conforme pas à ce qui lui est proposé pour son bien, alors survient le rejet, parfois d'une grande violence » [11].

De plus la contrainte conduit à l'échec : Brehm explique en 1981 avec la théorie de la Réactance psychologique comment une personne dont on réduit ou menace la liberté « tend à vouloir retrouver une certaine marge de manœuvre. Paradoxalement, lorsque la liberté d'agir et l'autonomie sont menacées, la désirabilité du comportement indésirable augmente pour le client » [42].

#### 3.2.2.2.4 Un impact sur les modèles thérapeutiques : «Once addict, always addict», limite du modèle traditionnel dans la prise en charge des addictions

La conception de l'addiction vue comme une maladie cérébrale chronique due principalement à l'action d'une substance sur le cerveau, chez des personnes prédisposées par la conjugaison de facteurs génétiques et environnementaux, est le modèle qui prévaut dans les associations de type Alcooliques Anonymes ou Narcotiques Anonymes [11], [15], [42] : ceux qui deviennent dépendants sont atteints d'une maladie « progressive, irréversible, incurable » [11]. Il n'y a pas de guérison possible, le seul traitement réaliste est l'abstinence totale, qui permet une rémission, au prix d'une lutte à vie contre soi-même. « La progression (de cette maladie) reprend dès la reprise de la consommation (Miller & Kurtz, 1994) » [42] comme « une réaction pathologique systématique », telle la réaction allergique face à l'allergène, qui ne se développe que chez les personnes sensibles [11].

Cette prédisposition serait, selon ce modèle, en partie génétique et le fait de mécanismes de défense comme le déni [42]. Pour les intervenants travaillant sur ce modèle, la motivation est le facteur clé de la réussite d'une thérapie ; vaincre les mécanismes de défenses du sujet, le déni, est le premier pas, obligatoire, de toute thérapie [40], [48], [49]. Le patient est jugé

comme « non motivé » si il ne se voit pas comme « malade », si il n'exprime pas de détresse, ni le désir d'adhérer aux recommandations et au plan de traitement du thérapeute [42].

Dans ce modèle, « les échecs, les refus de traitement et les abandons en cours de traitement sont dus d'abord et avant tout à la force des mécanismes de défense du client », à « un client ou une cliente non motivée (Miller, 1983) » [42].

Or ce modèle traditionnel de prise en charge des addictions a montré ses limites :

« Plusieurs recherches (Jellinek, 1952; Miller & Rollnick, 1991; Vaillant, 1995) ne permettent pas d'isoler un seul trait de personnalité, ou physique, capable de prédire une consommation excessive d'alcool » [42]. D'autres scientifiques « (Donovan, Rohsenow, Schau & O'leary, 1977; Skinner & Allen, 1983) n'ont trouvé aucune différence significative dans les mécanismes de défense entre les groupes de personnes dites "alcooliques" et celles "non-alcooliques" » [42].

Ce modèle semblerait même « inhiber le désir des individus à rechercher de l'aide thérapeutique (Grant, 1997, Journal of Studies on Alcohol). Copeland (1997) a décrit le même phénomène chez une population féminine : les femmes hésiteraient à rechercher de l'aide par crainte d'être stigmatisées et étiquetées » [42].

Les traitements en toxicomanie des milieux thérapeutiques utilisant la philosophie de type confrontante des Alcooliques Anonymes se situent dans la deuxième moitié des diverses stratégies, lorsque sont comparées les études effectuées sur leur efficacité, au contraire des thérapies d'inspiration motivationnelle [2], [42], [50].

Ceci serait dû à l'attitude confrontante que cette approche induit : plus le thérapeute confronte, dirige, tente de convaincre, d'enseigner, plus le client résiste. Inversement, plus le thérapeute utilise un style rogerien moins le client résiste. « Au niveau de la toxicomanie, un thérapeute utilisant l'affrontement et la directivité peut s'attendre à ce que ses clients consomment plus (un an plus tard) que le thérapeute utilisant un style se rapprochant de l'écoute empathique et du style rogerien (Miller, Benefield et Tonigan, 1993) » [42].

Le corollaire de cette attitude confrontante est de renvoyer au patient une image négative de lui-même en cas d'échec, le renvoi d'une image de quelqu'un n'ayant pas assez de volonté, comme finalement quelqu'un d'incapable, d'incurable, au sens littéral de ces mots, comme au sens figuré<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Une étude québécoise, portant sur 248 personnes engagées dans un processus de réadaptation pour alcoolisme

Ainsi le regard porté sur le patient crée, fait, ouvre une porte, une possibilité, un espoir de n'être pas défini juste comme un toxicomane, un alcoolique, un boulimique, etc., ou au contraire ferme cette porte, défait la motivation, renvoie le patient à la stigmatisation, à l'image de lui-même que la société lui renvoie et que, par jeu de miroir, il intègre : « je suis toxicomane », « je suis une loque, un sale tox » », « tox un jour, tox toujours », « qui a bu boira », autant de qualificatifs qui ferment tout espoir.

Concevoir l'addiction, sous le seul aspect bio-médical, comme une maladie cérébrale chronique irréversible et incurable, dont on ne guérit qu'au prix d'une lutte à vie contre soi-même, tend à inhiber la motivation aux changements des patients, et les expose donc à un risque plus grand d'échec. Or les échecs, vus au travers de cette conception de l'addiction, sont considérés comme un signe de manque de volonté du patient : le patient intègre cette conception et se retrouve d'autant diminué dans son image de lui-même, dans sa confiance en sa capacité de réussir.

### **3.2.2.2.3 L'approche médicale, évolution**

Nous avons évoqué l'approche médicale sous son angle historique, et dans sa forme réductrice, car elle est encore présente sous cette forme au travers d'une démarche thérapeutique de type confrontant, au travers de la loi, et dans la manière avec laquelle les médecins généralistes abordent les addictions (comme des entités pathologiques distinctes définies par le produit utilisé, comme une maladie d'intoxication dont la guérison signifie le sevrage du produit, et relève essentiellement de la motivation du patient).

Sous le terme « approche médicale » nous n'avons entrevu que l'aspect bio-médical du problème. Le terme « approche bio-médical » peut paraître plus approprié. Toutefois, la médecine a pendant longtemps traité la question des addictions (comme celle des maladies chroniques) sous un aspect essentiellement bio-médical. L'approche médicale de la santé comme devant nécessairement intégrer les dimensions psychologiques et sociales des individus est récente. En France les efforts importants pour développer l'offre de formation en éducation thérapeutique n'ont débuté qu'avec le XXI<sup>e</sup> siècle. Malgré cela, « bon nombre de

---

ou toxicomanie, cherchant des facteurs prédictifs d'abandon, grâce à un questionnaire sur l'alliance thérapeutique remis aux patients, conclue que « la perception du client à l'égard de son propre engagement dans la thérapie » est une composante significativement prédictive du risque d'échec. Mais la conception de cet engagement est significativement liée à l'image que les intervenants ont de cet engagement [51].

travaux actuels reconnaissent que la dimension humaine et sociale reste peu abordée au cours des études des médecins, de même que les dimensions éducatives et préventive, qui ne sont abordées que de façon parcellaire et non systématique » [1].

### 3.2.2.3 LES APPROCHES PSYCHOLOGIQUES (ENDOGENES)

#### 3.2.2.3.1 L'approche psychanalytique

L'homme naît dépendant. Dans cette dépendance totale il vivra ses premières expériences de besoin/jouissance, avec une intensité d'autant plus grande que, pourvu de capacités neurosensorielles, il n'a pas encore de capacités motrices qui lui permettent de décharger son excitation.

C'est dans le mouvement pendulaire initial entre l'enfant et sa mère que se développeront ses capacités à passer du besoin au désir, au travers de l'attente, « c'est le manque qui, introduisant la dimension temporelle de l'attente, constituera le désir (Descombey, 1995) » [11], ce dans un vécu plus ou moins rassuré, plus ou moins angoissé selon les capacités de sa mère à répondre à ses besoins.

De la qualité de ces satisfactions et séparations initiales dépendra la capacité de l'individu à supporter le besoin, l'attente, à établir une relation objectale (c'est à dire la relation à un autre sujet capable d'amour) [11], [15], [24].

Cette étape clé est une base sur laquelle l'individu se construit : « la mère agit comme un “camp de base” : ce n'est que lorsque nous sommes rassurés sur le lien, que nous pouvons explorer les mondes extérieurs et intérieurs, le monde et le soi », que peut s'envisager, progressivement, l'abandon de ce lien initial ; chaque pas vers autre chose que cette fusion avec l'être aimé - chaque pas de la dépendance à l'autonomie - a comme corollaire la séparation, le nécessaire abandon d'une partie de ce lien. « L'expérience primaire, fondatrice, qui va coder, (...) formater l'ensemble d'une histoire, est donc l'expérience du passage, l'expérience de l'accompagnement de la dépendance à la séparation. » « Cet accompagnement du passage de la dépendance à l'autonomie est précisément le fil conducteur de la prise en charge des toxicomanes » [24] ; [11], [15], [24], [32].

Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978) ont été les premiers à différencier plusieurs types d'attachements à la figure maternelle, identifiables avant 18 mois, en fonction de la capacité de la figure maternelle à répondre aux besoins de l'enfant [24], [78] :

1. un attachement « secure » (environ 60% des enfants), présent lorsque la figure maternelle est sensible aux signaux de son enfant et se montre disponible (elle répond de façon adaptée aux besoins de l'enfant soumis à un stress) ;
2. un attachement « anxieux évitant » (environ 20% des enfants), lié à des interactions intrusives ou rejetantes de la part de la mère ;
3. un attachement « anxieux ambivalent » (15% des enfants) lorsque la figure maternelle alterne disponibilité et rejet ;
4. un attachement « désorganisé » (5%) dans les cas d'enfants de mère psychotique, de maltraitance <sup>11</sup>.

Bien sûr, tout n'est pas joué à ce stade, l'enfant aura ensuite son environnement familial, social et culturel, et son histoire (tous ces hasards accumulés, positifs ou négatifs), pour étayer un lien déficient [24]. Tout n'est pas joué à ce stade, et tout se rejoue à l'adolescence, mais les liens « anxieux » constituent un facteur de risque de dépendance aux psychotropes, comme un essai de mise à distance des émotions destructrices : « il s'agit de reprendre le contrôle de ce qui risque de déborder [l'adolescent] de l'intérieur » par une « transformation de l'animé en inanimé » en substituant aux aléas de la relation avec autrui, les certitudes offertes par un objet matériel perçu comme maîtrisable, renouvelable à volonté, et donc indestructible : « le contact garantit la présence de l'objet, et sa non-destruction, tout en assurant son statut d'extra-territorialité, sauvegardant les limites et l'identité » [24].

A ce titre, les psychotropes, comme tentative de régulation des émotions, s'apparentent aux autres conduites à risques propres à cet âge, ainsi qu'aux passions pour les sports extrêmes, les jeux vidéos, le fétichisme, pour un personnage, des idéaux, etc. Il s'agit de ne pas penser, de ne pas ressentir, en mettant un écran entre soi et les émotions, et en se donnant une identité qui délimite alors la frontière entre soi et les autres [11], [15], [24], [46].

« Le maintien de l'emprise du besoin, le caractère impératif de celui-ci, barre l'accès à une dynamique complexe des représentations au profit des sensations et de la recherche de celles-ci et de leur renouvellement. C'est là l'emprise actuelle de la drogue, et c'était dans l'enfance le

---

<sup>11</sup> Ce quatrième type d'attachement à été identifié par Crittenden (1992) et Main (1996).

même challenge. Ces sensations visent à la pureté de la satisfaction, les pulsions naissent, mais elles doivent se taire ou faire silence derrière la brutalité ou l'immédiateté de la sensation » [47].

L'objet animé, désiré, mais soumis aux aléas de la relation, est remplacé par un « ersatz relationnel » inanimé, dénué de tout caractère charnel et pulsionnel menaçant, la source d'excitation demeurant alors externe doit sans cesse être renouvelée. Mais cette fonction pervertie du désir qu'est la consommation de l'objet inanimé, peut alors être d'avantage perçue comme une activité du Moi, que comme une activité du désir « confondu avec son objet (ici animé) et générateur d'affects violents d'amour et de haine qui ne permettent pas d'ignorer la profonde dépendance aux objets désirés » [46].

« Le développement d'une relation d'emprise, par laquelle l'objet devient tolérable dans la mesure où il est mis sous contrôle, est pour nous le domaine privilégié des troubles du comportement, en particulier appartenant au registre addictif (toxicomanie, alcoolisme, anorexie, boulimie...) » [46].

La relation d'emprise avec le produit est à entendre comme la tentative de reconstruction d'un lien de dépendance « secure », auréolé d'un fantasme de maîtrise, avec le néo-objet [11], [15], [24], [32], [46].

### **3.2.2.3.2 Les théories systémiques familiales**

Les théories systémiques familiales ont permis d'entrevoir que cette dépendance n'était pas le seul fait du sujet consommateur, mais celle de toute la famille, le symptôme d'un des membres permettant une homéostasie, une non-rupture de l'équilibre familial, effaçant comme un écran les problèmes véritables « des relations interpersonnelles des différents membres » [29] : le problème devient alors l'addiction du sujet en cause. L'adolescent quant à lui, se retrouve parfois écartelé par des messages ou des désirs contradictoires d'un (ou des deux) parent, et ne peut donc agir sans provoquer de conflit, les drogues apparaissent alors comme une alternative : fuir dans le « non agir », alternative qui a l'avantage de ne pas remettre en cause l'équilibre familial [29], [46].

### 3.2.2.3.3 Synthèse sur les approches psychologiques

Il s'agit donc pour le sujet d'une automédication, d'une tentative d'adaptation face aux angoisses et aux conflits internes (notamment lors de l'adolescence, aux pulsions sexuelles et identitaires), et externes liés à son environnement. L'addiction est à considérer comme « un étayage narcissique », ce symptôme est donc « une trace, parfois un récit de ses origines historiques en amont, où le sens est à considérer au regard de sa nature mais aussi de sa force », force qui révèle l'intensité de l'addiction dans la fonction néo-organisationnelle du sujet [2], [11], [15], [24], [29], [32], [46].

Ces approches permettent de comprendre les va-et-vient du patient addict avec sa thérapie, que ce soit par des sorties de programme lors des cures, par des rechutes ou par la poursuite de consommation récréatives d'héroïne lors de la prise en charge en traitement de substitution : il en va d'une part d'un cheminement progressif vers la séparation d'avec l'objet comme d'un camp de base, et d'autre part il s'agit de tester la qualité de l'échange qui s'établit avec l'équipe thérapeutique. En effet : « Les intervenants en addictologie mesurent les réticences du patient à s'exposer au désir de l'autre, certains diraient à entrer dans le transfert » [47]. Claude Jacob explique dans une réflexion sur le contrat thérapeutique en institution, que « le contrat marque les limites pour s'exposer à des représentations angoissantes et à la fois s'en échapper. Le patient n'y joue pas sa peau : il consent à jouer dans un cadre réglé discernable, lisible et révocable. » Et il ajoute : pour le patient « ceci est une protection contre les craintes de l'emprise d'autrui. Je peux rompre le contrat à tout moment pour échapper à l'intrusion ou à l'emprise d'autrui » [47], ce qui le libère « des embarras imaginaires de l'échange » [47].

Va-et-vient, ruptures des contrats de suivi, mises en échec du thérapeute, autant de comportements souvent rapidement éludés sous la catégorie « patient non motivé ». Or, de la réaction du thérapeute à ces tests, à ces limites à sa toute puissance, dépend la reprise de l'échange. La question est finalement encore une fois celle de la liberté : le patient qui rentre dans une démarche est-il dans cet échange encore libre de ses choix, de ses désirs et de ses actes? Le thérapeute va-t-il réagir professionnellement ou se sentira-t-il atteint dans son sentiment de toute puissance, réaction d'ordre affective qui le rapproche alors d'une figure parentale redoutée (cf. L'approche psychanalytique). Par cette réaction de mise à distance du thérapeute, le patient interroge finalement le contenu sous-jacent de l'échange : y a-t-il contre-transfert ? Que projette cet intervenant sur moi, qui n'est pas moi, mais lui ? Me voit-il ou se

voit-il ? Suis-je un individu, vu comme tel, dont les limites et les désirs sont respectés, ou ne suis-je qu'un objet de contre-transfert des angoisses et des désirs du thérapeute ? [11], [15], [46], [47].

Lorsqu'elles font l'impasse sur la dimension biologique de l'addiction (extrêmement forte dans l'héroïne), ces approches surdimensionnent la capacité de l'individu à intervenir sur son addiction par un travail sur lui-même, et le confrontent à un risque important d'échec [2]. Mais omettre cette composante endogène de l'addiction, c'est omettre la problématique de l'addiction. Travailler sur cette problématique permet au patient d'intégrer son addiction dans son histoire, d'en comprendre le sens et la fonction, d'entendre le sens du symptôme, de traduire le besoin du produit lorsqu'il resurgit, et de s'extraire ainsi de la problématique binaire : résister ou céder au produit. Le besoin prenant sens, le patient est en mesure de construire d'autres réponses que la prise du produit. Il peut ensuite prendre conscience des mécanismes psychiques (les cercles vicieux) qui entretiennent son comportement, et travailler à comprendre ses désirs profonds, et à remplacer les cercles vicieux négatifs par des cercles vicieux positifs (restructuration cognitive). Cela lui permet également de ne plus se définir selon les représentations sociales binaires (délinquant/non délinquant - toxicomane/non toxicomane - volonté/sans volonté) qui induisent le sentiment de culpabilité, et demandent implicitement la repentance du sujet face au groupe (et qui provoquent le désir de consommer pour échapper à la définition de soi par autrui).

#### 3.2.2.4 L'APPROCHE SOCIALE (EXOGENÈ)

« Il ne semble pas qu'il ait existé de société où les hommes n'aient eu à leur disposition des substances permettant de modifier leur humeur, leurs perceptions, leur état de conscience. Pour ce qu'on en sait, il ne semble pas non plus que les usages de ces substances aient été complètement libres, mais qu'au contraire ils aient toujours été codifiés, que ce soit par des rites religieux, des pratiques médicinales, ou des rites sociaux » [11].

L'usage de substances modificatrices de l'état de conscience est une constante historique et universelle. Depuis la préhistoire [11], l'homme a attribué à ces substances un pouvoir magique ou sacré. Médiateur entre l'humain et le divin, porte ouverte sur l'autre monde, ou médiateur entre les hommes, objet de pouvoir religieux, médical ou politique, les substances psychotropes sont inscrites culturellement dans les interactions sociales de toutes les époques.

Les époques changent, l'usage des drogues se modifie, chaque culture attribue à cet usage un sens et une place propre (festif, religieux, etc.), particulier à chaque substance.

L'approche sociale comme élément de causalité

Comprendre le rapport d'individus à leurs dépendances, ne peut donc se faire dans la seule approche bi-dimensionnelle du sujet-produit, mais nécessite un regard global, qui prend en compte le contexte social et l'héritage culturel [2], [11],[15], [24].

Reprendre ici les nombreuses théorisations du social qui influent sur le risque et la nature de l'addiction paraît impossible. Dans notre société moderne, nombreux sont les constats de perte des repères identitaires traditionnels : l'éclatement de la famille, la déstabilisation du père et les changements des rôles traditionnels, la perte d'influence du religieux et des grands courants politiques, le déracinement des populations et le conflit des cultures, le chômage, la crise économique et les ghettos sociaux des cités, la perte d'horizon que cela provoque pour les jeunes [2], [11], [15] (la Seine-Saint-Denis est le département qui présente la plus forte consommation de buprénorphine et présente quantitativement le plus d'indicateurs de détournement [4]). Sans oublier la place économique qu'ont prise les drogues illicites dans les quartiers pauvres : draineuses d'argent, elles sont un moyen de réussir rapidement sur le plan financier [11], [15], [30].

Le courant culturel individualiste de notre société, qui fait de l'individu le centre de sa propre existence, et l'accès au bonheur le but de celle-ci, est également à citer : avant le chemin était dicté, aujourd'hui la liberté acquise laisse place à un vide. C'est à l'individu de faire ses choix : il est libre, maître de son existence et donc confronté perpétuellement, à la question des choix à faire pour atteindre ce but. Ceci, associé à l'accélération des modes d'information et de communication, instantanés, omniprésents, et au matraquage commercial et politique sur la nécessaire consommation comme moyen d'accès au bonheur, fait du comportement collectif tourné vers la consommation effrénée d'objets matériels "jetables", conçus pour ne pas durer et être sans cesse renouvelés, un comportement déjà porteur en substance de ce rapport au désir et à l'attente, de ce court circuit – par le besoin – de la pensée, de la projection mentale, et de l'imaginaire (le désintéret littéraire de la jeunesse française en est un exemple) [1], [11], [15], [46].

Les pressions sociales sont nombreuses qui demandent sans cesse à l'individu de s'adapter, « car le monde change vite et les situations nouvelles sont autant d'épreuves dont l'individu doit triompher au risque, sinon, de perdre son être. De la reconnaissance d'une identité

positive au sein de la famille à celle conférée par son statut socioprofessionnel, l'adolescence, l'affiliation à un groupe de pairs, l'entrée sur le marché du travail, la constitution d'un couple ou sa dissolution, la parentalité, le chômage ou la mutation..., les mises à l'épreuve de la solidité et de la plasticité – donc de la valeur adaptative – du Moi sont continues. Et l'échec de l'adaptation est synonyme de pertes : perte de choses acquises, perte de sécurité, perte de repères et surtout, pertes de liens... » [15].

Le risque est présent, lorsqu'on surdimensionne les causes sociales, d'enfermer l'individu dans une position de victime. Cette approche est à prendre en compte : elle rend compte du parcours sur lequel s'est construit l'individu, et des difficultés potentielles d'adaptation de celui-ci. Mais le sujet doit travailler à comprendre ses fragilités sous-jacentes au delà de l'élément social déclencheur, afin de pouvoir apporter d'autres réponses que la prise du produit lorsqu'il sera soumis à de nouveaux stress du même ordre.

### 3.2.2.5 *VERS UNE NÉCESSAIRE APPROCHE GLOBALE DE L'ADDICTION*

La conduite addictive peut prendre de multiples formes, être avec ou sans produit, et avoir de multiples sens, propres à chaque individu : « elle est polymorphe et polysémique. Toute stratégie de soins doit prendre en compte cette pluridimensionnalité sans quoi elle ne fera que renforcer les attitudes contre-thérapeutiques » [11].

Si la conceptualisation de l'addiction privilégie l'approche psychologique, et minimise le pouvoir addictif du produit, « elle surdéterminera le face à face du sujet avec lui-même et risque d'alourdir le symptôme d'un surcroît de culpabilité (face à l'impossibilité de surmonter le manque physique) » [11].

Si on priorise la dimension sociale ou biologique, les causes externes au sujet, cela provoque un sentiment de déresponsabilisation du sujet, allant à l'encontre d'un sentiment de pouvoir sur lui-même et d'efficacité dans le changement : la motivation à entamer un changement et à le maintenir en sera affectée [2], [11], [15], [32], [42].

« Puisque la toxicomanie est multidimensionnelle, les soins doivent l'être et tout à la fois s'attacher à :

1. infléchir le fonctionnement biologique pour desserrer ou détourner l'emprise de produit ;

2. travailler sur le fonctionnement psychique pour passer du besoin au désir et fournir des autocontrôles ;
3. modifier l'environnement pour ouvrir des possibilités d'évolution et apporter des hétéro-contrôles» [15].

Sur ces trois registres, le sujet se confronte à la question de savoir s'il doit s'en remettre à lui-même et/ou s'appuyer sur autrui. Une dialectique qui ne trouve de compromis satisfaisant que si elle s'inscrit au sein du rapport de personne à personne. C'est pourquoi la condition première du soin en toxicomanie est celle d'instaurer une relation aidante [2], [11], [15], [46].

### **3.2.3 MÉDECIN ET PATIENT TOXICOMANE, UNE RELATION MÉDECIN-MALADE PARTICULIÈRE**

#### *3.2.3.1 UNE RELATION EXIGEANTE*

Les échecs des thérapies sont habituellement attribués au manque de motivation des patients [6], [42], [49], [51], [52], [53], [54]. Les caractéristiques des patients usagers de drogues (les attributs du toxicomane : « pas motivé, menteur, manipulateur »), sont régulièrement relevées par les médecins comme étant des obstacles majeurs au suivi de ces patients [6], [51], [52], [53], [54].

Les médecins lorsqu'ils sont interrogés sur les freins rendant difficile le suivi des addictions en médecine générale, évoquent comme barrières inhérentes au corps médical des obstacles essentiellement structurels (manque de formation, manque de temps, manque de structure de soins où adresser les patients) [55].

Mais quels sont, à l'intérieur même de la relation médecin-patient, les facteurs dépendants des médecins, qui font obstacles au soin ?

On qualifie les patients toxicomanes de manipulateurs, mais cela fait partie de leur problématique : les toxicomanes ont peur du transfert du désir de l'autre sur eux, et peur de perdre leur liberté dans le lien interpersonnel. S'ils sont envahis par cette peur, ils tenteront de réduire l'autre à un objet manipulable, comme l'était l'héroïne, un « ersatz relationnel ». De

plus le caractère impératif du besoin « barre l'accès à une dynamique complexe de représentations » notamment la représentation de l'autre : lorsqu'ils sont envahis par le besoin, ils n'ont plus la capacité de voir l'autre, en tant qu'individu, et chercheront à obtenir au plus vite leur produit [11] [15] [24] [32] [47].

« Ils n'établissent que difficilement un lien qu'ils éprouvent d'ailleurs sans cesse. (...) Il faut en effet souligner la propension que peuvent avoir ces patients à se faire désinvestir, la répétition des passages à l'acte et l'attaque directe du lien soignant contribuant rapidement à les faire rejeter» [46].

Si cette relation est particulière, c'est qu'elle est exigeante, parce que le patient toxicomane va sans cesse tester la qualité de l'échange. Le médecin doit tenir sa place dans le soin tout en ne dépassant pas les limites de sa fonction. Le médecin doit entendre la demande, sans la rejeter, mais sans entrer pour autant dans les désirs du patient : il doit, pour y répondre, respecter et expliquer les limites de sa fonction et ses propres limites [43], [47].

Le médecin doit donc s'interroger sur ses propres limites et les définir précisément. Il doit également s'interroger sur son rôle et sa place dans le soin, sur les principes qui fondent « une relation aidante », notamment dans l'addiction [2], [11], [15], [43], [46].

### 3.2.3.2 CRITÈRES D'UNE RELATION D'AIDE

« Depuis les travaux de Carl Rogers à partir de 1942, la notion de relation d'aide s'appuie en effet d'une façon optimiste sur la possibilité d'aider la personne en difficulté, à « mobiliser ses ressources» plutôt qu'à lui imposer des solutions de l'extérieur : "Les personnes ont en elles de vastes ressources pour se comprendre et changer de manière constructive leur façon d'être et de se comporter. Ces ressources deviennent disponibles et se réalisent au mieux dans une relation définissable par certaines qualités." » *Wikipédia (Relation d'aide)*

Quatre caractéristiques fondatrices de la relation d'aide sont donc ici particulièrement essentielles :

1. Le respect de l'autre, comme individu, c'est-à-dire la prise en compte de son histoire, de son propre référentiel de valeur, et de sa liberté.

Or la liberté ne va pas sans la responsabilité. Notre société comme notre système de soins est fondée sur la liberté individuelle (sauf en cas d'urgence vitale, ou de danger pour autrui). L'autre, bien qu'à des degrés divers soumis comme tout un chacun à des contraintes bio-

psycho-sociales, est un être libre et responsable, soucieux de lui-même<sup>12</sup> et prêt à agir en ce sens si les moyens lui en sont donnés [14].

Même toxicomane, le patient est un être libre : libre de ses actes, libre de consommer de l'héroïne, libre de cheminer sur le chemin de la séparation avec son produit à la vitesse qui lui convient. Or cette liberté est difficile à concevoir en France, nous l'avons vu.

## 2. Le contrôle de ses propres projections :

Il revient aux soignants de savoir surmonter les réactions contre-transférentielles souvent massives face aux personnes toxicomanes : ces contre-transferts peuvent avoir comme source des expériences traumatiques personnelles non dépassées [25], [47] ou une « fascination pour l'héroïsme noir du toxicomane, pour son jeu avec le risque, avec la jouissance, les transgressions » [11] - bref, une « accumulation de rancœurs inconscientes venues de conflits intérieur refoulés » [11] ; ce risque oblige dans toute relation, mais d'autant plus avec les toxicomanes, à une écoute et à une analyse de soi-même afin de savoir interroger, mais aussi parfois respecter, ses propres limites (c'est aussi toute la question du *burn-out* des thérapeutes) [11], [15], [25], [46], [47].

« La difficulté tient surtout à la tentation de vouloir une guérison pour le patient – et avec sa complaisante adhésion – sans prendre la mesure des obstacles et des risques que celle-ci fait courir et qui vont précipiter l'un et l'autre dans cette insoutenable sensation de jouer un jeu de dupes. A la source de ce système relationnel, il y a le déni : déni de l'autre et des processus de l'addiction elle-même » [11].

Pour accompagner le patient dans une démarche de compromis avec le plaisir et d'aménagement de sa vie selon ses désirs et ses conceptions (du patient), cela demande d'interroger au préalable ses propres conceptions du soin, du plaisir, de la vie et de la liberté.

Pour accompagner un patient dans une démarche d'autonomie, cela demande de s'interroger sur ce qu'accompagner veut dire, ce qu'éduquer veut dire, ce que soigner veut dire [11], [15], [43], [47].

---

<sup>12</sup> Lors d'une enquête dans le département du Nord auprès des usagers de drogues qui se prostituent, N. Panunzi-Roger constate que « la santé et la réduction des risques constituent une de leurs préoccupations et font l'objet de nombreux échanges », montrant que les usagers même en situation de précarité souhaitent améliorer leurs conditions de vie et préserver leur santé (16).

### 3. L'écoute active :

« l'écoute est une qualité qui, contrairement à ce que l'on croit trop facilement, n'est pas naturelle, mais qui s'acquiert » [11]. Elle implique de faire un silence en soi-même pour parvenir à entrer dans le système de référence de l'autre, sans pour autant l'adopter. Elle implique de parvenir à garder une juste distance avec soi (et ses projections, cf. supra) et avec l'autre. Entendre l'autre dans ce qu'il dit d'intime tout en ne perdant pas l'objectif de la relation, afin de pouvoir l'aider à avancer sur sa propre problématique, sans choisir à sa place. Entendre l'autre au travers de ses mots, sans perdre de vue les notions d'ambivalence, de dépendance auréolée du fantasme d'indépendance, les effets biologiques des substances, l'effet miroir identitaire, etc.- toutes ces composantes de l'addiction vues plus haut - et qui sont en jeu dans l'individu, malgré lui [11], [23], [25], [27] ; « Entendre l'autre doit permettre d'interpréter autrement qu'au premier degré les verrous que le patient pose souvent d'emblée lors de l'échange :

- ➔ la fermeture identitaire : “je n'y peux rien, je suis toxicomane” ;
- ➔ la remise totale du pouvoir dans les mains du thérapeute : “sauvez-moi, je vais crever”, “enfermez-moi, je fais du mal à ma famille” ;
- ➔ la directivité : “je sais ce qu'il me faut, donnez le moi et c'est tout”, négation de l'autre dans son altérité qui traduit la peur d'entrer en relation;
- ➔ l'impatience et l'urgence : “il me faut tout et tout de suite”, parfois associées au chantage “vous préférez peut-être que je retourne chercher de l'héroïne?”, manifestation de ce que l'instantanéité du besoin obture toute place au désir ;

La prise en considération de la souffrance exprimée, permettra au soignant de négocier les modalités du soin, de proposer un soin » [11].

### 4. la confiance :

Lao Tseu disait « lorsque la confiance manque, la loyauté disparaît ». Il ne s'agit pas de prendre au mot ce que dit le patient, ce serait nier l'ambivalence de tout individu et le rapport fait « d'amour et de haine » du patient à son produit. L'écoute active doit justement permettre d'entendre ce que le sujet dit au travers de ses mots. Il s'agit d'avoir confiance en la capacité de chacun d'évoluer sur le chemin du changement, sans nier les multiples rechutes et va-et-

vient qui jalonnent celui-ci. « Il s'agit même souvent d'avoir confiance en cette capacité de l'autre, alors que lui-même n'y croit plus : “croyez-moi plus que je ne me crois moi-même” » [11]. Elle doit être un parti pris, mais un parti pris réaliste vis à vis des difficultés du patient et de son fonctionnement psychique, ce qui sous-entend des objectifs négociés avec le patient, également réalistes [11], [15], [27], [32], [47].

### 3.2.3.3 3.2.3.3 PEUR DE DEVENIR MÉDECIN-DEALER-FOURNISSEUR, LA QUESTION DU RÔLE DU MÉDECIN

Dans l'enquête EVAL 2001, si 34 % des médecins considèrent qu'un des problèmes liés à la substitution est le trafic, le détournement des médicaments, seuls 8% des médecins évoquent la crainte de devenir médecin-dealer [6].

Cette crainte semble plus présente chez les médecins qui estiment « *négalif* » ou « *plutôt négatif* » le bilan de la substitution : ces médecins évoquent surtout la crainte d'une dépendance au traitement de substitution (« qui ne fait que remplacer une dépendance par une autre »), ainsi que l'impossibilité de suivre les toxicomanes en ville, et les problèmes de trafic et de nomadisme [6].

Or cette crainte traduit une vision traditionnelle, manichéenne, du toxicomane et de la consommation de drogue, qui ne prend pas en compte la réalité des faits. Elle traduit un défaut de questionnement des médecins autour de cette problématique et pose la question du degré d'information des médecins sur les données objectives.

Certes, le trafic de MSO est une réalité,

- mais il reste minime et diminue depuis 2002<sup>13</sup> [4] [7] ;
- de plus, ce trafic n'a pas que des effets négatifs.

---

<sup>13</sup> Les analyses des remboursements permettent à l'OFDT d'évaluer, selon certains indicateurs, les détournements probables : ces analyses montrent qu'une part minime des patients sous MSO, est suspecte de détournements. Et les indicateurs sont en baisse continue depuis 2002, par exemple:

Sujets sous BHD ayant bénéficiés d'une dose quotidienne moyenne supérieure ou égale à 32mg/j : 2002 : 6% - 2006 : 2% - 2007 : 1,6% - 2009 : 1,1%.

En 2006, un tiers des patients consultaient trois médecins ou plus, un peu moins de 10% en ont vu cinq ou plus, et 8% se sont adressés à cinq pharmacies ou plus. En 2007, ces taux de fréquentation diminuent puisque un quart des patients vont voir trois médecins ou plus et 6% seulement vont en voir cinq ou plus. [4] [7]

- Les injecteurs de buprénorphine (produit principal) s'injectent moins souvent de l'héroïne et de la cocaïne que les autres, s'échangent moins souvent les seringues, et ont un risque d'hépatite C moindre que les injecteurs d'autres drogues [56].
- Même si aucune étude ne permet de quantifier ce phénomène, la buprénorphine vendue illégalement est aussi un moyen pour un certain nombre de consommateurs d'héroïne de tester l'efficacité du traitement, et constitue probablement une première étape vers une demande de soins. En effet, il n'est pas rare que les patients demandeurs d'un traitement par buprénorphine connaissent exactement la dose nécessaire pour pallier leurs symptômes de manque [27],[30]. Et c'est parfois un moyen pour les usagers les plus précaires, ne bénéficiant pas de la CMU de débiter un traitement. Début 2006, dans les structures de bas seuil, 16% de ceux qui utilisaient la BHD dans un objectif thérapeutique (pour arrêter ou diminuer l'usage de l'héroïne) l'obtenaient exclusivement sur le marché parallèle [16].
- Rappelons aussi que la buprénorphine vendue au marché noir est 6 à 10 fois moins chère que l'héroïne, en cela elle diminue le risque de paupérisation des usagers et le risque de délinquance (Le rapport ROQUES concluait que si la consommation d'héroïne était plus associée à la délinquance que les autres drogues cela était dû à son prix nettement plus élevé) [14].
- Enfin, le risque d'overdose, lors de l'utilisation de buprénorphine dans un but de défonce, est moindre que lors de l'utilisation d'un agoniste total des récepteurs opiacés (héroïne, méthadone) [11], [14], [15], [56].

- La balance bénéfico-risque des TSO est nettement positive.

Un article paru en 2004 dans *The American Journal On Addictions* [56] fait ainsi la synthèse des avantages et inconvénients du système français de délivrance de la buprénorphine. En introduction, le problème est présenté ainsi : « d'un côté, rendre le traitement facile d'accès peut augmenter le nombre d'individus traités ; d'un autre côté, le manque de régulation peut augmenter l'apparition d'effets secondaires liés à la buprénorphine ou accroître le détournement et ainsi limiter l'ensemble des avantages de ce médicament ». Après une revue de littérature mettant en avant les avantages et inconvénients du système français, les auteurs concluent : « Le modèle français est inégalé dans sa croissance rapide, et même si il y a eu à un certain niveau, faible, du détournement et une utilisation régulière par voie intraveineuse, il est aussi juste de dire que ce modèle a eu de très importants avantages pour la société et les

individus.(...) Les problèmes, sur la base des données actuellement disponibles, sont raisonnablement mineurs en comparaison avec les bénéfiques. En outre, il semble que le modèle français soulève des questions sur la valeur des règlements serrés imposés par de nombreux pays à travers le monde.(...) En application (sur le système américain), il semble que l'on devra accepter un certain niveau de détournement vers le marché illicite et l'utilisation abusive par voie intraveineuse, bien que le nouveau combiné buprénorphine-naloxone puisse permettre d'éviter en partie la diversion. »

- Enfin, signalons que depuis 2004, en France, l'assurance maladie a mis en place un plan de contrôle des assurés suspects de détournement.

Les médecins de l'assurance maladie établissent, directement avec le patient en cause, un protocole de soins ; si ce contrat n'est pas respecté, les mesures répressives sont directement appliquées par l'assurance maladie, sans passer par le médecin généraliste (délivrance quotidienne, interdiction de chevauchement, limitation du dosage, exclusion du traitement, voire poursuite pénale).

Qu'est ce qui différencie un médecin d'un dealer si ce n'est l'ensemble de la démarche de soins qui entoure la délivrance du médicament, le positionnement médical lors de la prescription, le cadre fixé à celle-ci ?

« Or l'approche de réduction des méfaits est définie comme une approche centrée sur la réduction des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de leur usage (Brisson, 1997). Elle implique une attitude de tolérance à l'endroit de la consommation de drogues illégales plutôt qu'une philosophie de l'abstention » [57]. Elle implique donc l'acceptation d'une délivrance de MSO dite de bas seuil, permettant de diminuer le trafic, et même l'acceptation d'un certain seuil de trafic, dans l'objectif de santé publique d'une diffusion large des traitements [57].

Cette approche sanitaire, de l'usage des drogues et de leurs traitements, exclut tout positionnement moral ou légal vis à vis de cet usage : elle implique que les médecins aient analysés leur rôle, en tant que soignant, et se soient affranchis d'une conception traditionnelle et morale de la guérison. « Le médecin est amené à garder sa place de professionnel de la santé (...), en gardant sa place de référent "santé" et non de "référent universel" » [58].

## 3.3 FACTEURS STRUCTURELS

### 3.3.1 LA FORMATION

La littérature internationale montre qu'un des obstacles majeur à l'investissement des médecins dans le soin aux patients usagers de drogues, est leur manque de formation sur les addictions [8], [9], [19], [20], [28], [41], [48], [49], [52], [57], [59].

Le manque de formation est significativement associé à une vision négative, peu empathique et stéréotypée des patients toxicomanes [28], [54], [59], [60], [61], [62]. Chez les médecins généralistes, il est associé au pessimisme sur l'issue des moyens thérapeutiques, au désir de ne pas prendre en charge ces patients, à l'idée que le suivi des problèmes de drogues ne relève pas de leurs compétences [28], [33], [52], [54], [60], [62].

Dans l'enquête EVAL 2001, 31% des médecins considéraient que le manque de formation était un obstacle à la prise en charge des patients toxicomanes en médecine de ville et 77% des médecins se considéraient non ou insuffisamment formés en toxicomanie [6].

#### 3.3.1.1 *LA FORMATION MÉDICALE UNIVERSITAIRE*

La formation universitaire médicale sur les addictions est internationalement critiquée, elle est considérée comme succincte dans le nombre d'heures délivrées, comme dans son contenu [1], [8], [9], [28], [48], [52], [54], [61], [62].

1. Les formations abordent les addictions sous un aspect technique, biomédical.

Lors de focus groupes menés en 1991, en Australie, auprès de 44 médecins généralistes [52], « la plupart des participants s'accordaient pour dire qu'on leur avait appris à traiter des problèmes médicaux, dans un modèle de pensée médical, mais non des problèmes sociaux qui ne rentrent pas dans ce modèle ».

C'est également le constat du premier plan triennal en 1998 [8] : « il ressortait du plan triennal que les professionnels de santé étaient mieux préparés à prendre en charge les complications et les pathologies associées aux consommations excessives, qu'à les prévenir en traitant les pratiques addictives elles-mêmes. »

L'étude Entred 2007 sur le diabète [63] et le Baromètre santé 2009 [1] renouvelaient ce constat et insistaient sur le paradoxe d'une formation initiale essentiellement basée sur l'acquisition de compétences techniques en référence à des maladies alors que le travail du médecin généraliste consiste à prendre en charge le patient de façon globale en intégrant les dimensions psychologiques et sociales :

« Ces compétences, utiles à la mise en œuvre d'une démarche éducative individualisée, sont encore rarement enseignées dans la formation initiale médicale (Foucaud, 2008, HCSP, 2009), bien que proches des compétences génériques de la médecine générale définies par les sociétés savantes (Wonca, 2002). Elles témoignent en effet du besoin d'un changement de paradigme de la médecine, au service de la promotion de la santé des personnes et non seulement au service de la guérison des maladies, afin de répondre au défi que posent aujourd'hui les maladies chroniques et l'augmentation des inégalités de santé (Bury, 1998; Sandrin-Berthon, 2000; HCSP, 2009) » [63].

2. Les formations n'abordent pas les autres approches de l'addiction (les théories psychanalytiques de la dépendance, les théories psychologiques sur le comportement), qui permettent de concevoir différemment les difficultés des usagers de drogues (manipulation/ motivation/ volonté/ va-et-vient avec le contrat, etc.).

Si de nombreux cours en ligne comme de nombreux ouvrages à orientation didactiques traitent de la prise en charge du patient toxicomane, c'est sur un mode concret [64] : l'examen clinique, l'interrogatoire, le dosage du traitement de substitution, etc. Le lien à une dimension psychologique et sociale y est abordé de façon superficielle (il y est dit que l'addiction s'inscrit pour le patient dans un contexte et une histoire qu'il est nécessaire d'aborder, que les difficultés sociales, familiales et psychologiques sont à prendre en compte). Les théories d'explication psychanalytiques et familiales sont à peine citées. Utiles à connaître dans toute relation thérapeutique, les théories de psychologie comportementale [la théorie des stades du changement de Proshaska et Di Clemente (1982), les notions d'ambivalence, la théorie de la balance décisionnelle (Janis et Mann, 1977), la théorie de la Réactance psychologique

(Brehm, 1981), celle de la méthode de gestion des rechutes (Marlatt, 1985)] ne sont pas abordées. Les approches thérapeutiques qui en découlent sont justes citées (l'entrevue motivationnelle de Miller & Rollnick, 1991, et toutes les techniques visant à renforcer le sentiment d'efficacité personnelle des patients).

Surtout, ces formations n'évoquent pas le risque – présent en chacun – de contre-attitudes ; nous l'avons vu, pour toutes sortes de raisons, les toxicomanes et les personnes dépendantes en général, provoquent en nous des mouvements affectifs souvent massifs ; « Les soignants n'y échappent évidemment pas. Mais le travail d'équipe et la formation de chacun doivent permettre de limiter les effets négatifs de ces réactions contre-transférentielles, de les parler et de les analyser » [11].

3. La formation devrait également permettre au médecin d'interroger les dogmes sociaux, d'analyser leurs influences sur leur pratique professionnelle, mais au lieu de modifier les représentations des soignants, la formation universitaire se montre même parfois contre-productive à ce niveau.

Plusieurs enquêtes révèlent que les étudiants en médecine acquièrent pendant leur cursus une vision de plus en plus stéréotypée et négative des patients addicts [9], [52], [54], [61] ; les perceptions les plus négatives concernent les patients dépendants à l'alcool, puis de façon encore plus exacerbée, les patients consommateurs de drogues. Une revue de littérature établie en 2007 [9], notait qu'une étude américaine et une étude néo-zélandaise réalisées en 2006 confirmaient ce qui avait déjà été noté par plusieurs enquêtes en 1975, 1977 et 1985 : « le sentiment que les patients avec des problèmes d'addiction monopolisent les ressources du système de santé, sans contrepartie de résultat parce qu'ils ne font pas d'effort, augmente au fur et à mesure que les étudiants progressent dans le cursus médical. La majorité des étudiants interrogés ont le sentiment que les soins pour les autres patients pâtissent du temps et des ressources dépensées inutilement pour les patients dépendants. »

Lors de focus groupes menés en Australie en 1991 [52], un médecin généraliste racontait que lors de ses études « le stéréotype hospitalier des patients dépendants était en général les "incurables" de l'addiction, ayant écumé toute l'offre de soins en désintoxication, de désagréables et dangereuses personnes qui gaspillaient le temps limité et précieux et les coûteuses ressources techniques de l'hôpital ». Un autre médecin évoque un chef de service qui définissait les patients alcooliques comme « des ex-membres de la race humaine ».

Une étude quantitative réalisée en 2011 dans 8 pays européens [60] cherchait à comparer le regard posé par le personnel de santé sur les patients concernés par des problèmes d'alcool, de drogue, de dépression et de diabète (grâce au questionnaire MCRS – Medical Condition Regard Scale). Cette étude montre que dans tous les pays, quels que soient l'âge et le sexe, les participants posent un regard nettement plus favorable sur les patients diabétiques et dépressifs que sur les patients dépendants à l'alcool ou aux drogues. Parmi ces derniers, les patients dépendants à l'alcool sont tout de même mieux vus que les consommateurs de drogue. Mais le regard posé sur ces patients par les psychologues et les travailleurs sociaux est moins négatif que celui posé par le corps médical (médecin, psychiatres et infirmières). Au sein du corps médical, le regard posé par le personnel des services spécialisés dans les addictions est meilleur que celui posé par les services de psychiatrie, lui-même meilleur que celui posé par la médecine d'urgence et la médecine générale. Les médecins généralistes considèrent souvent que le traitement de l'usage de drogue est au-delà de leurs attributions, qu'ils n'ont pas suffisamment de connaissances dans ce domaine et qu'ils n'ont pas le temps de traiter à la fois les problèmes d'alcool et de drogue. Ils sont nombreux à penser que les usagers de drogues devraient être suivis par des services spécialisés plutôt qu'en médecine générale.

4. Les médecins ne sont pas formés à l'entretien motivationnel [1], [8], [20], [28], [52], [53], [62].

Une formation sur les méthodes d'accompagnement au changement est essentielle; l'absence de formation dans ce domaine conduit souvent les médecins généralistes qui s'investissent dans la prise en charge des addictions à des échecs. À leur tour, ces échecs nourrissent un sentiment d'ingratitude ou d'inefficacité qui amène le généraliste à se désinvestir, voire à rejeter plus ou moins violemment les patients demandeurs de suivi [2], [11], [15], [58].

Une enquête menée en 1995 en Australie, sur les attitudes des étudiants en médecine de troisième cycle (médecine interne, psychiatrie et médecine générale, (n=2722, 55% de réponses) [53], trouvait qu'une grande majorité d'internes (quelque soit la spécialité) exprimaient des doutes considérables sur l'efficacité des différentes stratégies de traitement, et notamment sur celles le mieux reconnues par l'EBM : les étudiants notaient comme « faible » le niveau de preuves d'efficacité de la psychothérapie, des méthodes de motivation au changement, des conseils brefs et de l'intervention brève. Inversement, 82% considéraient que

les stratégies confrontantes comme les Alcooliques Anonymes étaient efficaces, et bien appuyées par la littérature scientifique, en dépit des données de l'EBM.

En 2011, sur le web, dans le cours de référence du CHU de Rouen sur la prise en charge des addictions, les techniques d'entretien de type motivationnel et les interventions brèves sont juste citées (il est dit que leur efficacité est prouvée). Mais les prises en charge de type Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes, sont évoquées de la même façon, sans information sur leur efficacité moindre [64].

Seuls 13% des médecins généralistes londoniens dans l'étude Deehan A et al. (1997) [28], se sentaient confiants dans leur capacité à suivre des patients usagers de drogues (vs 40% concernant l'alcool), 14% seulement se disaient être suffisamment formés au management (vs 30% concernant l'alcool).

Les médecins généralistes déplorent leur manque de formation à l'accompagnement au changement dans d'autres domaines que les addictions, dans l'étude française Entred 2007 sur le diabète, seul 10% des médecins se sentent suffisamment formés sur ce domaine [63].

##### 5. Les médecins ne sont pas formés au repérage précoce concernant les abus de substance.

« Le plan triennal mettait en évidence le rôle important que les professionnels de santé, notamment les médecins de ville (...), avaient à jouer en termes de prévention et d'orientation, surtout auprès des jeunes dont l'usage du tabac, de l'alcool ou des drogues illicites pouvaient avoir des conséquences préoccupantes » [8]. Mais les médecins ne sont pas formés au repérage précoce dans le domaine des addictions<sup>14</sup> :

- Lors de l'évaluation du premier plan triennal les auteurs ajoutaient : « les experts (estiment)<sup>15</sup> que seulement la moitié des personnes en difficulté avec l'alcool était identifiée par les médecins auxquels elle s'adressait » [8].
- Dans « une étude finlandaise qui évaluait le succès des docteurs et des infirmières dans l'identification d'abus de substance chez leurs patients, (...), Lappalainen-

---

14 À l'exception du tabac, où à présent le questionnement est devenu le plus souvent systématique car inclus dans les protocoles des maladies cardio-vasculaires [1].

15 À l'imparfait dans le texte original.

Lehto et al. (2005), constataient que le personnel de santé détectait seulement 23% des patients ayant un problème d'abus de substance. Les participants (44 docteurs, 332 infirmières) reportaient comme premiers obstacles, un manque de connaissance et de temps » [9].

- Dans une enquête qualitative menée auprès de médecins généralistes londoniens (n=81/157, 52% de réponses), seuls 18% des participants se sentaient suffisamment formés pour détecter les problèmes de drogue (vs 43% concernant l'alcool) [28].
- Des formations ont été menées en 2007 et 2008 auprès des médecins généralistes de 10 régions françaises sur le repérage précoce et l'intervention brève dans les problèmes d'alcool. L'enquête menée auprès des participants (n=539) montre qu'avant la formation moins de 40% des médecins connaissent les seuils de dangerosité de la consommation d'alcool, seuls 37% des médecins interrogent la consommation d'alcool systématiquement pour tout patient et 76% des médecins ne connaissent pas de questionnaires facilitant ce repérage [55].
- Dans le Baromètre santé 2009 (n=2083), seuls 23% des médecins questionnent au moins une fois chaque patient sur leur consommation d'alcool. Concernant le cannabis, le constat est pire : 25,7% des médecins n'interrogent jamais (ou à la demande du patient uniquement) les patients sur leur consommation de cannabis (vs 4,3% pour l'alcool et 2,6% pour le tabac) et 7,8% posent la question systématiquement. La question ne fut pas posée concernant les drogues illicites opiacées mais vue la proportion décroissante de réponses en faveur du dépistage entre le tabac, l'alcool et le cannabis, on suppose aisément que la proportion des médecins abordant ce sujet spontanément avec leurs patient est faible [1].

Le dernier plan triennal de lutte contre les drogues et les toxicomanies énonçait l'objectif de « former l'ensemble des professionnels de santé au repérage précoce des addictions afin que ce repérage devienne un réflexe naturel » [20].

Nous l'avons vu, de nombreux facteurs influencent la conception que le thérapeute aura du soin, et la représentation qu'il aura du patient toxicomane. Une formation doit donc, avant tout (avant de transmettre du savoir), permettre au soignant de réfléchir sur ses héritages

conceptuels, et d'analyser de façon éthique, sa perception de l'usager de drogue, le rôle du médecin dans ce domaine, les fondements de la relation médecin-patient.

L'éducation thérapeutique du patient est une approche nouvelle, tout récemment officialisée en France et qui n'est encore que peu enseignée dans les universités [1], [63].

### 3.3.1.2 LA FORMATION PROFESSIONNELLE

La formation initiale ne suffit pas, la formation doit activement accompagner la pratique professionnelle, notamment le début de la pratique : il a été montré qu'un certain nombre de craintes (peur de la violence, crainte du détournement des TSO, difficultés d'adaptation de dose, difficultés de sevrage des TSO), comme la perception que les patients toxicomanes sont manipulateurs ou non motivés, diminuent lorsque les médecins acquièrent un certain degré de pratique dans ce domaine [33], [48], [49], [65], [66]. Avant d'atteindre ce degré d'expérience, les médecins, dans de nombreuses études, expriment le besoin d'avoir des référentiels en lignes, le support de médecins référents à qui demander conseils, une permanence téléphonique ; le manque de tels supports freine leur investissement dans les soins aux consommateurs de drogues [9], [28], [33], [48], [67].

Le manque de tels supports est également susceptible de faire renoncer des médecins ayant fait la démarche de s'investir dans le suivi des patients usagers de drogues :

- ➔ ainsi deux études menées aux USA sur les médecins ayant demandé la certification pour prescrire de la buprénorphine, [33], [48], retrouvent qu'un certains nombre d'entre eux n'ont pas prescrit ou ont arrêté de prescrire. Dans les deux cas, les médecins expriment des difficultés et appréhensions similaires (manque de support d'expert, manque de formation, crainte de la diversion, personnalité du patient), contrairement aux médecins « rodés » à ce type de suivis.
- ➔ Une étude récente faite sur le Maine-et-Loire [68] sur les médecins généralistes prescripteurs de méthadone fait le même constat : les médecins qui suivent plus de 5 patients toxicomanes ne ressentent pas de manque de formation, ni ne manque de support des institutions spécialisées ; les autres médecins, (ceux « *intéressés par le suivi des usagers de drogues mais peu à l'aise avec la prise en charge* » et ceux qui *effectuent cette démarche occasionnellement « par commodité pour leur patient* »), manquent de connaissances sur les produits, les dosages, l'accompagnement du

patient, et déplorent le manque de support, ils ne souhaitent pas « s'occuper seul de ce genre de patients ».

### **La question du contenu des formations professionnelles**

« L'adéquation de la formation à son objectif : il s'agit bien d'aider le médecin à modifier des comportements et non à savoir toujours plus à propos d'une question très complexe. L'erreur la plus commune est d'organiser de la transmission de savoir alors qu'il s'agit essentiellement de faire tomber des résistances » [2].

Les formations doivent être adaptées aux besoins des médecins et donc à leur niveau d'investissement dans le travail sur les addictions : elles doivent être courtes [1], [2], [68], et concrètes [8], [58].

L'enseignement d'outils concrets, à la base du soin, telles que la formation à l'écoute active ou au RPIB, permet de modifier les pratiques médicales, mais également de modifier les représentations des médecins : il améliore le regard que les soignants ont sur les patients et l'addiction et améliore l'accès aux soins pour les patients [2], [11], [15], [20], [42], [50], [58].

La formation doit enfin idéalement permettre aux médecins de rencontrer et créer des liens avec d'autres intervenants.

« Changer un comportement [ici, le comportement médical] nécessite plus l'établissement et l'entretien d'un lien qu'un enseignement aussi complet soit-il. Cela fait recours plus à la répétition et au suivi qu'à l'apport isolé de connaissances même s'il est massif et structuré » [2]. *Formation et liens* avec les autres confrères et les structures spécialisées, sont donc nécessairement liés.

### **3.3.2 L'ISOLEMENT, LE MANQUE DE LIEN DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AVEC LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES.**

#### *3.3.2.1 MANQUE DE LISIBILITÉ DU SYSTÈME DE SOINS*

Le système de soins français concernant les addictions est riche et offre un réseau de soins réparti sur l'ensemble du territoire. Mais ce réseau est en constante évolution, les noms locaux des structures ne reflètent pas obligatoirement le dispositif auquel elles appartiennent, et les offres de soins des dispositifs hospitaliers se recoupent avec celles des structures spécialisées. L'offre de soins est difficile à appréhender pour un médecin généraliste comme pour un usager [23]. Témoin, l'étude EVAL en 2001, où les médecins généralistes disaient travailler plus souvent avec l'hôpital (34%) qu'avec le CSST (25%) pour la prise en charge des usagers d'opiacés [6].

Depuis 1995, le système de soins en toxicomanie s'est beaucoup modifié : création de nouvelles offres (consultations jeunes, CAARUD, ...) et changement de nom des offres plus anciennes. S'ajoute à cela la diversité des noms locaux : ainsi le CSAPA angevin s'appelle l'ALiA, mais avant 2010 il s'appelait l'ADAMEL et comprenait le centre ADAMEL en lui-même, la Boutik, un point écoute nommé La Boétie (car il se situe avenue de La Boétie) et un réseau d'appartements thérapeutiques, « le 144 ». Sur Cholet le CSAPA s'appelle l'Équinoxe.

De plus, l'offre proposée se recoupe d'une structure spécialisée à l'autre (CSAPA et CAARUD ont des missions communes), se recoupe en partie avec la filière spécialisée hospitalière (en ce qui concerne les consultations d'addictologie et les possibilités d'hébergement) et à cela s'additionne un certain nombre de structures associatives [13], [8], [18].

Par exemple sur Angers, le centre ALiA (rue Saumuroise) est un lieu de consultation médicale, psychologique et sociale, des séances de relaxation y sont également proposées. La Boutik est un lieu d'écoute et d'accueil des usagers de drogues, dit « de bas seuil », qui délivre aussi gratuitement du matériel d'injection propre. Le centre La Boétie associe un lieu d'accueil et d'écoute librement ouvert à la possibilité de consultations individuelles ou familiales avec des psychologues ou des intervenants sociaux. Le centre méthadone lui, est encore à part : rattaché au CHU (centre hospitalier universitaire), on trouve son numéro dans l'annuaire du

CHU, dans les pages consacrées au service de maladie infectieuse et non à celles consacrées à l'addictologie.

Pour un professionnel comme pour un usager, savoir à quelle structure s'adresser et quels sont les différents acteurs du système de soins et leurs rôles exacts n'est pas simple : « L'offre actuelle correspond à un instant T, non donné une fois pour toutes. Il devient alors difficile pour les usagers comme pour les acteurs de terrain non spécialisés d'en avoir une représentation juste et précise » [23]. « Donner au système une visibilité accrue facilitant la coopération avec la médecine de ville » [19] était un objectif déjà posé dans le plan triennal 1999-2002, repris dans les deux plans gouvernementaux suivants.

Cette complexité des différentes structures de soins proposées, nécessiterait probablement d'être compensée par une plus grande communication, à l'échelle locale, des centres de soins spécialisés vers les médecins généralistes, afin qu'ils puissent plus facilement orienter leurs patients.

### *3.3.2.2 MANQUE DE LIENS ENTRE LES INTERVENANTS SPÉCIALISÉS ET LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES*

Dans la littérature traitant des difficultés de prise en charge des consommateurs de drogues en médecine générale, l'isolement est un obstacle constamment rencontré, et un des plus fréquemment cité par les médecins. L'isolement regroupe plusieurs aspects : les médecins interrogés évoquent plusieurs besoins.

Lorsqu'ils sont non satisfaits, ces besoins constituent un obstacle à l'investissement des médecins dans le suivi des consommateurs de drogues :

1. Un besoin de médecins référents, joignables facilement pour obtenir un conseil [33], [41], [49], [66]. Une revue de littérature menée en 2002 [41] précisait que, parmi les différentes formes de support à la prescription de MSO proposés en Australie, une ligne téléphonique de conseils, accessible facilement pendant les consultations, était le soutien recevant le plus d'adhésion de la part des médecins généralistes. Ce sont en particulier les médecins pas ou peu expérimentés dans la prescription de MSO qui ressentent le manque d'un tel support, ce besoin diminue avec l'acquisition d'un niveau suffisant d'expérience [33], [59], [68].

2. Le besoin d'un réseau suffisamment conséquent de confrères prenant en charge les patients consommateurs de drogues, afin de ne pas être envahi de demandes (« effet boule de neige »). La crainte de l'effet boule de neige est dans la littérature un obstacle important : certains médecins refusent même les formations sur les addictions de peur d'être perçus comme « experts » et de voir leurs confrères leurs adresser des patients [30]. L'effet boule de neige est une réalité, décrite par les médecins travaillant dans des zones où il existe peu de médecins prescripteurs de MSO [33], [54], [59].
  
3. Le besoin d'une prise en charge réellement pluridisciplinaire des patients.
  - Les médecins décrivent un manque d'accès pour leurs patients aux services de psychiatrie [les troubles psychiatriques sous-jacents sont fréquemment associés (20%) à la consommation de drogues], aux services spécialisés en addiction, aux intervenants sociaux, aux psychologues spécialisés. Ce sont des obstacles considérés comme faisant partie des plus importants, parmi les freins qui limitent l'investissement des médecins généralistes auprès de ces patients [28], [33], [41], [48], [49], [52], [59], [66].
  - Ils décrivent également un manque de retour, de *feed-back* de ces services, rendant le travail pluridisciplinaire caduc [41], [52].

La prise en charge des addictions, tout le monde en convient, doit être pluridisciplinaire : le patient doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge somatique des comorbidités, d'une aide sociale, voire scolaire, d'un soutien psychologique individuel et/ou de thérapie familiale, parfois d'une prise en charge psychiatrique associée. Le médecin généraliste ne peut à lui seul revêtir toutes ces casquettes<sup>16</sup> [2], [11], [15], [21], [30].

Le médecin de famille doit en outre souvent gérer l'entourage et ses angoisses.

---

<sup>16</sup> C'est probablement une des explications à la carence d'examens somatiques et de sérologies dans la prise en charge de patients dépendants aux opiacés, même avec des médecins membres d'un réseau et au fait des recommandations : une enquête prospective débutée fin 1996, sur un an, auprès de 21 médecins généralistes volontaires, membres d'un réseau et déjà engagés avant 1996 dans la prise en charge des usagers de drogue, retrouve que 20,8% des patients n'ont jamais été examinés au cours de l'enquête, l'état dentaire n'a jamais été vérifié chez 37% des patients, et au terme de l'enquête le statut sérologique restait inconnu pour 39% des patients concernant le VHB, 37,5% pour le VHC et 25% pour le VIH - mais il faut alors noter que seuls 22% des examens complémentaires prescrits avaient été réalisés [10].

On conçoit sans peine que, mené seul, l'accompagnement d'un patient dans une démarche d'arrêt soit considéré par les médecins généralistes, comme trop lourd, chronophage. « Viser une approche holistique de la personne soulève immédiatement la question des modes de collaboration des différents professionnels qui concourent à cette prise en charge. (...) On ne peut concevoir d'accompagnement « global » sans une évaluation des besoins et sans des organisations pluridisciplinaires qui permettent la mise en pratique de cette « globalité » [2].

Un travail avec d'autres intervenants suppose l'instauration d'un climat de respect et de confiance mutuelle et un échange régulier des informations pertinentes. Cela suppose donc de se connaître préalablement, de s'être rencontrés. Pour le généraliste cela implique de connaître les méthodes et les intervenants des différents lieux de prise en charge spécialisés. Il paraît évident que cette démarche de rencontre ne viendra pas des médecins indifférents à cette problématique, ni de ceux situés dans le rejet.

### **3.3.3 LE TEMPS**

Le manque de temps est un obstacle cité par 33% des médecins interrogés par l'enquête EVAL 2001 [6].

Dans la littérature, cet obstacle est relevé par les enquêtes qualitatives [49], [52], [60]. Dans une enquête quantitative menée aux États-Unis en 2006 auprès des médecins certifiés pour prescrire de la buprénorphine [48], le manque de temps ressortait en quatrième position des freins ressentis au suivi des patients usagers de drogues, après le manque de formation, le manque d'accès aux services de conseils et le manque d'accès aux services de psychiatrie.

Concernant par exemple les problématiques du tabac ou de l'alcool, le nombre de médecins prêts à prendre du temps pour modifier un comportement diminue considérablement avec le temps de consultation demandé : « 75 à 81% des généralistes sont prêts à prendre 5 à 10 minutes, mais seulement 22-32% (envisagent) de prendre 11 à 30 minutes. (...) (Poulain et coll., 1998) » [2].

La problématique du temps demandé par patient est étroitement liée à la pluridisciplinarité de la prise en charge : si le médecin doit supporter tous les aspects du suivi, on conçoit que le suivi des patients les plus défavorisés soit chronophage.

Les techniques d'intervention brève permettent de limiter le temps d'intervention [2], [8], [11], [15], [20], [42], [50].

Les techniques d'interventions brèves comprennent les conseils brefs et les entretiens motivationnels.

- Les « conseils brefs » sont des informations données au patient de façon neutre, non moralisante. La nature des informations (information sur les risques encourus ou les moyens thérapeutiques) varient en fonction du stade de Prochaska dans lequel la personne se trouve.
- Les entretiens motivationnels comprennent six ingrédients essentiels : *Feed-back*, Responsabilité, Avis, Menu d'Options, Empathie, Sentiment d'efficacité personnelle, (regroupés sous l'acronyme FRAMES) [42], [55] :
  - ➔ le *Feed-back* consiste en une courte évaluation et un retour immédiat au patient d'une information objective sur l'état actuel de sa situation personnelle ;
  - ➔ il convient ensuite de rappeler au patient sa liberté de choix et d'action, afin de le restituer en position de pleine *Responsabilité* de ses actes et de sa démarche ;
  - ➔ l'*Avis* consiste à émettre un conseil, d'une manière professionnelle, non coercitive et non moralisante, suggérant au patient de modifier son comportement vers un objectif réalisable, défini avec lui, et désiré par lui ;
  - ➔ la personne se voit alors proposer un *Menu d'options*, un éventail de possibilité de démarche afin d'atteindre cet objectif, car une personne a plus de chance d'adopter un plan de traitement si elle a aidé à l'établir ;
  - ➔ nous avons vu que les thérapeutes faisant preuve d'*Empathie* obtiennent de meilleurs résultats thérapeutiques que ceux utilisant une stratégie confrontante [11], [15], [42], [50], [51]– il s'agit ici d'aider le patient à définir ses objectifs en fonction de ses ressentis et donc de l'amener à exprimer ses ressentis, son ambivalence – ;
  - ➔ enfin pour être efficaces les interventions brèves doivent renforcer le *Sentiment d'efficacité personnelle du patient*, qui sera plus enclin au changement s'il pense que ses actions auront un impact sur la situation qu'il désire modifier (la présentation de la

dépendance à l'alcool comme étant une maladie progressive, incurable et mortelle a probablement un impact négatif sur le sentiment de compétence des individus).

Ce type d'interventions standardisées permet également de limiter l'implication du thérapeute. Il propose un accompagnement, remet la responsabilité de la démarche dans les mains de la personne aidée. Il ne propose pas de guérir, il se contente d'être garant d'un type d'accompagnement. L'enjeu pour le thérapeute est tout autre humainement qu'un investissement massif et affectif pour aider l'autre (investissement qui se solderait vraisemblablement par un échec) [11], [15], [42], [58].

### 3.4 REVUE DE LITTÉRATURE : CONCLUSION

Le médecin généraliste a, pour la prise en charge des addictions en général, et de l'héroïno-dépendance en particulier, des atouts que n'ont pas les centres spécialisés :

- Ses occasions de contact avec les patients dépendants sont nombreuses, les personnes soumises à des addictions ou des excès consultent plus que les autres : « les adultes consommateurs d'alcool par exemple font en moyenne 9 passages par an chez le généraliste contre 5,8 pour les autres (Baudier et Joussant, 1999) » [2]. De même « les adolescents scolarisés en troisième et en seconde (toutes orientations confondues), fumeurs de tabac exclusif ou ceux fréquemment ivres ou les consommateurs de cannabis consultent en moyenne 4 fois/an alors que les abstinents se limitent à 3,3 fois/an ; 5% de ces adolescents utilisant des drogues illicites au moins chaque semaine ont consulté au moins une fois un généraliste dans l'année (Binder, 2003) » [2].
- La confiance des patients envers leur médecin est élevée : « si un de leurs proches avait des problèmes avec la drogue, 70% des Français disent qu'ils s'adresseraient à leur médecin et 25% à un service spécialisé (Beck et coll., 2003) » [2]. Et les patients estiment normal que les médecins les interrogent sur leur consommations de psychotropes : « parmi les patients qui ont consulté dans l'année, la plupart pensent qu'il est légitime que les généralistes les interrogent sur leur consommation d'alcool (90%), de tabac (88%) ou de drogue illicite (85%). Cependant, dans le même temps, seulement 25% des patients disent avoir eu une discussion à propos du tabac, 9% à propos de l'alcool et 4% à propos des drogues (Michaud 2003) » [2].
- Surtout, le médecin de famille a pu appréhender dans le temps des déséquilibres relationnels complexes au sein des membres d'une famille. Médecin de proximité, connu du patient, il est le plus à même de recueillir des messages de souffrance ou de tension. Enfin une prise en charge en médecine générale n'a pas le côté stigmatisant que peut comporter la prise en charge en milieu spécialisé, même ambulatoire [2], [3], [4].

Un grand nombre de médecins refuse de s'impliquer dans la prise en charge des usagers de drogues [1], [2], [6], [8], [60]. Comprendre que de multiples facteurs historiques, culturels et structurels favorisent cette attitude, l'induisent presque, est important. Cela permet de ne pas s'arrêter à l'expression de ce refus, et fait prendre conscience qu'en agissant sur ces facteurs extérieurs, les positions des médecins sur ce sujet se modifieront.

Il est intéressant de comparer les évolutions de la perception et de la prise en charge des addictions en fonction du type de produit (tabac, alcool, cannabis, autres drogues illicites) au regard des mesures prises par les pouvoirs publics. La représentation sociale des drogues évolue avec les prises de position politiques en matière de santé et les campagnes de communication menées par le gouvernement [1], [3], [9]. Cette notion est confirmée par le Baromètre santé 2009 [1] qui constate une nette progression en médecine générale du dépistage et de la prise en charge du tabac et de l'alcool, depuis la diffusion itérative d'informations à ce sujet auprès des médecins généralistes, notamment sur l'efficacité du repérage précoce et des techniques d'intervention brève d'orientation motivationnelle (« et plus largement [concernant le tabac] avec la volonté des pouvoirs publics de « dé-normaliser » le tabac ») [1].

Si un grand progrès en matière de prise en charge en médecine de ville de la toxicomanie aux opiacés est la conséquence d'une politique de réduction des risques initiée par le gouvernement, on constate au regard des chiffres avancés par le Baromètre santé 2009 « que les médecins généralistes ne traitent pas de la même façon les problèmes de tabac et d'alcool, et encore moins ceux liés à la consommation de cannabis » (et à fortiori des drogues dites illicites) [1].

En conséquence, on peut imaginer que l'évolution des représentations et de la prise en charge des patients toxicomanes en médecine de ville, dépendra pour beaucoup de l'orientation de la politique de santé publique en matière de toxicomanie aux opiacés.

Mais il appartient également aux acteurs de proximité en addictologie de permettre aux médecins généralistes de se former ; les progrès scientifiques, (toutes sciences comprises), sont un des plus forts moteurs de modifications des conceptions et des représentations des phénomènes [12], [15], [22].

Il est donc important d'essayer d'identifier, aussi à l'échelle locale, les facteurs prédominants, qui limitent l'implication des médecins généralistes dans les TSO, afin de pouvoir proposer des formations et des soutiens adaptés, tant dans leur forme que dans leur contenu.

# 4 ENQUÊTE

## 4.1 MATERIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive portant sur les médecins généralistes angevins installés qui ne désirent pas suivre de patients héroïnomanes pour leur traitement substitutif à l'héroïne. L'objectif premier de cet enquête était d'évaluer les facteurs à l'origine du positionnement de ces médecins vis à vis des patients héroïnomanes. Cette enquête devait également permettre d'établir, au sein des médecins généralistes angevins, la proportion de médecins impliqués dans les TSO, de ceux prêts à s'investir, et de ceux ne le souhaitant pas.

### 4.1.1 SÉLECTION DE LA POPULATION

Les critères d'inclusion dans cette enquête étaient les suivants :

- être médecin généraliste angevin installé, lors de l'envoi des questionnaires (15 mars-30 avril 2012).
  - L'enquête s'est limitée aux médecins généralistes angevins installés afin de conserver une homogénéité géographique. L'absence de cette homogénéité aurait été une variable supplémentaire à considérer dans les réponses concernant la sensation d'isolement du médecin, la qualité de communication des structures spécialisées, la connaissance et le recours à ces structures.
  - Les médecins homéopathes ont été inclus, ils sont souvent l'unique médecin des patients, et prennent en charge les patients dans leur globalité.
  - Les médecins généralistes déclarés seulement « acupuncteur » ont été exclus.
- Ne pas suivre et ne pas désirer suivre de patients (seul ou en lien avec un spécialiste) pour leur traitement substitutif à l'héroïne au moment de l'étude ; donc répondre NON aux deux questions du questionnaire de présélection (questionnaire n°1).

## 4.1.2 MATERIEL

### 4.1.2.1 QUESTIONNAIRE N°1

L'auto-questionnaire suivant (questionnaire n°1) a été envoyé aux 175 médecins généralistes angevins installés. Il fut précédé d'un texte présentant le sujet et les objectifs de cette thèse, les motivations du questionnaire (ANNEXE 1).

- Suivez-vous des patients sous traitement substitutif à l'héroïne (Buprénorphine/Méthadone) ? OUI/NON
- Si un de vos patients vous demandait un tel suivi, accepteriez-vous de le prendre en charge sur ce domaine (seul ou en lien avec un spécialiste) ? OUI/NON
- Nom.../ Prénom.../ Âge.../Année d'installation...

### 4.1.2.2 QUESTIONNAIRE N°2

Le questionnaire n°2 s'adressait aux médecins généralistes angevins installés (homéopathes inclus) ayant répondu NON aux deux questions du questionnaire n°1.

Le questionnaire n°2 est un auto-questionnaire à questions à choix multiples et à questions fermées. Cette étude s'adressant à des médecins ne désirant pas s'impliquer sur les TSO, le choix fut fait d'un questionnaire court, rapide à compléter, ne comportant pas de questions ouvertes sauf facultatives (les questions ouvertes demandent au médecin plus d'implication et de temps).

La revue de littérature a permis de répertorier différents types d'obstacles à l'implication des médecins généralistes dans les traitements substitutifs aux opiacés, les obstacles suivants ont été retenus pour l'élaboration du questionnaire :

- le manque de formation (sur les techniques d'accompagnement au changement/ sur les TSO) ;
- le manque de correspondants spécialisés, la sensation d'isolement ;
- les représentations liées aux héroïnomanes ;
- les représentations liées aux TSO ;
- des expériences passées malheureuses sur ce domaine ;
- l'investissement de la pratique dans d'autres priorités, le manque de temps ;

- l'absence de demande ;
- l'absence d'intérêt pour l'éducation thérapeutique du patient en général ;
- l'absence de rémunération spécifique.

Afin de pouvoir mieux comparer les résultats de notre étude avec ceux des enquêtes nationales dans ce domaine, plusieurs questions ont été extraites (ou inspirées) des enquêtes suivantes :

- EVAL 2001 (Evolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-96-98-2001) : questions 6, 7, 13 ;
- EROPP 2002 (Enquêtes sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes) : questions 16, 18-c, 18-e, 18-f ;
- Le Baromètre santé 2009 sur les médecins généralistes : questions 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 18-c.

#### 4.1.2.3 MÉTHODE STATISTIQUE

Le test exact de Fisher et le Chi 2 ont été appliqués pour comparer les résultats obtenus aux résultats des différentes enquêtes.

### 4.1.3 ENVOI DES QUESTIONNAIRES ET RELANCES

#### 4.1.3.1 QUESTIONNAIRE N°1

Le questionnaire n°1 (cf. ANNEXE 1) a été envoyé mi-mars 2012.

- Concernant les 153 médecins généralistes *non homéopathes* :

Le choix a été fait d'envoyer ce questionnaire par télécopie ou par mail. Cela présentait l'avantage d'être simple à réaliser, peu coûteux et permettait de relancer facilement les médecins. S'ajoutait initialement dans ce choix, l'hypothèse qu'il faciliterait la réponse des médecins.

Les numéros de fax ne sont pas tous inscrits dans l'annuaire. Une première étape à donc consisté, sur deux jours, à appeler les secrétariats, expliquer le pourquoi de ma demande et leur proposer de me communiquer l'adresse mail ou le numéro de télécopie du médecin ou, de me mettre directement en relation téléphonique avec lui (aucune réponse positive à cette proposition). Lorsque le médecin répondait en personne (absence de secrétariat), il lui était également proposé de répondre aux deux questions par téléphone. Au terme de ces deux jours, les médecins étaient répartis de la façon suivante :

- 4 réponses par téléphone ;
  - 5 adresses mail ;
  - 134 numéros de télécopie ;
  - 9 médecins sans numéro de télécopie ni d'adresse mail disponible, ou non joignable sur les deux jours. Le questionnaire n°1 leur a été envoyé par voie postale avec enveloppe de retour préaffranchie.
- 
- Concernant les 22 médecins homéopathes, afin d'éviter qu'ils puissent, du fait de leur activité particulière, ne pas se sentir concernés par le sujet de l'étude, il fut choisi d'envoyer le questionnaire n°1 par voie postale, avec enveloppe de retour préaffranchie.

### **Relances**

Trois relances ont été effectuées (une par semaine) :

- par mail, lors de l'envoi par mail ;
- par téléphone lors de l'envoi postal.
- Concernant les envois par télécopie : la première relance a été effectuée par fax seulement. Les deux relances suivantes ont été faites par téléphone, avec réémission de la télécopie à la demande.

#### **4.1.3.2 QUESTIONNAIRE N°2**

Au terme de cette procédure, le taux de réponses était de 38% (67 réponses), dont 32 réponses NON/NON. Le questionnaire n°2 (cf. ANNEXE 2) fut envoyé mi-avril à ces 32 médecins.

Face au faible taux de réponses initial au questionnaire n°1, (38%), et face au constat d'un taux nettement supérieur de réponse lors de l'envoi postal (8 réponses sur 9 envois, hors médecins homéopathes), il fut décidé d'envoyer aux 108 médecins n'ayant pas encore répondu (homéopathes inclus), le questionnaire n° 2 précédé du questionnaire n°1, accompagné d'un courrier explicatif et d'une enveloppe de retour préaffranchie (cf. ANNEXE 3).

Aucune relance ne fut faite suite à l'envoi du questionnaire n°2.

#### *4.1.3.3 PÉRIODE D'INCLUSION*

Face à une réception de réponses, encore conséquente début juin 2012, la période de clôture de réception fut posée, par décision arbitraire au 15 juin 2012.

## 4.2 RÉSULTATS

### 4.2.1 QUESTIONNAIRE N°1

#### 4.2.1.1 POPULATION SOURCE ET ÉCHANTILLON : DESCRIPTION

Le questionnaire n°1, envoyé aux 175 médecins généralistes angevins installés, leur demandait s'ils suivaient actuellement des patients sous traitement substitutif à l'héroïne (OUI/NON), puis, s'ils accepteraient de faire un tel suivi, si un patient le leur demandait (OUI/NON).

#### ▪ Répartition selon le sexe

La répartition Homme/Femme dans les réponses reçues est comparable à celle de la population source. La répartition homme/femme entre les différents types de réponses l'est également ( $p > 0,05$ ).

TABLEAU I. Questionnaire n°1 : répartition selon le sexe des médecins interrogés (les médecins angevins installés), et des réponses reçues.

<i>Questionnaire n°1</i>		<i>TOTAL</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Sexe inconnu</i>
Population	n	175	111	64	0
concernée	(%)	(100)	(63,4)	(36,6)	
	TOTAL	100	69	26	5
Réponses	OUI/OUI	27	20	7	0
reçues	NON/OUI	22	14	8	0
	NON/NON	51	35	11	5

#### ▪ Répartition selon l'âge

La comparaison par tranche d'âge, des médecins acceptant de suivre des patients héroïnomanes pour leur TSO (Total OUI), et des médecins ne désirant pas les suivre (population 2), ne montre pas de différence significative entre les deux groupes ( $p < 0,05$ ).

La moyenne d'âge des répondants au questionnaire n°1 est de 51,85 ans.

TABLEAU II. Répartition selon l'âge des réponses reçues au questionnaire n°1.

		40 ans et moins	de 41 à 49 ans	de 50 à 59 ans	60 ans et plus	âge inconnu	
OUI/OUI et NON/OUI (Total OUI)	N=49						
	n	9	8	22	10	0	
	% sur N*	(18)	(16)	(45)	(20)	(0)	
	IC sur %	[4 ; 32]	[2 ; 30]	[31 ; 59]	[6 ; 34]	[0 ; 14]	
NON/NON (POPULATION 2)	N=51						
	n	4	9	19	14	5	
	% sur N	(8)	(18)	(37)	(27)	(10)	
	IC sur %**	[0 ; 22]	[4 ; 32]	[23 ; 51]	[13 ; 41]	[0 ; 24]	
TOTAL	100	n et %	13	17	41	24	5

\* : la somme des % n'est pas égale à 100 du fait de l'arrondi à l'unité, les nombres à 1 décimale étant respectivement 18,3/16,3/45/20,4/0.

\*\* : arrondi à l'unité.

#### 4.2.1.2 QUESTIONNAIRE N°1 : RÉSULTATS

##### 4.2.1.2.1 Taux de réponses

Le taux de réponses est de 57% (100 réponses/ 175 médecins contactés).

##### 4.2.1.2.2 Répartition des médecins angevins installés selon leur degré d'implication dans les traitements substitutif à l'héroïne

Les 100 médecins ayant répondu au questionnaire n°1 se répartissent de la façon suivante:

- 27 médecins suivent actuellement un/des patient(s) sous TSO (27%, [17 ; 37]) : réponses OUI/OUI ;
- 22 médecins ne suivent pas actuellement de patient sous TSO mais seraient prêts à le faire si un patient leur demandait (22%, [12 ; 32]) : réponses NON/OUI ;

- 51 médecins ont répondu NON aux deux questions (51%, [41 ; 61]) : réponses NON/NON.

Au total, la moitié (49, [39 ; 59]) des médecins prennent en charge ou sont prêt à prendre en charge la dépendance à l'héroïne en médecine générale et la moitié des médecins (51, [41 ; 61]) ne souhaitent pas le faire.

## **4.2.2 QUESTIONNAIRE N°2**

### *4.2.2.1 POPULATION 2 ET ECHANTILLON 2 : DESCRIPTION*

Le questionnaire n°2 s'adressait aux 51 médecins ayant répondu « non » aux deux questions du questionnaire n°2 (population 2) : 38 médecins ont renvoyé, complété, le questionnaire n°2, ils constituent l'échantillon 2.

Le taux de réponses au questionnaire n°2 est de 74,5%, (38/51).

#### **4.2.2.1.1 Population 2**

- La répartition selon le sexe de la population 2 (NON/NON) est décrite dans le TABLEAU I.
- La répartition par tranche d'âge de la population 2 (NON/NON) est décrite dans le TABLEAU II.

#### **4.2.2.1.2 Echantillon 2**

##### **4.2.2.1.2.1 Âge/sexe**

La répartition par tranche d'âge de l'échantillon 2 est comparable à celle de la population 2.

Cf TABLEAU III.

TABLEAU III. Questionnaire n°2. Répartition selon l'âge et le sexe des réponses reçues (échantillon 2).

		40 ans	de 41 à	de 50 à	60 ans	âge	
	TOTAL	et moins	49 ans	59 ans	et plus	inconnu	
Hommes	n	21	0	6	6	9	0
Femmes	n	11	2	3	5	1	0
Sexe	n	6	0	0	2	0	4
inconnu	n	38	2	9	13	10	4
TOTAL	%	100	5	24	34	26	10,5
	IC (sur%)		[0 ; 21]	[8 ; 40]	[18 ; 50]	[10 ; 42]	[0 ; 26]

#### 4.2.2.1.2.2 Mode d'exercice :

Quinze médecins exerçaient seuls (39%, [23 ; 55]), 23 médecins exerçaient en cabinet de groupe (60,5%, [45 ; 76]). Cette répartition est comparable à celle des 175 médecins angevins installés (36% exercent seuls, 64% en cabinet de groupe).

#### 4.2.2.1.2.3 Pratique d'une activité médicale autre

Dix médecins ont déclaré pratiquer une activité médicale autre, soit : 26% [10 ; 42].

#### 4.2.2.1.2.4 Acceptation du tiers-payant de la part des patients bénéficiaires de la CMU

Trente-sept médecins l'acceptent (97% ; [81 ; 100]), un médecin n'a pas répondu.

#### 4.2.2.1.2.5 Consommation de tabac

Dix-sept médecins (45% [29 ; 61]) ont déclaré être ou avoir été fumeurs, vingt-et-un médecins (55%, [39 ; 71]) ont déclaré ne jamais l'avoir été.

#### 4.2.2.1.2.6 Présence, dans l'entourage personnel des médecins, de sujets ayant un usage problématique d'alcool ou de cannabis et, d'héroïne ou de cocaïne

TABLEAU IV. Répartition des médecins de l'échantillon 2 selon la présence dans leur entourage de personnes consommatrices de drogues à un stade problématique.

		n (N=38)	%	IC (sur les %)
Cannabis ou alcool	Oui	12	32	[16 ; 47]
	Non	26	68	[52 ; 84]
Héroïne ou cocaïne	Oui	2	5	[0 ; 21]
	Non	36	95	[79 ; 100]

#### 4.2.2.2 OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES, EN MEDECINE GENERALE.

##### 4.2.2.2.1 Classement des obstacles selon la fréquence avec laquelle ils sont cités

L'échantillon de notre étude étant petit, les fréquences avec lesquelles sont mentionnées les différents obstacles ne peuvent pas être interprétées à partir de leur seule valeur numérique : les indices de confiance (IC) des pourcentages obtenus sont larges. Toutefois, il est possible de définir cinq grands groupes d'obstacles selon la fréquence avec laquelle ils sont mentionnés : (cf. TABLEAU V)

- Les obstacles cités par plus de 60% des médecins de l'échantillon n°2, représentatifs de 50% à 80% des médecins de la population n°2 :
  - la crainte de l'effet boule de neige ;
  - la personnalité du patient toxicomane.
- Les obstacles cités par près de la moitié des médecins, représentative de 30% à 60% des médecins de la population n°2 :
  - la crainte de devenir médecin-dealer-fournisseur ;

- la peur de la violence physique ou verbale ;
  - l'absence de demande ;
  - le vécu d'expériences passées malheureuses ;
  - le manque de formation ;
  - le manque de temps, de disponibilité.
- Un obstacle cité par un tiers des médecins, représentatif de 16 à 48% des médecins de la population n°2 : la nécessité d'une approche pluridisciplinaire.
  - Les obstacles cités par 18 à 24% des médecins, représentatifs de 2 à 40% des médecins de la population n°2 :
    - le refus de prescrire des MSO ;
    - l'absence d'intérêt pour ce problème, le fait d'avoir d'autres priorités ;
    - l'isolement du médecin.
  - Un obstacle cité par 5% des médecins, représentatifs de 0 à 21% des médecins de la population n°2 : le problème de rémunération.

TABLEAU V. Obstacles au suivi des patients héroïnomanes en médecine générale.

	<i>n</i> (N=38)	%	<i>IC</i> sur les %	<i>n</i> question 6	<i>n</i> question 7
Crainte de l'effet boule de neige dans la patientèle	25	66	[50 ; 82]	22	20
Personnalité même du toxicomane (menteur, pas motivé, jamais à l'heure...)	24	63	[47 ; 79]	/	24
Crainte de devenir médecin-dealer-fournisseur	18	47	[31 ; 63]	/	18
Peur de la violence	18	47	[31 ; 63]	11	16
Expériences passées malheureuses	18	47	[31 ; 63]	18	/
Aucune demande	18	47	[31 ; 63]	18	/
Manque de formation	18	47	[31 ; 63]	7	17
Manque de temps, de disponibilité	17	45	[29 ; 61]	6	15
Nécessité d'une approche multidisciplinaire	12	32	[16 ; 48]	/	12
Refus de prescription de MSO	9	24	[8 ; 40]	9	/
Absence d'intérêt pour ce problème, autres priorités	9	24	[8 ; 40]	9	/
Problème d'image, de perturbation du cabinet	7	18	[2 ; 34]	/	7
Isolement du médecin	7	18	[2 ; 34]	/	7
Problème de rémunération	2	5	[0 ; 21]	0	2

Notes : ce tableau recense le nombre de médecins ayant évoqué ces items aux questions 6 et/ou 7. Les résultats à ces questions sont indiqués parallèlement.

Question 6 : raisons pour lesquelles les médecins ne suivent pas, ou plus, de patients héroïnomanes.

Question 7 : avis des médecins sur les freins, les obstacles à la prise en charge des héroïnomanes en médecine générale.

Lorsque l'item n'a pas été posé dans une des deux questions, le sigle « / » indique l'absence de résultat.

#### 4.2.2.2.2 Analyse comparée

Chaque obstacle a été analysé selon les différentes caractéristiques de l'échantillon et selon les opinions des médecins aux autres items. Les différences significatives ( $p < 0,05$ ) et notables ( $0,05 < p < 0,1$ ) sont présentées dans les tableaux VI et VII.

##### 4.2.2.2.2.1 Variables sans incidence significative sur les opinions des médecins

Le faible échantillonnage n'a pas permis de mettre en évidence de différences statistiquement significatives dans les réponses étudiées en fonction : du sexe, du mode d'activité (seul/en cabinet de groupe), de l'âge (moins de 50 ans/50 ans ou plus), de la pratique d'une activité médicale autre, du statut « non fumeur »/ « fumeur (ou ex-fumeur) », et de la présence de proches ayant une consommation problématique d'alcool, de cannabis, de cocaïne ou d'héroïne. Les résultats ne seront donc pas présentés selon ces critères.

le faible échantillonnage n'a pas permis de mettre en évidence de différences significatives entre les médecins selon leurs positionnements sur les items comprenant moins de 17 réponses (la comparaison n'est donc pas présentée).

##### 4.2.2.2.2.2 Variables ayant une incidence significative sur l'opinion des médecins

(cf. TABLEAU VI et VII)

###### 4.2.2.2.2.2.1 Part de bénéficiaires de la CMU dans la patientèle

La part de bénéficiaires de la CMU dans la patientèle est *inférieure à 10%* chez 45% des médecins (IC : [29 ; 61], n=17) et, est *supérieure ou égale à 10 %* chez 55% d'entre eux (IC : [39 ; 71], n=21).

Le fait d'avoir *10% ou plus des patients en CMU* est associé au fait :

- d'avoir eu une (des) expérience(s) malheureuse(s) : elles concernent 82% du groupe « *CMU : 10% ou plus* » contre 19% du groupe « *CMU < 10%* » ( $p=0,0001$ ). L'association avec le fait d'avoir déjà suivi des patients héroïnomanes n'est pas significative, mais notable ( $p=0,095$ ) ;
- de craindre l'effet « boule de neige » dans la patientèle : 86% vs 41%,  $p=0,005$  ;
- d'avoir peur de la violence : 62% vs 29%,  $p=0,047$ .

#### 4.2.2.2.2.2 Expérience de suivi de patients héroïnomanes

La moitié des médecins (50%, [34 ; 66]) a déclaré avoir déjà suivi un/des patient(s) toxicomane(s) sous traitement de substitution. Parmi ces 19 médecins « avec ATCD de suivi », 12 ont suivi moins de 5 patients (63%, [40,5 ; 85]), 6 ont suivi entre 5 et 10 patients (31%, [8,5 ; 53]) et 1 seul médecin a déclaré avoir suivi plus de dix patients héroïnomanes (5%, [0 ; 27]).

Le fait d'avoir déjà suivi un (des) patient(s) toxicomane(s) sous traitement de substitution est significativement corrélé :

- Au fait d'avoir déjà prescrit des TSO, (84%, [61,5 ; 100] des médecins « avec ATCD suivi » contre 10% [0 ; 32] des médecins « sans ATCD de suivi », p=0,00001).
- Au fait de déclarer avoir eu des expériences passées malheureuses (73% vs 21%, p=0,0015).
- Au fait d'évoquer la « crainte de l'effet boule de neige dans la patientèle » comme une raison pour laquelle ces médecins ne suivent plus de patients héroïnomanes (question 6) : 79% vs 37%, p=0,010. Mais cette différence n'est plus significative lorsque seront additionnés les médecins évoquant la crainte de l'effet boule de neige à la question n°6 ou à la question n°7<sup>17</sup> (79% vs 53%, p=0,085).
- Au fait de juger les « difficultés de sevrage du TSO » comme étant un des principaux problèmes du traitement (84% vs 47%, p=0,019).

Les répartitions par tranche d'âge des médecins ayant déjà suivi ou non des patients héroïnomanes sont comparables.

#### 4.2.2.2.2.3 Expérience de prescription de MSO

Dix-huit médecins (47%, [31 ; 63]) ont déclaré avoir déjà prescrit des MSO, parmi eux :

- seize médecins (89% ; [66 ; 100]) ont déclaré avoir déjà suivi des patients toxicomanes sous TSO, deux médecins (11%, [0 ; 34]) ont déclaré n'avoir jamais fait de suivi ;

---

<sup>17</sup> La question 7 interroge les médecins sur les obstacles rendant difficile le suivi des patients héroïnomanes en médecine générale.

- seize médecins ont cité la BHD (« Subutex® », « buprénorphine ») soit 89% [66 ; 100] des prescripteurs. Un médecin a cité la méthadone, soit 6% des prescripteurs, [0 ; 29]. Un médecin n'a pas cité de produit.

#### **4.2.2.2.2.4 Expérience(s) passée(s) malheureuse(s)**

Parmi les 18 médecins ayant connu une (des) expérience(s) passée(s) malheureuse(s), 14 ont déjà suivi des patients héroïnomanes dans le passé, 4 n'ont jamais réalisé de suivi (74% vs 21%,  $p=0,0015$ ).

Le fait d'avoir connu de telles expériences est significativement associé au fait de :

- craindre l'effet boule de neige dans la patientèle : 83% vs 50%,  $p=0,03$  ;
- craindre de devenir médecin-dealer-fournisseur : 67% vs 33%,  $p=0,02$ .

TABLEAU VI. Variation, selon les caractéristiques de l'échantillon 2, de l'opinion des médecins concernant les obstacles au suivi des héroïnomanes en médecine générale.

			CMU : % dans la patientèle		ATCD de suivi d'héroïnomanes		Expériences passées malheureuses	
			<10	>10	oui	non	oui	non
<i>N</i> :			17	21	19	19	18	20
Crainte de l'effet boule de neige questions 6+7	n		7	18	15	10	15	10
	n=25	% sur N	41	86	79	53	83	50
		P-value	0,005		0,085(NS)		0,033	
Personnalité même du toxicomane	n		12	12	14	10	14	10
	n=24	% sur N	71	57	74	53	78	50
		P-value	NS		NS		0,074(NS)	
Peur de la violence questions 6+7	n		5	13	8	10	8	10
	n=18	% sur N	29	62	42	52	44	50
		P-value	0,047		NS		NS	
Crainte de devenir médecin dealer	n		7	12	11	8	12	6
	n=18	% sur N	41	57	58	42	67	33
		P-value	NS		NS		0,02	
Manque de formation questions 6+7	n		7	11	9	9	6	12
	n=18	% sur N	41	52	47	47	33	60
		P-value	NS		NS		0,093(NS)	
Aucune demande	n		11	7	7	11	4	14
	n=18	% sur N	52	41	37	58	22	78
		P-value	NS		NS		0,004	
Expériences passées malheureuses	n		4	4	14	4		
	n=18	% sur N	23	67	74	21		
		P-value	0,01		0,001			
Manque de temps questions 6+7	n		6	11	9	8	8	9
	n=17	% sur N	35	52	47	42	44	45
		P-value	NS		NS		NS	

TABLEAU VII. Opinions des médecins de l'échantillon 2, concernant les obstacles au suivi des patients héroïnomanes en médecine générale, en fonction de leur positionnement sur les autres items.

		Manque de temps	Manque de formation	Crainte « médecin-dealer »	Crainte de la violence	Personnalité du toxicomane	Crainte « effet boule de neige »
	n	17	18	18	18	24	25
Aucune demande	n 18 p	7 NS	13 0,004	4 0,004	6 0,093 (NS)	6 0,000	8 0,055 (NS)
Manque de temps	n 17 p		11 0,054 (NS)	5 0,047	5 0,047	7 0,01	11 NS
Manque de formation	n 18 p			5 0,02	8 NS	8 0,026	10 NS
Crainte de devenir « médecin-dealer »	n 18 p				11 NS	15 0,016	13 NS
Crainte de la violence	n 18 p					10 NS	9 0,053 (NS)
Personnalité même du toxicomane	n 24 p						17 NS

### 4.2.2.3 OPINIONS ET CONNAISSANCES A PROPOS DES TSO

#### 4.2.2.3.1 Rôle des médecins dans la prise en charge des addictions

Une grande majorité des médecins de l'échantillon n°2, (87%, [71 ; 100]), considère être *plutôt* ou *tout à fait* bien placée, en tant que médecins généralistes, pour aborder les problèmes d'addiction avec leurs patients.

TABLEAU VIII. Opinions des médecins vis à vis de l'affirmation : « *le médecin généraliste est un acteur de santé bien placé pour aborder les problèmes d'addiction.* »

	<i>Tout à fait</i>	<i>Plutôt</i>	<i>Plutôt pas</i>	<i>Pas du tout</i>	NSP
n	12	21	3	0	2
%	32	55	8	0	5
IC sur les %	[16 ; 48]	[39 ; 71]	[0 ; 24]	[0 ; 16]	[0 ; 21]

#### 4.2.2.3.2 Principaux problèmes liés aux TSO

Il est possible de définir trois groupes de problèmes, en fonction de la fréquence avec laquelle ils sont mentionnés :

- ➔ Les problèmes relevés par plus de la moitié de l'échantillon, qui concernent donc 40% à 80% des médecins de la population 2, (i.e : population 2 = les médecins angevins ne souhaitant pas s'impliquer dans les TSO).
  - Les difficultés de sevrage du traitement,
  - le Trafic, le détournement des MSO,
  - La prise en charge difficile en médecine générale.
- ➔ Le problème de *polytoxicomanie fréquente des patients*, relevé par 37% des médecins de l'échantillon (représentatifs de 21 à 53% de la population 2)
- ➔ Les problèmes concernant moins d'un tiers de la population 2 :
  - les injections de Subutex® ;
  - l'absence d'expérience ;
  - le refus des MSO.

Aucun médecin de l'échantillon n'a relevé « aucun problème », (ce qui est représentatif de 0% à 16% de la population 2).

TABLEAU IX. Principaux problèmes liés aux traitements substitutifs à l'héroïne

	(N) N=38	%	IC sur les %
Difficultés de sevrage du traitement	25	66	[50 ; 82]
Trafic, détournement	23	60,5	[45 ; 76]
Prise en charge difficile en médecine générale	22	58	[42 ; 74]
Problème de polytoxicomanie	14	37	[21 ; 53]
Injections de Subutex®	6	16	[0 ; 32]
Autre(s) problèmes	2*	5	[0 ; 21]
Aucun problème	0	0	[0 ; 16]

\*« Leur simple existence », « pas d'expérience »

#### 4.2.2.3.3 Opinions des médecins sur les objectifs des TSO

Lorsque l'on demande aux médecins quel est l'objectif premier des TSO (question n°14, ANNEXE 2), on observe trois types de réponses : Cf. TABLEAU X.

- le sevrage de l'héroïne : 42%, [26 ; 58] ;
- « ne sait pas » : 37%, [21 ; 53] ;
- les réponses évoquant un objectif de réduction des risques : 21%, [5 ; 37]. Ces réponses peuvent être réparties selon deux types d'objectifs (Cf. TABLEAU X) :
  - favoriser l'adhésion à une démarche de soins ;
  - réduire les risques pour le patient.

Seuls huit médecins ont mentionné un deuxième objectif au traitement substitutif (question n°15, ANNEXE 2), leurs réponses sont répertoriées dans le TABLEAU XI, en fonction de leur réponse au *premier objectif des TSO*.

TABLEAU X. Objectifs premiers des TSO selon les médecins de l'échantillon 2

	(N) N=38	%	IC sur les %	Réponses apportées par les médecins	Ont proposé un objectif secondaire
<i>Le sevrage de l'héroïne</i>	16	42	[26 ; 58]	« Arriver au sevrage » « Sevrage progressif »	OUI (n=5)
<i>Ne sait pas</i>	14	37	[21 ; 53]		NON
<i>Favoriser l'adhésion à une démarche de soins</i>	4	10,5	[0 ; 26]	« Sensibiliser le patient »	OUI
				« Proposer une démarche d'accompagnement de soins »	OUI
				« Rentrer dans un cadre plus rassurant »	OUI
				« Suivi régulier »	NON
<i>Réduire les risques pour le patient</i>	4	10,5	[0 ; 26]	« Éviter les injections »	NON
				« Arrêt de la toxico sauvage »	NON
				« Le décrochage de la consommation + resocialisation »	NON
				« Arrêt du cercle vicieux »	NON

TABLEAU XI. Objectifs secondaires des TSO proposés par les médecins (N=8), en fonction du premier objectif cité.

Premier objectif : le sevrage de l'héroïne (N=5)	Premier objectif : favoriser l'adhésion à une démarche de soins (N=3)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “le sevrage du TSO lui-même”</li> <li>• “l'arrêt du trafic”</li> <li>• “la resocialisation”</li> <li>• “l'aide à l'équilibre psychologique”</li> <li>• “la réinsertion sociale”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “discipline”</li> <li>• “sortir des réseaux illégaux”</li> <li>• “créer un lien thérapeutique”</li> </ul>

#### 4.2.2.4 AUTRES DOMAINES MEDICAUX, COMPARAISON

##### 4.2.2.4.1 Facilité avec laquelle les médecins abordent certains sujets avec leurs patients

Les résultats détaillés sont présentés dans le TABLEAU XII.

Les médecins de l'échantillon 2 sont majoritairement « à l'aise » avec les différents thèmes proposés. Toutefois les réponses se nuancent de façon identifiable selon les domaines médicaux abordés :

- tous les médecins considèrent les thèmes en rapport avec des domaines biomédicaux (comme les maladies cardio-vasculaires avec *le tabagisme* et *l'exercice physique*, ou *le dépistage des cancers*) comme *faciles à aborder* (dont 82% à 92% de réponses « *tout à fait* ») ;
- *la consommation d'alcool* et *le surpoids* ne recueillent respectivement que 58% et 68% de réponses « *tout à fait* », même si la plupart des médecins restent à l'aise sur ces domaines (respectivement 92% et 98% de réponses positives, *plutôt* ou *tout à fait facile*) ;
- les deux thèmes les plus difficiles à aborder sont *la vie affective et sexuelle*, et *l'usage de drogue* : les réponses *tout à fait* concernent moins de la majorité des médecins (respectivement 34% et 26%), et la proportion de médecins répondant par la négative n'est plus négligeable (respectivement 18% et 24%).

TABLEAU XII. Opinions des médecins sur l'affirmation : « les thèmes ci-dessous sont faciles à aborder avec les patients. »

		<i>Tout à fait</i>	<i>Plutôt</i>	<i>Plutôt pas</i>	<i>Pas du tout</i>	NSP
Le tabagisme	n	35	3	0	0	0
	%	92	8	0	0	0
La consommation d'alcool	n	22	13	2	1	0
	%	58	34	5	3	0
L'usage de drogue	n	10	19	8	1	0
	%	26	50	21	3	0
Le surpoids	n	26	11	1	0	0
	%	68	29	3	0	0
L'exercice physique	n	31	7	0	0	0
	%	82	18	0	0	0
La vie affective et sexuelle	n	13	18	7	0	0
	%	34	47	18	0	0
Le dépistage des cancers	n	32	6	0	0	0
	%	84	16	0	0	0

Notes : pour des raisons de présentation, les intervalles de confiance n'ont pas été indiqués : se référer à la table des intervalles de confiance pour %(0-38) en ANNEXE 5.

#### 4.2.2.4.2 Sentiment d'efficacité dans la prise en charge d'autres pathologies chroniques

Dans l'asthme et le diabète, comme dans les addictions, le médecin doit travailler avec les patients, à modifier leurs comportements.

Une grande majorité des médecins se sent efficace (*assez* ou *très efficace*) dans l'éducation thérapeutique des patients asthmatiques ou diabétiques (respectivement 97% et 89,5%), avec une nette prédominance de réponses *assez efficace* (respectivement 84% et 79%).

Cf TABLEAU XIII.

TABLEAU XIII. Sentiment d'efficacité des médecins dans l'éducation thérapeutique des patients

	<i>patients asthmatiques</i>			<i>patients diabétiques</i>		
	<i>n (N=38)</i>	<i>%</i>	<i>IC (sur %)</i>	<i>n (N=38)</i>	<i>%</i>	<i>IC (sur %)</i>
Très efficace	5	13	[0 ; 29]	4	10,5	[0 ; 26]
Assez efficace	32	84	[68 ; 100]	30	79	[63 ; 95]
Peu efficace	1	3	[0 ; 19]	4	10,5	[0 ; 26]

#### 4.2.2.4.3 Mode de prise en charge de la dépendance alcoolique

La plupart des médecins de l'échantillon 2 prennent en charge les patients alcooliques en lien avec un spécialiste (74% vs 29%,  $p < 0,001$ ). Les autres médecins, (29%), sont plus nombreux à confier leurs patients à une structure/un confrère (24%), qu'à les prendre en charge seuls (5%),  $p = 0,02$ .

TABLEAU XIV. Patient alcoolo-dépendant : mode de prise en charge par les médecins de l'échantillon 2.

	<i>n (N=38)</i>	<i>%</i>	<i>IC (sur %)</i>
Seul	2	5	[0 ; 21]
En lien avec un spécialiste	28	74	[58 ; 90]
Confie les patients à une structure / un confrère	9	24	[8 ; 40]

#### 4.2.2.4.4 Comparaison du sentiment de difficulté face au suivi de la dépendance alcoolique et de la dépendance opiacée

Travailler sur la dépendance alcoolique est aussi compliqué que de travailler sur l'héroïno-dépendance pour une grande majorité des médecins interrogés : 73%, [57 ; 89] vs 36%, [20 ; 52],  $p < 0,001$ .

TABLEAU XV. Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « *S'attaquer au problème de la dépendance alcoolique est aussi compliqué que de s'attaquer au problème de la dépendance aux opiacés* ».

	<i>n</i> (N=38)	%	IC sur %
<i>Tout à fait</i>	13	34	[18 ; 50]
<i>Plutôt</i>	15	39	[23 ; 55]
<i>Plutôt pas</i>	7	18	[2 ; 34]
<i>Pas du tout</i>	2	5	[0 ; 21]
NSP	1	3	[0 ; 19]

#### 4.2.2.5 OPINIONS SUR LA FORMATION AU SUIVI DES ADDICTIONS

De façon significative les médecins interrogés pensent ne pas être suffisamment formés sur l'accompagnement au changement et la gestion des rechutes (réponses affirmatives : 69%, [53 ; 85] vs (NON et NSP) : 31%, [15 ; 47],  $p < 0,001$ ).

Les réponses affirmatives sont majoritairement exprimées de façon modérée (*plutôt*), (45% vs 24%,  $p = 0,04$ ).

TABLEAU XVI. Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « *Quelle que soit l'addiction, les médecins généralistes ne sont pas assez formés sur l'accompagnement au changement, et la gestion des rechutes.* »

	<i>n</i> (N=38)	%	IC sur %
<i>Tout à fait</i>	9	24	[9 ; 40]
<i>Plutôt</i>	17	45	[29 ; 61]
<i>Plutôt pas</i>	5	13	[0 ; 29]
<i>Pas du tout</i>	4	10,5	[0 ; 26]
NSP	3	8	[0 ; 24]

## 4.2.2.6 PARTENARIATS AVEC LES STRUCTURES SPECIALISEES

### 4.2.2.6.1 Correspondants spécialisés en toxicomanie

Les médecins de l'échantillon adressent essentiellement leurs patients héroïnomanes au CHU (42%) ou au centre méthadone (39%), (différence non significative entre les deux items). Quatre médecins compléteraient par une consultation chez un psychologue/un psychiatre.

Un seul médecin a répondu adresser ses patients héroïnomanes au CSST.

Dix médecins (26%) ne savent pas où adresser un patient héroïnomanes.

TABLEAU XVII. Médecins de l'échantillon 2 : où adressent-ils les patients héroïnomanes ?

	<i>n (N=38)</i>	<i>%</i>	<i>IC (sur %)</i>
NSP	10	26	[10 ; 42]
Au CHU	16	42	[26 ; 58]
Au centre méthadone	15	39	[23 ; 55]
À un psychologue / un psychiatre	4	10,5	[0 ; 26]
Au CSST	1	3	[0 ; 19]

Notes : 46 réponses au total (8 médecins ont coché 2 items).

### 4.2.2.6.2 Le CSST d'Angers

Le CSST et le CCAA d'Angers ont fusionné en 2009 pour devenir un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). le CSST portait auparavant le nom de l'association qui en avait la gestion : l'ADAMEL. Suite à la fusion, c'est à présent l'ALiA (Association Ligérienne d'Addictologie) qui a la gestion du CSST et qui lui donne son nom. Aucun médecin de l'échantillon ne connaît le nouveau nom du CSST.

Cf. TABLEAU XVIII.

TABLEAU XVIII. Réponses des médecins de l'échantillon 2 à la question : « *Connaissez-vous le nouveau nom du CSST d'Angers ?* »

	<i>n (N=38)</i>	<i>%</i>	<i>IC sur %</i>	<i>Précisions</i>
NON	33	87	[71 ; 100]	
Sans réponses	3	8	[0 ; 24]	2 médecins ont marqué le sigle CSST d'un point d'interrogation
OUI	2	5	[0 ; 21]	« RESAAD », « Rue de la Boétie »

#### 4.2.2.6.3 Opinions concernant la communication des structures médico-sociales spécialisées en toxicomanie

Les médecins estiment à 95% [79 ; 100], que les structures médico-sociales sont mal connues et devraient communiquer davantage avec les médecins généralistes.

TABLEAU XIX. Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « *Les structures médico-sociales spécialisées en toxicomanie devraient davantage communiquer auprès des MG, elles sont mal connues* ».

	<i>n (N=38)</i>	<i>%</i>	<i>IC sur %</i>
<i>Tout à fait</i>	16	42	[26 ; 58]
<i>Plutôt</i>	20	53	[37 ; 69]
<i>Plutôt pas</i>	1	3	[0 ; 19]
<i>Pas du tout</i>	0	0	[0 ; 16]
NSP	1	3	[0 ; 19]

Notes : MG = médecins généralistes

#### 4.2.2.7 REGARD POSE SUR LE PATIENT TOXICOMANE

Les médecins de l'échantillon pensent à 79% [63 ; 95] que les toxicomanes sont plutôt ou tout à fait des malades, contre 23,5% [8 ; 40] qui ne le pensent pas (*plutôt pas* et *pas du tout*),  $p < 0,001$ .

TABLEAU XX. Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « *Les toxicomanes sont avant tout des malades* ».

	<i>n</i> (N=38)	%	IC sur %
<i>Tout à fait</i>	18	47	[31 ; 63]
<i>Plutôt</i>	12	32	[16 ; 48]
<i>Plutôt pas</i>	4	10,5	[0 ; 26]
<i>Pas du tout</i>	1	3	[0 ; 19]
NSP	3	8	[0 ; 24]

Sur la personnalité du patient toxicomane (« *menteur, manipulateur* »), la majorité des médecins, (68%), adopte une position mitigée (*plutôt, plutôt pas*) ou reste dans la réserve (NSP : 16%).

Les médecins qui adhèrent à l'affirmation *la majorité des toxicomanes sont des menteurs et des manipulateurs* sont plus nombreux, (50%, [34 ; 66]), que ceux qui la réfutent, (34%, [18 ; 50]), mais le faible effectif ne permet pas d'affirmer la réalité de cette différence ( $p = 0,12$ ).

TABLEAU XXI. Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « *La majorité des toxicomanes sont des menteurs, des manipulateurs* ».

	<i>n</i> (N=38)	%	IC sur %
<i>Tout à fait</i>	3	8	[0 ; 24]
<i>Plutôt</i>	16	42	[26 ; 58]
<i>Plutôt pas</i>	10	26	[10 ; 42]
<i>Pas du tout</i>	3	8	[0 ; 24]
NSP	6	16	[0 ; 32]

La majorité des médecins se positionne contre l'affirmation « *ceux qui prennent de l'héroïne manquent de volonté* », (58%, [42 ; 74]), ce de façon significative par rapport aux médecins qui adhèrent à l'affirmation (16%, [0 ; 32]) (non chevauchement des IC,  $p < 0,001$ ).

Aucun médecin n'adhère de façon radicale (*tout à fait*) à cette idée. Un quart de l'échantillon ne se prononce pas (24%, [8 ; 40]).

TABLEAU XXII. Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation: « *Ceux qui prennent de l'héroïne manquent de volonté* ».

	<i>n</i> (N=38)	%	IC sur %
<i>Tout à fait</i>	0	0	[0 ; 16]
<i>Plutôt</i>	6	16	[0 ; 32]
<i>Plutôt pas</i>	11	29	[13 ; 45]
<i>Pas du tout</i>	11	29	[13 ; 45]
NSP	9	24	[8 ; 40]

Tous les médecins sauf un pensent que les toxicomanes sont des personnes en souffrance, le 38<sup>ème</sup> médecin ne se prononce pas. Un tiers des médecins sont modérés (*plutôt*) contre deux tiers, totalement affirmatifs (*tout à fait*), (34% vs 63%,  $p = 0,01$ ).

TABLEAU XXIII. Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « *les toxicomanes sont des personnes en souffrance* ».

	<i>n</i> (N=38)	%	IC sur %
<i>Tout à fait</i>	24	63	[47 ; 79]
<i>Plutôt</i>	13	34	[18 ; 50]
<i>Plutôt pas</i>	0	0	[0 ; 16]
<i>Pas du tout</i>	0	0	[0 ; 16]
NSP	1	3	[0 ; 19]

Les toxicomanes ont-ils, dans leur majorité, déjà tenté d'arrêter leur consommation ? Un seul médecin répond *pas du tout*. Seuls quatre médecins pensent que c'est *tout à fait* vrai. La grande majorité des médecins répond de manière mitigée (*plutôt, plutôt pas* : 58%) ou reste dans la réserve (NSP : 37%).

La différence n'est pas significative ( $p=0,22$ ), entre les réponses *plutôt* (34%) et *plutôt pas* (24%). La différence, entre la totalité des réponses affirmatives (44,5%, [29 ; 61]) et la totalité des négatives (27%, [11 ; 43]), n'est pas significative mais reste notable :  $p=0,074$ .

TABLEAU XXIV. Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « *La majorité des toxicomanes ont déjà tenté d'arrêter leur consommation* ».

	<i>n</i> (N=38)	%	IC sur %
<i>Tout à fait</i>	4	10,5	[0 ; 26]
<i>Plutôt</i>	13	34	[18 ; 50]
<i>Plutôt pas</i>	9	24	[8 ; 40]
<i>Pas du tout</i>	1	3	[0 ; 19]
NSP	14	37	[21 ; 53]

## 4.3 DISCUSSION

### 4.3.1 ANALYSE DES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE N°1

#### 4.3.1.1 REPRESENTATIVITÉ

- **Répartition selon le sexe**

Dans sa répartition homme-femme, cet échantillon est comparable à la population des médecins angevins contactés et est comparable à la répartition homme/femme des enquêtes nationales sur les médecins généralistes : EVAL 2001 et le Baromètre santé 2009 [1], [6].

- **Répartition selon l'âge**

Les médecins dans notre étude sont plus âgés que la moyenne nationale et que l'échantillon du Baromètre santé 2009 : la tranche d'âge 50 ans et plus y est davantage représentée (65% vs 53,9%,  $p=0,02$ ) aux dépens de la tranche d'âge 41-49 ans (17% vs 31,7%,  $p=0,01$ ). Les moins de 40 ans y sont représentés de façon équivalente [1].

- **Le taux de réponses**

Le taux de réponses au questionnaire n°1 est de 57%.

Ce taux de réponses est comparable au taux de réponses de plusieurs enquêtes menées en médecine générale sur le même thème [28], [34], [53], [59]. Une étude [69] a étudié les caractéristiques et opinions des non-répondants afin de définir l'importance des biais retrouvés sur trois enquêtes en médecine générale : elle n'a pas noté de biais importants que le taux de réponses soit de 79 ou de 56%.

Selon plusieurs études [69], [70], le taux de réponses est influencé par la longueur du questionnaire, l'âge (les médecins plus jeunes répondent plus volontiers), et le fait d'exercer seul ou en groupe (l'exercice seul étant associé à un moindre taux de réponses).

Pour éviter ce biais, il a été fait le choix, dans notre étude, d'un questionnaire comportant essentiellement des questions fermées ou à choix multiples, afin qu'il soit court (moins de 5 minutes de travail).

La répartition par tranche d'âge est comparable entre les médecins ne désirant pas s'impliquer dans les TSO et les médecins ouverts à cette prise en charge (suivant actuellement ou non des patients). De plus, les répondants au questionnaire n°1 de plus de 50 ans sont significativement plus représentés que dans le Baromètre santé 2009, cet élément laisse à penser que les plus de 50 ans n'ont pas été sous-représentés dans notre étude.

Ces éléments permettent de présumer d'une représentativité satisfaisante de l'échantillon 1.

#### 4.3.1.2 COMPARAISON AVEC D'AUTRES ENQUÊTES

Dans EVAL 2001, 52% des médecins généralistes étaient convaincus que le suivi des patients héroïnomanes était possible en médecine de ville. Cette proportion est comparable à celle retrouvée dans notre étude (total oui : 49%) [6].

Mais alors que dans le Baromètre santé 2009, 49,2% des médecins généralistes déclaraient suivre un patient consommant de l'héroïne (au moins 1 patient/mois), sur Angers, seul 27% effectuent actuellement ce type de suivi ( $p < 0,001$ ). Est ce dû à une faible demande ? Les Pays de Loire conjuguent une prévalence de consommation de drogues plus faible que la moyenne nationale [71] à une dotation en structures médico-spécialisées plus élevée que la moyenne nationale [19]. Mais contredisant cette hypothèse, la préfecture du Maine-et-Loire faisait état dans sa déclinaison du plan gouvernemental 2004-2008 sur la lutte contre les drogues et les dépendances, d'un engorgement des centres spécialisés prescripteurs de méthadone du fait d'un manque de médecins généralistes relais [19].

Dans notre étude, près d'un quart des participants (22%) sont prêts à s'investir dans le suivi de l'héroïnodépendance, mais ne suivent pas actuellement de patients.

Parfois ce sont les patients qui ne désirent pas parler de leur dépendance à leur médecin traitant, par peur de les décevoir (« il me connaît depuis tout petit ») [30], ou parce qu' il connaît toute la famille [30], mais cette attitude reste, selon plusieurs études, minoritaire [2], [3], [41].

Il existe donc sur Angers, une proportion notable de médecins prêts d'emblée à s'impliquer dans les traitements substitutifs aux opiacés, qui ne sont pas sollicités par leur patientèle.

## 4.3.2 ANALYSE DES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE N°2

### 4.3.2.1 REPRESENTATIVITE

Le questionnaire n°2 s'adressait aux 51 médecins, (population 2), ne souhaitant pas s'impliquer sur le traitement substitutif à l'héroïne.

#### ▪ Répartition homme-femme

L'échantillon 2 est comparable à l'échantillon 1, à la population des médecins angevins installés et aux enquêtes, EVAL 2001 et Le Baromètre santé médecins généralistes 2009 [1], [6].

#### ▪ Répartition par tranche d'âge

L'échantillon 2 est comparable à la population 2. Les médecins y sont globalement plus âgés que dans le Baromètre santé 2009 : les médecins âgés de *50 ans et plus* sont plus nombreux (64% vs 53,9%,  $p=0,02$ ) aux dépens de la tranche d'âge 41-49 ans (17% vs 31,7%,  $p=0,01$ ) [1].

#### ▪ Répartition par mode d'activité (seul/en groupe)

La répartition selon le mode d'exercice de l'échantillon 2 est comparable à celle des 175 médecins angevins installés (seul : 39% vs 36% ; en groupe : 60,5% vs 64%).

La répartition selon le mode d'exercice des 175 médecins angevins installés est significativement différente de celle, (identique dans les 2 enquêtes), retrouvée dans le Baromètre santé 2009 et dans EVAL 2001, (seul : 36 vs 46%,  $p=0,01$ ; en groupe : 64% vs 54%,  $p=0,02$ ). Cette différence n'est plus significative avec l'échantillon 2 du fait de la petitesse de celui ci ( $n=38$ ).

#### ▪ Exercice (ou non) d'une activité médicale autre

La proportion de médecins exerçant une activité médicale autre (26%) dans l'échantillon 2 est comparable à celle retrouvée dans le Baromètre santé 2009 (24%) [1].

#### ▪ Part des bénéficiaires de la CMU dans la patientèle

Les médecins recevant *moins de 10% de patients en CMU* sont significativement moins représentés que dans le Baromètre santé 2009 (45% vs 71%,  $p<0,05$ ), et inversement (« *10% et plus* » : 55% vs 21%,  $p<0,05$ ) [1].

#### ▪ Taux de réponses au questionnaire n°2

Il est de 74,5% (38/51), et permet de présumer d'une représentativité acceptable de notre étude, malgré le faible effectif de l'échantillon 2.

Toutefois, plusieurs études [70], [69] notent que les médecins généralistes répondent ou non à un questionnaire en fonction de l'intérêt qu'ils portent à la question étudiée. On ne peut éliminer le fait que les médecins ayant répondu NON aux deux questions du questionnaire n°1 soient, parmi les médecins ne désirant pas s'impliquer dans les TSO, ceux qui soient le plus sensible à cette problématique. Dans cette hypothèse, le regard porté sur les patients toxicomanes, plutôt empathique, serait surestimé.

### 4.3.2.2 FACTEURS NE CONSTITUANT PAS DE FREIN MAJEUR AU SUIVI DE PATIENTS USAGERS DE DROGUES EN MEDECINE GENERALE

#### 4.3.2.2.1 . Le regard porté sur les patients toxicomanes

Selon plusieurs études, la majorité des médecins ne désirant pas suivre les patients consommateurs de drogues,

- porte un regard stigmatisant et peu empathique envers les patients héroïnomanes [52], [54], [59], [60] ;
- et pense que le soin de ces patients ne relève pas de ses compétences et devrait être entièrement confié à des structures spécialisées [54], [60].

Les médecins de l'échantillon n°2, ont répondu qu'ils ne souhaitent pas prendre en charge, même avec le soutien d'un médecin spécialisé, un patient héroïno-dépendant à propos de son addiction. Mais contrairement à ce que l'on aurait pu s'attendre, le regard porté par ces médecins sur les patients héroïnomanes reste empathique.

- ➔ Une grande majorité (80% ; 30/38) des médecins considère que ces patients sont avant tout des malades, soit une proportion comparable aux résultats du Baromètre santé 2009<sup>18</sup>, (80% vs 85%) [1]. Mais une proportion nettement supérieure à la moyenne des français puisque dans l'enquête d'opinion EROPP 2002 [3] seul

---

<sup>18</sup> L'échantillon étudié dans le Baromètre santé est représentatif de l'ensemble des médecins généralistes métropolitains.

41,4% des français considéraient que ceux qui prennent de l'héroïne sont des personnes malades, ( $p < 0,0001$ ).

- Trente-sept médecins sur trente-huit (97%) considèrent que les toxicomanes sont des personnes en souffrance, 63% le pensent *tout à fait*. Le 38ème médecin ne se prononce pas.

De même, peu de médecins émettent des jugements catégoriques à l'encontre des toxicomanes, leurs positions, soit en faveur des patients héroïnomanes, soit dans la réserve, traduit un certain recul face aux préjugés courants, du moins l'absence - dans la plupart des cas - d'un rejet franc de ces patients.

- Un grand nombre de médecins s'oppose aux préjugés courants :
- 58% (22/38) refusent de penser que « Ceux qui prennent de l'héroïne manquent de volonté », dont 29% (11/38) de manière forte (*pas du tout*) ;
  - 34% (13/38) refusent l'affirmation « La majorité des toxicomanes sont des menteurs, des manipulateurs » (8% la refusent catégoriquement : *pas du tout*) ;
  - 45% (4/38) sont *plutôt* ou *tout à fait* d'accord avec le fait que « la majorité des toxicomanes ont déjà tenté d'arrêter leur consommation ».

Ils contredisent ainsi le préjugé qui veut que le toxicomane, *pris par son produit*, ne cherche plus à décrocher de sa consommation. (Pour exemple, à l'inclusion d'une étude de suivi de 95 patients en TSO, sur un an [10], 86% d'entre eux avaient déjà tenté au moins un sevrage et 15% au moins une post cure ; les auteurs mentionnaient que ces pourcentages étaient du même ordre que dans les autres études de suivi).

- ➔ Les opinions négatives émises à l'encontre des toxicomanes, sont le plus souvent exprimées de manière mitigée (*plutôt/plutôt pas*), peu de médecins se positionnent de manière radicale à l'encontre des patients toxicomanes :
- seuls 16% (6/38) des médecins pensent que « ceux qui consomment de l'héroïne manquent de volonté ». Ils sont *plutôt d'accord*, aucun médecin n'a coché *tout à fait*. C'est nettement moins que dans l'opinion publique, où 51,5% des français étaient d'accord avec cette affirmation en 2002, ( $p < 0,001$ ) [3].
  - Cinq médecins pensent que les toxicomanes ne sont pas à considérer comme des personnes malades, quatre de manière mitigée (*plutôt pas*) et un seul de manière radicale (*pas du tout*).
  - L'affirmation : « La majorité des toxicomanes a déjà tenté d'arrêter sa consommation » recueille 9 oppositions mitigées et une seule radicale.
  - Si 50% des médecins sont *plutôt d'accord* avec l'affirmation « la majorité des toxicomanes sont des menteurs, des manipulateurs », trois médecins seulement (8%), adhèrent catégoriquement (*tout à fait d'accord*).
  - Aucun questionnaire ne conjugue des réponses d'opinions négatives et une absence totale d'empathie envers les consommateurs de drogue.
- ➔ Une proportion importante de médecins ne se positionne pas lorsque les affirmations caractérisent *la majorité* des patients usagers de drogues. C'est pour nous, l'expression d'un recul, d'une réserve face aux préjugés courants (24% ne savent pas si ceux qui prennent de l'héroïne manquent de volonté, 16% ne savent pas si la majorité des toxicomanes sont des menteurs, des manipulateurs et 37% des médecins ne savent pas si la majorité des toxicomanes ont déjà tenté d'arrêter leur consommation).

#### **4.3.2.2.2. La facilité à aborder le sujet des drogues avec les patients**

Le Baromètre santé 2009 constatait que l'engagement des médecins dans le suivi des patients usagers de drogue était plus fréquent chez les médecins qui considéraient le sujet des drogues comme étant un sujet facile à aborder avec les patients.

Paradoxalement dans notre étude, les données, comparées aux résultats du Baromètre santé 2009 [1], suggèrent que les médecins sont plus fréquemment à l'aise avec le sujet des drogues que la moyenne des médecins généralistes français (76% vs 57%,  $p=0,01$ ).

Toutefois, les médecins ici, se disent plus à l'aise sur l'ensemble des thèmes (dépistage des cancers, tabagisme, exercice physique, surpoids, consommation d'alcool), ce qui peut signifier la présence d'un biais, par exemple dans l'enchaînement des questions (la question était identique à celle du Baromètre santé médecins généralistes 2009).

#### **4.3.2.2.3. Le sentiment d'avoir un rôle dans la prise en charge des addictions**

Dans notre étude, les médecins généralistes, dans leur grande majorité, reconnaissent avoir une place importante dans la prise en charge des addictions :

- 87% (33/38) pensent que « *le médecin généraliste est bien placé pour aborder les problèmes d'addictions avec ses patients* ». Douze médecins (32%) déclarent même que le médecin généraliste est *tout à fait* bien placé pour aborder les problèmes d'addiction. Ces résultats concordent avec le constat fait par le Baromètre santé 2009 que les médecins abordent d'autant plus facilement un sujet avec leurs patients qu'ils ont conscience d'avoir un rôle important dans le domaine en question [1].
- Ils ne sont pas plus nombreux que la moyenne des médecins français à estimer que les problèmes de drogue ne relèvent pas de leurs compétences : 13% (cinq médecins) ne pensent pas que le médecin généraliste soit bien placé pour aborder les problèmes d'addictions. Ce taux est comparable à celui des médecins généralistes dans le Baromètre santé 2009 (11,8%), qui déclarent que ce n'est pas leur rôle de prendre en charge les problèmes liés à la consommation de drogues illicites (sauf cannabis) [1].

Bien que l'affirmation sur la place du généraliste dans la prise en charge des problèmes d'addictions ne mentionnait pas spécifiquement le domaine des drogues, le questionnaire portait sur le suivi des patients héroïnomanes : il est donc probable que les médecins généralistes aient fait le lien.

Cela ne peut être vérifié, et cette absence de précision peut provoquer une surestimation du nombre de réponses positives. En effet, on constate dans plusieurs études [1], [28], [60] une différence notable de positionnement des médecins sur cette question selon les différents types d'addictions : le nombre de médecins convaincus de leur rôle dans ces domaines allant dans le sens décroissant, du tabac, de l'alcool, du cannabis et/ou des autres drogues illicites. Ainsi dans une étude quantitative auprès de médecins Londoniens [28] « la majorité (61%) des répondants considérait que la médecine de ville était un lieu approprié pour détecter les problèmes d'alcool, alors que 6% seulement voyaient la médecine générale comme une place appropriée pour travailler avec les patients consommateurs de drogue ».

Toutefois ces résultats négatifs sont relativisés par d'autres études où l'on retrouve chez une majorité des médecins, comme dans notre étude, le sentiment d'avoir une fonction importante dans la prise en charge des problèmes de drogue [53], [58], [59] : une étude nationale menée aux États-Unis [59] (auprès des médecins généralistes et des médecins internistes), concernant les patients atteints du SIDA (dont les patients injecteurs de drogue), retrouve que 68% des répondants pensent avoir comme responsabilité de prendre en charge ces patients (mais 50% ne les suivraient pas s'ils avaient le choix). Dans une étude quantitative australienne menée auprès des internes de médecine générale, de médecine interne et de psychiatrie [53], 99% des répondants pensent qu'interroger les patients sur la drogue et l'alcool devraient faire partie des pratiques courantes du médecin, et 93% que « les médecins ont la responsabilité d'intervenir auprès des patients ayant des problèmes de drogue ou d'alcool », tout en estimant que cette intervention ne devrait pas se limiter aux complications, et ne devrait pas être seulement proposée quand le patient est physiquement dépendant.

Les différences de positionnements retrouvées entre ces études s'expliquent peut-être par des nuances retrouvées dans les questions.

- Entre le sentiment d'une responsabilité et le sentiment d'être prêt à s'impliquer, plusieurs facteurs peuvent intervenir. Le Baromètre santé 2009 montre par exemple, que « si trois-quarts des médecins estiment avoir tout à fait un rôle à jouer dans la prévention de

l'alcoolisme », cela reste pour eux l'un des thèmes les plus difficiles à aborder avec les patients [1]. Une étude téléphonique fut menée auprès de 103 médecins généralistes de Sydney [72], ils devaient donner leur degré d'accord sur 15 déclarations concernant les patients ayant des problèmes de drogues ou d'alcool : cette étude retrouve que globalement les médecins ont une conscience élevée de leur rôle d'intervention sur ces problèmes. Les auteurs concluent que « l'implication de ces résultats pour les formateurs médicaux est discutée, face à l'évidence qu'en pratique les médecins omettent souvent d'intervenir auprès des patients ayant des problèmes d'alcool et de drogues. Le désir d'intervenir est vu comme un des différents facteurs nécessaires, autant que les connaissances, que les compétences cliniques et que le sentiment d'efficacité, aucun de ces éléments pris de façon isolée n'étant suffisant pour garantir l'intervention. »

- Il y a également une différence notable dans le fait de dépister les addictions et d'orienter les patients vers les structures de soins adaptées, et le fait d'accepter de les suivre sur ce problème. Dans cette thèse, les médecins sélectionnés ont répondu ne pas souhaiter suivre un patient dépendant à l'héroïne concernant son traitement de substitution. Cela ne signifie pas qu'ils n'interrogent pas leur patientèle à propos de la consommation de drogue, ni qu'ils refusent de suivre les patients consommateurs sur les complications somatiques liées à l'usage de drogue. L'absence de question à ce propos est un reproche que l'on peut faire à cette étude. Toutefois, si l'on se cantonne à ce rôle de repérage précoce et d'orientation, les médecins souffrent ici, nous le verrons par la suite, d'une réelle carence de liens avec les structures spécialisées aptes à suivre ces patients de façon globale (bio-psycho-sociale).

#### **4.3.2.2.4. Le manque de temps**

Le manque de temps est un obstacle fréquemment cité par les médecins généralistes dans les pathologies nécessitant de travailler sur la modification des comportements du patient : dans le diabète, sur un échantillon représentatif des médecins généralistes français, 76% des médecins citent le manque de temps comme étant un frein à l'éducation thérapeutique du patient [63], c'est le premier obstacle cité.

Le manque de temps est un obstacle également cité dans le domaine des drogues [28], [33], [48], [49], [52], [59], [60] : dans une étude multicentrique conduite dans 8 pays Européens, en 2008, les médecins généralistes « considèrent souvent qu'ils n'ont pas le temps de traiter à la

fois les problèmes d'alcool et de drogue » [60]. Dans une étude américaine auprès de 172 médecins certifiés à prescrire de la buprénorphine, le manque de temps se situait en quatrième position parmi 20 obstacles cités, tant pour les médecins prescripteurs que pour les non-prescripteurs [48]. Et dans l'étude Londonienne auprès de médecins généralistes (n= 81/157), 92% des participants adhéraient à la proposition que « suivre un patient usager de drogues prenait plus de temps que pour les autres patients », (70% seulement adhéraient à cette proposition concernant l'alcool) [28].

En France, EVAL 2001 rapportait que 33% des médecins généralistes considéraient le manque de temps comme un obstacle au suivi des patients toxicomanes en médecine générale. Ce chiffre correspondait aux réponses de l'ensemble des médecins, mais 58% des médecins ne suivant pas de patient toxicomane évoquaient le manque de temps comme raison à cela [6].

On pouvait s'attendre à ce que l'absence de disponibilité soit un obstacle important pour les médecins dans notre étude. Lorsque l'on comptabilise l'ensemble des médecins ayant cité l'obstacle du temps (question 6 et/ou question 7), près de la moitié des médecins évoque cet obstacle (45%, 17/38), c'est notablement moins que les 58% constatés dans l'étude EVAL 2001, (p=0,065).

Mais un médecin sur six seulement (16%), considère que le manque de temps est une des raisons pour laquelle ils ne suivent pas ou plus de patients héroïno-dépendants (question 6, annexe 2). On retrouve un constat similaire lors d'une enquête auprès de médecins généralistes ayant bénéficié d'une formation sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB), en matière d'alcool : avant la formation 81% des médecins estimaient que « *le temps conséquent requis pour parler d'alcool en consultation constitue un obstacle pour aborder l'alcool avec les patients* », mais 11% seulement considéraient cela comme « *un obstacle important* » [55].

#### **4.3.2.2.5 . Le problème d'image, de perturbation du cabinet**

La crainte d'un comportement inadéquate de ces patients en salle d'attente, susceptible de perturber les autres patients, est un obstacle mentionné par la littérature [33], [65], [66], [73]. Cela ne semble pas être un problème pour les médecins interrogés ici : seul sept médecins l'évoquent (18%), et c'est le seul des obstacles liés aux caractéristiques des patients qui n'est pas évoqué par la majorité des médecins.

Une étude, [33], montre que cette crainte est plus souvent retrouvée chez les médecins exerçant en cabinet de groupe. Dans notre étude: sur sept médecins ayant évoqué cet obstacle, six exercent en cabinet de groupe, mais le faible effectif ne permet pas de noter une différence statistiquement significative.

Notons, (cf. revue de littérature), qu'il a été démontré que cette peur est en grande partie injustifiée [73].

#### **4.3.2.2.6 . L'absence d'intérêt pour ce problème, l'orientation vers d'autres priorités**

Seuls 9 médecins sur 38, (24%), évoquent comme raison au fait qu'ils ne suivent pas de patients héroïnomanes « l'absence d'intérêt pour ce problème, avoir d'autres priorités », (deux de ces médecins ont même rayé « absence d'intérêt pour ce problème »). Ce pourcentage est comparable à celui retrouvé lors de l'enquête EVAL 2001 : parmi les médecins ayant refusé de répondre à l'enquête et ne suivant pas de patients toxicomanes, 27% déclaraient comme motif « l'absence d'intérêt pour ce problème » [6].

Parmi ces neuf médecins, sept ont déjà suivi des patients toxicomanes sous TSO (78%) (Seuls quatre évoquent une expérience passée malheureuse), mais le faible effectif de cette enquête ne permet pas de dire si cette répartition est significative.

On ne peut demander aux médecins une conception et une pratique uniforme de la médecine générale. C'est un métier vaste, en termes de possibilité ou de clientèle. Les investissements des médecins y sont très divers. L'extension de leur travail à des préoccupations de santé publique et d'addiction est une orientation parmi d'autres, elle ne peut prétendre toucher la totalité des praticiens. Si chacun a prêté serment, et se doit à une obligation de moyens face à une demande de soins, chacun a aussi le droit de poser ses limites quant à sa compétence et à ses conceptions vis-à-vis d'un soin ou de la délivrance d'un médicament (hors urgence vitale bien entendu). L'idéal étant quand ces deux items se rejoignent afin d'éviter au patient une impasse, quand le médecin peut à la fois prendre en compte la demande, exprimer ses limites et ouvrir sur une proposition de prise en charge, au besoin avec d'autres intervenants.

Or sur les neuf médecins, quatre ne savent pas du tout où adresser les patients héroïnomanes en demande de traitement, Les cinq autres médecins n'adressent jamais leurs patients au CSST. Aucun des médecins ne connaît le nom du CSST d'Angers. Ce constat montre le besoin

qu'ont ces médecins d'informations sur les structures de prise en charge des patients héroïnomanes, afin que les demandes de soins des patients puissent être entendues, et les patients orientés vers les intervenants adaptés.

#### **4.3.2.2.7 . La rémunération**

Dans les pays ne bénéficiant pas d'un accès gratuit à la médecine, le problème de la rémunération constitue un obstacle majeur [33], [48], [49], [65], [66] (cet obstacle est alors plus évoqué par les médecins spécialisés).

A l'inverse dans les pays où l'accès aux soins est gratuit, la rémunération apparaît comme un obstacle mineur [52], [54], [65]. Dans le Baromètre santé 2009 [1], la non-rémunération des activités de prévention et d'éducation à la santé n'est citée comme un frein que par 2,2% des médecins. Dans l'enquête EVAL 2001 [6], le problème de rémunération ne fut pas évoqué (ou de manière négligeable) : il n'est pas cité dans les résultats, alors que l'item était présent dans la question sur les obstacles au suivi des patients toxicomanes en médecine générale.<sup>19</sup>

De même, dans notre étude, seuls deux médecins (5%) citent le problème de rémunération comme étant un obstacle au suivi des patients usagers de drogue en médecine générale. C'est le facteur le moins cité. Le problème de rémunération ne constitue donc pas un obstacle.

Une étude prospective de suivi de patients usagers de drogues en médecine générale avait d'ailleurs montré qu'il n'y avait pas plus d'impayés chez ces patients que le taux d'impayés (tout patient confondus) rapportés par les médecins généralistes dans une étude de la SFMG (6% vs 7,8%, ns) [10]. De plus la couverture par la CMU ou par l'ALD permet au plus grand nombre de ces patients de ne pas avancer les frais.

Toutefois, si la rémunération des actes ne constitue pas un obstacle, une rémunération spécifique peut en partie favoriser l'implication des médecins. En effet si l'on prend comme exemple le thème général des actes de prévention et d'éducation pour la santé : seuls 2,2% des médecins généralistes évoquaient la non-rémunération comme un frein, « en revanche, interrogés avec une question ouverte, les médecins généralistes mentionnent spontanément

---

<sup>19</sup> Dans l'étude Entred [63], à propos de l'éducation thérapeutique dans le domaine du diabète, 19% des médecins généralistes citent la non-rémunération de l'activité comme un frein : résultats légèrement supérieurs à ceux rencontrés dans le Baromètre santé [1] et EVAL 2001 [6].

une rémunération spécifique comme le premier facteur favorisant de l'acte éducatif, suivi de près par le développement d'une formation continue adaptée » [1]. S'il n'est pas à exclure, ce constat doit toutefois être nuancé en matière de toxicomanie : en effet, une enquête quantitative menée auprès de médecins généralistes Londoniens [28], montre que lorsqu'il est question de travailler avec les usagers de drogues, un supplément de rémunération ne motiverait que 23% des médecins, (22% sont incertains, 55% ne le pensent pas), alors que, cette même étude, montre des chiffres nettement plus favorables lorsque la question concerne l'alcool (pensent que oui : 33%, incertains : 31%, ne le pensent pas : 36%).

Un autre facteur non étudié dans cette thèse, est la motivation à suivre une formation en toxicomanie si celle-ci est rémunérée ou non. La rémunération du temps de formation était un élément suggéré par le plan triennal 1999-2002 [8], face aux difficultés rencontrées pour mobiliser, sur les formations en addictologie, les professionnels de santé non spécialisés.

#### *4.3.2.3 FACTEURS LIMITANT L'INVESTISSEMENT DES MEDECINS DANS LES TSO*

Lorsque l'on étudie les facteurs limitant l'investissement de ces médecins dans les soins aux patients héroïnomanes, au travers des différentes réponses apportées, on peut distinguer des raisons exprimées par la majorité des médecins (qui sont essentiellement l'expression d'appréhensions, de craintes), et des facteurs plus profonds, peu repérés par les médecins comme étant des obstacles.

##### **4.3.2.3.1 . Les raisons exprimées**

###### 4.3.2.3.1.1 Aucune demande

Près de la moitié des médecins (18, 47%) n'ont « aucune demande, pas de toxicomane dans la patientèle ». Ces résultats concordent avec ceux des études nationales (EVAL 2001: 41%, p=ns), (Baromètre santé 2009 : 35,7%, p=ns).

La prévalence de la consommation d'héroïne reste faible (<1%<sup>20</sup>), et peut expliquer cette absence de demande.

Il aurait été intéressant de savoir si ces médecins questionnent leur patientèle au sujet de leur consommation de drogues illicites. Il est en effet recommandé d'aborder ce sujet de manière systématique dans l'interrogatoire sur les ATCD [1], [8], [19] ce que peu de médecins font concernant l'alcool et les drogues illicites [1].

#### 4.3.2.3.1.2 Des appréhensions

Les deux craintes exprimées par une grande majorité des médecins sont la crainte d'un effet boule de neige dans la patientèle (25/38, 66%) et la crainte de la personnalité du patient toxicomane (pas motivé, jamais à l'heure...) (24/38, 63%).

Près de la moitié des médecins (18/38, 47%) évoque également la crainte de devenir médecin dealer-fournisseur et la crainte de la violence physique ou verbale.

##### 4.3.2.3.1.2.1 Crainte de l'effet boule de neige

C'est une crainte rencontrée régulièrement dans la littérature [33], [52], [54], [59], [65], [66].

Cette crainte correspond parfois à une réalité lorsque la demande de la population est forte et que l'offre de soins est rare [65].

Dans notre étude cette crainte est nettement plus présente chez les médecins déclarant avoir vécu une expérience malheureuse (83% vs 50%, p= 0,04), et chez ceux déclarant plus de 10% de patients bénéficiaires de la CMU (86% vs 41%, p=0,005), (25% de la population des usagers de drogues sont bénéficiaires de la CMU) [4].

Ces corrélations font penser qu'il est possible que cette crainte soit le fruit d'une expérience.

Mais le Baromètre santé 2009 [1] constatait que seul 11,8% des médecins reçoivent plus de 5 patients dépendants aux opiacés par mois, et ce sont alors majoritairement des médecins investis en réseau. Dans l'étude EVAL 2001 [6], seul 7% des médecins décrivent une fréquentation plutôt élevée du cabinet par les patients toxicomanes (ces médecins sont majoritairement des médecins en réseau), les 73% restants se répartissent entre, 41% de "fréquentation plutôt faible" et 52% ne voyant pas de toxicomanes. De plus, dans EVAL 2001 seuls 18% (essentiellement des médecins en réseau) des médecins recevant des patients

---

<sup>20</sup> En 2010, la prévalence de la consommation de drogue dans l'année est de 0,2% pour les 18-64 ans et de 0,6% pour les 18-25 ans [71].

toxicomanes ressentait une augmentation de cette fréquentation sur les trois années précédant l'étude, *92% des médecins recevant des patients toxicomanes jugeaient que la fréquentation du cabinet par ces patients était stable ou en baisse*. Les études en France montrent donc que les cabinets médicaux acceptant de suivre les patients usagers de drogues ne sont pas pour autant, envahis par ce type de suivi.

De plus dans le Maine et Loire, la couverture des structures de soins spécialisées en toxicomanie est supérieure à la moyenne nationale [19]. Ces structures offrent un accès direct aux soins pour les usagers de drogues sans avoir à passer par un médecin généraliste. Enfin, les indicateurs de prévalences des consommations d'héroïne, de crack et de cocaïne et des décès par surdose sont, dans les Pays de la Loire, plus faibles que la moyenne nationale [71].

Ces éléments incitent à réfuter l'hypothèse que la crainte de l'effet boule de neige ressentie par les médecins soit la conséquence d'une réalité de terrain objective.

Cela interroge la capacité qu'ont ces médecins à refuser les demandes qu'ils ne désirent pas prendre en charge. L'enquête EVAL 2001 montre que parmi les médecins recevant des patients usagers de drogues, deux médecins sur trois refusent régulièrement de suivre un patient, attitude autant partagée par les médecins en réseau que par les autres. Les motifs de ces refus sont variables (« patient qui ne vient que pour sa dose », « non respect du contrat », « le souhait de limiter le nombre de patients toxicomanes dans la patientèle ») [6] :

- On ne peut s'empêcher de faire le lien avec la violence en médecine générale : le contexte de violence le plus fréquemment rencontré par les médecins généralistes est la demande de médicaments par un patient usager de drogues [34], [37], [36] ; l'analyse des causes de cette violence montrait que le refus de soin était une cause majeure du déclenchement de cette violence, « en particulier dans les zones à forte population d'usagers de drogues illicites » [36]. Il est peut être plus facile de justifier aux patients la non prise en charge de ce type de suivi (manque de formation, manque de temps..) que de justifier un refus de soins à certains patients seulement. De plus, les médecins dans notre étude, connaissent mal l'offre de soins en toxicomanie présente sur Angers (nous le verrons par la suite). Il est sans doute plus facile de refuser le soin à un patient si on lui indique où s'adresser (et c'est sans doute pour le patient, une source moins grande de frustration si sa demande est entendue).
- Lors des focus groupes réalisés en Australie avec des médecins généralistes prescripteurs et ex-prescripteurs de MSO, « plusieurs participants ont rapporté,

qu'avant de prendre la décision de prescrire des MSO, ils ont voulu s'assurer que le nombre de demandes soit limité par des facteurs externes (par exemple : places en pharmacie limitées, services limités de transports en commun pour accéder à leur cabinet) » [65]. La méconnaissance des structures, ou des confrères à qui adresser les patients, favorise probablement la crainte de l'effet boule de neige : les médecins ont conscience des besoins de la population, sans connaître l'offre de soins disponible - en dehors d'eux-mêmes.

#### **4.3.2.3.1.2.2 Personnalité de l'usager de drogue : menteur, pas motivé, jamais à l'heure**

Cinquante pourcents des médecins sont *plutôt* ou *tout à fait* en accord avec la proposition « la majorité des patients toxicomanes sont des menteurs, des manipulateurs », mais ils sont 63%, à considérer la personnalité du patient toxicomane comme un obstacle au suivi des patients héroïnomanes en médecine générale : c'est donc bien pour certains médecins une appréhension plus que la stigmatisation de l'ensemble des usagers de drogues.

Cette crainte correspond à certaines réalités :

- Une réalité de patients respectant difficilement le jour et/ou l'heure de leurs rendez-vous dans les premiers temps de leur suivi : une étude prospective sur un an menée auprès de 95 patients sous traitement substitutif aux opiacés retrouve que « 75% des consultations ont eu lieu avant la date prévue, avec, pour les 1355 consultations (80,5%) où un rendez-vous avait été pris, une avance moyenne de 1,75 jours » [10].

La problématique du temps est une problématique importante : « les toxicomanes (désinsérés) rencontrent de grandes difficultés pour se situer dans la temporalité sociale des institutions : les rendez-vous déplacés, repoussés, retardés et finalement non honorés (...) sont légion ». Lorsque le besoin impérieux de drogue rythme leur vie quotidienne, ils se trouvent dans l'incapacité de maîtriser leur temps. « Demander alors à un toxicomane prématurément, lorsqu'il se trouve hors du temps social, à un moment où il manque de repères temporels, de se projeter dans le futur ou dans le passé est ainsi voué à l'échec. » [23] Et « ce fonctionnement dans une temporalité distincte propre aux usagers de drogues et aux professionnels de terrain est alors source de nombreux décalages et distorsions entre les usagers et les professionnels des structures socio-sanitaires (vécus d'impuissance et d'échec, mécanisme de rejet, de disqualification et de violences mutuelles) » [23]. La sensibilisation des professionnels

de santé à cette problématique est essentielle afin que le dialogue ne se résume pas à une revendication de l'urgence par les usagers et à un refus de cette urgence par les professionnels, mais puisse s'ouvrir sur une écoute de la demande et au moins une orientation vers les structures adaptées.

- La réalité de troubles psychiatriques plus fréquents chez les patients usagers de drogue que dans la population générale. Plusieurs études estiment que 20% environ des patients usagers de drogues ont des troubles psychiatriques sous-jacents [10], [19], [41] et les pathologies psychiatriques seraient plus fréquentes encore chez les patients désinsérés et en situation précaire [40], [38]. Ces troubles psychiatriques sont sous-diagnostiqués [2], [11], souvent attribués à tort à la personnalité du patient toxicomane.
- La problématique du mensonge est également à interroger : les chiffres de plusieurs études correspondent et révèlent qu'au moins 40% des patients sous traitement, continuent à consommer des stupéfiants et/ou des psychotropes plus ou moins régulièrement [10], [75]. Parallèlement, 51% des médecins disent accompagner *toujours* ou *le plus souvent* les patients dans une démarche visant à court terme un sevrage [6]. La question est : que peut révéler le patient qui ne décevra pas le médecin, et ne le fera pas juger et/ou rejeter?
- La problématique du patient manipulateur, nous l'avons vu dans la revue de littérature est, de même que la problématique du mensonge, étroitement liée au type de relation qui se noue entre le médecin et son patient.

Mais les médecins ici, sont plus sensibles à cette problématique que la moyenne des médecins français puisque 63% considèrent « la personnalité du patient héroïnomane, sa motivation<sup>21</sup> » comme un obstacle au suivi des usagers de drogues en médecine générale contre 31% des médecins dans l'enquête EVAL 2001, (p=0,0001) [6].

Dans la littérature, l'obstacle de la personnalité du patient toxicomane, est un obstacle rapporté essentiellement par les médecins non ou peu prescripteurs de MSO [48], [59], [60]. Dans une étude menée en focus groupes [65], les médecins prescripteurs de MSO « décrivent développer une compréhension et une certaine acceptation que les patients puissent éprouver

---

<sup>21</sup> Formulation adoptée par l'enquête EVAL 2001

des revers; ils disent reconnaître plusieurs défis pour les patients en traitement : que leur mode de vie chaotique fasse qu'il soit difficile pour eux de s'organiser pour assister aux rendez-vous, ainsi que d'autres barrières telles que le coût des pharmacies ou celui des transports. » [65]

Notre enquête ne retrouve pas de différence significative sur cette appréhension, entre les médecins ayant déjà suivi des patients héroïnomanes sous traitement substitutif, et les autres. Dans notre étude, un seul médecin a suivi plus de dix patients, mais il a plus de 60 ans et n'a jamais prescrit de MSO : il fait partie des médecins qui considèrent que ces patients sont "plutôt" manipulateurs, et évoque leur personnalité comme étant un obstacle au suivi des ces patients en médecine générale.

Rappelons pour conclure que « le plus souvent, la majorité des patients sous traitement de substitution se comportent de la même manière que le reste de la patientèle » (un médecin généraliste Australien, prescripteur de MSO) [65].

#### **4.3.2.3.1.2.3 Peur de la violence physique ou verbale**

Dans notre étude, 47% des médecins disent avoir peur de la violence physique ou verbale dont peuvent être capables certains patients toxicomanes, et refuser de suivre les patients héroïnomanes en partie pour cela. Cette crainte est significativement liée au fait d'avoir au moins 10% de sa patientèle en CMU (62% vs 29%,  $p=0,04$ ).

Cette crainte est significativement plus présente dans notre étude que dans l'enquête EVAL 2001, où seul 13% des médecins citaient la peur de la violence, ( $p<0,001$ ) [6].

Plusieurs études se sont intéressées à la prévalence des agressions envers les médecins généralistes (cf. revue de littérature), le contexte d'agression le plus fréquemment rencontré est le refus de médicaments ou de soins à un patient usager de drogue : « La perception (des médecins) était que la violence perpétrée dans ce contexte (demande de médicaments par des usagers de drogues), n'est pas aussi physiquement dangereuse que celle qui se produit dans le contexte d'une maladie psychiatrique, mais est beaucoup plus fréquente » [34].

Une étude qualitative [37] montre que le premier moyen utilisé pour se prémunir du danger par les médecins préoccupés par le risque d'agression, est d'éviter les situations et les patients à risques (patients dont les ATCD, l'histoire et les pathologies comportent un facteur de risque d'agressivité). Et donc, en premier lieu, de fermer leur patientèle aux patients usagers de drogue. Cette attitude augmente paradoxalement le risque global (sociétal) de passage à l'acte agressif chez les patients usagers de drogues puisque « l'expérience répétée du rejet et de la

stigmatisation » [23] induit chez certains toxicomanes interrogés<sup>22</sup> une attitude défensive à l'égard des professionnels [23], [30]. « Personne ne veut les recevoir et ils se retrouvent à attendre là pendant des heures et des heures et ... on se retrouve avec une personne en colère (FG 1, PN 2, mâle) » [34].

Le refus de soins (pour le médecin, un moyen de protection face à un risque d'agression) participe à augmenter ce risque d'agression : ce n'est donc pas une attitude qui répond de façon satisfaisante à l'objectif qui lui était fixé.

Bien qu'ils la trouvent peu satisfaisante, les médecins évoquent une autre solution pour se protéger : exaucer la demande des patients [37].

Mais les médecins s'accordent pour dire que l'attitude idéale, « la stratégie-clé » [37], serait d'utiliser des techniques relationnelles, de négociations, afin de prévenir l'escalade des tensions. Cette compétence relationnelle est considérée par certains médecins comme une des plus complexes à acquérir [34],[37] ; pour d'autre, il s'agit juste de garder son calme, d'écouter d'avantage le patient en colère et de traiter sa demande professionnellement, comme les médecins le font pour les autres type de demande<sup>23</sup> [25].

Dans *Médecins Généralistes et Toxicomanes, qu'en attendre ?* [25] les auteurs, au travers d'un cas clinique, montrent comment, un médecin sans formation préalable, confronté à « une demande bruyante d'un toxicomane en manque, qui s'impose au cabinet et demande des médicaments » peut, en utilisant ses compétences habituelles de médecin généraliste, désamorcer le conflit d'une manière qui soit satisfaisante pour les deux partis : le médecin ne voulant pas simplement obtempérer utilise son mode de fonctionnement habituel, et examine le patient. S'il lui prescrit des anti-douleurs et des somnifères, il lui prescrit aussi des sérologies, et expose au patient les soins dont il aurait besoin sur un plan somatique. Il se refuse à prescrire la buprénorphine demandée, car il ne maîtrise pas ce traitement. Le patient, marqué par son attitude professionnelle, est ensuite revenu chez ce médecin pour entamer une démarche de soins, ce qui incita alors, le médecin à se former dans ce domaine [25].

---

<sup>22</sup> Même s'il est possible que la confrontation au rejet et à la stigmatisation touche émotionnellement tous les usagers de drogues, aucune étude quantitative ne permet de généraliser à l'ensemble des toxicomanes, l'existence d'une réaction défensive à l'égard des professionnels. Plusieurs études qualitatives permettent par contre de recueillir des témoignages allant dans ce sens.

<sup>23</sup> Le médecin généraliste est en effet souvent confronté à des patients qui, au lieu d'énoncer leur problème, demandent ce qu'ils imaginent être la solution la plus appropriée, le médecin doit revenir avec eux aux raisons d'une telle demande.

*La peur du toxicomane* diminue la capacité qu'ont les médecins à garder leur calme et à répondre de façon professionnelle face à un patient violent [34], [36], [25]. L'isolement, la sensation de n'avoir personne à qui demander conseil, augmente le sentiment de peur [41].

A l'inverse, la sensation de maîtriser suffisamment un sujet, et la sensation d'avoir suffisamment de collaborations sur les domaines mis en jeu par ce sujet, augmente le sentiment d'efficacité des médecins, et le sentiment d'être capable d'intervenir sur ce sujet [1].

Pour les auteurs de ces différentes enquêtes sur l'agression des médecins généralistes, il est nécessaire d'apprendre aux médecins à réagir de façon professionnelle face aux agressions verbales. Pour cela il faudrait « déconstruire » les représentations inappropriées sur les patients usagers de drogue, la « culture de la peur ».

Les auteurs de ces études concluent que cette compétence relationnelle devrait faire partie de la formation initiale des médecins.

#### **4.3.2.3.1.2.4 Crainte de devenir médecin dealer fournisseur**

Ici 47% (18/38) des médecins évoquent cette crainte comme un obstacle au suivi des patients héroïnomanes en médecine générale. C'est nettement plus que dans EVAL 2001 [6], où 8% seulement des médecins l'évoquaient ( $p < 0,0005$ ). De même 60% (23/38) des médecins de notre étude interrogés sur les problèmes posés par les TSO citent le problème du trafic/du détournement, contre 34% des médecins dans EVAL 2001 ( $p = 0,001$ ) [6].

Une enquête menée par l'INSERM en 2003 montrait que les patients les plus instables « *with street drug life-style, who do not have a treatment 'mind set'* », « qui abusent de médicaments facilement accessibles » [75], se rencontraient davantage en médecine générale (facilement accessible et flexible), qu'en centre de soins spécialisés. Elle révélait également que la confiance qu'ont les usagers de drogues dans la buprénorphine était moindre que pour la méthadone, avec comme conséquence, un respect moindre concernant son usage.

La crainte de devenir médecin dealer est possiblement exacerbée par la confrontation avec cette population sous buprénorphine, plus instable, bien que notre étude ne retrouve pas de différence concernant cet item entre les médecins ayant ou non déjà suivis des héroïnomanes, ni sur le pourcentage de CMU de leur patientèle (mais l'échantillon est petit).

Toutefois depuis 2004, les médecins ont la possibilité de confier les patients suspects aux médecins conseils, les allégeant ainsi de cette problématique. La présence forte de la crainte

du trafic dans notre étude pose la question de l'information réellement reçue par ces médecins sur cette mesure de contrôle mise en place par la CPAM.

En outre, cette crainte paraît disproportionnée en regard des indicateurs du détournement qui sont faibles, (et en baisse constante depuis 2002, cf. Revue de littérature).

Cette inquiétude paraît également disproportionnée au regard du bénéfice-risque des TSO en terme de santé individuelle des patients, comme en terme de santé publique.

Cela pose la question des moyens de communication utilisés par les autorités de santé pour informer les médecins sur les enjeux, les résultats des TSO, et les moyens mis à disposition des médecins pour faciliter leur bon usage.

La crainte de la diversion (utilisation à des fins non médicales ou par voie IV) et du trafic des MSO est retrouvée de façon quasi constante dans les enquêtes internationales avec des nuances toutefois :

- c'est une crainte surtout partagée par les médecins non prescripteurs ou peu prescripteurs de MSO. Comme les autres craintes, elle s'amenuise avec l'expérience [28], [48], [54], [65], [66], et elle n'est plus exprimée par les médecins très expérimentés [48], [66]. Une étude qualitative menée en 2007 auprès de médecins exprescripteurs et de médecins prescripteurs de MSO note : « les participants, après leur expérience de travail avec des patients en traitement de substitution, trouvent qu'ils sont capable de répondre de façon plus appropriée aux autres patients ayant des problèmes d'abus de drogues. Ils reportent avoir une meilleure capacité à différencier les patients ayant des problèmes de drogues différents, à détecter les différents stades de préparation au changement, et à rejeter fermement les demandes des patients qui cherchent à abuser des prescriptions » [65].
- La crainte de diversion est nettement moins présente dans les pays utilisant l'association naloxone-buprénorphine [33], [49] : dans une étude menée aux États-Unis, cet obstacle est cité en 16<sup>e</sup> position parmi 20 choix [48]. Nous l'avons vu précédemment, la diminution du risque de mésusage grâce à cette association n'est pas prouvée, mais peut-être que d'utiliser le Suboxone® rassurera un certain nombre de médecins sur ce risque (et par là même un certain nombre de patient).

#### **4.3.2.3.1.2.4.1 Synthèse sur les appréhensions exprimées par les médecins**

Les médecins de notre étude, évoquent des appréhensions quand au suivi des patients héroïnomanes en médecine générale, de façon bien supérieure à la moyenne des médecins généralistes français (lorsque l'on compare les résultats de notre étude à ceux de l'enquête EVAL 2001) [6].

Ces appréhensions traduisent une vision du patient héroïnomane marquée par la représentation stéréotypée du toxicomane. Ces craintes ne sont pas injustifiées (elles se rapportent à une minorité des patients usagers de drogue, désinsérés, sans source de revenus légaux, potentiellement violents, ayant le plus souvent une pathologie psychiatrique sous-jacente), mais elles sont disproportionnées au regard de la réalité : la plupart des patients héroïnomanes se comportent comme le reste de la patientèle [30], [65], [73].

Ces appréhensions sont également le reflet de problèmes plus profonds comme le manque d'information (crainte de l'effet boule de neige, crainte de devenir médecin dealer-fournisseur), le manque de formation (personnalité du patient, peur de la violence) et le manque de liens avec les structures spécialisées dans la prise en charge de ces patients (crainte de l'effet boule de neige, peur de la violence, crainte du trafic).

L'amplitude de ces craintes traduit peut être aussi l'expérience d'une confrontation de ces médecins avec cette minorité de patients instables. Le faible échantillon de cette étude ne permet pas de définir de différence notable entre les médecins évoquant ou non des expériences passées malheureuses. Cette hypothèse si elle se vérifiait révélerait également le manque de moyen (de collaboration et de formation) permettant aux médecins de trouver conseils et de confier ces patients à des professionnels spécialisés.

### 4.3.2.3.2 . Les raisons sous-jacentes

#### 4.3.2.3.2.1 Un manque flagrant de lien avec le dispositif spécialisé

Dans l'enquête EVAL 2001, 25% des médecins considèrent l'isolement comme un frein à la prise en charge des patients toxicomanes [6]. Le Baromètre santé 2009 montre que les médecins sont d'autant plus investis dans la prévention des addictions qu'ils déclarent avoir suffisamment de collaborations dans les domaines sociaux et psychologiques [1]. Le manque de collaborations avec les structures spécialisées en addiction et en psychiatrie est, dans de nombreuses études [33], [41], [48], [49], [52], [59] un des premiers obstacles exprimés par les médecins généralistes peu ou non prescripteurs.

##### 4.3.2.3.2.1.1 Données montrant une carence flagrante de lien avec les structures spécialisées :

Dans l'étude présente, lorsque l'on interroge les médecins sur « les freins, les obstacles au suivi des patients usagers de drogue en médecine générale », seuls sept médecins (18%) citent « l'isolement, le manque de lien avec les structures spécialisées ».

Mais 95% des médecins estiment que « les structures médico-sociales spécialisées dans la prise en charge des patients usagers de drogue ne communiquent pas assez avec les médecins généralistes, qu'elles sont mal connues ».

En outre, aucun médecin ne connaît le nouveau nom du CSST. Il n'y a eu que deux réponses à cette question, elles étaient erronées. Certains médecins ont marqué le sigle « CSST » d'un point d'interrogation.

Dix médecins (26%), ne savent pas où adresser un patient héroïno-dépendant demandeur de soins. **Un seul médecin l'adresserait au CSST.** Les vingt-sept autres (71%) l'adresserait au CHU (seize/42%), et/ou au centre méthadone (quinze/39%), et/ou à un psychologue/un psychiatre (quatre/10%).

Le constat d'une carence de liens avec les structures de prise en charge bio-psycho-sociale des patients héroïnomanes, est ici flagrant. Les médecins paradoxalement ne repèrent pas ce manque de liens comme étant un obstacle important au suivi des patients usagers de drogue en

médecine générale. Mais les obstacles exprimés de prime abord par ces médecins sont des conséquences en partie de ce manque de liens.

#### **Les obstacles exprimés par les médecins sont des conséquences de ce manque de liens :**

- La crainte de l'effet boule de neige : suite aux Focus groupes menés en Australie avec des médecins prescripteurs et ex-prescripteurs de MSO [65], les auteurs concluent « cela suggère que le désir de prescrire des MSO que peuvent avoir les médecins généralistes serait affecté par la perception qu'ils ont de leur capacité à contrôler la proportion de patients demandeurs de traitements de substitution ». De même les médecins peuvent ressentir une pression de la demande s'ils n'ont pas connaissance de l'offre de soins existante, s'ils ne savent pas où adresser les demandes qu'ils ne souhaitent pas prendre en charge. De plus le suivi des dépendances exige de travailler sur plusieurs domaines, les médecins si ils ne savent pas à qui déléguer, ressentiront probablement ce type de suivi comme étant extrêmement lourd et compliqué [11], [33], [66]. « Le burn-out, lié en partie à l'isolement professionnel et au manque de soutien, peut conduire des praticiens à cesser de s'engager avec les patients ayant des problèmes d'abus de substance » [41].
- La crainte de la violence venant des patients usagers de drogue : L'isolement favorise le sentiment que le suivi de ces patients est lourd et compliqué, et favorise le sentiment de *peur d'être agressé* [34], [41]. En cela l'isolement diminue la capacité que les médecins ont d'entendre la demande, et favorise une réaction de défense, le refus de soins, qui lui, amplifie le risque d'être agressé.
- Crainte d'être médecin-dealer fournisseur : depuis 2004, des médecins de l'assurance maladie peuvent intervenir sur les patients ayant des surconsommations excessives. Grâce à cette mesure, les médecins généralistes n'ont plus à porter la responsabilité des mesures de contrôles ni des mesures répressives lors des suivis problématiques. On peut regretter l'absence de question, dans notre étude, permettant de savoir si les médecins interrogés connaissent ce recours.

#### **4.3.2.3.2.1.2 Le besoin d'une approche pluridisciplinaire**

La manière dont les médecins, dans notre étude, suivent les patients ayant des problèmes d'alcool est instructive : par rapport aux données du Baromètre santé 2009 [1], les médecins ici suivent moins souvent les patients seuls (5% vs 17%,  $p < 0,05$ ), et sont plus nombreux à

suivre les patients alcoolo-dépendants en lien avec une structure (74 % vs 60%, p=0,05). [La proportion de médecins qui confient totalement ces patients à une structure est similaire (24% vs 23%)].

Si la grande majorité de ces médecins estiment avoir un rôle dans la prise en charge des addictions, la prise en charge pluridisciplinaire est importante, pour une grande majorité d'entre eux. D'ailleurs 32% (12/38) des médecins citent « la nécessité d'une approche pluridisciplinaire », comme étant un obstacle au suivi des patients toxicomanes, contre 6% des médecins généralistes dans EVAL 2001 [6], (p<0,001).

Le manque de coopération avec les services spécialisés est un obstacle rencontré dans de nombreux articles, traitant *des obstacles ressentis par les médecins concernant la prise en charge des usagers de drogues* [33], [41], [48], [49], [52], [59], [66].

- « Le manque d'accès à des conseils en toxicomanie », « le manque d'accès au service de psychiatrie », « le manque d'accès à des services spécialisés » font parti des cinq premiers obstacles relevés parmi un choix de 20 items, lors d'une étude menée en 2009 aux États-Unis auprès de médecins accrédités pour prescrire la buprénorphine [48].
- Plusieurs de ces études furent menées aux Etats- unis [33], [48], [66] sur des médecins ayant passé la certification pour prescrire des MSO et ayant reçu, du fait, au moins huit heures de formation à ce sujet : certains médecins n'ont jamais prescrit, d'autres ont cessé de prescrire. Respectivement 54% et 67% d'entre eux, disent qu'ils se réimpliqueraient à nouveau dans ce type de suivi si les barrières diminuaient [33] ; (les barrières mises alors principalement en avant sont : le manque d'accès à des conseils d'experts, le manque d'accès aux structures spécialisées, le manque d'accès aux services de psychiatrie). Le parallèle est intéressant à faire entre ces médecins certifiés ayant cessé de prescrire et notre étude, où dix-huit médecins (45%), évoquent une/des expériences passées malheureuses comme raison au fait qu'ils ne suivent plus de patients héroïnomanes.

Or la prise en charge pluridisciplinaire concernant les problèmes de drogue se heurte, en France :

- au manque de coordination entre les structures. « Les carences portent sur (...) la coordination entre structures, en particulier entre médecins de ville et secteurs spécialisés

et sur la prise en charge des troubles psychiatriques associés » [19]. Illustration de ce manque de coopération ville-hôpital :

- ➔ L'enquête Édupef (Éducation du patient dans les établissements de santé français) sur l'éducation du patient à l'hôpital montre que « les médecins généralistes sont rarement associés aux programmes d'éducation thérapeutique du patient développés dans les établissements de santé : ainsi, bien que les médecins traitants soient déclarés «intégrés à la prise en charge éducative du patient» par 76 % des responsables d'activités éducatives, cette «intégration» consiste essentiellement dans l'envoi de courriers réguliers aux médecins par l'établissement (68 %) et très rarement en une participation à l'activité éducative (7 %), à des réunions (3 %), ou à des conversations téléphoniques (3 %) » [74]. Un constat identique était fait lors du plan triennal 1998-2001 et lors de son bilan en 2003, dans le domaine plus spécifique des addictions [8], [19].
  
- Au manque de lisibilité du système de soins. « Manque de lisibilité, notamment pour les intervenants non spécialisés comme les médecins généralistes » [19], dû à « l'hétérogénéité du système de soins français » dans le domaine des drogues, (mélange de services publics financés par l'état, et d'associations financés soit par l'état et/ou les conseils généraux et départementaux, les villes, les dons privés).
  - ➔ Dans notre étude, la méconnaissance des structures spécialisées de prise en charge des problèmes de drogues, est flagrante.
  - ➔ Un constat similaire fut montré concernant l'éducation thérapeutique des patients [1], [63], celui d'une méconnaissance par les généralistes de l'offre de soins sur laquelle ils peuvent s'appuyer. « Ces résultats mettent en évidence *la nécessité d'une information locale, et régulièrement actualisée, sur les relais disponibles pour les médecins généralistes*<sup>24</sup> en matière d'éducation thérapeutique » [1]. Cette conclusion est également parfaitement adéquate dans le domaine de l'addiction aux opiacés.

---

<sup>24</sup> non mis en évidence dans le texte original

- Il faut nuancer toutefois l'impact des mesures permettant d'améliorer les partenariats médecine de ville-structures spécialisées, sur l'investissement des médecins, dans la prise en charge des usagers de drogue : les propositions suivantes, « *L'accès aux structures spécialisées me rendrait plus enclin à suivre ...* », « *Un support des services locaux (téléphonique/web) me rendrait plus enclin à suivre ...* » « *... des patients alcooliques/des usagers de drogues* », furent soumises à des médecins londoniens (n= 81/157, 52% de réponses) [28]. Concernant les usagers de drogues, 30% seulement des médecins approuvaient (contre près de 60% pour l'alcool), près de 30% restaient incertains, et 40% contestaient (contre moins de 20% concernant l'alcool). Cette étude montre bien l'importance encore des représentations associées aux produits. La résolution des carences structurelles présentes dans le suivi des patients héroïnomanes, ne parviendra pas, seule, à faire tomber les résistances concernant ces patients.

Les médecins, dans notre étude, sont attachés à une approche pluridisciplinaire (ce qui est conforme aux recommandations) et conscients de leur rôle dans la prévention des addictions. Concernant l'alcool, ces médecins ont manifestement les collaborations suffisantes pour travailler en lien avec d'autres intervenants, mais ce n'est pas le cas concernant les patients héroïnomanes. Notre étude montre que c'est un obstacle majeur. Mais ce n'est pas l'unique obstacle, et envisagé seul, il ne suffira probablement pas à mobiliser les médecins sur ce type de suivi. Toutefois une meilleure connaissance des structures où adresser les patients donne aux médecins une possibilité de répondre à d'éventuelles demandes de soins autrement que par le refus. De ce fait, c'est sans doute l'obstacle premier à prendre en compte pour améliorer les conditions d'accès aux soins des usagers de drogues. Ce d'autant plus, que les médecins ici sont *demandeurs* de plus de communication de la part des structures spécialisées : 95% des médecins estiment qu'*elles devraient* communiquer d'avantage avec les médecins généralistes.

#### 4.3.2.3.2.2 Un manque de formation

Le manque de formation est reconnu par la littérature internationale comme étant un obstacle majeur à l'implication des médecins généralistes dans le suivi des héroïnomanes sur leur dépendance (cf. revue de littérature).

Dans notre étude, 68% (26/38) des médecins considèrent que « quelque soit l'addiction les médecins généralistes ne sont pas assez formés sur l'accompagnement au changement et la gestion des rechutes ».

Pourtant ils ne sont que 47% (18/38) à désigner le manque de formation comme étant un obstacle à la prise en charge des patients héroïnomanes en médecine générale (c'est tout de même d'avantage que dans l'enquête EVAL 2001 (31%;  $p=0,04$ ) [6]. Ils ne sont même que sept, (18%) à désigner le manque de formation comme une des raisons qui fait qu'ils ne suivent pas ou plus de patients héroïnomanes.

→ On retrouve ce paradoxe dans les déclarations des médecins, lors de l'évaluation par l'OFDT, d'une formation de médecins généralistes au RPIB en matière d'alcool [55] : « Avant la formation, les dispositions des médecins généralistes quant aux difficultés pour aborder les questions d'alcool révèlent dans l'ensemble une représentation assez traditionnelle de ces questions. Ainsi, parmi tous les obstacles proposés à leur appréciation quant à ce qui rend difficile d'ouvrir le dialogue sur l'alcool, les médecins pointent clairement les caractéristiques des patients sur ce sujet. A l'opposé, tous les éléments qui engagent leurs aptitudes ou contraintes professionnelles ne sont pas perçus comme des obstacles importants. »

L'enquête menée sur la formation RPIB, montre pourtant qu'avant la formation, la majorité des médecins présente de grandes lacunes en terme de connaissance, comme de mise en pratique, dans l'intervention précoce et brève comme dans le repérage des problèmes d'alcool. Or suite à une formation courte (le plus souvent d'une seule séance en soirée), on retrouve, un an après, chez les médecins formés, une nette amélioration des connaissances en matière de seuil ou d'outils, un accroissement important du sentiment de capacité à intervenir, et une forte transformation des pratiques vers un repérage systématique, et vers une intervention précoce et brève plus complète.

Dans l'étude présente, alors que seule une petite moitié de médecins considère le manque de formation comme un obstacle au suivi des patients héroïnomanes en médecine générale, les

réponses révèlent, pour une grande majorité des médecins, des lacunes importantes en termes de connaissances sur les objectifs du traitement de substitution, et en termes de compétences cliniques sur l'accompagnement au changement.

#### **4.3.2.3.2.2.1 Des traitements de substitution non envisagés comme un moyen de réduire les risques et les dommages**

Comme le rappelle le plan triennal 1998-2002 les objectifs de la politique de substitution sont :

- « favoriser une insertion dans un processus thérapeutique et améliorer le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique ;
- stabiliser la consommation de drogues illicites et réduire le recours à la voie injectable, source de transmission virale et infectieuse ;
- favoriser l'insertion sociale » [8].

La conférence de consensus de 2004, sur la place des TSO, précise : « la finalité de l'utilisation des TSO est de permettre aux patients de modifier leur consommation et leurs habitudes pour recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie » [21].

Dans notre étude :

- plus d'un tiers des médecins (37%) ne parviennent pas à mentionner un objectif au TSO ;
- la grande majorité des autres médecins (16/24) répondent *le sevrage de l'héroïne* (deux médecins nuancent et parlent « d'arriver au sevrage » ou de « sevrage progressif », ils ne citeront pas d'objectif secondaire) ;
- huit médecins seulement, répondent différemment (21%), réponses que l'on peut classer ainsi :
  - *favoriser l'adhésion à une proposition de soins* : « Sensibiliser le patient », « proposer une démarche d'accompagnement de soins », « rentrer dans un cadre plus rassurant », « suivi régulier » ;
  - *réduire les risques pour le patient* : « éviter les injections », « arrêt de la toxicomanie sauvage », « le décrochage de la consommation + resocialisation », « arrêt du cercle vicieux ». Ces médecins n'ont pas pu citer d'autres objectifs (« NSP »).

- Seul huit médecins (21%) évoquent un deuxième objectif au traitement :
  - cinq proposaient le sevrage en premier objectif, leurs réponses sont : « Le sevrage du TSO lui-même », « l'arrêt du trafic », « la resocialisation », « l'aide à l'équilibre psychologique », « la réinsertion sociale » ;
  - trois médecins évoquaient comme premier objectif de permettre un premier contact avec le patient, leur réponses sont : « Discipline », « Sortir des réseaux illégaux », « Créer un lien thérapeutique ».

Au total, quatre réponses évoquent le lien thérapeutique et seules sept réponses correspondent à un autre objectif de réduction des risques, ce terme n'est jamais évoqué en lui-même, et aucun médecin n'évoque plus d'une composante de cette réduction des risques.

#### **4.3.2.3.2.2 Des médecins peu convaincus de l'utilité du traitement de substitution en médecine générale**

Un seul médecin est *tout à fait* convaincu du bien fondé de la prescription de MSO en médecine générale, contre neuf médecins convaincus du contraire (24%). Dix (26%) ne savent pas quoi en penser, et les dix huit médecins restants (47%) sont mitigés (13 *plutôt*, 5 *plutôt pas* convaincus).

Dans notre étude, les inconvénients suivants du traitement substitutif, préoccupent chacun, plus de la majorité des médecins : *les difficultés de sevrage des médicaments de substitution* (66%, 25/38), *la crainte du détournement (du trafic)* (60%, 23/38), et *le suivi difficile de ces patients en médecine de ville* (58%, 22/38). *La polytoxicomanie* gêne encore 40% des médecins (15/38), et *les injections de buprénorphine* 16% d'entre eux (6/38). Ces médecins relèvent d'avantages les inconvénients liés aux traitements de substitution que leurs avantages (nous l'avons vu, la réduction des risques et des dommages pour le patient, l'amélioration de la qualité de vie sont extrêmement peu cités). Les médecins de notre étude sont significativement plus nombreux à évoquer ces problèmes que l'ensemble les médecins interrogés dans EVAL 2001 [6] (se référer au tableau XXV ci après).

TABLEAU XXV. Comparaisons des Opinions des médecins généralistes interrogés lors de notre étude et de l'enquête EVAL 2001, concernant les principaux posés par les médicaments de substitution.

	EVAL 2001 (n=306)	Thèse (n=38)	p-value
	%		
Les difficultés de sevrage des médicaments de substitution	39	66	p<0,001
La crainte du détournement (du trafic)	34	60	p=0,001
Le suivi difficile de ces patients en médecine de ville	15	58	p<0,001
La polytoxicomanie	NR	40	
Les injections de buprénorphine	10	16	NS

NR: non renseigné / NS: non significatif

Dans l'enquête EVAL 2001 [6], les médecins qui estiment le bilan de la substitution *positif* ou *plutôt positif* mettent en avant les avantages de la réduction des risques (progrès des patients sur le plan social, sur le plan sanitaire, l'amélioration de la qualité de vie, la baisse de la délinquance). A l'inverse, les médecins qui ont un avis contraire ou mitigé sur la question, évoquent surtout, comme les médecins de notre étude, le problème de dépendance au produit de substitution « *l'absence de sevrage* », « *qui ne fait que remplacer une dépendance par une autre* » [6]. Ils n'entrevoient donc pas les bénéfices qu'apportent la dépendance aux médicaments de substitution sur la dépendance aux opiacés illégaux<sup>25</sup>. Les autres éléments mis en avant par ces médecins sont, comme dans notre étude, « *la crainte du détournement, du trafic* », et « *le suivi difficile de ces patients en médecins de ville* ».

Même si ce n'est pas exactement la même question, il est intéressant de comparer les opinions rapporter par l'enquête EVAL [6] sur le bilan des traitements de substitution, aux réponses des

25 L'héroïne légale, pure, fut testée à plusieurs reprises en tant que médicament de substitution, [31], elle est actuellement autorisée en Suisse dans ce cadre et semble à nouveau montrer de bons résultats.

médecins ici, vis à vis de l'affirmation « *c'est une bonne chose que les médecins généralistes soient autorisés à prescrire des traitements de substitution* » : 37% des médecins ici jugent que c'est *plutôt une bonne chose* (une seule réponse *tout à fait*) contre 55% des médecins généralistes dans EVAL qui estimaient le bilan des TSO *positif* ou *plutôt positif*, ( $p < 0,03$ ). La proportion de médecin mitigé (*plutôt pas*) est également moindre ici, (13% vs 36%,  $p < 0,003$ ). La proportion d'avis contraire est par contre nettement plus élevée, (24% vs 9%,  $p < 0,02$ ). A noter que 26% des médecins ici (10/38) n'ont pas d'avis sur la question, (ce taux, dans l'enquête EVAL, était négligeable).

Les médecins ici font donc partie de la catégorie des médecins la moins favorable aux TSO, mettant en avant, que cela remplace une dépendance par une autre, sans entrevoir les avantages - démontrés aujourd'hui - en termes de réduction des risques et d'amélioration de la qualité de vie pour le patient.

La représentation du sevrage comme étant *L'*objectif du traitement de substitution est probablement en cause dans cette vision négative des MSO : pouvoir envisager l'utilisation des MSO dans un objectif de réduction des risques et des dommages et non dans une optique de sevrage demande de changer de paradigme [57], [58].

#### **4.3.2.3.2.2.3 Une culture de sevrage**

Seize médecins (42%) pensent que le sevrage de l'héroïne est le premier objectif du traitement de substitution et seul huit médecins (21%) pensent que non. Ce résultat est corroboré par les réponses sur les principaux problèmes posés par les TSO : la difficulté de sevrage arrive en tête, elle est problématique pour 66% des médecins.

On l'a vu précédemment, cette culture de sevrage provient en partie, d'une culture médicale auparavant tournée vers ce concept (tant pour l'alcool que pour les autres drogues), et en partie également de l'impensable culturel qu'est l'héroïne.

Or depuis les travaux de Carl Rogers à partir de 1942, sur la notion de « relation d'aide », les techniques d'intervention motivationnelles, de type non-confrontant, qui *n'imposent pas* un objectif au patient se sont développées et ont montré dans le domaines des addictions quelles qu'elles soient une efficacité supérieure aux interventions de type confrontant [1], [8], [11], [15], [42].

Mais ces méthodes de travail sous entendent un changement de paradigme (« Less is better » prône à présent l'OMS concernant l'alcool). Ce changement de paradigme avait été annoncé

pour la première fois au niveau national par le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1998-2001) : « les évolutions de la problématique des drogues - (...) - appelaient des solutions pragmatiques. Un traitement du problème des comportements d'usage et non des produits devait permettre une approche plus globale. Une stratégie de prévention prônant exclusivement l'abstinence était jugée peu pertinente » [8].

« Le programme “Less is better” de l’OMS vise à promouvoir la diffusion à grande échelle du RPIB (repérage précoce et intervention brève) en pratique de routine. (...) Toute intervention brève observe les composantes suivantes: elle s’adresse aux buveurs excessifs et vise en priorité une réduction de leur consommation d’alcool, et non une abstinence. Une attitude fondée sur l’empathie, *l’absence de jugement et sur le respect de la responsabilité du patient vis-à-vis de son comportement*<sup>26</sup> est recommandée au praticien. On s’accorde pour résumer les étapes d’une intervention brève par l’acronyme FRAMES<sup>27</sup> »[55]. L’OFDT ajoute : « les formations ambitionnent bien plus que l’acquisition de connaissances supplémentaires en matière d’alcool. Leur objectif est de favoriser *l’intériorisation de nouvelles représentations relatives au produit*<sup>28</sup> et l’adoption de pratiques de prévention et d’éducation à la santé transposables à d’autres conduites à risque. »

De plus, cette culture de sevrage est probablement source de déceptions, puisque plus de 40% des patients en substitution aux opiacés consomment encore de l'héroïne ou de la cocaïne plus ou moins régulièrement [10], [75]. La poursuite d'une certaine consommation de drogue en parallèle du traitement peut être vécue par les médecins comme un échec, le signe d'un manque de motivation et de bonne volonté du patient, alors qu'elle reflète la réalité d'un processus de « décrochage<sup>29</sup> » souvent long et progressif [21], [57], [58]. Une étude prospective sur un an, réalisée auprès de médecins généralistes membres d'un réseau ville-

<sup>26</sup> Non souligné dans le texte original.

<sup>27</sup> Développé dans la revue de littérature.

<sup>28</sup> Non souligné dans le texte original.

<sup>29</sup> terme emprunté à un participant à l'enquête

hôpital, et de 95 de leurs patients en traitement de substitution, montre que, globalement, les consommations régulières d'héroïne, de benzodiazépines et de cocaïne ont significativement diminuées au cours de l'étude [10].

Notre étude fait le constat de médecins peu convaincus de l'utilité des TSO en médecine générale, mais ces médecins sont attachés au sevrage de l'héroïne. C'est un obstacle majeur, car mettre l'accent sur cet objectif est souvent trop ambitieux pour le patient qui débute un traitement et est donc source d'échec et de déception [10], [11], [15], [21], [30], [47]. À l'inverse, une prise de conscience des bénéfices d'un traitement en terme de réduction des risques et des dommages pour le patient, permettrait peut être que ces médecins soient plus convaincus de son utilité dans le traitement de la dépendance opiacée.

#### **4.3.2.3.2.2.4 Des médecins en demande de formation en éducation thérapeutique des patients (ETP)**

Même si cette étude retrouve des médecins plus à l'aise que dans le Baromètre santé sur l'ensemble des thèmes, l'usage de drogue reste un des thèmes les plus difficiles à aborder avec les patients. En effet, tous les médecins se sentent à l'aise pour aborder les sujets du Tabac, du dépistage des cancers ou de l'exercice physique, et presque tous le sont quand au surpoids (37/38) et à l'alcool (35/38), mais pour près d'un quart des médecins l'usage de drogue reste un sujet difficile à aborder avec leurs patients, (différence statistiquement significative avec la question concernant le tabac,  $p=0,002$ ).

Le Baromètre santé 2009 montre que « la facilité (à aborder un sujet avec les patients) serait moindre lorsqu'il s'agit d'un sujet touchant à l'intime, avec une dimension éducative, et vis-à-vis duquel le médecin craint de n'être *pas assez outillé* pour la prise en charge : consommation d'alcool ou de drogue, vie affective et sexuelle » [1].

Dans notre étude, 68% des médecins considèrent ne pas être assez formés, quelque soit l'addiction, sur l'accompagnement au changement et sur la gestion des rechutes.

Ces médecins sont donc potentiellement demandeurs de formation sur ces domaines. (Cette proportion ne diffère pas de celle rencontrée dans le Baromètre santé 2009 où 66% des médecins généralistes non encore formés en ETP désiraient suivre une telle formation) [1]. Il est intéressant de voir qu'un an après la formation sur le RPIB et l'alcool, le sentiment de

n'être *pas assez outillé* ne constitue plus un frein pour aborder l'alcool chez la plupart des médecins formés [55].

#### **4.3.2.3.2.2.5 Réflexions sur la forme de la formation, susceptible d'intéresser ces médecins**

Notre étude n'interrogeait pas les médecins sur les freins rencontrés pour suivre une formation dans ces domaines. Dans le Baromètre santé 2009, parmi les médecins n'ayant jamais suivi de formation en ETP, 34% n'envisageait pas de se former. Ils évoquaient pour cela deux types de motifs [1] :

- le manque de temps (57,9%). Dans notre étude, si 16% seulement des médecins ont évoqué le manque de temps comme une des raisons pour laquelle ils ne suivent pas de patients héroïnomanes, près de la moitié des médecins ont évoqué ce sentiment comme un élément rendant difficile le suivi de ces patients en médecine générale. Conséquemment on peut penser que le sentiment de manquer de temps pour de telles prises en charge limitera également le désir de se former dans ce domaine. Cette hypothèse est corroborée par une étude récente sur les médecins généralistes du Maine-et-Loire qui prescrivent la méthadone en relais des centres [68] : les médecins intéressés mais peu investis (moins de 5 patients) ou ceux qui effectuent ce suivi par commodité pour leur patient, déclarent manquer de temps pour se former.
- Et/ou l'idée que ces compétences étaient acquises avec la pratique (45,6%), la formation initiale (15%) ou relevaient de dons naturels (17,5%). Cette représentation des compétences en ETP relevant de l'expérience ou de dons naturels constitue, selon les auteurs du Baromètre santé, un frein à la diffusion de cette pratique. Un travail, pour faire comprendre aux médecins « qu'il s'agit d'une pratique qui relève de différents savoir », semblait selon eux important. C'est peut être le cas, dans notre étude, pour les 32% de médecins qui ne considèrent pas être insuffisamment formés sur l'accompagnement au changement et sur la gestion des rechutes.
- La méconnaissance de l'offre de formations locales dans le domaine des addictions est peut être également un obstacle vu le peu de liens des médecins de notre étude avec les structures spécialisées. L'étude Entred sur le diabète avait constaté que les médecins généralistes connaissaient mal l'offre de formation en ETP [63].

Le plan triennal 1998-2001 soulignait la difficulté à mobiliser les professionnels non spécialisés sur les formations concernant les addictions, notamment en toxicomanie.

La littérature permet de définir certains critères concernant les formations, qui les rendent plus attractives :

- des formations courtes, intégrées dans le réseau local de formation médicale continue (FMC), utilisé par les médecins généralistes. Dans le Baromètre santé 2009 [1], « la plupart des médecins souhaitant se former en éducation opteraient pour des formations courtes ». Pour résoudre le problème du manque de disponibilité des médecins, les organisateurs des formations sur *le RPIB et l'alcool* [55] ont cherché à s'intégrer aux réseaux locaux de FMC, ainsi 80% des séances ont eu lieu en soirée, les formations se sont déroulées sur une seule séance dans 60% des cas. Les résultats à un an de ces formations ne sont pas significativement différents entre les formations d'une ou plusieurs séances. Les formations courtes sont efficaces. L'intégration des formations dans les supports de FMC déjà utilisés par les médecins généralistes a montré son efficacité pour toucher des médecins non préalablement investis dans un domaine [55].
- Des formations en ETP abordant certains thèmes en priorité. « L'accompagnement au changement », « proposer et négocier des objectifs avec le patient », « mieux cerner ses problématiques et ses besoins », « l'entretien motivationnel », sont des thèmes qui intéressent les médecins, et qui sont communs aux différentes addictions ; les médecins, par ailleurs, favorisent les formations abordant les maladies chroniques les plus bio-médicales<sup>30</sup> [1], [8], [28]. Une formation proposant d'aborder ces thèmes, non exclusivement dans le domaine des drogues illicites, mais de façon plus généraliste, dans les problématiques de tabac, d'alcool, ou de surpoids, recueillerait probablement d'avantage l'attention des médecins généralistes. L'OFDT soulignait qu'un objectif des formations sur le RPIB et l'alcool était « l'adoption de pratiques de prévention et d'éducation à la santé transposables à d'autres conduites à risque » [55], (on peut regretter que paradoxalement seul 8% de ces formations ont élargi leur problématique à d'autres types de comportements addictifs).
- Des formations concrètes, basées par exemple sur des jeux de rôle, recueillent un taux de satisfaction élevé de la part des médecins [55], [8], à l'inverse des formations plus abstraites [8]. Des thèmes concrets, correspondant aux préoccupations pratiques des

---

<sup>30</sup> « on trouve ici une certaine reproduction du modèle de la formation initiale des médecins » [1].

médecins mobiliseraient leur attention peut être d'avantage qu'un sujet généraliste sur la prise en charge du patient toxicomane. A titre d'exemples : *savoir réagir en cas d'agression verbale, comment réagir en cas de suspicion de détournement de médicament psychotrope*, sont des sujets répondants directement aux craintes exprimées par les médecins dans notre étude.

- Des formations favorisant la rencontre des différents partenaires locaux. Afin de mieux faire évoluer les représentations des soignants, et de favoriser la rencontre et la création de liens entre les différents acteurs intervenants sur les addictions, le plan triennal 1998-2001 proposait de [8] :
  - ➔ faire intervenir dans les formations les spécialistes locaux et les membres des réseaux (médecins généralistes/pharmaciens), afin que se noue des liens et des partenariats ;
  - ➔ favoriser dans les formations la présence d'un public mixte, issu des différents secteurs (médical/ psychologique/ social) impliqués dans le soin ;
  - ➔ permettre l'acquisition d'une culture commune aux différents professionnels (« leur complémentarité dans le domaine de l'action publique se heurte à leur méconnaissance des logiques d'intervention propres aux autres acteurs ») [8]. Une culture commune sur les similitudes retrouvées dans les approches biologiques, psychologiques et sociales des comportements addictifs (une approche par comportement et non par produit) et sur les théories et les outils permettant d'accompagner et de motiver efficacement les changements de comportement (le RPIB).

#### 4.3.2.3.2.3 Un manque d'information

Dans notre étude, 60% des médecins ont 50 ans ou plus, et 71% des médecins se sont installés avant 1998. La politique de substitution s'est mise en place après leurs études. Non formés lors de leurs études, ces médecins manquent de sources d'informations sur les enjeux et les moyens de ces traitements :

- le manque d'information de ces médecins sur les structures de soins spécialisées en toxicomanie est flagrant, nous l'avons déjà évoqué. Rappelons seulement que 95% des

médecins ont le sentiment que *ces structures sont mal connues, et qu'elles devraient d'avantages communiquer avec les médecins généralistes.*

- Quelle information ces médecins ont-ils reçu sur les TSO et sur leur impact positif (qualité de vie des patients, réduction des risques) ? Ont ils ont eu connaissance de la conférence de consensus de 2004 sur l'usage des TSO ? Leurs réponses très axées sur l'objectif de sevrage, qui évoquent peu les objectifs des TSO énoncés par les instances nationales, font supposer que non. (Par exemple, en 2003, moins d'un quart des médecins généralistes avaient eu connaissance de la conférence de consensus sur le sevrage tabagique éditée en 1998) [8].
  
- Au vu de la proportion importante de médecins évoquant la «  *Crainte du trafic et de devenir médecin-dealer* », on peut se demander si ont ils été informés des données scientifiques permettant d'estimer le détournement ou si cela reste un risque abstrait pour eux. On peut se demander également si ils connaissent la possibilité de recours à un médecin conseil mise en place depuis 2004.
  
- La crainte de l'effet boule de neige est très présente chez ces médecins. Une information des médecins sur le réseau local en toxicomanie permettrait sans doute de les rassurer sur cette crainte si une réelle collaboration est engagée par ailleurs, entre les médecins du réseau et les médecins généralistes.

Un des objectifs du plan triennal 1998-2001 était d'organiser la diffusion des informations sur les sites officiels, afin que le grand public, comme les professionnels puissent avoir un accès facile à une information scientifique à jour [8]. En effet, les auteurs constataient la présence sur le web de multiples portails officiels d'informations [ l'OFDT, l'INSERM, le CESAMES (Centre de recherche psychotropes, santé mentale et société), la MILDT, le CNRS, et le réseau TOXIBASE, L'INPES, l'InVS, le CEIP ], chacun diffusant ses propres recherches, sans centralisation ni organisation des informations. Il s'agissait également en 1998 de développer la recherche (afin d'évaluer la diffusion de la consommation de drogue au sein des différents types de population, l'impact et le suivi des consommations de MSO, l'évolution des perceptions des soignants et du grand public concernant les usagers de drogue

et les traitements), pour fournir aux décideurs et aux professionnels de santé, des supports d'analyse objectifs.

La recherche s'est développée de façon satisfaisante grâce à la mise en place de plusieurs dispositifs de recueil d'informations permettant des évaluations régulières (TREND, SIAMOIS, OPPIDUM, relevés CAARUD, enquêtes EVAL, ERROP, ESPAD, ESCAPAD, Baromètre santé), et l'accès en ligne aux résultats de ces évaluations est effectif et en grande partie centralisée par l'OFDT [8]. Mais « cette exhaustivité nuit à la lisibilité du site » concluait le rapport d'évaluation du plan triennal 1998-2001 [8]. Le plan triennal 2004-2008 constatait que le réseau de diffusion des informations en ligne « n'offraient pas, aux professionnels non spécialisés et notamment aux médecins de ville, de moyen synthétique et simple d'accéder aux informations utiles à leur pratique » [19].

Dans de nombreuses études étrangères concernant la prescription de MSO en médecine de ville, les médecins souhaiteraient avoir un support web de référence délivrant des guides d'aide à la pratique (“guidelines”) [33], [48], [49], [66], [76]. Plusieurs études américaines montrent que cette demande est nettement plus présente chez les médecins n'ayant pas ou peu d'expérience de suivi de patients sous MSO [48], [66]. « Le besoin prolongé de références pratiques en ligne et d'un support d'experts n'est pas surprenant étant donné le peu d'attention accordé à la dépendance aux drogues et à son traitement dans le cursus universitaire médical » [33].

En France, on retrouve ce besoin également dans le diabète, dans l'étude Entred [63] « seuls 13% des généralistes et 19% des spécialistes estiment qu'il existe suffisamment de supports disponible ». « Parmi les supports qui seraient jugés nécessaires figurent des outils d'aide à la consultation pour les professionnels (32% des généralistes et 40% des spécialistes), des outils d'aide à la préparation de la consultation pour les patients (28% des généralistes et 35% des spécialistes), et des recommandations de pratiques cliniques sur la démarche éducatives pour un quart des médecins interrogés (26% des généralistes et 25% des spécialistes). »

Actuellement il n'existe toujours pas de portail web à l'intention des professionnels de santé non spécialisés, qui centralise :

- les principaux résultats des différentes enquêtes ;
- les informations locales pratiques (les coordonnées des structures spécialisées, les coordonnées du médecin référent de la CPAM, les offres de formation) ;

- des guides d'aide à la pratique (modalités de mise en place d'un TSO, modalités d'adaptation des traitements, que faire en cas de suspicion de détournement, stratégie de soins en cas de demande de sevrage, conduite à tenir en cas d'injonction thérapeutique du patient, conduite à tenir lors de voyage à l'étranger avec des MSO etc.).

### **4.3.3 LIMITES DE CETTE ETUDE**

- En raison du faible effectif de l'échantillon, les résultats de cette étude sont informatifs au travers des grandes lignes qu'ils dessinent, mais ils ne permettent pas d'identifier précisément différents profils d'opinion au sein des médecins (en fonction de l'âge, du sexe, de l'exercice seul ou en groupe, ni même en fonction des expériences préalables des médecins dans ce domaine). Or, parmi les médecins de l'échantillon 2, sans doute que certains plus que d'autres, seraient prêts à s'investir sur les TSO si les obstacles diminuaient.
- On peut également reprocher à cette étude certaines carences :
  - ➔ l'absence de question sur le dépistage et le suivi somatique de ces patients ne permet pas de dire si les médecins généralistes interrogés refusent juste de suivre les patients usagers de drogue concernant leur TSO et par ailleurs acceptent le suivi des complications somatiques et des sérologies, ou s'ils n'abordent pas du tout ce sujet avec leurs patients.
  - ➔ Le questionnaire ne permet pas de définir non plus si ces médecins acceptent ou non de prescrire des MSO en dépannage de façon occasionnelle.
  - ➔ Il aurait été également intéressant d'interroger ces médecins sur les propositions de formation qui s'offrent à eux dans ce domaine : sont elles fréquentes et accessibles, absentes ?

## 4.4 CONCLUSION

Cette enquête locale portait sur un échantillon de faible effectif, pourtant des obstacles majeurs, à l'implication des médecins dans les TSO, sont nettement identifiables tant les réponses des médecins sont parfois homogènes. Ces médecins souffrent d'une carence majeure d'information concernant les objectifs des TSO et les structures locales spécialisées en toxicomanie (CSAPA, centre méthadone). Ils expriment également, dans leur grande majorité, un manque de formation sur l'accompagnement au changement et la gestion des rechutes. Ce manque de formation et d'information maintient ces médecins dans une vision traditionnelle, stéréotypée du patient héroïnomane, dominée par la peur (de l'effet boule de neige, de la violence, du trafic), et dans une vision également traditionnelle de l'addiction : la plupart des médecins amalgament le soin avec le sevrage, ils reportent les difficultés du suivi sur les caractéristiques des patients (manque de motivation, patient manipulateur, etc.).

Pour autant, même si ces médecins ne souhaitent pas ou plus s'investir actuellement dans ce type de soins, ils ne sont pas dans le rejet de l'héroïnomane : ils considèrent les personnes héroïno-dépendantes comme ayant besoin de soins, ils sont empathiques et en grande majorité conscients de leur rôle dans le repérage des addictions. Ces médecins sont même demandeurs de plus de communication de la part des structures de soins spécialisées (95%). Plus de deux tiers d'entre eux estiment ne pas être assez formés dans l'accompagnement au changement et la gestion des rechutes quelle que soit l'addiction, et seraient donc potentiellement intéressés par une formation sur ce domaine.

L'urgence, consiste à informer ces médecins sur les structures de soins spécialisées existant sur Angers (ex: plaquettes de présentation/ visiteur médical), afin qu'ils puissent répondre aux demandes de soins par une orientation des patients vers ces structures [plus d'un quart des médecins ne savent pas où adresser un patient héroïnomane, un seul médecin (5%) aurait recours au CSST].

Une formation sur le RPIB, (en abordant ce thème sur les addictions en général, ou sur d'autres addictions que les drogues illicites et en élargissant par la suite la problématique), répondrait à la demande des médecins d'être formés sur l'accompagnement au changement et la gestion des rechutes. Si cette formation est effectuée par le CSAPA, elle permettrait aux médecins de rencontrer leurs confrères spécialisés, de ressentir la possibilité d'une prise en

charge pluridisciplinaire dans le domaine des addictions. Cette formation permettrait également de sensibiliser les médecins à la problématique de l'usage de drogues. Ces formations s'inscriront idéalement dans les supports de FMC déjà existants au niveau local.

Informar ces médecins sur les objectifs des TSO est important, c'est leur permettre de concevoir le traitement autrement que dans l'objectif unique d'abstinence, et donc d'en entrevoir les bénéfices. Ce changement de paradigme, en modifiant la perception que le médecin a du traitement modifie le rapport de la relation médecin-patient. L'arrivée du Suboxone® sur le marché peut être l'occasion d'un rappel de ces objectifs. Une campagne de communication des structures locales spécialisées auprès des médecins généralistes peut être une autre occasion de rappeler les grandes lignes de la conférence de consensus de 2004.

Les médecins généralistes qui cherchent à s'investir dans les TSO doivent être soutenus par des supports facilement accessibles en consultation. Deux types de supports sont régulièrement demandés par les médecins dans la littérature : l'accès à un portail web, clair et pratique, regroupant les informations locales pratiques et des référentiels de pratique clinique (*guidelines*) et l'accès facile à des conseils téléphoniques d'experts (médecins généralistes ou spécialistes).

La présence de tels supports est importante pour soutenir l'implication des médecins dans les traitements substitutifs à l'héroïne : sur Angers, parmi l'ensemble des médecins installés, un quart des répondants (57% de réponses) se disent déjà prêts à prendre en charge des patients héroïnomanes. Or il a été montré que l'absence de tels supports favorise le désinvestissement des médecins généralistes dans ce type de prise en charge.

## 5 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Gautier A.,dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint - denis:Inpes,coll.Baromètres Santé, 2011;266 p.  
[www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf)
- [2] Reynaud M, Bailly D, Venisse JL. Médecine et addictions: Peut-on intervenir de façon précoce et efficace. Paris : Ed Masson;2005.
- [3] Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P. Penser les drogues: perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002. OFDT 2003;1-211
- [4] Canarelli T, Coquelin A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Premiers résultats d'une analyse de données de remboursement concernant plus de 4500 patients en 2006 et 2007. Tendances. OFDT 2009;65:1-6.
- [5] Source internet: GERS /SIAMOIS/InVS et CNAMTS/Estimations OFDT : Traitement de substitution aux opiacés: nombre d'usagers de drogues traités par buprénorphine haut dosage (Subutex®) et méthadone –Evolution 1995-2005
- [6] Duburcq A, Pechevis M, Colomb S, Marchand C, Palle C. Evolution de la prise en charge des toxicomanes, Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001.OFDT 2002;20:1-86
- [7] Canarelli T, Coquelin A. Les traitements de substitution aux opiacés en France. Analyse de données de remboursement concernant plus de 4500 patients en 2008. 6èmes Ateliers de la pharmacodépendance et addictovigilance. OFDT 2010; 1p - OFDT. Fr
- [8] Setbon M, Guérin O, Karsenty S, Kopp P. Evaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002). OFDT Sept 2003;1-348.
- [9] Kelleher S. Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accid Emerg Nurs.* 2007 Jul;15(3):161-5. [PubMed]
- [10] Perdriau JF, Bâcle F, Lalande M, Fontaine A. Suivi de patients usagers de drogues en médecine Générale, étude prospective de suivi de 95 patients, Approche quantitative. OFDT 2001;71p.

- [11] Morel A, Herve F, Fontaine B. Soigner les toxicomanes, 2<sup>o</sup> édition. Paris: Ed Dunod;2003.
- [12] Meyers C. Mythologies, histoires, actualités des drogues. Paris: Ed L'Harmattan;2007.
- [13] Dugarin J. Adaptation du système de soins français en toxicomanie depuis 35 ans. Psychotropes 2008;14(1):9-20 [PubMed]
- [14] Roques B. Rapport au secrétariat d'Etat à la santé. La Dangerosité des drogues. (Préface de Bernard KOUCHNER). Paris: Ed Odile JACOB;1999.
- [15] Morel A, Couteron JP., Les conduites addictives, Comprendre, prévenir, soigner. Paris: Ed Dunod;2008.
- [16] HAS. Commission de la transparence. Avis de la commission: Suboxone 2mg/0,5mg et 8mg/2mg. 16 avril 2008. 12p. *Disponible en ligne.*
- [17] Site web de la MILDT (mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie) <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/actions-et-mesures/soins-insertion-reduction-des-risques/structures-de-soins/dispositifs-specialises/>
- [18] Morel A. Traitement de substitution à la buprénorphine: l'expérience française. Centre de documentation de l'Hôpital Marmottan 2000;37p  
[http://www.hopital-marmottan.fr/spip/IMG/pdf/dossier\\_bupren.fr](http://www.hopital-marmottan.fr/spip/IMG/pdf/dossier_bupren.fr)
- [19] MILDT. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. 125p. *Disponible en ligne.*
- [20] MILDT. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011: grandes lignes et mesures phares. *Disponible en ligne.*
- [21] CONFERENCE DE CONCENSUS: Stratégie thérapeutique pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitution. Presse Med 2004; 33;18 (suppl):41-7
- [22] Le Reste P. Drogues et société. Paris: Ed L'Harmattan; 2001.
- [23] Panunzi-Roger N. Enquête sur le site français (département du nord), la place des usagers de drogues et des professionnels de terrain dans la construction sociale des drogues. Psychotropes 2001/3;7:49-72.
- [24] Assailly JP. Les conduites à risque des jeunes: un modèle socio-séquentiel de la genèse de la mise en danger de soi. Psychotropes 2006;12:49-69.

- [25] Clauzet, Coqus, Binder. Médecins généralistes et Toxicomanies, qu'en attendre? Toxibase 1994;3:1-15.
- [26] OEDT (2008), Rapport annuel 2008: État du phénomène de la drogue en Europe, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg. *Disponible en ligne.*
- [27] Thèse de médecine générale: Gachet L. Perception du toxicomane sous buprénorphine suivi en médecine générale. Ufr médecine Angers 2002.
- [28] Deehan A, Taylor C, Strang J. The general practitioner, the drug misuser, and the alcohol misuser: major differences in general practitioner activity, therapeutic commitment, and 'shared care' proposals. Br J Gen Pract 1997;47:705-709. [PubMed]
- [29] Angel S, Angel P. Les toxicomanes et leurs familles. Paris: Ed Armand Colin;2002.
- [30] Lalande A, Grelet S. Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville, Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, Approche qualitative. OFDT/ARES 92 2001;1-145
- [31] Henman A. Drogues légales. L'expérience de Liverpool. Paris: Ed du Léopard;1995.
- [32] Geismar S. Les Toxicomanes. Paris: Seuil;1995 mars.
- [33] Walley A, Alperen J, Cheng D, Botticelli M, Castro-Donla C, Samet JH, Alford D. Office-based Management of Opioid Dependence with Buprenorphine: Clinical Practices and Barriers. J Gen Intern Med. 2008 Sept;23(9):1393-98. [PubMed]
- [34] Magin P, Adams J, Joy E, Ireland M, Heaney S, Darab S. Violence en pratique générale - Perceptions des causes et implications pour la sécurité. Can Fam Physician 2008;54:1278-84. [PubMed]
- [35] Hobbs F. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. BMJ. 1991;302:329-32. [PubMed]
- [36] Gale C, Arroll B, Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: one-year prevalence. N Z Med J. July-2006;119:1237-39. [PubMed]
- [37] Magina P, Adams J, Ireland M, Joy E, Heaney S, Darab S. The response of general practitioners to the threat of violence in their practices: results from a qualitative study. Family Practice 2006;23: 273-278. [PubMed]
- [38] Toufik A, Cadet-Tairou A, Coquelin A. CAARUD: profils et pratiques des usagers en 2008. Tendances 2010;74:1-4

- [39] Cadet-Tairou A. Résultats ENa-Caarud 2010: profils et pratiques des usagers. Enquête ENa-CAARUD/OFD 2012;1-6.
- [40] Lopez D. Consommation de drogues illicites et exclusion sociale: état des connaissances en France. Tendances-OFD 2002;24:1-4.
- [41] Roche AM, Hotham E, Richmond R. The general practitioners's role in AOD issues: overcoming individual, professional and systemic barriers. Drug and Alcohol Review. 2002;21:223-230. [PubMed]
- [42] Rossignol V. L'Entrevue motivationnelle: une approche novatrice de la toxicomanie. L'intervenant 1999;15(2). *Disponible en ligne.*
- [43] Tcherkessoff O. Soigner ou punir. Introduction à la thématique. Psychotropes 2006;12:15-21.
- [44] National Institute on Drug Abuse. Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. (What is drug addiction?) - site web du NIDA: <http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction/drug-abuse-addiction>
- [45] Impact-Médecin Hebdo 1996; 311: 64
- [46] Corcos M, Jeammet P. Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence: la force et le sens. Psychotropes 2006;12:71-91
- [47] Jacob C. Contraindre ou contracter ? Réflexions sur le contrat. Psychotropes 2006;12:23-32.
- [48] Netherland J, Botsko M, Egan JE, Saxon AJ, Cunningham CO, Finkelstein R, Gourevitch MN, et al. Factors affecting willingness to provide buprenorphine treatment. J Subst Abuse Treat. 2009 April;36(3):244-251. [PubMed]
- [49] Barry DT, Irwin KS, Jones ES, Becker WC, Tetrault JM, Sullivan LE, et al. Integrating buprenorphine treatment into office-based practice: a qualitative study. J Gen Intern Med. 2009 Feb;24(2):218-25. [PubMed]
- [50] Tai B, Straus MM, David Liu, Sparenborg S, Jackson R, McCarty D. The first decade of the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network: Bridging the gap between research and practice to improve drug abuse treatment. J Subst Abuse 2010; 38(suppl 1):4-13. [PubMed]

- [51] Cournoyer L-G, Brochu S, Landry M, Bergeron J. Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in drug rehabilitation programme: the moderating effect of clinical subpopulations. *Addictions* 2007,102:1960-70. [PubMed]
- [52] Roche AM, Guray C, Saunders JB. General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. *Br J Addict.* 1991 Mar;86(3):263-75. [PubMed]
- [53] Roche AM, Parle MD, Stubbs JM, Hall W, Saunders JB. Management and treatment efficacy of drug and alcohol problems: what do doctors believe? *Addiction.* 1995 Oct;90(10):1357-66. [PubMed]
- [54] McLaughlin D, McKenna H, Leslie J, Moore K, Robinson J. Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006 Dec;13(6):682-6. [PubMed]
- [55] Rapport d'étude OFDT: évaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. Principaux résultats. *Disponible en ligne :*  
sur *OFDT- Espace RPIB*, [www.ofdt.fr/ofdtdev/live/reserve/rpib-4.html](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/reserve/rpib-4.html)
- [56] Auriacombe M, Fatséas M, Dubernet J, Daulouède JP, Tignol J. French field experience with buprenorphine. *Am J Addict* 2004;13 Suppl 1:17-28. [PubMed]
- [57] Paquin I. Le traitement de substitution avec méthadone au Québec: une mesure de santé publique en réadaptation. *Drogues, santé et société* 2003; 2(1). *Disponible en ligne.*
- [58] Doumont D, Libion F. Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine générale ? *UCL-RESO* déc 2008:08-51.
- [59] Gerbert B, Maguire B, Bleecker T, Coates TJ, McPhee S. Primary care physicians and AIDS, Attitudinal and structural barriers to care. *JAMA*, Nov 1991;266(20):2837-42. [PubMed]
- [60] Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, Okruhlica L, Torrens M, Baldacchino RV, et al. Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction.* 2011;106:1114-1125. [PubMed]
- [61] McMurphy S, Shea J, Switzer J, Turner BJ. Clinic-based treatment for opioid dependence: a qualitative inquiry. *Am J Health Behav.* 2006 Sep-Oct;30(5):544-54. [PubMed]

- [62] Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol-and drug-related disorders. *Acad Med* 2001;76(5):410-8. [PubMed]
- [63] Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Anjoulat I, Fagot-Campagna A, Gautier A. Etude ENTRED 2007-2010 (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques traitées). Résultats du module “information et éducation”. (Rapport d'enquête) INPES, Paris, déc 2011; 1-88.
- Disponible en ligne : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
- [64] [www.chu-rouen.fr/ssf/psy/comportementdedependance.html](http://www.chu-rouen.fr/ssf/psy/comportementdedependance.html)
- [65] Scarborough J, Elliott j, Braunack-Mayer A. Opioid substitution therapy, A study of GP participation in prescribing. *Australian Family Physician* 2011 Apr;40(4):241-45. [PubMed]
- [66] Arfken CL, Johanson CE, DiMenza S, Schuster CR. Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians. *J Subst Abuse Treat*. 2010;39:96-104. [PubMed]
- [67] Lofwall MR, Wunsch MJ, Nuzzo PA, Walsh SL. Efficacy of continuing medical education to reduce the risk of buprenorphine diversion. *J Subst Abuse Treat*. 2011 Oct;41(3):321-9. doi: 10.1016/j.jsat.2011.04.008. Epub 2011 Jun 12. [PubMed]
- [68] Chatelard E. Analyse des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire dans le cadre du relais méthadone. Thèse de médecine générale. Université d'Angers. 2012.
- [69] Cartwright A. Professionals as responders: variations in and effects of responses rates to questionnaires, 1961-77. *Br Med J*. 1978 Nov 18;3(6149):1419-1421. [PubMed]
- [70] Templeton L, Deehan A, Taylor C, Drummond C, Strang J. Surveying general practitioners: does a low response rate matter? *Br J Gen Pract* 1997;47:91-94. [PubMed]
- [71] OFDT. Observation des Drogues pour l'Information sur les Comportements En Région (ODICER) : <http://odicer.ofdt.fr>
- [72] Roche AM, Richard GP. Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems. *Soc Sci Med*. 1991;33(9):1053-61. [PubMed]
- [73] Holliday SM, Magin PJ, Dunbabin JS, Ewald BD, Henry JM, Goode SM, Baker FA, Dunlop AJ. Waiting room ambience and provision of Opioid substitution therapy in general practice. *Med J Aust*. 2012 Apr;196(6):391-4. [PubMed]

- [74] Fournier C, Buttet P. Enquête sur les pratiques en éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999. Inpes-Evolutions [Rapport d'enquête] 2008;9:1-6. <http://www.inpes.sante.fr/etudes/edupef.asp>
- [75] Guichard A, Lert F, Calderon C, Gaigi H, Maguet O, Soletti J, et al. Illicit drug use and injection practices among drug users on methadone and buprenorphine maintenance treatment in France. *Addiction*. 2003;98:1585–97. [PubMed]
- [76] Egan JE, Casodonte P, Gartenmann T, Martin J, McCance-Katz E, Netherland J, et al. The Physician Clinical Support System-Buprenorphine (PCSS-B): a Novel Project to Expand/Improve Buprenorphine Treatment. *J Gen Intern Med*. 2010 Sept;25(9):936-941. [PubMed]
- [77] Costes JM, Le Nézet, Spilka S, Laffiteau C. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). *Tendances* 2010;71:1-6.
- [78] Saint-Antoine M. Les troubles de l'attachement. *Défi jeunesse*. *Disponible en ligne* :[http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/cmulti/defi/defi\\_jeunesse\\_9910/attachement.htm](http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/pdf/cmulti/defi/defi_jeunesse_9910/attachement.htm)

## 6 Liste des tableaux et des figures.

**FIGURE 1 :** Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution (Subutex® 8 mg, Méthadone 60 mg) depuis 1995.

**TABLEAU I.** Questionnaire n°1 : répartition selon le sexe des médecins interrogés (les médecins angevins installés), et des réponses reçues.

**TABLEAU II.** Répartition selon l'âge des réponses reçues au questionnaire n°1.

**TABLEAU III.** Questionnaire n°2. Répartition selon l'âge et le sexe des réponses reçues.

**TABLEAU IV.** Répartition des médecins de l'échantillon 2 selon la présence dans leur entourage de personnes consommatrices de drogues à un stade problématique.

**TABLEAU V.** Obstacles au suivi des patients héroïnomanes en médecine générale.

**TABLEAU VI.** Variation, selon les caractéristiques de l'échantillon 2, de l'opinion des médecins concernant les obstacles au suivi des héroïnomanes en médecine générale.

**TABLEAU VII.** Opinions des médecins de l'échantillon 2, concernant les obstacles au suivi des patients héroïnomanes en médecine générale, en fonction de leur positionnement sur les autres items.

**TABLEAU VIII.** Opinions des médecins vis à vis de l'affirmation : « le médecin généraliste est un acteur de santé bien placé pour aborder les problèmes d'addiction. »

**TABLEAU IX.** Principaux problèmes liés aux traitements substitutifs à l'héroïne.

**TABLEAU X.** Objectifs premier des TSO selon les médecins de l'échantillon 2.

**TABLEAU XI.** Objectifs secondaires des TSO proposés par les médecins (N=8), en fonction du premier objectif cité.

**TABLEAU XII.** Opinions des médecins sur l'affirmation : « les thèmes ci-dessous sont faciles à aborder avec les patients. »

**TABLEAU XIII.** Sentiment d'efficacité des médecins dans l'éducation thérapeutique des patients

**TABLEAU XIV.** Patient alcoolodépendant : mode de prise en charge par les médecins de l'échantillon 2.

**TABLEAU XV.** Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « S'attaquer au problème de la dépendance alcoolique est aussi compliqué que de s'attaquer au problème de la dépendance aux opiacés ».

**TABLEAU XVI.** Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « Quelle que soit l'addiction, les médecins généralistes ne sont pas assez formés sur l'accompagnement au changement, et la gestion des rechutes. »

**TABLEAU XVII.** Médecins de l'échantillon 2 : où adressent-ils les patients héroïnomanes ?

**TABLEAU XVIII.** Réponses des médecins de l'échantillon 2 à la question : « *Connaissez-vous le nouveau nom du CSST d'Angers ?* »

**TABLEAU XIX.** Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « Les structures médico-sociales spécialisées en toxicomanie devraient davantage communiquer auprès des MG, elles sont mal connues ».

**TABLEAU XX.** Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « *Les toxicomanes sont avant tout des malades* ».

**TABLEAU XXI.** Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « *La majorité des toxicomanes sont des menteurs, des manipulateurs* ».

**TABLEAU XXII.** Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation: « *Ceux qui prennent de l'héroïne manquent de volonté* ».

**TABLEAU XXIII.** Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « *les Toxicomanes sont des personnes en souffrance* ».

**TABLEAU XXIV.** Opinions des médecins de l'échantillon 2 concernant l'affirmation : « *La majorité des toxicomanes ont déjà tenté d'arrêter leur consommation* ».

**TABLEAU XXV.** Comparaisons des Opinions des médecins généralistes interrogés lors de notre étude et de l'enquête EVAL 2001, concernant les principaux posés par les médicaments de substitution.

**TABLEAU XXVI.** valeurs des Indices de Confiance à 95% (IC). (ANNEXE 5)

# 7 Tables des matières

PLAN .....	8
1 INTRODUCTION.....	10
2 CONTEXTE.....	12
2.1 LES MÉDICAMENTS ACTUELS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS.....	12
2.1.1 LA MÉTHADONE .....	12
2.1.2 LA BUPRÉNORPHINE.....	13
2.1.3 ASSOCIATION BUPRÉNORPHINE - NALOXONE.....	15
2.1.4 DÉFINITION .....	16
2.2 ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE DROGUE EN FRANCE ET CONSTRUCTION DU SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS EN TOXICOMANIE	17
2.3 LE SYSTÈME ACTUEL DE SOINS EN TOXICOMANIE .....	21
2.3.1 LES DISPOSITIFS SPÉCIALISÉS .....	21
2.3.2 LES DISPOSITIFS GÉNÉRALISTES .....	23
2.3.2.1 Les médecins généralistes .....	23
2.3.2.2 L'hôpital.....	23
2.3.2.3 Les pharmaciens .....	24
3 REVUE DE LITTÉRATURE : OBSTACLES À L'IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS.	25
3.1 FACTEURS HISTORIQUES.....	25
3.1.1 LA DIFFUSION DES DROGUES ET LA MÉDECINE, UNE HISTOIRE A RÉPÉTITION .....	25
3.1.2 DES DÉBATS ENCORE EN VIGUEUR.....	27
3.1.3 LES PLANS GOUVERNEMENTAUX (TRIENNAUX) DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES DÉPENDANCES .....	28
3.2 FACTEURS CULTURELS .....	31
3.2.1 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES NÉGATIVES .....	31
3.2.1.1 La représentation sociale de l'héroïne.....	32
3.2.1.2 La représentation sociale des toxicomanes .....	36
3.2.1.2.1 “ A folk devil ”, un démon populaire .....	36
3.2.1.2.2 Les médecins et la peur du toxicomane .....	37

3.2.1.2.2.1	Peur pour l'image du cabinet médical.....	37
3.2.1.2.2.2	Peur d'être agressé.....	38
3.2.1.2.3	«Le Toxicomane» : du stéréotype à la réalité.....	39
3.2.1.3	La représentation sociale des MSO.....	40
3.2.1.4	Synthèse sur les représentations sociales.....	42
3.2.2	L'ÉVOLUTION DES THÉORIES CONCERNANT LES ADDICTIONS.....	43
3.2.2.1	L'approche médicale (exogène).....	44
3.2.2.1.1	Limites du modèle bio-médical.....	45
3.2.2.1.2	Conséquences du modèle bio-médical.....	47
3.2.2.1.2.1	Une conception "tronçonnée" de l'addiction.....	47
3.2.2.1.2.2	La loi de 1970.....	47
3.2.2.1.2.3	La désresponsabilisation du sujet consommateur.....	48
3.2.2.1.2.4	Un impact sur les modèles thérapeutiques : «Once addict, always addict», limite du modèle traditionnel dans la prise en charge des addictions.....	49
3.2.2.1.3	L'approche médicale, évolution.....	51
3.2.2.2	Les approches psychologiques (endogènes).....	52
3.2.2.2.1	L'approche psychanalytique.....	52
3.2.2.2.2	Les théories systémiques familiales.....	54
3.2.2.2.3	Synthèse sur les approches psychologiques.....	55
3.2.2.3	L'approche sociale (exogène).....	56
3.2.2.4	Vers une nécessaire approche globale de l'addiction.....	58
3.2.3	MÉDECIN ET PATIENT TOXICOMANE, UNE RELATION MÉDECIN-MALADE PARTICULIÈRE.....	59
3.2.3.1	Une relation exigeante.....	59
3.2.3.2	Critères d'une relation d'aide.....	60
3.2.3.3	Peur de devenir médecin-dealer-fournisseur, la question du rôle du médecin.....	63
3.3	FACTEURS STRUCTURELS.....	66
3.3.1	LA FORMATION.....	66
3.3.1.1	La formation médicale universitaire.....	66
3.3.1.2	La formation professionnelle.....	72
3.3.2	L'ISOLEMENT, LE MANQUE DE LIEN DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AVEC LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES.....	74
3.3.2.1	Manque de lisibilité du système de soins.....	74
3.3.2.2	Manque de liens entre les intervenants spécialisés et les médecins généralistes.....	75
3.3.3	LE TEMPS.....	77
3.4	REVUE DE LITTÉRATURE : CONCLUSION.....	80

4 ENQUÊTE.....	83
4.1 MATERIEL ET MÉTHODE.....	83
4.1.1 SÉLECTION DE LA POPULATION .....	83
4.1.2 MATERIEL .....	84
4.1.2.1 Questionnaire n°1 .....	84
4.1.2.2 Questionnaire n°2.....	84
4.1.2.3 Méthode statistique .....	85
4.1.3 ENVOI DES QUESTIONNAIRES ET RELANCES.....	85
4.1.3.1 Questionnaire n°1 .....	85
4.1.3.2 Questionnaire n°2.....	86
4.1.3.3 Période d'inclusion .....	87
4.2 RÉSULTATS .....	88
4.2.1 QUESTIONNAIRE N°1 .....	88
4.2.1.1 POPULATION SOURCE ET ÉCHANTILLON : DESCRIPTION .....	88
4.2.1.2 QUESTIONNAIRE N°1 : RÉSULTATS.....	89
4.2.1.2.1 Taux de réponses .....	86
4.2.1.2.2 Répartition des médecins angevins installés selon leur degré d'implication dans les traitements substitutif à l'héroïne.....	89
4.2.2 QUESTIONNAIRE N°2 .....	90
4.2.2.1 POPULATION 2 ET ECHANTILLON 2 : DESCRIPTION .....	90
4.2.2.1.1 Population 2.....	90
4.2.2.1.2 Echantillon 2 .....	90
4.2.2.1.2.1 Âge/sexe .....	90
4.2.2.1.2.2 Mode d'exercice : .....	91
4.2.2.1.2.3 Pratique d'une activité médicale autre.....	91
4.2.2.1.2.4 Acceptation du tiers-payant de la part des patients bénéficiaires de la CMU .....	91
4.2.2.1.2.5 Consommation de tabac .....	91
4.2.2.1.2.6 Présence, dans l'entourage personnel des médecins, de sujets ayant un usage problématique d'alcool ou de cannabis et, d'héroïne ou de cocaïne .....	92
4.2.2.2 OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES, EN MEDECINE GENERALE.....	92
4.2.2.2.1 Classement des obstacles selon la fréquence avec laquelle ils sont cités... .....	92
4.2.2.2.2 Analyse comparée .....	95
4.2.2.2.2.1 Variables sans incidence significative sur les opinions des médecins.....	95
4.2.2.2.2.2 Variables ayant une incidence significative sur l'opinion des médecins .....	95
4.2.2.2.2.2.1 Part de bénéficiaires de la CMU dans la patientèle .....	95

4.2.2.2.2.2	Expérience de suivi de patients héroïnomanes .....	96
4.2.2.2.2.3	Expérience de prescription de MSO .....	96
4.2.2.2.2.4	Expérience(s) passée(s) malheureuse(s) .....	97
4.2.2.3	OPINIONS ET CONNAISSANCES A PROPOS DES TSO.....	100
4.2.2.3.1	Rôle des médecins dans la prise en charge des addictions.....	100
4.2.2.3.2	Principaux problèmes liés aux TSO .....	100
4.2.2.3.3	Opinions des médecins sur les objectifs des TSO.....	101
4.2.2.4	AUTRES DOMAINES MEDICAUX, COMPARAISON.....	103
4.2.2.4.1	Facilité avec laquelle les médecins abordent certains sujets avec leurs patient .....	103
4.2.2.4.2	Sentiment d'efficacité dans la prise en charge d'autres pathologies chroniques .....	104
4.2.2.4.3	Mode de prise en charge de la dépendance alcoolique .....	105
4.2.2.4.4	Comparaison du sentiment de difficulté face au suivi de la dépendance alcoolique et de la dépendance opiacée.....	105
4.2.2.5	OPINIONS SUR LA FORMATION AU SUIVI DES ADDICTIONS.....	106
4.2.2.6	PARTENARIATS AVEC LES STRUCTURES SPECIALISEES .....	107
4.2.2.6.1	Correspondants spécialisés en toxicomanie .....	107
4.2.2.6.2	Le CSST d'Angers .....	107
4.2.2.6.3	Opinions concernant la communication des structures médico-sociales spécialisées en toxicomanie.....	108
4.2.2.7	REGARD POSE SUR LE PATIENT TOXICOMANE .....	109
4.3	DISCUSSION .....	112
4.3.1	ANALYSE DES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE N°1 .....	112
4.3.1.1	REPRESENTATIVITÉ .....	112
4.3.1.2	COMPARAISON AVEC D'AUTRES ENQUÊTES.....	113
4.3.2	ANALYSE DES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE N°2.....	114
4.3.2.1	REPRESENTATIVITE .....	114
4.3.2.2	FACTEURS NE CONSTITUANTS PAS DE FREIN MAJEUR AU SUIVI DE PATIENTS USAGERS DE DROGUES EN MEDECINE GENERALE .....	115
4.3.2.2.1	. Le regard porté sur les patients toxicomanes .....	115
4.3.2.2.2	. La facilité à aborder le sujet des drogues avec les patients.....	118
4.3.2.2.3	. Le sentiment d'avoir un rôle dans la prise en charge des addictions. ....	118
4.3.2.2.4	. Le manque de temps.....	120
4.3.2.2.5	. Le problème d'image, de perturbation du cabinet .....	121
4.3.2.2.6	. L'absence d'intérêt pour ce problème, l'orientation vers d'autres priorités.....	122
4.3.2.2.7	. La rémunération .....	123
4.3.2.3	FACTEURS LIMITANTS L'INVESTISSEMENT DES MEDECINS DANS LES TSO .....	124
4.3.2.3.1	. Les raisons exprimées .....	124
4.3.2.3.1.1	Aucune demande .....	124

4.3.2.3.1.2	Des appréhensions.....	125
4.3.2.3.1.2.1	Crainte de l'effet boule de neige.....	125
4.3.2.3.1.2.2	Personnalité de l'usager de drogue : menteur, pas motivé, jamais à l'heure.....	127
4.3.2.3.1.2.3	Peur de la violence physique ou verbale.....	129
4.3.2.3.1.2.4	Crainte de devenir médecin dealer fournisseur.....	131
4.3.2.3.1.2.5	Synthèse sur les appréhensions exprimées par les médecins .....	133
4.3.2.3.2	. Les raisons sous-jacentes .....	134
4.3.2.3.2.1	Un manque flagrant de lien avec le dispositif spécialisé.....	134
4.3.2.3.2.1.1	Données montrant une carence flagrante de lien avec les structures spécialisées : .....	134
4.3.2.3.2.1.2	Le besoin d'une approche pluridisciplinaire .....	135
4.3.2.3.2.2	Un manque de formation.....	139
4.3.2.3.2.2.1	Des traitements de substitution non envisagés comme un moyen de réduire les risques et les dommages .....	140
4.3.2.3.2.2.2	Des médecins peu convaincus de l'utilité du traitement de substitution en médecine générale .....	141
4.3.2.3.2.2.3	Une culture de sevrage.....	143
4.3.2.3.2.2.4	Des médecins en demande de formation en éducation thérapeutique des patients (ETP) .....	145
4.3.2.3.2.2.5	Réflexions sur la forme de la formation, susceptible d'intéresser ces médecins.....	146
4.3.2.3.2.3	Un manque d'information.....	148
4.3.3	LIMITES DE CETTE ETUDE .....	151
4.4	CONCLUSION .....	152
5	BIBLIOGRAPHIE .....	154
6	Liste des tableaux et des figures.....	161
7	Tables des matières.....	163
8	ANNEXES .....	168
	ANNEXE 1. Questionnaire n°1, adressé au 175 médecins généralistes angevins installés.....	169
	ANNEXE 2. Questionnaire N°2, adressé aux médecins ayant répondu NON aux deux questions du questionnaire N°1 .....	170
	ANNEXE 3. Lettre de relance aux médecins n'ayant pas répondu au questionnaire n°1 .	174
	ANNEXE 4. Schéma de la perception des médecins généralistes sur les causes de la violence au travail en médecine générale. ....	176
	ANNEXE 5. TABLEAU XXVI. Valeurs des Indices de Confiance à 95% (IC) .....	177

## **8 ANNEXES**

**ANNEXE 1.** Questionnaire n°1, adressé au 175 médecins généralistes angevins installés.

**ANNEXE 2.** Questionnaire N°2, adressé aux médecins ayant répondu NON aux deux questions du questionnaire N°1.

**ANNEXE 3.** Lettre de relance aux médecins n'ayant pas répondu au questionnaire n°1.

**ANNEXE 4.** Schéma de la perception des médecins généralistes sur les causes de la violence au travail en médecine générale.

**ANNEXE 5.** TABLEAU XXVI. Valeurs des Indices de Confiance à 95% (IC).

# ANNEXE 1. Questionnaire n°1, adressé au 175 médecins généralistes angevins installés.

Le 14/03/2012

Cher confrère,

Accepteriez vous de répondre aux 2 questions ci dessous ? Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je souhaite présélectionner les médecins généralistes angevins qui ne suivent pas de patient sous traitement substitutif à l'héroïne, afin de pouvoir leur envoyer un second questionnaire (très court et à cocher).

L'objectif de cette thèse est :

- d'identifier les raisons de l'absence de ce type de suivi (*manque de temps, de formation, absence d'intérêt pour ce type de prise en charge, absence de tels patients dans la patientèle...*)
- d'identifier les difficultés ressenties par ces médecins face à ce type de prise en charge. (*problème de temps, de rémunération, de formation...*)
- de servir de support pour améliorer la formation universitaire et celle proposée par le CHU, ainsi que la communication des différentes structures spécialisées avec les médecins généralistes.

## **Deux questions seulement :**

Suivez vous des patients sous traitement substitutif à l'héroïne (Buprénorphine/ Methadone) ? OUI / NON

Si un de vos patient vous demandait un tel suivi, accepteriez vous de le prendre en charge sur ce domaine, (seul ou en lien avec un spécialiste) ? OUI / NON

**NOM :.....PRENOM :.....**

**ÂGE :.....ANNÉE D'INSTALLATION : .....**

(Dès la phase de recueil passée, toutes les réponses seront traitées de façon anonyme et leurs liens avec les identités, effacés.)

Je vous remercie pour l'attention portée à ce courrier.

Je vous prie d'agréer, cher confrère, mes très sincères salutations,

MERIEB BROCHARD

Médecin généraliste remplaçant.

**FAX : 09 81 09 40 84 / [meriembro@yahoo.fr](mailto:meriembro@yahoo.fr)**

## ANNEXE 2. Questionnaire N°2, adressé aux médecins ayant répondu NON aux deux questions du questionnaire N°1

Le 23/04/2012

Chère Consoeur,

Cher Confrère,

Je tiens d'abord à vous remercier d'avoir répondu à mon premier questionnaire concernant le suivi des patients sous traitement substitutif à l'héroïne.

Vous m'aviez répondu que vous ne suivez pas de patients toxicomanes concernant leur traitement de substitution, et refuseriez un tel suivi si un de vos patients vous le demandait.

Ma thèse, cherche à cerner justement les difficultés des médecins généralistes face à de tels suivis, avec l'espoir que ce travail puisse ensuite servir d'outil pour améliorer la formation.

Accepteriez - vous de répondre au questionnaire suivant ? Malgré son apparente longueur, il est rapide : moins de 5 minutes, (testé de façon chronométrée), ce ne sont que des cases à cocher.

Pour que mon travail soit interprétable et donc utile, j'ai besoin de vos réponses.

Votre identité me permettra de ne pas relancer les médecins m'ayant répondu, mais sera bien sûr effacée dès l'analyse des résultats.

Je vous remercie, pour votre participation à ce travail.

Je vous prie d'agréer, chère Consœur, cher Confrère, l'assurance de mes meilleures salutations.

Meriem BROCHARD

Médecin remplaçant

Bonjour,

Voici le questionnaire, **ce sont des cases à cocher : c'est rapide : 5 min (chronométré !)**

NOM : ..... PRENOM .....

Exercez-vous ?  Seul  En cabinet de groupe

Pratiquez-vous en plus de votre activité de médecine libérale, une activité médicale autre, ou un engagement dans un réseau ?

NON  OUI : .....

Acceptez-vous le 1/3 payant CMU ?  NON  OUI

Approximativement, quel % de CMU contient votre clientèle ? .....

Avez-vous déjà, dans le passé, suivi des patients toxicomanes sous traitement de substitution ?

NON  OUI : Combien (approximativement) ?  <5  de 5 à 10  >10  >100

Avez-vous déjà, dans le passé, prescrits des traitements de substitution ?  NON  OUI, lesquels ?.....

Pour quelles raisons ne suivez vous pas actuellement, de patients héroïno-dépendants ? (Plusieurs items possibles, maximum 5)

- Aucune demande, pas de toxicomane dans le quartier, la clientèle.
- Expériences passées malheureuses.
- Peur de la violence physique ou verbale.
- Crainte de l'effet « boule de neige » dans la clientèle.
- Refus de prescription de médicaments de substitution.
- Manque de formation :  sur l'accompagnement du patient toxicomane.  sur le traitement de substitution.
- Manque de temps, de disponibilité.
- Problème de rémunération.
- Absence d'intérêt pour ce problème, a d'autre priorités (ex : personnes âgées, sida, cancer..)
- Autres raisons. (Si vous souhaitez préciser : .....

Quels sont à votre avis, les freins, les obstacles, qui rendent difficile pour le médecin généraliste, la prise en charge de patients toxicomanes ?  
(Plusieurs items possibles, maximum 5)

- Le manque de temps, de disponibilité,
- Le manque de formation,
- La nécessité d'une approche multidisciplinaire,
- La crainte de devenir « médecin dealer, fournisseur »,
- Crainte de l'effet « boule de neige » dans la patientèle,
- Le problème de la rémunération du médecin,
- La crainte de la violence physique ou de la délinquance,
- La personnalité même du toxicomane (« menteur », « pas motivé », « jamais à l'heure »..)
- Le problème d'image, de perturbation du cabinet,
- L'isolement du médecin, le manque de lien avec les structures spécialisées,
- Autres, (Si vous souhaitez préciser : .....

Aborder avec vos patients les domaines suivants est ce : Tout à fait, Plutôt, Plutôt pas, Pas du tout facile ?

- Le tabagisme                    1  Tout à fait    2  Plutôt    3  Plutôt pas    4  Pas du tout facile    5  [NSP]
- La consommation d'alcool    1  Tout à fait    2  Plutôt    3  Plutôt pas    4  Pas du tout facile    5  [NSP]
- l'usage de drogues            1  Tout à fait    2  Plutôt    3  Plutôt pas    4  Pas du tout facile    5  [NSP]
- Le surpoids                    1  Tout à fait    2  Plutôt    3  Plutôt pas    4  Pas du tout facile    5  [NSP]
- l'exercice physique            1  Tout à fait    2  Plutôt    3  Plutôt pas    4  Pas du tout facile    5  [NSP]
- la vie affective et sexuelle    1  Tout à fait    2  Plutôt    3  Plutôt pas    4  Pas du tout facile    5  [NSP]
- Le dépistage des cancers      1  Tout à fait    2  Plutôt    3  Plutôt pas    4  Pas du tout facile    5  [NSP]

Un patient alcoolo-dépendant en demande d'une PEC, vous le suivez :

- 1  seul                    2  en lien avec un spécialiste                    3  Vous le confiez à une structure/ un confrère

Un patient dépendant à l'héroïne, vous l'adressez ?

- 1  au CHU                    2  au CSST                    3  au centre méthadone                    4  à un psychologue/ psychiatre                    5  NSP

Dans l'éducation de vos patients asthmatiques, vous vous sentez,

- 1  Très efficace                    2  Assez efficace                    3  Peu efficace                    4  Pas du tout efficace                    5  NSP

Dans l'éducation de vos patients diabétiques, vous vous sentez,

- 1  Très efficace                    2  Assez efficace                    3  Peu efficace                    4  Pas du tout efficace                    5  NSP

Quels sont, selon vous, les principaux problèmes liés au traitement substitutif à l'héroïne ?

- Aucun problème.
- Trafic, détournement,
- Difficulté de sevrage du Subutex\*, « enkystage », dépendance au produit de substitution,
- Prise en charge difficile en MG,
- Problème de polytoxicomanie,
- Injections de Subutex\*,
- Autre(s) problème(s), (Si vous souhaitez préciser : .....

Pour vous, quel est l'objectif premier du traitement de substitution ? .....

Pouvez-vous me citer des objectifs secondaires ?  NON  OUI, .....

Y a t'il eu, ou il y a t'il, dans votre entourage personnel, des personnes qui ont consommé ou consomment :

- Du cannabis ou de l'alcool a un stade que vous jugeriez comme problématique ?  OUI  NON
- De l'héroïne ou de la cocaïne ?  OUI  NON

Fumez-vous ou avez-vous été fumeur ?  OUI  NON

Êtes-vous : 1) Tout à fait, 2) Plutôt, 3) Plutôt pas, 4) Pas du tout, 5) NSP, d'accord avec les opinions suivantes :

	Tt à F.	Plutôt	P. pas	P. d. TT	NSP
Le médecin généraliste est un des acteurs de santé bien placé pour aborder les problèmes d'addictions.					
S'attaquer au problème de la dépendance alcoolique est aussi compliqué que de s'attaquer au problème de la dépendance aux opiacés.					
Les toxicomanes sont avant tout des malades.					
La majorité des toxicomanes sont des menteurs, des manipulateurs.					
Ceux qui prennent de l'héroïne manquent de volonté.					
C'est une bonne chose que les médecins généralistes soient autorisés à prescrire des produits de substitution.					
Quelque soit l'addiction, les médecins généralistes ne sont pas assez formés sur l'accompagnement au changement, et la gestion des rechutes.					
Les toxicomanes sont des personnes en souffrance.					
Les structures médico-sociales spécialisées en toxicomanie devraient davantage communiquer auprès des médecins généralistes, elles sont mal connues.					
La majorité des toxicomanes ont déjà tenté d'arrêter leur consommation.					

Connaissez-vous le nouveau nom du CSST d'ANGERS ?  OUI : .....  NON

## ANNEXE 3. Lettre de relance aux médecins n'ayant pas répondu au questionnaire n°1

Le 30/04/2012

Cher Docteur,

Dans le cadre de ma thèse, Je vous avais précédemment envoyé 2 questions, afin de définir si vous suivez ou non les patients sous traitement substitutif à l'héroïne.

Je me permets de vous relancer : pour que mon travail soit statistiquement interprétable, j'ai besoin de plus de réponses.

J'y joins le questionnaire véritable de ma thèse, à compléter si vous répondez NON aux 2 premières questions. Il prend **moins de 5 minutes**, testé sous chronomètre ! (Ce ne sont que des cases à cocher, les quelques mots demandés étant facultatifs).

Je vous remercie d'avance pour votre participation à ce travail, j'ai en effet besoin de vos réponses pour que mon travail puisse être interprétable, et donc utile.

L'objectif de cette thèse est :

- d'identifier les raisons de l'absence de ce type de suivi (*manque de temps, de formation, absence d'intérêt pour ce type de prise en charge, absence de tels patients dans la patientèle...*)
- d'identifier les difficultés ressenties par les médecins face à ce type de prise en charge. (*problème de temps, de rémunération, de formation...*)
- Pour au final servir de support : pour améliorer la formation, initiale, universitaire et la FMC proposée par le CHU, ainsi que la communication des services spécialisés auprès des généralistes.

Je vous remercie pour l'attention portée à ce courrier, et vous prie d'agréer, Docteur, l'assurance de mes meilleures salutations.

Meriem BROCHARD

Médecin remplaçant,

06 64 28 09 37 / FAX : 09 81 09 40 84 / meriembro@yahoo.fr

- Suivez-vous des patients sous traitement substitutif à l'héroïne (Buprénorphine/ Methadone) ?  OUI  NON
- Si un de vos patient vous demandait un tel suivi, accepteriez-vous de le prendre en charge sur ce domaine, (seul ou en lien avec un spécialiste) ?  OUI  NON

NOM : ..... PRENOM ..... ÂGE : ..... ANNÉE D'INSTALLATION : .....

*Dès la phase de recueil passée, toutes les réponses seront traitées de façon anonyme et leurs liens avec les identités, effacés.  
Merci de me renvoyer vos réponses dans l'enveloppe timbrée jointe à cet effet.*

**VOICI LE QUESTIONNAIRE : MOINS DE 5 MINUTES (chronométré !)**

Exercez-vous ?  Seul  En cabinet de groupe

Pratiquez-vous en plus de votre activité de médecine libérale, une activité médicale autre, ou un engagement dans un réseau ?  
 NON  OUI : .....

Acceptez-vous le 1/3 payant CMU ?  NON  OUI Approximativement, quel % de CMU contient votre clientèle ? .....

Avez-vous déjà, dans le passé, suivi des patients toxicomanes sous traitement de substitution ?  
 NON  OUI : Combien (approximativement) ?  <5  de 5 à 10  >10  >100

Avez-vous déjà, dans le passé, prescrit des traitements de substitution ?  NON  OUI, lesquels ? .....

Pour quelles raisons ne suivez-vous pas actuellement, de patients héroïnodépendants ? (Plusieurs items possibles, maximum 5)

- Aucune demande, pas de toxicomane dans le quartier, dans la clientèle.
- Expériences passées malheureuses.
- Peur de la violence physique ou verbale.
- Crainte de l'effet « boule de neige » dans la clientèle.
- Refus de prescription de médicaments de substitution.
- Manque de formation :  sur l'accompagnement du patient toxicomane.  sur le traitement de substitution.
- Manque de temps, de disponibilité.
- Problème de rémunération.
- Absence d'intérêt pour ce problème, a d'autre priorités (ex : personnes âgées, sida, cancer..).
- Autres raisons. (Si vous souhaitez préciser : .....

## ANNEXE 4. Schéma de la perception des médecins généralistes sur les causes de la violence au travail en médecine générale.

[34] Magin P, Adams J, Joy E, Ireland M, Heaney S, Darab S. Violence en pratique générale - Perceptions des causes et implications pour la sécurité. Can Fam Physician 2008;54:1278-84.

---

### Causes sous-jacentes

- Les causes de chaque patient
  - Maladie psychiatrique
  - L'utilisation de drogues illicites
  - Motivations sexuelles
  - La maladie physique
  - Personnalité du patient
- Causes sociétales
  - La pauvreté et la dislocation sociale
  - La densité de population
  - Respect de l'autorité
  - "Bowling for Columbine" : l'effet et la culture de la peur

### Causes immédiates

- Frustration d'accès aux soins
  - Les temps d'attente
  - Refus d'accès aux soins ou services médicaux
- Le défaut de décourager ou de contourner la violence (de la part du médecin)
  - Culture "Naïve" de la pratique (horaires tardifs d'ouverture, exercice seul en zone isolée, etc.)
  - Insuffisantes compétences interpersonnelles

### Vulnérabilité Médecin généraliste

- Fourniture d'informations à des tiers, Questions juridiques.
- Les autorités réglementaires: obligation de servir tous les patients

**ANNEXE 5. TABLEAU XXVI. Valeurs des Indices de  
Confiance à 95% (IC)**

N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC	N	%	IC
0	0	[0 ; 16]	10	26	[10 ; 42]	20	53	[37 ; 69]	30	79	[63 ; 95]
1	3	[0 ; 19]	11	29	[13 ; 45]	21	55	[39 ; 71]	31	82	[66 ; 98]
2	5	[0 ; 21]	12	32	[16 ; 48]	22	58	[42 ; 74]	32	84	[68 ; 100]
3	8	[0 ; 24]	13	34	[18 ; 50]	23	60,5	[45 ; 76]	33	87	[71 ; 100]
4	10,5	[0 ; 26]	14	37	[21 ; 53]	24	63	[47 ; 79]	34	89,5	[74 ; 100]
5	13	[0 ; 29]	15	39	[23 ; 55]	25	66	[50 ; 82]	35	92	[76 ; 100]
6	16	[0 ; 32]	16	42	[26 ; 58]	26	68	[52 ; 84]	36	95	[79 ; 100]
7	18	[2 ; 34]	17	45	[29 ; 61]	27	71	[55 ; 87]	37	97	[81 ; 100]
8	21	[5 ; 37]	18	47	[31 ; 63]	28	74	[58 ; 90]	38	100	[84 ; 100]
9	24	[8 ; 40]	19	50	[34 ; 66]	29	76	[60 ; 92]			