

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

**Représentations de la prise en charge des usagers dépendants aux opiacés en médecine générale :
Point de vue des internes de médecine générale en fin de cursus**

SALVAN Eugénie

Née le 1^{er} janvier 1990 à Caen (14)

Sous la direction de Mr le Professeur GARNIER François

Membres du jury

Monsieur le Professeur CAILLIEZ Éric | Président

Monsieur le Professeur GARNIER François | Directeur

Monsieur le Docteur BELLANGER William | Membre

Monsieur le Docteur PY Thibaut | Membre

Soutenue publiquement le :
23 Janvier 2020

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée SALVAN Eugénie,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **16/12/2019**



LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUIZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie

DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Thérapeutique	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Médecine Générale	Médecine
	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Garnier : Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci également pour votre disponibilité et vos précieuses remarques et réflexions durant ce travail.

À Monsieur le Professeur Cailliez : Merci de me faire l'honneur de présider ce jury et d'accepter de juger ce travail.

À Monsieur le Docteur Bellanger : Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'évaluer ce travail.

À Monsieur le Docteur Py : Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de juger ce travail.

À mes premiers patients, qui m'ont permis de découvrir cette discipline si passionnante.

À tous les médecins qui m'ont formé et m'ont donné envie d'exercer ce métier, avec passion et bienveillance.

À tous les professionnels de santé avec qui j'ai eu le plaisir de travailler, merci pour votre accueil chaleureux en toutes circonstances.

À tous les internes qui se sont portés volontaires pour participer, un grand merci.

À ma famille, à mes amis, aux copains d'internat et à ceux d'avant...Merci d'être là, tout simplement.

À ceux que j'aime...

À ceux qui m'ont aidé...

Et à Pink Floyd.

Liste des abréviations

ALIA	Association Ligérienne d'Addictologie
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAPS	Centre d'Accueil et de Permanences de Soins
CMU	Couverture Maladie Universelle
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DT	Delirium Tremens
DU	Diplôme Universitaire
ECG	Electrocardiogramme
ECN	Examen Classant National
GEAP	Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratiques
IV	Intraveineux
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires et en Autonomie Supervisée
TSO	Traitemennt de Substitution aux Opiacés
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficiency Humaine

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Représentaions et place de la dépendance aux opiacés dans l'exercice de la médecine générale

- 1.1. Origines des représentations
- 1.2. L'accès aux soins et ses déterminants
- 1.3. Place investie par les futurs médecins et ses déterminants
 - a) Positionnement des internes
 - b) Les déterminants
- 1.4. Représentaions de la dépendance, de son traitement
- 1.4.1. Représentaion de la dépendance
 - a) Définition du toxicomane
 - b) La rencontre avec le produit : « la lune de miel »
 - c) La gestion du manque
 - d) La galère
- 1.4.2. Représentaion des traitements de substitution

2. Représentaions de la prise en charge des usagers dépendants aux opiacés

- 2.1. Attentes, freins et objectifs
 - a) Les attentes
 - b) Les freins
 - c) Les objectifs
- 2.2. De la rencontre à la relation soignant-patient.
 - 2.2.1. La rencontre d'un patient ou d'un toxicomane ?
 - 2.2.2. L'élaboration de la relation
 - a) Eléments perturbateurs : les patients et les médecins
 - Les patients
 - Les médecins
 - b) Eléments moteurs
 - c) Réflexions à propos de l'élaboration de l'alliance soignant-soigné

3. L'acquisition des compétences

- 3.1. Les connaissances
- 3.2. Déterminants de l'acquisition des compétences
 - a) Formation initiale
 - b) Intérêt pour l'addictologie et investissement personnel
 - c) L'Expérience et les opportunités
 - d) Les motivations personnelles
 - e) L'influence des représentations

DISCUSSION

1. Les représentations évoluent avec l'expérience

- a) L'expérience de terrain
- b) L'expérience des experts

c) L'expérience de l'enseignement

2. Quels rôles pour la supervision ?

3. Propositions

4. Forces et limites de l'étude

4.1.1. Population

4.2. Méthodes

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

On estime qu'il y aurait, en France, 210 000 usagers d'opioïdes dont 100 000 usagers d'héroïne et 180 000 patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO).
(1)

Dans une demande de substitution, qu'elle soit ponctuelle ou qu'elle s'inscrive dans une démarche de soins à plus long terme, le toxicomane s'adressera à un professionnel de santé de premier recours. Pour le patient cette demande est perçue comme une urgence. Trois structures se présentent à lui : un CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), un médecin généraliste, un service d'urgence.

Les CSAPA sont des centres d'accueil et de prises en charge pluridisciplinaires. Ils s'adressent aux patients en situation plus précaires, plus marginalisés, ayant des comorbidités importantes (21% des patients bénéficiaires de TSO étant en ALD pour un trouble psychiatrique), aux patients initialisés à la METHADONE sirop ou gélules dans l'établissement. Actuellement les délais pour être reçu en consultation et débuter un traitement de substitution en CSAPA dans les pays de la Loire, va d'une semaine à plus d'un mois selon le centre.

Les services d'urgences, déjà saturés, récusent ce type d'interventions.

La prise en charge de ces patients est alors logiquement assurée par les médecins généralistes libéraux, qui occupent une place centrale.

Dans la pratique, la proportion de médecins prenant en charge ces patients n'a cessé d'augmenter depuis 2003 : 35,7% des médecins généralistes déclarent ne voir aucun patient dépendant aux opiacés par mois, la moitié (49,2%) des médecins généralistes déclare voir au moins un patient dépendant aux opiacés par mois, en 2009, et 13% d'entre eux suivent plus de trois patients par mois. (2) Mais s'il semblerait que l'offre de soins dans ce domaine

s'améliore globalement sur le territoire français, cela reste très disparate selon les régions et les médecins, et inférieure à la demande : Certains patients sont contraints de faire plus de 30km pour atteindre une structure de soins adaptée ou acceptant de les prendre en charge.

(3)

A ce jour, la prise en charge de ces patients par les médecins généralistes libéraux est diverse et certains généralistes se disent non concernés. C'est un des résultats énoncés dans le travail de thèse de Nadia BEN CHAMAKH, étude qualitative dont il ressort, d'après les représentations des patients dépendants aux opiacés, deux types de médecins : les médecins dit « experts » et les « non experts ». (4)

Les travaux de Lise DASSIEU, sociologue, montre que chaque médecin a une représentation précise des patients, voire des pathologies, qu'il souhaite prendre en charge. S'en suit une sélection parmi ces patients selon des critères de jugement propres à chaque praticien. Les représentations des médecins sur la prise en charge de ces patients permettent de mettre en évidence une liste, non exhaustive, des freins évoqués. Une des craintes pour certains médecins est de perdre la variété de leur patientèle en y intégrant des patients toxicomanes et donc la diversité de leur exercice. La peur également du côté chronophage de certains patients toxicomanes polypathologiques pouvant mettre à mal leur organisation. Le sentiment de maîtrise insuffisante de la prescription des TSO est aussi évoqué. Le refus d'alimenter le trafic de TSO et les éventuelles sanctions qui pourraient en émaner. Ou encore le sentiment désagréable d'être contrôlés dans leurs pratiques par l'assurance maladie. Et bien sûr la peur du médecin pour sa sécurité et celle d'autrui face à ces patients jugés « peu recommandables » par certains. (5)

La stigmatisation des patients toxicomanes engendre une inégalité d'accès aux soins.

Ces représentations sont-elles présentes chez les internes en fin de cursus ? Se forment-elles au cours de l'exercice ?

L'un des objectifs du plan santé 2018 -2022 est une augmentation et une amélioration de l'offre de soins dans ce domaine. (6)

En effet, l'accompagnement médico-psycho-social de ces patients, l'avènement des traitements de substitution en France dans les années 90 et la mise en place de mesures de réduction des risques ayant fait la preuve de leur efficacité, avec un recul des décès par overdose et des problèmes de santé, notamment infectieux, directement imputables aux consommations de produits. On observe également une amélioration de la qualité vie. (7), (8), (9)

Cela s'adresse en particulier aux médecins généralistes qui en seront les principaux acteurs. Les internes sont donc directement concernés.

Actuellement à Angers, la formation théorique proposée aux internes sur les drogues illicites se fait sur la base du volontariat.

Qu'en est-il des représentations des internes angevins en fin de cursus sur la prise en charge de ces patients ? Ont-ils des demandes de formation plus spécifiques à formuler dans ce domaine ? Quelle place souhaitent-ils prendre dans le soin pour ces patients dans leur exercice futur ?

MÉTHODES

Etude qualitative, réalisée entre le 5 avril et le 3 juillet 2019, auprès d'internes inscrits en 3^{ème} année du DES (diplôme d'étude spécialisé) en médecine générale à Angers, des promotions 2017-2018 et 2018-2019, le recrutement a eu lieu sur la base du volontariat. Les internes ont été sollicités par l'envoi d'un courrier électronique. Une relance a été nécessaire.

L'objectif du recrutement était d'obtenir un échantillon en variation maximale (sexe, promotions, faculté d'origine, avoir suivi ou non l'enseignement proposé spécifique (module A), avoir réalisé un SASPAS). Les internes sélectionnés étaient les premiers répondants, avec une sélection pour les derniers, sur le sexe et le fait de ne pas avoir suivi le cours de module A sur les drogues illicites, afin d'équilibrer l'échantillon.

La taille de l'échantillon a été fixé par la saturation des données. Treize entretiens ont été nécessaires pour atteindre la saturation des données.

Un rendez-vous pour réaliser l'entretien a été fixé après une réponse positive, un interne s'est finalement désisté avant le rendez-vous.

Les entretiens se sont déroulés au domicile du chercheur ou de l'interne participant.

Un formulaire de consentement a été signé par les internes avant l'entretien (annexe II). Tous étaient libres de refuser l'exploitation des données a posteriori, aucun ne l'a fait.

Il s'agit d'entretiens semi-dirigés individuels, réalisés en suivant un guide (annexe III) et avec l'aide d'un carnet de bord pour l'investigateur.

En préambule a été énoncé le sujet du travail, et le principe de déroulement de l'entretien semi-dirigé.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrits intégralement en respectant le langage oral (annexe I).

Tous les entretiens ont été anonymisés, le genre est reconnaissable.

Les noms des médecins cités ont été anonymisés par la lettre X.

L'analyse des données a été réalisée après codage puis regroupement thématique.

RÉSULTATS

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée

	Sexe	Promotion	Faculté d'origine	SASPAS*	Module A**
Interne 1	Femme	2018-2019	Angers	Oui	Non
Interne 2	Homme	2018-2019	Paris V	Oui	Non
Interne 3	Femme	2017-2018	Nantes	Oui	Oui
Interne 4	Femme	2017-2018	Angers	Oui	Oui
Interne 5	Homme	2018-2019	Angers	En cours	Oui
Interne 6	Femme	2018-2019	Caen	En cours	Non
Interne 7	Femme	2017-2018	Caen	Oui	Oui
Interne 8	Femme	2018-2019	Rennes	Oui	Oui
Interne 9	Femme	2017-2018	Reims	Oui	Oui
Interne 10	Homme	2017-2018	Montpellier	Oui	Oui
Interne 11	Femme	2017-2018	Nantes	Oui	Non
Interne 12	Homme	2018-2019	Caen	Oui	Non
Interne 13	Homme	2018-2019	Rouen	En cours	Non

* : Avoir réaliser un SASPAS

** : Avoir suivi le cours du module A sur les drogues illicites pendant l'internat.

1. Représentations et place de la dépendance aux opiacés dans l'exercice de la médecine générale

1.1. Origines des représentations

Les représentations partagées ont des origines diverses :

Elles sont sociales, collectives :

« Je dis tous les clichés qui me passent par la tête. » (I2)

« Enfin après c'est des préjugés. » (I5)

Elles émanent d'échanges divers, plus singuliers, souvent entre professionnels :

« T'entends toujours dire que... » (I12)

« L'expérience que j'en tire des autres et des échanges que j'ai eu... » (I10)

Elles sont imaginées :

« J'imagine bien des cadres addictes à la codéine mais j'en ai pas vu beaucoup. C'est aussi une autre image que j'ai. » (I6)

Elles sont issues des expériences personnelles :

« C'est peut-être parce que c'est ceux que j'ai vu en consultation. » (I13)

« C'est ce que j'ai constaté pendant les consultations. » (I8)

Les représentations sont un facteur d'influence :

« C'est difficile d'avoir une relation de confiance quand on a déjà des à priori ou des représentations. » (I4)

Mais elles ne sont pas immuables et évoluent chez les individus, surtout lorsqu'elles viennent se confronter à une réalité :

« Après les stages et après les cours, je me rends compte que ce n'est pas du tout la vision que j'avais initialement. » (I3)

1.2. L'accès aux soins et ses déterminants

De nombreux internes pensent que l'accès aux soins est plus compliqué pour les toxicomanes que pour la population générale :

« Je pense qu'ils ont plus de mal à avoir accès aux soins. » (I11)

« Il est plus difficile que pour le reste de la population. » (I6)

Certains pensent qu'il est le même pour tous :

« Ils ont le même accès aux soins. » (I12)

« J'imagine que l'accès est pas forcément plus difficile pour eux que pour d'autres. » (I13)

D'autres n'ont pas d'idée à ce sujet :

« Alors je sais pas, il faudrait leur poser la question directement...je pense qu'il est pas si mauvais. » (I2)

Quelques internes font une distinction entre l'accès à un médecin généraliste (libéral) et l'accès aux structures de soins spécialisées en addictologie, comme les CSAPA, toujours situés dans des agglomérations :

« Les CSAPA, mais qui sont plutôt centralisés. C'est difficile souvent pour les patients d'aller en CSAPA, quand on est excentré, enfin c'est loin quoi. » (I10)

Les déterminants évoqués à propos de la difficulté d'accès aux soins sont multiples :

Concernant les structures spécialisées, la facilité d'accès apparaît proportionnelle à la proximité entre le lieu de résidence du patient et l'agglomération dans laquelle se trouve cette structure :

« Je pense que c'est plus simple... quand ils sont proches d'une grande agglomération qui permet d'avoir ce genre de spécialistes ou ce genre de structures. » (I2)

Certains pensent qu'il est plus difficile pour les patients vivants en milieu rural d'être pris en charge, en cause :

Des moyens de locomotion parfois limités :

« Pour y aller oui, après il y en a qu'ont pas de moyens de locomotions quoi, ceux qui habitent en campagne euh... c'est plus compliqué quoi » (I7)

Les consommations de produits stupéfiants :

« C'est des patients qui sont souvent alcoolisés en plus, donc alcoolisés pour se déplacer en transport c'est compliqué. » (I10)

L'impression d'une mauvaise connaissance du réseau territorial par les médecins généralistes locaux et donc de défauts d'orientation possibles :

« Après je suis pas sûr que tous les médecins connaissent ces réseaux-là. » (I7)

Le refus de certains médecins généralistes de prendre en charge ces patients est évoqué, en cause :

Un sentiment de méconnaissance des professionnels :

« *Les médecins manquent de connaissances, il y a des médecins qui refusent.* » (I8)

Des patients trop demandeurs :

« *J'imagine que c'est parce que c'est des patients qui sont visualisés comme très demandeurs de soins.* » (I3)

L'incapacité des patients à respecter les contraintes organisationnelles :

« *Donc les contraintes d'horaires, rendez-vous...* » (I6).

La stigmatisation de ces patients par les professionnels :

« *Probablement il y a pas mal de médecins qui...Qu'ont pas forcément envie de les voir dans leur salle d'attente.* » (I13)

« *Parce qu'ils sont vite catalogués.* » (I3)

Certains internes pensent que l'accès aux soins est peut-être équivalent pour n'importe quel individu mais que les usagers d'opiacés consultent moins :

« *Je pense qu'ils ont pas plus de mal à accéder mais je pense qu'ils consultent moins.* » (I13)

Les hypothèses pour expliquer ce phénomène sont :

Les difficultés éventuelles de règlement des consultations :

« *Ils ont pas tous un tiers payant cent pour cent donc ils doivent avancer les frais quand ils sont chez le médecin.* » (I7)

La peur d'être jugé par le médecin :

« Le fait d'avoir la peur d'être jugé... » (I6)

La peur des problèmes judiciaires par dénonciation :

« Que le médecin appelle les flics...que eux ça les limite. » (I6)

1.3. Place investie par les futurs médecins et ses déterminants

a) Positionnement des internes

Tous les internes qui se sont exprimés sur ce sujet disent qu'ils accueilleront ces patients, mais selon des modalités différentes :

Ils souhaitent « recevoir tout le monde », et ainsi ne pas sélectionner leurs patients :

« Déjà recevoir tout le monde. » (I6)

Certains ont souligné le souhait de suivre quelques patients en tant que médecin généraliste :

« J'aimerai bien en suivre quelques-uns » (I3)

D'autres acceptent de suivre ces patients mais demandent un travail en collaboration avec des médecins « experts » :

« Je ne fermerai pas ma porte pour une prise en charge temporaire, si je peux collaborer avec les addictologues...ce serait parfait quoi. » (I9)

Certains veulent suivre des patients stabilisés, pour des renouvellements :

« Je veux bien les prendre en charge mais à partir du moment où ...ils ont été suivis là-bas et qu'il y a des choses qui sont bien claires de mises en place. » (I1)

b) Les déterminants

Parmi les motivations de ces choix, les déterminants les plus cités sont :

Le souhait de répondre à la demande médicale du lieu d'exercice futur :

« On répond à une certaine demande, de ce qui se passe dans la commune où on exerce, et donc si je dois en faire... » (I9)

« Ça dépendra aussi de où j'exercerai, selon le milieu il y a pas la même patientèle. » (I8)

Entretenir une diversité d'exercice :

« Après je pense pas me spécialiser en « addicto ». En voir trois à quatre par semaine. » (I7)

« J'aimerai pas non plus être « le » médecin de la ville où je travaille qui s'occupe que de ça. » (I3)

Le refus de toute forme de discrimination :

« Je laisserai sa chance à tout le monde. » (I8)

« Je ferai comme avec tout autre patient qui viendrait pour tout autre pathologie, il y aura pas de discrimination...sur cette addiction. » (I2)

La qualité de la prise en charge, dont les objectifs divergent :

Certains veulent, par conscience professionnelle recevoir ces patients, mais disent ne pas être prêts actuellement :

« Pour le moment, ne me sentant pas à l'aise avec ce genre de prise en charge, je suis pas demandeuse d'en réaliser. » (I9)

D'autres souhaitent limiter leur nombre de patients dépendants, pour prioriser la qualité de la prise en charge à la quantité :

« Si je veux faire les choses bien... avoir quelques patients...mais pas une grosse part de ma patientèle » (I11)

D'autres disent encore vouloir essayer de faire de leur mieux, ou, au moins, souhaitent apporter quelques choses à ces patients :

« J'essaierai de faire de mon mieux pour les accompagner. » (I4)

« Ça m'embêterai c'est de pas pouvoir leur apporter quelque chose. » (I10)

Des limites à ce positionnement ont aussi été verbalisées :

Certains internes veulent prendre en charge ces patients dans leur globalité, être un médecin traitant et non uniquement « addictologue » :

« Qu'ils puissent venir pour complètement autre chose et même si on sait qu'on se voit de temps en temps pour de la toxicomanie, on peut prendre en charge autre chose. » (I13)

« Et je veux prendre une place de médecin traitant quoi, pas d'addictologue. » (I1)

D'autres émettent des réserves envers ces prises en charges :

« Je vais aussi me mettre des limites et que ce ne sera pas inconditionnel. » (I4)

« Qu'il faut pas non plus que ça devienne une contrainte, dans le sens ou si ça se passe mal avec des patients je chercherai pas à insister. » (I8)

1.4. Représentations de la dépendance, de son traitement

1.4.1. Représentation de la dépendance

Peu se sont exprimés sur le sujet, les thèmes abordés concernent essentiellement la définition du toxicomane et « la trajectoire » du toxicomane, selon les termes de Lionel GIBIER. (10)

a) Définition du toxicomane

Un interne aborde le cas des consommateurs de substances occasionnels :

« Sont très occasionnels, donc on ne peut pas les considérer comme toxicomanes. » (I6)

A opposer à sa représentation du patient toxicomane :

« Là je pense qu'on peut quand même dire que ça doit carrément leur fausser leur rapport à la réalité. » (I6)

Un autre dit :

« Ils sont un petit peu esclaves de la substance et tout ce qu'ils font c'est autour de ça, et ils sont plus maîtres d'eux-mêmes quoi. » (I10)

b) La rencontre avec le produit : « la lune de miel »

La recherche de plaisir :

« C'est quelqu'un qui va un petit peu utiliser des substances pour se procurer du plaisir quelconque quoi. » (I10)

Supprimer le « déplaisir » :

« Ça pouvait être un moyen de masquer d'autres choses. » (I6)

c) La gestion du manque

La drogue est devenue un besoin :

« Ces patients ils se retrouvent prisonniers de quelque chose, et c'est comme un cercle vicieux au final. » (I10)

d) La galère

La vie centrée sur le produit et ses conséquences :

Les tentations sont omniprésentes :

« Qu'en même temps ça s'immisce partout dans leurs vies, et ils peuvent avoir, que ce soit par les gens qu'ils fréquentent, les endroits où ils se trouvent, plein de tentations autres » (I6).

La désinsertion socio-professionnelle et la perte des ressources :

« Les ressources matérielles, et puis sociales. En fait tout le contexte, le milieu qui se dégrade, l'isolement qui se fait par rapport à l'addiction, le fait qu'on a plus forcément l'appui de sa famille, les ressources financières, l'intégration aussi sur le plan professionnel » (I10).

Le désintérêt pour le reste du monde :

« Qui sont vraiment pris par leur addiction donc pour eux c'est difficile d'avoir une vie à côté. » (I5)

1.4.2. Représentation des traitements de substitution

A propos des représentations des TSO :

Certains pensent que prescrire un TSO revient à remplacer une drogue (illégale) par une autre (légale) :

« Et ils restent toujours dans leur position d'ancien « toxico » qui a besoin de son médicament. » (I6)

« C'est remplacer une substance par une autre. » (I10)

Le ressenti général concernant l'existence de ces traitements est positif :

« Pour moi c'est une bonne chose. » (I11)

« Je préfère qu'ils soient sous traitement substitutif qu'avec une drogue. »
(I13)

Cependant si l'intérêt de ces traitements est établi pour la plupart des internes, certains les banalisent complètement :

« Un peu comme quand on équilibre finalement quelqu'un qui est sous LEVOTHYROX. » (I12)

Quand d'autres sont plus réservés :

« Traitements qui peuvent avoir de lourdes conséquences. » (I4)

L'idée que les patients connaissent bien ces traitements a été rapportée également :

« Souvent ils ont leur préférence, il y en a qui préfère le SUBUTEX à la BUPRENORPHINE, et ils expliquent très bien pourquoi. » (I3)

2. Représentations de la prise en charge des usagers dépendants aux opiacés

2.1. Attentes, freins et objectifs

a) Les attentes

Les attentes des internes envers ces patients sont nombreuses, elles correspondent à ce qui selon eux permettraient une prise en charge optimale :

La plupart des internes insistent sur le besoin d'une relation de confiance :

« De toute façon ça ne marche que par la confiance. Surtout en toxicologie. » (I9)

Certains précisent ce que cela implique :

« Un respect mutuel » (I8), « un patient honnête aussi » (I2).

Mais aussi l'absence de mensonge, de falsification de documents, de manipulation :

« S'il vient me demander une ordonnance en avance parce qu'il part en vacances c'est pas pour me « lourder » et c'est qu'il a vraiment un truc et que c'est pour le dépanner voilà. » (I13)

« Pas de mensonges ni de falsifications d'ordonnances. » (I4)

Beaucoup d'internes souhaitent que les consultations puissent être un moment propice aux confidences des patients, c'est-à-dire qu'il y ait de la transparence dans leur propos, et qu'ils se sentent libres de partager leur réalité en absence d'appréhension de jugement :

« Une parole qui est assez ouverte...que le patient puisse dire si il a consommé, si il a rechuté qu'il n'ait pas honte d'en parler au médecin. » (I4)

« Qui peut se livrer facilement sur ses difficultés. » (I2)

L'attente d'une réactivité des professionnels concernés lorsqu'un patient est en demande de soins :

« Quand justement on arrive à alpaguer les patients, de pouvoir enclencher assez rapidement et de prévoir une prise en charge optimale. » (I10)

La nécessité d'établir un cadre avec ces patients est souvent abordée, mais de façon plus ou moins rigide :

« Je pense que c'est le respect des règles. Des deux parties. Il faut quand même que le médecin garde une certaine souplesse vis-à-vis du patient, mais que le patient soit pas non plus totalement anarchique. » (I8)

« Je pense que c'est très important au début de fixer les règles, d'être intransigeant quand c'est pas respecté. » (I12)

Certains développent ce cadre : le respect du suivi proposé est important :

« Si je propose un suivi, qu'il vienne aux rendez-vous en consultation. » (I1)

Ainsi que ses modalités :

« Patient ponctuel, qui vient régulièrement, qui respecte les délais prescrits sur les ordonnances » (I2)

L'attente d'un travail pluridisciplinaire, en réseau, est aussi souvent évoqué :

« Dans la prise en charge c'est aussi la pluridisciplinarité, de pas être tout seul. C'est aussi de s'aider des professionnels à côté, des psychologues, des psychiatres. » (I10)

b) Les freins

De nombreux freins à la prise en charge de ces patients sont exprimés :

Ces patients sont souvent perçus comme complexes, peu recommandables et difficiles à prendre en charge, cela crée des peurs chez les internes :

« Pour le médecin je pense que ça fait peur. » (I2)

Les raisons évoquées, à propos de ces patients, sont les suivantes :

Ils sont imprévisibles :

« Ce côté très imprévisible qui peut être un petit peu agaçant...Ça pousse un petit peu à l'abandon. » (I11)

Ils sont chronophages :

« Ils prennent du temps. » (I7)

Ils manquent d'assiduité :

« Les horaires, les rendez-vous sont pas forcément respectés sans forcément d'explications. » (I8)

Ils sont nomades :

« Il y a des oubliés d'ordonnances, ils vont voir plein de médecins, il y a un peu de vagabondage. » (I12)

Ils sont marginaux :

« Quelqu'un qui est en marge de la société alors c'est pas évident quoi. » (I2)

Ils peuvent être violents :

« Qui peuvent potentiellement devenir violents si ils sont en état de manque ou ce genre de chose quoi. » (I12)

Ils sont dans des situations précaires :

« Souvent la problématique sociale qui est intriquée à la problématique médicale. » (I4)

Ils sont poly-addictes :

« C'est les poly-addictions..., ça peut être difficile pour le médecin de gérer ça. » (I5)

Ils sont fragiles :

« Toutes les comorbidités qu'il peut y avoir sur le terrain de ces patients qui peut aussi effrayer je pense ». (I8)

En résumé : ce sont des « patients qui sont compliqués à prendre en charge » (I6), dont l'image est parfois négative : « enfin quand je pense aux toxicos, j'ai pas de points positifs » (I1).

D'autres facteurs limitants sont abordés, et concernent plus directement les médecins :

La peur de prendre en charge ces patients :

« T'as peur, parce que c'est pas rien, il y a des conséquences, des fois...tu te retrouves tout seul. » (I10)

« Notre formation est trop...légère...pour moi, c'est un vrai frein. Et c'est pour ça que ça crée des peurs. » (I9)

L'appréhension de l'image renvoyée par l'acceptation de ces patients :

« A partir du moment où ils savent que ce médecin-là c'est facile d'obtenir des ordonnances avec lui, t'as toujours le piège de récupérer toute la patientèle un peu difficile des autres médecins. » (I12)

La lassitude et le sentiment d'investissement inutile :

« T'as beau faire ce que tu penses le mieux pour eux, tu te dis à la fin, enfin ça marche jamais » (I1).

Le manque d'intérêt pour l'addictologie :

« Je me sens moins impliquée dans ce domaine-là » (I1)

Le manque de résultats satisfaisants :

« Enfin il y en a qui guérisse jamais de leurs addictions » (I6)

Ou la peur de « l'échec », et de la rechute :

« Quelqu'un qui était sous traitement et qui replonge dans la drogue initiale en fait » (I9)

Enfin est largement abordé le sentiment d'incompétence des internes dans ce domaine, indépendamment parfois de l'intérêt porté à l'addictologie, ce qui paraît être un frein majeur :

« Moi je maîtrise pas forcément ça, et il y a un moment où je vais me sentir bloqué et c'est gênant. » (I13)

Mais ce ne serait pas propre aux internes :

« Il y a des médecins qui déjà connaissent pas forcément bien les traitements, les différents traitements, qui savent pas comment les mettre en place, ou les arrêter ou les diminuer, donc ça fait un peu peur je pense. »
(I8)

c) Les objectifs

Si les internes acceptent de prendre en charge ces patients, les intérêts des TSO et leurs objectifs sont parfois différents :

Le principal intérêt évoqué est la réduction des risques :

« Réduire tous les risques secondaires aux consommations de produits toxiques. » (I8)

« Si ça peut leur permettre de pas s'injecter, de pas prendre de risques vis-à-vis des drogues, c'est plutôt une bonne chose. » (I5)

Les TSO sont indispensables pour les patients qui souhaitent stopper complètement leurs consommations d'opiacés :

« Après ceux qui veulent arrêter totalement la consommation de toxique, bah voilà, c'est indispensable » (I8)

Ça pourrait stopper la dépendance psychologique :

« Ça arrête aussi la dépendance psychologique peut être. » (I7)

Ça permet d'amorcer un changement des fréquentations :

« Du coup quittent aussi un petit peu le monde de la consommation. » (I11)

Puis la réinsertion sociale :

« *Avec ces traitements là ça permet une réinsertion sociale de ces patients-là.* » (I11)

« *Soit à garder quand même une insertion sociale on va dire.* » (I8)

Terminons par l'objectif de ces traitements à long terme :

La substitution des opioïdes, même prescrite au long cours, permet d'accéder à une vie qui n'est plus centrée sur le produit :

« *De permettre à des gens qui sont « toxicos », qui veulent s'en sortir, de retrouver une vie stable.* » (I12)

« *Lui permettre de retrouver une maîtrise.* » (I10)

C'est à ce niveau que les internes distinguent souvent deux types de patients :

Les patients « stabilisés » avec un TSO et les autres :

« *Deux types de patients : grande précarité, isolement ; ou insertion socio-professionnelle et familiale correcte, souvent patients avec un TSO depuis longtemps.* » (I10).

« *Soit des patients très isolés, précaires, enfin grande précarité. Ou alors pas du tout, des patients qui travaillaient, qui avaient des enfants, une famille, qui en général avaient un traitement depuis plus longtemps que ceux qui étaient précaires.* » (I8)

Le sevrage total des opioïdes et des TSO :

« *Ils savent que ce traitement-là c'est pour diminuer et ensuite arrêter.* »

(I7)

« *Donc c'est toujours mieux si jamais ils arrivent à arrêter.* » (I6)

Certains restent partagés entre leur représentation idéale et l'intérêt pour le patient :

« *Je sais qu'il n'y a pas forcément besoin enfin pour moi, c'est quand même l'idée à un moment : que l'on puisse sevrer de la drogue et puis après du produit de substitution, parce que je trouve que ce serait l'idéal.* » (I13)

Enfin, de nombreux doutes persistent sur ce sujet :

« *Franchement j'ai tellement peu d'expérience là-dessus que je sais même pas si, au final, t'arrives à arrêter les traitements substitutifs.* » (I10)

« *Est-ce qu'il faut décroire ou pas quand ils sont stabilisés ?* » (I12)

2.2. De la rencontre à la relation soignant-patient.

2.2.1. La rencontre d'un patient ou d'un toxicomane ?

Les représentations qu'ont les internes de la rencontre avec ces patients :

Les différences d'expériences de vie, l'écart de milieu, le mode de vie, sont des facteurs limitants pour certains internes :

« *On n'est pas passé par la toxicomanie, chose comme ça, du coup, c'est toujours difficile de comprendre.* » (I2)

« *C'est pas des patients sur lesquels on peut s'identifier, sur lesquels on a, on aura les mêmes expériences de vie.* » (I11)

La rencontre avec ces patients est parfois appréhendée :

« *Quand j'accueille un patient toxicomane en consultation c'est déjà un peu de stress.* » (I9)

Voire rebutante :

« *Le côté imprévisible, ça aide pas à aller dans ce type de relation.* » (I11)

A l'inverse, certains internes disent être tout à fait à l'aise :

« *J'aurais pas peur d'avoir dans ma patientèle des patients toxicomanes* »
(I8).

Les représentations de la communication avec ces patients divergent également :

« *Soit ils ont honte et ils veulent pas en parler, ou alors ils sont agressifs.* »
(I7)

« *Je trouve que le dialogue se fait assez facilement.* » (I8)

Ce qui est cité comme le plus attristant dans ces prises en charge, c'est l'aspect relationnel,

souvent perçu comme privilégié avec ces patients :

« *C'est une relation prioritaire avec le patient...qui est tout ce qui me passionne...me fait aimer la médecine générale* » (I9).

« *Transfert mais presque un petit peu « maternel » quoi, en fait ils vont chercher quelqu'un qui va un petit peu les « materner » ou au contraire parfois plutôt les recadrer.* » (I11)

Ce sont des patients chez qui l'on retrouve souvent un vécu douloureux :

« *Avec les addictions il y a souvent un lien d'abandon à un moment donné.* » (I11)

« *Ça fait quand même souvent écho à quelque chose de très intime de leur vie, à des événements que parfois même leurs proches ne sont pas au courant.* » (I9)

2.2.2. L'élaboration de la relation

L'alliance implique que les deux parties s'accordent :

« *Il faut que ça soit, faut que « ça colle » en fait dans les attentes de chacun, dans les attentes du patient et du médecin.* » (I11)

Construire une relation avec ces patients n'apparaît pas toujours simple, compte tenu des personnalités du chacun :

a) Éléments perturbateurs : les patients et les médecins

Les patients

Certains qualificatifs énoncés à propos de ces patients laissent présager des consultations délicates :

« *Exigeants* » (I2, I10, I8), « *marginaux* » (I2, I5, I8), « *en détresse* » (I10), « *impatients* » (I11), « *manipulateurs* » (I7) ...

Ces patients peuvent avoir des difficultés à parler de leurs addictions :

« *Ils disent pas : « Bonjour je suis toxicomane » quoi, enfin, c'est quelque chose de caché.* » (I9)

Ils peuvent soumettre des demandes improbables :

« Qui nous posent des questions sur des choses pas du tout médicales. Sur leur organisation de vie, sur leur travail, sur leur vie en générale. » (I7)

Ces patients peuvent être peu tolérants à la frustration :

« Ils peuvent arriver avec leurs exigences et si on les respecte pas c'est un mur qui se met entre les deux. » (I8)

Ce sont eux les experts des substances :

« En général les drogues ils les connaissent beaucoup mieux que nous. » (I6)

Ce sont des patients éventuellement confrontés au rejet :

« Je l'ai vu dans mon stage aux urgences, ou « prat » de premier niveau... il y a beaucoup de médecins qui ne veulent pas s'en occuper et qui refusent de s'en occuper. » (I3)

Et à la stigmatisation :

« Ils peuvent être victimes de préjugés et de ne pas être traités de la même manière je pense. » (I11)

Les médecins

Les internes sont parfois surpris par la rencontre avec ces patients, notamment quand la réalité est différente de leurs représentations :

Le fait que les patients dépendants aux opiacés ne soient pas identifiables au premier regard par exemple :

« On est parfois très surpris que certaines personnes soient sous traitement alors que on les croiserait dans la rue je pense qu'on dirait rien...c'est toujours assez surprenant. » (I9)

Ne pas réussir à saisir la demande des patients ou être dans l'incertitude de la véracité du discours livré par le patient complique l'investissement du médecin :

« Arriver...à savoir la véracité de ce qu'ils nous disent, ou de ce qu'ils veulent obtenir. Ça c'est ce que je trouve qui est difficile. » (I4)

« Soit il ne rencontre pas de médecin à même de lui proposer une prise en charge adaptée à sa demande quoi. » (I9)

Les médecins peuvent manquer de tolérance vis-à-vis de ces patients :

« Peu tolérants on va dire avec les patients, qui n'ont pas vraiment droit à l'erreur et que la moindre erreur est fatale pour leur suivi médical. Ce qu'ils ne feraient pas forcément avec d'autres patients. » (I8)

Le statut de prescripteur du médecin peut être perçu comme une position de supériorité par les patients :

« En fait nous on a aussi une position qui... un peu de force, en fait le patient vient chercher une ordonnance et s'il l'a pas, bah il a pas son produit. » (I13)

La disponibilité des médecins et l'écoute de ces patients peuvent être limitées du fait de la toxicomanie :

« Si ils sont étiquetés toxicomanes, ils auront en effet un passage un peu plus soutenu du côté « psy » qu'un patient lambda. Donc je pense que c'est plus compliqué. » (I11)

Ou par crainte d'être envahis :

« En consultation, pas forcément « casse-pieds », mais qui peuvent vite prendre de la place, du temps. » (I13)

b) Eléments moteurs

De nombreux internes souhaitent s'investir dans cette relation avec ces patients :

Ce sont des patients dont il y a beaucoup à apprendre :

« Attristant parce que comme je te l'ai déjà dit c'est toujours surprenant et surtout on apprend énormément de choses sur l'histoire de vie des gens. »
(I9)

Ces patients incitent à recentrer les consultations sur le dialogue :

« On est vraiment à discuter avec le patient, et pas sur le « PC », et cætera, ça j'aime assez. » (I13)

L'intérêt porté à la prise en charge psychologique est un élément moteur pour développer une relation singulière avec ces patients :

« Ce qui est attristant, ce que j'aime bien c'est la prise en charge psychologique. La thérapie. » (I3)

Le travail motivationnel est aussi apprécié :

« Et le fait de travailler la motivation » (I4)

La régularité du suivi avec ces patients est un privilège pour élaborer une relation singulière :

« C'est des gens que tu revois hyper régulièrement, tous les 14 ou 28 jours, pour la plupart » (I3).

« Ce qui est intéressant c'est le suivi... de travailler sur la durée. » (I4)

L'amélioration de la qualité de vie de ces patients est un élément encourageant :

« Ils arrivent à avoir un travail, à avoir une certaine stabilité, une vie de famille, et cætera, donc voilà. » (I11)

« Les victoires des patients c'est un peu nos victoires aussi quoi. » (I7)

Les motifs de consultation se diversifient, les patients ont des projets, c'est une satisfaction pour les internes :

« Femmes qui ont des projets de grossesse, qui sont enceintes, qui discutent de ça...» (I12).

c) Réflexions à propos de l'élaboration de l'alliance soignant-soigné

Les internes émettent des réflexions, des doutes, quant à cette relation, cette alliance qu'ils souhaitent construire avec les patients :

Est-il possible de créer une alliance avec les patients sur un suivi à court terme ?

« Quand on est interne, on voit les gens de manière temporaire et on a pas forcément le suivi qu'a le médecin traitant et du coup il me manque encore peut être des facettes sur la prise en charge des toxicomanes » (I9).

Aborder, professionnellement et avec justesse, l'addiction aux opiacés avec les patients, interroge les internes :

« De pas savoir comment les prendre, et du coup ne pas pouvoir réussir à mener les entretiens que je voudrai. » (I13)

« Que nous on pose les bonnes questions et pour poser les bonnes questions il faut déjà s'y connaître un peu. » (I6)

La relation avec ces patients est-elle différente ? :

« Après tant qu'on est pas confronté aux patients, on se rend pas compte de la relation médecin patient avec eux » (I7)

La conduite addictive peut induire un raisonnement médical perçu comme inhabituel :

« C'est difficile parfois de trouver l'élément déclencheur, ou comment aborder, comment orienter le...pas la prise en charge mais le dialogue sur le problème. » (I10)

Voire intrusif :

« C'est quelque chose à la fois de très intime...parce que de comprendre ce qui les a amenés dans l'addiction et ça fait quand même souvent écho à quelque chose de très intime de leur vie, à des événements que parfois même leurs proches ne sont pas au courant. » (I9)

L'anticipation de « l'échec » possible dans ces prises en charge entraîne aussi des réflexions :

« C'est quelque chose que j'appréhende...Enfin il faut avoir quand même conscience...Tu te dis que : « bon, à tout moment on peut repartir de zéro et recommencer le travail quoi. » » (I10)

« On a toujours la crainte qu'ils retombent dans leur addiction. » (I3)

Ce que les internes appellent « la rupture », qu'elle soit physique ou mentale, est souvent abordée. Elle est redoutée et souvent mal vécue :

« Que l'impact qu'on avait au départ, c'est-à-dire qu'on sent le patient qui accroche ce qu'on dit, qui est volontaire et...ça a décroché, qu'il est plus aussi déterminé » (I10)

« Ce qui est difficile c'est parfois la rupture, d'avoir une relation établie avec le patient et puis il y a une rupture des soins... Je le vis pas forcément comme un échec, c'est plus un peu décevant. » (I7)

Concernant l'approche psychologique, les médecins aussi jouent un rôle :

« Bah qu'en fait on avait beau être médecin, et bah c'est pas forcément aux psychologues, psychiatres ou autres... Qu'on était pas plus mauvais qu'un autre pour le faire. » (I6)

3. L'acquisition des compétences

Les connaissances à propos de la substitution des usagers d'opiacés apparaissent inégales :

« Je trouve qu'on est pas assez formé sur les traitements substitutifs, on est pas assez formé sur la toxicologie en général. » (I9)

« Le fait que je connais très très mal la substitution. » (I12)

A propos des TSO :

« Je trouve ça quand même super bien parce que c'est assez facile à manipuler. » (I3)

3.1. Les connaissances

Le manque de connaissance en addictologie semble être un frein à la prise en charge de ces patients pour beaucoup d'internes :

« Je me suis rendu compte que je n'étais absolument pas la seule à être complètement, enfin, dépassée par la toxicologie. D'une part, ça m'a rassurée et d'un autre côté je me suis dit : « mince, il y en a quand même des gens sous traitements substitutifs » » (I9).

Si pour de nombreux internes le manque de connaissance est un véritable obstacle à la prise en charge de ces patients :

« *Oh bah oui, je pense. Euh, oui oui c'est sûr.* » (I3)

D'autres pondèrent le propos :

« *Oui de base, mais après on peut quand même se renseigner facilement* »

(I6)

Des internes disent que ces prises en charge sont « floues » (I2), ou « *bancales* » (I5) ou mettent les médecins en situation d'échec :

« *J'ai l'impression d'avoir eu que des patients qui m'ont mis en échec.* »

(I1)

Cela demanderai des compétences en communication :

« *Je suis pas sûre d'avoir le bon discours pour les prendre en charge.* » (I1)

Ou encore une intuition particulière :

« *Je pense que j'ai pas forcément la fibre pour la toxicologie.* » (I9)

Le praticien qui ne connaît pas les drogues peut se sentir peu crédible :

« *Pour connaître les drogues c'est sûr que non donc c'est un peu paradoxal parce qu'on va les aider à guérir un truc pour lequel du coup nous, enfin moi j'y connais rien.* » (I6)

Le sentiment d'incompétence n'incite pas à prendre en charge ces patients :

« *Tout ça fait qu'en fait, ça nous permet pas de bien répondre à leur demande et de bien les prendre en charge.* » (I11)

« Je pense que, on a pas forcément beaucoup d'outils... » (I6)

Le manque d'expérience est une difficulté :

« Des fois on sait pas trop comment faire. C'est pas très très fréquent comme consultation non plus donc ça rend ça plus difficile aussi » (I7)

3.2. Déterminants de l'acquisition des compétences

a) Formation initiale

L'enseignement en second cycle joue un rôle :

Certains affirment qu'ils ont bénéficié d'une formation conséquente :

« Pendant l'externat, bonne, puisqu'il y avait le livre « d'addicto » avec pas mal de chose à connaître qui était plutôt bien fait. » (I8)

« Après nous pendant l'externat on en a fait pas mal, plus que dans d'autres facs. » (I7)

D'autres ont des souvenirs imprécis :

« Pendant l'externat, il me semble qu'on a des cours aussi dessus » (I5)

« J'ai souvenir d'avoir eu quelque chose pendant l'externat, en avoir retenu des grands messages sur qu'est-ce que c'est, comment ça s'utilise, mais pas du tout sur la manière de prescrire » (I13)

Enfin certains n'ont pas souvenir d'avoir abordé l'addictologie en second cycle ou ont trouvé l'enseignement inadapté :

« Je pense que je n'en ai eu aucune pendant tout l'externat. » (I9)

« Alors théorique...elle est inexistante ! ou alors le peu c'était inutilisable en pratique... disons jusqu'à l'internat. » (I2)

Un interne dit à ce propos que la formation initiale n'est pas à négliger afin de « dédramatiser » la prise en charge de ces patients par la suite :

« Qu'il faudrait déjà avoir quelques notions pendant l'externat, au moins les bases, pour que ça nous fasse moins peur après dans la prise en charge des patients. » (I3)

Un autre dit que la pratique joue un rôle aussi :

« Après comme j'ai fait un stage d'externe en « addicto » ça me fait moins peur peut être, c'est surtout ça qui aide à comprendre un peu. » (I7)

b) Intérêt pour l'addictologie et investissement personnel

Tous les internes n'ont pas le même attrait pour la discipline :

« J'ai pas envie spécialement de m'investir moi pour approfondir mes connaissances... peut être que je suis pas assez intéressée par le sujet. » (I1)

« On va s'informer le jour où on aura une situation, qui va aussi nous donner envie de nous informer. » (I11)

« Après je suis aussi avide d'apprendre et je suis demandeuse de formation donc je ferme pas la porte à en réaliser. » (I9)

c) L'Expérience et les opportunités

La pratique facilite les apprentissages :

« Plus on pratique, plus c'est facile, plus on enregistre. » (I2)

« Quand on est pas dedans c'est beaucoup d'informations qu'on enregistre pas aussi bien que quand on pratique. » (I4)

Un autre interne dit que l'important est de connaître la théorie :

« On peut largement s'en sortir sans avoir pratiqué cliniquement l'addictologie. Je pense qu'il faut avoir des notions théoriques, après pratiques ça s'apprend sur place quoi. » (I8)

Puis rejoint l'avis précédent plus tard :

« Si on n'a pas l'occasion pendant l'internat de voir des patients en consultations ou à l'hôpital, je vois pas où est ce qu'on peut apprendre les complications à rechercher. » (I8)

La supervision par un médecin expérimenté est bénéfique :

« Moi c'est particulier, j'ai fait un stage avec quelqu'un qui s'y connaît en « addicto » et qui m'a appris. » (I3)

Pour certains, l'expérience est faible :

« Moi dans les différents stages que j'ai faits, bon j'ai pas fait mon SASPAS encore, mais dans le stage « prat » par exemple que j'ai fait, j'ai pas, j'ai quasiment pas été confronté à des patients toxicomanes...J'ai vraiment une faible expérience là-dedans. » (I5)

« Alors clinique zéro. Enfin franchement en stage j'en ai quasiment jamais vu, ou alors des trucs gérés donc pas très formateurs. » (I13)

La formation en milieu ambulatoire permettrai une approche plus adaptée pour un futur médecin libéral :

« En tout cas les CSAPA pour la médecine générale c'est intéressant plutôt que de l'hospitalier. » (I10)

« C'est la formation technique par rapport à des prises en charge ambulatoires qui est quand même très faible... Tout est centré sur l'hôpital et quand t'es en ambulatoire, c'est pas que pour la « toxico » d'ailleurs, c'est de manière globale. » (I12)

d) Les motivations personnelles

Plusieurs facteurs vont entraîner une démarche de formation « autonome » :

L'intérêt personnel :

« Il faut pas hésiter à essayer de se former de notre côté quoi, pour nous c'est plus ça qui permet d'être à jour. » (I8)

« Après je pense que si c'est vraiment quelque chose qui intéresse le médecin, il peut aussi se former. » (I11)

Le besoin professionnel :

« Alors j'y connaissais pas grand-chose, du coup je suis allé au cours de module A sur toxicomanie pendant mon SASPAS parce que j'avais quand même un des médecins qui avait plusieurs patients toxicomanes. » (I8)

« Enfin il faut faire l'effort d'aller se former et d'acquérir un minimum d'expérience. » (I10)

Une situation précise :

« Et c'est en faisant la première prescription, et que la pharmacie appelle en disant : « la prescription est pas bonne », que là on est amené à se renseigner un peu plus. » (I11)

e) L'influence des représentations

La pratique fait évoluer les représentations, le plus souvent de façon positive :

« Au fur et à mesure de la pratique j'apprends à découvrir certaines facettes de la toxicologie...que je n'apercevais pas avant...en tout cas ça grandit chez moi ! Ça évolue on va dire. » (I9)

« Après les stages et après les cours je me rends compte que c'est pas du tout la vision que j'avais initialement. » (I3)

« Donc maintenant bon...je sais grossièrement les traitements qui existent, ceux que j'ai le droit de prescrire, ou pas, et qu'en fait c'est pas si compliqué par rapport à ce que je pensais. » (I8)

« Mais j'avais plutôt peur de, pas comme « un jeu de dupe » mais que ce soit des consultations un peu avec des patients qui veulent quelque chose et qui vont insister...mais avec la pratique ça m'a pas trop posé de soucis jusqu'à présent. » (I12)

Mais pas toujours :

« J'ai pas apprécié ce stage-là donc j'ai un peu fait le raccourci « j'aime pas prendre en charge les toxicos. » » (I1)

DISCUSSION

Les représentations de la prise en charge des patients toxicomanes évoluent dans le temps.

La représentation du toxicomane préexiste chez chacun (11), l'étudiant en médecine intègre son cursus médical avec ses représentations, comme tout un chacun, basées sur :

Des expériences personnelles : Des fréquentations ou non de sujets dépendants, d'éventuelles consommations personnelles (occasionnelles ou chroniques), des discussions abordant ce sujet, etc...

Des visions données par les médias : La télévision, internet, la radio, les journaux et livres, etc...

Des expériences éducatives : Le cercle familial, la scolarité, les activités périscolaires, etc...

Ces représentations préexistantes sont difficiles à modifier tant qu'elles ne sont pas remises en question.

Or ceux qui ont eu la chance de côtoyer ces patients dans l'exercice de la médecine générale sont unanimes à exprimer que leurs représentations ont changées.

Par ailleurs, il apparaît que l'accompagnement par un médecin expérimenté (la supervision) dans cette expérience accentue ce changement, rend plus sereine la prise en charge. Là où les internes, ayant rencontrés ces patients seuls, affirment que cela les a remis en question, sans pour autant avoir conforté leur prise de position.

Nous nous sommes alors questionnés sur cette différence d'approche.

1. Les représentations évoluent avec l'expérience

a) L'expérience de terrain

Les internes se disant novices ou naïfs de rencontres avec ces patients partagent des représentations : sans mauvaise volonté, ils formulent leurs appréhensions, leurs sentiments d'incompétence, leurs difficultés à travailler avec des patients perçus comme exigeants, manipulateurs, à qui il est difficile de livrer sa confiance, voire dont ils ont peur.

A contrario, les internes ayant eu l'opportunité de participer à la prise en charge de ces patients, souvent accompagnés par un médecin expérimenté, disent que leur représentations ont évoluées. Elles sont plus positives, ce sont des patients avec qui il se développe une relation singulière et enrichissante.

L'expérience confirme qu'il n'existe pas de profil spécifique de l'usager dépendant d'opiacés, mais qu'il s'agit d'un événement qui s'inscrit dans un contexte social, ce que Claude OLIEVENSTEIN exprime ainsi : la toxicomanie « c'est la rencontre du produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel particulier ». (12)

b) L'expérience des experts

Tous les internes souhaitent s'investir en qualité de médecin traitant pour ces patients, c'est-à-dire être accessibles (premier recours) et coordonner les soins, cependant l'idée de travailler en collaboration avec des « experts » en addictologie revient fréquemment. Mais qui sont ces médecins experts ?

Du point de vue des internes : Ce sont des médecins ayant l'habitude de prendre en charge ces patients, qui ont des connaissances spécifiques en addictologie, voire qui travaillent dans des structures de soins spécialisées en addictologie. (type CSAPA)

Or l'addictologie est un domaine investi par la médecine générale. Un certain nombre de médecins spécialisés en médecine générale intervient dans ces structures spécialisées en addictologie.

Du point de vue des patients, l'expert c'est : « celui qui avait toutes les clés, connaissances et qualités humaines pour créer avec le patient un partenariat permettant de l'accompagner vers la sortie de la dépendance » qui s'oppose aux « médecins démunis, peu formés ou qui avaient peur de la prise en charge ». (4)

Les futurs médecins généralistes pourraient devenir des experts pour prendre en charge ces patients mais il se dégage pour certains, comme dans d'autres domaines, que c'est un travail long pour lequel ils n'ont pas été suffisamment sollicité ou accompagné durant les études. Ce n'est pas toujours le patient dépendant qui est appréhendé mais la peur d'être un « mauvais thérapeute », de se confronter à des difficultés importantes, voire des échecs.

c) L'expérience de l'enseignement

Comme le rappelle Lionel GIBIER : « *Suivre un toxicomane n'est pas une obligation, c'est une décision qui vous appartient* ». (10)

La prévalence de l'usage problématique d'opiacés est estimée supérieure à 5/1000 habitants en France chez les adultes de 15 à 64 ans. (13) Ce chiffre est comparable à la prévalence de la polyarthrite rhumatoïde en médecine générale. (14)

Or si l'on s'attarde plus sur les connaissances, d'après les étudiants, les bases utiles (les outils diront les internes) pour prendre en charge ces patients ne sont pas toujours connues, par exemple : (10), (15)

Les patients : Qui sont-ils ? « Il n'y a pas de drogués heureux » (16), de la théorie de l'attachement de John Bowlby aux addiction aux drogues. (17)

La trajectoire : Où en sont-ils ? « Lune de miel », gestion du manque, galère. (18)

La thérapeutique médicamenteuse : Quoi, quand et comment prescrire ? (19)

L'objectif : Pour beaucoup le sevrage, en alternative : la substitution ne permet-elle pas une amélioration de la qualité de vie ? (20)

Les seuils de prise en charge : Comment s'adapte-t-on à la demande du patient, au patient lui-même ? (21)

L'accompagnement : Quels outils peuvent-être utiles ? La pluridisciplinarité, la relation d'aide et l'entretien motivationnel. (22)

Le cadre : Comment fixer les limites, un contrat avec le patient, obtenir son adhésion en tenant compte de sa personnalité et de ce qu'il est en capacité d'accepter ? (23)

La rechute : Souvent synonyme d'échec : Fait-elle partie du traitement ? En référence aux cinq stades de William Richard MILLER.

D'où vient cette carence ?

L'enseignement ne l'aborde pas ? Ce cours est négligé par les étudiants ? La pratique a-t-elle manquée ?

2. Quels rôles pour la supervision ?

Ce travail permet de s'interroger sur le rôle qu'a eu la supervision dans l'évolution des représentations lors de ces expériences de rencontres et de prises en charge.

On peut émettre l'hypothèse que, de la même façon que la confrontation aux patients dépendants modifient les représentations des internes à leurs sujets, l'accompagnement par des médecins expérimentés modifient les représentations de la dépendance et de sa prise en charge.

Ces prises en charge sont complexes et nécessitent souvent une approche pluridisciplinaire : médico-psycho-sociale et individualisée (approche centrée patient) (24), auprès de patients chez lesquels on retrouve souvent des traumatismes et pour lesquels le médecin ne sera qu'un accompagnateur. (25)

Pour ceux qui en ont bénéficiés, la supervision semble avoir permis aux internes d'accéder ou de mettre en pratique, plus rapidement, les notions pré-requises sus citées, et par là de se sentir moins démunis face à ces patients.

L'interne exposé à une approche en consultation différente de celle préexistante pour lui, peut en observer l'efficience et cela induit une remise en question de sa propre pratique. Par exemple, l'utilisation de l'entretien motivationnel. (26)

L'interne mis lui-même en situation de thérapeute, de façon supervisée, peut s'essayer et améliorer ses pratiques, puis en évaluer lui-même les bénéfices. Cela invite à une modification de l'approche des conduites addictives (de l'approche directive vers une approche compréhensive), la prise en charge de ces patients s'inscrivant alors dans un projet commun

(27), médico-psycho-social, avec de multiples intervenants, ayant chacun son rôle et ses compétences à mettre au service du patient.

3. Propositions

Les internes ont formulé des propositions, sur la façon d'aborder ces patients, ces consultations :

Il faut garder une certaine distance avec ces patients.

Il faut verbaliser sa confiance aux patients.

Il ne faut pas porter de jugement sur les patients ou sur leurs actes.

Il faut faire abstraction de la véracité, ou non, dans le discours des patients.

Il faut être réceptif aux signaux des patients.

Il faut reconnaître le patient en tant qu'individu unique, ayant son vécu, et s'y adapter.

Il faut s'intéresser à l'environnement du patient, à sa vie, à son entourage.

Il faut instaurer un climat d'écoute réfléctrice.

Il faut rester disponible, proposer son aide régulièrement et sans chantage.

Il faut accorder un temps de parole important.

Il faut adopter une attitude explicative.

Il faut accepter le cheminement du patient.

Il faut savoir s'adapter à la situation, savoir appréhender ces patients et trouver les mots justes.

Beaucoup d'internes en fin de cursus se disent démunis face à ces patients dépendants, bien que leurs propositions ne donnent pas cette impression. Si certains internes prendront peut-

être la décision de ne pas s'investir, l'accès aux soins pourrait s'améliorer et la prise en charge de ces patients augmenter.

Afin de poursuivre en ce sens, changer les représentations plus tôt dans le cursus médical, pourrait permettre de donner l'envie de développer ses compétences dans ce domaine plus précocement, d'acquérir plus d'expérience avant la fin des études.

Comment rendre cela possible ? Voici quelques propositions :

Délivrer un enseignement plus conséquent en addictologie : dès le second cycle, incluant les connaissances de bases sur les drogues, les traitements, l'entretien motivationnel, la relation d'aide, l'histoire des toxicomanes (la personnalité, la trajectoire...), les spécificités : la femme enceinte, les objectifs, les résultats ?

Que cet enseignement soit fait, au moins conjointement, par des spécialistes en médecine générale, qui semblent les mieux placés pour enseigner les spécificités de cette discipline dans l'exercice ambulatoire et de premier recours ?

Que tous les étudiants soient amenés à rencontrer ces patients, avec une supervision si possible, afin de dédramatiser cette discipline et d'en motiver l'apprentissage : que les médecins qui prennent en charge des étudiants (externes, internes) aient tous quelques patients dépendants aux opiacés ?

En amont, en matière de prévention : Apprendre à repérer les facteurs de vulnérabilités à développer une dépendance et à repérer les parents en difficultés, pourrait être de bons outils pour la prise en charge de cette pathologie ?

4. Forces et limites de l'étude

4.1.1. Population

Il existe un biais de recrutement, les internes ayant rencontrés le chercheur au cours de l'internat ont plus rapidement donné une réponse favorable puis accepté de participer à l'étude. Cependant si le chercheur et l'interne pouvait se connaître, l'objet de cette étude n'avait pas été abordé entre eux par le passé. On peut également supposer que les internes ayant acceptés de participer à cette étude étaient plus intéressés par le sujet que les non-répondants. Malgré cela, ce type de recrutement a permis d'obtenir un échantillon varié : deux promotions (2017-2018 et 2018-2019), et des origines facultaires différentes (Angers, Caen, Montpellier, Nantes, Reims, Rennes, Rouen, Paris V)

4.2. Méthodes

L'analyse qualitative par entretiens semi-dirigées nous a paru la méthode la plus adaptée pour recueillir un panel de données le plus large possible et répondre à la question de recherche.

A propos du recueil des données : la qualité des entretiens est critiquable : à postériori certaines questions, plus ouvertes, auraient pu apporter plus de matériel, le positionnement du chercheur a sans doute était parfois perceptible (des idées ont pu être suggérées).

A propos de l'analyse des données : il existe un biais d'interprétation probable d'autant plus qu'il n'y a pas eu de triangulation des données.

CONCLUSION

Le médecin a sa propre représentation de chaque pathologie et de sa prise en charge. Ces représentations étant construites sur ses expériences de vie avant l'entrée à la faculté, son approche universitaire, et son expérience en tant que thérapeute par la suite. Non seulement la toxicomanie n'y échappe pas, mais elle est encore parfois victime d'une image médiatique, sociale et thérapeutique péjorative. Il apparaît cependant, que les internes ayant pu bénéficier d'un contact direct avec ces patients dans le cadre de leurs prises en charge ont vu leurs représentations évoluer de façon positive, leurs donnant envie de s'investir pour tendre à un meilleur suivi. Ce constat est d'autant plus marqué quand ces expériences ont eu lieu en présence d'un superviseur expérimenté.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brisacier A-C. L'objectif du tableau de bord annuel « Traitements de substitution aux opioïdes » réalisé par l'OFDT est de rassembler sur ce sujet les chiffres les plus récents émanant de différentes sources et de les présenter de manière synthétique. :19.
2. Beck F, Guignard R, Gautier A, Palle C, Obradovic I. La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes. *Revue française des affaires sociales*. 2013;(3):24-41.
3. La revue Prescrire, Août 2010, Tome 30, N°322, p 580, <https://www.prescrire.org/Docu/PostersBruxelles/Toxicomanes.pdf>
4. Ben Chamakh, Nadia, et Université d'Angers. Angers. FRA / com. « La relation médecin-malade : expériences et point de vue des patients toxicomanes suivis en médecine générale. », 2014. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUSANTE : ANGERS-2014-2014ANGE224M).
5. Dassieu, Lise. « La sélection entre logique d'appropriation et stigmatisation. Les médecins généralistes face aux patients dépendants aux opiacés ». *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* N° 6, n° 1 (2 juillet 2014): 179-97.
6. « Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 ». <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>.
7. « Toxicomanie à l'héroïne : intérêt confirmé de la buprénorphine ». *Revue prescrire* septembre 2005/Tome 25 N°264, p 603-611
8. « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution ». *La Presse Médicale* 33, n° 18 (octobre 2004): 41-47. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(04\)72381-7](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(04)72381-7).
9. Parvaresh, Noshin, Ali Kheradmand, et Masoumeh Darijani. « The Effect of Methadone Maintenance Therapy on Harm Reduction in Opiate Dependents in Kerman Socio-Behavioral Consulting Centers ». *Addiction & Health* 2, n° 1-2 (Winter-Spring 2010): 26-28.
10. Gibier L. *Prises en charge des usagers de drogues*. Rueil-Malmaison: Doin; 2002.

11. « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008) - Tendances 71 - août 2010 - OFDT ».
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/dix-ans-evolution-perceptions-et-opinions-des-francais-sur-les-drogues-1999-2008-tendances-71-aout-2010/>.
12. Olievenstein, Claude. *Destin du toxicomane*. Le Temps des sciences. Paris: Fayard, 1983.
13. « Rapport européen sur les drogues: Tendances et évolutions », s. d., 100. p57
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001FRN_PDF.pdf
14. Marcelli, Christian, Pascal Claudepierre, et Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. *Rhumatologie: coordonné par Christian Marcelli ; comité éditorial Pascal Claudepierre ... [et al.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2011. <http://site.ebrary.com/id/10540308. P 169>
15. Lowenstein, William. *La méthadone et les traitements de substitution*. Paris: Doin, 1995.
16. Olievenstein, Claude, et Éditions Robert Laffont. *Il n'y a pas de drogués heureux*. Paris: Laffont - Opera Mundi, 1988.
17. Dassa, Kolou Simliwa, Kpanake Lonzozou, Dzodzo Eli Ekplam Kpelly, et Adama Gaba Dovi. « Attachement parental et addiction aux substances psychoactives ». *Perspectives Psy* Vol. 52, n° 4 (2013): 371-77.
18. Goines, Donald, et Alexandre Ferragut. *L'accro*. Paris: Gallimard, 2004 : 44-94.
19. Haute Autorité de Santé. « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution ». https://www.has-sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution.
20. Poutrain, Jean-Christophe, DUMG Toulouse, Maryse Lapeyre-Mestre, Philip Persil, et DUMG Toulouse. « Buprénorphine : faut-il sevrer ? », s. d., 2.
21. « Seuil | Mildeca ». <https://www.drogues.gouv.fr/taxonomy/term/512>.
22. Rossier, Valérie, Grégoire Zimmermann, et Jacques Besson. « La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes ». *Psychotherapies* Vol. 29, n° 2 (19 juin 2009): 91-99.

23. Rollnick, Stephen, William R. Miller, et Christopher Butler. *Pratique de l'entretien motivationnel*. InterEditions, 2009.
24. http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4839_Rogers-Galam-Medecine-Nov_2014.pdf approche centrée patient Carl Rogers
25. Cock, Oswald DE. « LE PATIENT TOXICOMANE, LE PRODUIT ET L'ENVIRONNEMENT », s. d., 13. <http://www.reseualto.be/wp-content/uploads/2014/01/Le-patient-toxicomane-le-produit-et-l%20environnement-%2093-O.-De-Cock.pdf>
26. Chéret, Dr Antoine. « Mémoire du DIU de Pédagogie médicale », s. d., 36.
27. J, Bouchez J. and Vignau. « The French Experience--the Pharmacist, General Practitioner and Patient Perspective. - PubMed - NCBI ». <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.buadistant.univ-angers.fr/pubmed/9767202>.
28. Diserens MM. Addictologie et Approche centrée sur la personne : le point de vue d'un médecin de rue. Approche Centrée sur la Personne Pratique et recherche. 2014;n° 20(2):36-52.
29. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
30. Teoli R, Haller DM, Ingrand P, Binder P. Comparaison des représentations et comportements des médecins généralistes du Canton de Genève et du Poitou-Charentes. Sante Publique. 8 juin 2016;Vol. 28(2):187-95.
31. Fanello S, Daoud S, Yves Panici J, Parot E, Hitoto H, Garnier F. Conduites addictives depuis l'introduction de la buprénorphine haut dosage: Évaluation chez 118 usagers de drogues. La Presse Médicale. 1 févr 2006;35(2, Part 1):212-8.
32. Geneviève C, Emeline A. Contenu et enjeux des consultations de suivi des patients sous MSO considérés comme stabilisés. :56.
33. Enquête sur la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes - OFDT [Internet]. <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/enquete-sur-la-prise-en-charge-des-toxicomanes-par-les-medecins-generalistes/>
34. Beyaert C. Evaluation de la position des médecins généralistes français par rapport aux traitements de substitution aux opiacés (TSO). :124.

35. Feroni I, Peretti-Watel P, Paraponaris A, Masut A, Ronfle E, Mabriez J-C, et al. French general practitioners' attitudes and prescription patterns toward buprenorphine maintenance treatment: does doctor shopping reflect buprenorphine misuse? *J Addict Dis.* 2005;24(3):7-22.
36. Feroni I, Peretti-Watel P, Masut A, Coudert C, Paraponaris A, Obadia Y. French general practitioners' prescribing high-dosage buprenorphine maintenance treatment: is the existing training (good) enough? *Addict Behav.* janv 2005;30(1):187-91.
37. Binder Philippe. Intervenir sur les addictions en médecine générale. *Exercer.* janvier 2017(129):24-31.
38. Maranda M-F, Negura L, Montigny M-J de. L'intégration en emploi des toxicomanes : représentations sociales de cadres responsables de l'embauche du personnel. *Deviance et Societe.* 2003;Vol. 27(3):269-84.
39. Pedersen L. L'autonomie comme prédicat et objectif de soin des toxicomanes : L'identité de malade négociée autour du traitement de substitution dans les CSAPA. *Communiquer Revue de communication sociale et publique.* 1 janv 2013;(8):31-44.
40. Guéripel C. La prise en charge des toxicomanes en ambulatoire. :118.
41. Reyre A. La rencontre de soin avec le patient toxicomane, ou comment faire en contexte de défiance [Internet]. ERES; 2010 <https://www-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/traite-de-bioethique-3-9782749213071-page-244.htm>
42. Id H. Les addictions dans les portfolios des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux: à propos des 131 portfolios de la session de septembre 2013. :79.
43. Jaouen Y. Les difficultés liées à la prise en charge du patient toxicomane aux Urgences. :11.
44. Dassieu L. Les seuils de la substitution : regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. *Psychotropes.* 2013;19(3-4):149-72.
45. Dassieu L. Les traitements de substitution aux opiacés en médecine générale: les appropriations d'une politique publique. :551.
46. Baudouin Denis, Dedobbeleer Martine, Benabderrazik Amine, Bizimungu Déo-Gratias, Sciera Virginie. Les usagers de drogues suivis en médecine générale: recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus. *La Revue de la Médecine Générale.* déc 2008;(258).

47. Lafaye de Micheaux C. Pratiques addictives à l'adolescence et théorie de l'attachement. UNIVERSITE PARIS 7- DENIS DIDEROT; 2008.
48. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale: étude prospective de suivi de 95 patients : approche quantitative, octobre 1998. Paris: OFDT; 2001.
49. J BJ and V. The French experience--the pharmacist, general practitioner and patient perspective. - PubMed - NCBI [Internet].
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov.buadistant.univ-angers.fr/pubmed/9767202>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée	6
---	---

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
MÉTHODES	4
RÉSULTATS	6
1. Représentaions et place de la dépendance aux opiacés dans l'exercice de la médecine générale.....	7
1.1. Origines des représentations	7
1.2. L'accès aux soins et ses déterminants	8
1.3. Place investie par les futurs médecins et ses déterminants	11
a) Positionnement des internes	11
b) Les déterminants.....	12
1.4. Représentaions de la dépendance, de son traitement.....	14
1.4.1. Représentaion de la dépendance	14
a) Définition du toxicomane.....	14
b) La rencontre avec le produit : « la lune de miel »	14
c) La gestion du manque.....	15
d) La galère	15
1.4.2. Représentaion des traitements de substitution	16
2. Représentaions de la prise en charge des usagers dépendants aux opiacés 17	
2.1. Attentes, freins et objectifs	17
a) Les attentes	17
b) Les freins.....	19
c) Les objectifs.....	22
2.2. De la rencontre à la relation soignant-patient.....	24
2.2.1. La rencontre d'un patient ou d'un toxicomane ?	24
2.2.2. L'élaboration de la relation	26
a) Eléments perturbateurs : les patients et les médecins	26
Les patients.....	26
Les médecins.....	27
b) Eléments moteurs	29
c) Réflexions à propos de l'élaboration de l'alliance soignant-soigné	30
3. L'acquisition des compétences	32
3.1. Les connaissances	32
3.2. Déterminants de l'acquisition des compétences	34
a) Formation initiale	34
b) Intérêt pour l'addictologie et investissement personnel	35
c) L'Expérience et les opportunités.....	36
d) Les motivations personnelles	37
e) L'influence des représentations	38
DISCUSSION	40
1. Les représentations évoluent avec l'expérience	41
a) L'expérience de terrain.....	41
b) L'expérience des experts	41
c) L'expérience de l'enseignement.....	42

2.	Quels rôles pour la supervision ?	44
3.	Propositions	45
4.	Forces et limites de l'étude	47
4.1.1.	Population	47
4.2.	Méthodes	47
	CONCLUSION	48
	BIBLIOGRAPHIE.....	49
	LISTE DES TABLEAUX.....	54
	TABLE DES MATIERES	55
	ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe I : Verbatim n°4 :

ES : Comment est-ce que tu te représentes les patients toxicomanes ?

I-4 : Pour moi, ce sont des patients pas simples à prendre en charge. Parce qu'il y a souvent la problématique sociale qui est intriquée à la problématique médicale. Bien souvent, il y a...En tout cas dans ceux que j'ai dû prendre en charge, il y a des difficultés de domicile, des difficultés financières. Voilà, donc ça complique un petit peu la prise en charge de manière globale. Euh...

ES : Sur l'aspect physique par exemple ?

I-4 : Euh, sur l'aspect physique, bah j'essaye d'être vigilante plus par rapport à l'aspect infectieux, aux prises de risques, je donne des conseils sur la réduction des risques. Après j'ai pas de représentations plus particulières au niveau physique.

ES : Ok, qu'est-ce qui est attirant ou au contraire repoussant dans la prise en charge de ces patients ?

I-4 : Ce qui est intéressant, c'est le suivi et le fait de travailler la motivation, de travailler sur la durée. Leur suivi sur la durée... et de voir comment ils arrivent soit à diminuer leur consommation, ou arriver à...voilà, ce qui est intéressant, c'est quand il y a une amélioration ou un sevrage qui arrive à durer.

Ce qui peut être repoussant ou en tout cas ce que je trouve compliqué et difficile c'est le lien de confiance. Arriver à avoir un lien de confiance, surtout dans les débuts de prise en charge, à savoir la véracité de ce qu'ils nous disent, ou de ce qu'ils veulent obtenir. Ça c'est ce que je trouve qui est difficile, en tout cas quand on commence les prises en charge.

ES : La véracité de ce qu'ils nous disent dans ce contexte précis c'est plus important qu'avec d'autres patients ?

I-4 : Oui parce que c'est des prescriptions, alors je pense aux traitements substitutifs aux opiacés, où on a besoin de...Enfin c'est des prescriptions sécurisées, on a besoin d'être sûr qu'il y a bien eu une prescription antérieure, enfin il y a des règles à respecter, enfin on engage notre responsabilité, et aussi parce ce sont des traitements qui peuvent avoir de lourdes conséquences.

ES : Comment est-ce que tu décrirais la relation médecin patient, avec un toxicomane, idéale ?

I-4 : Euh...

ES : Quels sont les éléments qui te semblent nécessaires pour avoir une relation de qualité ?

I-4 : Déjà un lien de confiance dans les deux sens. Une parole qui est assez ouverte, surtout du patient envers le médecin, mais c'est lié au lien de confiance. Que le patient puisse dire si il a consommé, si il a rechuté qu'il n'ait pas honte d'en parler au médecin. Que le médecin ne se sente pas manipulé. Dans une relation idéale qu'il n'y ait pas de mensonges ni de falsifications d'ordonnances ni de choses comme ça. Et que le médecin n'ait pas peur de ça, qu'il puisse avoir une prise en charge vraiment médicale sans avoir ces

arrière-pensées-là, de se restreindre et de se mettre des barrières dans ses prescriptions. Je pense que c'est important.

ES : Est-ce que ça te paraît plus simple ou difficile à obtenir, à mettre en place, qu'avec un patient non toxicomane ?

I-4 : Je pense que c'est plus difficile parce qu'on a peur d'être manipulé et parce qu'on a aussi les expériences soit nous-même, soit des confrères, de mésusages, ou alors falsifications d'ordonnances ou de choses comme ça qui font qu'on peut être limité et du coup que c'est difficile d'instaurer une relation de confiance quand on a déjà des a priori ou des représentations...

ES : Est-ce que le manque de connaissances biomédicales sur le sujet est un obstacle à la prise en charge ?

I-4 : Oui je pense, parce qu'on n'est pas beaucoup formé je trouve. Et que on apprend un petit peu sur le terrain, on apprend...on n'a pas beaucoup d'outils pour prendre en charge sereinement les patients toxicomanes, quand on est interne et après quand on démarre les remplacements, on n'a pas énormément de bagages.

ES : Ça te semble plus gênant dans la toxicomanie qu'avec n'importe quelle pathologie, quelle qu'elle soit ?

I-4 : Plus gênant je sais pas, gênant oui. Il y a d'autres domaines où on n'est pas trop formé et on peut pas être bon dans tout, mais il y a d'autres domaines où je me dis que je suis pas très équipée quand je vais commencer. Après, là, pour le patient toxicomane, j'ai été initiée dans mon stage là donc j'ai pu un peu faire, mais en conditions particulières à la maison d'arrêt, donc c'est pas non plus du suivi en cabinet, c'est différent, et je pense que j'aurais une appréhension quand je vais commencer. La première fois que je vais avoir un patient toxicomane qui va venir me voir, je pense que j'aurais un petit peu peur de voilà, de bien faire, d'être dans les clous, pour pas faire de bêtises, je pense que...ouais.

ES : T'aurais plus des craintes par rapport à la prise en charge que par rapport à la rencontre avec ce patient ?

I-4 : Ah oui ! Oui. Mais parce que la rencontre j'en ai déjà eu, alors qu'au départ quand j'ai fait des consultations « d'addicto » j'avais quand même des appréhensions. J'en ai toujours.

ES : Quelle place t'imagines prendre avec ces patients dans ton exercice futur ?

I-4 : Euh... (silence)

ES : Est-ce que tu as envie ou pas de t'investir dans la prise en charge de ces patients ?

I-4 : Oui j'ai envie de m'investir mais... disons que je pense que je ne refuserais pas de les prendre en charge, j'essaierais de faire de mon mieux pour les accompagner. Mais j'attends de voir comment je vais gérer ça, et si au final, en pratique, je vais y arriver. Je me dis que je vais aussi me mettre des limites et que ce ne sera pas inconditionnel et voilà. J'ai envie de bien faire, d'essayer. Mais j'ai pas envie d'être un peu « malmenée » entre guillemets et que si ça se passe mal peut-être que je mettrai des limites.

ES : Qu'est-ce que tu penses de l'accès aux soins pour ces patients ?

I-4 : Je pense que c'est bien qu'il y ait ALIA et qu'ils puissent avoir des délivrances de METHADONE même s'il y a pas de prise en charge sociale, s'il n'y a pas de droits ouverts...

ES : Tu penses qu'il est simple ou pas cet accès aux soins pour eux ?

I-4 : Euh non, je pense que c'est pas évident. Parce que s'ils n'ont pas les médecins traitants fixes, s'ils sont en errance médicale, ils savent pas forcément vers qui se retourner, ils vont aller toquer pas à la bonne

porte, ils vont se confronter à des refus. On les oriente pas toujours au bon endroit du premier coup. Donc non je pense que c'est pas simple pour eux. Tout comme c'est pas simple pour le professionnel qui doit les refuser mais c'est pas simple, c'est pas simple je pense pour eux.

ES : C'est quoi la bonne porte ?

I-4 : Ça serait ALIA ou ça serait un médecin qui peut les suivre, mais sur du long terme. Pour justement qu'on ait tous les éléments pour faire du suivi, et pas que faire une délivrance, qui ne se fait pas. Enfin on fait pas juste une ordonnance comme ça, il faut que ça s'inscrive dans un suivi. Une mauvaise porte pour moi c'est les urgences, pour avoir une prescription de..., de...Pour un patient toxicomane c'est pas adapté et ils peuvent pas avoir de prescriptions aux urgences par exemple.

ES : Qu'est-ce que tu penses des traitements de substitution ?

I-4 : Je pense que ça doit s'inscrire dans un suivi, que c'est bien que les patients puissent y avoir accès et qu'il faut les encourager dans cette démarche et s'ils sont dans une démarche d'arrêt, il faut absolument accompagner le patient dans ce sens-là. Mais que ça doit être bien Carré, que il faut pas faire n'importe quoi non plus.

ES : C'est quoi faire n'importe quoi pour toi ?

I-4 : Ce serait initier un traitement sans avoir de prescription antérieure, sans respecter les règles de démarrage des doses, les règles de prescriptions sécurisées avec le nom de la pharmacie. Accepter toutes les demandes des patients qui sont parfois pas dans les règles justement. Je pense qu'on peut pas tout faire, tout accepter.

ES : Qu'est-ce que tu penses de la formation théorique et clinique qui est proposée dans ce domaine pendant nos études ?

I-4 : Je pense qu'elle est insuffisante, parce que selon moi, on a un cours sur la prise en charge du patient toxicomane, euh...après on a un cours sur, plus spécifique alcool et tabac il me semble. Mais c'est pas suffisant, un cours théorique ça nous donne pas vraiment des billes sur le suivi, les entretiens motivationnels...Donc la formation théorique, quand on est pas dedans, c'est beaucoup d'informations qu'on enregistre pas aussi bien que quand on pratique. Enfin je sais pas, moi je trouve que c'est pas assez. Je pense qu'il faudrait qu'on, peut-être qu'on passe tous une semaine en « addicto » par exemple, un peu comme on fait avec la souffrance psy, qu'on aille un peu plus près...ou qu'on aille à ALIA. Je sais, pour ceux qui ne font ni le cours, ni un stage en « addicto », il y a aucune donnée hormis si le stage « prat », si ils sont initiés par un médecin qui fait du suivi, mais moi j'en avais pas du tout vu pendant mon stage « prat » ni mon stage SASPAS, j'avais pas du tout de notion « d'addicto ».

ES : Tu m'as parlé de l'entretien motivationnel, tu penses que c'est une clé de prise en charge spécifique en addictologie ou de n'importe quel domaine de la médecine ?

I-4 : Je pense que ça pourrait être utilisé dans plein de domaines de la médecine et qu'on ne l'utilise pas assez, ou qu'on l'utilise sans s'en rendre compte. C'est, je pense que c'est aussi intéressant dans les suivis psychologiques pour les médecins qui en font. Après en « addicto », enfin on m'en a parlé et on me l'a présenté dans le cadre de « l'addicto » et je pense que c'est intéressant oui.

ES : Tu as trouvé ça simple à mettre en place, l'entretien motivationnel, dans tes consultations ?

I-4 : Euh non. Non, je sais pas si je le fais bien, j'essaye, avec les notions que j'ai eues, j'essaye de le mettre en place mais des fois j'oublie et des fois je fais un petit peu comme ça vient mais non je trouve que c'est pas facile. C'est pas facile. Et puis j'ai pas de recul, j'ai fait un peu de consultations en duo avec un médecin addictologue donc il m'a un petit peu fait un retour sur ma façon de faire mais pas sur chaque consultation

et c'est qu'un œil global. Et peut-être qu'entre-temps je me suis améliorée, mais non c'est pas facile à mettre en place, je pense que ça met des années avant de faire de bons entretiens.

ES : Merci.

Annexe II : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Je, soussigné, interne en dernière année de DES de médecine générale à ANGERS, déclare accepter, librement et de façon éclairée, ma participation à l'étude intitulée :

Représentations de la prise en charge des usagers d'opiacés en médecine générale : point de vue des internes de médecine générale en fin de cursus

Sous la direction de : Pr Garnier (DMG Angers).

Promoteur : Département de médecine générale d'Angers

Investigatrice : Eugénie Salvan (9^{ème} année, année de thèse)

L'étude va se dérouler comme décrite dans la lettre d'information suivante :

En tant qu'investigatrice, je m'engage à mener cette recherche selon les disposition éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Je m'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de son investigatrice, et ce dans les limites de contraintes du plan de recherche.

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Le promoteur et l'investigatrice s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant les participants (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3,9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France) et de respecter le code de santé publique Article L1121 et L1122.

Fait à....., le.....

Signatures :

Interne :

Investigateur :

Fait en deux exemplaires (en garder un)

Annexe III : Guide d'entretien

Guide d'entretien :

Comment te représentes-tu les patients toxicomanes ?

(aspect : relationnel, comportemental, médical, physique, socio-professionnel, consommations)

Qu'est ce qui est attrayant ou au contraire repoussant dans la prise en charge de ces patients ?

Quels bénéfices, avantages as-tu à les recevoir, à les prendre en charge ?

A l'inverse, quels inconvénients, ou difficultés représentent pour toi la prise en charge de ces patients ?

Comment décrirais-tu la relation médecin-patient idéale avec ces patients ?

Quels éléments te semblent nécessaire à une relation de qualité ?

Le manque de connaissance biomédicales te paraît-il être un obstacle à la prise en charge de ces patient et pourquoi ?

Quelle place imagines-tu prendre avec ces patients dans ton exercice futur ?

Comment et pourquoi aurais-tu envie de t'investir dans la prise en charge de ces patients plus tard ?

Que penses-tu de l'accès aux soins pour ces patients ?

Que penses-tu de la formation théorique et clinique proposée dans ce domaine ?

Représentations de la prise en charge des usagers dépendants aux opiacés en médecine générale :

Point de vue des internes de médecine générale en fin de cursus

RÉSUMÉ

Introduction : Les représentations des toxicomanes par certains médecins généralistes sont un frein à la prise en charge de ces patients. Qu'en est-il de ces représentations chez les internes en fin de cursus ?

Méthodes : Etude qualitative, menée en 2019, à partir d'un échantillon d'internes inscrits en 3^{ème} année du DES de médecine générale à Angers (Maine et Loire), des promotions 2017-2018 et 2018-2019. Treize entretiens semi-dirigés indépendants ont été réalisés, permettant d'obtenir la saturation des données. L'ensemble des données a été analysée de manière thématique.

Résultats : Les représentations des usagers dépendants aux opiacés évoluent de façon positive au contact des patients. Leurs prises en charge apparaissent complexes pour les internes mais ils restent volontaires. Ils disent en effet vouloir prendre une place de médecin traitant pour ces patients. Cependant, ils souhaitent que la formation en addictologie soit plus conséquente, et que l'accès à la prise en charge de ces patients se développe, soit plus accessible durant leur cursus. En effet, l'évolution des représentations et l'acquisition des compétences dans ce domaine semblent plus aisées lorsqu'elles s'accompagnent d'une expérience pratique, en milieu ambulatoire, et de façon supervisée.

Conclusion : Les représentations sont un facteur d'influence dans l'exercice des médecins et se modifient avec l'expérience. S'il existe toujours des freins, les expériences de rencontres avec ces patients ont donné envie à beaucoup d'internes de s'investir. Poursuivre et développer l'enseignement de l'addictologie, augmenter l'accès à la pratique, semble pertinent.

Mots-clés : Interne, représentation, toxicomane, prise en charge, médecin généraliste, opiacés.

Representations of the management of opioid-addict patients in general practice medicine: The intern physicians' point of view at the end of their curriculum

ABSTRACT

Introduction: The representations of drug-addicts by some General Practitioners is hindering patients' management.

What is the situation concerning interns at the end of their curriculum ?

Methods : Quality survey carried out in 2019, from a sample of 3rd year interns of the specialized studies diploma in General Practice in Angers (Maine and Loire). Years 2017-2018 and 2018-2019. Thirteen independent semi-tutored interviews were carried out which led to a data saturation. The bulk of the data was analysed by topics.

Results : The representations of opioid- addicts is evolving in a positive way thanks to the contacts with patients. Their care is complex for the interns but they are willing to pursue their work and take the role of general practitioner. However, they would like additional training on drug addictions and that patients' management is developed and easily accessible during their studies. Indeed, the evolution of representations and acquiring knowledge in this sector of activity is easier if there is a practical experience in a supervised out-patient setting.

Conclusion : representation is an influencial factor in a physician's job and changes according to his experience. Even if there are still some obstacles, the experiment of meeting these patients has contributed to the fact that many interns have become involved. It seems extremely pertinent to pursue and develop the courses on addictology and increase access to practical experience.

Keywords : Physician, representation, addicts, management, General Practitioner, opioid.