

2018-2019

**THÈSE**

pour le

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

**Qualification en Médecine Générale**

**Les patients dépendants à l'héroïne en médecine générale : représentations, vécu et connaissances des médecins généralistes**

Etude qualitative auprès de 13 médecins généralistes

**PROVOST Annabelle**

Née le 16 Septembre 1988 à Nantes (44)

Sous la direction de M. le professeur GARNIER François

Membres du jury

M. le professeur CONNAN Laurent | Président

M. le professeur GARNIER François | Directeur

Mme le docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine | Membre

M. le docteur LE BOULANGER David | Membre

Soutenue publiquement le :  
19 décembre 2019



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée PROVOST Annabelle  
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'étudiant(e) le **29/11/2019**

# 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
AZZOUZI 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

DUCANCELLE 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-vénéréologie	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
FORTTRAT 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
BARBEROUSSE 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

**A Monsieur le Professeur Laurent CONNAN**, de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette soutenance. Recevez toute ma considération

**A Monsieur le professeur François GARNIER**, d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour vos précieux conseils, votre soutien et votre bienveillance. Merci aussi pour le partage de votre expérience et de votre profond intérêt pour ce suivi très enrichissant des patients dépendants à l'héroïne. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

**A Madame TESSIER-CAZENEUVE Christine**, d'avoir accepté de faire partie du jury pour juger ce travail.

**A Monsieur LE BOULANGER David**, pour ces demi-journées de découverte de l'addictologie passées à vos côtés. Merci pour le partage de votre expérience et l'intérêt que vous m'avez donné pour l'addictologie. Je vous remercie aussi d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

**A tous les médecins généralistes ayant participé à l'étude** en acceptant d'effectuer un entretien. Je remercie chacun de vous pour son accueil, sa disponibilité et le partage de son expérience.

**A mes maîtres de stages et aux membres du Département de Médecine Générale**, ma reconnaissance pour la transmission du savoir.

**A mes confrères et consœurs de Plessé**, pour votre confiance lors de vos remplacements. Merci Bertrand de m'avoir incité à faire médecine. Merci Marc de m'avoir fait découvrir et apprécier la médecine générale. Merci Marie et Claudie pour ces débuts d'exercice à vos côtés et pour les projets à venir. Merci aussi à Marie et Soizick, leurs précieuses et sympathiques secrétaires.

**A mon mari, Sylvain**, merci pour ton amour, ta présence réconfortante, ton soutien inconditionnel ainsi que ton aide à la relecture de ce travail. Merci d'être à mes côtés et pour tous ces merveilleux moments passés ensemble depuis notre première rencontre un fameux 15 août... Et pour tous ceux à venir.

**A ma fille, Adèle**, tu es un vrai « rayon de soleil ». Merci pour tes sourires, tes mimiques, ton air malicieux et ta joie de vivre. Tu nous combles de bonheur. Nous t'aimons et serons toujours là pour toi.

**A mes parents, Jeannette et Patrice**, d'avoir toujours été là pour moi et d'avoir été un soutien infaillible tout au long de mes longues études de médecine ; votre présence et votre réconfort m'ont été très précieux. Merci pour votre amour inconditionnel et pour tout ce que vous m'avez transmis.

**A mon frère, Aymeric, et à ma sœur, Mathilde**, pour tous ces moments de bonheur passés ensemble et pour tous ceux à venir. Merci tout simplement d'être vous ! **A mon beau-frère (et confrère) François**, c'est un grand plaisir de t'avoir à nos côtés.

**A ma belle-famille**, mon beau-père Jean Marie, feu ma belle-mère Marie Simone, mes belles-sœurs Béa et Anne et mon beau-frère Jeannot, ma nièce Antonella, mais aussi tous les autres que je ne pourrais tous citer. Merci pour ces précieux moments passés ensemble.

**A feux mes grands-parents**, vous qui vous en êtes allés au ciel. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis et ce que vous avez été pour moi.

**A mon parrain, ma marraine, mes oncles, tantes, cousins et cousines** que je ne pourrais tous citer mais qui se reconnaîtront (clin d'œil à ma cousine et consœur Charlène). Merci pour votre présence, votre soutien et tous ces précieux moments vécus ensemble.

**A mes amis** qui se reconnaîtront : amis d'enfance, de collège-lycée, de la P1, de l'externat sur Nantes, de l'internat sur Angers, Mayenne ou Le Mans, ainsi que mes amis des JMJ, du Sénégal, de l'association Colibantan et tous ceux que j'aurais pu oublier. Merci pour tous ces beaux moments d'amitié passés ensemble et pour tous ceux à venir.

« *On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux.* »  
Antoine de Saint-Exupéry – Le petit prince

## Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BHD	Buprénorphine Haut Dosage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA	Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DMG	Département de Médecine Générale
HAS	Haute Autorité de Santé
IMV	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
MSO	Médicament de substitution aux Opiacés
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
TSO	Traitemennt de Substitution aux Opiacés

# Plan

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

## RÉSUMÉ

## INTRODUCTION

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

## RÉSULTATS

### Caractéristiques des participants

### Caractéristiques des entretiens

### Résultats des entretiens

## 1. Représentations des médecins généralistes face aux patients dépendants à l'héroïne

### 1.1. Les patients dépendants à l'héroïne

*Qui sont-ils ? Comment se comportent-ils?*

Quels sont leurs parcours et leurs histoires de vie?

*Un lien avec l'enfance?*

*Effets recherchés dans l'héroïne*

*Les rechutes ou reconsommations*

### 1.2. Les traitements de substitution aux opiacés

*Quel est le but : le sevrage ou le bien-être du patient?*

*Impacts sur la vie des patients*

Les dérives : trafics, mésusages...

## 2. Vécu des médecins généralistes dans les suivis des patients dépendants à l'héroïne

### 2.1 Difficultés dans les prises en charge

#### 2.1.1. Des patients complexes

*Leur état de santé*

*Leurs situations socio-professionnelle, familiale et financière*

*La polytoxicomanie*

*L'exigence et les demandes multiples*

*Le non respect du cadre*

*La surconsommation des MSO*

#### 2.1.2. Quels sont les sentiments des médecins?

*La peur*

*La solitude*

*Le manque de temps*

*Les sentiments d'échec et d'impuissance*

*La lassitude et la démotivation*

*Le fatalisme*

### 2.2. Facteurs positifs de la prise en charge

#### 2.2.1. Prise en charge bio-psycho-sociale

*La réduction des risques*

*Place de la psychothérapie*

*Insertion familiale et socio-professionnelle*

## 2.2.2. La relation de confiance médecin-toxicomane

*L'empathie*

*Le cadre*

*L'acceptation de la transgression*

*La capacité à dire non*

## 2.2.3. Le travail en réseau

*Avec les pharmaciens*

*Avec les addictologues*

## **3. Formation et auto-formation**

### **3.1. Avant l'installation**

### **3.2. Lors de l'exercice**

*Acceptation du suivi*

*Refus ou réticence au suivi*

## **DISCUSSION**

Principaux résultats de l'étude

L'abord bio-psycho-social indispensable

Relation de confiance médecin-toxicomane et théorie de l'attachement

L'importance de la capacité du médecin à la réflexivité

Forces et limites de l'étude

## **CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN**

## **ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

## **ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION**

## **ANNEXE 4 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN**

## INTRODUCTION

Selon le dernier baromètre santé 2017 publié par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), les expérimentateurs d'héroïne représentent en France 1,3% de la population adulte (18-64 ans), soit 500 000 personnes. 0,2% d'entre eux sont des usagers actuels. Ce taux d'usagers est resté relativement stable depuis les années 1990. Il est par ailleurs observé des niveaux d'expérimentations qui diffèrent selon le sexe (2,1% d'hommes versus 0,5% de femmes) et l'âge (l'expérimentation ainsi que l'usage de l'héroïne sont globalement supérieurs dans les tranches d'âge entre 26 et 45 ans) (1). Un recul de l'expérimentation de l'héroïne chez les jeunes de 17 ans a quant à lui été observé depuis 2008 et il se poursuit. Ce taux est passé de 1% en 2014 à 0,7% en 2017 (1) (2). Les tendances publiées par l'OFDT en décembre 2018 (3) montrent quant à elles que les trafics et usages d'héroïne en France demeurent actifs et nécessitent une surveillance particulière dans un contexte où l'offre d'héroïne risque d'être plus abondante.

L'héroïne fait partie de la famille des opiacés, avec les morphiniques et les morphino-mimétiques, ces substances qui procurent euphorie et plaisir selon Lewin. On peut aussi la classer dans la catégorie des stupéfiants donc produits illicites, à l'opposé des drogues licites dites « *sociales* » comme le café, le tabac ou l'alcool. Actuellement, l'héroïne fournie par les traquants de drogues est l'opiacé illicite le plus souvent utilisé en Europe de L'Ouest (4). Il s'agit d'un produit de synthèse ou semi-synthèse obtenu à partir de morphine, elle-même extraite du pavot. Elle est vendue sous forme de fine poudre beige à brune conditionnée au détail en petits sachets. Elle peut se fumer, se renifler ou s'injecter (5).

Les effets recherchés sont très variables d'une personne à l'autre, souvent multiples et combinant des motivations conscientes et/ou inconscientes. Il peut s'agir d'un moyen de s'évader, d'une recherche d'un état d'euphorie, de plaisir intense ou encore de mise en danger. Mais il peut aussi s'agir d'une recherche d'analgésie ou de suppression d'un mal-être face à des souffrances physiques ou plus souvent morales. Chez ces adolescents ou jeunes adultes héroïnomanes on retrouve souvent des antécédents de souffrance morale importante (parents décédés, suicides, abandons, carences affectives maternelles ou autres, absence du père, divorce des parents, sévices physiques, abus sexuels, incestes etc.) (4).

On ne devient pas toxicomane uniquement parce que l'on présente telle ou telle personnalité. « *Le piège est grand de considérer qu'ils se ressemblent tous, qu'ils fonctionnent grossièrement de la même façon* » nous rappelle L. Gibier ; alors qu'« *il s'agit en fait d'une pseudo-personnalité liée au manque et à ses conséquences psychiques* (5). » En effet, l'ensemble des auteurs s'intéressant aux toxicomanies s'accordent à dire qu'il n'existe pas « *une* » personnalité du toxicomane mais « *des* » personnalités. La toxicomanie est la rencontre d'un sujet, d'une substance et d'un environnement. En conséquence les soins se doivent d'être guidés par la connaissance et l'évaluation de chacun de ces facteurs mis en jeu, en dépit de la complexité de leurs interactions. (6)

La possibilité d'un lien entre toxicomanie et pathologie de l'attachement a été abordée par de nombreux auteurs. La théorie du lien et de l'attachement élaborée par Bowlby à partir des années 1950 s'intéresse à la genèse du lien fondamental d'attachement d'un bébé à ceux qui l'élevent. Cet attachement se construit essentiellement par la satisfaction de son besoin inné de proximité et de sécurité avec les figures censées le protéger (7). Claude Olievenstein considère notamment qu'il n'y a « *pas d'enfance spécifique de l'usage des drogues* », mais qu' « *il y a des événements spécifiques dans l'enfance du toxicomane* ». (8) Alors que pour Lionel Gibier, la prise en compte de la dynamique familiale est très importante mais la responsabilité des parents dans la toxicomanie de leur enfant est « *rare et, même dans ces cas, les accuser n'a guère de vertus thérapeutiques* » (5)

Si chaque patient a son histoire, il a par contre été observé chez les héroïnomanes une sorte de parcours obligatoire et stéréotypé appelé « *la trajectoire* ». Elle se compose de trois phases successives. La première phase appelée la « *lune de miel* » est la phase de plaisir intense. Puis la tolérance au produit et la dépendance psychique apparaissent ; alors débute la deuxième phase dite de « *gestion du manque* ». La drogue n'est alors plus prise seulement pour le plaisir mais aussi pour le besoin. Enfin, la dernière phase dite « *la galère* » apparaît lorsque le manque est omniprésent et le plaisir n'existe plus que dans les souvenirs. La durée de ces phases dépend de chaque toxicomane de manière très individuelle (5). Il a par ailleurs été observé que les toxicomanes à l'héroïne deviennent la plupart du temps demandeurs de soins après 2 à 7 ans de parcours dans la drogue (4). Leur demande de soins est évolutive avec le temps. Elle dépend de la phase où ils se trouvent. Ils n'ont généralement aucune demande de soins lorsqu'ils sont dans la première phase. De même,

en fonction de là où ils en sont, certains veulent par la suite stopper le manque et d'autres arrêter la toxicomanie (5).

Les médecins généralistes ont une place centrale dans la prise en charge des patients toxicomanes à l'héroïne, ils suivent d'ailleurs un grand nombre d'entre eux. En 2009, selon le « *baromètre santé médecins généralistes* », la moitié des médecins généralistes déclarait avoir vu au moins un patient dépendant aux opiacés par mois et 87% de ces médecins prescrivaient des médicaments de substitution aux opiacés (MSO). Leur participation à des réseaux de santé restait par contre minoritaire car seulement 5,3% faisaient partie d'un réseau de prise en charge des toxicomanies ou des addictions au sens large. Celle-ci semblait, tout de même, en progression. Depuis ces trois dernières décennies, il a été noté une évolution des prises en charge et les médecins généralistes se sont progressivement engagés dans la substitution aux opiacés (9). En 2019, l'OFDT rapportait que 140 000 usagers étaient suivis en médecine de ville pour un TSO en 2017 (10)(11). Il rapportait aussi que 180 000 personnes avaient bénéficié en France d'une prescription d'un MSO en ville et en CSAPA en 2017. Il évoquait par ailleurs une diminution, entre 2010 et 2016, du nombre de patients suivis en CSAPA pour leur consommation d'opioïdes ; ce taux passant de 65 000 à 45 000 personnes/an (10).

Les MSO ont commencé à être commercialisé en France dans les années 1990. La Méthadone a eu son AMM en 1995 et la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) en 1996. Dans le même temps, la politique de réduction des risques apparaissait en France. Cette stratégie de santé publique avait pour but de réduire les risques de contamination et de transmission du VIH et des hépatites. Elle a été mise en place grâce à des associations et des militants ; la France n'ayant à l'époque pas de tradition de santé publique et une approche moralisante des questions d'addiction (12). Ce changement de paradigme a permis de révolutionner la prise en charge de ces patients. Les MSO agissent en se fixant sur les récepteurs opiacés. Ils ont su montrer leur efficacité dans le sevrage de l'héroïne. Ils nécessitent par contre une instauration dans le cadre d'une prise en charge médicale, psychologique et sociale. Les limites de ces MSO sont notamment les mésusages et le marché parallèle (13). Un nouveau MSO, le Suboxone qui est un mélange de Buprénorphine et de Naloxone, a commencé à être commercialisé en France en 2012. L'objectif de celui-ci était de limiter les mésusages par injections mais son impact sur les mésusages en vie réelle n'a pas encore été démontré. Il reste par ailleurs très peu prescrit par les médecins (14).

Le médecin ne doit par ailleurs pas être vu uniquement comme un prescripteur de médicaments. En effet, comme le disait Balint dans « *le médecin, son malade et la maladie* » : « *le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même.* » Jean Carpentier va dans ce sens en affirmant que « *quelques soient les apparences (...) il faut savoir que c'est d'un médecin dont le toxicomane a besoin* ». (15) La relation médecin-toxicomane se construit au fil du temps avec la création d'un apprivoisement réciproque et la mise en place d'une alliance thérapeutique (5).

Or le regard de la société sur l'usage de drogues peut influencer la prise en charge. Et L. Gibier nous rappelle qu'un médecin est aussi un citoyen qui a ses propres convictions face à la drogue et qu'il doit donc trouver une certaine neutralité pour savoir soigner un toxicomane sans juger le drogué (5).

### **But de ce travail**

Le but de cette étude est de questionner les médecins généralistes sur leurs prises en charge de ces patients. Il s'agit aussi de rechercher et d'ainsi découvrir les éventuels freins à l'instauration ou à la poursuite d'un suivi. Quelles sont leurs représentations face aux patients dépendants à l'héroïne ? Comment ces représentations peuvent interférer sur leur prise en charge? Quelles sont leurs connaissances sur l'histoire naturelle de cette addiction ? Quel est leur vécu des consultations et du suivi de ces patients? Que pensent-ils de la mise en place d'un contrat de confiance, ainsi que des traitements de substitution ? Mettent-ils en place un travail en réseau pour une meilleure prise en charge du patient ? Et enfin, de meilleures connaissances sur la toxicomanie à l'héroïne pourraient-elles diminuer les difficultés rencontrées ?

# **MATERIELS ET METHODES**

## **Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative par analyse thématique de contenu, au moyen d'entretiens individuels, semi-dirigés, réalisés auprès de médecins généralistes suivant ou ne suivant pas de patients dépendants à l'héroïne.

## **Présupposition des chercheurs**

Les présuppositions étaient que les médecins généralistes pouvaient avoir un manque de connaissances sur la toxicomanie à l'héroïne, mais aussi des représentations personnelles ou sociales face à ces patients qui pouvaient entraîner une prise en charge pas toujours adaptée et/ou des difficultés dans le suivi de ces patients.

## **Stratégies d'échantillonnage et modalités de recrutement**

Les critères d'inclusion pour cette étude ont été les suivants : des médecins généralistes installés en libéral ou effectuant des remplacements, volontaires pour l'entretien, ayant des pratiques régulières, irrégulières ou pas de pratique du suivi des patients dépendants à l'héroïne.

La taille de l'échantillon a été estimée initialement à 12 médecins généralistes.

Afin d'obtenir un échantillon en variation maximale, plusieurs variables nous ont semblé importantes : hommes/femmes, âge, milieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain), régularité, irrégularité ou absence des suivis, difficultés ou aisance dans la prise en charge de ces patients.

Le recrutement des participants s'est fait via des réseaux de connaissances ainsi que des listes de médecins installés trouvées sur internet. Certains médecins ont été recrutés par téléphone directement, d'autres par le biais de leur secrétariat avec message laissé à la secrétaire et/ou email envoyé suite à l'appel. Quelques médecins ont été recrutés quant à eux par le biais d'une liste de diffusion de mails de médecins effectuant des gardes de secteur. Enfin, certains ont été recrutés, par téléphone ou mail, suite à la recommandation de médecins précédemment interviewés.

Les treize médecins généralistes, recrutés sur la base du volontariat, exerçaient en très grande majorité dans le département de Loire-Atlantique (12 médecins), un médecin exerçait en Ille-et-Vilaine.

### **Recueil des données**

Un guide d'entretien semi-directif a été élaboré à partir des hypothèses sous-jacentes et a servi de support pour la réalisation des entretiens (Annexe 1). Il a évolué au fur et à mesure des entretiens. De nouvelles données ressorties lors de l'analyse des entretiens ont été intégrées au guide et certaines questions ont été modifiées.

Les entretiens conduits par l'enquêtrice ont eu lieu en face à face, dans un lieu choisi par les médecins interviewés, entre mai 2019 et octobre 2019. Ils ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones numériques, ceci après avoir recueilli le consentement verbal et écrit des médecins (Annexe 2).

L'entretien débutait par une présentation de l'enquêtrice, du but de la thèse, ainsi que des modalités de l'enregistrement et de la conservation des données.

Les questions posées avaient pour but d'explorer :

- Leurs suivis des patients dépendants à l'héroïne et sa régularité, ainsi que leurs éventuelles difficultés rencontrées lors de ces suivis.
- Leurs représentations face à ces patients et leur possible impact.
- Leurs connaissances sur la trajectoire des patients avec l'héroïne, sur les MSO ainsi que les rechutes, mais aussi, sur les causes de début de cette addiction et un possible lien avec l'enfance.
- Leurs vécus des suivis, de la prise en charge globale, de la relation médecin-toxicomane et de leur éventuel travail en réseau pour le suivi de ces patients.
- La vision qu'ils avaient de leur formation pour la prise en charge de ces patients.

Ces différentes thématiques étaient abordées dans l'ordre adapté au discours du médecin.

## **Analyse des données :**

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, au fur et à mesure de leur réalisation, sur des fichiers Microsoft Word. Le langage oral a été respecté. Les hésitations ont été retranscrites par trois petits points. Les silences, temps de réflexion et rires ont été notés entre parenthèses. Les noms de personnes ou les lieux mentionnés ont été rendus anonymes.

Chaque entretien a alors reçu une double lecture, par l'enquêtrice et son directeur de thèse. L'analyse thématique des données a ensuite été réalisée sur un fichier Microsoft Excel. Chaque entretien a été analysé séparément puis les différentes analyses ont été progressivement regroupées.

Des unités de sens ou « *verbatim* » ont été isolées des retranscriptions puis, un code ou « *une étiquette thématique* » leur a été attribué. Ces codes ont évolués au fur et à mesure de l'analyse. Les codes semblant s'apparenter au niveau du sens ont ensuite été associés ; des sous-thèmes ainsi que des thèmes ont alors été repérés. Les thèmes ont ensuite été consolidés au fur et à mesure de l'analyse.

# RESULTATS

## Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des médecins interviewés sont résumées dans le tableau suivant.

Médecin	Sexe	Âge	Milieu d'exercice	Nombre de patients suivis et régularité	Lieu de l'entretien	Temps de l'entretien
M1	H	41	Semi-rural	4 ou 5 réguliers tous les mois	Son cabinet	48' 18''
M2	F	35	Semi-rural	1 régulier tous les mois	Son cabinet	32' 42''
M3	H	38	Semi-rural	2 réguliers tous les mois	Son cabinet	32' 13''
M4	H	39	Semi-rural	3 réguliers tous les mois	Son cabinet	35' 08''
M5	F	30	Remplaçante en rural et semi-rural	1 surtout, rarement	Son domicile	29' 06''
M6	F	35	Rural	3 ou 4 réguliers tous les mois	Son cabinet	34' 03''
M7	F	48	Rural	5 réguliers tous les mois	Son cabinet	37' 23''
M8	F	29	Remplaçante en semi-rural	2 ou 3 de temps en temps	Son domicile	38' 48''
M9	H	60	Urbain	aucun	Son cabinet	15' 38''
M10	F	30	Semi-rural	1 régulier tous les mois	Son domicile	37'44''
M11	H	34	Urbain	Entre 2 et 4 par jour	Son cabinet	49'42''
M12	H	61	Rural	5 réguliers tous les mois	Son cabinet	51'59''
M13	F	31	Rural	3 réguliers tous les mois et 2 ponctuels	Son domicile	30'05''

F : Femme, H : Homme

Tableau 1 : caractéristiques des participants

## Caractéristiques des entretiens

Il a été réalisé treize entretiens. La saturation des données semblait être atteinte en septembre 2019, au douzième entretien, et a été confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire.

La durée totale de l'ensemble des entretiens a été de 8 heures et 24 minutes. La durée moyenne des entretiens a été de 37 minutes. L'entretien le plus court a duré 15 minutes et 38 secondes et le plus long a duré 51 minutes et 59 secondes. (Annexe 3)

## Résultats des entretiens

### 1. Représentations des médecins généralistes face aux patients dépendants à l'héroïne

#### 1.1. Les patients dépendants à l'héroïne

##### **Qui sont-ils ? Comment se comportent-ils ?**

La totalité des médecins était d'avis que les patients dépendants à l'héroïne étaient « *tous différents* », qu'ils avaient tous des personnalités différentes et des histoires différentes.

M7 : « *Tous différents (...) vraiment une personnalité... pour moi qui peut être complètement différente... et un cadre... de vie, une histoire personnelle qui est complètement différente.* »  
M13 : « *Ils sont tous différents, ils ont tous leur personnalité.* »

Certains médecins complétaient leurs discours en ajoutant qu'ils avaient remarqué que ces patients avaient par contre des « *points communs* », dans leurs comportements et/ou dans des traits de personnalités. Ainsi, les mêmes problématiques apparaissaient dans les suivis.

M3 : « *Y'a des points communs, y'a des choses un peu récurrentes.* »  
M10 : « *On peut retrouver des traits de personnalité communs et des fonctionnements... communs.* »

Deux représentations de ces patients dépendants à l'héroïne sont ensuite ressorties des entretiens, une négative et l'autre positive.

## Caractéristiques négatives

Ces représentations négatives pouvaient être observées chez plus de la moitié des médecins, plus majoritairement chez les médecins suivant peu ou pas de patients dépendants à l'héroïne. Il y avait aussi quelques médecins qui rencontraient des difficultés lors de suivis réguliers. Ces représentations faisaient souvent suite à un vécu négatif lors des suivis et pouvaient parfois paraître stigmatisantes.

La première représentation négative retrouvée chez plusieurs médecins était celle de patients pouvant être « manipulateurs », pour avoir leur traitement ou leur « dose ».

M5 : « *Ce patient là (...) c'était pas un toxico... comme on peut avoir dans la tête, un manipulateur qui veut sa dose.* »

M13 : « *J'ai l'impression que (...) des fois j'me fais un peu... un peu manipuler du coup...* »

Elle était plus facilement présente chez les médecins ne suivant pas beaucoup ces patients ou les médecins en remplacements connaissant moins bien les patients.

M5 : « *Surtout quand on est remplaçant et qu'on les connaît pas, moi j'ai toujours une petite réserve en me disant, « mince, il va essayer de me soutirer plus de Subutex® que d'habitude » un truc comme ça (...) et puis finalement à chaque fois ça se passe très bien.* »

Par ailleurs, cette vision avait pu changer chez certains médecins suivant plus régulièrement ces patients. Ils s'étaient rendus compte que tous les patients n'étaient pas comme ça. Un des facteurs leur permettant de passer outre cet apriori était donc la connaissance du patient.

M6 : « *J'ai pas l'impression de me faire manipuler aujourd'hui par les patients mais là je les connais bien (...) alors que ces personnes que je voyais en remplacement j'avais vraiment l'impression... voilà de me faire un peu manipuler.* »

Une minorité de médecins, ne suivant pas ou très peu ces patients, restait sur une vision de patients qui consultent uniquement dans le but d'avoir une ordonnance ou « voulant juste avoir leur dose. »

M10 : « *Ils sont obligés de venir pour leur dose, ils n'viennent pas pour un suivi en fait.* »

M12 : « *L'important pour eux, c'est qu'ils veulent leur ordonnance, voilà.* »

Parmi ces médecins, certains avaient l'impression que ces patients accordaient bien moins d'importance au médecin qui prescrivait l'ordonnance, qu'à l'ordonnance elle-même.

M9 : « *Des gens qui n'en ont strictement rien à faire, que ce soit moi ou que ce soit un autre... (...) Ils veulent pouvoir passer à la pharmacie pouvoir récupérer leurs... comprimés.* »

Une autre représentation, citée par plusieurs médecins, était celle de patients pouvant être « menteurs » et ne disant pas forcément toujours la vérité, que ce soit notamment sur les doses de MSO qu'ils consommaient ou sur leurs reconommations. Cela entraînait chez certains médecins une méfiance, avec des difficultés à leur faire confiance.

M6 : « *c'est difficile (...) de faire la part des choses entre... bah leur demande et la véracité de leurs propos (...) voilà, j'ai l'impression qu'ils jouaient parfois la comédie... sur certains symptômes pour avoir des prescriptions.* »

M2 : « *Je pense que c'est un apriori des patients addicts en général d'ailleurs mais euh voilà je reste un tout petit peu sur mes gardes sur ce qu'il peut me raconter* »

Cette réserve ou méfiance envers les propos des patients semblait plus importante lorsque les médecins ne connaissaient pas ou très peu ceux-ci. Des doutes apparaissaient alors sur la posologie dont ils pouvaient réellement avoir besoin ou encore sur l'utilisation qu'ils allaient faire du MSO.

M5 : « *Ce qui pourrait être embêtant c'est le patient qui viendrait pour la première fois au cabinet, qu'on ne connaît ni d'Eve ni d'Adam et puis du coup qui demande huit milligrammes comme ça.* »

Mais les doutes sur leur honnêteté pouvaient aussi apparaître au cours du suivi, suite à des expériences réelles de mensonges de la part des patients.

M13 : « *(Il, le patient) me raconte un peu ce qu'il veut hein... donc il... il dit pas toujours la vérité (...) après il reconnaît la fois d'après qu'il a raconté n'importe quoi donc on sait...* »

Une autre représentation exprimée à quelques reprises était celle de patients n'étant souvent « pas ou peu motivés ». En effet, certains patients semblaient difficiles à mobiliser pour faire des démarches, au niveau socio-professionnel notamment. D'autres médecins trouvaient que ces patients n'avaient peu ou pas de motivation pour diminuer et arrêter leurs traitements.

M1 : « *C'est un peu ça les limites quoi, des fois c'est... c'est la motivation du patient.* »

M12 : « *J'trouve qu'ils sont... ils sont peu motivés pour arrêter quoi.* »

Par ailleurs, d'autres médecins considéraient que beaucoup de ces patients n'étaient « pas dans une démarche de soins », d'autant plus quand il s'agissait de patients vus ponctuellement.

M9 : « *Ceux qu'on voit comme ça, ponctuellement, on voit bien qu'ils n'cherchent pas à être suivis correctement* » « *Ils sont pas dans la demande d'un soin, ils sont pas dans la demande d'un suivi, ils sont dans la demande d'un dépannage.* »

Quelques médecins relataient que beaucoup de ces patients étaient fermés, « ne voulant pas parler ». Cela apparaissait comme un frein pour les médecins, ne leur permettant pas de pouvoir avancer dans le suivi.

M10 : « *On avance pas quoi, parce qu'en fait... lui il a pas envie de me parler.* »

M8 : « *Des gens en fait qu'ont pas du tout envie de créer le contact non plus, de parler... parce qu'il y en a quand même.* »

D'autres médecins abordaient le fait qu'ils puissent être « agressifs ». La plupart du temps cette représentation était liée à un réel vécu de violence de la part de ces patients. Parfois, elle était imaginée ou faisait suite à de mauvaises expériences racontées par des confrères.

M8 : « *Si ils se présentent en disant « j'ai besoin de ça » et qu'ils sont agressifs parce que l'on ne répond pas de manière positive à leur demande, parce que l'ont met des limites sur la prescription (...) 'fin c'est une consultation que j'imagine (...) c'est pas quelque chose qui est déjà arrivé.* »

Quelques médecins expliquaient donc avoir été confronté à la violence de certains patients. Cette violence semblait plutôt verbale, mais une violence physique pouvait aussi arriver.

M1 : « *Il y en avait un alors qu'il était plutôt violent (...) il devait être en avance ou je crois que mon collègue a pas voulu le renouveler parce qu'il le connaissait pas et... (...) il (le collègue) a failli se prendre la porte... en pleine tête hein je crois.* »

La violence verbale apparaissait souvent dans un contexte où le patient voulait être vu tout de suite ou ne supportait pas une limite imposée. Il pouvait alors avoir un comportement impulsif et apparaître « *menaçant* ». Un médecin ajoutait que ce comportement pouvait être fréquemment associé à une consommation d'alcool, désinhibitrice.

M10 : « *Clairement j'ai été obligée de le voir parce que sinon il, il, il était menaçant quoi.* »

M11 : « *Des questions de parfois de violence... alors plus verbale quoi (...) j'ai jamais eu de, d'agression physique mais par contre (...) quand les gens veulent tout, tout de suite (...) des comportements un peu... impulsifs.* »

Une autre représentation, citée par peu de médecins était celle de patients pouvant faire du « *nomadisme* ». Si pour certains cela pouvait arriver mais n'était pas très fréquent, pour d'autres, cette suspicion était très forte et entravait le suivi.

M9 : « *(...) ça fait toujours extrêmement bizarre, ils viennent d'arriver, ils repartent (...) ils ne savent pas le nom du médecin qui leur... la dernière fois qu'il l'ont vu enfin...* »

Enfin, quelques médecins évoquaient une vision de patients qui, pour beaucoup, étaient des « *marginaux* » ou « *désocialisés* ». Certains médecins avouaient que leur vision avait évolué et changé positivement en les suivant régulièrement. Ils s'étaient rendus compte que beaucoup n'étaient pas dans cette situation.

### Caractéristiques positives

D'un autre côté, apparaissaient des représentations très différentes, empreintes de compréhension et d'empathie envers ces patients. Ces caractéristiques positives étaient exprimées par la moitié des médecins interviewés. La plupart d'entre eux suivaient ces

patients régulièrement et depuis plusieurs années. Il y avait aussi quelques médecins qui en suivaient peu ou irrégulièrement.

Tout d'abord, quelques médecins tenaient à dire que ces patients étaient avant tout « des personnes humaines » et se devaient donc d'être considérées comme telles.

M2 : « *Des personnes à part entière...* »

Il était aussi évoqué que beaucoup de patients sous MSO étaient des « gens normaux », qui vivaient une vie « comme tout le monde », notamment au niveau socio-professionnel et familial.

M1 : « *Pleins de patients voilà qui... qui mènent en parallèle une vie professionnelle et familiale... comme tout le monde.* »

Certains médecins les trouvaient « sympathiques » mais aussi « attachants » du fait de leurs histoires de vie et parcours souvent difficiles.

M5 : « *Des gens sympas !* »

M4 : « *Ils ont un côté attachant souvent... (...) C'est la complexité qui fait que ça les rend attachants... ça change un peu des patients habituels.* »

Quelques médecins avaient de l' « admiration » pour eux et les qualifiaient de « courageux. ». Pour eux, ces patients réussissaient à vivre malgré des histoires de vie difficiles en essayant de se reconstruire et de se battre pour s'en sortir.

M11 : « *Beaucoup de gens qui sont hyper courageux... parce que... voilà ils arrivent à vivre malgré leur trauma et à du coup, à se reconstruire plutôt pas mal.* »

Certains médecins ajoutaient, en faisant preuve de compréhension, que ce n'était pas forcément facile ou un plaisir pour ces patients de devoir consulter tous les mois.

M11 : « *Ils viennent pas... de gaieté de cœur, pour le plaisir, tous les... les mois quoi.* »

Une « souffrance » actuelle ou ancienne était évoquée par quelques médecins. C'était pour eux quelque chose d'important à prendre en compte. Certains faisaient preuve de « compassion » pour eux.

M5 : « *C'est vraiment des gens qui ont l'air en grande souffrance.* »

M7 : « *Quand il y a une souffrance... on essaie de comprendre (...) est-ce qu'il y a eu de la souffrance... avant.* »

Enfin, pour certains médecins, ces patients étaient « fragiles », notamment psychologiquement. Il semblait donc important d'être un soutien pour eux. Pour l'un d'eux, ces patients restaient souvent fragiles et une nouvelle dépendance pouvait alors apparaître une fois celle-ci terminée.

M12 : « *Fragiles psychologiquement hein oui...* »

M4 : « *On a l'impression que c'est jamais vraiment fini quoi, patients toujours fragiles quoi* »

### **Quels sont leurs parcours et leurs histoires de vie?**

Pour beaucoup de médecins interrogés, la dépendance à l'héroïne pouvait toucher n'importe qui. Toutes les classes sociales, tous les âges et tous les sexes pouvaient être impactés.

M7 : « *Je pense pas qu'il y ait un profil particulier (...) comme on aurait, on pourrait penser effectivement... par rapport à la délinquance, par rapport à... à un milieu social. Non ça je... je trouve que c'est vraiment tout contexte.* »

Pour ce qui est de leurs histoires de vie, plusieurs médecins parlaient de patients « maltraités par l'existence » et ayant eu des difficultés importantes dans leurs vies, notamment des souffrances ou des traumatismes divers.

M8 : « *J'me dis qu'ils ont pas du passer une vie très heureuse (...) J'pense qu'ils ont tous vécus un... un truc merdique dans leur vie, ça surement.* »

Pour ce qui est des raisons ayant pu entraîner la consommation d'héroïne, beaucoup de médecins pensaient qu'il pouvait s'agir d'une « mauvaise rencontre ». Pour d'autres, cela

pouvait être une « *erreur de jeunesse* », une « *connerie en soirée* » ou encore un « *moyen d'intégration* » à un groupe.

M5 : *Des gens qui font une mauvaise rencontre un jour... 'fin ouais une mauvaise rencontre, le petit copain qui te propose et puis... ta vie bascule quoi. »*

Pour certains médecins, il pouvait aussi s'agir de personnes « *vulnérables* » ou « *fragiles psychologiquement* », qui avaient pu être influencées. Leur environnement ou des difficultés sociales avaient pu avoir un rôle favorisant.

M13 : « *effectivement il y a quelque chose qui s'est passé au niveau du... du psychisme ou de la personnalité, mais il y a eu aussi... un environnement... (...) qui a pu être favorisant.* »

Par ailleurs, quelques médecins mentionnaient la possibilité de maladies psychiatriques associées. Certains profils psychologiques pouvaient aussi favoriser l'addiction, notamment les personnalités borderline, anxieuse-dépendantes, ou psychopathiques.

M11 : « *(...) qui vont rencontrer le produit... dans le cadre, voilà qui ont créé une sociabilité autour de ça... mais... ça aurait pu être autre chose.* »

Enfin, pour ce qui est de leurs parcours avec le produit, seule une minorité des médecins interrogés avait des connaissances sur les différentes phases de la « *trajectoire* » des patients dépendants à l'héroïne. Peu d'entre eux avaient une idée de la durée moyenne en années de consommation de l'héroïne avant de venir consulter un médecin.

### **Un lien avec l'enfance ?**

La majorité des médecins interrogés pensaient qu'il pouvait y avoir un lien avec l'enfance. Pour certains, ce lien était possible mais n'était pas forcément systématique.

M7 : « *Parfois oui, mais pas systématiquement (...) je ne suis pas sûre que ce soit uniquement lié à... à l'enfance.* »

Pour les autres, ce lien était probable voire très probable. Ces patients avaient dû subir des « *traumatismes* » ou des « *souffrances* » dans l'enfance. Cela avait alors eu des répercussions à l'âge adulte entraînant la prise d'héroïne.

M13 : « *probablement, j'pense que... qu'il y a pu y avoir des traumatismes ou des choses qui se sont passées dans l'enfance qui font que (...) certaines situations sont très compliquées à gérer pour eux et... à tel point qu'ils peuvent en arriver à consommer.* »

Les différents traumatismes ou souffrances évoqués étaient : des abandons ou vécus abandonniques, la perte d'un parent, des ruptures familiales, des viols ou violences sexuelles, des violences intrafamiliales ou des problèmes relationnels intrafamiliaux.

M3 : « *Il y a souvent une problématique... grave... qui est pas forcément finie de gérer (...) agressions, viols, problèmes de relation avec les parents... sentiment d'abandon, des... des trucs comme ça.* »

Pour certains, l'éducation avait aussi pu jouer un rôle, tout comme le milieu dans lequel ils avaient pu grandir ainsi que les opportunités ou la stabilité et le soutien qu'ils avaient pu recevoir. Pour quelques médecins le profil psychologique des parents pouvait aussi avoir eu un impact.

M10 : « *L'enfance doit jouer j'pense, le milieu, la... la façon dont on a été éduqué (...) le... profil psychologique des parents.* »

Le fait qu'il y ait souvent des « *familles au profil addictif* » était par ailleurs abordé par quelques médecins ; l'environnement semblait y jouer un rôle prépondérant. Un médecin se posait aussi la question d'une possible susceptibilité génétique ou épigénétique.

M4 : « *Y'a quand même souvent un profil dans la famille aussi (...) c'est des facteurs de risque.* » « *Il doit y avoir une susceptibilité génétique et puis après tout ce qui est l'environnement vient se rajouter (...) mais c'est sûr que... y'a des familles (...) au profil addictif* »

Enfin, il semblait important de retenir que ces problématiques pouvaient être retrouvées dans toutes les addictions en général. Cette relation entre addictions et pathologie du lien avait été acquise pour l'un d'eux au contact d'un médecin addictologue.

M1 : « (ce) médecin là, addictologue, il me disait que si il y a un truc à retenir en addictologie, c'est que c'est toujours une pathologie du lien... (...) Il y a toujours une rupture ou une problématique, notamment avec les parents. »

### **Effets recherchés dans l'héroïne**

Le premier effet recherché dans l'héroïne, évoqué par plusieurs médecins, était celui de vouloir « *oublier* », ne pas penser, s'échapper ou se déconnecter de la réalité et mettre ses problèmes de côté ou ne plus subir les difficultés.

M13 : « *D'être déconnectés d'une réalité qui est peut-être trop difficile à supporter pour eux, ou trop compliquée à vivre en fait. (...) ça leur permet d'avoir une parenthèse pour mettre tout ça à distance.* »

Un autre effet du même registre, abordé par quelques médecins, était celui de « *soulager* » ou « *anesthésier* » la douleur ou la souffrance. Ces patients avaient en effet pu vivre des souffrances assez importantes dans leurs vies et s'étaient alors tournés vers l'héroïne.

M5 : « *La drogue, quelque soit la drogue, elle est toujours là... tapie dans l'ombre, prête à soulager quoi.* »

Pour quelques-uns d'entre eux, ces patients avaient eu besoin de « *gérer des angoisses* » et de « *combler un manque*. » Ils avaient alors rencontré l'héroïne, comme ils auraient pu rencontrer d'autres drogues d'ailleurs.

M11 : « *En fait c'est des rencontres... pour gérer des angoisses, une quête... de vie... de combler le vide...* »

M1 : « *Le cœur du problème c'est une angoisse (...) ils ont besoin effectivement de produit pour aller... pour aller calmer ça quoi.* »

L'héroïne semblait aussi permettre aux patients de « *se sentir mieux* » ou d' « *être en forme* ». Une distinction pouvait alors être faite entre les patients voulant « *se trouver mieux* » et ceux voulant « *se sentir moins mal* ».

M2 : « *D'être mieux dans sa vie et de moins subir... les difficultés voilà.* »

M4 : « *C'est la différence entre ceux qui essayent pour (...) se trouver mieux ou se défoncer vraiment et d'autres qui essayent d'oublier leur quotidien avec ça quoi. (...) Si on se dit je veux être moins mal, c'est mal barré déjà.* »

La notion de « *plaisir* » lors de la consommation d'héroïne avait elle aussi une place importante selon plusieurs médecins et ne devait pas être niée. Certains médecins parlaient d'effet de « *défonce* », d' « *extase* », de « *bien-être total* » ou de « *décontraction* ».

M11 : « *Les gens quand ils te racontent ça, au début c'est la lune de miel, c'est... super (...) Donc voilà faut pas nier non plus la dimension (...) de plaisir dans l'usage des drogues* »

Quelques médecins ajoutaient que ses effets étaient très éphémères et surtout présents au début de la consommation car s'estompant avec le temps. Le plaisir initial était donc rapidement remplacé par la dépendance. L'héroïne était alors surtout prise dans le but d'enlever l'effet de « *mal-être* » lié à l'état de manque.

M4 : « *Plaisir très court et dépendance très longue quoi.* »

Enfin, l'envie de « *tester ses limites* » ou de « *jouer* » semblait pour quelques médecins être une raison pour la consommation initiale.

### **Les rechutes ou reconommations**

Il était observé que les médecins ne vivaient pas tous de la même manière les rechutes.

Pour une minorité de médecins, il s'agissait d'un « *échec personnel* » et cela entraînait « *une déception* ». Les rechutes paraissaient imprévisibles et ils auraient aimé voir que quelque chose n'allait pas.

M10 : « *J'pense que je le prends comme un échec personnel en fait (...) que j'ai failli quelque part, que j'ai pas su voir que...* »

M7 : « *Cette déception (...) de ne pas forcément... avoir pu percevoir avant... ou (...) se dire « ah ça, ça aurait pu... on aurait pu éviter !»* »

A l'inverse, pour la majorité des médecins interrogés, les rechutes étaient « *normales* » et faisaient partie du processus de sevrage. Elles pouvaient arriver plus ou moins fréquemment. Il ne fallait donc pas les considérer comme un échec. Le terme de reconsommation semblait d'ailleurs plus adéquat car moins péjoratif.

M3 : « *On sait que ça peut faire partie du... du processus, que voilà pour arriver à maintenir le sevrage, ça peut arriver qu'ils rechutent.* »

Les rechutes pouvaient donc être difficiles à gérer pour les patients puisque cela les mettait en situation d'échec. Cela pouvait aussi entraîner chez eux une culpabilité ou une honte. Le but était donc de ne pas dramatiser les rechutes et de ne pas faire culpabiliser les patients. Il fallait discuter avec eux et comprendre les raisons de la reconsommation pour pouvoir adapter ensuite le traitement en conséquence.

M5 : « *Ça doit être sacrément dur pour eux... j'pense que la rechute c'est... 'Fin aucun patient addicte n'a envie de rechuter.* »

M8 : « *Essayer de comprendre aussi pourquoi la rechute, est-ce qu'en effet c'est parce qu'il y a un problème d'accès aux médicaments, est-ce qu'il y a eu un facteur extérieur.* »

Les différentes causes de reconsommation évoquées par les médecins étaient : des difficultés ou « *événements* » de vie, des périodes de « *faiblesse* ». Ils parlaient aussi d'un contexte de soirée ou de fête, notamment les « *fêtes d'anniversaire* » ou de « *fin d'année* ». Renouer le contact avec des amis consommant de l'héroïne pouvait aussi être en cause. Les patients ayant une vie stabilisée semblaient quant à eux moins à risque de reconsommer.

M6 : « *Quand il y a une nouvelle consommation c'est qu'ils se sont retrouvés avec bah... d'autres personnes... qui bah on proposé dans un... contexte de fête.* »

Par ailleurs, certains patients avaient semble-t-il des « consommations occasionnelles » pour le plaisir. Elles pouvaient être assez fréquentes.

Enfin, pour certains médecins, ces rechutes n'étaient pas forcément toutes connues des médecins car elles n'étaient pas forcément avouées par les patients.

M13 : « *J'pense que ça arrive plus souvent que l'on ne le pense et que c'est pas toujours avoué en fait.* »

## 1.2. Le traitement de substitution aux opiacés (TSO)

### Quel est le but : Le sevrage ou le bien-être du patient ?

La majorité des médecins trouvaient que le TSO était « *utile* », « *nécessaire* », et même « *formidable* » puisqu'il avait permis de sauver des vies. Quelques-uns étaient quant à eux plus dubitatifs sur l'intérêt du traitement ; pour eux il ne servait malheureusement qu'à remplacer une dépendance par une autre. Pour l'un d'entre eux, cela semblait même inconcevable de prescrire ce traitement au long cours sans envisager le sevrage.

M9 : « *C'est un peu facile de (...) prescrire comme ça, sur le long terme, un substitut, au, au frais de la société (...) sans soins, sans perspective... de, d'amélioration ou d'arrêt... ça me paraît complètement ubuesque.* »

En ce qui concerne l'arrêt ou le sevrage du traitement de substitution, les avis étaient aussi partagés. Beaucoup de médecins pensaient que l'arrêt des MSO n'était pas l'objectif ultime et qu'il ne fallait pas essayer de les sevrer à tout prix, au risque d'entraîner une rechute. Certains médecins le considéraient d'ailleurs comme un traitement « *long* », « *chronique* » et qui pourrait peut-être être continué à vie chez certains patients.

M11 : « *Le but du traitement c'est pas le sevrage (...) c'est l'accompagnement, c'est le traitement de la dépendance pour permettre aux gens de se reconstruire, et le sevrage c'est lui qui décidera à un moment donné ou pas.* »

M1 : « *(...) que certains patients auront besoin du traitement de substitution à vie et qu'il faut surtout les écouter là-dessus et ne pas leur mettre la pression.* »

Pour eux, c'était au patient de décider quand il souhaitait baisser ou adapter le dosage. Ils en discutaient donc d'abord avec lui avant d'effectuer le moindre changement. La diminution se faisait de manière très progressive et le patient devait être dans un contexte stable. Ils étaient parfois amenés à ré-augmenter le dosage dans certaines circonstances difficiles. La plupart d'entre eux avaient acquis ces connaissances auprès d'addictologues ou lors de formations.

M5 : « *Si les patients veulent diminuer bah j'peux, j'peux les accompagner et on fait ça ensemble mais j'crois pas que moi jamais je chercherais à faire diminuer les gens.* »

Le sevrage définitif pouvait parfois être tenté chez certains patients. Certains critères étaient malgré tout importants : que le patient soit prêt, qu'il ait acquis un certain équilibre de vie, notamment au niveau socio-professionnel et qu'il ait moins de risques d'exposition au produit. Quelques médecins avaient eu des expériences de sevrage réussies dans ces contextes-là.

M4 : « *Ils se sont réinsérés et en évitant la confrontation avec (...) l'entourage qu'ils avaient avant. (...) On a joué là-dessus, c'était favorable et du coup le traitement a pu se sevrer, on a pu le diminuer et l'arrêter dans ce contexte-là quoi.* »

D'un autre côté, quelques médecins, ayant moins de connaissances sur le sujet, pensaient que le but du traitement était le sevrage. Ils se retrouvaient donc en difficulté et étaient démotivés par le suivi de ces patients qui ne voulaient pas ou n'arrivaient pas à diminuer puis à arrêter leurs traitements.

M10 : « *J'aimerais bien qu'ils arrêtent mais enfin bon à chaque fois qu'on propose de diminuer... bah... (Soupir) soit il me dit non, soit on ré-augmente la fois d'après donc c'est un truc qui... on tourne en rond.* »

M6 : « *Le but, 'fin pour moi en tout cas le but ça serait de (...) l'arrêter en fait, d'arriver... à une consommation zéro mais... je sais pas si c'est possible.* »

Enfin, certains médecins pensaient initialement qu'il fallait les sevrer et ils avaient changé de point de vue en les suivant. Ils s'étaient questionnés et en étaient venus à la conclusion que certains patients garderaient certainement ce traitement à vie.

M7 : « Mais est-ce que l'on doit à un moment donné parler d'une diminution jusqu'à l'arrêt du traitement, ou pas. (...) Je me pose la question sur certains patients... si ce ne sera pas un traitement à vie. »

### **Impacts sur la vie des patients**

Le premier impact positif mentionné par beaucoup de médecins était celui de retrouver une « *vie normale* » avec notamment une « *stabilité* » au niveau social, professionnel, ainsi qu'au niveau financier. Selon certains médecins, cela leur permettait tout simplement d' « *être bien* » dans leur vie.

M12 : « *Mais quel est le but de ces patients ? Arriver à être stabilisés, avec leur substitution et de mener une vie... (...) D'être bien dans cette vie-là.* »

Le TSO leur permettait aussi de pouvoir faire des projets et d'aller de l'avant car ils n'avaient plus à courir derrière l'héroïne ou ses substituts.

M7 : « *Que le patient puisse retrouver un équilibre de vie, (...) reprendre des projets (...) ne plus être focalisé sur la consommation, sur la recherche de produit et... au quotidien.* »

Beaucoup de médecins évoquaient par ailleurs l'impact positif de « *ne pas reconsommer* » l'héroïne. Cela permettait donc d' « *éviter les prises de risques* », notamment les risques infectieux, les risques d'agressions et le risque d'overdose.

M3 : « *c'est de pouvoir... bah éviter les rechutes... éviter les prises de risques (...) d'être exposé à des virus, de... reprendre d'autres, d'autres produits que... que l'héroïne en plus ou... ou à la place. (...) ou le risque (...) d'agressions, de.... rapports sexuels non consentis.* »

Plusieurs médecins mentionnaient aussi l'effet positif de permettre à ces patients d'avoir un suivi médical, ce qu'ils n'avaient pas forcément avant. Pour certains cela était même un prétexte pour engager le suivi.

M2 : « *Ça leur permet d'accéder aussi au suivi médical qu'ils n'avaient peut-être pas... quand ils étaient sous (...) l'effet de drogues diverses.* »

M4 : « *Le traitement c'est un prétexte finalement (...) pour le suivi et quelque part c'est bien parce que sinon ils ne viendraient peut-être pas...* »

Certains avaient par contre l'impression que le traitement n'était pas suffisant à lui seul car il ne répondait pas forcément à tous les problèmes et ne traitait pas le « *fond* ».

M1 : « *(...) L'impression que le traitement finalement ne répond pas à la problématique... même sur les symptômes ressentis quoi, c'est ça qui m'interpelait quoi.* »

Plusieurs médecins avaient par ailleurs remarqué qu'il existait une dépendance physique et psychique aux MSO. La composante psychique leur semblait tout de même plus importante. L'un d'eux se posait même la question d'un possible effet placebo avec des doses minimes. La dépendance du patient au médecin qui délivrait l'ordonnance était elle aussi évoquée.

M7 : « *Ça peut être très angoissant pour les patients de se dire... « Si j'ai pas de traitement, si j'ai plus de traitement, qu'est-ce qu'il se passe, qu'est ce que je deviens »... »* »

M13 : « *Je ne sais pas si ils en ont vraiment besoin physiquement (...) mais ne serait-ce que psychologiquement, j'pense que ça les rassure et ça leur permet d'avoir... un étayage... pour pouvoir continuer à avancer dans leur vie.* »

Pour une majorité de médecins, cette dépendance aux MSO faisait partie de la prise en charge et n'entraînait pas de grosses difficultés. Alors que pour quelques médecins, ne suivant pas ou très peu ces patients, cela était vraiment négatif car le traitement de cette dépendance semblait en entraîner une nouvelle.

M9 : « *Plonger dans une addiction pour une autre... ça reste une addiction.* »

### **Les dérives : trafic, mésusages...**

#### Trafic

Beaucoup de médecins évoquaient leur inquiétude face aux risques de trafic et de revente des MSO. Cette crainte était notamment là quand des patients étaient vus pour la première fois mais elle n'empêchait pas forcément le suivi.

M8 : « Y'a d'autres fois où ils disent... on a un traitement substitutif mais... on a pas forcément de traces et du coup, on peut pas être sûrs que c'est pas... qu'ils se prennent pas une ordonnance pour... derrière... je sais pas moi, aller revendre ou des trucs comme ça. »

L'interrogation sur un possible trafic pouvait apparaître lors du suivi d'un patient, notamment lorsque celui-ci réalisait un stock de MSO à domicile, en ne consommant pas tous les comprimés prescrits.

M13 : « (...) On se retrouve avec des accumulations de traitements à la maison et clairement je ne sais pas ce qu'il en fait, je sais pas si il va le rendre ou pas. »

Pour quelques rares médecins, cette suspicion de trafic pouvait être très forte. Chez certains d'entre eux elle pouvait même entraîner un refus de suivre ces patients.

M9 : « On sait pas si on participe à un trafic ou si on participe réellement à... à un système de soins (...) c'est plutôt, à mon sens, ceux que j'ai vu, que je vois, j'en vois plus beaucoup... plutôt la première catégorie que la seconde. »

D'un autre côté, quelques médecins savaient très bien que le trafic existait mais que cela correspondait à une très faible quantité de patients. Pour eux, le plus important était d'instaurer un climat de confiance avec les patients et de ne pas penser qu'ils étaient tous en train d'arnaquer les médecins.

M11 : « Y'a un peu de trafic, un peu de vente... y'a... c'est vrai que les gens achètent... achètent dans la rue... médicalisent pas forcément tout de suite. »

M3 : « L'addicto nous avait dit quand il venait (...) que... le nombre de patients qui trichent quand même sur leurs dosages et puis qui revendent... (...) C'est pas la majorité (...) bon ça existe, il y en a quelques-uns qui font ça mais bon la plupart sont (...) là pour se soigner. »

### Mésusages

Le risque de mésusage des MSO était abordé par plusieurs médecins interrogés. Les médecins rapportaient que certains patients pouvaient être amenés à écraser les MSO pour les sniffer et d'autres pour se les injecter.

M5 : « *Qu'il y a des gens qui se l'injectent (...) j'crois que c'est pour avoir des shoots, ce qu'ils n'ont pas du tout avec le traitement per os, ce qui est le but.* »

Pour certains médecins, cela pouvait être source de difficultés. Ils essayaient parfois en vain de les faire prendre leur MSO par la voie habituelle et ceux-ci n'acceptaient pas forcément les changements de molécule ou de galénique. Par ailleurs, ils espéraient pouvoir repérer les mésusages et les questionnaient sur leur prise du MSO.

M2 : « *J'me sens moins à l'aise aussi avec le détournement de la substitution (...) par contre je sais que ça existe alors je vais au moins poser la question de comment vous... comment vous prenez le produit de substitution.* »

Pour d'autres médecins ces « *pratiques* » ne posaient pas de réels problèmes hormis certaines complications, notamment au niveau ORL ou veineux. Ils en discutaient bien sûr avec les patients mais le plus important restait la prise du MSO. Un des médecins était par ailleurs amené à les adresser vers le CAARUD pour la délivrance notamment de « *toupies* », des filtres qui permettaient d'éviter certaines complications de l'injection intraveineuse.

M11 : « *Des fois y'a des gens qui s'abiment devant nous avec des injections de Subutex®, qui veulent pas passer à la Méthadone, c'est une discussion, c'est un peu... j'sais pas si c'est un vrai problème.* »

M8 : « *Y'en a qui vont carrément dire qu'ils le sniffent mais... même si je pense pas que l'effet soit le même, mais bon voilà après (...) c'est dans leurs pratiques. Y'en a ils disent « voilà j'ai toujours fait comme ça et c'est comme ça que ça marche mieux »... »*

## 2. Vécu des médecins généralistes lors du suivi de patients dépendants à l'héroïne

### 2.1. Difficultés dans la prise en charge

## Des patients complexes

### Leur état de santé

Plusieurs médecins évoquaient des patients avec un « *mauvais état de santé* » et parfois un état physique « *précaire* ». Bien souvent ces patients ne prenaient pas soin d'eux et ne faisaient pas les examens prescrits.

M6 : « *C'est des patients qui ne vont pas forcément faire... la prise de sang nécessaire, qui mettent un peu de côté leur... j'trouve, des fois, leurs pathologies... autres.* »

Certains ajoutaient que ces patients avaient tendance à minimiser leurs symptômes. Il fallait donc être vigilant pour détecter d'autres pathologies éventuelles.

M11 : « *(...) des problèmes plus graves... vu plus tardivement... voilà parce que l'on a tendance à rapporter leur symptômes à la dépendance ou... 'fin aux pathologies psychiatriques.* »

Beaucoup de médecins insistaient sur le fait qu'il s'agissait de patients avec de multiples comorbidités à rechercher et à gérer.

M3 : « *Les hépatites, les infections virales associés... j'avais vu des cas de cirrhose, de cancer.* »

Pour plusieurs médecins, les comorbidités psychiatriques accentuaient les difficultés du suivi et certains patients devenaient difficilement gérables.

### Leurs situations socio-professionnelle, familiale et financière

La majorité des médecins évoquait des patients ayant des situations sociales pas toujours évidentes à gérer. Par ailleurs, ces problématiques avaient parfois contribué aux rechutes.

M2 : « *on essaie de chercher, de les aider, mais c'est pas toujours simple (...) quand socialement parlant ils sont... ils sont perdus, déstabilisés, pas stables.* »

La drogue semblait les avoir coupés d'une vie sociale stable. Quand ils consommaient, leurs amis avaient souvent les mêmes problématiques.

M4 : « (...) quand ils sont dans leur produit ça va être surtout... voilà des personnes qui consomment aussi. »

Certains patients étaient isolés et d'autres avaient des difficultés à garder un travail. Des difficultés familiales et relationnelles étaient elles aussi évoquées.

M6 : « c'est des personnes qui... ont... souvent des difficultés sociales et financières qui sont aussi... voilà un contexte un peu... compliqué. »

Par ailleurs, des difficultés financières étaient elles aussi constatées. Les patients n'avaient parfois pas de mutuelle ou n'avaient pas eu recours au droit de CMU. Il arrivait donc fréquemment qu'ils « ne payaient pas les consultations. »

M11 : « (...) soit ils nous payent pas, soit ils disent « je reviendrais payer » mais en fait ils... (...) Ils ne payent pas. »

L'un d'eux mentionnait par ailleurs des refus de la CPAM de mettre les patients en ALD. Cela semblait dépendre de chaque « *médecin conseil* », celui-ci comprenant plus facilement la démarche s'il avait des connaissances en addictologie.

Enfin, quelques médecins considéraient que ces patients étaient souvent « *mobiles* » et pouvaient être amenés à déménager ou à changer de région. Il y avait donc parfois des « *perdus de vue* ».

### La polytoxicomanie

Pour la plupart des médecins, ces patients avaient souvent d'autres consommations associées. Certains estimaient qu'ils avaient dû tester beaucoup de drogues et peut-être même toutes.

M6 : « (...) y'a en tout cas pas que l'héroïne, y'a eu de l'alcool, du cannabis, ou d'autres drogues, en général ils ont... voilà, goûter à pas mal de choses en fait. »

Ces consommations diverses n'étaient pas toujours faciles à détecter ainsi qu'à gérer.

M13 : « (...) y'a souvent d'autres addictions... qui peuvent être associées aussi, qu'il faut pouvoir... gérer... »

### L'exigence et les demandes multiples

Plusieurs médecins exprimaient par ailleurs des difficultés liées à leur impatience et à leur exigence. Ils évoquaient des patients voulant « *tout, tout de suite.* »

M7 : « (...) la pression que les patients peuvent... donner, de vouloir un traitement tout de suite... »

Quelques médecins mentionnaient aussi des patients qui « *n'anticipaient pas* » et ne prenaient pas leurs rendez-vous à temps. Ils devaient donc être vus « *en catastrophe* ».

M4 : « (...) des non-anticipations, 'fin du coup besoin de voir un autre médecin parce que toujours pris dans l'urgence. »

Le côté « *imprévisible* » de certains patients pouvait aussi être problématique. Ils pouvaient débouler dans le cabinet sans rendez-vous et exiger d'être vus.

M10 : « (...) ils peuvent arriver dans un... un cabinet et... et être super exigeants parce qu'ils ont trop besoin de... et parce qu'ils sont en manque en fait. »

Enfin, certaines difficultés étaient liées à leurs demandes de co-prescriptions et de traitements supplémentaires. Il s'agissait notamment de traitements anxiolytiques qui étaient ensuite difficiles à diminuer ou à arrêter.

### Le non-respect du cadre

Les difficultés liées au non-respect du cadre étaient multiples. Il arrivait d'ailleurs que certains patients ne tiennent pas le cadre qu'ils avaient eux-mêmes « *fixé* ».

Beaucoup de médecins mentionnaient le « *non-respect du rendez-vous* » avec annulation au dernier moment ou report. Il y avait aussi des « *pas venu, pas prévenu*. »

M2 : « *(...) des problèmes bah de... notamment de ne pas venir aux rendez-vous (...) et du coup bah de demander des ordonnances de rattrapage et du coup on ne sait plus où on en est.* »

Certains patients étaient quant à eux dans le « *marchandage* », notamment quand ils n'étaient pas d'accord avec la prescription ou avec les limites imposées. Cela arrivait aussi quand ils voulaient avoir une ordonnance sans rendez-vous.

M6 : « *(...) beaucoup qui demandaient des ordonnances... de renouvellement sans forcément venir au rendez-vous.* »

Par ailleurs, certains patients faisaient ce qu'ils voulaient, notamment en diminuant tout seul leur MSO sans en convenir avec leur médecin.

M13 : « *C'est très compliqué de le suivre parce que... il fait un peu ce qu'il veut (...) il diminue de lui-même en fait très rapidement les doses de médicaments... (...) C'est un peu compliqué de gérer, de savoir où il en est.* »

### La surconsommation des MSO

Plusieurs médecins avaient constaté des surconsommations des MSO. Celles-ci pouvaient arriver lors de difficultés dans leur vie familiale ou au travail. Certains patients évoquaient aussi des consommations festives. D'autres trouvaient des « excuses » paraissant plus ou moins valables. Les patients n'ayant plus assez de MSO venaient alors demander des ordonnances intermédiaires ou un renouvellement en avance.

M12 : « *Des fois il fait un peu de festif donc il en prend plus, ou il en refile à des copains, je sais pas comment il fait... et... il... il vient demander un intermédiaire.* »

Certains patients avaient quant à eux fait des stocks de MSO à domicile, en les mettant de côté au fur et à mesure. Parfois ils faisaient des surconsommations avec ces stocks ; celles-ci avaient pu aller jusqu'à l'Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV).

*M3 : « Il avait stocké de la méthadone qu'il avait un peu d'avance, donc il y a eu une IMV... à la Méthadone » « Il y a toujours l'arrière-pensée qu'il... bah qu'il mente sur sa consommation et qu'il continue à en mettre de côté. Là-dessus il faut réussir à... à avoir confiance dans ce qu'il nous raconte sur la stabilité du traitement, c'est... un peu d'incertitude... »*

Une minorité de médecins mentionnait des difficultés avec les médecins conseils des caisses primaires. Il arrivait, dans de rares cas où un patient avait fait de multiples chevauchements, que le médecin conseil interdise le patient de prescription et que celui-ci ne soit alors plus remboursé. Cela nécessitait donc une discussion entre ces deux médecins.

### **Quels sont les sentiments des médecins ?**

#### La peur

La peur était le premier sentiment négatif exprimé par plusieurs médecins, surtout ceux ayant des difficultés dans les suivis. Les causes étaient diverses.

Certains médecins évoquaient une peur de l' « agressivité » envers eux mais aussi envers la secrétaire ou les autres patients. Cela pouvait entraîner chez quelques-uns une réticence à les recevoir.

*M8 : « C'est plus l'agressivité qui me ferais peur. »*

*M10 : « (...) la mise en danger aussi de la secrétaire, ou des autres patients, quand ils sont... (Veulent) absolument avoir leur dose et qu'ils vont pas bien quoi... »*

La peur de la mauvaise utilisation des MSO prescrits, que ce soit par les mésusages ou par la revente, était elle aussi exprimée par plusieurs médecins. C'était pour eux quelque chose de très compliqué, voire impossible à maîtriser. Chez quelques uns, cela pouvait aussi entraîner une inquiétude quant au respect de la loi.

*M2 : « Je délivre une ordonnance donc... ça me... c'est une source d'inquiétude pour moi de savoir qu'elle ne va pas être utilisée comme... je l'aurais souhaité quoi. (...) C'est une histoire d'honnêteté et puis bah vis-à-vis de la loi. »*

La peur ou l'impression d'être un « *médecin-dealer* » était d'ailleurs évoquée par certains d'entre eux. Le MSO n'était alors plus vu comme un traitement mais comme une drogue. Chez certains cette peur pouvait entraîner une réticence voir un refus de suivre ces patients.

M12 : « *J'ai l'impression d'être un, un dealer officiel (...) de... de donner leur drogue et voilà ils sont contents quoi.* »

Quelques autres médecins avouaient quant-à-eux la peur d'un « *échec* » dans la prise en charge et d' « *être déçu* » en surinvestissant dans le suivi sans avoir de résultat positif.

M10 : « *(...) peut-être que je me protège de... de la peur de surinvestir dans des choses que, où je sais bien que l'on a du mal à quand même, à vraiment aider les gens quoi.* »

Un des médecins exprimait quant-à-lui la peur d'un effet boule de neige.

M9 : « *Si je dis oui à un, je sais que le lendemain j'en ai dix dans mon cabinet (...) ils se refilent les noms de ceux qui acceptent de les recevoir et de leur filer une ordonnance sans poser de question.* »

Enfin, la peur d'être « *embêté* » par ces patients était mentionnée par un médecin. Il préférait ne pas les contrarier et était donc très « *souple* » avec eux.

M12 : « *Avec moi ils sont pas chiants, parce que je suis pas chiant donc... comme je les embête pas, ils m'embêtent pas quoi.* »

### La solitude

Quelques médecins avouaient se sentir parfois « *seuls* » face à ces patients et à leurs problématiques diverses. En effet, ils expliquaient que régulièrement les patients refusaient d'aller voir des addictologues pour avoir un deuxième avis.

M1 : « *C'est compliqué parce qu'on a beaucoup de mal à les renvoyer sur les centres spécialisés, fin c'est... On est un peu seuls, des fois, face à ces problèmes là quoi.* »

### Le manque de temps

Une minorité de médecins avait le sentiment de ne pas avoir assez de temps pour pouvoir bien suivre ces patients. Pour eux, cela leur semblait compliqué de pouvoir bien les suivre, en même temps pour leur addiction et pour d'autres pathologies éventuelles. Certains pensaient d'ailleurs qu'il serait préférable que ces patients soient suivis par des addictologues qui eux avaient plus de temps à leur consacrer.

M6 : « *À la fois on les suit pas bien sur le plan... de l'addiction et... on les suit mal sur le plan de leur pathologie chronique, parce que l'on a pas le temps en fait.* »

### Les sentiments d'échec et d'impuissance

Un sentiment d'« échec » existait chez plusieurs médecins. Ils avaient l'impression que malgré beaucoup d'efforts, ils ne réussissaient pas à leur venir en aide ; cela n'était « *pas gratifiant* » et pouvait aussi chez certains renvoyer à un sentiment d'« *incompétence* ».

M1 : « *(...) il (le patient) me met en échec parce que j'ai pas de réponse malgré tout ce que j'ai fait.* »

M10 : « *(...) ça me met face à... à moi-même, à mes incompétences, 'fin mes difficultés...* »

Quelques médecins avouaient par ailleurs se sentir « *impuissants* » face à certains patients. En effet, ils n'avaient parfois pas de solution pour résoudre leurs problèmes.

M7 : « *(...) il est en souffrance, il attend que je fasse quelque chose et j'ai pas la réponse à lui apporter. (...) Il va continuer de consommer forcément et... c'est ça, de se sentir impuissant...* »

### La lassitude et la démotivation

La « *lassitude* » de les revoir tous les mois était évoquée par plusieurs médecins et notamment ceux ayant des difficultés dans les suivis. Ils avaient l'impression de n'« *avancer à rien* », de « *ne pas progresser* » ou de « *tourner en rond.* » Certains se demandaient s'il ne serait pas plus intéressant de les voir moins régulièrement. D'autres n'avaient plus envie de s'intéresser à eux ou de leur poser des questions.

M12 : « *Au bout d'un moment y'a plus grand chose à se dire hein (...) surtout si... y'a peu d'évolution, si il veut pas bouger... voilà y'a pas grand-chose à faire quoi donc on... (...) On renouvelle leur truc et puis c'est bon quoi.* »

Quelques médecins avaient par ailleurs l'impression de « *ne servir à rien* » si ce n'est qu'à faire une ordonnance. Certains d'entre eux avaient même le sentiment de n'être qu'un simple « *distributeur* » de MSO ou de n'avoir qu'une relation de « *commerce* » avec eux.

M6 : « *(...) l'impression d'être juste là pour faire un renouvellement et puis... bah de pas servir à grand-chose quoi, à part faire une prescription quoi...* »

Enfin, il y avait également quelques médecins qui considéraient qu'une « *démotivation* » était apparue au fur et à mesure du suivi devant l'absence de changement ou de motivation de la part du patient.

M1 : « *Au début on... on est motivé, on essaie de trouver des solutions et puis au bout d'un moment quand on voit que tous les objectifs que l'on s'étaient fixés, y'en a aucun de rempli... ben c'est vrai que au bout d'un moment... on peut pas se battre à sa place quoi...* »

### Le fatalisme

Certains médecins exprimaient quant à eux un sentiment de fatalisme face à des situations complexes, pensant qu'elles n'auraient peut-être jamais de solutions.

M1 : « *on se rend compte que même... voilà... avec une aide extérieure, avec des médecins spécialisés sur ces problématiques là bah on fait pas de miracle quoi.* »

D'autres se demandaient si ces patients pouvaient vraiment être aidés et s'ils n'étaient pas voués à toujours retomber dans la consommation d'héroïne.

M10 : « *J'ai un peu de mal à me dire que... si, on peut... on peut les aider ces gens. J'ai l'impression qu'on arrive à les aider mais que sur des phases de vie et que y'a toujours un moment où (...) ça replonge quoi.* »

## 2.2. Facteurs positifs de la prise en charge

### Prise en charge bio-psycho-sociale

La prise en charge des patients dépendants à l'héroïne semblait nécessiter différents axes d'action. Selon certains médecins, le plus important était tout d'abord d'être « *convaincu* » de ce que l'on faisait et de garder une certaine « *dynamique* » pour maintenir le « *caractère vivant* » de chaque consultation et ne pas faire un simple renouvellement. Cela n'était pas forcément toujours évident et nécessitait d'être motivé et « *optimiste* ».

M4 : « *Il faut se mettre dans une dynamique aussi... et pas se dire c'est un renouvellement, déjà le mot n'est pas adapté... de prescription... mettre le traitement et puis basta et repartir sur un mois quoi.* »

### La réduction des risques

La notion de réduction des risques était abordée par quelques médecins étant à l'aise avec le suivi de ces patients. Pour eux, le but du TSO n'était donc pas de guérir les patients mais bien de les protéger des risques liés à la consommation d'héroïne, notamment les risques infectieux et d'overdose.

M11 : « *(...) j'pense que c'est le fond de notre médecine (...) c'est d'aider les gens à vivre le mieux possible... comme ils peuvent et pas... et pas de les guérir quoi.* »

M4 : « *(...) faut raisonner en termes de réduction de risques donc c'est toujours mieux que de prendre de l'héroïne.* »

Avoir connaissance de cela leur semblait indispensable pour pouvoir bien suivre ces patients. L'un deux expliquait, qu'avant la mise en place de cette stratégie, l'erreur des médecins était de penser qu'en dehors du sevrage il n'y avait point de salut. L'apparition de la réduction des risques avait donc permis un tournant radical dans cette prise en charge.

Il était aussi évoqué l'importance d'être vigilant sur les comorbidités diverses mais aussi sur les autres consommations de drogues, licites ou illicites. Celles-ci pouvaient elles aussi être néfastes à leur santé et voire même davantage, notamment avec l'alcool et le tabac.

M4 : « *Etre à l'affut de qu'est ce qui va remplacer (...) est-ce que c'est mieux, est-ce que c'est pire... et souvent... souvent y'a quand même un truc qui remplace quoi.* »

### Place de la psychothérapie

La prise en charge psychothérapeutique et le travail de recherche de la « *causalité* » avaient une place importante dans le suivi selon plusieurs médecins. Ce travail venait par ailleurs en complément de la prescription de MSO et ne semblait pas suffisant à lui seul pour sortir de la dépendance. De plus, pour l'un d'eux, l'urgence était d'abord au sevrage pour réduire les risques et le « *chemin de compréhension* » ne pouvait souvent être débuté qu'après.

M11 : « *(...) pour moi faut faire les deux (...) à la fois faire de la réduction des risques, donner le traitement... comme il faut, qu'ils soient bien avec, qu'ils se reconstruisent (...) et le... le chemin causale on peut le faire tout au long, voire après.* »

Si plusieurs médecins avouaient ne pas les avoir questionné sur leur passé, par manque de temps ou pour éviter de les faire ressasser ou de les replonger dans ces souvenirs. Quelques médecins essayaient quant à eux de connaître leur vie d'avant et les raisons pour lesquelles ils avaient commencé à consommer de l'héroïne. Certains considéraient que l'écoute était primordiale.

M2 : « *Il m'a raconté un petit peu sa vie antérieure et... et voilà sa consommation d'héroïne à l'époque, les raisons pour lesquelles il a souhaité arrêter.* »

Pour quelques-uns d'entre eux, la psychothérapie permettait donc de chercher plus en « *profondeur* », de travailler sur la cause sous-jacente mais aussi parfois de les faire « *verbaliser* » d'éventuels traumatismes. Cela semblait être une aide pour ensuite mieux gérer l'addiction. Cela avait d'ailleurs parfois permis à certains patients d'arrêter leurs MSO.

M1 : « *(...) une fois qu'il a réussi à verbaliser, alors c'était pas avec moi, c'était avec (...) le médecin addicto, il avait réussi à verbaliser ça, il avait arrêté son traitement en un mois.* »

Pour quelques autres médecins, un travail psychothérapeutique n'était pas toujours possible car certains patients n'avaient pas forcément envie de parler de leur passé. L'important était donc de respecter le souhait du patient.

M11 : « *Ça dépend de la personne, il y a des gens qui sont très... réticents à ça et je respecte leur réticence et que c'est pas... voilà c'est eux qui décident c'est pas moi (...) de ce qu'ils veulent apporter.* »

Enfin, les techniques de l'entretien motivationnel pouvaient aussi être utilisées pour amener les patients à prendre soin d'eux.

#### Insertion familiale et socio-professionnelle

La prise en charge des difficultés socio-professionnelles et familiales était elle aussi un élément très important de la prise en charge. Pour plusieurs médecins il s'agissait d'accompagner et d'aider les patients à se reconstruire. Ils travaillaient donc avec eux, en fonction de là où ils en étaient, sur leurs problématiques de logement, de travail mais aussi sur leurs difficultés familiales ou relationnelles.

M4 : « *La clé du sevrage aussi, c'est ça... arriver à reconstruire quelque chose... en dehors du produit (...) retrouver un travail (...) pour casser avec le cercle vicieux d'avant quoi (...) et pouvoir se réinsérer autrement (...) trouver d'autres objectifs que la recherche du produit, la défonce et puis... les amis, le réseau... qui fait tout le temps retomber dedans quoi.* »

Pour ces médecins l'aide à la réinsertion des patients, dans ces différents domaines, avait une place primordiale dans le suivi. Ils avaient pu observer ces effets bénéfiques. Les suivis leur semblaient moins difficiles une fois les patients stabilisés et certains arrivaient à diminuer voire arrêter leurs traitements.

M2 : « *Et dans ces cas finalement on a beaucoup moins de problèmes, c'est des gens qui viennent régulièrement, qui viennent chercher leur substitution et qui sont plutôt dans... dans l'idée d'une décroissance ou en tout cas... 'Fin c'est réglé !* »

## La relation de confiance médecin-toxicomane

### L'empathie

L'importance de la relation de confiance entre le médecin et le toxicomane était exprimée par la plupart des médecins. Pour instaurer cette relation, il semblait important de faire preuve d' « *empathie* » et de « *bienveillance* » envers ces patients, pour « *ne pas les juger* » ni les « *stigmatiser* ». Certains ajoutaient qu'il était essentiel de s'intéresser à eux et de ne pas les enfermer ou les réduire à un simple statut de « *dépendant* » ou de « *toxicomane*. »

M5 : « *J'pense qu'il faut être vraiment, vraiment très bienveillant avec ces patients là, beaucoup plus qu'avec les autres, pour qu'ils ne sentent pas jugés et que... qu'ils viennent vers nous en cas de difficultés...* »

Il était donc nécessaire de passer outre certains préjugés. Les patients devaient eux aussi trouver le médecin avec lequel ils se sentaient bien. Ce « *lien réel et de confiance* » s'installait au fil du temps et les patients pouvaient alors se livrer sans crainte d'être jugés. Certains parlaient de la mise en place d'une « *alliance thérapeutique* ».

### Le cadre

Le premier paramètre indispensable dans cette relation de confiance médecin-toxicomane, rapporté par plusieurs médecins, était la mise en place d'un cadre. Celui-ci devait être « *individualisé* » et instauré dès le départ. Il était important que les règles soient d'abord discutées et réfléchies avec le patient puis ensuite clairement fixées.

M7 : « *Il faut vraiment que les choses soient bien cadrées dès le... dès le départ (...) sur les prises de rendez-vous, sur les renouvellements de traitement, sur le... le suivi psychologique.* »

Différents aspects de ce cadre étaient évoqués par ces médecins : le respect des rendez-vous et notamment la fréquence mensuelle, le respect des dates de renouvellement et des doses prescrites, les prises de rendez-vous d'une fois sur l'autre ou encore le respect du suivi par le même médecin ou ses remplaçants, éventuellement. Certains médecins étaient aussi amenés à réaliser des bandelettes ou de tests urinaires en début de prise en charge pour vérifier la prise du MSO.

M2 : « *Il est réglo sur les rendez-vous, il est réglo sur les doses et tout...* »

M3 : « *(...) en prenant l'habitude de refixer un rendez-vous d'une fois sur l'autre... on arrive quand même à avoir une régularité, à avoir moins ces problèmes là.* »

### L'acceptation de la transgression

Le deuxième élément très important de cette relation de confiance, évoqué par plusieurs médecins, était l'acceptation que le patient puisse transgresser ces règles.

M11 : « *(...) si on veut suivre cette population là, il faut accepter que... voilà (...) qu'il y a un certains nombres de patients qui nous... qui transgressent et parfois on le voit, parfois on le voit pas, il faut accepter.* »

Cette acceptation nécessitait du médecin une capacité à « *s'adapter* » au patient en face et à sa personnalité. Il fallait donc être « *souple* » et « *tolérant*. »

M1 : « *Moi un patient qui vient pas, ça ne me gène pas (...) j'ai une certaine tolérance par rapport à ça, après... je pense que le problème c'est que si on a pas une certaine tolérance avec eux, on les suit pas quoi.* »

Il semblait aussi nécessaire pour quelques médecins de faire des « *concessions* » pour pouvoir maintenir un lien avec certains patients. Il n'était pas question de tout laisser passer mais l'important était de ne pas se braquer mais de « *discuter calmement* » pour essayer de comprendre ce qui s'était passé.

M8 : « *Je pense qu'il faut... il faut rester un peu calme et prendre un peu de... essayer de comprendre plus pourquoi que de s'énerver...* »

Quelques médecins considéraient qu'il ne fallait pas les « *infantiliser* » ou les « *materner* ». Les patients devaient rester libres dans leurs choix et ainsi s'autonomiser. L'un d'eux ajoutait qu'il était alors nécessaire de redescendre de la « *toute puissance* » du médecin.

M11 : « (...) voilà mais c'est re... Effectivement c'est un truc de redescendre de la toute-puissance du médecin de dire « c'est moi qui contrôle ce que vous prenez » (...) mais après tout, est-ce que c'est à nous de leur imposer leur chemin de vie... j'pense pas.»

### La capacité à dire non

Le dernier aspect, important et non négligeable, de cette relation de confiance était la capacité du médecin à dire « *non* » au patient. Cela n'était pas toujours évident mais il fallait rester « *ferme* » dans certaines situations où le patient dépassait les limites. Certains médecins étaient par exemple amenés à dire non quand les patients voulaient diminuer trop vite leur MSO. D'autres mettaient en place des délivrances limitées à la pharmacie dans certaines situations de surconsommation.

M3 : « *Pour gérer ses histoires de consommations, on était repassés à la forme sirop (...) on avait mis en place une délivrance beaucoup plus... limitée à la pharmacie (...) je crois que c'était tous les jours au début (...) il a fallu serrer la vis (...) mais après on a réussi à stabiliser (...) et on a pu relâcher un tout petit peu après la régularité. »*

Le but était aussi de les « *orienter* », de les « *guider* » et de leur faire comprendre que ce qu'ils avaient fait n'était pas correct. Un des médecins expliquait qu'il mettait parfois en place des « *protocoles de soins* » pour recadrer les choses, notamment quand certains patients faisaient des chevauchements à répétition ou ne tenaient pas le cadre de la délivrance quotidienne.

M11 : « *J'en parle au patient, j'dis « bah qu'est ce qu'on fait là, concrètement il se passe ça... qu'est ce qu'on en fait ? (...) Et du coup j'dis « bah là on a pas le choix, faut passer à un protocole de soins... voilà strict », dans ces cas là on fait ça. »*

### **Le travail en réseau**

#### Avec le pharmacien

Une « *bonne collaboration* » avec le pharmacien semblait indispensable selon plusieurs médecins. Ils étaient amenés à les appeler de manière assez régulière s'ils avaient des « *doutes* » sur la prise du traitement ou sur des mésusages. Cela leur permettait aussi de

connaître les dernières ordonnances prescrites. Et, si jamais il y avait un problème avec une prescription, les pharmaciens pouvaient les appeler et en discuter avec eux.

M2 : « *(...) des problèmes bah de (...) demander des ordonnances de rattrapage et du coup on ne sait plus où on en est, donc il faut une bonne collaboration avec le pharmacien... »*

M13 : « *C'est bien que l'on sache ce qui est fait, d'un côté comme de l'autre. »*

### Avec les addictologues

Pour une majorité de médecins, les MSO étaient très souvent voire même toujours instaurés par les addictologues. Un relai était ensuite réalisé avec une poursuite du suivi par un médecin généraliste en libéral. Seul une minorité des médecins interrogés introduisait donc le Subutex® ou l'avait déjà introduit.

M3 : « *(...) ça m'était arrivé d'introduire du Subutex®, en remplacement, mais j'avais dû appeler le CSAPA quand même pour savoir comment... comment commencer. »*

Les addictologues étaient souvent sollicités par téléphone ou par mail pour des avis ponctuels, notamment sur des problématiques de dosages ou d'instauration de MSO. Ils se tournaient soit vers les addictologues travaillant en CSAPA, soit ceux travaillant à l'hôpital. Ils avaient souvent un addictologue « référent ». C'était pour eux une aide précieuse qui leur permettait de se sentir guidés, réassurés ou encore confortés dans leurs prises en charge.

M12 : « *(...) des fois je l'appelais (l'addictologue) pour qu'il me guide. »*

M5 : « *(...) c'est plus pour me conforter dans... j'dis qu'ils servent à rien mais c'est... souvent j'ai une idée en tête et puis souvent ils la confortent »*

Certains médecins étaient par ailleurs amenés à adresser leurs patients vers les CSAPA pour certaines situations compliquées. Les buts pouvaient être de recadrer le patient, d'effectuer des changements de MSO ou encore d'effectuer le suivi pendant une grossesse.

M6 : « *(...) j'ai pas de réseau particulier, après c'est des gens que je... j'adresse... facilement aux addictologues, par exemple de (nom d'une ville), si... y'a nécessité, si je sens que là c'est compliqué. »*

Les délais de consultation semblaient par contre s'être allongés ces dernières années. Certains patients refusaient également de retourner dans les CSAPA. Les raisons évoquées étaient la distance des centres, la peur de recroiser d'anciennes connaissances autour des centres, ou tout simplement le refus de revoir un addictologue.

Une minorité de médecins expliquait par ailleurs ne pas avoir de contacts et ne pas toujours savoir vers qui les adresser. Ces médecins déploraient ne pas avoir reçu d'informations sur les structures existantes autour d'eux.

M10 : « *(...) alors je suis pas allée chercher l'info non plus... mais je trouve pas que ce soit quelque chose d'évident, de savoir vers qui se tourner. (...) Les patients ils semblent mieux informés que nous.* »

Quelques médecins mentionnaient l'importance de ne pas être seul dans la prise en charge de ces patients. Certains évoquaient la nécessité d'un « *réseau* » pluri-professionnel pour mieux entourer les patients.

M13 : « *Effectivement je pense qu'il faudrait vraiment qu'on puisse travailler en réseau (...) si on est une équipe à pouvoir les entourer, les soutenir et ben j'pense que... et qu'ils savent qu'ils peuvent se référer à ces différentes personnes là et ils peuvent peut-être se sentir un peu plus étayés, un peu plus soutenus.* »

Une minorité de médecins en difficulté dans les suivis aurait souhaité qu'un « *cahier des charges* » ou « *carnet de surveillance* » soit instauré pour faciliter les suivis. Selon eux, cela permettrait de savoir ce qui était réalisé ou ce qu'il fallait surveiller.

### **3. Formation et auto-formation**

#### **3.1. Avant l'installation**

Une faiblesse de la formation initiale était rapportée par la majorité des médecins. La plupart considéraient ne pas avoir eu beaucoup de cours lors de leur internat de médecine, voire même pas du tout pour certains. Ils jugeaient notamment que la formation initiale n'était pas

très développée, qu'elle abordait peu les différentes problématiques des patients toxicomanes ainsi que les notions de pharmacologie ou d'adaptation des dosages. Il leur semblait par ailleurs que ce domaine était plutôt laissé de côté.

M1 : « *J'ai pas eu de formation hein, une formation ouais sur comment prescrire, mais pas sur la problématique du toxicomane hein, je pense que ça correspond à 0 heures dans mon enseignement.* »

Pour plusieurs médecins, la première rencontre avec les patients dépendants à l'héroïne s'était faite en stage : pour certains, lors d'une journée pendant l'externat, pour beaucoup d'entre eux, au cours de leur stage SASPAS lors de l'internat. Cela leur avait fait découvrir la prise en charge de ces patients. Ils avaient même beaucoup appris lors de ce stage.

M8 : « *J'ai fait un stage d'internat notamment, 'fin chez des médecins généralistes (...) qui suivent quand même pas mal de patients toxicomanes (...) c'était aussi la première fois que j'étais en fait... exposée... exposée à ce type de consultation. (...) J'ai acquis pas mal pendant ce... pendant ce stage-là.* »

Certains médecins évoquaient un cours du DMG et d'autres une formation sur 2 jours lors de l'internat qui leur avait aussi permis d'apprendre les bases et de « *dédramatiser* » cette prise en charge. La mise en pratique des connaissances acquises leur semblait indispensable et avait même une place encore plus importante dans l'apprentissage.

M5 : « *Un cours en médecine générale qu'était très bien (...) tout ce que je sais sur les substituts je l'ai appris dans ce cours-là. (...) Je m'en rappelle quand même pas mal parce que c'est le cours où... ouais vous dédramatiser un peu ça.* »

M8 : « *C'est plus avec la pratique que l'on apprend que... voilà que sur la théorie.* »

### **3.2. Lors de l'exercice**

Pour plusieurs médecins, la rencontre avec les patients dépendants à l'héroïne s'était réellement faite lors de l'exercice de la médecine générale. Plusieurs d'entre eux n'avaient pas fait de stage SASPAS dans leur cursus, notamment pour certains parce que celui-ci

n'existaient pas encore. Ils avaient alors appris « *sur le tas* », au contact des patients et au fur et à mesure des suivis.

M1 : « *Y'a beaucoup de chose aussi qui s'apprennent un peu malgré tout sur le tas* »

### **Acceptation du suivi.**

Les médecins intéressés par le suivi de ces patients avaient décidé par la suite de se former davantage en participant à des formations. Pour certains il s'agissait de FMC sur les addictions, pour d'autres des formations sur l'entretien motivationnel ou sur la pharmacologie.

L'un deux se formait continuellement par le biais d'une liste de diffusion « *MG addictions* » entre médecins généralistes avec réception de mails tous les jours sur différents thèmes en lien avec l'addictologie. Il utilisait aussi ponctuellement le site internet psychoactif.org où se trouvaient des témoignages de consommateurs ou d'anciens consommateurs.

M11 : « *(...) sur la liste de diffusion, quand j'ai des questions ou des témoignages... j'envoie et puis il y a toujours des réponses avec... des points de vues de gens qui ont un peu plus d'expériences que moi.* »

Beaucoup de médecins déclaraient s'être formés au contact des addictologues. Pour certains c'était lors d'échanges téléphoniques ou de mails, pour d'autres lors de rencontres ou de petites formations organisées avec un addictologue. Ces partages d'expériences bénéfiques leur avaient permis d' « *être plus à l'aise* » et avaient « *démystifié* » cette prise en charge apparaissant très complexe au premier abord.

M3 : « *(...) un addictologue qui avait des consultations avancées chez nous* » « *On avait eu des petits topes (...) il nous avait fait part de son expérience et des techniques qu'il avait pour l'adaptation, le suivi des patients toxicomanes (...) on apprenait quand même pas mal de chose donc c'était... c'était vraiment intéressant quand il était là.* »

Plusieurs de ces médecins mentionnaient par ailleurs avoir un intérêt pour le suivi d'addictologie et pour ces patients. Certains considéraient qu'ils avaient fait le « *choix* » de les suivre et qu'ils devaient donc accepter les difficultés rencontrées.

Plusieurs médecins jugeaient important de se former davantage ou de mettre à jour leurs connaissances et en avaient exprimé l'envie. De même, il semblait nécessaire que tous les médecins soient mieux formés pour qu'ils ne soient pas dans le jugement. En effet, « *mieux les comprendre* » semblait permettre de « *mieux les accepter* ». L'un d'eux invitait par ailleurs les médecins à se former à l'addictologie. Il ajoutait que ce suivi était très intéressant et qu'il pouvait apporter beaucoup en termes de relations humaines.

M11 : « *J'invite les gens à se former à l'addicto, parce ce que c'est intéressant aussi en... en termes de relations humaines et qu'en médecin générale c'est quand même beaucoup... beaucoup ça. Du coup ça fait changer pas mal de... de choses même pour soi.* »

### **Refus ou réticence au suivi**

Une minorité de médecins était quant à elle réticente au suivi de ces patients. La peur, la démotivation, la lassitude, le fatalisme et le sentiment d'être incompétent étaient les différents freins exprimés par ces médecins.

M10 : « (...) *C'est vrai que ça freine j'trouve... si... si y'a un patient qui se présentait pour un suivi comme ça, je sais pas si je l'accepterais en fait... (...) Mais quelque soit l'addiction, j'trouve que c'est super difficile.* »

L'un d'eux avait aussi une absence d'intérêt pour ce suivi, associée à des aprioris et des peurs, jusqu'à refuser de suivre ces patients.

M9 : « *C'est une pathologie moi qui ne m'intéresse absolument pas (...) donc je ne me suis absolument pas... investi là-dedans... » « Je refuse de passer du temps à ça parce que je considère que... comment dirais-je... c'est une perte de temps d'une part, deuxièmement les choses ne se font rarement correctement.* »

Ces médecins n'avaient souvent pas eu la motivation ou pris le temps de se former davantage. Ils restaient donc avec des aprioris négatifs ou certaines lacunes qui empêchaient un suivi correct. La plupart préféraient d'ailleurs laisser ce suivi aux médecins addictologues.

M12 : « *J'ai pas suivi volontairement de, de formation (...) j'suis plus très motivé pour les formations (...) Et j'ai pas fait de formation sur l'héro et tout (...) parce que je fais que du renouvellement voilà.* »

M6 : « *Je n'refuse pas... de suivi mais... je ne recherche pas non plus à suivre ces... ces personnes là. (...) Si ils peuvent continuer leur suivi avec leur addictologue ça me convient (...) comme je me sens pas à l'aise.* »

## DISCUSSION

### Principaux résultats de l'étude

Les résultats laissaient apparaître deux catégories de médecins, une qui acceptait le suivi et une qui le refusait. Les deux éléments principalement impliqués dans cette catégorisation étaient le savoir théorique et la peur. La prédominance de l'un ou de l'autre impactait le suivi. L'acceptation du suivi était facilitée par l'acquisition de connaissances théoriques sur la prise en charge de la dépendance à l'héroïne ; notamment sur la nécessité d'une prise en charge psycho-sociale, sur l'impact positif des TSO et sur l'indispensable mise en place avec le patient d'un contrat de soins. Le refus du suivi était, quant à lui, motivé par la peur et les représentations négatives à l'égard de ces patients. Ces médecins pouvaient exprimer une peur de l'agressivité, de participer à un trafic ou encore d'être incompétent.

Les médecins acceptant le suivi étaient conscients que le suivi des patients dépendants à l'héroïne était complexe et ils en acceptaient les difficultés. Ils savaient et acceptaient que les patients ne soient pas tous au même stade. Pour eux, le but du TSO n'était pas le sevrage mais le bien-être du patient. Pour certains, ce savoir théorique avait été acquis durant l'internat. Pour d'autres, l'apprentissage s'était effectué directement au contact des patients. La plupart d'entre eux avaient par la suite souhaité se former davantage. Ils avaient généralement une vision des patients empreinte d'empathie et de compassion. Ce suivi, bien que complexe, leur paraissait très intéressant et enrichissant. La collaboration avec le pharmacien leur semblait indispensable. Le contact avec des addictologues avait permis à certains d'être confortés dans leurs prises en charge.

Les médecins refusant le suivi avaient, quant à eux, un manque de connaissances sur cette pathologie et sa prise en charge. Ils n'avaient pas eu la motivation ou n'avaient pas pris le temps de se former davantage. Ils étaient déstabilisés par ces patients et refusaient cette complexité. Leur vision des patients était stéréotypée et pouvait paraître stigmatisante. Selon eux, les patients n'étaient pas motivés ou étaient des menteurs et des manipulateurs. Ils n'acceptaient pas les épisodes répétés de non-respect du cadre. Ils exprimaient un sentiment d'impuissance ou encore une lassitude dans les suivis, notamment quand les patients rechutaient ou n'arrivaient pas à diminuer leur MSO. Pour eux cela devenait alors

rébarbatif de devoir les voir tous les mois. Ils déploraient aussi un manque de formation, de temps et de structures où les adresser. L'impression d'être un médecin-dealer pouvait en quelque sorte leur donner le sentiment d'être dépossédé de leur fonction de médecin. Tout cela contribuait à les éloigner de ce suivi. Ils préféraient d'ailleurs le laisser aux addictologues qu'ils jugeaient plus à même de les prendre en charge.

Pour ce qui est des raisons initiales de la consommation d'héroïne ainsi que de la possibilité d'un lien avec l'enfance, la plupart d'entre eux étaient d'accord pour dire qu'il s'agissait de patients maltraités par la vie. Certains avaient pu vivre des traumatismes dans leur enfance et s'étaient alors tournés à l'âge adulte vers l'héroïne pour effacer leur souffrance ou combler un manque. Parfois c'était une mauvaise rencontre dans un contexte défavorable qui avait fait tout basculer. La recherche de plaisir semblait elle aussi avoir une place non négligeable. Par ailleurs, ces patients avaient rencontré l'héroïne et elle avait permis de calmer leurs angoisses. Mais, ils auraient tout aussi bien pu rencontrer une autre drogue. Il semblait d'ailleurs important de rester vigilants sur l'apparition ou la présence d'autres dépendances.

## L'abord bio-psycho-social indispensable

Cette étude a fait ressortir l'importance de la prise en charge globale et notamment de l'abord bio-psycho-social dans le suivi des patients dépendants à l'héroïne. Cela nécessite tout d'abord d'avoir des notions sur le but des MSO. Ce but est le bien-être du patient et non le sevrage ; en tout cas pas à court et moyen terme. Son « *objectif est triple : stabiliser le patient, lui faire acquérir l'autocontrôle de la substitution et lui permettre de reconstruire une vie en agissant sur ces différents problèmes* » (5). Ceci est un marqueur essentiel à connaître pour pouvoir suivre au mieux ces patients. Il permet d'éviter les sentiments d'échec, d'impuissance ou de lassitude ; sentiments que nous avons pu retrouver au cours de cette étude.

De même, nous l'avons vu dans cette étude, les rechutes ou les re-consommations peuvent être présentes et font partie du processus de sortie de l'addiction. Selon L. Gibier, « *avoir conscience de la différence entre héroïne et substitution, et de ce double deuil, permet au médecin d'appréhender l'existence des difficultés et rechutes comme un processus attendu et à travailler, et non comme un manque de volonté ou un vice de son patient* ». Par contre, Il

ajoute que la rechute dans l'héroïne ne se fait que rarement et s'accompagne alors d'une rupture du suivi. Pour lui, les difficultés se manifestent le plus souvent par : « *des prises d'héroïne sous substitution maintenue* » (ce qui n'est pas une rechute), « *des usages d'autres produits sous substitution maintenue* » ou « *des détournements de la substitution précédemment stabilisée* » (5).

Il existe plusieurs dérives liées à la prescription de MSO. Il s'agit notamment des détournements ou mésusages, des surconsommations avec le risque de surdosage ou du trafic avec revente des MSO prescrits. Un autre effet négatif peut être l'entrée de certaines personnes dans la toxicomanie par les MSO. La méfiance vis-à-vis de ces dérives et notamment la peur du trafic est apparue dans cette étude comme un frein au suivi pour certains médecins. Or, la conférence de consensus de 2004 nous rappelle que le marché parallèle de MSO correspond à 25% des quantités de MSO délivrées mais qu'il est effectué par seulement 6% des consommateurs. Ceci nous permet de relativiser cette dérive, tout en restant malgré tout vigilants (13).

De même, la stratégie de réduction des risques et des dommages, en complément de la mise en place des TSO, est elle aussi primordiale. Il s'agit d'une politique de santé publique qui s'est développée en France depuis le début des années 1990. Elle a fait suite à « *une période née au début des années 1970 et se bâtant progressivement sur des concepts et des notions liés à la psychanalyse* » (16). Ce changement de paradigme a eu un impact majeur dans la prise en charge des patients dépendants à l'héroïne. Cette politique, qui comprend diverses actions, vise à réduire les conséquences néfastes liées aux consommations des drogues licites ou illicites sans exiger au préalable que l'usager de drogues arrête ou diminue sa consommation (17). Les CAARUD, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, sont au cœur de cette politique. Les missions de ces centres sont diverses. Celles-ci sont notamment : l'accueil, l'information et le conseil personnalisé aux usagers ainsi que la mise à disposition de matériels de prévention des infections (et notamment des seringues). Ils ont aussi une place importante de soutien aux usagers dans les accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle (18). Par ailleurs, L. Gibier ajoute que « *cette notion de réduction des dommages va au-delà de l'accès aux seringues et aux messages préventifs associés. (...) Ainsi face à des pathologies consécutives à la prise de drogue, il peut être capital de se*

*center sur le traitement de cette pathologie sans le conditionner à l'arrêt de la toxicomanie. (...) Il s'agit donc de soigner le corps du toxicomane sans lier les soins à un projet d'abstinence à court terme » (5).*

La prise en charge de ces patients doit aussi rechercher et traiter d'éventuelles comorbidités, notamment infectieuses et psychiatriques (5). Cet aspect a été abordé par plusieurs médecins au cours des entretiens. De même, la recherche et la prise en charge des dépendances associées sont indispensables. La poly-toxicomanie est très fréquente et il ne faut pas négliger ces autres consommations. Elles aussi ont des conséquences néfastes sur la santé du patient, et parfois même davantage (10).

Ce suivi nécessite par ailleurs un travail dans le temps et la mise en place d'un projet thérapeutique personnalisé. Les soins doivent s'adapter à la demande du patient, en fonction de la phase où il se trouve. Nous avons vu que le sevrage était recherché dans un premier temps puis qu'un travail psychothérapeutique pouvait être instauré dans un second temps. Cette prise en charge psychothérapeutique est fondamentale et ne doit pas être délaissée. Pour cela, une écoute active de la part du médecin est requise (5). Pour J. Carpentier, « comprendre c'est d'abord écouter. Ecouter ces vies qui paraissent souvent stéréotypées. (...) Et pourtant, à écouter (...) on perçoit que chaque comportement a une histoire, et que chaque histoire est une vie à part entière, différente de toute autre ». Il ajoute qu' « il faut nous efforcer d'entendre et de comprendre ces parcours où la drogue est la compensation d'un « manque » qui déborde largement celui d'une molécule » (19). Pour L. Gibier, il s'agit aussi d'effectuer un travail centré sur les théorisations cognitivocomportementales qui « s'attache à décrire le comment plutôt que le pourquoi, comment il a rechuté plutôt que pourquoi il a rechuté » (5).

Le dernier aspect important de ce suivi est la prise en charge des difficultés sociales, professionnelles, financières ainsi que familiales. Nous avons d'ailleurs pu observer au cours de cette étude l'impact positif de la réinsertion dans la prise en charge des patients. Il semble donc important de savoir que « l'offre de substitution ne se limite pas au remplacement d'un produit par un autre, une intoxication légale et contrôlée remplaçant une intoxication illégale et dangereuse. Elle suggère à l'arrière-plan, d'autres déplacements,

*d'autres substitutions visant d'une part à réduire progressivement les pratiques sociales des toxicomanes jugées à risques et, d'autre part, favoriser leur insertion sociale* » (16).

## Relation de confiance médecin-toxicomane et théorie de l'attachement

La relation médecin-toxicomane est différente d'une relation médecin-malade habituelle. Les patients dépendants à l'héroïne ne sont pas des patients « *lambda* ». Ils n'ont généralement pas ou peu confiance dans les relations humaines du fait de leur vécu. Ils ne vont donc pas faire d'emblée confiance au médecin mais vont d'abord tester sa fiabilité. En effet, pour J. Carpentier, le toxicomane va nous mettre à l'épreuve, « *comme un enfant en quête de balises (...) il va d'abord tester notre solidité, notre fiabilité* » (15).

La relation va s'installer avec le temps. Lionel Gibier va dans ce sens. Pour lui, la relation « *n'est pas acquise d'emblée* » et « *elle se construit au fil d'un apprivoisement réciproque* ». Cet apprivoisement nécessite deux phases. La première consiste à « *transformer la rencontre en relation* » et la deuxième à instaurer progressivement une « *alliance thérapeutique* ». L'alliance thérapeutique va ensuite permettre un « *travail au long cours visant à obtenir des changements durables chez le patient* ». Il ajoute que la construction de cette alliance thérapeutique nécessite qu'un contexte soit initié par le médecin ; celui-ci comporte quatre éléments : l'empathie, le contrôle, le soutien actif et la confiance (5).

Comme le montrent les résultats de cette étude, le suivi est plus aisé quand le médecin fait preuve d' « *empathie* » et s'intéresse au patient. En effet, « *ce que l'usager de drogues vient chercher à la consultation, ce n'est ni un discours paternaliste ni une écoute maternante, mais une action de professionnel, empathique et sans jugement moral* » (5). Il semble donc indispensable de ne pas réduire le patient à sa dépendance. Celui-ci se doit d'être vu comme une personne malade et en souffrance, nécessitant d'être aidée. Un projet de soin peut alors se mettre en place. Pour J. Carpentier, « *élaborer avec* » le patient est sans nul doute le « *premier grand geste thérapeutique car il reconnaît sa qualité de sujet à celui qui consulte* » (15).

Selon J. Carpentier, l'idée d'un contrat de confiance semble une « *façon correcte de dominer la peur en règlementant l'espace du soin* ». Il souligne par ailleurs l'importance d'avoir intégré « *que le toxicodépendant est en manque de balises et qu'il doit rencontrer quelqu'un qui n'en manque pas : d'entrée de jeu, il doit apprendre les limites que lui impose le soignant et accepter l'idée d'un compromis* » (15). V. Fontaa et J-L Senninger vont dans ce sens. Pour eux, la base de la prise en charge réside dans la création d'un « *contrat de soin* », qui « *lie les deux parties par un objectif commun.* » Ils ajoutent que les « *objectifs du contrat* » doivent être « *librement consentis et négociés* » (20).

Nous avons pu retrouver dans l'étude des notions qui vont dans ce sens : la nécessité de « *fixer un cadre* », d' « *accepter la transgression* » ainsi que la « *capacité à dire non* ». En effet, le médecin doit faire preuve de « *souplesse* » tout en ne laissant rien passer. En cas de transgression, il doit pouvoir en discuter calmement et chercher à comprendre ce qui s'est passé. Pour L. Gibier, le médecin doit aussi « *permettre au patient de prendre conscience de ses débordements* » et « *l'encourager à modifier ses consommations* ». Il ajoute qu'au final « *le plus important est que le patient ait confiance dans son médecin* » (5). L'intérêt que le médecin va porter au patient va ensuite lui permettre de reprendre confiance dans les relations humaines.

En outre, il a été constaté chez ces patients un manque de confiance dans les relations humaines. Dans le médecin et le toxicomane, V. Fontaa et J-L Senninger évoquent un lien entre toxicomanie et pathologie du lien. Selon eux, « *Le poids de la dépendance à la réalité extérieure sera d'autant plus prononcé que le sujet n'aura pu intérioriser, au cours de son développement précoce (ses premières années de vie), des objets sécurisants, rassurants, stables et différenciés* ». Il en résulte, selon eux, « *une intolérance importante à la solitude tout comme une difficulté à la proximité relationnelle, traduisant une pathologie de la relation* ». Pour eux, cette « *problématique de séparation-individualisation* » semble « *la base psychopathologique de nombreuses conduites addictives* » (20).

La théorie du lien et de l'attachement a été élaborée par Bowlby à partir des années 1950. Elle s'intéresse à la genèse du lien fondamental d'attachement d'un bébé à ceux qui l'élevent. Cet attachement se construit essentiellement par la satisfaction de son besoin inné de proximité et de sécurité avec les figures censées le protéger (7). Autrement dit, les

comportements d'attachement sont « *un système inné qui vise au rapprochement du petit avec sa mère et à sa protection. L'enfant se sent alors aimé et en sécurité alors que la séparation de sa figure d'attachement engendre un sentiment d'anxiété et de chagrin* » (21). Il a été démontré que « *l'attachement, par la sécurité qu'il procure à l'individu, permet l'ouverture au monde et aux relations. Il permet aussi la régulation émotionnelle et soutient les capacités de mentalisation* » (22).

Quatre types d'attachement ont été décrits : les attachements « *sécuré* », « *préoccupé* », « *détaché* » et « *insécuré désorganisé-désorienté* ». Les trois premiers ont été décrits par Mary Ainsworth. L'enfant attaché de manière « *sécuré* » peut « *à la fois protester lors d'une séparation mais aussi manifester son plaisir lorsque le donneur de soin revient* ». Il a une capacité d'ajustement créatif. Alors que l'enfant « *préoccupé* » manifeste « *de la détresse à la séparation et cherche le contact de manière ambivalente, le souhaitant et le repoussant par une réaction colérique* ». Il a une faible capacité à la régulation émotionnelle. L'enfant « *détaché* » semble, quant à lui, « *peu affecté par la séparation* » et « *ne manifeste pas de réaction affective, cherchant plutôt à éviter le contact physique lors des retrouvailles* ». Enfin, le dernier type d'attachement a été décrit par Mary Main. L'enfant « *insécuré désorganisé-désorienté* » manifeste « *des réactions désordonnées* » en réponse à la séparation et « *des réactions dépourvues de stratégies cohérentes* » lors du retour. Mary Main a par ailleurs mis en évidence qu'un grand nombre de ces enfants « *insécuré désorganisé-désorienté* » avaient été l'objet de maltraitances et d'abus (23).

Ce lien entre toxicomanie et pathologie de l'attachement a d'ailleurs été abordé par de nombreux auteurs. Claude Olievenstein considère notamment qu'il n'y a « *pas d'enfance spécifique de l'usage des drogues* », mais qu' « *il y a des évènements spécifiques dans l'enfance du toxicomane* ». (8) Pour Gérald Thévoz, « *la notion de base de sécurité* » est fondamentale pour la compréhension, comme pour le traitement de l'addiction ». Et selon lui, « *la prise en compte des stratégies d'attachement et les représentations que celles-ci ont prises au cours de la vie, tant du côté des professionnels que des personnes qu'ils accompagnent dans leur projet de vie, que celui-ci vise ou non l'abandon d'une conduite de dépendance, représentent une approche de soin et d'accompagnement originale* ». En effet, « *la possibilité de prendre soin de sa manière d'être en lien avec soi-même, comme avec ses*

*proches et les autres, constitue une dimension indéniable de l'amélioration de la qualité de vie de ces personnes* » (23).

Par ailleurs, une étude réalisée en 2019 a évalué l'apport de la théorie de l'attachement dans l'analyse de la relation de confiance médecin-patient. Trois types de relations médecin-patient ont été observées : « *la relation à dominante professionnelle* », « *la relation à dominante empathique* » et « *la relation à dominante affective* ». L'hypothèse de liens entre ces trois types de relations et les trois profils d'attachement a été émise. Il s'agissait de liens entre : « *le profil préoccupé et la dépendance relationnelle* », « *le profil sécurisé et la relation empathique* », et enfin « *le profil détaché et la relation professionnelle* ». Il en est ressorti que « *l'utilisation des profils d'attachement peut permettre au médecin de mesurer et adapter une distance adéquate aux patients qu'ils soient sécurisés, détachés ou préoccupés* » (24).

De même, la qualité de l'attachement du médecin semble elle aussi avoir un impact non négligeable sur la mise en place de l'alliance thérapeutique (7)(24). En effet, un médecin n'ayant pas un profil d'attachement « *sûre* » aura alors plus de difficulté à créer une relation empathique, elle-même indispensable à cette alliance thérapeutique. Ce médecin pourrait notamment avoir des difficultés à exprimer ses émotions ou à supporter l'échec et il n'arriverait alors pas à s'adapter au patient en face de lui. Cela interroge donc « *la capacité du médecin à se questionner par rapport à la nature et la qualité de son propre mode d'attachement* » (24) ; et cela dans le but d'améliorer la prise en charge de ces patients.

## Importance de la capacité du médecin à la réflexivité

Nous avons tous des représentations personnelles ou sociales face à l'usage de drogues. Or, « *les représentations sociales liées aux drogues sont incarnées et sont donc liées aux profils des consommateurs de produits psychoactifs qui leur sont associés. Les populations d'usagers les plus visibles dans l'espace public des grandes villes et les plus exposées dans les médias sont des usagers qui se situent généralement dans un rapport de dépendance au produit et sont confrontés à la précarité sociale. Ils incarnent ainsi de manière toute particulière la figure du toxicomane et contribuent à façonner les représentations de la population sous l'angle de la stigmatisation et de la dramatisation* » (25).

Cette étude a mis en exergue certaines représentations négatives des médecins vis-à-vis des patients dépendants à l'héroïne ; celles-ci nuisent au suivi. Si quelques-unes de ces représentations semblent en lien avec des représentations sociales (patients « *marginaux* », « *voulant juste leur dose* », « *agressifs* »), d'autres semblent plutôt personnelles et sont généralement liées à un vécu négatif lors des suivis (patients « *manipulateurs* », « *menteurs* » et « *pas motivés* ».) Ces mêmes représentations personnelles avaient été retrouvées lors d'une étude de 2013 sur les obstacles au suivi des patients héroïnomanes sous TSO. Cette étude avait aussi montré que ces représentations négatives de « *la personnalité du patient toxicomane* » étaient un obstacle au suivi (26). Par contre, il semblait plutôt s'agir d' « *appréhensions* » liées au suivi que de « *stigmatisations de l'ensemble des usagers de drogues* » (26).

Nous avons aussi mis en évidence dans cette étude d'autres obstacles au suivi. Ceux-ci font généralement suite à des sentiments négatifs éprouvés par les médecins face à des difficultés dans le suivi. Ils évoquent notamment des sentiments de peur, d'impuissance ou encore de lassitude. Ces sentiments sont d'ailleurs favorisés par les représentations négatives ainsi qu'un manque de connaissances. D'autres obstacles au suivi semblaient quant à eux liés au « *manque de temps* », « *de formation* », ou « *de structures où les adresser* ». Une enquête publiée en 2001 avait elle aussi identifié ces même obstacles (27).

Cette relation médecin-toxicomane a par ailleurs été décrite comme conflictuelle par certains médecins. Ces conflits semblent notamment liés à une différence de représentations du suivi entre le médecin et le patient. Pour S. Megherbi le « *conflit prend son origine dans des perceptions différentes du problème traité* ». Et, selon lui, « *La relation entre médecins et toxicomanes se construit au préalable à partir de perceptions souvent très différentes sur l'usage et les objectifs de la substitution* » (16). De même, pour Lionel Gibier, ces premières rencontres « *vécues de façon conflictuelle* » peuvent « *perdurer tant que, dans ce face à face, le professionnel est « le prescripteur » (et non le médecin), et le patient « le toxicomane » (et non le toxicomane donné, puis un patient donné)* » (5). Or, Nous avons vu que le suivi de ces patients nécessite la neutralité du médecin. Il doit éviter de juger le patient et donc laisser de côté ses a priori et ses craintes pour pouvoir passer de la vision d'un patient « *toxicomane* » à celle d'un patient « *malade* ».

La formation est apparue dans cette étude comme un moyen permettant de dépasser les a priori négatifs et les réticences au suivi. En effet, il a été noté une faiblesse de la formation initiale pour la prise en charge de la dépendance à l'héroïne. Les médecins ayant un intérêt pour ce suivi se sont alors formés davantage au cours de leur exercice de la médecine. Ils ont aussi acquis une expérience au contact des patients. Chez les médecins n'ayant pas suivi de formation supplémentaire, le manque de savoir a fait perdurer la peur. Celle-ci a eu pour conséquence la réticence ou parfois le rejet du suivi. La place importante de la formation dans l'amélioration de la prise en charge avait d'ailleurs elle aussi été notifiée dans l'étude de 2013 précédemment citée (26), ainsi que dans une autre étude de 2013 traitant des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prescription de MSO (28).

Nous pouvons donc agir sur le savoir par la formation. Or, l'application biomédicale du savoir ne suffit pas dans ce suivi complexe. Une capacité à la réflexivité semble aussi nécessaire au médecin pour se remettre en cause, s'adapter et accepter d'être bousculé par le patient. Les caractéristiques réflexives correspondent à « *l'auto-évaluation, l'autocritique et l'auto-formation* », mais aussi à « *la conscience de ses savoirs et de ses limites* » et enfin à « *la capacité à douter et à critiquer* ». La réflexivité est quant à elle « *provoquée par un événement qui induit un doute, une perplexité ou une incertitude et qui conduit un individu à rechercher une explication et des solutions* ». (29)

Comme le disait C. Olivenstein, « *Il faut montrer nos émotions et dire ce que nous ressentons car la parole est vraie et montre nos limites. Elle montre qu'on est aussi des hommes et non des Dieux, pas plus d'ailleurs que des pères ou des mères* ». En effet, pour L. Gibier, « *il faut savoir dire « j'ai peur » ou encore « je ne sais pas » face aux difficultés que nous pouvons rencontrer au cours des suivis* ». Selon lui, nous pensons « *souvent que face à un toxicomane qui expose un problème, on « n'y connaît rien »* ». Or, nous pouvons ne rien y connaître (*l'expérience y pourvoira*) et cependant ne pas faire ce qu'il nous dit, il nous faut raisonner. *Il faut retrouver sa capacité de réflexion mise à mal par la situation (et par le toxicomane qui dit savoir ce qu'il lui faut), restaurer ses propres compétences en termes logiques et de savoir médical* » (5).

Cette capacité à la réflexivité va donc permettre au médecin de s'adapter au patient qui est différent de lui : elle va permettre que se crée la relation. Le médecin sera alors plus ouvert à l'autre et acceptera aussi d'être transformé par le patient. Celui-ci va aussi lui apprendre ce qu'est la fragilité, le plaisir ou encore la dépendance. Et dans un même temps il va lui dire qui il est. Il va aussi mettre le médecin face à ses limites et ses imperfections.

Finalement, comme nous l'avons retrouvé au cours de l'étude, le suivi des patients toxicomanes à l'héroïne est à la fois intéressant et enrichissant pour le médecin. En effet, « *le face-à-face médecin-toxicomane est un excellent moyen de progresser dans l'analyse de sa propre relation soignant-soigné, ce qui peut même l'améliorer pour les autres types de patients* » (5). De même, « *il nous semble clair que ces modifications positives générées par les patients toxicomanes dans nos pratiques professionnelles sont vraiment à la mesure des soucis qu'ils ne manquent par ailleurs pas de nous apporter ! D'une façon plus générale, les relations humaines difficiles sont peut-être aussi les plus enrichissantes et formatives pour les médecins généralistes* » (30).

## Forces et limites de l'étude

### 1. Forces

L'originalité de ce travail a été de recueillir, via des entretiens semi-dirigés, les représentations, le vécu et les connaissances des médecins généralistes dans le suivi des patients dépendants à l'héroïne ainsi que leurs impacts dans cette prise en charge. L'étude a notamment permis de dégager les facteurs entraînant un frein au suivi et ceux le facilitant.

Le recrutement des médecins a permis d'obtenir un échantillonnage en variation maximale. Malgré un recrutement sur la base du volontariat, une variabilité de profils des médecins interrogés est apparue, ce qui a permis d'obtenir un maximum de points de vue. Certains avaient de l'intérêt et d'autres du désintérêt pour ce suivi. Les difficultés (ou les facilités) rencontrées étaient diverses et variées. Il en était de même pour les niveaux de connaissances des médecins et la réalisation (ou non) de formations complémentaires.

La saturation des données a été confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire qui n'a pas mis en évidence de nouvelles données.

## 2. Limites

Il s'agissait du premier travail d'analyse qualitative de l'enquêtrice et cela a donc pu influencer sa qualité. De plus, l'analyse a été soumise à la subjectivité de l'enquêtrice car elle n'a pas bénéficié d'un double codage. Les retranscriptions des entretiens ont par contre reçu une double lecture.

Par ailleurs, le manque d'expérience de l'enquêtrice dans la réalisation des entretiens a pu influencer la maîtrise de ceux-ci ainsi que l'absence de test du guide d'entretien au préalable. Certains thèmes n'ont donc pas été explorés dans les premiers entretiens. La modification du guide d'entretien, au fur et à mesure de la retranscription des entretiens, a permis d'obtenir plus de données lors des entretiens suivants.

La sélection des médecins a pu, elle aussi, constituer un autre biais pour l'étude car quelques médecins recrutés connaissaient l'enquêtrice auparavant. Ces médecins n'avaient par contre aucune notion, avant et pendant l'entretien, de l'intitulé exact du sujet de thèse. Ils avaient tout de même pu se sentir plus ou moins à l'aise face à l'enquêtrice et cela avait donc pu influencer les échanges.

Enfin, l'enregistrement par dictaphone a pu déstabiliser certains médecins et modifier leur discours. Pour éviter cela le positionnement du dictaphone se faisait le plus discrètement possible.

## CONCLUSION

Les patients dépendants à l'héroïne sont des patients complexes. La prise en charge de ces patients en médecine générale est soumise à deux facteurs : le savoir théorique et la peur. Le savoir favorise le suivi car il permet au médecin de lutter contre les représentations personnelles et sociales envers les consommateurs de drogue et notamment d'héroïne. La peur, quant à elle, empêche le suivi car elle déstabilise le médecin et l'amène à refuser ce suivi jugé trop complexe. Cette peur est elle-même en lien avec un manque de savoir.

La prise en charge psycho-sociale et le traitement de substitution aux opiacés sont les deux piliers de ce suivi. L'un ne semble pouvoir fonctionner sans l'autre. Les médicaments de substitution aux opiacés ont un rôle primordial dans l'aide au sevrage de l'héroïne ; connaître leur but est indispensable. La stratégie de réduction des risques et des dommages a, quant à elle, permis de révolutionner le suivi de ces patients et elle se doit d'être connue et appliquée. Par ailleurs, la prise en charge des difficultés sociales et psychologiques reste elle aussi indispensable pour amener le patient vers des changements durables. Enfin, le travail en réseau a lui aussi une place non négligeable dans ce suivi.

La relation médecin-toxicomane n'est pas une relation médecin-patient habituelle. Le patient dépendant à l'héroïne n'est pas un patient « *lambda* », il n'a généralement pas confiance dans les relations humaines. Ce manque de confiance peut notamment résulter d'une pathologie du lien et de l'attachement. La relation médecin-toxicomane s'installe avec le temps, suite à un apprivoisement réciproque ; le but étant d'arriver à une alliance thérapeutique. Le médecin doit faire preuve d'empathie, de fermeté avec la mise en place d'un cadre et de souplesse pour accepter les transgressions. Au fil du temps, la relation instaurée va permettre au patient de reprendre confiance dans les relations humaines. Or, un médecin qui n'aura pas reçu un attachement « *sécur* » aura lui aussi plus de difficultés à rentrer en relation et à suivre ces patients complexes.

Il existe certes une faiblesse de la formation initiale sur la prise en charge de la dépendance à l'héroïne. Mais, s'il en a le souhait, le médecin peut agir sur ce manque de savoir par la formation. Cela lui permet de passer outre certaines craintes et représentations négatives à l'encontre de ces patients. La capacité du médecin à la réflexivité semble, quant à elle,

indispensable. Elle va lui permettre de réfléchir à ses actes, de se remettre en cause et d'accepter d'être bousculé par le patient qui est différent de lui. Au final, le suivi des patients dépendants à l'héroïne est très riche, et il apprend aussi au médecin qui il est.

En somme, l'addiction à l'héroïne est une addiction parmi tant d'autres. Or, toutes les addictions ont un même but : combler un manque. Les patients dépendants sont avant tout des personnes en souffrance. D'ailleurs, ne serions-nous pas tous, à différents degrés, addicts à quelque chose ? N'aurions-nous pas tous besoin de combler un vide ? En fonction de son vécu, telle personne se tournera vers un produit licite et telle autre vers les drogues dures. Le choix se fera notamment en fonction des ressources de la personne, de son vécu et de son type d'attachement, d'où la complexité à mettre en place une politique de prévention efficiente.

## BIBLIOGRAPHIE

1. SPILKA S, RICHARD J-B, LE NEZET O, JANSSEN E, et al. Les niveaux d'usages des drogues illicites en France en 2017. OFDT. Tendances 128. novembre 2018.
2. BRISACIER A-C, CADET-TAIROU A, DIAZ C, GANDILHON M, et al. Drogues, chiffres clés. OFDT. juin 2017;7ème édition:8.
3. GEROME C, CADET-TAIROU A, GANDILHON M, et al. Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2017-2018), OFDT, tendances 129, décembre 2018.
4. ROMAIN J-G. La drogue, le toxicomane et la société. Edition Liège. 2003. 284 p.
5. GIBIER L. Prises en charge des usagers de drogues. Paris : doin. 1999. (collection conduites).
6. FRANQUES P, AURIACOMBE M, TIGNOL J. Personnalités du toxicomane. 2000;11.
7. GUEDENEY N, GUEDENEY A. L'attachement : approche théorique. Elsevier Masson. 2016. 376 p.
8. OLIEVENSTEIN C. La vie du toxicomane. PUF. Paris; 1982. p. 11-33.
9. GAUTIER A, BERRA N, GUIGNARD R, BECK F. Baromètre santé médecins généralistes 2009, prises en charge des addictions par les médecins généralistes.
10. MICHOT I, MOREL D'ARLEUX J, ADÈS J-E, MILLION F. Drogues Chiffres clés 2019 - OFDT. 2019;8.
11. PALLE C, BRISACIER A-C. Treatment workbook (Prise en charge et offre de soins). France; 2019.
12. MAESTRACCI N. Éléments d'histoire sur la politique de réduction des risques en France [Internet]. <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/87/?sequence=28>
13. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des

traitements de substitution. Presse Médicale. oct 2004;volume 33(n°18):p 41-47.

14. HAS. Commission de la Transparence - Suboxone. avis 3; 2015.
15. CARPENTIER J. La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale. 1994. (Ellipses).
16. MEGHERBI S. Les stratégies de soins des toxicomanes. Psychotropes. 2006;12(3):141.
17. BRISACIER A-C, DIAZ C, MILHET M, MOREL D'ARLEUX J. Interventions en réduction des risques et des dommages. Drogue Addict - Données Essent. :p 95-98.
18. ANESM. La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles; 2017.
19. CARPENTIER J. Des toxicomanes et des médecins - un drame en trois actes et quarante-sept tableaux. L'harmattan; 2000. 271 p.
20. FONTAA V, SENNINGER J-L. Le médecin et le toxicomane: guide pratique. Ed. Heures de France. 1998. (Collection Reflexes).
21. PILLET V. La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. Dialogue. 1 avr 2007;(175):7-14.
22. DELAGE M, CYRULNIK B, BENGHOZI P-J, CLERVOY P, PETITJEAN M, PERRIN F, et al. La famille et les liens d'attachement en thérapie. Thérapie Fam. 2006;27(3):243.
23. THEVOZ G. ATTACHEMENT, ADDICTIONS QUELS LIENS ? Tend N°50. oct 2013;7.
24. BAZIN-BOQUIEN E. Apports de la théorie de l'attachement dans l'analyse de la confiance dans la relation médecin-patient. Université d'Angers; 2019;67.
25. JAUFFRET-ROUSTIDE M. Un regard sociologique sur les drogues : décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. Rev Lacanienne. 2009;5(3):109.
26. BROCHARD M. Obstacles au suivi des patients héroïnomanes sous traitement de substitution : Motivations des médecins généralistes angevins ne souhaitant pas s'impliquer

dans ce suivi. Université d'Angers; 2013;178.

27. MARCHAND C, COULOMB S, DUBURCQ A, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Évolution de la prise en charge des toxicomanes enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 1992-1995-1998-2001. Paris: OFDT; 2001.
28. LALEU E. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prescription de Médicaments de Substitution aux Opiacés. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.
29. L'approche par compétence : un changement de paradigme.  
<http://www.cgeoi.fr/enseignement/l-approche-par-competence/>.
30. DENIS B, HOFFMAN A, JACQUES C, LAFONTAINE JB, ROMAIN J-G. Apport des usagers de drogues aux médecins généralistes. Psychotropes. 1999;Vol 5(n°2).

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : caractéristiques des participants .....	8
---	---

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>METHODES .....</b>	<b>5</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>8</b>
<b>Caractéristiques des participants.....</b>	<b>8</b>
<b>Caractéristiques des entretiens.....</b>	<b>9</b>
<b>Résultats des entretiens.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Représentations des médecins généralistes face aux patients dépendants à l'héroïne .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Les patients dépendants à l'héroïne .....</b>	<b>9</b>
Qui sont-ils? Comment se comportent-ils? .....	9
Quels sont leurs parcours et leurs histoires de vie? .....	15
Lien avec l'enfance? .....	16
Les effets recherchés dans l'héroïne.....	18
Les rechutes ou reconsoommations .....	19
<b>1.2. Les traitements de substitution aux opiacés .....</b>	<b>21</b>
Quel est leur but?.....	21
Impacts sur le vie des patients.....	23
Les dérives : trafics et mésusages .....	24
<b>2. Vécu des médecins généralistes lors du suivi de patients dépendants à l'héroïne</b>	<b>26</b>
<b>2.1. Difficultés dans la prise en charge .....</b>	<b>26</b>
<b>2.1.1. Des patients complexes.....</b>	<b>26</b>
Leur état de santé .....	27
Leurs situations socio-professionnelles, familiales et financières.....	27
La polytoxicomanie.....	28
L'exigence et les demandes multiples.....	29
Le non-respect du cadre.....	29
La surconsommation des MSO .....	30
<b>2.1.2. Quels sont les sentiments des médecins?.....</b>	<b>31</b>
La peur .....	31
La solitude .....	32
Le manque de temps .....	33
Les sentiments d'échec et d'impuissance .....	33
La lassitude et la démotivation.....	33
Le fatalisme .....	34
<b>2.2. Facteurs positifs de la prise en charge .....</b>	<b>35</b>
<b>2.2.1. Prise en charge bio-psycho-sociale.....</b>	<b>35</b>
La réduction des risques .....	35
Place de psychothérapie .....	36
Insertion familiale et socio-professionnelle.....	37
<b>2.2.2. La relation médecin-toxicomane .....</b>	<b>38</b>
L'empathie .....	38

Le cadre .....	38
L'acceptation de la transgression .....	39
La capacité à dire non.....	40
<b>2.3. Le travail en réseau .....</b>	<b>40</b>
2.3.1. Avec les pharmaciens.....	40
2.3.2. Avec les addictologues .....	41
<b>3. Formation et auto-formation .....</b>	<b>42</b>
3.1. Avant l'installation.....	42
3.2. Lors de l'exercice .....	43
3.2.1. Acceptation du suivi.....	44
3.2.2. Refus du suivi .....	45
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>47</b>
Principaux résultats de l'étude .....	47
La prise en charge bio-psycho-sociale indispensable .....	48
Relation de confiance médecin-toxicomane et théorie de l'attachement .....	51
L'importance de la capacité à la réflexivité du médecin .....	54
Forces et limites de l'étude .....	57
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>61</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>64</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN.....</b>	<b>I</b>
<b>ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....</b>	<b>II</b>
<b>ANNEXE 3 : LETTRE D'INFORMATION .....</b>	<b>III</b>
<b>ANNEXE 4 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN.....</b>	<b>IV</b>

## ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

### Présentation :

« Bonjour, Je suis Annabelle PROVOST, remplaçante en médecine générale. J'ai effectué mon internat à la faculté d'Angers. Dans le cadre de ma thèse, je vais vous questionner aujourd'hui sur vos pratiques vis-à-vis des patients toxicomanes à l'héroïne. L'anonymat et le secret professionnel seront respectés. Si vous me donner votre consentement, j'enregistrerai tout l'entretien par dictaphone et celui-ci sera ensuite retranscrit en totalité sur un ordinateur puis intégré dans la thèse. Vous pourrez, si vous le souhaitez, interrompre l'entretien à tout moment. Vous pourrez aussi, à tout moment, vous opposer à ce que les données soient exploitées. Etes vous d'accord ? »

### Généralités :

Age, Sexe, Mode d'exercice : libéral, salarial, mixte, Installation : seul, en cabinet de groupe ou en maison médicale, Situation géographique : milieu rural, semi-rural ou urbain

### Questionnaire :

1 - Est ce que vous suivez des patients toxicomanes à l'héroïne ?

- a - Combien de patients suivez vous ? Le suivi est-il régulier ?
- b- rencontrez vous des difficultés dans les suivis ?

2 - Pouvez-vous me raconter dans le détail une fois marquante où vous avez rencontré des difficultés face à un patient toxicomane à l'Héroïne ?

- a - Comment avez vous réagit et pourquoi ? Qu'avez- vous ressenti lors de cet échange?
- b - Qu'avez vous mis en place pour la suite de la prise en charge?
- c - travaillez-vous en réseau avec d'autres professionnels de santé ?

3 - Quand vous pensez aux patients toxicomanes à l'héroïne, qu'est ce qui vous vient à l'esprit ? Comment pourriez vous les caractériser ?

- a - Pensez-vous que votre opinion sur eux puisse influencer votre suivi de ces patients ?
- b - Pour vous, est-ce que vous diriez que les toxicomanes se ressemblent tous ou qu'ils sont tous différents?

4 - Pouvez-vous me dire ce que vous savez sur la trajectoire du patient toxicomane à l'héroïne à partir du moment où il commence à consommer le produit? (C'est à dire sur son parcours ou ce qu'il vit avant de venir consulter un médecin?)

- a - Pour vous qu'elle est la durée moyenne de consommation du produit ?
- b - Que pensez vous du traitement de substitution ? Pour vous quel est son intérêt ?
- c - Que pensez vous des rechutes ? Que ressentez vous si une rechute arrive ?
- d - Que pensez-vous de votre formation pour la prise en charge des patients toxicomanes à l'héroïne ?

5 - Pour vous, qui sont ces personnes qui consomment de l'héroïne et qui franchissent les limites? Quels effets recherchent-elles ?

- a - Pensez-vous qu'il puisse y avoir un lien avec l'enfance ? Est-ce quelque chose que vous abordez ?
- b - Comment installez vous une relation médecin-toxicomane ? Comment la définiriez vous?
- c - Que pensez-vous de leur situation socioprofessionnelle et/ou relationnelle ?
- d - Qu'est ce qui, à votre avis, est important dans le suivi de ces patients ? Qu'est ce qui permettrait d'améliorer leur suivi?
- e - Et que pensez vous du suivi médical de ces patients ? Sur d'autres pathologies ou traitements ?

6 - Avez vous quelque chose à rajouter ou autre chose à aborder ?

## ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Anger



Formulaire de consentement

■ UFR SANTÉ

Département de Médecine Générale  
UFR Santé d'Angers  
Rue Haute de Reculée  
49045 Angers CEDEX 01

*Titre du travail : Les patients dépendants à l'héroïne en médecine générale : représentations, vécu et connaissances des médecins généralistes*

*Nom du thésard : PROVOST Annabelle*

### DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- les données seront conservées après anonymisation jusqu'à la soutenance publique de la thèse puis qu'une copie de ces données sera proposée pour conservation à l'Université d'Angers
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés\*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'interviewée :

Signature de l'investigateur ou de la personne ayant délivré  
l'information :

---

\*Déclaration de révocation :

M., Mme, Melle \_\_\_\_\_

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature:

## ANNEXE 3 : LETTRE D'INFORMATION



Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers



Lettre d'information

■ UFR SANTÉ

Département de Médecine Générale  
UFR Santé d'Angers  
Rue Haute de Reculée  
49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 03/05/19

Cher confrère,

Je suis remplaçante en médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude qui s'intéresse aux pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des patients toxicomanes à héroïne.

L'objectif de ce travail est de permettre de mieux comprendre les éventuels freins à une prise en charge optimale de ces patients.

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience lors des consultations de suivi des patients toxicomanes à l'héroïne ; que vous ayez une pratique régulière, irrégulière ou pas de pratique.

Je souhaiterais échanger avec vous sur cette question pendant 30 à 45 minutes, dans le lieu de votre choix (votre cabinet par exemple). Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes citées) seront ensuite rendu anonymes.

Nous vous en adresserons une retranscription par courrier si vous le souhaitez.

Nous vous inviterons à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. (Voir le document joint)

**La participation à ce travail n'entraîne aucune contrepartie financière de votre part.**

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter :

- Par téléphone au xxx
- Ou par email : xxx

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.  
En vous remerciant par avance pour votre aide,

*PROVOST Annabelle*

## ANNEXE 3 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN

Enquêtrice : Alors... bonjour, je suis Annabelle Provost, remplaçante en médecine générale, j'ai effectué mon internat à la faculté d'Angers et dans le cadre de ma thèse donc je vais vous questionner aujourd'hui sur vos pratiques vis-à-vis des patients toxicomanes à l'héroïne. L'anonymat et le secret professionnel seront respectés. Si vous me donnez votre consentement, j'enregistrerai tout l'entretien par dictaphone et celui-ci sera ensuite retranscrit en totalité sur un ordinateur puis intégré dans la thèse et vous pourrez si vous le souhaitez interrompre l'entretien à tout moment. Vous pourrez aussi à tout moment vous opposer à ce que les données soient exploitées.

M7 : D'accord.

**Donc je vais juste commencer par des généralités, pouvez vous me redonner votre âge ?**

48 ans.

**D'accord, et votre mode d'exercice ?**

En... libéral, en rural.

**En rural, d'accord. Et... et votre... et vous êtes installée seule du coup ?**

Oui hum.

**D'accord. Est-ce que vous pourriez me dire si vous suivez des patients toxicomanes à l'héroïne ?**

Oui.

**Oui, combien ?**

Combien... de mémoire, je dirai au moins cinq.

**D'accord.**

Réguliers.

**Hum. De manière régulière. Et est ce que vous avez... vous rencontrez des difficultés dans les suivis de ces patients ?**

Plus actuellement, puisque ce sont actuellement des patients qui... pour qui le traitement est mis en place depuis quelques années avec lesquels ça se passe plutôt bien.

**D'accord. Et est ce que pour pourrez... vous pourriez me raconter dans le détail une fois marquante où vous avez été confrontée à des difficultés avec un patient toxicomane à l'héroïne ?** (Réflexion) de difficultés... non comme ça j'ai... j'ai pas voilà l'sentiment d'avoir eu de grosses, grosses difficultés...

**D'accord.**

Ça peut être au départ la précipitation, à l'initiation du traitement, de vouloir avoir un rendez-vous tout de suite.

**Hum.**

De... de la difficultés de suivre le traitement au départ.

**D'accord.**

Avec des prises qui peuvent être... plus de ce que la prise doit être prévue au départ...

**Oui.**

D'honorer les rendez-vous... qui sont donnés de manière régulière au départ. Mais actuellement, je n'ai... voilà je n'ai pas de difficultés... avec les patients que je suis.

**Hum... d'accord. Et vous disiez que vous aviez pu en rencontrer avant ? Des difficultés éventuellement autres ?**

Oui sur... la pression que les patients peuvent... donner, de vouloir un traitement tout de suite...

**D'accord.**

Et de aussi, de vouloir leurs ordonnances parfois sans... être vus en consultation au départ.

**D'accord. Ça vous est arrivé fréquemment ?**

De temps en temps, c'est pas forcément quelque chose de routinier non plus.

**D'accord. Hum. Et quel est votre ressenti un peu lors de ces problèmes avec ces patients ?**

C'est de rester ferme et de... de réussir à dire je... je vous vois en consultation et on parlera du traitement à ce moment là, on mettra en place un traitement... ou de les diriger... vers un centre... d'addictologie... si effectivement la demande peut être pressante.

**D'accord. Est ce que ça vous arrive souvent du coup de travailler avec d'autres... en réseau avec d'autres professionnels...?**

Ça arrive oui.

**Hum.**

Donc soit (nom d'un CSAPA), soit le... au CHS...

**D'accord.**

C'est deux centres... effectivement... avec lesquels je suis en contact.

**Hum. Est-ce que ces... du coup des échanges avec... ces professionnels vous aident pour régler vos problèmes ?**

C'est je... je trouve que la prise en charge... était plus facile, et les échanges plus faciles il y a deux-trois ans que maintenant.

**D'accord.**

J'ai l'impression que... les, les centres sont... se sont plus... plus envahis par des demandes que... qu'il y a quelques années.

**Ah oui, hum. Et du coup vous avez plus de délais ?**

Plus de délais et puis... le retour des patients... plus rapide vers le médecin généraliste.

**D'accord.**

Ça c'est quelque chose que j'ai pu constater... par rapport à cinq-six ans.

**Hum... d'accord. Et malgré tout vous arrivez... vous arrivez à surmonter les problèmes avec les patients ?**

Alors, actuellement oui...

**Oui.**

... Puisque effectivement le... les patients auxquels je pense... ont un suivi qui est bien en place et pour qui ça se passe bien.

**D'accord. Et du coup quand vous parlez de suivi bien en place, est ce que vous pourriez un peu... détailler ?**

Ou ils fixent leur rendez-vous... à l'avance, ou... ponctuellement ils vont appeler à l'avance avec mon accord, en disant... que effectivement ils appellent pour leur ordonnance et que c'est en accord avec moi qu'il n'y a pas nécessité que je les revoie... à ces dates là.

**D'accord. Hum.**

Et ça se passe plutôt... plutôt assez bien.

**D'accord. Et dans le suivis... il y'a pas... il n'y a pas de problématiques particulières qui vous sont apparues ?**

Non.

**Non... est ce que vous pourriez me dire, quand vous pensez aux patients toxicomanes à l'héroïne, qu'est ce qui vous vient à l'esprit, en premier ou... ?**

Souffrance.

**D'accord.**

Et... souffrance, désocialisation, isolement...

**Hum. (Silence) d'accord. Il y a d'autres choses ?**

Par rapport à la dépendance ?

**En règle générale, en fait, ces patients là, qu'est ce qui vous vient à l'esprit comment est-ce que vous les... comment est-ce que vous vous les représenter ?**

Bah j'ai pas forcément de... représentations... je... je pense pas qu'il y ait un profil particulier...

**D'accord.**

Comme on aurait, on pourrait penser effectivement... par rapport à la délinquance, par rapport à... à un milieu social. Non ça je... je trouve que c'est vraiment tout contexte.

**Hum hum. D'accord. Et est-ce que vous diriez que les toxicomanes se ressemblent tous ou qu'ils sont tous différents ?**

Tous différents. Autant effectivement quand on parle d'isolement, de souffrance, effectivement c'est des... des mots qu'on retrouve, mais autour de ça, y'a vraiment une personnalité... pour moi qui peut être complètement différente... et un cadre... de vie, une histoire personnelle qui est complètement différente.

**D'accord. Hum. Et est-ce que vous diriez que votre représentation, votre opinion des patients va influencer un peu sur le suivi ?**

Non.

**Non.**

Non, non, je pense qu'il faut qu'il y ait au départ... à l'init... quand il y a l'initiation d'un traitement... il faut vraiment que les choses soient bien cadrées dès le... dès le départ.

**D'accord. Le départ ouais c'est important.**

Oui, oui...

**Et donc vous dites bien cadre, est-ce que...?**

Sur les prises de rendez-vous, sur les renouvellements de traitement, sur le... le suivi psychologique...

**Hum.**

Je pense qu'il faut que les choses soient bien... bien dites et bien posées dès le départ.

**D'accord. Euh... et sinon est-ce que vous pourriez m'en dire un peu plus sur ce que vous savez sur la trajectoire du patient toxicomane avec le produit, avec l'héroïne. En fait, sur son parcours à partir du moment où il consomme le produit. Est ce que vous savez un petit peu ?**

Alors comment ça ?

**Que... un peu ouais on appelle ça un peu la trajectoire en fait... à partir du moment où ils consomment le produit, comment est-ce que ça se passe ? Est-ce que vous en savez un petit peu ?**

Est-ce qu'ils en... est-ce qu'ils en parlent ? Est-ce qu'ils expliquent un petit peu comment... les choses font qu'ils arrivent à cette situation de... de demande de traitement ?

**Hum... bah pas forcément si... bah pas forcément s'ils en parlent mais est-ce que vous savez un peu comment, qu'est ce... ce qu'ils vivent en fait avant... avant de venir...**

Ah oui, avant de venir consulter ? Euh... ils ont un peu de mal à en parler.

**D'accord.**

Ça... c'est... c'est quelque chose qui va être... je pense... évoqué et mis à plat... quand il y a vraiment une relation de confiance qui... qui est en place.

**Hum d'accord.**

Sur leur galère, sur... leur manière de trouver, effectivement, comment ils trouvent l'héroïne, quels sont... leur... leurs contacts... 'fin, l'engrenage, le cercle vicieux...

**Hum. D'accord.**

Mais ils n'en parlent pas forcément... tout de suite.

**Oui. Hum. Et vous qu'est ce que vous en savez un petit peu, de toute cette période là ?**

C'est un sujet qu'est fr... qui est... difficile à... à évoquer. Et puis peut-être que moi-même je ne... j'ai peut-être pas envie de savoir certaines choses. Peut-être aussi.

**D'accord. Hum. Pas envie de savoir ouais.**

C'est ça, c'est de se dire... de savoir que peut-être... à côté de chez soi... voilà il se passe tout un réseau, que... y'a une mise en danger... de personnes vulnérables... que l'on côtoie régulièrement, 'fin c'est, ça renvoie beaucoup de... d'angoisses sur... sur d'autres patients sur... son propre vécu, sur son entourage...

**D'accord.**

Ça fait partie du coup malheureusement du quotidien.

**Oui. Hum.**

Ça c'est clair.

**Et du coup vous ça pourrait vous angoisser... si vous saviez plus de choses un peu, ce qu'ils... ce qu'ils vivent ?**

Oui...

**D'accord.**

Sur ce... Et puis angoissée dans le sens de se dire... de savoir effectivement... certaines, certaines choses... et de se dire, mais qu'est ce que je peux faire... ou ne, ne rien pouvoir faire...

**D'accord. Hum... c'est ça qui vous embête ?**

Oui... oui moi je trouve que c'est un peu déstabilisant.

**Hum. D'accord... et sur... sur la durée un peu de... la durée moyenne de consommation du produit, est-ce que vous avez une notion, ces patients là combien ils vont consommer l'héroïne ?**

Euh... sur les patients auxquels je pense... bon c'est très variable, bon plusieurs années, ça c'est... j'dirais en moyenne, si on devait effectivement penser à chaque patient, entre... entre deux ans et peut-être 10 ans.

**D'accord hum.**

Oui. Donc des... des durées très longues.

**Oui hum d'accord. Et par rapport aux traitements de substitution, qu'est ce que vous en pensez ?**

Euh alors c'est vrai que nous en tant que médecins généralistes... c'était la possibilité de mettre en place le Buprénorphine... facilement parce que si on est le premier contact, c'est les gens... c'est ce que l'on peut répondre.

**Hum.**

Mais... en bout de compte... je n'ai quasiment plus de patients sous Buprénorphine...

**D'accord.**

Donc... effectivement il y a fallu à un moment donné... se... avoir le contact avec... un centre relais pour mettre en place la Méthadone.

**D'accord. Et... et pour vous quel est l'intérêt du coup du traitement de substitution ?**

De... en tout cas, que le patient puisse retrouver un... un équilibre de vie, un bien-être... et... de reprendre des projets... et de ne plus être focalisé sur la consommation, sur la recherche de produit et... au quotidien.

**Hum... d'accord. Et pour vous le... donc la... la Méthadone notamment, est-ce que vous avez des difficultés à gérer le produit ?**

Nan... nan une fois que la dose... est bien installée, alors on est amenés à... à do... à adapter les doses hein parfois, même si un patient va... plutôt bien, y'a des phases effectivement ou c'est plus com... peut être à nouveau plus compliqué, on va être amené à ré-augmenter... le dosage...

**Hum hum.**

... Pour traverser des moments qui sont plus difficiles.

**D'accord.**

Mais globalement ça se passe plutôt bien.

**D'accord. Et pour vous l'objectif du traitement, qu'est ce que ça serait ?**

L'objectif du traitement, c'est de continuer effectivement une... de repartir sur des projets de vie, que ce soit personnels, professionnels... tout en ayant à l'esprit, la nécessité d'un traitement... d'un traitement chronique.

**D'accord. Donc oui pour vous c'est un traitement chronique ?**

Oui.

**Hum hum. Et est-ce que y'a des... vos patients ont des baisses de trait... baissent leurs traitements ?**

Oui, mais ils le... il le font pas en général... tout seul.

**D'accord.**

Ils en parlent avant...

**Hum. Et après quand ils en parlent avec vous, ça se passe bien ?**

Oui oui.

**Hum.**

Y'a certains pour qui... j'ai pu dire non, on ne baisse pas.

**D'accord.**

C'est toujours la difficulté de... de vouloir dire à un moment donné, « je voudrais ne plus avoir de traitement. »

**Hum hum.**

Mais au fur à mesure, je... je me rends compte que... je ne sais pas combien de temps... les traitements... pour certains patients... pourront durer.

**D'accord.**

Et peut-être... (Silence) je me pose la question sur certains patients... si ce ne sera pas un traitement à vie.

**D'accord. Hum Vous avez l'impression ?**

Oui. Oui.

**Ça... ça peut être difficile d'arrêter complètement ?**

Oui.

**Hum d'accord. Et... par rapport aux rechutes, qu'est ce que vous en pensez ?**

Elles... viennent... quand on ne s'y attend pas ! En tout cas moi j... moi je... j'y attend pas en général, quand les patients viennent... je vois tout de suite qu'il y a quelque chose qui ne va pas...

**Hum.**

Mais... l'avis... la consultation précédente je ne m'attendais pas à ce que... effectivement il puisse y avoir une rechute.

**D'accord.**

Et souvent c'est quand même dans des circonstan... des événements, des événements de vie.

**Hum. Oui. Et après par la suite comment ça se passe ?**

Je n'hésite pas maintenant à... à augmenter facilement le traitement...

**D'accord.**

... Quitte à ce qu'on... se dise on augmente, on pourra re-diminuer... dans quelques mois... assez, assez facilement. Mais ne pas hésiter à augmenter.

**D'accord. Hum. Donc... j'ai l'impression du coup que vous avez pris un peu plus d'aisance...**

Oui.

**Avec la pratique... du suivi de ces patients ?**

Oui. Oui. Parce que on... là aussi dans... avec la réflexion je me dis j'ai... Ce sont des patients... qui sont suivis depuis quelques années, que je commence à bien connaître. Récemment c'est vrai que j'ai pas instauré de nouveaux traitements... pour des, 'fin du moins de, de traitements pour des nouveaux patients.

**D'accord. Hum.**

Donc quand on connaît mieux un patient, quand il y a une confiance qui s'est installée, quand on sait qu'on a déjà augmenté le traitement, que... ça se fait plus facilement !

**Hum. D'accord. Donc vous parlez de confiance, de relation de confiance avec les patients ?**

Oui.

**Donc ça c'est quelque chose qui s'installe vous disiez ?**

Oui.

**Et... est-ce que ça s'installe facilement ou est-ce que...? Cette relation ?**

C'est propre à... c'est une relation à deux, donc forcément que ça ne dépend pas que du patient, ça ne dépend pas que de moi, donc... c'est, c'est vraiment de manière très individuelle.

**D'accord... Hum.**

Mais au bout effectivement de quelques années, oui j'pense que forcément... en tout cas je trouve que les patients quand il... les, les quelques situations de rechute... que j'ai pu voir, j'ai eu le sentiment qu'ils me l'ont dit assez facilement, après je suis pas à l'abri de... qu'il y ait une rechute et que un patient ne m'en ait pas parlé.

**Oui.**

Mais... je pense qu'ils le disent assez facilement quand même.

**D'accord. Donc vous avez l'impression que cette relation de confiance vous aide aussi pour... pour mieux les suivre ?**

Oui.

**Hum d'accord. Euh... et par rapport à votre formation du coup sur la prise en charge... de ces patients, qu'est ce que vous en diriez ?**

Euh... je... je pense que... c'e... je peux pas parler de formation, parce que je n'ai pas... si j'ai dû assister à une FMC, il y a quelques années...

**FMC d'accord.**

... sur les, l'addi... sur les addictions entre autre à l'héroïne, mais j'ai pas eu d'autre, d'autres formations spécifiques, et c'est vraiment bah les échanges avec... les centres... en discutant avec... effectivement les addictologues, sur le... effecti... sur le terrain, que... j'ai eu l'impression de... effectivement de... d'apprendre à... à dire bah voilà il vaut mieux faire comme ça ou d'une autre manière.

**D'accord. Hum. Ouais sur le terrain vous dites...**

Oui.

**Hum. (Silence) Et du coup, par rapport à ces personnes, dont les toxicomanes à l'héroïne, qu'est ce que vous en pensez... qui sont-elles en fait ces personnes qui ont franchit les limites et qui ont consommé de l'héroïne ?**

Qui sont-elles ?

**Hum hum.**

Un peu comme... vous l'ai dit tout à l'heure, c'est... ça peut être toute personne pour, 'fin moi personnellement je trouve pas qu'il y ait un tableau, un descriptif d'une personne... qui va devenir dépendante à l'héroïne...

**D'accord.**

Et c'est ça la difficulté, c'est que... ça peut être... tout le monde !

**Hum.**

A mon sens.

**Et du coup, vous dites ça peut... c'est ça la difficulté ?**

Bah oui parce que... là on parle de traitement, mais si on devait parler de prévention... Ce serait de se dire, alors bien sûr qu'il y a des informations... qui sont faites de plus en plus... pour les jeunes, on essaie de sensibiliser... les patients que l'on suit. Mais, à qui en parler plus ? Ou en parler moins, ou...

**Hum.**

Je ne sais pas.

**D'accord. Hum. Et... ces personnes qui consomment l'héroïne, qu'est ce qu'elles recherchent du coup ? Est-ce que vous savez ?**

Se sentir mieux...

**Hum. D'accord.**

Même si... voilà elles... elles relatent bien des situations très éphémères...

**Hum.**

Se sentir mieux... l'oubli...

**Hum hum.**

Euh... être plus, être entre guillemets, là je... je redis des choses que les patients ont pu effectivement rapporter... être en forme...

**D'accord.**

Etre en forme pour aller au travail.

**Hum... d'accord. (Silence) Et... pensez vous qu'il puisse y avoir un lien avec l'enfance ?**

(Réflexion) Je ne sais pas... parfois oui. Mais pas systématiquement.

**D'accord. Pas systématiquement.**

Non, forcément que... j'pense que... quand il y a une souffrance... on essaie de comprendre, on essaie de... 'fin se dire « qu'est-ce qui fait que... », à un moment donné il... y a cette addiction qui s'installe et y'a cette recherche de produit, dans quel objectif, est-ce qu'il y a effectivement, alors on parle de souffrance sur le moment venu, sur le moment présent, est-ce qu'il y a eu de la souffrance... avant, est-ce qu'il y a eu un parcours... de vie dans l'enfance... particulier, avec des recherches... des exigences... de l'entourage, 'fin oui on peut se poser des tas de questions. Mais... je suis pas sûre que ce soit uniquement lié à... à l'enfance.

**Hum.**

Je ne pense pas non plus.

**D'accord. Hum. Et sinon sur ces personnes... au niveau de leur manière de... de nouer des relations avec les autres... au niveau social et relationnel, qu'est ce que vous en pensez ?**

Euh... j'dirais qu'il y a deux... je, j'verrais deux types de... de patients, effectivement des patients qui sont... plutôt inhibés.

**D'accord.**

Et qui en ont besoin, effectivement de... de, d'être plus à l'aise, d'être rassurés et puis... on peut avoir à côté d'autres personnes qui ont plutôt le contraire... ces... ce sentiment de laisser voir une personne très à l'aise, et c'est pas le cas du tout.

**D'accord. Hum. Donc ouais c'est ce que vous avez le plus souvent rencontré ?**

Oui. Qui ont une façade...

**D'accord. Euh... sinon dans le suivi en général de ces patients, globalement, est-ce que vous rencontrez des difficultés ? Dans leur suivi médical en règle générale ?**

Euh, on peut au départ... se trouver face à un patient... avec un état physique... pré... qui peut être précaire. Et... et malheureusement parfois, souvent avec des difficultés... financières et sociales importantes... et du coup la pri... la nécessité de soins et la prise en charge d'examens et de soins et d'un bilan est parfois compliquée...

**D'accord. Et donc pourquoi elle est compliquée ?**

Compliquée dans le sens où ils ne... y'a le côté financier qui intervient au départ et à l'... voilà ça leur demande effectivement des démarches qui sont pas faciles, d'aller faire un bilan sanguin, de... d'aller parfois faire une imagerie, 'fin c'est di... c'est parfois difficile pour eux... même si effectivement il y a des prises en charge qui sont faites maintenant de manière... très simple avec les tiers payants mais ça leur reste parfois difficile.

**D'accord, vous avez l'impression qu'ils ont des difficultés à faire des démarches ?**

Oui. Oui.

**Hum. D'accord. Euh... est-ce que il y aurait quelque chose que vous souhaiteriez... aborder ou ajouter par rapport à ces patients ?**

Je... je me pose toujours quand même la question... ce... alors c'est vrai tout à l'heure je disais que le traitement pour moi, pour certains patients pourrait peut-être être... à vie. Mais est-ce que l'on doit à un moment donné parler d'une diminution jusqu'à l'arrêt du traitement, ou pas.

**D'accord.**

Ça c'est des questions que je... que je me pose. Ou est-ce que non on doit rester dans l'idée de se dire... il faudra garder un traitement... à dose minimale... à continuer régulièrement.

**Hum. D'accord.**

C'est vrai que je me pose la question d'échanger... effectivement avec des addictologues pour... avoir à nouveau leur... leur recul.

**Hum.**

Parce que forcément que... ils sont amenés à... effectivement à suivre... des patients... d'une manière... en nombre plus important.

**Hum.**

Que nous médecins généralistes.

**Hum. D'accord. Donc c'est vraiment quelque chose... chez plusieurs patients où vous êtes en difficultés par rapport à ça, si vous devez arrêter.**

C'n'est pas une difficulté... immédiate, mais ça peut être une interrogation.

**Hum. Une interrogation. Hum hum. D'accord. Et est-ce qu'il y a autre chose ?**

... Et puis c'est aussi la difficulté de se dire, comme je disais tout à l'heure... les rechutes, 'fin je trouve qu'à chaque fois c'est imprévisible, est-ce qu'il y a pas quelque chose qui m'échappe, est-ce qu'il n'y a pas quelque chose qui pourrait faire dire « Ah, attention ! Là ce patient peut aller moins bien, il peut y avoir une rechute ».

**hum hum.**

Je ne sais pas. Est-ce que vraiment, voilà c'est... à chaque fois bah voilà c'était imprévisible ou est-ce que y'a pas quelque chose que moi je n'ai pas repéré qui fait que... on, on aurait pu effectivement se dire « là ça va moins bien ».

**Hum. D'accord. Parce que quand y'a des rechutes est-ce que... du coup comment vous le ressentez vous ? Les rechutes ?**

Euh... comment je les ressens... c'est à dire ?

**Ouais quand votre patient rechute, comment... quel est votre ressenti ?**

Euh... bah le but c'est de se dire, il faut apaiser le patient et... effe... effectivement l'accompagner pour repartir dans le mieux, mais c'est toujours se dire « bah, zut, voilà pourquoi y'a eu cette rechute ? ».

**D'accord. Donc ça vous... ?**

Peut-être un peu cette... cette déception.

**Déception.**

Oui.

**Hum. D'accord.**

Se dire qu'est-ce qui fait que... de pas forcément... avoir pu percevoir avant... ou ne pas avoir... pu se dire « ah ça c'aurait pu... on aurait pu éviter... »

**D'accord. Hum... Très bien, est-ce qu'il y aurait autre chose qui vous vient à l'esprit ?**

Euh... non 'fin ce... l'interrogation comme je le disais au début c'est... c'est parfois plus difficile de... maintenant si j'me, bon là ça s'est pas présenté récemment, mais si j'avais un patient... un nouveau patient qui venait pour effectivement ou un patient qui vient pour effectivement une aide pour une addiction à l'héroïne... chez qui je, je me disais voilà il faut avoir recours à la méthadone, c'est toujours angoissant de se dire, il faut qu'il prenne un rendez-vous, où il faut que je l'adresse dans un centre et je vais pas avoir un rendez-vous forcément... dès le lendemain. Et ce patient, il est venu, il est en souffrance, il attend que je fasse quelque chose, et j'ai pas la réponse à lui apporter.

**Hum.**

Il... il est... il est en mal et il va repartir et... j'me dis « qu'est ce qu'il va faire ? », il va continuer de consommer forcément et... c'est ça de se sentir impuissant...

**Hum. D'accord.**

Par rapport à ça... alors est-ce que les centres sont... est-ce que y'a de plus en plus de demandes dans les centres, est-ce que y'a moins de médecins addictologues...

**Hum.**

Voilà c'est des interroga... plutôt des interrogations.

**Interrogations. Hum. D'accord... Et pour l'instant vous n'avez pas eu de réponses à ces interrogations ?**

Non, alors aussi parce que j'ai pas pris le temps de... de... d'appeler un addictologue et d'échanger avec... avec eux récemment.

**Hum.**

Mais je pense que voilà, si il y avait une demande qui se présentait... là à courts termes, oui ça serait mon interrogation de me dire... alors est-ce que un patient qui fait une démarche de venir, est ce qu'on doit l'considérer comme entre guillemet « une urgence », est-ce qu'il doit être vu... dans les 48h pour effectivement mettre en place un traitement, est-ce qu'on doit le voir comme une urgence, est-ce que ça doit se passer comme ça, ou est-ce que il va avoir un rendez-vous quand... quand se sera possible et... parce que c'est comme ça.

**Hum. D'accord.**

Je ne sais pas.

**Hum. D'accord.**

Alors que il y a quelques années... alors peut-être facilement au moins cinq ans, on pouvait avoir effectivement... des possibilités de rendez... de rendez-vous très rapides.

**Hum.**

Bah plus, plus rapide je trouve.

**Plus rapide. D'accord. Hum. Euh... est-ce que vous souhaitez rajouter autre chose ?**

Hum... non.

**Non, on a fait le tour de ce que...?**

Oui.

**D'accord. Bon bah je vous remercie.**

De rien.

- reprise de l'entretien -

Oui, donc juste l'anecdote d'une patiente que je ne suis plus... mais qui était sous Buprénorphine, à 16 mg, donc à... à dose maximale... avec un suivi... qui était très compliqué parce qu'il y avait des prises supplémentaires de Buprénorphine et... j'avais proposé du coup un traitement... prendre contact avec un centre pour la mise en place d'un Méthad... d'un traitement par Méthadone.

**Hum.**

Et là elle s'y est complètement opposée... avec... en disant « je ne suis pas une droguée, je ne veux pas prendre un traitement par Méthadone »...

**Hum.**

Alors voilà c'est une dame avec un parcours... très particulier... d'un certain âge, 65 ans...

**Hum.**

Qui avait la Buprénorphine déjà depuis... plusieurs années avant que je commence à la suivre... mais qui n'était pas du tout adaptée... pour cette patiente.

**D'accord.**

Donc ça c'était compliqué, parce qu'elle était... dans la revendication, dans la demande de... de traitement... on était obligé de faire des délivrances de traitement... même parfois... fin toujours à la semaine, et même parfois c'était pour un jour, ou pour deux jours...

**Hum hum.**

... Pour éviter... l'escalade sur... les prises de traitement... tout au long de la journée. Parce que je pense qu'elle n'en prenait effectivement pas toujours très bien aussi.

**D'accord.**

Ou elle prenait... son traitement et puis envie d'en reprendre un peu, donc elle reprenait sur la dose du lendemain un... un quart de comprimé et puis... un autre quart... dans la journée.

**Hum.**

Donc là c'est vrai qu'elle n'était pas du tout... prise en charge comme il aurait fallu, mais elle du... du coup dans l'opposition de... d'une prise en charge dans un centre et en tout cas d'un traitement par... par Méthadone...

**Hum.**

Mais en même temps, on pouvait pas lui dire... j'me voyai pas lui dire... bah vous avez eu votre traitement de Méthadone pour la semaine, de... Buprénorphine pardon. Vous... il vous reste quatre jours et bah... vous restez quatre jours sans...sans au... sans aucun traitement.

**Hum.**

C'n"était pas possible hein.

**D'accord. Et donc les solutions dans ces... dans ces cas là ?**

Alors c'est... quand ça s'est produit de cette manière là, c'était de dire « bah, je refais une ordonnance de complément parce qu'il vous manque quatre jours, mais je mets un traitement que pour les quatre jours, ou pour deux jours, et puis on refait le point dans deux jours, pour à nouveau un traitement de deux jours... » ou alors de noter pour une semaine et puis... de noter délivrance par la pharmacie tous les deux jours.

**D'accord.**

Pour qu'elle aille à la pharmacie, chercher... ses comprimés... tous les deux jours. Mais avec un cercle vicieux de dire « oui mais... j'ai plus d'essence dans ma voiture donc... j'veis pas pouvoir y aller tous les deux jours, il faut, il faut que je puisse avoir un traitement... pour la semaine directement ». 'Fin c'est... c'était des échanges qui étaient un peu compliqués...

**Hum. D'accord. Hum et finalement ? Est-ce que ça c'est amélioré ?**

Oui. C'était un peu plus facile... mais en gardant... une délivrance de son traitement toutes les semaines.

**Hum. D'accord.**

Elle s'y est entre guillemet « à peu près tenue ».

**Hum.**

Je pense que parfois elle disait, « bah oui je devrais y aller demain, mais ça ne m'arrange pas d'y aller demain... parce que je... j'aurais pas ma voiture ou... ou j'dois partir à tel endroit, donc faudrait que j'aille à la pharmacie... aujourd'hui. Donc je pense qu'elle trichait un petit peu comme ça.

**Hum... Oui d'accord, vous aviez l'impression qu'elle...**

Oui, oui.

**... Qu'elle ne vous disait pas les choses...**

Oui. Oui.

**Hum d'accord.**

Et aussi en parlant des suivis de traitements, d'un autre côté... des patients qui ont un suivi... très régulier... on pu parfois être un peu angoissé de se dire... quand ça m'arrive du coup l'été de fermé...

**Hum.**

Pour partir en congés et de ne pas avoir de remplaçants. Et ça a pu parfois angoissé des patients en... en disant mais... à telle date, vous serez bien là, j'serais sûr d'avoir mon traitement dans la crainte de se dire « j'ai plus de traitement et j'veis pas pouvoir voir de médecin qui va pouvoir renouveler... mon traitement. »

**Hum.**

Et ça c'est très angoissant pour les patients de se dire... « Si j'ai pas de traitement, si j'ai plus de traitement, qu'est ce qu'il se passe, qu'est ce que je deviens. »

**Hum. D'accord.**

On sent qu'il y a vraiment... aussi une dépendance... du patient... parfois au médecin !

**Hum. D'accord.**

Par rapport à la délivrance... de leur traitement.

**Hum. D'accord, vous avez l'impression que ça entraîne une dépendance aussi... ?**

Oui, en tout cas, ça a pu générer pour certains patients... certaines angoisses, d'être sûrs de pouvoir... euh... avoir leur renouvellement de traitement, de... de pouvoir être vu par le médecin, ça c'est oui...

**D'accord. Hum. Très bien.**

Voilà.

**Très bien, merci pour cet ajout.**

De rien.

- fin de la reprise -



## PROVOST Annabelle

### Les patients dépendants à l'héroïne en médecine générale : représentations, vécu et connaissances des médecins généralistes

**Introduction :** Il y a actuellement en France 1,3% d'expérimentateurs d'héroïne dont 0,2% d'usagers actuels. Les médecins généralistes ont une place centrale dans la prise en charge de ces patients qu'ils suivent en grand nombre. Or, il ne s'agit pas de patients « lambda ». Leur suivi est complexe et nécessite l'acquisition d'un savoir théorique. **Objectif :** L'objectif de cette étude est d'évaluer les représentations, le vécu et les connaissances des médecins généralistes dans le suivi de ces patients ainsi que leurs impacts dans cette prise en charge. **Matériels et Méthodes :** Étude qualitative par analyse thématique, au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés ou remplaçants et suivant ou ne suivant pas de patients dépendants à l'héroïne. **Résultats :** Treize entretiens ont été réalisés entre mai et octobre 2019. L'analyse a montré qu'il existait deux catégories de médecins : ceux acceptant le suivi et ceux le refusant. L'acceptation du suivi était facilitée par l'acquisition de connaissances théoriques sur cette prise en charge : l'intérêt du traitement de substitution, la nécessité d'une prise en charge psycho-sociale et enfin l'indispensable mise en place avec le patient d'un contrat de soins. Le refus du suivi était, quant à lui, motivé par la peur et les représentations négatives. Ces médecins décrivaient des patients « menteurs, manipulateurs et pas motivés ». Ils exprimaient aussi la peur de l'agressivité, de participer à un trafic ou encore d'être incomptétents. **Conclusion :** Le suivi des patients dépendants à l'héroïne est soumis à deux facteurs : le savoir théorique et la peur. Le savoir favorise le suivi car il permet au médecin de lutter contre les représentations individuelles et sociales. La peur, quant à elle, empêche le suivi car elle déstabilise le médecin et l'amène à refuser ce suivi jugé trop complexe. L'abord bio-psycho-social ainsi que l'instauration d'une alliance thérapeutique sont quant à eux indispensables au suivi. Le médecin peut agir sur son savoir par la formation mais son profil d'attachement ainsi que sa capacité à la réflexivité semblent eux aussi avoir une place importante dans l'adaptation et l'acceptation du patient qui est différent.

**Mots-clés :** médecine générale, patients, dépendance, héroïne, toxicomanie, représentations, vécu, connaissances

### Heroin-dependent patients in general medicine : representations, experiences and knowledge of general practitioners

**Introduction :** There are currently 1.3% heroin experimenters in France, 0.2% of whom are current users. General practitioners have a central role in the care of these patients, many of whom they follow. However, these are not "lambda" patients. Their monitoring is complex and requires the acquisition of theoretical knowledge. **Objective :** The objective of this study is to evaluate the representations, experiences and knowledge of general practitioners in the follow-up of these patients as well as their impacts on their nursing. **Materials and Methods :** Qualitative study by thematic analysis, using semi-structured interviews with established or substitute general practitioners, some of whom follow heroin-dependent patients and some of whom who don't. **Results :** Thirteen interviews were conducted between May and October 2019. The analysis showed that there were two categories of doctors: those who accepted follow-up and those who refused it. The acceptance of follow-up was facilitated by the acquisition of theoretical knowledge about this nursing : the interest of substitution treatment, the need for psycho-social management and finally the essential establishment of a care contract with the patient. The refusal to follow up was motivated by fear and negative representations. These doctors described patients as "liars, manipulative and unmotivated". They also expressed fear of aggression, of being involved in trafficking or of being incompetent. **Conclusion :** The follow-up of heroin-dependent patients is subject to two factors: theoretical knowledge and fear. Knowledge promotes follow-up because it allows the doctor to fight against individual and social representations. Fear, on the other hand, prevents follow-up because it destabilizes the doctor and leads him to refuse this follow-up, which is considered too complex. The bio-psycho-social approach and the establishment of a therapeutic alliance are essential for follow-up. The doctor can work on his knowledge through training, but his attachment profile and his capacity to reflexivity also seem to have an important place in the adaptation and acceptance of the patient, who is different.