

UNIVERSITE DE RENNES 1
FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire : 2009/2010

N°

THESE
EN VUE DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

NEAU Pierre

Né le 17 décembre 1982 à La Roche sur Yon

Présentée et soutenue publiquement le 2 avril 2010

Le médecin généraliste et le mésusage
des traitements de substitution aux opiacés.
Enquête auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine.

PRESIDENT	Monsieur le Professeur MOIRAND
Membres du jury	Monsieur le Professeur MOIRAND Monsieur le Professeur DRAPIER Monsieur le Docteur LIMEUL
Directeur de Thèse	Monsieur le Docteur GUILLERY

Professeurs en Médecine - RENNES

BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Cytologie et Histologie
BELLISSANT Eric	Pharmacologie
BELLOU Abdel	Fédération d'accueil et de traitement des urgences
BONNET Fabrice	Département de médecine de l'adulte, Service d'endocrinologie
BOUDJEMA Karim	Département de chirurgie viscérale
BOUGET Jacques	Fédération d'accueil et de traitement des urgences
BOURGUET Patrick	Service de médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Service des maladies de l'appareil digestif
BRISSOT Pierre	Service des maladies du foie
BRISSOT Régine née MAILLARD	Service de médecine physique et réadaptation
BURGUN Anita née PARENTHOINE	Laboratoire d'Informatique Médicale
CARRE François	Médecine du Sport
CARSIN Michel	Radiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard	Rhumatologie
CHARLIN Jean François	Ophtalmologie
CHEVRANT-BRETON Jacqueline née DANIEL	Dermatologie
COLIMON Ronald	Bactériologie-Virologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
DARNAULT Pierre	Anatomie Organogénèse
DAUBERT Jean-Claude	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
DAVID Véronique	Laboratoire de génétique moléculaire et hormonologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie et Radiothérapie
DELAVAL Philippe	Pneumologie
DESRUES Benoît	Pneumologie
DEUGNIER Yves	Service des maladies du foie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes
DUVAUFERRIER Régis	Département de radiologie et d'imagerie médicale
ECOFFEY Claude	Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale II
EDAN Gilles	Clinique Neurologique

FEST Thierry	Laboratoire d'Hématologie biologique et Immunologie
FREMOND Benjamin	Chirurgie Infantile
GANDON Yves	Département de radiologie et d'imagerie médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et Zoologie appliquée
GARIN Etienne	Service de médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Département de radiologie et d'imagerie médicale
GODEY Benoit	O.R.L. et Chirurgie Maxillo-Faciale
GROSBOIS Bernard	Département de médecine de l'adulte
GUEGAN Yvon	Neurochirurgie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude	Parasitologie
GUILLÉ François	Service d'Urologie
GUYADER Dominique	Hépatologie, Gastro-Entérologie
GRALL Jean-Yves	Gynécologie et Obstétrique
HERESBACH Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
HUSSON Jean-Louis	Service de chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis	Fédération de chirurgie orthopédique
JEGO Patrick	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement
KAYAL Samer	Bactériologie-Virologie
KERBRAT Pierre	Cancérologie et Radiothérapie
LAMY Thierry	Hématologie Clinique
LANCIEN Gérard	Anatomie et Cytologie Pathologiques
LE BEUX Pierre	Département d'Information Médicale
LE BRETON Hervé	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
LE CLECH Guy	O.R.L. et Chirurgie Maxillo-Faciale
LE GALL Edouard	Département de médecine de l'enfant et de l'adolescent
LE GUEUT Maryannick	Service de Médecine Légale et de médecine pénitentiaire
LE LANNOU Dominique	Unité de Biologie et de la Reproduction
LE POGAMP Patrick	Néphrologie
LE TREUT André	Laboratoire de Biochimie générale et enzymologie
LE TULZO Yves	Réanimation Médicale
LECLERCQ Christophe	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
LECLERCQ Nathalie née RIOUX	Anatomie et Cytologie Pathologiques
LEGUERRIER Alain	Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

LEVEQUE Jean	Gynécologie et Obstétrique
MABO Philippe	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
MALLEDANT Yannick	Anesthésie-Réanimation I - SAMU 35
MELKI Gérard	Biophysique et Médecine Nucléaire
MEUNIER Bernard	Cancérologie-Radiothérapie
MICHELET Christian	Clinique des Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale
MILLET Bruno	Service de Psychiatrie adultes et de psychiatrie médicale
MOIRAND Romain	Unité fonctionnelle d'Addictologie, Service d'hépto-gastro-entérologie
MORANDI Xavier	Anatomie, Service de Neurochirurgie
MOSSER Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire
MOULINOUX Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
ODENT Sylvie	Service de Génétique Médicale
OGER Emmanuel	Pharmacologie Clinique
PATARD Jean-Jacques	Service d'Urologie
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pôle médico-chirurgical de pédiatrie et de génétique clinique
POULAIN Patrice	Département de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction Humaine
RAOUL Jean-Luc	Cancérologie-Radiothérapie
ROCHCONGAR Pierre	Physiologie Médicale
ROUSSEY Michel	Pédiatrie, Génétique Médicale
SAINT-JALMES Hervé	PRISM
SCARABIN Jean Marie	Anatomie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
SEMANA Gilbert	INSERM 4917
SIPROUDHIS Laurent	Service des maladies de l'appareil digestif
TARTE Karin	INSERM 4917
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
TORDJEMANN Sylvie née LUBART	Pédopsychiatrie
VERGER Christian	Médecine et Santé au Travail, Centre Anti-Poison
VERHOYE Jean-Philippe	Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIGNEAU Cécile	Service de néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie Infantile
WATIER Eric	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique, Brûlologie

Maîtres de conférence en Médecine - RENNES

AMIOT née BARUCH Laurence	Département d'Hématologie et Immunologie
ANNE née GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie médicale
BEGUE-SIMON Anne-Marie	Département de Formation Médicale Continue
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENTUE-FERRER née ROUSSET Danielle	Pharmacologie
BERNARD née LEVIOL Anne-Marie	Centre Eugène Marquis
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CATHELIN Michel	Biochimie générale et enzymologie
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CUGGIA Marc	Département d'Information Médicale
DAMERON Olivier	Laboratoire d'Informatique Médicale
DEGEILH Brigitte	Service de parasitologie et mycologie
DONAL Erwan	Département de cardiologie et maladies vasculaires
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
GANGNEUX née ROBERT Florence	Service de parasitologie et mycologie
GOASGUEN Jean	Hématologie
GUENET Lucienne	Biochimie générale et enzymologie
GUILLET Benoît	Laboratoire d'hémostase, Centre de Traitement des hémophiles
HONNORAT Charles (Professeur Associé de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
LAVENU Audrey	Biostatistique, Laboratoire de pharmacologie
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie
LE CALVE née LE FRANC Michèle	Histologie-embryologie et cytogénétique
LE GALL François	Département d'anatomie et cytologie pathologiques
LE MEUT Paul (Maître de conférence Associé de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
LE RUMEUR née FERRET Elisabeth	Physiologie médicale
LESSARD Yvon	Physiologie médicale

LIMEUL Jean-Yves (Maître de conférence Associé de Médecine Générale)

	Département de Médecine Générale
MASSART née LE HERISSE Catherine	Biochimie générale et enzymologie
MAUGENDRE née CAULET Sylvie	Département d'anatomie et cytologie pathologiques
MILON née LE GUEN Joëlle	Anatomie, organogénèse
MOUSSOUNI Fouzia	INSERM U 49
PAPE Danielle	Pharmacologie
REYMANN Jean-Michel	Pharmacologie
RIOU Françoise	Département de Santé Publique
RUFFAULT née MENGUY Annick	Bactériologie-virologie
SAIKALI Stéphan	Anatomie et cytologie pathologiques
SEGALEN née NICOLAS Jacqueline	Histologie-embryologie et cytogénétique
THOMAS Patricia née AMÉ	Micro Environnement et Cancer Immunologie
TURLIN Bruno	Département d'anatomie et cytologie pathologiques
VINCENT Pascal	Bactériologie-Virologie

*A ces gens qui méritent mieux que du mépris,
à ceux qui ont participé à ce travail,
à ceux qui m'ont soutenu pendant ces dix années,
à ceux qui m'ont appris mon métier,
à Claire.*

« Telle qu'elle nous est imposée, notre vie est trop lourde. Elle nous inflige trop de peines, de déceptions, de tâches insolubles. Pour la supporter nous ne pouvons nous passer de sédatifs [...] qui sont de trois espèces : d'abord de fortes diversions qui nous permettent de considérer notre misère comme peu de chose ; ensuite des satisfactions substitutives qui l'amoindrissent ; enfin des stupéfiants qui nous y rendent insensible. L'un ou l'autre de ces moyens nous est indispensable. »

Freud (Malaise dans la civilisation - 1929)

I. INTRODUCTION

La consommation d'héroïne est à l'origine de dépendances sévères. Elle vient trouver sa place dans des contextes psychiques et sociaux souvent défavorables chez des personnes jeunes. La dépendance engendre un cycle de « galère » par recherche de produits et de financements afin de gérer le manque avec pour conséquence une déstructuration du fonctionnement social. Des risques sanitaires sont associés à l'injection et aux produits de coupe. Il s'agit principalement d'infections locales ou systémiques (hépatites B, C et VIH) et des overdoses qui comportent un risque de décès. Ces patients peuvent bénéficier de traitements de substitution. Il s'agit d'opiacés à demi-vie longue pris par voie orale ou sublinguale.

C'est en 1995 que la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD) obtiennent l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en tant que traitements de substitution aux opiacés (TSO). Cette mesure fait partie d'une politique de réduction des risques alors que l'épidémie de SIDA est une catastrophe sanitaire parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse qui sont essentiellement héroïnomanes.^[1, 2, 3] En 1993, si l'on ajoute aux overdoses la mortalité due au SIDA, la toxicomanie est la première cause de mortalité des 18-34 ans en Ile de France.^[4] La mise sur le marché de ces substituts est un changement considérable dans la prise en charge de ces patients chez qui les traitements limités à la psychothérapie, au sevrage et à l'abstinence étaient voués le plus souvent à l'échec.^[2, 5] La prescription de méthadone, classée comme stupéfiant, est réservée aux centres spécialisés jusqu'à stabilisation du patient. La buprénorphine prescrite hors AMM par certains médecins généralistes jusqu'en 1995 et qui comporte moins de risques d'overdoses, devient quant à elle accessible en consultation de médecine générale.^[1, 2, 3] Au 2e semestre 2008, on compte 99043 patients sous BHD et 25517 sous méthadone contre quelques dizaines seulement avant 1995.^[6] Ces patients, en particulier sous buprénorphine, sont suivis en grande majorité par les médecins généralistes.^[3, 7] Le bilan dressé en 2004 est positif.^[8, 9] On estime que 3500 vies ont été épargnées grâce notamment à la diminution des pratiques d'injection, de l'incidence du VIH et des overdoses.^[9, 10, 11] Le bilan économique et social est également favorable avec des économies dépassant les 500 millions d'euros, une amélioration de la situation sociale de cette population et une diminution des infractions à la législation des stupéfiants concernant

l'héroïne.^[9, 12, 13]

Il apparaît cependant des limites.^[8, 9] Ces patients sont toujours stigmatisés. Leur prise en charge est difficile à mettre en place avec des médecins insuffisamment formés, un accès limité aux structures spécialisées et à la méthadone.^[1, 9, 14] On constate également des mésusages, des consommations parallèles^[15, 16], une augmentation de la prévalence de l'hépatite C^[17, 18], des effets secondaires et une dépendance.^[19, 20, 21] Parmi ces limites, le mésusage de ces traitements entraîne une polémique. Il est à l'origine notamment de primo-dépendances, de complications somatiques, de décès et de trafic.^[22, 23, 24] En effet, les traitements sont parfois détournés de l'usage thérapeutique prévu. Il s'agit d'après l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) d'usages en dehors du cadre médical, de voies d'administration inappropriées (injection, sniff,...), de consommations abusives, d'associations problématiques (benzodiazépines à doses non thérapeutiques, alcool), d'acquisitions par polyprescriptions et sur le marché parallèle, de reventes et de dépannages.^[22, 25] La fréquence de ces usages est difficile à évaluer.^[26] Elle concerne essentiellement la buprénorphine haut dosage dont l'accès est le plus facile. Il semble fréquent en particulier chez les patients les plus précaires dans les structures de première ligne.^[19, 22] L'injection de buprénorphine concerne 7 à 56% des personnes interrogées, le sniff 8 à 58%, la voie orale, facteur d'inefficacité de la buprénorphine, jusqu'à 44%, la « fumette » ou voie inhalée est exceptionnelle.^[22] Seize pour cent des patients sous BHD auraient une dépendance alcoolique et 10 à 20% feraient un mésusage associé de benzodiazépines.^[1, 27] La primo-dépendance de BHD s'élevait à 12% au sein de structures de bas seuil en 2003.^[24] En ce qui concerne les indicateurs de détournement des prescriptions en 2007, 1,6% des patients sous BHD bénéficiaient de doses supérieures à 32 mg/j ce qui représentait 6,9% des montants remboursés. Les chiffres étaient moindres pour la méthadone. De même, 6,3% des patients sous BHD avaient recours à plus de 5 prescripteurs et 3,8% sous méthadone.^[28] Pour rappel, la buprénorphine se situait au 22e rang des produits les plus prescrits et remboursés en quantité et la méthadone était au 9e rang.^[29] Les fraudes détectées étaient de 3,9 millions d'euros en 2008.^[30] Le prix moyen de revente du comprimé de Subutex® 8 mg se situe entre 4 et 8 euros diminuant environ de moitié pour les génériques. Pour la méthadone qui provient presque exclusivement de stocks et de surplus accumulés par des patients substitués, les prix moyens se situent entre 5 et 15 euros le flacon de 60 mg. Dans les structures de première ligne en 2006, le recours au marché parallèle concernait 41% des consommateurs de buprénorphine et 29% des consommateurs de méthadone.^[22] Enfin en 2007, 10 décès étaient liés à la

buprénorphine haut dosage et 55 à la méthadone.^[11]

La raison de ces mésusages ne peut être limitée à une simple consommation ou à un trafic de drogue. Ils prennent en effet une fonction particulière dans la vie des patients.^[31, 32] Les significations sont multiples. Il peut s'agir d'une gestion de la souffrance^[33, 34], d'une ambivalence vis à vis du traitement, du médecin^[33, 35, 36], de la persistance d'un rituel^[19, 22, 33], d'une transition^[16, 32], d'un sous-dosage ou d'autres attitudes médicales favorisantes.^[37, 38, 39] Cela peut également être la recherche d'un effet dopant^[24], voire un mode de revenu.^[22] Il ne faut pas oublier que cela constitue pour certains une voie d'accès à la substitution et permet de réduire les overdoses.^[1, 8, 26] Néanmoins ces mésusages peuvent constituer un obstacle dans le parcours du patient et dévaloriser le traitement. De nombreuses mesures ont été mises en place pour les réduire en particulier pour la buprénorphine. Il s'agit d'abord de recommandations dont les principales sont les suivantes : vérifier la validité de l'indication, que la posologie est suffisante, que l'absorption se fait bien en sublingual et non par voie orale (buprénorphine). Il faut également nommer un pharmacien référent, adapter le mode de délivrance, faire prendre conscience des risques, proposer une prise en charge pluridisciplinaire. Lorsque le patient bénéficie de soins continus d'une durée supérieure à 6 mois, il faut rédiger avec le médecin-conseil un protocole de soins que le patient devra suivre sous peine de ne plus bénéficier des prestations de la sécurité sociale. Enfin en cas d'échec, en particulier en cas d'injection de BHD, il faut orienter le patient vers un centre spécialisé pour une mise sous méthadone.^[1, 40, 41] Les autres mesures ont comporté un renforcement des contrôles de l'Assurance Maladie depuis 2004^[28, 42], une mise à jour des plans de gestion des risques en 2007 et 2008 avec l'arrivée des génériques de la BHD et de la méthadone gélule^[43, 44], et des modifications réglementaires.^[45] Dernièrement, en février 2009, le classement de la BHD comme stupéfiant a été une nouvelle fois proposé et rejeté. Il est perçu comme une menace pour l'accès aux traitements par les acteurs de terrain.^[46, 47, 48] L'avenir de la buprénorphine dans les conditions de prescription actuelles est donc fragile.

Le rôle du médecin généraliste est central dans la prescription des traitements de substitution aux opiacés. C'est lui, en premier lieu, qui fait face aux mésusages de ces traitements. Le mésusage peut mettre certains patients en difficulté, constituer un frein dans leurs démarches de reconstruction et d'éloignement des pratiques toxicomaniaques. Il constitue également une source de trafic. Malgré de nombreuses mesures mises en place pour les réduire, ils persistent. Un meilleur contrôle de cette prescription devient un véritable enjeu,

ce qui risque aussi de limiter l'accès à ces traitements et leur impact. Il y a vraisemblablement dans la pratique des médecins généralistes des obstacles qui s'opposent à la diminution de ces mésusages. Pourquoi le médecin généraliste est-il en difficulté face au mésusage des TSO? Il importe donc de mieux connaître ces difficultés mais aussi de savoir quelles sont les attentes de ces médecins, les solutions qu'ils envisagent. C'est sur ces difficultés que doivent se centrer les interventions pour améliorer la prise en charge du patient, restaurer l'image du traitement et pouvoir continuer à offrir un accès suffisant à la substitution. Afin de mieux déterminer les interventions qui pourraient être nécessaires, nous devons étudier plusieurs points. Il s'agit d'abord des mésusages observés par les médecins généralistes qui permettront de connaître la qualité de leur évaluation. Ensuite nous étudierons leurs difficultés et leurs attentes à travers leurs expériences et leurs opinions.

II. METHODE

II.1. Constitution de l'échantillon

L'étude a concerné les médecins généralistes libéraux d'Ille et Vilaine dont l'activité pouvait comprendre la prescription de TSO. Nous avons d'abord réalisé une liste nominative à partir du site internet des Pages Jaunes. Cette liste incluait des exercices particuliers : médecine générale orientation homéopathie, orientation acupuncture et orientation mésothérapie. Nous avons exclu les médecins ayant uniquement une adresse hospitalière définis alors comme des salariés. Ces médecins ont ensuite été classés par commune, zone d'exercice, distance supérieure ou non à 25 kms de Rennes où se trouve le Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST). Dans chaque commune les médecins ont été classés successivement par sexe, exercice en association et exercice particulier. Ensuite les communes ont été classées par zones. Ces zones ont été déterminées d'après les définitions de l'INSEE^[49] comme suit : pôle urbain, commune monopolarisée, commune multipolarisée, pôle d'emploi de l'espace rural, commune de l'espace à dominante rurale, les 3 premiers correspondant à l'espace urbain et les 2 derniers à l'espace rural. Le classement a pu être réalisé grâce à la base de données de l'INSEE.^[50] Les communes de chaque zone ont été ensuite séparées en fonction d'une distance supérieure ou non à 25 kms de Rennes. Enfin dans chacun de ces sous-groupes les communes ont été classées par nombre décroissant de médecins généralistes. On obtenait une liste de 824 médecins. De cette liste ont pu ressortir des statistiques sur le sexe, le mode et le lieu d'exercice des médecins généralistes d'Ille et Vilaine.

L'échantillon a été réalisé à partir de cette liste en tirant au sort un nom tous les 25 permettant d'obtenir une liste de 32 médecins. Leurs caractéristiques ont été vérifiées par rapport aux statistiques réalisées précédemment permettant des ajustements. Les médecins ont ensuite été appelés par téléphone. Les médecins non prescripteurs ont été exclus mais leurs caractéristiques ont été relevées. Elles concernaient leur âge, un éventuel exercice particulier ou en association non mentionné sur les Pages Jaunes. Il leur a également été demandé le motif de non-prescription. On obtenait un échantillon de 15 médecins prescripteurs. Il a été convenu avec eux d'un entretien au sujet des difficultés rencontrées face aux mésusages des

TSO. Un courrier leur était alors envoyé au préalable contenant la définition du mésusage des TSO ainsi que les questions de l'entretien. Il leur était demandé de préparer les dossiers de leurs patients sous TSO. Les médecins refusant de participer ont été remplacés par des médecins ayant les mêmes caractéristiques.

II.2. Recueil de données

L'étude s'est déroulée d'août à octobre 2009. Pour le volet quantitatif concernant l'évaluation des mésusages, nous avons d'abord relevé les caractéristiques des médecins. Elles concernaient les mêmes items que les médecins non prescripteurs, avec en outre l'existence éventuelle d'une formation sur la prescription des TSO et sa nature ainsi que l'existence de relations avec une structure spécialisée. Ensuite nous avons relevé de manière anonyme des données sur chacun des patients sous TSO suivis régulièrement. Les patients substitués par des traitements hors AMM ont été exclus. Les données suivantes ont été recueillies : âge, sexe, traitement, dose prescrite, connaissance par le médecin d'un éventuel mésusage du TSO et le cas échéant quel type de mésusage et quel mode de découverte. Les mésusages de TSO ont été définis d'après les définitions fournies par l'OFDT citées précédemment en introduction. En parallèle, l'Assurance Maladie nous a fourni des données anonymes concernant les patients d'Ille et Vilaine relevant exclusivement du régime général et ce pour le premier semestre 2009. Les médecins prescripteurs de TSO ont été définis par au moins 4 prescriptions de TSO sur le semestre. Les patients sous TSO ont quant à eux été définis par au moins 4 délivrances de TSO sur le semestre. En ce qui concerne les prescripteurs nous avons bénéficié des données suivantes : proportion parmi l'ensemble des généralistes, âge, sexe, nombre de patients sous TSO. En ce qui concerne les patients sous TSO nous avons obtenu l'âge, le sexe, le traitement et la dose quotidienne moyenne. Les patients correspondant aux indicateurs d'éventuel détournement ont également été recensés. Les critères étaient les suivants : nombre de prescripteurs ≥ 3 , nombre de prescripteurs ≥ 5 , doses de buprénorphine > 32 mg/j, doses de méthadone > 300 mg/j.

Pour le volet qualitatif concernant les difficultés et attentes des médecins généralistes, nous avons d'abord réalisé 9 entretiens exploratoires sur le sujet auprès

d'intervenants divers (spécialistes, médecins généralistes, pharmaciens, psychologue et médecin-conseil) puis 3 tests auprès de médecins généralistes afin de préparer au mieux les questions. Cinq autres médecins généralistes ont été ajoutés à l'échantillon pour cette partie de l'étude afin de compléter la diversité des profils et des opinions, soit : un médecin formateur pour la prescription de TSO, un médecin masculin suivant de nombreux patients, un médecin ayant eu des ennuis avec la sécurité sociale pour prescriptions abusives à des patients toxicomanes, un médecin féminin de l'espace rural et un médecin isolé de l'espace rural également. Les entretiens étaient semi-dirigés et se sont déroulés en face à face au cabinet médical du médecin. Ils ont été enregistrés. Ils ont duré approximativement entre 20 minutes et 1 heure. Les points suivants ont été abordés : l'objectif des TSO, la ou les raisons du mésusage des TSO, un cas de mésusage (ayant occasionné des difficultés si possible), les difficultés face au mésusage des TSO, les conséquences de ces difficultés, d'éventuelles propositions pour faire face à ces difficultés et enfin leur avis sur des propositions faites lors des entretiens exploratoires.

II.3. Analyse des données

Pour le volet quantitatif, nous avons évalué d'une part la représentativité des échantillons constitués par rapport aux populations d'Ille et Vilaine de référence et d'autre part la fréquence d'observation des mésusages et de leurs modes de découverte. Les données recueillies concernant les différents groupes de médecins et patients ont été confrontées aux données fournies par l'Assurance Maladie quand cela était possible. Les mésusages et modes de découverte ont été classés par ordre de fréquence. Les caractéristiques des patients chez qui un mésusage a été observé dans cet échantillon ont été décrites et comparées au groupe de patients chez qui aucun mésusage n'était relevé.

Pour le volet qualitatif, les entretiens ont été retranscrits intégralement. Les données nominatives ont été retirées pour garantir l'anonymat. Il a été réalisé une analyse thématique de ces 20 entretiens autour des thèmes récurrents. Nous avons ensuite essayé d'esquisser des profils-types de médecins généralistes en fonction des opinions exprimées. Pour définir les profils de médecins, nous avons défini en pratique : « ville » par pôle urbain, « campagne » à partir des communes monopolarisées (ce qui correspondait le mieux à la réalité du terrain),

« formé » par le fait d'avoir reçu une formation sur la prescription des traitements de substitution aux opiacés, « éloigné » par une distance supérieure à 25 kms de Rennes, « nombreux patients » à partir de 10. De même, « formateur » désigne le médecin formateur et « prescripteur » le médecin ayant eu des ennuis avec la sécurité sociale.

II.4. Méthodes statistiques

La représentativité des données quantitatives a été analysée en calculant les intervalles de confiance avec un risque d'erreur de 5%. Pour la comparaison des groupes « mésusage » et « pas de mésusage » nous avons utilisé des tests non-paramétriques compte tenu de nos faibles effectifs. Il s'agit du test de Wilcoxon pour les moyennes et du test exact de Fisher pour les pourcentages.

III. RESULTATS

III.1. Résultats quantitatifs

III.1.1. Les médecins généralistes

Les médecins de l'échantillon sont représentatifs des médecins généralistes d'Ille et Vilaine en termes de sexe, de mode et de lieu d'exercice d'après les données des Pages Jaunes et de l'INSEE. Notons par contre que l'effectif de notre liste ne correspond pas à l'effectif donné par l'Assurance Maladie même après exclusion de médecins spécialisés ne faisant pas partie de notre étude (allergologue, angiologue...). Les médecins généralistes de cet échantillon ont une moyenne d'âge de 51 ans [31 ; 65]. Ce sont majoritairement des hommes (3/4) de plus de 54 ans (47%) qui exercent en association (66%) dans un pôle urbain (53%) et à plus de 25 kms de Rennes (59%). Les 2 médecins de l'échantillon effectuant un exercice particulier ont une activité orientée vers l'homéopathie.

MEDECINS GENERALISTES		Echantillon (n=32)	Pages Jaunes et INSEE (n=824)	Assurance Maladie (n=879)
Age	Age moyen	50,53 [31 ; 65]	-	-
	< 40 ans %	15,63	-	-
	40-54 ans %	37,5	-	-
	> 54 ans %	46,88	-	-
Sexe	Hommes % [IC 95%]	75 [60,28-89,72]	73,88	-
Mode d'exercice	Particulier % [IC 95%]	6,25 [0-20,97]	6,93	-
	Association % [IC 95%]	65,63 [49,22-82,04]	65,61	-
Lieu d'exercice	> 25 kms CSST de Rennes % [IC 95%]	59,38 [42,88-75,88]	60,87	-
	Pôle urbain % [IC 95%]	53,13 [41,7-64,56]	52	-
	Commune monopolarisée % [IC 95%]	31,25 [16,53-45,97]	30,01	-
	Commune multipolarisée % [IC 95%]	3,12 [0-14,17]	2,92	-
	Pôle d'emploi de l'espace rural % [IC 95%]	6,25 [0-20,97]	7,9	-
	Commune de l'espace à dominante rurale % [IC 95%]	6,25 [0-20,97]	7,17	-

Tableau 1. Caractéristiques et représentativité des médecins généralistes de l'échantillon

La proportion de médecins non prescripteurs est représentative des médecins généralistes d'Ille et Vilaine d'après les données de l'Assurance Maladie. Ces médecins généralistes représentent 53% des médecins de l'échantillon. Ce sont majoritairement des

hommes (71%) entre 40 et 54 ans (47%) exerçant en association (65%) dans un pôle urbain ou une commune monopolarisée (82%) et à plus de 25 kms de Rennes (71%). Leur effectif comprend les médecins ayant un exercice particulier.

MEDECINS NON PRESCRIPTEURS		Echantillon (n=17)	Assurance Maladie (n=537)
Proportion % [IC 95%]		53,13 [41,69-64,57]	61,09
Age	Age moyen	47,65 [32 ; 65]	-
	< 40 ans %	23,53	-
	40-54 ans %	47,06	-
	> 54 ans %	29,41	-
Sexe	Hommes %	70,59	-
Mode d'exercice	Particulier %	11,76	-
	Association %	64,71	-
Lieu d'exercice	> 25 kms CSST de Rennes %	70,59	-
	Pôle urbain %	41,18	-
	Commune monopolarisée %	41,18	-
	Commune multipolarisée %	0	-
	Pôle d'emploi de l'espace rural %	11,76	-
	Commune de l'espace à dominante rurale %	5,88	-

Tableau 2. Caractéristiques et représentativité des médecins non prescripteurs

Parmi les motifs de non prescription, la raison la plus fréquemment invoquée est l'absence de demande auprès de ces médecins. Les raisons « autres » (dernière ligne) étaient que les patients devaient passer préalablement par une structure pour un médecin et la présence d'un stock de médicaments au cabinet médical (parapharmacie) pour un autre. Certains médecins ont donné plusieurs raisons.

MOTIFS DE NON PRESCRIPTION	Echantillon (n=17)
absence de demande %	58,82
formation insuffisante %	11,76
manque de temps %	11,76
manque d'intérêt %	5,88
patients "difficiles" %	5,88
incidents avec des patients %	5,88
manque de confiance %	5,88
manque de motivation des patients %	5,88
résultats difficiles à obtenir %	5,88
autres %	11,76

Tableau 3. Motifs de non prescription

Les médecins prescripteurs de l'échantillon sont représentatifs des médecins prescripteurs d'Ille et Vilaine en termes de proportion et de sexe d'après les données de l'Assurance Maladie. Ce n'est pas le cas en termes d'âge. Ces médecins représentent 47% des médecins de l'échantillon. Ce sont majoritairement des hommes (80%) de plus de 54 ans (2/3) exerçant en association (2/3) dans un pôle urbain (2/3) et éloignés de Rennes (53%). Un tiers a reçu une formation sur la prescription des TSO le plus souvent en FMC (Formation médicale continue). Un tiers a plus de 3 patients suivis régulièrement [4 ; 19] et prescrit à la majorité des patients (cf tableau 5).

MEDECINS PRESCRIPTEURS		Echantillon (n=15)	Assurance Maladie (n=342)
Proportion % [IC 95%]		46,87 [35,43-58,31]	38,91
Age	Age moyen [IC 95%]	53,8 [31 ; 64] [52,94-54,66]	51,5 [30 ; 68]
	< 40 ans % [IC 95%]	6,67 [0-29,97]	9,6
	40-54 ans % [IC 95%]	26,67 [3,37-49,97]	52,4
	> 54 ans% [IC 95%]	66,67 [43,37-89,97]	38
Sexe	Hommes % [IC 95%]	80 [60,18-99,82]	76
Mode d'exercice	Particulier %	0	-
	Association %	66,67	-
Lieu d'exercice	> 25 kms CSST de Rennes %	53,33	-
	Pôle urbain %	66,67	-
	Commune monopolarisée %	20	-
	Commune multipolarisée %	6,67	-
	Pôle d'emploi de l'espace rural %	0	-
	Commune de l'espace à dominante rurale %	6,67	-
Formation prescription des TSO	%	33,33	-
	FMC %	26,67	-
	Equipe CSST au cabinet %	6,67	-
Relation avec une structure spécialisée	Aucune %	20	-
Niveau de prescription	> 3 patients %	33,33	-
	> 10 patients %	6,67	-

Tableau 4. Caractéristiques et représentativité des médecins prescripteurs

III.1.2. Les patients

Les patients sous TSO de ces médecins sont représentatifs des patients d'Ille et Vilaine en termes de sexe, de traitement et de nombre par médecin prescripteur d'après les données de l'Assurance Maladie. Ils ne sont par contre pas représentatifs en termes d'âge et de doses quotidiennes moyennes qui sont moins fortes sous buprénorphine (5,92 mg/j [0,2 ; 16])

et plus fortes sous méthadone (59,1 mg/j [1 ; 160]). Ces patients sont majoritairement des hommes (73%) sous buprénorphine (81%) avec une moyenne d'âge de 37 ans [22 ; 60]. La plupart est suivie par un homme (52%) en association (77%) dans un pôle urbain (83%) exerçant à moins de 25 kms de Rennes (62%) qui n'a pas de formation (85%) mais a des relations avec une structure (75%). Notons que la grande majorité est suivie par le tiers des médecins qui prescrit le plus (77%).

PATIENTS SOUS TSO		Echantillon (n=52)	Assurance Maladie (n=1197)
Age	Age moyen [IC 95%]	36,83 [22 ; 60] [36,35-37,31]	33,3 [18 ; 63]
Sexe	Hommes % [IC 95%]	73,08 [65,87-80,29]	75,1
BHD	BHD % [IC 95%]	80,77 [69,58-91,96]	71,9
Méthadone	% [IC 95%]	19,23 [8,04-30,42]	27,1
	Méthadone sirop %	15,38	-
	Méthadone gélule %	3,85	-
Dose quotidienne moyenne	BHD mg/j [IC 95%]	5,92 [0,2 ; 16] [5,63-6,21]	6,6 [0 ; 49,9]
	Méthadone mg/j [IC 95%]	59,1 [1 ; 160] [53,96-64,06]	47,2 [0,85 ; 270,7]
Médecins	Moyenne par médecin prescripteur	3,47 [1 ; 19] [2,97-3,97]	3,75 [1 ; 86]
	Suivi médecin masculin %	51,92	-
	Suivi médecin association %	76,92	-
	> 25 kms CSST de Rennes %	38,46	-
	Pôle urbain %	82,69	-
	Commune monopolarisée %	7,69	-
	Commune multipolarisée %	1,92	-
	Pôle d'emploi de l'espace rural %	0	-
	Commune de l'espace à dominante rurale %	7,69	-
	Suivi 1/3 plus prescripteur %	76,92	-
	Suivi médecin formé %	15,38	-
	Suivi médecin sans structure spécialisée %	25	-

Tableau 5. Caractéristiques et représentativité des patients sous TSO

III.1.3. Mésusages observés et modes de découverte

Parmi les 29% de patients chez qui un mésusage a été observé, ce sont d'abord les co-consommations d'alcool qui sont le plus souvent retrouvées (12%). Les autres types de mésusage sont observés plus rarement à commencer par les injections de buprénorphine (6%). Notons qu'il n'a pas été observé de co-consommations de benzodiazépines à doses non thérapeutiques ni de polyprescriptions de méthadone. Les mésusages multiples sont

représentés par un cas d'injection de buprénorphine associé à des polyprescriptions. En ce qui concerne le nombre de prises inapproprié, le patient en réalisait 6 par jour.

MESUSAGES OBSERVES	Echantillon (n=52)	Assurance Maladie (n=1197)
Proportion des patients%	28,85	-
Co-consommation d'alcool %	11,54	-
Injection BHD %	5,77	-
Polyprescriptions BHD % [IC 95%]	3,85 [0-13,35]	10,78
Sniff BHD %	1,92	-
BHD voie orale %	1,92	-
Nombre de prises inapproprié BHD %	1,92	-
Revente méthadone %	1,92	-
Dépannage méthadone %	1,92	-
Mésusages multiples BHD %	1,92	-
Co-consommation de benzodiazépines à doses non thérapeutiques %	0	-
Polyprescriptions méthadone %	0	2,42
Doses BHD > 32 mg/j %	0	0,58
Doses méthadone > 300 mg/j %	0	0

Tableau 6. Mésusages observés chez l'ensemble des patients

Chez les patients sous BHD, un mésusage a été observé chez environ un quart des patients. Ce sont les co-consommations d'alcool qui dominent. Les injections et polyprescriptions de BHD sont retrouvées chez respectivement 7 et 5% d'entre eux. La part de patients bénéficiant de polyprescriptions est représentative des patients sous buprénorphine d'Ille et Vilaine d'après les données de l'Assurance Maladie. Ce chiffre est plus proche du seuil de 5 prescripteurs. L'analyse n'a pas été faite pour le groupe méthadone qui ne représente que 10 personnes.

MESUSAGES BHD	Echantillon (n=42)	Assurance Maladie (n=861)
Proportion des patients %	26,19	-
Co-consommation d'alcool %	9,52	-
Injection %	7,14	-
Polyprescriptions % ≥ 3 prescripteurs	4,76 [0-17,36]	14,98
[IC 95%]		1,39
≥ 5 prescripteurs		
Sniff %	2,38	-
Voie orale %	2,38	-
Nombre de prises inapproprié %	2,38	-
Mésusages multiples %	2,38	-
Doses > 32 mg/j %	0	0,81

Tableau 7. Mésusages observés chez les patients sous BHD

MESUSAGES METHADONE	Echantillon (n=10)	Assurance Maladie (n=324)
Proportion des patients %	40	-
Co-consommation d'alcool %	20	-
Revente %	10	-
Dépannage %	10	-
Polyprescriptions % ≥ 3 prescripteurs	0	8,95
≥ 5 prescripteurs		0
Doses > 300 mg/j %	0	0

Tableau 8. Mésusages observés chez les patients sous méthadone

Les mésusages ont été observés majoritairement chez des hommes (73%) sous buprénorphine (73%) avec une moyenne d'âge de 38 ans [29 ; 46]. La plupart est suivie par un homme (73%) en association (60%) dans un pôle urbain (73%), éloigné de Rennes (53%) qui n'a pas de formation (67%) mais a des relations avec une structure (80%). La majorité est suivie par le tiers des médecins qui prescrivent le plus (53%). L'observation de mésusages semble comparativement moins fréquente chez les médecins qui prescrivent le plus ($p = 0.025$). De même on peut relever comme tendances une observation plus fréquente par les médecins formés, les médecins exerçant seuls, les hommes et des doses quotidiennes moyennes de BHD moins élevées mais sans différence significative.

PATIENTS MESUSAGES OBSERVES		Mésusage (n=15)	Pas de mésusage (n=37)	Tests statistiques
Age	Age moyen	37,67 [29 ; 46]	36,49 [22 ; 60]	$p = 0.4009$
Sexe	Hommes %	73,33	72,97	$p = 1$
BHD	%	73,33	83,78	$p = 0.4476$
Méthadone	%	26,67	16,22	$p = 0.4476$
	Méthadone sirop %	26,67	10,81	$p = 0.2069$
	Méthadone gélule %	0	5,40	$p = 1$
Dose quotidienne moyenne	BHD mg/j	4,8 [0,4 ; 10]	6,32 [0,2 ; 16]	$p = 0.495$
	Méthadone mg/j	77,5 [40 ; 160]	46,83 [1 ; 110]	$p = 0.3329$
Médecins	Moyenne par médecin prescripteur	1 [0 ; 2]	2,47 [0 ; 18]	-
	Suivi médecin masculin %	73,33	43,24	$p = 0.06847$
	Suivi médecin association %	60	83,78	$p = 0.0812$
	> 25 kms CSST de Rennes %	53,33	32,43	$p = 0.2128$
	Pôle urbain %	73,33	86,49	$p = 0.4187$
	Commune monopolarisée %	13,33	2,70	$p = 0.1964$
	Commune multipolarisée %	0	2,70	$p = 1$
	Pôle d'emploi de l'espace rural %	-	-	-
	Commune de l'espace à dominante rurale %	13,33	5,40	$p = 0.5695$
	Suivi 1/3 plus prescripteur %	53,33	86,49	$p = 0.02483$
	Suivi médecin formé %	33,33	10,81	$p = 0.09952$
	Suivi médecin sans structure spécialisée %	20	27,03	$p = 0.7326$

Tableau 9. Caractéristiques des patients chez lesquels un mésusage a été observé

C'est au cours de la consultation que le mésusage a été découvert le plus souvent (73%), par l'interrogatoire et la déclaration du patient (67%) loin devant la vérification des dates de prescription (7%). Les déclarations des patients concernaient le plus souvent des co-consommations d'alcool (27%). Hors consultation, ce sont principalement les déclarations d'un proche ou d'une structure qui permettaient de découvrir le mésusage. Ces mésusages étaient divers. Notons que 2 cas d'injections de buprénorphine sur 3 n'ont pas été découverts lors de la consultation. C'est également hors déclaration du patient que les 2 cas de polyprescriptions ont été découverts. Enfin un cas de mésusage a été découvert par 2 mécanismes à la fois : déclaration d'une pharmacie et d'une structure spécialisée.

MODES DE DECOUVERTE				Echantillon (n=15)
Consultation 73,33%	Déclaration du patient 66,67%	Co-consommation Alcool	%	26,67
			Alcool BHD %	13,33
			Alcool méthadone %	13,33
			Injection BHD %	6,67
			Sniff BHD %	6,67
			BHD voie orale %	6,67
			Nombre de prises inapproprié BHD %	6,67
			Revente méthadone %	6,67
			Dépannage méthadone %	6,67
			Hors déclaration 33,33%	Vérification des dates de prescription
Hors consultation 26,67%		Déclaration d'un proche	%	13,33
			Co-consommation Alcool BHD %	6,67
			Injection BHD %	6,67
		Déclaration d'une structure spécialisée	Injection BHD %	6,67
		Déclaration d'une pharmacie	Polyprescriptions BHD %	6,67
		Complications somatiques	Co-consommation Alcool BHD %	6,67
		Déclarations multiples	Mésusages multiples %	6,67

Tableau 10. Modes de découverte

III.2. Résultats qualitatifs

III.2.1. Difficultés et attentes

Les premiers obstacles relèvent de la prise en charge des patients toxicomanes. Il

s'agit de patients aux difficultés multiples. La démarche de soins est parfois ambiguë. L'adhésion est fragile avec une réticence à être « médicalisé » et suivi par d'autres intervenants. Le travail de psychothérapie est jugé nécessaire mais difficile à mettre en oeuvre par le médecin généraliste. La relation peut être difficile à établir. Elle est exposée aux manipulations, parfois aussi à la violence. Cela renforce les craintes de certains médecins. Il existe parfois un manque d'intérêt notamment par faible confrontation à ce type de patients. On retrouve aussi un sentiment d'incompétence et la crainte d'être débordé. Certains évoquent les risques de sanctions disciplinaires et judiciaires dans ce cas. Les objectifs restent souvent le sevrage de tout opiacé, y compris le traitement, avant la réduction des risques. On note également un certain isolement. En effet outre les refus des patients, des médecins évoquent les réticences de certains spécialistes, paramédicaux et parfois de leurs propres associés. On relève également des difficultés d'accès aux structures spécialisées. Certains signalent un manque d'échanges, de suivi et d'adaptation de la part de ces structures.

Concernant le mésusage, on note que l'intérêt suscité est parfois faible par manque de confrontation et compte tenu de risques jugés moindres dans certains cas (faibles doses). Les enjeux et difficultés que cela peut représenter pour le patient semblent mal connus. Certaines modalités comme le sniff ou l'injection sont quelquefois ignorées. La prévention est un point particulièrement difficile. Le geste du mésusage est perçu de manière très diverse mais le plus souvent comme inévitable. En effet, il peut s'agir d'un acte délibéré, de la persistance de conduites toxicomaniaques, d'un rituel, de l'exposition à un risque maîtrisé ou non, d'une gestion de la souffrance ou d'un mécanisme d'adaptation. Il serait favorisé par la persistance du contact avec le milieu pour certains. Par ailleurs des responsabilités sont mises en cause : certaines attitudes médicales, les modalités de prescription et de délivrance et l'inadaptation des structures aux sujets les plus difficiles. Les co-prescriptions de benzodiazépines paraissent inévitables pour certains. La recherche d'un mésusage peut être rendue difficile par un patient vu irrégulièrement ou qui refuse d'être examiné. Néanmoins ce sont parfois les médecins qui ne le cherchent pas. En effet, certains ne souhaitent pas être « inquisiteurs » et jugent que cela pourrait être délétère pour la relation médecin-patient. D'autres ignorent certaines modalités de contrôle (sur le site de l'Assurance Maladie, par exemple). Pour les polyprescriptions, ils reportent en partie ce rôle sur la sécurité sociale. C'est savoir qu'il y a un mésusage qui semble donc le plus difficile. Hormis les obstacles à sa recherche, les causes évoquées sont l'absence de déclaration du patient et les manipulations. Elles pourraient résulter aussi d'une certaine culpabilité du patient envers son geste. La découverte peut en être particulièrement mal vécue

pour le médecin occasionnant des sentiments d'incompréhension, d'impuissance, d'échec ou d'agacement, de colère voire de trahison. Certains évoquent une responsabilité face à un danger. Des médecins ignorent ensuite l'intérêt de réduire les durées de prescription et délivrance ainsi que l'intérêt de la méthadone. L'injection, le sniff de BHD, l'alcool et les polyprescriptions semblent particulièrement problématiques. Les difficultés de prise en charge correspondent le plus souvent aux difficultés « générales » de prise en charge des patients toxicomanes citées ci-dessus. Nous pouvons ajouter à cela parfois un certain déni du patient, des menaces lors des refus de prescriptions et le départ de patients lorsque les polyprescriptions sont repérées. D'autre part, certains médecins ne réagissent pas ou évoquent des difficultés à refuser une prescription, à rompre une relation. L'absence de rôle de répression est majoritairement affirmé. L'action de la sécurité sociale est quant à elle parfois jugée insuffisante, impuissante. Les conséquences seront pour certains une vigilance, une méfiance accrue parfois un arrêt de prise en charge. Pour d'autres, cela sera une certaine résignation et une dévalorisation de cette prise en charge. Cela peut aboutir à une réelle démotivation. Néanmoins certains jugent que ces expériences ont permis de dédramatiser le mésusage, d'aborder ces difficultés avec le patient, de définir d'autres objectifs et d'améliorer leurs pratiques.

Certaines attentes sont tournées vers la collaboration et la formation. Il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire ou conjointe avec une structure accessible, d'une formation sur la prescription des TSO mais aussi d'une formation adaptée en Psychiatrie pour certains. La nécessité d'une meilleure information est évoquée pouvant comporter une notice de produit plus explicite sur les risques du mésusage et un support d'information de référence sur ces traitements. D'autres attentes concernent les médicaments en particulier un accès facilité à la méthadone au sein d'une structure ainsi que l'arrivée prochaine d'une association de buprénorphine et naloxone qui pourrait pallier au sniff de BHD. Le besoin de structures d'hospitalisations adaptées est souligné par certains. Le contrôle du trafic est un point important. Plusieurs propositions sont formulées : dans chaque pharmacie une liste des patients pris en charge fournie par l'Assurance Maladie, une coordination interdépartementale des caisses primaires, un renforcement des contrôles éventuellement à domicile. Cela passe aussi pour certains par une limitation du nombre de prescripteurs voire une délivrance exclusive par les centres ou même le retrait de la buprénorphine du marché. Enfin des médecins affirment qu'il n'y a pas lieu de modifier le dispositif actuel et qu'il faut accepter un certain niveau de mésusage inévitable.

Des médecins jugent par contre certaines propositions inutiles voire délétères. Cela concerne la formation que certains ne considèrent pas utile compte tenu du faible nombre de patients, de leur âge, de leur intérêt. Ensuite, pour certains, l'hospitalisation semble engendrer d'importantes difficultés à la sortie des patients. Un accès facilité à la méthadone notamment en médecine générale risque d'être source de dérives et d'overdoses. Des médecins pensent que la possibilité d'utiliser d'autres traitements non « détournables » n'apportera pas une véritable réponse envers des patients qui se tourneront vers d'autres produits pour un usage toxicomane. L'information sur les risques du mésusage est jugée inutile pour de nombreux médecins qui considèrent que les patients en savent plus qu'eux. La recherche systématique d'un mésusage en consultation notamment sur le site de l'Assurance Maladie est parfois perçue comme un obstacle à une bonne relation. Un cadre plus strict risque de diminuer l'accès au traitement et de faire augmenter le nombre de décès dans cette population. La participation de généralistes plus nombreux à la prise en charge de ces patients pourrait favoriser le nomadisme médical et les polyprescriptions pour certains.

III.2.2. Types de médecins

On peut distinguer schématiquement les médecins suivant peu de patients et les médecins suivant de nombreux patients avec des variantes notamment en fonction du lieu d'exercice, de la formation et de certaines attitudes.

a. Médecins suivant peu de patients

Les médecins suivant peu de patients montrent généralement peu d'intérêt pour cette prise en charge à laquelle ils sont peu confrontés. Ils ont un sentiment d'incompétence et d'impuissance. Ils déclarent manquer de temps. Ils craignent d'être débordés par ces patients et limitent cette prise en charge dans leur pratique. Ils pensent qu'elle devrait plutôt être assurée par des spécialistes.

C'est pas un truc qui me branche énormément au même titre d'ailleurs que des gens qui ont des problèmes d'alcool ou qui ont des problèmes de tabac. C'est pas quelque chose qui... parce que pourquoi? Parce que je me sens relativement impuissant [...] Je connais

les limites de mes compétences dans le domaine c'est tout. Je pense que c'est ça. N°14

Et puis vous savez bien que... je pense à un médecin qui s'est fait piéger parce que on donne à un, vous en avez dix le lendemain, vous en avez trente le surlendemain et vous êtes foutu. Y a eu un médecin sur XXX qu'a eu de gros problèmes à cause de ça. [...] Je pense que ces patients-là doivent être traités par une structure très spécialisée parce qu'il faut des médecins forcément spécialisés là-dedans parce que on peut pas tout faire. Je vous dis il faut du temps, il faut être formé. N°8

La relation avec le patient est difficile à établir. L'objectif du traitement est le sevrage de tout opiacé, y compris le traitement, ce qui passe par une logique de diminution des doses. Le mésusage suscite peu d'intérêt par faible confrontation. On note une certaine ignorance de mésusages particuliers et des possibilités de prise en charge, plus marquée à la campagne. Ceci occasionne parfois l'absence de réaction face au mésusage.

C'est une relation lassante où on ne peut pas s'attacher aux gens. Ce sont des personnes fuyantes. [...] Je voudrais bien qu'il cesse de prendre le Subutex®. Là il est à Subutex® 8 (milligrammes). N°2

(Mésusage) Je suis pas confronté. C'est pas mon boulot. [...] Je m'y intéresse pas vraiment et puis les doses données sont faibles. N°10

(Injection, sniff...) Ah parce que je ne savais pas qu'on pouvait utiliser le substitut comme ça. Alors vous voyez... N°17

(Méthadone en cas de mésusage) Aucune idée, j'y connais rien moi à ce truc-là. [...] Ils peuvent être en ALD pour toxicomanie? Même si y a uniquement toxicomanie quoi? Ou s'il a une hépatite B ou une hépatite C? Juste pour toxicomanie? [...] Il semblerait maintenant qu'il est préférable de donner toute la dose en une seule fois, m'a dit l'infirmier. N°19

Je crois qu'il butinait. [...] Parce qu'à la fin le pharmacien il téléphonait, il recevait que des ordonnances des médecins de XXX1. Bah je lui dis « Ecoute, moi c'est pas mon problème. » [...] C'est vrai que je mettais pharmacie « machin » à XXX2 et je me

rappelle une des dernières que j'ai faite. Je lui avais dit « Tu déconnes là parce que... » bon je lui dis « T'es un peu pisté » et je lui refais une prescription pour une semaine. Parce que il me disait qu'il devait aller à XXX3 et j'avais mis qu'il devait aller à XXX2 et y a le pharmacien de XXX4 qui m'appelle en me disant « Je fais quoi là? » « Bah vous lui donnez pour une semaine » [...] Bah je sais que le gars bon il est jeune (pharmacien) mais bon il m'a surpris parce que je sais pas ce qu'il voulait moi... en plus j'étais dans ma voiture et puis il me dit « Oui, il nous ramène des ordonnances de médecins de XXX1 » et tout. Je lui dis « Qu'est-ce que tu veux que j'y fasse? C'est pas mon problème moi, hein? » Parce que bon je trouve qu'on nous ennuie assez avec les papiers. Je suppose que là y a des gens qui sont chargés de contrôler tout. N°15

On note un certain fatalisme et une dévalorisation de la prise en charge de ces patients. Ce jugement est plus fréquent en ville. Les attentes sont orientées principalement vers le contrôle et une prise en charge spécialisée. Certains s'opposent à une formation qui présente peu d'intérêt pour eux. Ils s'opposent également à une prise en charge par davantage de médecins généralistes.

Et bien j'en ai tiré la conclusion que dans cette pathologie on ne peut jamais faire confiance et on peut jamais savoir ce qui se passe réellement dès qu'ils sortent du cabinet. Donc ça a été la grande conclusion. C'est que c'est comme ça, ils ont des demandes et tout le reste nous échappe. N°11

Je trouve que les médecins conseils devraient se déplacer et aller les voir, qu'ils sentent quand même qu'il y a le contrôle du bailleur, de l'institution qui paye. N°2

(Formation) **Non. Parce que j'estime que je n'ai pas à me substituer à des spécialistes. Donc je sais un peu, j'essaye de m'orienter mais je bon... voilà. J'estime que c'est pas que j'en sais assez mais j pense que le bon sens suffit. (Participation des généralistes) Non. C'est une catastrophe. Ils vont courir les généralistes et ils vont prendre encore plus de drogue donc c'est pas la solution. N°4**

La formation de certains médecins suivant peu de patients atténue ces difficultés notamment au niveau objectifs, connaissances, intérêt et image de cette prise en charge. Les attentes sont alors tournées davantage vers la collaboration, la formation et l'information. Les

discours se rapprochent de ceux des médecins suivant de nombreux patients. Cependant la confrontation reste faible en particulier à la campagne et l'accès des patients est limité.

(Objectifs) Donc soulager une souffrance d'abord, c'est à dire un devoir humanitaire. Et puis après à travers, un, le produit et aussi la façon de le donner, sachant que ce que l'on donne vaut autant que la façon dont il est donné, permettre au toxico que j'ai en face de moi de restructurer à travers une relation que j'essaye fiable, permettre une restructuration dans la vie sociale, professionnelle, financière, amoureuse à travers un exemple de relation normale, celle qu'a un patient avec son médecin. N°20

Lui il m'a forcé pratiquement à me former sur la drogue. Et donc après je pouvais lui répondre c'est peut-être pour ça d'ailleurs qu'il continuait à venir. N°9

Quelque chose m'a beaucoup frappé et qui est la difficulté que ma génération à moi peut avoir, peut-être pas la vôtre, c'est de considérer ces gens-là comme tous les autres, c'est à dire des gens qui sont porteurs d'une souffrance. Ca peut être « J'ai mal à la tête », ça peut être « J'ai besoin d'une contraception et rien ne me réussit », ça peut être « Je peux pas avoir d'enfants et puis j'aimerais bien en avoir », ça peut être « J'ai un cancer du sein », « J'ai un état dépressif majeur », « J'ai des troubles phobiques ou des troubles obsessionnels compulsifs ». Et bah ces gens-là expriment une souffrance et XXX est d'ailleurs le premier à l'exprimer si bien avec tant de force. « Notre devoir c'est d'écouter les gens qui ont besoin de nous et d'apporter au moins une écoute aux gens qui souffrent de quelque façon y compris celles qui ne sont pas décrites comme étant sympathiques. » Et être en sympathie, c'est à dire ressentir avec, avec des gens qui sont toujours présentés comme des chiants, des gens agressifs, des gens délinquants, c'est oublier de les présenter comme des gens qui sont extraordinairement souffrants. [...] Et nous généralistes campagnards, de quel côté de la haie qu'on soit, au départ, enfin ma génération, on n'a pas appris ça comme ça. On a appris à s'en méfier comme les gens qu'ont la gale. Faut les soigner avec des gants. Et bien je trouve qu'avec des toxicos, il faut prendre des gants mais il ne faut pas les porter, c'est un peu ça que nous a appris XXX. Ca, ça a tout changé pour ceux qui l'ont entendu. N°20

Je crois que c'est vraiment la prise en charge pluridisciplinaire qui est la clé de leur prise en charge. Nous tous seuls à notre niveau, prescripteurs, on fait pas grand chose. Je crois

vraiment que c'est un ensemble de mesures avec des gens qui sont vraiment spécialisés [...] Tous ceux qui veulent une prescription de Subutex® généralement je les vois pas. Parce que justement on a à faire à une population qui va pas avoir de suivi qui vient juste pour une ordonnance soi disant en dépannage parce qu'ils ont eu leur sac volé. N°13

b. Médecins suivant de nombreux patients

Les médecins suivant de nombreux patients montrent plus d'intérêt à la problématique du toxicomane. Ils limitent moins la part de cette prise en charge dans leurs pratiques. Ils semblent plus sensibilisés aux problèmes complexes des toxicomanes.

Vous savez quand vous voyez tout le cursus, la DDASS, la famille d'accueil, le rejet de la famille, je crois qu'on a besoin de s'évader pour ne plus penser à ça hein. N°1

La toxicomanie recouvre souvent une maladie psychiatrique importante et toujours des difficultés relationnelles importantes liées en particulier à des séquelles de maltraitance dans l'enfance. N°7

La relation peut prendre ici une place importante et être difficile à rompre. Les objectifs sont davantage la réduction des risques, la réinsertion, la maintenance. Le mésusage n'est pas l'objet d'une focalisation intense. On note une meilleure compréhension de ce phénomène, de meilleures connaissances.

C'était effectivement difficile pour moi étant donné son isolement affectif, familial et social, de rompre un lien que je percevais comme authentique en fait. [...] L'objectif premier c'est de maintenir les gens en vie. Le 2e objectif, c'est de faire que l'héroïne sorte de la vie des gens et qu'ils construisent une vie qui leur va avec le moins d'héroïne possible dedans. N°7

(Mésusage) **Je veux dire que pour moi, c'est pas le principal. Le principal c'est quand même qu'ils aillent mieux. [...] J'ai l'impression que quand même ça fait partie des mécanismes un petit peu normaux... [...] On va pas passer d'une vie où on est allé chercher des substances, des produits, à une vie où finalement on n'a plus que le**

Subutex®, ou plus que la méthadone. Alors moi j'y crois pas. Je pense qu'on fait pas un effet on/off. N°18

(Méthadone) Moi je crois que c'est un produit de substitution qui existe et qu'on doit pouvoir l'utiliser pour des indications particulières. Toutes les études montrent que les gros injecteurs sont plutôt plus calmés... bah voilà. N°5

Ils évoquent davantage la nécessité pour la relation de ne pas être trop systématique et rigide en termes de mésusage mais sans être laxiste. Pour eux la difficulté à savoir n'est pas liée qu'à des manipulations mais peut être en rapport également avec une certaine culpabilité du patient envers son geste. Ils ont plus d'expériences de mésusages problématiques (injection, sniff, alcool, polyprescriptions).

On les voit souvent ces gens-là, méthadone on les voit tous les 15 jours, Subutex® toutes les 4 semaines. Moi je vais pas reposer toutes les questions, « Vous le prenez bien? Sous la langue? Le matin? Toute la dose le matin? [...] » Je leur dis pas à chaque fois. De temps en temps je vais y revenir mais je pense que si on le fait à tous les coups on risque une opposition et une résistance. N°18

Faut être à l'écoute et puis un peu essayer de... mais ils avouent rarement. C'est toujours par un tiers qu'on apprend. On peut pas savoir. J'arrive pas toujours à les faire déshabiller pour me montrer rien du tout. Y a une espèce de... ils se culpabilisent souvent après... une culpabilité je crois. C'est souvent quand y a des problèmes, quand ça crée des problèmes familiaux que on apprend ça mais autrement comment voulez vous apprendre? N°1

Les pratiques de mésusage qui posent le plus de problèmes c'est quand les gens continuent d'injecter très régulièrement c'est à dire quotidiennement la buprénorphine après 2 ou 3 ans de traitement. Même avant ça quelquefois... N°7

Ils montrent que leurs expériences leur ont permis d'aborder davantage de choses avec le temps, de dédramatiser, d'apercevoir des aspects positifs et d'améliorer leur prise en charge. Ces améliorations comprennent l'établissement d'un contrat ou d'un protocole, la nécessité de faire confiance, savoir donner la possibilité de parler du mésusage, ne pas faire la

morale, être souple, savoir revoir les gens souvent et mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire.

J'ai appris petit à petit par exemple à parler du sniff aussi. Ne pas me focaliser sur l'injection et voir que le sniff il fallait en parler aussi. [...] J'évoque plus facilement un éventail de mésusages possibles. N°7

Ah bah voyez vous moi je considère pas ça comme quelque chose de négatif. Je pense que c'est un moyen d'avoir contact avec le produit, avec le médecin à un moment donné et ils reviendront quelquefois une ou deux fois et puis on sait très bien que ils doivent pas être si « clean » que ça. Et puis à un moment donné il se dit « Bon je m'occupe vraiment de moi et cette fois-ci c'est fini l'héroïne. » N°18

Vous voyez sur le mésusage faut être assez pas laxiste, faut être assez souple. On va passer par des périodes de mésusage et quoi? On dit non? On dit « Ben vous viendrez me revoir quand vous aurez décidé de bien... » Qu'est-ce qu'on fait on les renvoie dans la rue pour acheter du produit et pour...? Donc on voit bien que... hein? On reprend, machin, prescriptions à la journée, machin. N°5

Leurs attentes sont surtout une meilleure formation des médecins, une meilleure collaboration bilatérale avec les structures. Elles concernent aussi parfois des structures d'hospitalisation adaptées et les traitements que ce soit l'accès à la méthadone ou l'arrivée prochaine d'une association buprénorphine-naloxone. Pour certains, il faut accepter un certain niveau de mésusage inévitable et ne pas contraindre davantage l'accès au traitement. Par contre, ils s'opposent à un cadre plus strict.

Je crois que c'est clairement par une formation bien faite des médecins prescripteurs qui comprendront à ce moment-là que l'enjeu n'est pas la persistance d'un vice ou une tromperie délibérée du prescripteur ou... mais simplement la persistance de pratiques toxicomaniaques qui font partie de l'économie psychique des sujets, qui doivent être prises en compte comme telles d'un point de vue médical, pas d'un point de vue moral. [...] Et je pense qu'aujourd'hui il faut établir des suivis conjoints [...] Il faut bien leur dire dès le départ que le patient, un, ils en auront des nouvelles très régulièrement et quand il sera à peu près équilibré ils le retrouveront et qu'ils vont pas s'en débarrasser,

et que pour ceux qui suivent 80-90% des patients, on peut leur donner un avis de temps en temps et même la structure spécialisée devrait leur donner un avis spécialisé de temps en temps sur le suivi de ces patients-là. Il faut donc que la structure spécialisée s'adapte à ça. Et je pense que c'est l'évolution qui est en cours. [...] La création quand ça n'existe pas de structures institutionnelles d'accès beaucoup plus facile à la méthadone, oui ça, ça me paraît une bonne chose. N°7

Moi je crois qu'il faut être... il faut accepter ça. On pourra pas empêcher ça avec ce type de population. Je vois pas comment enfin ça fait partie de la prescription de savoir qu'ils vont associer. Ca fait partie de leurs usages de leurs toxiques d'associer, de prendre plus... Donc je vois pas d'un coup comment on voudrait qu'avec ce produit-là ils soient cadrés. Ca me semble vraiment totalement irréaliste. N°5

Je pense que plus vous allez avoir un cadre strict, moins on aura de gens en traitement, moins on sauvera de vies. Donc toute augmentation de la difficulté à se procurer un traitement va augmenter le trafic. N°7

L'ensemble de ces idées sont renforcées par la formation notamment chez le « formateur ». Néanmoins parmi ces médecins, certains débordements ont pu se produire notamment chez le « prescripteur ».

Vous avez le gars qui a deux fois 16 milligrammes par jour et qui au bout de 10 jours vient vous dire qu'il en n'a plus. Ca va pas quoi. Là y a un problème. D'abord on est drôlement embêtés nous. Qu'est-ce qu'il faut faire? Une autre ordonnance? Le gros problème qui se passe, là la Sécu va nous massacrer parce que sur l'ordi ça va remonter un jour ou l'autre là-bas. Ne pas faire? [...] Vous imaginez que je le connaisse depuis 3-4 ans. Il allait mieux. Il a déconné, il a plus de médicaments. On peut pas le laisser tomber. N°6

III.2.3. Difficultés et attentes communes

En ce qui concerne la prise en charge du patient, les difficultés se portent d'abord sur

la démarche de soins qui est difficile, parfois ambiguë. L'adhésion est fragile. Les rendez-vous ne sont pas toujours respectés. La « médicalisation » et les prises en charges extérieures sont peu acceptées. La psychothérapie jugée indispensable est difficile à mettre en oeuvre. La relation est exposée aux manipulations, parfois à la violence. Des craintes sont exprimées notamment chez les femmes. On retrouve un certain isolement vis à vis de spécialistes et de structures parfois peu accessibles et ne communiquant pas assez. La prise en charge peut être source de désaccord au sein d'une association compte tenu de l'image renvoyée à la clientèle. Des risques disciplinaires et judiciaires sont évoqués en cas de polyprescriptions.

C'est dur et pour avoir des résultats même déjà quand ils sont pris dans les réseaux je vous dis... ils abandonnent très très facilement. On les perd de vue. C'est très démotivant. Vous avez l'impression d'en tenir un où vraiment vous avez l'impression que ça y est on va pouvoir faire quelque chose, y a du répondant, y a du potentiel, et puis du jour au lendemain vous le voyez plus. [...] Il voulait pas trop se médicaliser non plus. On avait voulu faire prendre en charge en même temps son hépatite C donc il est parti faire une PBH à XXX et puis le jour en fait où on devait démarrer le traitement y a eu plus personne. Donc une certaine réticence on va dire vis à vis de l'environnement médical.

N°13

Bon c'est toujours difficile des relations de confiance avec des gens qui bon... qui sont dépendants donc quand ils sont dépendants, ils sont pas... ils mentent forcément. Ils mentent forcément un peu mais bon ceci dit, on sait qu'ils mentent et ils savent qu'on sait qu'ils mentent donc... [...] C'est des relations qui sont biaisées c'est clair. N°14

Mais déjà regardez moi ici, ça c'est des coups de couteau. (Elle me montre une entaille sur son bureau) [...] Bah je dis « T'en as contre moi? » Il me dit « Non, j'en ai contre la société. » Oh je dis « Bah range ton couteau, on va parler un petit peu. » [...] Il faut pas s'énerver, il faut pas montrer que vous avez peur alors que vous avez vachement peur. [...] Vous avez les psychiatres, les structures psychiatriques ils en veulent pas. C'est pas facile hein. [...] (Structures) Quand j'avais des difficultés ça marchait bien mais ils sont pas ouverts 24 heures sur 24. N°1

(Structures) J'ai jamais de courrier de leur part ou très rarement. N°3

Concernant le mésusage la prévention est difficile. Cette pratique est perçue le plus souvent comme inévitable. Des responsabilités sont mises en cause : certaines attitudes médicales, les modalités de prescription, de délivrance et l'inadaptation des structures aux sujets les plus précaires, difficiles à cadrer en médecine de ville. Des vols d'ordonnances sont relevés. Les co-prescriptions de benzodiazépines sont inévitables pour certains.

Le mésusage peut être une solution ressentie de la toxico ou du toxico, peut être ressentie comme une solution immédiate à toutes les problématiques. Donc effectivement je suis obligé de me planter. N°20

Et puis attendez moi j'ai des patients que je soigne pour une pathologie que j'ai jamais voulu mettre sous Subutex® parce que je sais qu'ils se droguaient pas mais qui simplement voulaient avoir du Sub' pour le revendre place XXX. Et bah j'ai appris qu'ils allaient chez un médecin XXX par eux même. « Tu veux pas m'en donner bah je vais XXX. » Ouais bah je dis « Bah va, va XXX. » On a dû déjà vous raconter ça non? Et il va XXX, il délivre. N°1

(Durée de prescription) Tous les mois déjà c'est trop long. Beaucoup trop long. Même si ils sont demandeurs c'est beaucoup trop long. N°13

En particulier quand on a une structure de soins spécialisés qui n'est pas adaptée à la prise en charge des gens en grande précarité, il faut pas s'étonner que des médecins libéraux prennent en charge des gens en grande précarité et quelquefois les prennent en charge mal. N°7

Et puis bah c'est vrai que c'est facile à dire quand on est dans son bureau comme ça, l'association aux benzos mais d'autre part c'est des gens qui picolent donc c'est des gens qui veulent moins boire des fois, donc si vous leur donnez rien pour les calmer, vous faites comment vous? [...] Bah quelqu'un qui voilà, tu... vous voulez le calmer comment quand il est anxieux? Vous lui donnez de l'eau de pluie, en lui disant : « Bah c'est déjà pas mal que t'aies ça »? Bah non, ils ont besoin. N°5

La recherche d'un mésusage peut être difficile en cas de suivi irrégulier ou de refus d'examen. Ce sont parfois les médecins qui ne cherchent pas. Le contrôle des

polyprescriptions est reporté sur l'Assurance Maladie dans une certaine mesure. D'autres ignorent certaines modalités de contrôle (sur le site de l'Assurance Maladie, par exemple). Savoir qu'il y a un mésusage est donc difficile.

Bon la personne dont je parlais XXX, c'est un patient qui n'a pas beaucoup de moyens et qui souvent se fait renouveler son ordonnance comme ça par téléphone. Il vient pas forcément à la consultation donc c'est difficile de réévaluer. [...] En gros, il vient tous les 3 ou 4 mois. N°12

Je le vois tous les 15 jours, avec un grand sourire là. Il s'assoit, il fait son chèque et ça dure quoi, 3 minutes quoi. [...] C'est un plaisir quoi. Il arrive. Il s'assoit là. Il fait son chèque, moi aussi mon ordonnance. Bon on se dit 2-3 mots et puis... N°19

Les gens vous disent des choses. Si ils veulent vous en cacher de toute manière ils les cacheront. N°16

(Contrôle sur le site de l'Assurance Maladie) **Je pense que voilà c'est pas au médecin de coiffer la casquette du contrôle [...] de manière trop évidente et de faire ce traçage-là. Par contre c'est le rôle du médecin contrôleur de convoquer le patient et puis si le patient ne vient pas aux convocations de le signaler à ce moment-là au médecin prescripteur. Mais non moi je pense que ça nuit à la relation de confiance quand c'est le prescripteur qui peut vérifier. Mais quand c'est le médecin contrôleur qui fait ça, ça n'est que s'assurer des bonnes pratiques. N°7**

La découverte d'un mésusage peut être vécue difficilement. Les réactions sont diverses de l'incompréhension à l'échec mais parfois aussi la colère, la trahison. La responsabilité face à un danger est également évoquée. Le départ de certains patients lorsque des polyprescriptions sont repérées rend impossible toute prise en charge. L'action de la sécurité sociale est jugée parfois insuffisante. Les conséquences du mésusage d'un patient peuvent être une vigilance accrue parfois un arrêt de prise en charge.

Toute chose désagréable en médecine est générateur d'une émotion chez celui qui l'entend. Donc d'abord et avant tout mais subrepticement et pas très longtemps un sentiment de colère. Elle ou il a rompu le contrat. Bon et puis tout de suite après bon y a

comment dire? Y a l'aveu, l'expiation et puis l'absolution. Donc on va intégrer cet aveu-là dans 2 démarches. Si on me le dit c'est que l'on me fait confiance et si on me le dit c'est que l'on exprime une difficulté qui n'a pas dû être abordée avant. Donc ça renvoie aussi quelque part à un sentiment d'échec partagé d'où aussi une deuxième colère : « Dieu que je n'ai pas été bon. » ; et à aussi une culpabilité : quand l'autre avoue une faute c'est aussi qu'on n'a pas su l'en empêcher. Donc on en rit souvent parce que je dis ça comme ça « On n'a pas été très bon » et puis on essaye de comprendre pourquoi. Donc le sentiment d'abord c'est la colère et puis après... pas forcément un sentiment d'impuissance..., un sentiment de colère, d'irritation au premier degré et puis après le sentiment qu'on n'a sans doute pas tout abordé ni tout compris, sûrement pas tout compris. N°20

J'ai eu le cas d'un gars. Il poussait tellement loin le bouchon que la Sécu s'en est rendue compte. Celui-ci c'était tous les jours qu'il voyait un médecin. Ils l'ont convoqué. Ils lui ont fait la morale. Ils lui ont demandé de choisir un médecin, de choisir un pharmacien. Donc j'étais le médecin. Ca a duré un mois puis après il a recommencé. La Sécu s'en rend pas compte donc pas beaucoup d'efficacité dans ces mesures-là. N°11

Quand vous avez des ennuis avec la Sécu comme quoi vous avez trop prescrit parce que le gars manifestement il a triché sur les ordonnances, ou il a trop pris ou il a eu un rapport avec plusieurs médecins, on fait très attention après. N°6

Des médecins s'opposent à certaines propositions : l'hospitalisation qui peut engendrer d'importantes difficultés à la sortie des patients ; l'investissement dans un réseau qui peut être une charge de travail supplémentaire ; un accès facilité à la méthadone qui risque d'être source de dérives et d'overdoses ; le recours à d'autres traitements non « détournables » pour lesquels les patients se tourneront vers d'autres produits ; des traitements injectables qui bénéficieraient à peu de patients et empêcheraient l'éloignement des pratiques toxicomaniaques ; l'information sur les risques jugée inutile pour des patients qui en savent beaucoup.

Qu'est-ce qui se passe à la sortie? La brutalité de la rechute à la sortie pour un certain nombre. Voilà c'est pas forcément la panacée. Je crois qu'il faut mieux qu'il y ait un travail qui soit fait sans hospitalisation, moi je crois hein. N°5

C'est bien le réseau mais bon c'est... le problème du réseau c'est que c'est quand même lourd. Sur le plan administratif c'est... (soupir) N°14

Vu le profil de la méthadone moi je pense qu'on aura plus de morts. N°16

Bah si vous me dites tout à l'heure que le Subutex® et compagnie ils étaient capables de se l'injecter... de toute façon ils arriveront toujours à s'injecter quelque chose. N°14

III.3. Synthèse

Les médecins et patients de notre étude sont représentatifs des médecins généralistes et des patients sous TSO d'Ille et Vilaine sauf en termes d'âge et de doses quotidiennes de traitement. Le principal motif de non prescription est l'absence de sollicitation. Les médecins prescripteurs sont essentiellement des hommes, en association, exerçant dans un pôle urbain. Un tiers seulement a reçu une formation mais la majorité a des relations avec une structure. Ce motif de consultation est relativement peu fréquent. Chaque médecin prescripteur suit en moyenne un peu plus de trois patients régulièrement pour ce type de traitement. Un tiers de ces médecins prescrit à la majorité des patients. Les patients sont majoritairement des hommes sous buprénorphine suivis par le profil de médecin que nous venons de décrire. Un mésusage est observé chez environ 3 patients sur 10. Le principal mode de découverte est la déclaration du patient. Il s'agit de co-consommations d'alcool le plus souvent. L'observation de polyprescriptions ne montre pas de différence significative avec les données de l'Assurance Maladie mais elle est plus proche du seuil de 5 prescripteurs que de 3 pour la buprénorphine. L'observation de mésusages semble moins fréquente chez les médecins qui prescrivent le plus.

On retrouve principalement deux types de médecins. Les médecins suivant peu de patients et les médecins suivant de nombreux patients. Les médecins suivant peu de patients montrent globalement peu d'intérêt pour cette prise en charge et la limitent dans leurs pratiques. Ils se disent peu confrontés au mésusage et se sentent relativement impuissants. Ils ont moins de connaissances en particulier à la campagne. On constate une réaction de jugement défavorable au patient plus fréquent en ville. Leurs attentes concernent surtout le

contrôle et une prise en charge spécialisée. Certains médecins formés de ce groupe se dégagent de ces opinions et tendent à rejoindre les médecins suivant de nombreux patients. Les médecins suivant de nombreux patients ont une attitude plus ouverte envers les patients. Leurs connaissances sont meilleures. L'attitude est relativement souple et peu « inquisitrice » face au mésusage, mais le plus souvent sans laxisme. Leurs expériences leur ont permis d'améliorer leurs prises en charge. Leurs attentes sont tournées vers les pratiques collaboratives et la formation voire même une certaine tolérance du mésusage. La formation leur apporte davantage de connaissances. Des débordements peuvent apparaître. Les pratiques de mésusage sont le plus souvent perçues comme inévitables. Elles sont peu recherchées pour différentes raisons notamment pour ne pas affaiblir la relation. La connaissance des mésusages est limitée et difficile. Une certaine distinction existe entre les polyprescriptions dont le contrôle doit être plutôt assuré par l'Assurance Maladie et les autres types de mésusage. Les principales difficultés de prise en charge concernent d'abord l'adhésion des patients, un certain isolement et les limites d'action de l'Assurance Maladie. La découverte d'un mésusage peut entraîner un vécu pénible et être source de vigilance accrue voire de rejet.

IV. DISCUSSION

IV.1. Résultats et implications

Nous avons répondu aux principaux objectifs de notre étude qui étaient d'évaluer d'une part la qualité de l'observation des médecins généralistes et d'autre part leurs difficultés et leurs attentes face au mésusage des traitements de substitution aux opiacés. Nous venons de faire la synthèse des principaux résultats. Ils révèlent un certain manque de formation et d'expérience des médecins généralistes. Ils laissent supposer également un manque de recherche et une sous-évaluation des mésusages qui semble prédominer chez les médecins qui prescrivent le plus. Les difficultés éventuelles des patients avec leur traitement sont donc mal connues. Par ailleurs, les médecins semblent ne pas avoir réellement les moyens d'éviter ces pratiques. Ils ont pour certains un sentiment d'échec et ils demandent du soutien.

IV.2. Forces et faiblesses de l'étude

Il faut souligner l'originalité de l'étude qui n'a pas d'équivalent dans la littérature. Elle évalue l'observation des médecins généralistes concernant tous les types de mésusages ainsi que les différents modes de découverte. Elle se concentre sur les difficultés et attentes des médecins généralistes face au mésusage. Elle ne concerne pas seulement des médecins généralistes intervenant au sein de réseaux ou associations mais aussi ceux qui suivent peu de patients, c'est à dire la part la plus importante des médecins généralistes. Deux notions nouvelles apparaissent : une observation plus faible parmi les médecins qui prescrivent le plus et une certaine sous évaluation des mésusages. Les résultats confirment en outre les données de la littérature. Cependant il faut être prudent compte tenu des limites que nous allons décrire.

Pour le volet quantitatif, nous avons réduit les biais de sélection lors de la constitution de l'échantillon. Pour cela nous avons réalisé un tirage au sort et effectué des ajustements pour améliorer la représentativité statistique. Cependant des biais ont pu

apparaître. Il y a eu en effet des refus de participation qu'il a fallu remplacer. De plus, la liste de médecins s'est appuyée sur la base de données des Pages Jaunes qui n'est pas la source la plus fiable mais la seule source nominative disponible et permettant facilement de distinguer les médecins généralistes ayant un exercice hospitalier ou de type particulier. L'Ordre des médecins ou l'Assurance Maladie ne fournissaient pas de données nominatives permettant de constituer un échantillon. Par ailleurs, l'échantillon est petit et donne donc des résultats difficilement extrapolables. La raison est qu'il fallait réaliser également des entretiens sur un nombre nécessairement limité de médecins généralistes compte tenu des moyens de l'étude. En ce qui concerne le recueil des données, nous avons essayé de diminuer les biais de classement en envoyant systématiquement par courrier la définition du mésusage avant la réalisation du recueil, en la rappelant en début d'entretien et en demandant de préparer les dossiers des patients. Cependant des médecins ont pu ne pas bien saisir la définition du mésusage qui a des aspects divers et parfois peu précis. Par ailleurs d'autres n'avaient pas préparé les dossiers pour différentes raisons et ont fourni des données de mémoire, ce qui est d'autant plus difficile lorsque le nombre de patients suivis est important. Ceci constitue un biais de mémorisation. Pour ce qui est de l'analyse, la représentativité des différents groupes a été évaluée au regard des données de l'Assurance Maladie, données les plus fiables disponibles. Cependant les définitions choisies pour les prescripteurs et les patients sous TSO peuvent constituer un biais au niveau du classement. Les méthodes statistiques utilisées nous semblent adaptées pour établir la représentativité des groupes et comparer de petits effectifs.

Pour le volet qualitatif, l'échantillon de médecins ne devait pas répondre à une représentativité statistique mais représenter la diversité des opinions. C'est pourquoi n'ayant pas obtenu d'entretien avec certains types de médecins à l'issue du tirage au sort, nous avons réalisé de nouveaux entretiens afin d'obtenir au mieux la saturation des données. Cependant, certains types de médecins auraient pu être mieux représentés notamment les femmes, les médecins de moins de 40 ans et les médecins suivant de nombreux patients non formés. Ce type d'étude était le plus adapté pour recueillir l'expérience des médecins et leurs subjectivités. Malgré tout, on se heurte à plusieurs limites. Il faut rappeler encore une fois que la définition du mésusage est complexe. Certaines questions de l'entretien étaient ambiguës en particulier celles concernant les propositions des entretiens exploratoires (liées à des réponses ambiguës également). Le contexte de l'entretien a pu influencer parfois les réponses des médecins

(retard, fatigue...). Notons que la plupart des médecins avaient peu d'expérience dans le domaine et qu'il était donc parfois difficile de les faire verbaliser. L'analyse a été thématique et exhaustive. Il y a pu y avoir des biais d'interprétation.

IV.3. Comparaison aux données de la littérature

IV.3.1. Médecins et prescription

La part des médecins ne prescrivant pas de traitements de substitution aux opiacés dans notre étude est représentative des médecins généralistes d'Ille et Vilaine. Cette proportion est proche des données retrouvées dans les principaux travaux étudiant les médecins généralistes.^[51, 52, 53] Les caractéristiques de ces médecins « non prescripteurs » ne semblent pas non plus différer en termes de sexe et d'âge. Par contre, dans notre étude, ils exercent plus souvent en association. Ceci s'explique probablement d'une part par des disparités géographiques puisque dans une étude réalisée dans les Bouches du Rhône à peine 40% des médecins généralistes exercent en association contre environ 65% en Ille et Vilaine.^[53] Nous n'avons pas trouvé de données concernant l'influence urbaine ou rurale sur l'absence de prescription. Les principaux motifs correspondent à ceux relevés dans la littérature.^[52, 54] Ils sont moins développés que dans l'étude de Bombardier qui avait interrogé 211 non-prescripteurs. Si on écarte la réponse « Ils ne se présentent plus », première dans l'ordre de fréquence dans le travail cité et réponse « fourre-tout » d'après l'auteur, c'est effectivement l'absence de sollicitation qui était la réponse la plus fréquente avec « la toxicomanie est un problème psychiatrique ».^[52]

Les caractéristiques des médecins « prescripteurs » sont également proches de la littérature. Cela concerne le sexe masculin, l'exercice en cabinet de groupe, la faible formation et la relation avec une structure spécialisée.^[51, 53] Par contre, nous retrouvons des différences en termes d'âge. Il est le plus souvent inférieur à 49 ans d'après l'étude de Feroni^[53] mais rappelons que notre échantillon n'est pas représentatif des médecins prescripteurs d'Ille et Vilaine en termes d'âge. On retrouve par ailleurs dans la littérature une corrélation entre forte

activité de prescription et les zones où il existe de forts effectifs de patients, c'est à dire les pôles urbains.^[51, 55]

IV.3.2. Patients sous TSO et mésusage

Comme nous l'avons vu plus haut, nos patients ne sont pas représentatifs des patients sous TSO d'Ille et Vilaine en termes d'âge et de doses quotidiennes moyennes de traitement. Malgré tout la concentration dans un pôle urbain et autour de quelques médecins assurant la majorité des prescriptions est une donnée connue.^[51, 53, 55] Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données ni sur les caractéristiques des patients tous types de mésusage confondus ni sur les facteurs pouvant influencer l'observation des mésusages. Malgré tout, le sous-dosage de buprénorphine (sans différence significative dans notre étude) est un facteur favorisant connu dans la survenue d'un mésusage.^[37, 38]

Dans notre étude, le recours à l'injection de buprénorphine est relevé chez 7% des patients, le sniff et la voie orale chez 2%. Ces chiffres sont inférieurs aux données existantes en médecine générale. Le recours à l'injection depuis l'initiation du traitement y est retrouvé avec des fréquences d'utilisation variables chez 23 à 32% des patients et 30 à 47,5% pour le sniff.^[56, 57] Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données sur la voie orale en situation de médecine générale. La voie inhalée est exceptionnelle d'après l'enquête OPPIDUM même si la population étudiée issue essentiellement de structures ne peut être assimilée à la population rencontrée en médecine générale. En ce qui concerne la méthadone, nos résultats viennent confirmer les données de la littérature pour la France retrouvant d'exceptionnels cas d'usages par d'autres voies d'administration.^[27] Les résultats concernant d'éventuelles consommations abusives sont en accord avec les données existantes.^[28] Pour ce qui est du fractionnement des prises de buprénorphine nos chiffres sont très en dessous des données retrouvées, c'est à dire environ 58% des patients sous BHD dans l'étude de Berny.^[57] En ce qui concerne la co-consommation d'alcool et de BHD, nos chiffres sont comparables à la littérature si on parle d'alcoolodépendance.^[56] Ils sont largement inférieurs si on parle de simple association qui est alors retrouvée chez 75% de patients sous BHD et est donc

également le premier mésusage rencontré.^[57] Pour les polyprescriptions, nos résultats sont comparables à la littérature pour un seuil de 3 prescripteurs en ce qui concerne la méthadone. Nos valeurs deviennent comparables pour la BHD au seuil de 5 prescripteurs.^[28] Il faut noter que le taux de polyprescriptions au seuil de 3 prescripteurs est inférieur en Ille et Vilaine puisqu'il concerne 15% des patients sous BHD contre 25% dans l'étude nationale de l'OFDT.^[36] En ce qui concerne l'acquisition illégale, les médecins interrogés n'en ont pas parlé. Pourtant les études montrent que 20% des patients sous buprénorphine et 5,5% sous méthadone y auraient parfois recours.^[27, 57] Par ailleurs, la déclaration du patient est déjà soulignée comme mode principal de découverte dans l'étude de Lalande.^[16] Ces chiffres viennent confirmer une sous-évaluation des mésusages par les médecins généralistes, une difficulté à évaluer qui semble prédominer sur les voies d'administration, le fractionnement des prises, les associations en particulier à l'alcool, l'acquisition sur le marché parallèle et les polyprescriptions. Certaines nuances sont à apporter. En ce qui concerne l'alcool, les données peuvent correspondre à la littérature en termes d'alcool-dépendance ce qui peut signifier une connaissance de ces problèmes à un certain stade. Il en est de même pour les polyprescriptions qui peuvent avoir été identifiées plutôt lorsque le nombre de prescripteurs est supérieur à 5.

IV.3.3. Difficultés et attentes

En ce qui concerne les difficultés de prise en charge des patients toxicomanes, nous retrouvons les thèmes abordés dans diverses études traitant de la prescription des traitements de substitution.^[16, 52, 54] Ces mêmes difficultés sont retrouvées à l'étranger.^[58, 59, 60] Ceci laisse imaginer des difficultés constantes malgré des cadres de prescription différents : comportement des toxicomanes, représentations et attitudes des médecins face aux usagers de drogues, manque de formation des médecins, manque de structures... On retrouve par ailleurs dans la littérature des points communs avec la prise en charge des addictions en médecine générale à savoir : un motif de consultation rare, des représentations sur les produits et les patients, un désengagement des médecins envers la psychologie, la crainte de perdre du temps, une lassitude par ingratitude et inefficacité suite à des situations difficiles, un sentiment d'incompétence rarement suivi d'une formation.^[61] Les données sont relativement

rares concernant les difficultés plus spécifiquement liées au mésusage. Nous sommes en accord avec l'étude de Lalande sur de nombreux points.^[20] Les médecins affirment que les pratiques de mésusage sont en partie inévitables. La recherche de ces pratiques est difficile et limitée. Le contrôle systématique est considéré comme nuisible pouvant répugner au médecin par son allure inquisitoriale (terme utilisé par un des médecins de notre étude). Les dissimulations sont courantes et reposent également sur un problème de honte de la part du patient. Le savoir est fragile et dépend de la déclaration du patient principalement. Il en découle pour certains un pragmatisme fondé sur l'expérience et la nécessité d'apporter sa confiance. Ceci correspond aux médecins les plus expérimentés de notre étude. En effet l'étude de Lalande concernait des médecins d'une association et d'un réseau. Par contre nous n'avons pas retrouvé en tant que tel le découpage des profils réalisé dans l'étude citée. Les différentes attitudes y sont classées entre un souci moral, un souci médical et un souci du respect de la prescription. Pour le souci moral, « la persistance de telles pratiques est un échec du registre de l'impuissance mais aussi de l'indignation lorsqu'elles sont source de trafic avec trahison et mise en cause de sa responsabilité ». Le souci médical implique « une tolérance de ces pratiques tant qu'elles n'exposent pas les patients à des risques supplémentaires ». Le souci du respect de la prescription « intègre en partie les 2 derniers avec une certaine indignation de la trahison sur le plan médical seulement ; d'autre part il n'y a pas de véritable indifférence aux pratiques mais une distinction, certaines préférences. » Dans notre étude, le souci médical pourrait correspondre aux médecins suivant de nombreux patients tandis que le souci moral correspondrait davantage aux médecins en suivant peu. Les médecins relevant du « souci du respect de la prescription » sont plus difficiles à identifier. Cela semble faire appel à certaines limites et certaines connaissances qui relèvent peut-être des médecins formés.

En ce qui concerne les attentes, les données existantes concernent principalement des médecins dont la plupart ont reçu une formation et participent à un réseau.^[57] Parmi les propositions de l'étude réalisée en Charente-Maritime, nous retrouvons la question de la formation mais qui est proposée comme obligatoire dans l'étude citée. Nous avons également abordé la question du Suboxone®, de l'accès à la méthadone, de la prise en charge psychiatrique (pluridisciplinaire), du protocole de soins et de la relation de confiance (cf III.2.2.b. Médecins suivant de nombreux patients). De même, la restriction de l'offre autour de quelques médecins et une certaine tolérance vis à vis d'un mésusage inévitable ont été

évoqués. Nous nous différencions sur la dimension de contrôle qui n'apparaît pas ou peu dans l'étude de Berny qui est là encore probablement liée à la plus faible expérience des médecins que nous avons interrogé. Nous retrouvons par contre cette notion dans l'étude de Barboteau réalisée dans notre département.^[54] De même nous évoquons davantage le travail conjoint au sein d'un réseau ou avec l'aide d'une structure, de meilleurs supports d'information, besoins probablement moins perçus par des médecins qui faisaient presque tous partie d'un réseau. Ce besoin de collaboration a déjà été formulé dans le passé dans l'étude de Gagnon.^[62] A l'inverse nous ne retrouvons pas dans nos propositions la primo-prescription de méthadone en médecine générale pourtant citée dans l'étude de Barboteau. Encore une fois nous avons probablement interrogé moins de médecins expérimentés que dans ces études. Il en est de même pour d'éventuels traitements injectables. En ce qui concerne le patch et les contrôles urinaires cités dans l'étude de Berny, la question n'a pas été abordée en tant que telle de notre côté.

L'influence de la formation et du nombre de patients suivis sur les opinions et attitudes a déjà été relevée dans certaines études. Globalement pour les médecins formés et suivant de nombreux patients, les conditions préalables à la prise en charge sont moins fortes, la connaissance des patients et les attitudes de prescription sont meilleures.^[52, 53, 58] L'installation d'un rapport de forces nourri de facteurs contre transférentiels et de présupposés à connotation morale est décrit par Bombardier au sujet des médecins suivant peu de patients.^[52] Le jugement défavorable envers les patients que nous décrivons chez ces médecins pourrait donc résulter en partie d'un contre-transfert, d'une participation des affects qui vient perturber la neutralité nécessaire aux soins. Le sous-groupe « campagne », que nous n'avons pas retrouvé dans la littérature, ne reflète sans doute qu'un degré supplémentaire de sous-exposition à ces patients, à la formation et à une aide éventuelle.^[51] La stabilité des réponses dans le temps nous laisse supposer une faible évolution des opinions et attitudes depuis le début des années 2000.

IV.4. Hypothèses et propositions

IV.4.1. Manque de formation

Ce manque de formation a des causes diverses. Il s'agit d'abord d'une faible confrontation. Celle-ci est d'autant plus faible que la Bretagne est une région où les effectifs de toxicomanes sont faibles.^[55, 63] Comme cité précédemment nous pouvons ajouter des représentations morales fortes au sujet des usagers de drogue, l'inefficacité ressentie dans certaines situations et une aversion pour la psychologie qui aboutissent à un faible investissement.^[61] Nous devons y ajouter l'organisation de la formation. Lors de la mise sur le marché des traitements de substitution aux opiacés la formation a pu dépendre de stratégies locales différenciées des DDASS, réseaux et laboratoires pharmaceutiques.^[14, 55] Beaucoup n'en ont pas bénéficié. L'arrivée de ce traitement a été relativement brutale dans un contexte de réduction des risques face au VIH notamment. L'accompagnement nécessaire n'a pas été apporté et le savoir-faire a été acquis principalement par l'expérience.^[16] Par ailleurs, l'enseignement au cours du cursus médical est pauvre et théorique. La place donnée aux addictions est minime et concerne au plus quelques heures, ce qui est peu face aux fréquentes complications médico-psycho-sociales liées à ces comportements. C'est plus généralement la place de la prévention en médecine qui se pose, savoir intervenir avant les complications bien connues des médecins.

La place des addictions et de la prévention devraient trouver une plus grande place au cours des études médicales. Un stage dans les structures spécialisées d'addictologie pourrait être réalisé d'autant plus que les problématiques psychologiques, sociales et addictives sont courantes dans la population. Par ailleurs, il faut inciter les généralistes à se former. Les bénéfices d'une formation adéquate ont été démontrés.^[64] La formation des médecins des pôles urbains notamment ceux qui prescrivent le plus est primordiale. Ils assurent la majorité des prescriptions. Une formation volontaire trouve les limites que l'on connaît. Il sera difficile de contraindre les médecins à une formation obligatoire en dehors du cadre des études. Enfin une formation préalable à la possibilité de prescrire risque de

restreindre l'offre en contraignant les médecins. C'est donc aux réseaux et structures de communiquer autant que possible sur le terrain en s'invitant aux réunions de FMC. L'obligation de formation, elle, peut se concevoir si elle ne vient pas freiner les initiatives de prescription, c'est à dire si les généralistes ont déjà quelques patients ou depuis une certaine durée. Réfléchissons à l'exemple de Genève où tout médecin généraliste peut prendre en charge jusqu'à dix patients sous méthadone mais doit, au-delà, recevoir une formation particulière, travailler en réseau et rendre des comptes à l'autorité sanitaire.^[65] La formation pourrait également devenir obligatoire en cas d'incident : décès de patient, hospitalisation pour complications, polyprescriptions. Elle pourrait être à l'initiative de l'Assurance Maladie dès qu'il y a connaissance d'une prescription de TSO par un médecin. Par ailleurs elle pourrait prendre la forme de visites au cabinet telles celles assurées par les délégués de l'Assurance Maladie. On pourrait imaginer également des mesures incitatives comme le droit à une rémunération forfaitaire ou une valorisation de l'acte en échange d'une formation et de certains engagements.

IV.4.2. Sous-évaluation des mésusages

Ce qui entre en jeu est ici le problème du diagnostic dont on a vu qu'il est limité et repose en grande partie sur les déclarations du patient. Les mésusages observés pourraient correspondre, d'après nos comparaisons à la littérature, aux formes les plus évidentes, celles qui entraînent des complications médicales, sociales, judiciaires. Des travaux supplémentaires devront être menés pour confirmer cette hypothèse . Les médecins sont par ailleurs opposés à une recherche systématique trop intrusive pour ne pas fragiliser la relation médecin-patient. La volonté de savoir est comme « bridée » par une certaine pudeur. L'éventuelle implication des médecins qui prescrivent le plus dans cette sous-évaluation pourrait être expliquée par différentes notions. Ils semblent notamment avoir des conditions de prise en charge moins strictes.^[52] Cela peut peut-être contribuer à une moins grande focalisation sur le mésusage. Ces médecins accueillent aussi davantage de patients précaires chez qui le mésusage est peut-être plus difficile à déceler.^[62] Ces hypothèses doivent être vérifiées. Il y a également un jeu de dissimulation dont l'origine tient en partie à l'illégalité des consommations de drogues mais

aussi à une certaine culpabilité qui en découle.^[16]

Alors comment améliorer ce savoir? Ce savoir est essentiel. Il doit être le plus précoce possible afin d'éviter les complications. Hormis le trafic et l'acquisition sur le marché parallèle, le mésusage peut être considéré comme une difficulté face à son traitement au même titre qu'un effet secondaire, qu'un « inconfort » qui ne permet pas l'éloignement des pratiques toxicomaniaques. Cette difficulté nécessite donc une adaptation de la prescription que ce soit la dose, la durée, le mode de délivrance, le cadre, l'accompagnement ou le produit. Demander s'il y a un mésusage, c'est demander si le patient va bien au même titre qu'on demande à un patient cardiaque s'il est essoufflé. La recherche de mésusage devrait donc être banalisée. Ceci rejoint les pratiques de certains médecins qui ont pris le parti d'en banaliser non pas la pratique mais le fait d'en parler en l'évoquant souvent et parfois avec humour. Un spécialiste interrogé lors des entretiens exploratoires suggère d'évaluer l'usage simplement par un : « Combien? Comment? Quand? » Une recherche verbale systématique, brève et qui n'occupe pas toute la consultation ne devrait pas constituer un obstacle si la relation assure la poursuite du traitement sans juger. Cette relation de confiance est primordiale comme l'affirment certains médecins. C'est une condition à l'alliance thérapeutique et aux soins. Mais il faut trouver un équilibre entre la relation et une recherche non stigmatisante, non pénalisante qui doit faire partie du suivi et du soin d'une pathologie chronique. La formation devrait améliorer cette recherche. Elle doit être ciblée en particulier sur les médecins qui prescrivent le plus. On peut par ailleurs imaginer que ce savoir pourrait être également amélioré par la pluralité des avis et les échanges sur un même patient. Une prise en charge pluridisciplinaire si elle est acceptée par le patient et fonctionne devrait le permettre. Pour ce qui est du trafic, un contrôle supplémentaire risque de stigmatiser encore davantage les patients alors qu'ils semblent être très peu à le pratiquer réellement.^[28] Il risque par ailleurs de réduire l'accès au traitement et de diminuer son impact comme ce fut le cas du carnet à souche pour le Temgésic®.^[5] On peut penser que le contrôle de la sécurité sociale suffit, d'autant plus que son action semble relativement efficace depuis 2004.^[28, 30] Cependant on ne peut pas reprocher à ceux qui doutent le plus de faire des vérifications supplémentaires notamment au moyen de la carte vitale sur l'espace web médecins du site internet de l'Assurance Maladie. Cela peut leur permettre de prescrire dans de meilleures conditions.

IV.4.3. Pratiques difficiles à éviter

Nous avons vu que ces pratiques de mésusages ont des origines et des fonctions différentes. Il est difficile pour une personne dépendante à l'héroïne dont les systèmes neuronaux ont été endommagés^[66] d'adopter un comportement radicalement différent envers les opiacés du jour au lendemain. En outre, c'est faire abstraction de la fonction qu'a pu prendre un produit dans une vie. Cette fonction n'est en rien substituée par la seule prise d'un médicament dont les effets euphorisants sont pauvres. Il est probablement normal de rechercher les effets ou de reproduire les gestes qui ont permis un certain équilibre jusque-là. Les médecins ont par ailleurs peu de maîtrise sur l'usage réel du traitement si les conditions de délivrance ne sont pas contraignantes. C'est le cas uniquement lors de la délivrance quotidienne avec prise sur place. De mauvaises attitudes de prescription favorisent également le mésusage. Elles peuvent s'expliquer par un manque de connaissances mais aussi par une relation thérapeutique où les limites sont trop faibles. Cela peut être à l'origine de débordements. Tout se passe un peu comme si les patients des médecins prescrivant peu se dirigeaient en raison notamment de contraintes et de sous-dosages vers les médecins prescrivant plus mais qu'ils trouvaient là parfois un cadre insuffisant. L'étude de la relation médecin-patient faite par Guichard et l'étude des facteurs de polyprescription par Feroni semblent aller dans ce sens.^[36, 38] Cette hypothèse mériterait d'être vérifiée par une étude auprès de patients. Quant à l'Assurance Maladie, son action se heurte à plusieurs obstacles qui l'empêchent de réduire davantage le trafic. C'est ce que nous explique le médecin-conseil lors d'un entretien exploratoire : les analyses de données se font avec un décalage de 6 mois-1 an ; au delà des doses convenues sur les protocoles de soins, les demandes de déremboursement ne sont pas reportées sur les cartes vitales ; les demandes d'indus dans ce cas ne sont souvent pas solvables chez les patients précaires. De plus, le trafic s'organise et devient plus difficile à détecter avec vols et locations de cartes vitales, envoi de personnes chez des médecins par des dealers, consultations de médecins en dehors du département de résidence.^[22]

La réduction du mésusage passe d'abord par une amélioration des prescriptions. Des

recommandations ont été éditées comme nous l'avons vu en introduction.^[1, 40, 41] Elles donnent une conduite à tenir et proposent pour le prescripteur une fiche d'information qui pourrait être développée.^[40] Il s'agit notamment de bien poser les indications en termes de traitement. La buprénorphine semble insuffisante pour certains patients notamment chez les injecteurs. La méthadone quant à elle semble apporter une meilleure satisfaction et parfois de meilleurs résultats.^[19] Un rééquilibrage des prescriptions en faveur de la méthadone pourrait réduire le mésusage. Certains pays ont fait le choix de la primo-prescription de méthadone en ville. C'est le cas de la Belgique par exemple.^[67] Compte tenu du risque d'overdose, une certaine rigueur est nécessaire qui rend difficile son initiation par un médecin non formé. L'ANRS (Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales) a lancé en 2009 une étude afin de mesurer l'impact de la primo-prescription de méthadone en médecine de ville sur les pratiques à risque de transmission du VHC (ANRS-Méthaville). Cela permettra une première évaluation en France. Le cadre de prescription de la méthadone qui est initialement le centre de soins spécialisés (ou l'hôpital) participe aux meilleurs résultats évoqués plus haut. L'établissement d'un contrat de soins peut permettre d'établir un cadre structurant la relation médecin-patient car c'est souvent moins le produit que la manière dont il est dispensé qui importe en substitution.^[20] Ce contrat aura plus de valeur s'il est appliqué par tous les médecins généralistes car le cadre offert en médecine générale est fragilisé par la diversité des pratiques. On peut imaginer un contrat-type disponible sur internet. Il pourrait être édité par un groupe de travail réunissant les différents intervenants. D'autres traitements pourraient apporter dans l'avenir une réponse à certains mésusages. Il s'agit d'abord d'une association de buprénorphine et naloxone à un ratio 4/1 dont l'injection diminue les effets voire précipite un état de manque.^[68] Cependant ses effets sur le mésusage sont contestés.^[69] Peut-être aurons nous également bientôt à disposition des patchs, des implants, des sprays par voie nasale?^[70, 71, 72] Une forme de buprénorphine de dissolution plus rapide actuellement en projet pourrait apporter un bénéfice en termes de simplicité de prise et éventuellement de mésusage.^[73] Le contrôle de l'Assurance Maladie pourrait être également amélioré afin d'être plus réactif, mieux coordonné entre les départements. Le système des cartes vitales pourrait être mieux sécurisé avec enregistrement sur celle-ci du médecin traitant et du pharmacien habituel notamment. On peut imaginer également un registre détenu par l'Assurance Maladie ou les CSST sur lequel serait noté le nom du médecin traitant et du pharmacien et qui soit consultable, ce qui rejoint un peu l'esprit du contrôle à l'aide de la carte vitale sur internet. De

même, il y a quelques années en Loire Atlantique le carnet de santé devait être présenté en pharmacie pour obtenir la délivrance de médicaments. Cela peut néanmoins renvoyer vers la rue et le marché noir les patients les plus sensibles à la stigmatisation et aux contraintes. Pour les patients, il faut garder en tête la fonction qu'avait ce produit, la comprendre pour éventuellement combler le vide qu'elle remplissait ou le trop plein qu'elle évacuait. Cette solution s'envisage dans un travail de psychothérapie mais aussi dans une rééducation, une réinsertion sociale qui permet de redonner un projet, un sens à la vie de ces personnes. Pour les plus malades cela peut passer par le traitement d'une psychose. La prise en charge pluridisciplinaire est donc indispensable.

Malgré tout, un certain niveau de mésusage semble inévitable.^[74] Le pragmatisme s'impose de fait. Pour ceux qui sont le plus en difficulté avec les produits il faut envisager la réduction des risques. Autrement dit ce qui ne peut pas être évité doit être maîtrisé et acceptable. Il faut être capable de fournir une information pour injecter ou sniffer « proprement ».^[75, 76] Cela nécessite également du matériel à usage unique échangeable voire des traitements injectables et des salles d'injection. La méthadone injectable est utilisée couramment au Royaume-Uni en particulier mais elle induit parfois des dégâts veineux.^[77, 78] Des dispositifs d'héroïne médicalisée sont en place dans certains pays et montrent leur efficacité^[79, 80, 81] mais ils semblent relativement coûteux.^[70] La buprénorphine injectable qui existait en France avant l'arrivée du Subutex® et la morphine injectable sont d'autres alternatives. Un encadrement médical est nécessaire compte tenu du risque d'overdose liés à ces produits. Ces mesures de réduction des risques ne semblent pas avoir d'effet incitatif à la consommation de drogue et permettent pour certains une progression vers les traitements oraux.^[5, 82] De plus le traitement doit comprendre efficacité, sécurité mais aussi acceptabilité.^[26] La prescription de psychotropes inclut une grande part de subjectivité qui ne peut être écartée.^[83] Il en est vraisemblablement de même pour les TSO.

IV.4.4. Sentiment d'échec

Ce sentiment provient probablement d'un objectif d'abstinence qui signifierait la

guérison. Là encore les études médicales laissent peu de place à la rééducation, la réadaptation et l'accompagnement des patients. Elles privilégient la pathologie et la puissance technique qu'elle soit médicamenteuse ou interventionnelle. Le médecin est alors désarmé lorsque ces outils thérapeutiques trouvent leurs limites. Il faut ajouter les causes de faible investissement dans cette prise en charge citées plus haut : représentations morales sur les drogues qui font appel à la transgression, au vice et une aversion pour la psychologie. Ce sentiment d'échec peut provenir également de l'absence d'adhésion des patients notamment aux prises en charge extérieures. Certains semblent chercher en effet la banalisation, la « normalisation » à travers le cabinet de médecine générale. On peut par ailleurs imaginer la difficulté à être « médicalisé », accepter un statut de « malade » qui constitue une nouvelle régression chez quelqu'un qui cherche à se reconstruire.

On pourrait favoriser des objectifs de rééducation, une progression vers un nouveau schéma de fonctionnement avec le moins de risques possible en dehors d'une quête permanente de drogue permettant ainsi de favoriser l'autonomie et la réinsertion. On sait par ailleurs qu'il y a plus de rechutes mortelles après sevrage que sous traitement.^[84] Le sevrage et le mésusage semblent donc secondaires tant que nos objectifs sont respectés. Le mésusage peut même dans une certaine mesure devenir usage et être inclus dans une stratégie de réadaptation. En ce qui concerne l'adhésion, l'alliance doit se construire autour d'objectifs réalistes, concertés et individuels où le médecin a un rôle d'accompagnement et de conseil.^[85] Cela fait appel à une démarche dont l'esprit est semblable au counselling anglais ou aux méthodes dont le but est de favoriser le changement comme l'entretien motivationnel par exemple.^[86, 87] En effet, la persuasion ne semble pas être une méthode efficace pour résoudre l'ambivalence d'une personne à changer ses comportements. Le médecin impose sa vision de ce qui est bon pour l'autre, ce qui est d'autant plus délicat face au monde de la drogue qui lui est étranger. De telles techniques dont le champ d'application ne se limite pas aux addictions, pourraient s'avérer rentables en pratique courante et limiter le sentiment d'échec du médecin à qui il n'incombe pas de réussir ses propres objectifs mais d'accompagner son patient vers un mieux-être. Le cadre et le contrat de soins peuvent être également des outils pour renforcer l'adhésion s'ils peuvent concéder certains aménagements et ne mettent pas d'emblée le patient en faute.^[85] Pour les prises en charge extérieures, psychosociales, on peut imaginer un système de contrat « tripartite » comme il existe en Suisse incluant les acteurs psychosociaux.^[88]

IV.4.5. Demande de soutien

Cette demande s'explique par l'ensemble des difficultés rencontrées en particulier le manque de formation et l'isolement. En effet, hormis le refus de certains patients de bénéficier de prises en charge extérieures, la collaboration avec les différents interlocuteurs est limitée. Elle se heurte notamment à un manque de communication et à des difficultés d'accès aux structures surtout lorsqu'elles sont éloignées. Elles sont effectivement peu nombreuses et relativement saturées. La création de structures et postes supplémentaires nécessiterait un budget conséquent. C'était une des raisons de la diffusion des traitements vers la médecine de ville en 1995.^[1, 5]

L'organisation de réseaux peut rompre l'isolement des médecins et favoriser la prise en charge des patients.^[62] Son organisation peut demander un investissement personnel important, ce que rappelait un médecin exerçant au sein d'un réseau dans notre étude. Une configuration moins contraignante pourrait néanmoins être développée. Il s'agit des « micro-structures » dont le principe est la venue régulière au cabinet du médecin d'intervenants psycho-sociaux d'un centre spécialisé.^[89] L'accessibilité de ces centres doit également être améliorée. La mise en place des CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) qui résultent du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (CCAA et CSST) pourrait répondre à ce problème. Ce changement est en cours depuis 2007.^[90] L'autre possibilité de recours concerne les services de psychiatrie de secteur et la psychiatrie de liaison comme suggéré dans les recommandations de 2004.^[40] La relation avec ces structures pourrait être renforcée par l'établissement de protocoles communs incluant des possibilités de recours en cas de difficultés permettant ainsi une véritable collaboration. Le bénéfice de ce type d'initiative a été démontré.^[91] Des formations communes avec les autres acteurs de soins, là où elles n'existent pas, devraient être organisées. Des consultations conjointes, une évaluation annuelle par les structures, des prescriptions réalisées en ville et dispensées en centre sont également suggérées dans les recommandations.^[40] Elles pourraient favoriser de nouveaux échanges qui peuvent tendre vers une amélioration des

pratiques.

V. CONCLUSION

L'objet de cette étude était d'évaluer les difficultés des médecins généralistes face au mésusage des traitements de substitution aux opiacés. Nous avons constaté d'abord une probable sous-évaluation des mésusages qui semble concerner les pratiques les moins visibles, celles qui n'ont pas atteint le stade des complications. Les difficultés principales sont représentées par des pratiques souvent perçues comme inévitables, une recherche et une connaissance des mésusages limitées. La prise en charge se heurte au manque de formation, à une faible adhésion des patients et à un certain isolement. Cela peut aboutir à un sentiment d'échec. Les attitudes sont influencées principalement par le grand nombre de patients suivis et la formation qui reflètent une plus grande expérience et de meilleures connaissances. Les attentes des médecins généralistes traduisent une demande de soutien. Elles concernent les pratiques collaboratives et la formation pour les plus médecins les plus expérimentés, davantage le contrôle et une prise en charge spécialisée pour les autres.

Il ne semble pas y avoir de réponse simple à tenir envers le mésusage des traitements de substitution aux opiacés. Ce qui peut être une difficulté pour un peut être utile à un autre à des moments différents de leurs parcours et rien n'est figé. Un certain niveau de mésusage devrait être toléré pour ne pas priver l'accès de ces traitements aux personnes qui en ont besoin. Un équilibre doit être trouvé entre rigueur et pragmatisme. Il faut d'abord comprendre le patient et établir des objectifs communs, personnalisés. Les efforts doivent ensuite se concentrer sur la formation et le respect des recommandations en particulier en ville et pour les médecins qui prescrivent le plus. Un meilleur accès à la méthadone est nécessaire ainsi qu'une plus grande collaboration avec les différents acteurs de soins. L'amélioration passe également par le développement de nouveaux produits, de nouvelles modalités de contrôle et des mesures de réduction des risques pour les patients les plus en difficulté. L'éventuelle primo-prescription de méthadone en ville est un défi et peut constituer un nouvel élan pour cette prise en charge en médecine générale. C'est au prix de ces efforts que cette prescription pourra être envisagée et que l'on pourra redonner aux traitements de substitution des opiacés l'image qu'ils méritent : un outil de soins qui sauve et permet le travail de reconstruction.

NOM et Prénom : NEAU Pierre

TITRE DE LA THESE

**Le médecin généraliste et le mésusage
des traitements de substitution aux opiacés.
Enquête auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine.**

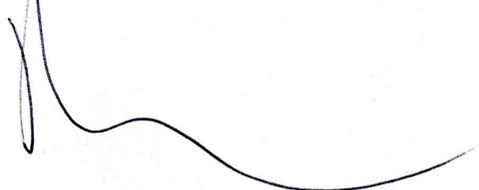
22 FEV. 2010

Rennes, le17/12/2010....
d'imprimer

Vu et permis

Le Président de Thèse

R. MOIRAND



Le Président de l'Université

G. CATHELINÉAU



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Morel A. Traitements de substitution à la buprénorphine : l'expérience française. *ANITEA 2001* http://www.anitea.fr/documents/subutex_intro.php
2. Dugarin J. Adaptation du système de soin français en toxicomanie depuis 35 ans. *Psychotropes 2008 ; vol. 14 n°1 : 9-20*
3. Chossegros P. Prise en charge de la toxicomanie en France (une histoire). *Gastroenterol Clin Biol 2007 ; 31 : 4S44-4S50*
4. Lecomte D., Hatton F., Michel L., Le Toullec A. Décès par usage de stupéfiant en Ile-de-France. *BEH 1994 ; 35 : 159-161*
5. Coppel A. Peut-on civiliser les drogues? *La découverte, Paris, 2002*
6. AFSSAPS. Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes. Compte-rendu de la 81^{ème} réunion du 23 octobre 2008. Adopté le 8 janvier 2009. *AFSSAPS 2009*
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/8db592cc5f6bdbb78ce48ce3c0eb41a3.pdf
7. Fatséas M., Auriacombe M. Why Buprenorphine is so successful in treating opiate addiction in France. *Current Psychiatry Reports 2007 ; 9 : 358-364*
8. Costes J.-M., Cadet -Tairou A. Impact des traitements de substitution : bilan sur les dix dernières années. *Tendances 2004 ; 37 : 3-4*
9. ANAES. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution. *ANAES 2004*
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_%20long.pdf

10. OFDT. Evolution du nombre de nouveaux cas de sida liés à l'usage de drogues par voie veineuse depuis 1990. *OFDT 2009* http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00001.htm
11. OFDT. Evolution du nombre de décès par surdose depuis 1985. *OFDT 2009* http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00003.xhtml
12. Bilal S., Menares J., De La Selle P., Toufik A., Perdrieux Y. Impact des traitements de substitution aux opiacés sur la vie sociale. *Ann. Med. Interne 2003 ; 154, hors série II : 2S6-2S14*
13. OFDT. Outil statistique d'information et de recherche sur les infractions sur les stupéfiants (OSIRIS) - ex Fnails- *OFDT 2009* http://www.ofdt.fr/BDD_len/Bd_stats/Doc/_DocFiches_21.doc
14. Feroni I., Peretti-Watel P., Masut A., Coudert C., Paraponaris A., Obadia Y. French general practitioners' prescribing high-dosage buprenorphine maintenance treatment : Is the existing training (good) enough? *Addictive Behaviors 2005 ; 30 : 187-191*
15. Fhima A., Henrion R., Lowenstein W., Charpak Y. Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients dépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage (SUBUTEX). Résultats de l'étude SPESUB. *Ann. Med. Interne 2001 ; 152, suppl. au n°3 : 1S26-1S36*
16. Lalande A., Grelet S. Tensions et transformations des pratiques de substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, approche qualitative. *OFDT 2001* <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/aresquali.pdf>
17. InVS. L'épidémiologie des hépatites B et C en France. *BEH 2009 ; 20-21 : 195*
18. Costes J.-M. Principales données épidémiologiques concernant les addictions en France. Dans : Reynaud M.(sous la direction de) *Traité d'Addictologie. Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2006 ; 123-132*

19. AIDES, Calderon C., Soletti J., Gaigi H., Guichard A. et Lert F. Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution : expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés. *AIDES, Paris, 2001*
20. Blaise M., Hautefeuille M., Valleur M. Buprénorphine haut dosage. L'expérience du centre médical Marmottan. *Alcoologie et Addictologie 2002 ; 24 : 243-252*
21. Richard D., Remblier C. Les traitements de substitution aux opiacés. *Le moniteur hospitalier 2009 ; 214 : 17-28*
22. Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Chalumeau M., Coquelin A., Toufik A. Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. *OFDT 2010*
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxacq1.pdf>
23. Aknine X. Un cas de primo-consommation de Subutex® de rue chez un jeune adulte. *Psychotropes 2004 ; Vol. 10 (1) : 109-111*
24. Escots S., Fahet G. Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage. Investigation menée en France, en 2002-2003. *OFDT 2004*
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxsek6.pdf>
25. Gandilhon M., Cadet-Taïrou A., Toufik A., Evrard I. Septième rapport national du dispositif TREND. *Tendances 2006 ; 52*
26. Auriacombe M., Fatséas M. et Daulouède J.-P. Thérapeutiques de substitution aux opiacés : méthadone orale et buprénorphine sublinguale. Dans : Reynaud M.(sous la direction de) *Traité d'Addictologie. Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2006 ; 619-629*
27. Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Marseille. OPPIDUM. Résultats de l'enquête 19 Octobre 2007. *AFSSAPS 2009*
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/3677087fb42f973b804ad5551038a8cd.pdf

28. Canarelli T., Coquelin A. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. *Tendances 2009* ; 65
29. CNAMTS. Médicaments remboursés : analyse de la consommation en 2007. *CNAMTS 2008* http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam_2008.pdf
30. CNAMTS. Contrôle et lutte contre la fraude : bilan 2008. *Assurance Maladie 2009* http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_Fraudes_2008_vdef.pdf
31. Guichard A., Lert F., Brodeur J.-M., Richard L. Rapports des usagers au Subutex : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec. *Sciences Sociales et Santé 2006, Vol. 24, n°4* : 5-43
32. Collin L. Mésusage, mais usage. *Psychotropes 2008* ; vol. 14 n°1 : 77-99
33. Megherbi S. Les stratégies de soins des toxicomanes. *Psychotropes 2007* ; vol. 12 n°3-4 : 141-162
34. Thomas O., D'Antuono M., Védie C. Prise en charge psychothérapeutique et traitement de substitution. *Annales Médico Psychologiques 2006* ; 164 : 215-219
35. Morel A. Les «10 malentendus de la substitution» *ASUD-Journal 2005* ; 30 : 29-31
36. Guichard A., Lert F., Brodeur J.-M., Richard L. Buprenorphine substitution treatment in France : Drug users' views of the doctor-user relationship. *Social Science & Medicine 2007* ; 64 : 2578-2593
37. Obadia Y., Perrin V., Feroni I., Vlahov D. & Moatti J.-P. Injecting misuse of buprenorphine among French drug users. *Addiction 2001* ; 96 : 267-272
38. Feroni I., Peretti-Watel P., Paraponaris A., Masut A., Ronfle E., Mabriez J.-C. et al. French general practitioners' attitudes and prescription patterns toward buprenorphine maintenance treatment : Does doctor shopping reflect buprenorphine misuse? *Journal of Addictive Diseases 2005* ; Vol. 24(3) : 7-22

39. Courty P. Qu'est-ce que le mésusage? *Le Courrier des addictions* 2006 ; (8) n°2 : 73-74
40. ANAES. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés. ANAES 2004 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/opiaces_recos.pdf
41. AFSSAPS. Informations sur le bon usage du SUBUTEX®. AFSSAPS 2003
<http://www.anitea.fr/documents/lettreAFSSAPS.php>
42. CNAMTS. Prise en charge médicale des toxicomanes : un plan d'actions pour renforcer le suivi des patients qui bénéficient d'un traitement de substitution (Subutex®, méthadone). CNAMTS 2004
43. AFSSAPS. Plan de gestion de risque des spécialités pharmaceutiques contenant de la buprénorphine (Subutex®, Buprénorphine Arrow®, Buprénorphine Merck®) AFSSAPS 2007
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/d864100f2fdea42aaed290e2b128056b.pdf
44. AFSSAPS. Plan de gestion de risques des spécialités pharmaceutiques Méthadone AP-HP® Gélule Bouchara-Recordati AFSSAPS 2008
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/1659c78c990453ba9fb649fb557cc7c8.pdf
45. Naudin-Rousselle P., Lowenstein W. Le traitement de substitution aux opiacés. *Profession Pharmacien* 2009 ; 45
46. Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITEA). Sur le classement du Subutex® au tableau des stupéfiants. Communiqué de Presse. ANITEA 2009
http://www.anitea.fr/documents/docs/cp_anitea_040209.pdf
47. Troussicot J. Réduction des risques. Le Subutex® dans la tourmente. *Interdépendances* 2006 ; 62

48. Destombes C. Polémique concernant les produits de substitution. Coup de chaud sur le Subutex® *Le Journal du SIDA* 2006 ; 185
49. INSEE. Le zonage en aires urbaines et aires d'emploi de l'espace rural.
http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/aires_urbaines.htm
50. INSEE. Table d'appartenance géographique des communes au 01/01/2008.
<http://www.statistiques-locales.insee.fr/esl/baseTelechProduit.asp?strProd=1637&IdSousTheme=2&IdSource=&NomThemeOuSource=R%C3%A9gions%2C+d%C3%A9partements+et+villes+de+France>
51. Duburcq A., Pechevis M., Colomb S., Marchand C., Palle C. Evolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001. *Tendances, OFDT* 2002 ; 20
52. Bombardier D. L'apport des médecins généralistes du département de la Moselle au traitement de la toxicomanie par la buprénorphine haut dosage. *Réseau Ville Hôpital Metz-Thionville, 2002*
53. Feroni I., Paraponaris A., Aubisson S., Bouhnik A.D., Masut A., Ronfle E. et al. Prescription de buprénorphine haut dosage par des médecins généralistes. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2004 ; 52 : 511-522
54. Barboteau F. Le ressenti des médecins généralistes dans la relation soignante avec le patient toxicomane : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille et Vilaine. [*Thèse de Médecine Générale*] Université de Rennes 2005
55. Cadet-Taïrou A., Cholley D. Approche régionale de la substitution aux opiacés 1999-2002. *OFDT* 2004
56. Roux P., Villes V., Bry D., Spire B., Feroni I., Marcellin F. et al. Buprenorphine sniffing as a response to inadequate care in substituted patients : Results from the Subazur survey in south-eastern France. *Addictive Behaviors* 2008 ; 33 : 1625-1629

57. Berny B. Mésusages de la buprénorphine haut dosage (Subutex®) dans le traitement de substitution aux opiacés : étude observationnelle en médecine générale dans le département de la Charente-Maritime. [Thèse de Médecine Générale] Université de Poitiers 2006
58. McKeown A., Matheson C. and Bond C. A qualitative study of GPs' attitudes to drug misusers and drug misuse services in primary care. *Family Practice* 2003 ; 20 : 120–125
59. Pelet A., Besson J., Pecoud A., Favrat B. Difficulties associated with out-patient management of drug abusers by general practitioners. A cross sectional survey of general practitioners with and without methadone patients in the french-speaking part of Switzerland. *BMC Family Practice* 2005 ; 6 : 51
60. Barry D.T., Irwin K.S., Jones E.S., Becker W.C., Tetrault J.M., Sullivan L.E. et al. Integrating buprenorphine treatment into office-based practice : a qualitative study. *J Gen Intern Med* 2008 ; 24(2) : 218–25
61. Binder P., Gualdoni S. Intervention de la médecine générale dans le domaine des addictions : le Pôle ressource national. Dans : Reynaud M.(sous la direction de) Traité d'Addictologie. *Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2006 ; 296-300*
62. Gagnon A., Robinet S., Bronner C., Parquet P.-J. Substitution des opiacés : place et rôle des réseaux. Analyse d'une enquête auprès des médecins généralistes. *Revue du praticien médecine générale* 2000 ; 14 (509) : 1627-1635
63. DRASS, CIRDD et ORS Bretagne. Tableau de Bord Année 2007, Etat des lieux des phénomènes liés aux drogues et dépendances en Bretagne. *ORSB 2008*
<http://orsbretagne.typepad.fr/files/tableau-bord-%C3%A9dition-2008-janvier2009.pdf>
64. Ford C., Rylie I. A comprehensive package of support to facilitate the treatment of problem drug users in primary care : an evaluation of the training component. *International Journal of Drug Policy* 2000 ; 11 : 387–392
65. Lebeau B. C'est à nous de prendre nos responsabilités. *SWAPS 2006 ; 43*

66. Roques B. P. Importance du système opioïde dans les processus addictifs. Dans : Reynaud M.(sous la direction de) *Traité d'Addictologie. Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2006 ; 27-32*
67. Nicaise P. Les traitements de substitution pour toxicomanes aux opiacés en Belgique. Quelques faits et points de repère du "modèle belge". Dans : *Le traitement de la dépendance dans tous ces états. Montréal, 30 novembre-1 décembre 2006*
<http://www.txsubstitution.info/utilisateur/documents/PDF/Mod%C3%A8le%20belge%20-%20Pablo%20Nicaise.pdf>
68. Elkader A., Sproule B. Buprenorphine. Clinical pharmacokinetics in the treatment of opioid dependence. *Clin Pharmacokinet* 2005 ; 44(7) : 661-680
69. Bruce R.D., Govindasamy S., Sylla L., Kamarulzaman A., Altice F.L. Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the malaysian market. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2009 ; 35(2) : 68-72.
70. Lanier R.K., Umbricht A., Harrison J.A., Nuwayser E.S., Bigelow G.E. Opioid detoxification via single 7-day application of a buprenorphine transdermal patch : an open-label evaluation. *Psychopharmacology* 2008 ; 198(2) : 149-58
71. White J. M., Lopatko O. V. Opioid maintenance : a comparative review of pharmacological strategies. *Expert Opin. Pharmacother.* 2007 ; 8(1) : 1-11
72. Dale O., Hjortkjaer R., Kharasch E.D. Nasal administration of opioids for pain management in adults. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2002 ; 46(7) : 759-70.
73. Guffens J.-M. Les traitements de substitution à l'héroïne. Analyse des solutions actuelles, évolutions et perspectives. *Acta Clinica Belgica* 2006 ; 61-Supplement 1 : 18-24
74. Auriacombe M., Fatséas M., Dubernet J., Daulouède J-P., Tignol J. French Field Experience with Buprenorphine. *The American Journal on Addictions* 2004 ; 13 : S17-S28

75. Chappard P. Manuel du shoot à moindre risque.

http://www.asud.org/pub/manuel_shoot_moins_risques.pdf

76. ASUD. Une méthode pour sniffer propre.

<http://www.asud.org/rdr/article-100-sniff-propre.html>

77. Beaumont B. Survey of injectable methadone prescribing in general practice in England and Wales. *International Journal of Drug Policy* 2001 ; 12 : 91–101

78. Costantino D., Derey M., Bochud A. Méthadone injectable, quels résultats?

http://www.objectifreussir.ch/FR/cadre_repertoire/social/Sante/Methadone/methadone.html

79. Oviedo-Joekes E., Brissette S., Marsh D.C., Lauzon P., Guh D., Anis A., Schechter M.T. Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *N Engl J Med.* 2009 ; 361(8) : 777-86.

80. Uchtenhagen A. Heroin-assisted treatment in Switzerland : a case study in policy change. *Addiction* 2009 ; 105 : 29–37

81. Blanken P., Hendriks V.M., van Reel J.M., van den Brink W. Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction* 2009 ; 105 : 300–308

82. Coppel A. Sevrage et salles d'injection : des outils complémentaires? *SWAPS* 2008 ; 51

83. Coppel A. La prescription des psychotropes n'est pas une science exacte. *ASUD-Journal* 1999 ; 17 : 15-17

84. Strang J., McCambridge J., Best D., Beswick T., Bearn J., Rees S. et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification : follow up study. *BMJ* 2003 ; 326 : 959-960

85. Hervé F. Principes de la prise en charge d'un sujet consommant des drogues illicites. Dans : Reynaud M.(sous la direction de) *Traité d'Addictologie. Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2006 ; 616-619*
86. États généraux des usagers de la substitution. L'alliance thérapeutique ou les relations médecin/patient : une succession de « classiques ». *ASUD-Journal 2005 ; 30 : 9-12*
87. Rahioui H. Entretien motivationnel. Dans : Reynaud M.(sous la direction de) *Traité d'Addictologie. Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2006 ; 242-248*
88. Hošek M., Broers B. Traitement de la dépendance aux opioïdes en Suisse. Dans : *Le traitement de la dépendance dans tous ces états. Montréal, 30 novembre-1 décembre 2006*
<http://www.txsubstitution.info/utilisateur/documents/Formation%20professionnelle%20continue/Activit%C3%A9%20I%20Suisse%20Abstract.pdf>
89. Commission substitution – ANIT. Proposition visant à définir les positions de l'ANIT sur différentes questions d'actualité touchant aux traitements de substitution des opiacés. *ANITEA 2005* <http://www.anitea.fr/documents/substitution0505.php>
90. Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. <http://www.legifrance.gouv.fr>
91. Langton D., Hickey A., Bury G., Smith M., O'Kelly F., Barry J. et al. Methadone maintenance in general practice : impact on staff attitudes. *Ir J Med Sci. 2000 ; 169(2) : 133-136.*

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	8
II. METHODE.....	12
II.1. Constitution de l'échantillon.....	12
II.2. Recueil de données.....	13
II.3. Analyse des données.....	14
II.4. Méthodes statistiques.....	15
III. RESULTATS.....	16
III.1. Résultats quantitatifs.....	16
III.1.1. Les médecins généralistes.....	16
III.1.2. Les patients.....	18
III.1.3. Mésusages observés et modes de découverte.....	19
III.2. Résultats qualitatifs.....	22
III.2.1. Difficultés et attentes.....	22
III.2.2. Types de médecins.....	25
a. Médecins suivant peu de patients.....	25
b. Médecins suivant de nombreux patients.....	29
III.2.3. Difficultés et attentes communes.....	32
III.3. Synthèse.....	37
IV. DISCUSSION.....	39
IV.1. Résultats et implications.....	39
IV.2. Forces et faiblesses de l'étude.....	39
IV.3. Comparaison aux données de la littérature.....	41
IV.3.1. Médecins et prescription.....	41
IV.3.2. Patients sous TSO et mésusage.....	42
IV.3.3. Difficultés et attentes.....	43
IV.4. Hypothèses et propositions.....	46
IV.4.1. Manque de formation.....	46
IV.4.2. Sous-évaluation des mésusages.....	47
IV.4.3. Pratiques difficiles à éviter.....	49
IV.4.4. Sentiment d'échec.....	51
IV.4.5. Demande de soutien.....	53

V. CONCLUSION.....	55
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	57
TABLE DES MATIERES.....	67

Liste des illustrations

Tableau 1. Caractéristiques et représentativité des médecins généralistes de l'échantillon	16
Tableau 2. Caractéristiques et représentativité des médecins non prescripteurs de l'échantillon	17
Tableau 3. Motifs de non prescription	17
Tableau 4. Caractéristiques et représentativité des médecins prescripteurs	18
Tableau 5. Caractéristiques et représentativité des patients sous TSO	19
Tableau 6. Mésusages observés chez l'ensemble des patients	20
Tableau 7. Mésusages observés chez les patients sous BHD	20
Tableau 8. Mésusages observés chez les patients sous méthadone	21
Tableau 9. Caractéristiques des patients chez lesquels un mésusage a été observé	21
Tableau 10. Modes de découverte	22

Liste des annexes

Annexe 1. Personnes interrogées lors des entretiens préparatoires
Annexe 2. Profils des médecins généralistes interrogés
Annexe 3. Tableaux de recueil des données
Annexe 4. Questionnaire des entretiens

Abréviations

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANITEA	Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
ASUD	Auto-support des usagers de drogue (association)
BHD	Buprénorphine haut dosage
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CIRDD	Centre d'information régionale sur les drogues et les dépendances
CNAMTS	Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'Assurance Maladie
CSAPA	Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre de soins spécialisés aux toxicomanes
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
FMC	Formation médicale continue
InVS	Institut de veille sanitaire
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OPPIDUM	Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse
PBH	Ponction biopsie hépatique
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Annexes

Annexe 1. Personnes interrogées lors des entretiens préparatoires

Entretiens exploratoires :

A : psychiatre, structure spécialisée

B : addictologue, structure spécialisée

C : médecin généraliste, structure spécialisée

D : psychologue, structure spécialisée

E : médecin généraliste à Rennes, nombreux patients sous traitement de substitution

F : pharmacien à Rennes

G : médecin généraliste à la campagne, 50 kms de Rennes

H : pharmacien à la campagne, 50 kms de Rennes

I : médecin-conseil

Entretiens tests :

X : homme 40-54 ans, pôle urbain, > 25 kms CSST, exercice en association

Y : femme 40-54 ans, pôle urbain, > 25 kms CSST, exercice en association

Z : homme > 54 ans, pôle emploi espace rural, > 25 kms CSST, exercice en association

Annexe 2. Profils des médecins généralistes interrogés

N°1 : femme > 54 ans, pôle urbain, < 25 kms CSST, exercice en association, > 10 patients

N°2 : femme > 54 ans, pôle urbain, < 25 kms CSST, exercice seul

N°3 : homme < 40 ans, pôle urbain, < 25 kms CSST, exercice en association

N°4 : homme > 54 ans, pôle urbain, < 25 kms CSST, exercice en association

N°5 : homme 40-54 ans, pôle urbain, < 25 kms CSST, exercice seul, formation, > 10 patients

N°6 : homme > 54 ans, pôle urbain, < 25 kms CSST, exercice seul, formation, > 10 patients,
aurait eu des ennuis avec la sécurité sociale pour prescriptions abusives

N°7 : homme 40-54 ans, pôle urbain, < 25 kms CSST, exercice seul, formation, > 10 patients,
s'occupe de formations sur la prise en charge des patients toxicomanes

N°8 : homme > 54 ans, pôle urbain, < 25 kms CSST, exercice seul

N°9 : femme 40-54 ans, pôle urbain, > 25 kms CSST, exercice en association, formation

N°10 : homme > 54 ans, pôle urbain, > 25 kms CSST, exercice en association

N°11 : homme 40-54 ans, pôle urbain, > 25 kms CSST, exercice en association

N°12 : homme > 54 ans, pôle urbain, > 25 kms CSST, exercice en association

N°13 : homme 40-54 ans, pôle urbain, > 25 kms CSST, exercice seul, formation

N°14 : homme 40-54 ans, commune monopolarisée, < 25 kms CSST, exercice en association

N°15 : homme > 54 ans, commune monopolarisée, < 25 kms CSST, exercice en association,
formation

N°16 : homme > 54 ans, commune monopolarisée, < 25 kms CSST, exercice seul, formation

N°17 : homme > 54 ans, commune multipolarisée, > 25 kms CSST, exercice en association

N°18 : femme 40-54 ans, pôle d'emploi de l'espace rural, > 25 kms CSST, exercice en
association, formation, > 10 patients

N°19 : homme > 54 ans, espace à dominante rurale, > 25 kms CSST, exercice seul, formation

N° 20 : homme > 54 ans, espace à dominante rurale, > 25 kms CSST, exercice seul,
formation, a organisé des FMC sur le sujet

Annexe 3. Tableaux de recueil des données

(page suivante)

MESUSAGE	1= injection	2= sniff	3 = inhalation	4= doses inappropriées	5= nbre de prises/j inapproprié	6= associations dangereuses	7= polyprescription	8= acquisition sur marché parallèle	9= revente	10= dépannage	11= autosubstitution hors protocole	12= usage toxicomaniaque hors protocole
MODE DE DECOUVERTE	A= déclaration patient	B= demande changement de traitement	C= vérification dates prescription	D= vérification auprès pharmacie	E= vérification auprès autre généraliste	F= vérification sur site internet SECU	G= signes cliniques	H= complications somatiques	I= prévenu par autre médecin généraliste	J= prévenu par pharmacien	K= prévenu par médecin conseil SECU	L= prévenu par structure spécialisée

n°	MESUSAGE(s)? QUEL(s) MESUSAGE(s)? (actuel ou passé) et QUEL MODE DE DECOUVERTE?			
	SUBUTEX	BUPRENORPHINE générique	METHADONE sirop	METHADONE gélule
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
CAS DE MESUSAGE AYANT POSE LE PLUS DE PROBLEMES (actuel ou passé) noter le n° : ... ou compléter si non cité ci-dessus				

Annexe 4. Questionnaire des entretiens

1. Avez vous bénéficié d'une formation sur la prise en charge des toxicomanes?

Si oui, laquelle?

2. Avec quelle(s) structure(s) spécialisée(s) êtes vous en contact?

3. Quel est l'objectif des traitements de substitution selon vous?

4. Pourquoi les patients peuvent-ils faire un mésusage de leur traitement selon vous?

5. Le cas de mésusage qui vous a posé le plus de difficultés.

Quelle était l'histoire de ce toxicomane?

Y avait-il des obstacles au suivi? Lesquels?

Aviez vous une relation de confiance? Une relation d'écoute?

Recherchez vous un mésusage lors de chaque consultation?

Comment recherchez vous un éventuel mésusage?

Que mettiez vous en oeuvre pour éviter les mésusages?

Est-ce que vous informiez sur les risques liés au mésusage?

Quel a été le mésusage présenté?

Y a-t-il eu un facteur déclenchant à ce mésusage?

Comment l'avez vous découvert?

Qu'avez vous ressenti face à ce mésusage?

Qu'avez vous fait?

Quelles ont été vos difficultés pour prendre en charge ce patient?

Est-ce que les mesures prises ont été efficaces?

6. Vos patients sous traitement de substitution et les éventuels mésusages.

(tableau à remplir)

7. Quelles ont été vos difficultés en général pour prendre en charge les cas de mésusage?

8. Est-ce que les difficultés rencontrées face au mésusage ont modifié :

Votre perception du mésusage?

Votre prévention du mésusage?

Votre dépistage du mésusage?

Votre prise en charge du mésusage?

9. Quel(s) dispositif(s) permettrai(en)t de répondre aux problèmes posés par le mésusage des traitements de substitution?

10. Voici les propositions et remarques formulées lors des entretiens exploratoires (auprès de divers intervenants généralistes ou non). Donnez moi brièvement votre avis.

Que pensez vous de :

- pouvoir collaborer avec une structure spécialisée?
- d'avoir accès à une structure spécialisée de proximité?
- d'aller dans une structure spécialisée faire connaissance des personnes qui y travaillent?
- de travailler en réseau?
- de pouvoir avoir davantage de structures d'hospitalisation spécifiques aux toxicomanes?
- d'un accès facilité à la méthadone?
- de réévaluer systématiquement l'usage du traitement à l'interrogatoire et à l'examen?
- d'informer sur les risques du mésusage?
- de fixer des rendez-vous réguliers à chaque consultation?
- de réduire les durées de prescription et de délivrance en cas de mésusage?
- d'orienter vers la méthadone en cas de mésusage persistant de buprénorphine?
- d'autres produits de substitution non utilisable en sniff ou en intraveineuse (Suboxone®)?
- d'une plus grande collaboration avec les pharmaciens?
- de contrôles plus importants de la sécurité sociale?
- de vous renseigner via le site de la sécurité sociale sur les prescriptions dont bénéficient vos patients?
- de bénéficier d'une formation?
- d'essayer de mieux connaître les difficultés de ces patients?
- d'être plus répressif?
- d'une participation de généralistes plus nombreux à la prise en charge de ces patients?

Notes et précisions

Introduction :

erreur page 9 : Pour la définition du mésusage « usages en dehors du cadre médical » à remplacer par : acquisitions et usages **en dehors du cadre d'un suivi médical**

Résultats :

page 35 : La recherche du mésusage est également limitée techniquement.

Si on part sur le principe qu'à chaque fois qu'on voit quelqu'un en consultation bon pour un renouvellement de traitement où il faut bien sûr le rechercher mais on n'a pas beaucoup d'éléments objectifs pour être sûrs de notre coup, c'est ça que je veux dire [...] Quelqu'un qui me dit qu'il a pas picolé depuis un moment bon on a un dosage de GGT, macrocytose... [...] Quelqu'un qui me dit je me pique pas et qu'a un abcès, je lui dis « Tu te fous de ma gueule mais quelqu'un qui me dit « Bah oui j'ai pris mon truc normalement » et qu'y a pas de...qu'à priori... bah c'est pas évident [...] N°14

Discussion :

page 43 : Autre argument pour une observation des mésusages correspondant aux formes les plus sévères : chiffres des mésusages quotidiens déclarés par les 116 patients sous BHD du travail de Berny assez proches des mésusages observés dans notre étude (sauf pour le sniff plus difficile à déceler) :

- co-consommations d'alcool 11% vs 9,5% dans notre étude
- voie injectable 6% vs 7% dans notre étude
- MAIS voie pernasale 9,5% vs 2,5% dans notre étude

erreur page 44 : « Nous sommes en accord avec l'étude de Lalande sur de nombreux points.^[20] » Ce n'est pas 20 mais 16 pour la référence bibliographique.

page 49 : A ajouter dans les causes d'inévitabilité des pratiques : les difficultés à contrôler ses consommations sans encadrement.

Résumé : La buprénorphine et la méthadone ont été mis sur le marché en France au milieu des années 90 pour répondre aux risques liés à la consommation d'héroïne en particulier infectieux dans un contexte d'épidémie de SIDA. Les médecins généralistes ont pris en charge la majorité de ces prescriptions qui ont montré rapidement leurs effets bénéfiques sanitaires et sociaux mais aussi certains effets négatifs comme le mésusage, qui correspond à un détournement du traitement de son but thérapeutique. Il peut constituer un obstacle dans la démarche des patients et fragiliser les conditions d'accès à ces traitements. Il y a donc un enjeu à connaître les difficultés que peuvent rencontrer les médecins face aux mésusages des traitements de substitution aux opiacés afin de réduire ces derniers. L'objet de cette étude était d'évaluer ces difficultés. Nous avons interrogé d'une part 15 médecins généralistes d'Ille et Vilaine tirés au sort sur les mésusages qu'ils avaient observés chez leurs patients et d'autre part nous avons réalisé 20 entretiens en face à face au sujet des difficultés et attentes face aux mésusages. Nous avons constaté une probable sous-évaluation des mésusages qui semble concerner ceux qui n'ont pas engendré de complications. Les difficultés sont représentées par des pratiques souvent perçues comme inévitables, une recherche et une connaissance des mésusages limitées. La prise en charge se heurte au manque de formation, à une faible adhésion des patients et à un certain isolement. Cela aboutit parfois à un sentiment d'échec. Les attitudes des médecins sont influencées par le grand nombre de patients suivis et la formation qui reflètent une plus grande expérience et de meilleures connaissances. Les attentes des médecins généralistes traduisent une demande de soutien. Elles concernent surtout les pratiques collaboratives et la formation pour les médecins les plus expérimentés, le contrôle et une prise en charge spécialisée pour les autres. Il semble difficile de tenir une réponse simple envers le mésusage des traitements de substitution aux opiacés. Un certain niveau de mésusage devrait être toléré pour ne pas priver l'accès de ces traitements aux personnes qui en ont besoin. Un équilibre doit être trouvé entre rigueur et pragmatisme. Les efforts doivent se concentrer sur la formation et le respect des recommandations. Un meilleur accès à la méthadone est nécessaire ainsi qu'une plus grande collaboration avec les différents acteurs de soins. L'amélioration passe également par le développement de nouveaux produits, de nouvelles modalités de contrôle et des mesures de réduction des risques pour les patients les plus en difficulté.

Mots-clés : mésusage, détournement, traitement de substitution aux opiacés, buprénorphine, méthadone, prescription, médecine générale, médecin généraliste