



HAL
open science

Réduction des risques chez les patients dépendants aux opiacés. Approche en médecine générale

Aude Demarquet-Bouton

► **To cite this version:**

Aude Demarquet-Bouton. Réduction des risques chez les patients dépendants aux opiacés. Approche en médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01770707

HAL Id: hal-01770707

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770707v1>

Submitted on 28 Mar 2023

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Aude DEMARQUET-BOUTON

Le 19 octobre 2012

**REDUCTION DES RISQUES CHEZ LES PATIENTS
DEPENDANTS AUX OPIACES**

APPROCHE EN MÉDECINE GENERALE

Examineurs de la thèse :

M. Raymund SCHWAN	Professeur	Président
M. Serge BRIANÇON	Professeur	Juge
M. Jean-Marc BOIVIN	Professeur	Juge
M. Alain AUBREGE	Professeur	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNE
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseeurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard
DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

A notre Président du Jury
M. le Professeur Raymund Schwan

Professeur de Psychiatrie d'adultes et Addictologie

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail.

**A notre Juge,
M. le . Professeur Serge Briançon**

Professeur d'Epidémiologie, d'économie de la santé et de prévention

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse et je vous en remercie.

A notre Juge
M. le Professeur Jean-Marc Boivin

Professeur des universités de Médecine générale

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse et je vous en remercie.

**A mon Directeur de Thèse et Juge
Professeur Alain Aubrège**

Professeur Honoraire de médecine générale

Vous m'avez accompagné depuis mon internat, en supervisant mon Stage Autonome en Soins Primaires en Autonomie Supervisée, en dirigeant mon mémoire, et en acceptant de diriger ce travail.
Merci de votre aide, de vos conseils avisés et de votre patience.

Je dédie cette thèse,

A mon mari, pour son soutien inconditionnel, son aide technique,

A mes enfants Gabrielle et Paul, qui ont compris qu'il fallait laisser un peu de temps à Maman pour travailler.

A ma Maman, pour ces relectures et corrections orthographiques,

A mon Papa, pour sa capacité à nous ouvrir sur le monde,

A mes soeurs, encourageantes, qui ont été des oreilles attentives,

A Grand-maman.

A la mémoire de mes grand-parents, Michel, Daniel et Paula, j'aurais aimé partager ce moment avec vous.

A mes Amis les plus proches, Alexandre, Anne, Céline, Emilie, Pierre-Yves, Serge et Thérèse,

Merci à tous les médecins qui ont accepté sans aucune hésitation de me recevoir. Merci pour votre franchise, dans les réussites et les déceptions lors du suivi de vos patients toxicomanes. Merci pour votre humanisme.

Merci au Dr Philippe Plane, qui a su me montrer un autre regard sur cette pathologie. Grâce à vous, j'ai compris que cette automutilation traduisait un mal-être, qu'il fallait soigner.

Merci aux Dr Derlon, Dr Caubel, Dr Renauld, Dr Heckler, Dr Dorion, pour m'avoir fait comprendre les multiples dimensions de la médecine générale.

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	19
A. Quels risques ?	19
1. risques infectieux	19
2. overdoses	19
3. risques cardio-vasculaires	19
4. Autres risques	20
B. Histoire de réduction des risques	20
C. Les acteurs associatifs	21
D. Réduction des risques	21
1. Définition	21
2. Postulats de la RDR	22
a) Une société sans drogue n'existe pas	22
b) Politique adaptative	22
c) Prise en compte des libertés individuelles, de la santé publique et de l'ordre publique	22
d) Poser les jalons pour une bifurcation	22
e) Exemple de situation dans un pays sans RDR : la Russie	22
3. Moyens et objectifs	23
a) Les CAARUD :	23
b) CSAPA, ancien CSST	23
c) Kit d'injection et kit-sniff	24
(1) Kit d'injection: exemple du stéribox® 2	24
(2) Kit-sniff	26
d) Traitements de substitution: Buprénorphine Haut Dosage (BHD), Méthadone, Suboxone®	27
(1) Méthadone	27
(2) Buprénorphine	27
(3) Suboxone®	27
e) Salles de consommation	28
f) Centre d'injection supervisé/diacéylmorphine pharmaceutique	29
4. Financement	30
5. Acceptabilité de la population	30
6. Législation française et RDR	30

7.	Les limites de la RDR	30
E.	Opiacés et modes de consommation	31
1.	Les déterminants de choix du mode de consommation de l'héroïne	31
a)	Effets recherchés	31
b)	composition de l'héroïne disponible sur le marché	31
(1)	Forme chlorhydrate : soluble donc injectable	31
(2)	Forme base : peu soluble dans l'eau	31
c)	Taux de pureté et produit de coupage	31
d)	Coût	31
e)	Facteurs favorisant le passage à l'injection	31
2.	Usage à risque élevé : l'injection	31
3.	Etapas d'une injection-type	32
a)	Solubilisation de l'héroïne	32
b)	Filtration	32
c)	Désinfection au point d'injection	32
d)	Compression post-injection	32
4.	RDR lors de l'injection (26)	33
a)	Lieu d'injection et hygiène des mains	33
b)	Seringues	33
c)	Eau de dilution des produits	33
d)	Acidifiants	33
e)	Filtres	34
f)	Tampons	34
5.	RDR lors de la prise nasale de drogues	34
F.	Problématique et objectifs de l'étude	34
G.	Contexte et justifications	34
II.	Matériels et méthodes	35
A.	Méthode d'échantillonnage :	35
1.	Taille de l'échantillon	35
2.	Mode d'échantillonnage	35
3.	Mode d'accès aux interviewés	35
B.	Etude Qualitative avec entretien semi-dirigé	35
1.	Etude Qualitative et non quantitative	35
2.	Entretien semi-dirigé, et non libre ou de groupe	36

a)	Entretien libre et de groupe	36
b)	Entretien semi-dirigé	36
3.	Guide d'entretien	37
4.	Retranscription	37
C.	Déroulement de l'étude	38
III.	Résultats	39
A.	Mode de fonctionnement des médecins généralistes	39
1.	A quel moment le médecin généraliste prend-il en charge les usagers de drogues ?	39
2.	Sur quel mode de discours, quelles conditions ?	40
3.	Le médecin généraliste s'aide-t-il de partenaires ? A quel moment de la prise en charge ?	42
4.	Evolution des patients toxicomanes	45
a)	Diminutions et sevrage	45
b)	Rechutes	47
B.	Un moyen de Réduction des risques : les TSO	48
1.	Intérêts de la Buprénorphine et méthadone	48
2.	Une nouveauté en France : le Suboxone®	49
C.	La RDR en médecine générale	52
D.	Mésusages : une prise de risque en soin	58
1.	Inhalation et injection de TSO	58
2.	Fractionnement du TSO	62
E.	Salles de consommation supervisées: un moyen possible et nécessaire de RDR en France ?	64
F.	Marché noir du Subutex®	69
G.	Image du médecin prescripteur de TSO :	71
H.	Les difficultés et améliorations possibles	73
IV.	Discussion	76
A.	Conditions de prise en charge des toxicomanes	76
1.	Moment de prise en charge	76
2.	Conditions de suivi du médecin généraliste	76
a)	Questions posées par les médecins généralistes	76
b)	Le cadre	77
		16

(1) Les conseils donnés aux toxicomanes sont :	77
(2) Les attentes du médecin	77
c) Fin de soin	77
(1) Usage détourné des TSO	77
(2) Perte de la relation de confiance	78
3. Partenaires	78
a) Le médecin généraliste réputé spécialisé	78
b) Les pharmaciens	78
c) Suivi médico-psycho-social	79
(1) Suivi psychologique, psychiatrique :	79
(2) Suivi social :	79
(3) Les microstructures	80
(4) Centres spécialisés en addictologie	80
B. TSO	81
1. BHD et méthadone	81
a) Suivi français: des conditions originales	81
b) Intérêts des TSO	82
c) Objectif final des TSO	82
2. Le Suboxone®	82
C. La RDR en médecine générale	83
1. Technique de prise des opiacés	83
2. VIH, VHB et VHC	84
a) mode de transmission	84
b) Prévalence des infections VIH, VHB et VHC	84
3. Vaccination hépatite B	85
4. Hépatite C	85
5. Overdoses et association aux Benzodiazépines	85
6. RDR: deux exemples d'action bénéfique	86
a) Programme d'échange de seringue et TSO	86
b) kits d'injection distribués gratuitement en officine	86
D. Mésusages : une prise de risques en soin	86
1. Sniff et injection	87
(1) indices	87
(2) réactions des médecins généralistes face aux mésusages	87
(3) réduction des risques infectieux en mésusage ?	88
(4) Le mésusage dans les études	88
(5) Le mésusage dans les recommandations	88

2.	Fractionnement de dose	88
3.	Revente de la BHD	89
4.	Nécessité de recommandations pratiques spécialisées	89
E.	Salles de consommation supervisées	90
1.	Avis des médecins interrogés	90
a)	Médecins favorables	90
b)	Médecins défavorables	90
c)	Médecins indéterminés	91
2.	Les salles de consommations et DAM	91
F.	Difficultés et améliorations possibles	92
1.	Evaluer la posologie de départ (BHD)	92
2.	Instauration de traitement par Méthadone	92
3.	Manque de structure adaptée	93
4.	Moindre crainte de la dépendance ?	93
5.	Problèmes liés au temps	93
6.	Médecin généraliste réputé spécialisé...	93
a)	Médecin-dealer ?	93
b)	Un souhait des médecins concernés ?	94
c)	Ressenti de ces prises en charge par le médecin	94
G.	Biais de l'étude	94
1.	lié à l'enquêteur	94
2.	lié au type d'étude	94
3.	lié à la technique	95
V.	Conclusion	96
	BIBLIOGRAPHIE	97
	SIGLES et ABREVIATIONS	101
	ENTRETIENS	102

I. Introduction

La réduction des risques (RDR) dans le domaine de la toxicomanie est un sujet qui évolue dans le temps. Les programmes d'échange de seringues sont connus et utilisés par de nombreux usagers de drogues. Les médecins généralistes, qui prennent en charge de nombreux patients usagers de drogues en demande de traitements de substitution, participent à la RDR. Quels sont leurs moyens, quelles limites et difficultés dans la prise en charge de ces patients ? L'approche, que les médecins ont, de la réduction des risques dans leur prise en charge au quotidien a été peu étudiée. L'arrivée sur le marché du Suboxone® change l'offre des traitements de substitution depuis sa mise sur le marché en France. Comment cela est-il perçu et utilisé par les médecins qui suivent des patients toxicomanes ? Quels conseils de RDR donne le médecin ? Les salles de consommation supervisées n'existent pas en France, les français y sont défavorables à 73%. Quel retour avons-nous de l'expérience des pays étrangers ? Quelle aide cela pourrait-il apporter en France selon les médecins généralistes ?

A. Quels risques ?

1. risques infectieux

L'usage d'opiacés expose à un risque bactérien, mycosique et viral. Les risques sont d'autant plus importants que l'usage se fait par voie intra-veineuse. Les atteintes peuvent être les suivantes : bactériémie, endocardite, arthrite, méningite, abcès cérébral, pneumonie, pleurésie, cellulite voire gangrène ou nécrose... (1)
Les maladies sexuellement transmissibles sont également un risque, qu'il convient de prévenir par l'usage de préservatif.
Les problèmes dentaires sont une conséquence visible de l'usage de drogues. En effet, les conditions de vie précaire, la malnutrition aggravent les méfaits de l'héroïne. Celle-ci diminue les sécrétions salivaires, et provoque des vasoconstrictions-vasodilatations au niveau des vaisseaux des gencives favorisant un mauvais état bucco-dentaire. (1)

2. overdoses

L'usage de drogues dépressogènes, ou l'association de drogues avec de l'alcool ou la prise de benzodiazépines peuvent être à l'origine d'overdoses mortelles. La politique de réduction des risques a permis de sauver 3481 vies, entre 1996 et 2003, en évitant des overdoses mortelles. (2) Avant cette politique, en 1994, les overdoses mortelles étaient au nombre de 451 par an. En 1998, ce chiffre baisse à 184 par an, après l'introduction des traitements de substitution oraux.

3. risques cardio-vasculaires

Les risques cardiovasculaires liés à la consommation de drogues sont liés aux produits, mais aussi aux excipients ajoutés aux drogues (produits de coupe). L'usage de produits de substitution en mésusage provoque également des lésions du système cardiovasculaire. (3)

Tous les territoires peuvent être atteints, causant vascularite, thrombose artérielle ou veineuse. (3)

4. Autres risques

Les autres buts de la politique de réduction des risques sont de réduire l'exclusion sociale, les nuisances sociales, les dommages psychologiques, les conséquences judiciaires, les troubles à l'ordre public....

B. Histoire de réduction des risques

L'usage illicite de stupéfiants était puni par la loi du 31 décembre 1970. Cette loi fut peu appliquée. Dans les années 70, le trafic était réprimé sévèrement, l'usage, passible de poursuite judiciaire. L'injonction thérapeutique, difficile à appliquer, permettait de suspendre les poursuites. En réalité, les usagers étaient plutôt incités à suivre un traitement volontaire en centres spécialisés.

La circulaire Pelletier de 1978 recommandera de ne plus suivre les simples usagers. Si l'usage était occasionnel, l'usager avait un avertissement. Si l'usage était régulier, l'usager avait une injonction thérapeutique.

A cette époque, la toxicomanie était considérée comme la conséquence de problèmes psycho-pathologiques d'un individu, qui n'ont pas été solutionnés. Le patient devait arrêter sa consommation de drogues pour découvrir ce qui l'avait amené à la toxicomanie. Le premier centre de soin français fut ouvert à Marmottan en 1971 par Claude Olivenstein. La Méthadone devient une possibilité thérapeutique dans les années 80. Considérée comme une béquille chimique, cette drogue légale remplace les drogues illégales opiacées, permettant ainsi de réduire la délinquance, d'améliorer l'insertion familiale et professionnelle.

En 1982, suite à la loi sur la décentralisation, la prise en charge des toxicomanes devient une compétence d'état.

Les premiers cas de sida sont apparus en 1981 aux Etats-Unis, et le virus est découvert en 1983. (4)

La première action de RDR en France fut la mise en vente de seringues en pharmacie, tout d'abord provisoirement en 1987 (décret Barzach), puis définitivement en 1989. (4)

186 centres spécialisés de soins aux toxicomanes sont ouverts en 1990, ayant pour objet la prise en charge globale, c'est à dire médico-psycho-sociale.

En 1991, 40 000 toxicomanes sont atteints par le VIH sur 200 000 usagers de drogues. La France est le pays le plus touché d'Europe.

Une poignée de médecins généralistes déclarent pratiquer une substitution non réglementée en 1992.

En 1995, les programmes d'échange de seringues sont créés.

La politique de Réduction Des Risques en direction des usagers de drogues est inscrite dans la loi quinquennale de santé publique 2004-2008. Elle devient ainsi du ressort de l'état. (5)

C. Les acteurs associatifs

Les acteurs de la RDR sont nombreux : médecins, infirmières, psychologues, éducateurs, assistants sociaux sont impliqués.

Des associations jouent un rôle important d'informations et de soins, en particulier les associations médecins du monde et Aides, qui ont été les pionniers dans la lutte contre le Sida.

- Médecins du monde (MDM) : c'est une association humanitaire internationale créée en 1980, qui a également comme mission en France l'aide aux personnes n'ayant pas accès au soin. En 1987, le premier centre de dépistage, anonyme et gratuit, du VIH est créé en 1987 par MDM. En octobre 1989, le premier programme d'échange est ouvert grâce à des bénévoles au départ, puis financé par la direction générale de la santé.

- Aides : cette association lutte contre le sida depuis 1984, date de sa création par Daniel Defert. En 1985, l'association demande la vente de seringues et la levée de l'interdiction de la publicité sur le préservatif. En 1986, est éditée la première édition de «Fixer propre».

- Narcotiques Anonymes (NA) est créée en 1984. Il s'agit d'un groupe d'entraide, d'un groupe de parole, dont le but est l'abstinence de tout produit modifiant le comportement. Les membres se considèrent comme malades. Il s'agit des substances illicites (héroïne, cocaïne, cannabis), mais aussi des substances licites (alcool et médicaments). Les NA ne participent pas à l'action publique. Les membres des NA sont anonymes contrairement aux membres de l'ASUD. (6)

- Auto-support Usagers de drogues (ASUD) : il s'agit d'une association d'usagers de drogues, créée en France en 1992 par Philippe Marchenay, Abdalla Toufik ainsi que Gilles et Phuong Charpy. Cette association a pour but de promouvoir l'entraide entre usagers, d'avoir une identité collective, un savoir technique et scientifique, et de défendre leurs intérêts. (6) Ils veulent participer à l'action publique, en tant que partenaire dans la lutte contre le sida et les hépatites. Leurs actions se placent au niveau sanitaire, et ils reçoivent des financements publics. Faire de la prévention dans un groupe social clandestin est difficile. Rendre visible un groupe, dont la pratique est interdite par la loi, permet au message préventif d'atteindre sa cible. (7)

D. Réduction des risques

1. Définition

La réduction des risques a pour but de prévenir les risques et réduire les dommages causés par le comportement à risque. Cela intervient en théorie quel que soit le moment de rencontre avec l'utilisateur, qu'il soit dans l'abus d'une substance ou dans la dépendance.

L'objectif est surtout de prévenir les dommages occasionnés par la consommation de substances psycho-active. Il ne s'agit pas de stopper l'addiction mais d'éviter les complications, en rendant l'utilisateur acteur de la réduction des risques. (36)

La prévention des risques et la réduction des risques peuvent être un objectif en soi ou une étape dans le parcours de l'utilisateur de drogues.

2. Postulats de la RDR

a) Une société sans drogue n'existe pas

Trois français sur quatre pensent qu'il n'est pas possible d'obtenir une société sans drogue. (8)

En effet, le pavot à opium, par exemple, est connu depuis des milliers d'années. Les sumériens l'utilisaient en 4000 avant Jésus-Christ. Au XIX^{ème} siècle, les médecins prennent seulement conscience de leurs propriétés addictives. (9)

Conscient de ce constat, la politique de RDR devient une «obligation». Le Dr Francis CURTET disait que nous nous rabattons sur la réduction des risques au nom de la résignation (10), résignation qui ne doit pas être assimilée à du défaitisme. Les médecins et la société doivent lutter contre la drogue, mais également contre les risques qu'encourent les usagers de drogues, qui ne sont pas encore dans une optique de sevrage.

b) Politique adaptative

La politique de réduction des risques est évolutive, adaptée aux pratiques et représentations de la population à risque ciblée. Il est nécessaire d'observer et d'analyser les pratiques et représentations de cette population, pour que les actions soient adaptées au monde d'aujourd'hui. (11)

c) Prise en compte des libertés individuelles, de la santé publique et de l'ordre public

La loi seule ne peut régler le problème de l'addiction aux opiacés. La politique de RDR donne un cadre, grâce à la loi inscrite dans le code de santé publique, et donc des limites en dehors du cadre social. (12)

d) Poser les jalons pour une bifurcation

Le but de la réduction des risques va au delà de la prise en charge de l'urgence sanitaire. Les personnes peuvent ainsi entrer dans le soin, et décider, quand le moment est venu pour eux, de bifurquer vers le sevrage, la substitution, et également de se réinsérer. (12).

e) Exemple de situation dans un pays sans RDR : la Russie

Le gouvernement russe est en opposition totale avec la politique de RDR, qu'il accuse de promouvoir les narcotiques. Les usagers de drogues sont arrêtés et emprisonnés (13), avec de nombreux abus (arrestation sans justification légale, fausse preuve pour accélérer l'arrestation, voire racket). (14)

Les usagers de drogues n'osent plus sortir pour se procurer des seringues à usage unique de peur d'être arrêtés. (2)

Ce pays est pourtant très touché par l'épidémie de Sida : 60 000 nouveaux cas de VIH

diagnostiqués, en 2009. Les traitements anti-rétroviraux ne couvrent pas le quart des besoins, soit moins qu'en Afrique subsaharienne (40%). Les médecins ont l'interdiction de prescrire les traitements de substitution oraux. Les programmes d'échange de seringues sont financés par les associations (Fond mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose, et le Paludisme). (2)

L'absence de programme de réduction des risques est donc un échec.

3. Moyens et objectifs

a) Les CAARUD :

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues sont issus de la loi du 9 août 2004, et regroupent les dispositifs de RDR : Boutiques, bus, automates, et «sleep'in».

Les **Boutiques** ont été créées en 1993 pour accueillir les usagers de drogues en situation précaire. C'est un espace d'accueil et de repos, où les usagers peuvent disposer de boissons et nourriture. Ils peuvent avoir accès à des téléphones et à internet, ainsi qu'à une laverie, des sanitaires, et des casiers pour leurs effets personnels. Ils ont également accès à des soins infirmiers, et à une aide sociale et juridique. (10)

A Nancy, cette boutique s'appelle « L'échange » et est ouverte du lundi au vendredi, 3 heures par jour. C'est un lieu où les usagers peuvent faire des dépistages des infections par le VIH, hépatite B et C, de façon anonyme et gratuite. Ils peuvent aussi se faire vacciner contre l'hépatite B.

Les « **sleep'in** » offrent un hébergement de nuit en urgence pour les toxicomanes en situation de grande précarité, ainsi qu'un accès à des consultations sanitaires et sociales. Ces structures existent à Paris et Marseille.

Les **Bus Méthadone** sont des structures itinérantes mobiles proposant une substitution à seuil adapté. Le but des bus méthadone est d'aller au devant de l'utilisateur et de faciliter l'accès à une substitution. Elle permet également l'accès à une structure sanitaire et sociale. L'accès se fait sans rendez-vous, et dans un lieu fixe. Cette structure permet de toucher une population en situation plus précaire que les usagers de CSAPA. (15)

Les seringues sont vendues aux toxicomanes en pharmacie depuis 1987. Les **Programmes d'échange de seringues (PES)** sont des endroits où les Usagers de drogues disposent de matériels d'injection stériles à usage unique ainsi que de matériels pour la consommation de drogues sans injection, tels que paille, pipe à crack, feuille d'aluminium... Selon les lieux, l'offre de ces PES est variable. Le personnel peut expliquer l'injection à moindre risque, les manières de réduire le risque d'overdose. Parfois, les Usagers peuvent faire dépister les infections VIH/VHC/VHB, avoir accès à des préservatifs, à des vaccinations hépatite B, mais aussi à un service social. (16)

b) CSAPA, ancien CSST

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (186 en 1990) ont été redéfinis par le décret du 29 juin 1992, ayant pour objet la prise en charge médico-psychologique, et la prise en charge sociale et éducative (aide à l'insertion professionnelle et sociale). Ils peuvent être gérés

directement par les services de l'état dans le département, mais ils le sont le plus souvent par des établissements de santé ou par des associations conventionnées à cet effet. (17)

Depuis le décret du 14 mai 2007, les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) regroupent les Centres Spécialisés de Soins aux toxicomanes (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoolologie (CCAA).

c) Kit d'injection et kit-sniff

(1) Kit d'injection: exemple du stéribox® 2

Les kits d'injection contiennent des conseils de réduction des risques. Dans le stéribox® 2, les précautions nécessaires lors de l'injection sont précisées, le mode d'emploi du stéricup est décrit. Les usages à risque de contamination virale sont détaillés. L'usage du préservatif et la vaccination hépatite B sont conseillés.

Le contenu du Stéribox® 2 est:

- 2 compresses imprégnées d'alcool emballées individuellement
- 2 solutions stériles de 5 ml hypotoniques
- 2 seringues à insuline d'un mL
- 2 stéricups
- 1 préservatif



Pour vous protéger, utilisez le préservatif de Stéribox.

Évitez de l'endommager avec vos ongles en ouvrant l'emballage. Incolore, avec réservoir, de surface lisse et lubrifié, en latex de caoutchouc naturel, le préservatif doit être placé sur le pénis en érection avant tout contact entre le pénis et le corps du partenaire afin de prévenir toute maladie sexuellement transmissible et la grossesse. Dès la fin du rapport, retirez-vous en retenant le préservatif à la base du sexe. Si vous utilisez un gel, n'utilisez pas comme lubrifiants des produits gras comme l'huile, le beurre, la vaseline, la crème pour le corps ou les produits solaires, car ils endommagent le latex. Consultez un médecin ou un pharmacien pour connaître la compatibilité du préservatif avec les remèdes vendus librement et destinés à être appliqués dans le vagin ou sur le pénis.

Les déchets piquants, coupants et tranchants provoquent des accidents infectieux graves. Celui qui produit un déchet est responsable des accidents qu'il peut entraîner.

EN CAS DE DOUTE...

- ...Vous avez emprunté une seringue,
- ...Vous avez trempé votre aiguille dans un récipient ayant déjà servi,
- ...Vous avez dosé plusieurs préparations dans un même récipient,
- ...Vous avez récupéré des filtres ayant déjà servi,
- ...Vous avez utilisé le même filtre à plusieurs,
- ...Votre injection a été réalisée par une personne porteuse d'un virus.

SI UN TEL ACCIDENT S'EST PRODUIT

Consultez rapidement les urgences d'un hôpital ou une consultation de dépistage : un traitement peut être prescrit dans les heures qui suivent et au plus tard dans les 48 heures. Il tente d'éviter l'infection à VIH.

Pour le virus de l'hépatite C, plus tôt on est dépisté, mieux on est traité.

DANS TOUS LES CAS

Faites-vous vacciner contre l'hépatite B.

Préservatif : A n'utiliser qu'une fois et à jeter à la poubelle après utilisation. A stocker dans un endroit frais et à l'abri de la lumière directe du soleil et de l'humidité.
 Préserveur de message C, conforme à la norme NF EN 10603 1994.
 Préservatif Latex Vc distribué par SOIR BP 20025 - 47122 L'Espérance
 Cedex 02 - France ou Préservatif Sans latex distribué par TEBIM
 Cedex 02 - France

Précautions Indispensables

- 1... Avant l'injection, lavez-vous les mains.
- 2... Désinfectez la peau avec le tampon d'alcool.
- 3... Utilisez une seringue neuve.
Vérifier l'intégrité des protecteurs individuels avant usage.
- 4... Utilisez le filtre stérile du Stéricup.
(La réutilisation des cotons usagés peut provoquer "poussières", infections, septicémies).
- 5... Ne jamais aspirer dans le Stéricup après quelqu'un d'autre.
(L'aiguille d'une seringue qui a déjà servi peut avoir contaminé le Stéricup).
- 6... Après l'injection, stoppez le sang en comprimant avec le tampon sec.
Protégez l'aiguille. Si possible, mettez le matériel usagé dans un récipient sûr (container) ou ramenez-le à un programme d'échange. A défaut, mettez-le dans une canette ou une bouteille et jetez-le à la poubelle.

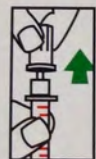
TOUS LES ELEMENTS CONTENUS DANS LE STERIBOX SONT STRICTEMENT PERSONNELS ET A USAGE UNIQUE



Mode d'emploi du Stéricup



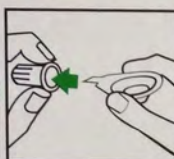
Dégager le Stéricup de son conditionnement, sans toucher l'inférieur, en appuyant sur le manche.



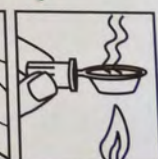
Retirer l'embout blanc de la seringue.



Mélanger avec le piston : il est stérile.



Emboîter le manche du Stéricup dans l'embout blanc.



Le Stéricup peut être ainsi utilisé sans se brûler les doigts.

(2) Kit-sniff

Le kit présenté ci-dessous contient:

- une surface miroir
- une paille
- une lame
- un mini-pilon



Ce kit personnel, réutilisable est difficile à trouver en pharmacie, son coût reste élevé (10 euros pour le kit personnel et réutilisable ci-dessous).

Dans d'autres kits (strawbag® par exemple), tout aussi difficiles à se procurer, se trouvent des mouchoirs en papiers pour déboucher les narines avant l'inhalation, un mini-pilon pour écraser finement le produit, de l'eau stérile pour rincer les narines après le sniff, et un préservatif.
(33)

d) Traitements de substitution: Buprénorphine Haut Dosage (BHD), Méthadone, Suboxone®

Les traitements de substitution oraux ont pour but de remplacer un produit illicite à demi-vie courte par un produit licite à demi-vie longue, qui se prend per os. (16). En 2010, 130 000 personnes étaient sous TSO en France. (18)

(1) Méthadone

La méthadone a reçu son AMM en mars 1995. Elle était prescrite à titre expérimental depuis 1970. C'est un agoniste morphinique de synthèse, qui se fixe essentiellement sur les récepteurs «mu». (19) Actuellement, 20% des patients sous TSO, sont sous méthadone prescrite initialement en CSAPA, avec relais par un médecin généraliste, quand le spécialiste l'estime possible.

(2) Buprénorphine

La buprénorphine est un opioïde synthétique de type agoniste «mu» partiel et un antagoniste «kappa». (19) Il est introduit en France en 1996. Les médecins généralistes restent les principaux prescripteurs en France (90%).

(3) Suboxone®

Le Suboxone associe la buprénorphine à la naloxone, qui est un antagoniste des opioïdes, avec un rapport de 4 pour 1. Pris en sublingual, la naloxone est détruite à 100% lors du premier passage hépatique et ne se fixe pas aux récepteurs mu. La BHD peut ainsi se fixer sur ces récepteurs et éviter les symptômes de manque, sans flash, avec un effet plafond. Si le traitement est pris par voie IV, la naloxone se fixera directement sur les récepteurs mu en 4 minutes et cela pendant 40 minutes, empêchant la buprénorphine de s'y fixer. Cela créera un syndrome de manque pendant 15 à 30 minutes. Il existe deux dosages : Suboxone 2 mg/Naloxone 0,5 mg ou Suboxone 8 mg/Naloxone 2 mg. La posologie maximum est à 24 mg de buprénorphine, contre 16 mg pour la BHD seule. (20)

Les études concernant le suboxone sont essentiellement réalisées à l'étranger, ce produit y ayant été commercialisé plus précocement. Elles montrent que ce nouveau produit est un outil de réduction des risques pour les patients toxicomanes, en particulier en réduisant le mésusage par injection.

- Réduction de la consommation d'opiacés

L'étude menée aux Etats-Unis, en double aveugle randomisée multicentrique avec placebo, BHD et BHD/Naloxone montre une consommation moins importante d'opiacés non substitutif chez les patients traités par Suboxone que sous BHD seule. Ceci est prouvé par les tests urinaires, auxquels les patients inclus dans l'étude étaient soumis. Les deux produits montrent une efficacité comparable sur les besoins en opiacés. (45)

Le suboxone diminuerait la consommation de drogues opiacés illicites, et le taux de rétention sous Suboxone est aussi important que celui sous méthadone, selon une l'étude américaine comparant ces deux TSO en double aveugle. (46)

- Réduction de l'injection grâce à la Naloxone

Une étude menée par H. Alho suggère que le suboxone est moins injecté que la BHD seule. Il s'agit d'une étude menée dans un lieu de programme d'échange de seringue, au moyen de questionnaire remis aux usagers. Cette étude analyse l'utilisation et le mésusage avec la BHD et le Suboxone chez des patients dépendants aux opiacés. 73% des utilisateurs ayant répondu aux questionnaires utilisent fréquemment la BHD en injection, 68 % ont essayé le suboxone en IV, mais 80% décrivent cette expérience comme mauvaise. Ils persistent malgré tout un usage régulier non négligeable de ce dernier produit chez 8,3% des patients.

Cette étude a comme limite le faible taux de remplissage des questionnaires (30%), mais permet de montrer une tendance. (47)

Une étude menée dans le Queensland à Brisbane, entre 2000 et 2007 dans un centre de réduction des risques auprès d'usagers de drogue IV réguliers (907 au total), montre que le Suboxone est moins injecté que la BHD seule.

Le suboxone a été détourné à des taux inférieurs à ceux de la méthadone et de la BHD seule. L'injection de Suboxone était inférieure à 5% des injections d'opiacés. (48)

La situation française est très différente de la situation australienne, la BHD représente 80% des prescriptions en France de traitement de substitution, et la méthadone seulement 20%. En Australie, la méthadone est introduite en 1970, la BHD beaucoup plus tard, en mars 2001, et le suboxone en mars 2006. Ceci explique que la méthadone soit le traitement de substitution le plus prescrit (60%). Le suboxone et la BHD seule sont prescrits respectivement à 22 et 15% des patients sous traitement de substitution orale.

e) Salles de consommation

Les salles de consommation supervisées ou salle d'injection sont des lieux où l'injection de drogues illégales est autorisée, avec supervision par du personnel médical et paramédical. Parmi les personnes qui fréquentent les salles d'injection, 61% pratiquent leurs injection principalement à domicile, 29% dans les salles d'injection et 10% dans des lieux publics, selon une étude suisse. (62) Les salles de consommation ne semblent pas être le lieu principal d'injection pour la plupart des consommateurs de drogues.(63)

Selon une étude réalisée à Vancouver, les usagers de la salle de consommation remarquaient qu'ils manquaient d'informations concernant la technique de l'injection propre. La fréquentation des salles de consommation supervisées leur a permis d'acquérir ces informations pour réaliser ensuite des injections sécuritaires. (64)

Il n'y a eu aucune overdose mortelle dans la salle de Vancouver sur l'étude de 2008. Le personnel dispose de Naloxone en cas de surdose en opiacés pour une prise en charge rapide sur place. Une étude allemande retrouve même une diminution significative des overdoses dans les 4 villes allemandes où il y a des salles d'injection supervisées. (65)

L'objectif, si l'usager le souhaite, peut être une orientation vers le soin: 18% des usagers ont décidé, après fréquentation d'une salle de consommation de Vancouver, de suivre un programme de désintoxication ou un traitement de substitution. (69)

27% des Français sont favorables à la création de salles de consommation supervisées dans une étude réalisée en 2008. (8)

f) Centre d'injection supervisé/diacétylmorphine pharmaceutique

Entre 1994 et 2010, la diacétylmorphine a été expérimentée dans six pays (Suisse, Pays-Bas, Espagne, Allemagne, Canada et Royaume-Unis). Ces programmes ont été maintenus dans tous ces pays, sauf le Canada à cause d'oppositions idéologiques. Au Danemark, un centre de traitement par héroïne ou diacétylmorphine pharmaceutique a été ouvert sans passer par la phase d'expérimentation. (21)

L'héroïne médicalisée ne respecte pas les règles des TSO, car il s'agit de la prescription d'un produit injectable, à demi-vie courte. (16)

Il existe des différences selon les pays:

- En Suisse, depuis 1995, l'héroïne médicalisée est disponible avec supervision de l'injection de dose d'héroïne par une infirmière. L'héroïne est délivrée à l'usager de drogue directement dans une seringue.

Le patient peut se rendre deux à trois fois par jour en centre et dispose de petites doses de Méthadone pour éviter les symptômes de manque. Le but de ce programme est d'atteindre le plus grand nombre d'usagers de drogues et de les faire entrer dans le soin. (16)

- Aux Pays-Bas où les usagers de drogues prennent l'héroïne en majorité par inhalation, le traitement par Diacétylmorphine par inhalation est disponible dans des conditions similaires à celle de la Suisse. (16)

- Aux Royaume-Unis, l'héroïne injectable est prescrite sans supervision, associée à la méthadone. (16)

Les résultats des études menées à l'étranger sont, comme le notent certains médecins, bons. L'étude NAOMI, conduite au Canada entre 2005 et 2008, montre que le traitement par Diacétylmorphine (DAM) injectable est efficace en terme de:

- rétention en traitement, car les patients sous DAM ont un taux de rétention de 88%, contre 54% pour les patients sous méthadone.

- réduction de la criminalité: 67% des patients sous DAM ont diminué considérablement voire arrêté leurs activités illégales, contre 47% pour les patients sous méthadone.

- diminution de la consommation d'opiacés illicites: de 26,6 à 5,3% pour les patients sous DAM, de 27,4 à 12% pour les patients sous méthadone.

- fonctionnement psychologique et social: une amélioration importante pour les deux traitements dans les trois premiers mois. (64)

Les conditions à remplir, pour que les patients aient accès au traitement par héroïne médicalisée au Canada:

- âge supérieur à 25 ans,

- dépendance aux opiacés depuis plus de cinq ans,

- injections lors de l'année écoulée,

- deux tentatives de traitement, y compris maintenance par méthadone.

Les conditions dans les autres pays (Belgique, Pays-Bas, Allemagne, Suisse, Royaume-Unis...) sont très proches.

4. Financement

Les principales dépenses de l'état français dans le domaine de la lutte contre la drogue sont faites par les ministères de la justice et de l'intérieur (répression du trafic et de l'usage).

Les dépenses concernant la prévention et les soins se font sur les crédits du ministère de la santé et de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. (MILDT)

Les crédits d'état consacrés à la politique de RDR sont en augmentation, de 9,5 millions d'euros en 1997 à 14,6 millions en 2002, puis plus de 28 millions en 2008. (10)

Le rapport coût/efficacité des TSO démontre une économie de vie, une diminution du coût direct d'application de la loi (incarcération, frais de fonctionnement de la police), une diminution des pertes de prélèvement pour l'état (liées aux incarcérations et aux décès). Ainsi l'économie s'élèverait à 595 millions d'euros par an. (22)

Cette politique est donc rentable financièrement également.

5. Acceptabilité de la population

En France, 72% des personnes interrogées adhèrent à une politique de RDR liée à l'usage de drogues, définie comme ceci : «informer les consommateurs sur la façon la moins dangereuse de les consommer afin de diminuer les risques pour leur santé». (63)

Il est important de noter que la prévalence de l'expérimentation de l'héroïne en France n'est pas négligeable, puisqu'elle est de 1,2% dans l'ensemble de la population de 18 à 64 ans. (8)

73% sont favorables aux traitements de substitution, mais seulement 27% sont favorables aux salles de consommation supervisées. (8) En ce qui concerne les drogues illicites, les français sont attachés aux mesures prohibitives, selon l'enquête EROPP de 2008. (23)

6. Législation française et RDR

La loi quinquennale de santé publique 2004-2008 a inscrit la politique de santé publique dite de «Réduction des Risques» en direction des usagers de drogues dans le code de santé publique, elle devient ainsi du ressort de l'état. (5)

7. Les limites de la RDR

L'accès aux soins reste hétérogène en terme de choix de TSO, selon les disponibilités géographiques de ces traitements.

Les mésusages sont la contrepartie des TSO : consommations par sniff ou injection, primodépendance, revente des TSO et associations médicamenteuses aux traitements substitutifs provoquant des overdoses. Par ailleurs, les consommations associées à la BHD et à la méthadone restent fréquentes. (alcool, benzodiazépines, cocaïne, cannabis...)

Le bilan de la politique de RDR concernant l'épidémie de VIH est extrêmement positif, il l'est beaucoup moins concernant les hépatites.

E. Opiacés et modes de consommation

1. Les déterminants de choix du mode de consommation de l'héroïne

a) Effets recherchés

Les effets sont différents selon les modes de consommation :

- l'injection ou l'inhalation de la fumée provoquent une sensation immédiate de plaisir, appelée «flash».
- la prise nasale ne permet pas d'avoir cet effet.

b) composition de l'héroïne disponible sur le marché

(1) Forme chlorhydrate : soluble donc injectable

Cette forme est adaptée à l'injection et au inhalation, mais ne peut être fumée car l'héroïne au lieu de se volatiliser, se décompose.

(2) Forme base : peu soluble dans l'eau

Elle n'est pas injectable, car se volatilise et ne se décompose pas. La forme base est donc fumée.

c) Taux de pureté et produit de coupage

Les consommations par inhalation et sniff font appel à l'odorat. Par conséquent si le produit est trop coupé, l'inhalation de ce produit provoquera une répulsion et la prise nasale ne permettra pas l'absorption par la muqueuse nasale.

d) Coût

L'injection est le mode de consommation le plus «efficace» et le plus «rapide» au niveau de la recherche d'effets.

e) Facteurs favorisant le passage à l'injection

Une augmentation des tarifs de l'héroïne ou un manque de moyens financiers favorisent le passage à l'injection. (25)

2. Usage à risque élevé : l'injection

Bien que ce mode de consommation ne soit pas le seul à risque, il augmente de façon nette les risques pour la santé et en particulier le risque infectieux.

Une étude faite en CAARUD en 2008 montrait que 46% des usagers de drogues fréquentant ces structures avaient pratiqué l'injection dans le mois précédant. (26)

3. Etapes d'une injection-type

Dans le rapport TREND de 2008 est décrite une «injection-type», en quatre étapes. Cela permet de mieux comprendre les moments à risque de contamination bactérienne ou virale. (26) Le rapport parisien propose une description de la réalisation d'une « injection-type » à partir des observations et des entretiens avec des usagers de drogues réalisés au cours de l'année.

a) Solubilisation de l'héroïne

L'héroïne brune est posée dans un récipient. La «gamelle» (nom donné par les usagers de drogues) peut être le Stéricup des Stéribox®, une cuillère ou le dessous d'une canette. Ensuite, un acidifiant (souvent du citron, parfois du vinaigre) est ajouté pour rendre le produit soluble dans l'eau stérile, qui sera ajouté ensuite. La plupart des usagers utilise des flacons d'eau stérile à usage unique, mais il arrive qu'ils utilisent un flacon entamé qui n'est alors plus stérile. Le mélange est chauffé au briquet ou à la bougie. La préparation est mélangée avec la seringue. Le côté du bouchon recouvrant la seringue est parfois utilisé pour faire le mélange, bien qu'il ne soit pas stérile.

b) Filtration

La filtration permet de diminuer le risque d'obstruction vasculaire. Pour l'utilisateur, la filtration doit être la plus rentable avec une faible perte de produits psycho-actifs. Il semble que le filtre contenu dans le stéribox® soit trop petit et le stérifilt ne soit pas entré dans les habitudes des usagers. Les usagers de drogues utilisent souvent des filtres de cigarette, arrachés avec les dents puis roulés entre les doigts, pour filtrer le mélange, ce qui peut être à l'origine d'infection.

c) Désinfection au point d'injection

La désinfection est une pratique rare chez l'injecteur. Plus le toxicomane a de difficultés à réussir l'injection, et plus les règles de réduction des risques sont négligées.

Les injecteurs utilisent parfois les garrots (élastiques plats, ceinture ou lacet de chaussure) et essentiellement quand le réseau veineux est abîmé. Le garrot est source d'infection par sa proximité avec le point d'injection.

Il arrive fréquemment que l'utilisateur de drogues soit assisté par quelqu'un, pour plusieurs raisons : au moment de l'initiation à l'injection, ou pour assister l'utilisateur qui ne serait pas en état de réaliser seul l'injection. Cela peut favoriser le partage de matériel et le risque infectieux.

d) Compression post-injection

Suite à l'injection, les usagers de drogues compriment le point d'injection avec les doigts (les leurs ou ceux de pairs). Il semble que le tampon sec contenu dans le stéribox® soit trop petit, et même qu'ils en faillent plusieurs.

4. RDR lors de l'injection (26)

a) Lieu d'injection et hygiène des mains

L'injection doit se passer si possible dans un endroit calme, propre, et lumineux. Le support doit être rigide, plan, dégagé et propre. (eau de javel si possible)

Les mains seront lavées si possible avec un savon bactéricide ou un gel hydro-alcoolique. A défaut, un lavage des mains au savon de Marseille pourra être effectué.

b) Seringues

Les seringues à insuline sont les plus utilisées. Elle présente un moins grand risque infectieux car l'aiguille et le corps sont fixés ensemble. Il est nécessaire d'utiliser une seringue neuve à chaque nouvelle injection pour diminuer les risques infectieux et moins léser les veines.

Les seringues sont en vente libre aux personnes de plus de 18 ans. Leur accès est gratuit dans les CAARUD et CSAPA.

A défaut, et parce que des patients n'utilisent pas les programmes d'échange de seringue, l'eau de javel, qui a des propriétés virucides à une concentration minimale de 12°, peut-être utilisée, en cas d'impossibilité à disposer d'une seringue neuve (protocole proposé par l'Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance et la direction générale de la santé):

- Laver en remplissant au moins à deux reprises à l'eau courante la seringue le plus tôt possible après l'injection, pour la débarrasser des débris organiques.

- Remplir complètement la seringue avec de l'eau de javel à 12 voire (mieux) 24 °, et laisser agir au minimum pendant 30 secondes.

Renouveler une fois la même opération.

L'eau de javel du commerce est à 12°, celle à 24° vient de berlingot concentré à 48° dilué.

- Rincer complètement la seringue à l'eau courante deux fois. (27)

c) Eau de dilution des produits

L'eau stérile contenue dans les stéribox® est utilisée pour diluer les drogues. Si il n'y a pas d'eau stérile à disposition, l'usager peut prendre de l'eau minérale, immédiatement après avoir ouvert la bouteille. Si il veut utiliser de l'eau du robinet, il faut qu'elle soit bouillie avant utilisation.

d) Acidifiants

Le citron est souvent utilisé pour solubiliser l'héroïne. L'utilisation de citron entamé présente un risque mycosique important. Il vaut mieux utiliser un citron frais entier, coupé en deux et le jeter ensuite.

L'utilisation de jus de citron et de vinaigre risque de causer des candidoses.

e) Filtres

Le filtrage permet de retirer les particules non solubles. Les stérifilts permettent une bonne filtration tout en retenant moins de produit que le coton, qui est parfois utilisé.

Les usagers de drogues réutilisent les cotons en cas de manque, ils «font les cotons». Cette pratique présente des risques majeurs d'infections (virales, mycosiques...).

f) Tampons

Les tampons alcoolisés sont à utiliser pour désinfecter avant l'injection. Les trousses de prévention en contiennent. La désinfection peut se faire avec un coton et de l'alcool à 70°, voire une eau de Cologne.

Les tampons secs doivent être appliqués pendant au minimum 30 secondes après l'injection pour arrêter le saignement. L'utilisation de tampons alcoolisés est déconseillée, car ils empêchent une bonne cicatrisation de la veine.

5. RDR lors de la prise nasale de drogues

Le patient qui «sniffe» des drogues, pour en réduire les risques, doit: (33, 34)

- se moucher avant l'inhalation
- préparer «sa ligne» en rendant la poudre la plus fine possible
- enfoncer la paille haut dans la cavité nasale doucement
- rincer son nez à l'eau 10 minutes après le «sniff», pour réduire les irritations (saignements, nécrose, perforation de la cloison nasale)
- ne pas partager sa paille, la surface où est préparée la «ligne»...

F. Problématique et objectifs de l'étude

Dans leur patientèle, tous les médecins généralistes rencontrent des patients usagers de drogues. Ils traitent des patients toxicomanes, principalement quand ils sont en demande de solution thérapeutique (traitement de substitution oral ou sevrage). Qu'en est-il de leur pratique de la Réduction de Risques (RdR), de quoi peut-on parler en médecine de ville et dans quel but ? Cela pose-t-il des problèmes moraux et si oui lesquels ? Le but visé est-il le but atteint ? Qu'est-ce qui freine le médecin généraliste pour en parler ? L'introduction du Suboxone® en France comme traitement de substitution changera-t-elle la pratique des médecins généralistes ? Les pratiques étrangères (traitement de substitution par héroïne injectable, salles de consommation supervisées...) seraient-elles nécessaires en France ?

G. Contexte et justifications

Les médecins généralistes suivent de nombreux patients toxicomanes. Ils prennent en charge entre 91 et 99% des patients sous BHD. 73% des patients sous traitement de substitution aux opiacés, sont suivis exclusivement par un médecin généraliste libéral. (28) De part sa présence sur tout le territoire, le cabinet de médecine générale est accessible aux patients toxicomanes, qui peuvent consulter, comme tout autre patient (29)

Les actions de RDR chez les usagers ont été initiées à l'apparition du sida dans les années 1980. Avec l'apparition des TSO, le médecin généraliste est devenu un acteur majeur de la RDR.

II. Matériels et méthodes

A. Méthode d'échantillonnage :

1. Taille de l'échantillon

Les études avec entretiens semi-dirigés nécessitent en général entre 20 et 40 interviewés. (30)

L'enquête s'est arrêtée quand les réponses aux questions sont devenues redondantes et qu'il est devenu possible de dresser une liste des opinions et des pratiques sur le sujet étudié. (30)

2. Mode d'échantillonnage

Les interviewés étaient des médecins généralistes installés en libéral, qui suivent des patients toxicomanes. Ils ont été recrutés sur appel téléphonique, en commençant par les médecins connus pour ne pas refuser de suivre les usagers de drogues. Le recrutement s'est fait en Lorraine, en milieu rural et urbain. La population de médecins était mixte, dans toutes les tranches d'âge, en essayant d'équilibrer l'échantillon.

Il n'y avait pas de lien hiérarchique, ni de complicité entre l'interviewé et l'interviewer.

3. Mode d'accès aux interviewés

La demande d'entretien s'est faite par téléphone, directement au médecin généraliste.

Lors de cet appel, j'ai expliqué le sujet de la thèse, les modalités de prise d'informations (enregistrement).

Le moment de l'entretien a été choisi par le médecin pour maximiser la disponibilité de l'interviewé. Les médecins étaient rencontrés à leur cabinet pour diminuer leurs contraintes et augmenter leur disponibilité.(31)

B. Etude Qualitative avec entretien semi-dirigé

1. Etude Qualitative et non quantitative

Le choix du type d'étude, dans ce domaine peu étudié de la RDR, s'est porté sur l'étude qualitative. Ce type d'étude était la plus à même de mettre en exergue les tendances spontanées, d'obtenir des réponses, qui ne seraient pas prédéfinies au départ.

L'étude quantitative aurait amené l'interviewé à se positionner face à une liste d'opinions.
(30)

Ces deux méthodes de recherche sont complémentaires, mais on ne peut quantifier, ce qui n'a pas été qualifié.

Les informations de l'étude qualitative sont plus explicatives et approfondies, que celles données par les interrogatoires des enquêtes quantitatives.
Cette méthode a pour but de chercher un sens dans ce que dit chaque individu, et d'interpréter le contenu latent, derrière le discours manifeste. (30)
Contrairement à la méthode quantitative, la méthode qualitative ne cherche pas les effets d'appartenance sociale. (32)

2. Entretien semi-dirigé, et non libre ou de groupe

a) Entretien libre et de groupe

Disposant de données générales dans le domaine de la réduction de risque, l'entretien libre ne semblait pas approprié, d'autant plus que le risque d'hors sujet était important. (35, 30)

Les «entretiens de groupe générateurs d'item» posaient plusieurs difficultés:

- les médecins risquaient de ne pas pouvoir parler librement de leur expérience, sans résistance. (30)
- il était plus simple à l'enquêteur de s'adapter aux emplois du temps chargés des médecins généralistes, que de trouver un temps commun à plusieurs médecins.

b) Entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé était celui qui était le plus adapté pour ce sujet de thèse.

Le but de l'entretien semi-dirigé était de réaliser un bilan concret de la réduction des risques en médecine générale, de l'approche qu'en avait le médecin généraliste et de sa pratique.

Les entretiens nécessitaient une écoute active, et empathique, pour créer une relation de confiance. Il était nécessaire de rester aussi neutre que possible, en position de recul, pour favoriser l'expression de la pensée de l'interviewé, et le pousser à donner son opinion personnelle. (30, 32)

L'enquêteur se devait de ne pas donner de jugement de valeur. (32)

Au départ, juste avant l'enregistrement, j'ai détaillé le sujet au médecin que je rencontrais pour qu'il soit le moins surpris possible, quand j'aborderai les thèmes de l'étude. La question des salles de consommation supervisée, par exemple, a été une question induisant des résistances, bien que la question ait été posée sans à priori. J'ai insisté sur le fait qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses ; je souhaitais avoir leur point de vue et leur pratique dans ce domaine peu étudié en médecine générale.

3. Guide d'entretien

L'entretien semi-directif s'est appuyé sur un document formalisé, appelé guide d'entretien. Ce guide était structuré en thèmes. A chaque thème correspondait des questions, auxquelles l'enquêté pouvait répondre. L'entretien restait modulable.

- Mode de fonctionnement des médecins généralistes:

A quel moment le médecin généraliste prend-il en charge les usagers de drogues ?

Comment le fait-il ?

Comment gère-t-il les chevauchements, les rechutes ?

De quels partenaires s'aident le médecin généraliste ? Et si non pourquoi ?

- Difficultés ressenties par le médecin généraliste face aux patients toxicomanes

- Evolution des patients :

Quelle évolution pour ces patients toxicomanes ?

Les diminutions et le sevrage sont-ils faciles à faire ?

- Mésusage:

Quels sont les signes de mésusage ?

Les patients nous le disent-ils ?

Quels sont les moyens d'y remédier ?

Marché noir des TSO : les médecins généralistes font-ils le lit du marché noir de la buprénorphine ?

- Moyens de Réduction des risques:

Sont-ils connus des MG ? (Stéribox®, kit-sniff, vaccination hépatite B, préservatif, partage de pailles, injection propre...). Le médecin généraliste en parle-t-il avec les usagers de drogues ?

- Une «nouveau» en France : Suboxone®

Les médecins le connaissent-ils ?

Quel apport dans la pratique ?

L'ont-ils déjà prescrit et dans quel cas ?

- Salles de consommation supervisée :

Serait-ce utile en France ? Et pourquoi ?

- Médecin généraliste prescripteur de TSO :

Pourquoi certains ne veulent pas suivre, du tout, ces patients ?

Pourquoi les médecins généralistes les suivent plus que d'autres ? Image de ce médecin.

4. Retranscription

Les entretiens étaient enregistrés et retranscrits ensuite. Pour chaque entretien étaient notés trois caractéristiques du profil de l'enquêté: le genre, l'âge et le lieu d'exercice. (68)

C. Déroulement de l'étude

L'enquête fut menée sur trois mois, entre mars et mai 2012.

Vingt médecins ont été rencontrés et enregistrés, deux entretiens se sont révélés inexploitable du fait d'un problème technique.

L'accueil des médecins a été cordial.

Les entretiens ont duré de 15 à 45 minutes selon les médecins interviewés, avec une moyenne de 20 minutes. L'échantillon était constitué de cinq femmes et treize hommes, d'âge allant de 38 à 63 ans. Treize praticiens avaient un exercice urbain et cinq un exercice rural ou semi-rural.

Voici les caractéristiques relevées pour chaque médecin:

Médecin n°	Genre	Age	lieu d'exercice
1	masculin	57	rural
2	masculin	57	urbain
3	masculin	58	urbain
4	féminin	48	urbain
5	féminin	40	semi-rural
6	masculin	47	urbain
7	masculin	63	urbain
8	masculin	55	urbain
9	masculin	60	urbain
10	masculin	56	urbain
11	masculin	38	urbain
12	masculin	53	urbain
13	féminin	57	semi-rural
14	féminin	46	semi-rural
15	féminin	56	urbain
16	masculin	61	rural
17	masculin	60	urbain
18	masculin	58	urbain

III. Résultats

A. Mode de fonctionnement des médecins généralistes

1. A quel moment le médecin généraliste prend-il en charge les usagers de drogues ?

Les patients toxicomanes consultent le médecin généraliste, essentiellement quand ils sont en demande de soin et particulièrement de traitement de substitution. Le médecin prescripteur n'est pas forcément le médecin traitant du patient.

La décision de se faire prendre en charge serait liée à un manque de moyens financiers, un retentissement familial, une injonction thérapeutique.

(1) Je pense que ceux qui viennent nous voir, quelque part, c'est que ou **ils n'ont plus d'argent pour payer**, ils prennent leur saloperie et ils sont remboursés, ou ils viennent le chercher pour revendre et se racheter, parce que ça malheureusement, c'est pas rare. **Ou alors ils viennent réellement parce qu'ils veulent faire quelque chose.**

(3) A.B : Donc ce sont des personnes qui viennent déjà pour le produit ? ...

Dr : Les gens qui sont en traitement de substitution. **Ceux qui n'y sont pas, on n'a pas forcément l'occasion de les voir. A priori, quand ils viennent, ils sont en traitement de substitution.**

(6) Dr : Bah lui, il arrive parce qu'il veut s'en sortir celui-ci... Ça devenait de plus en plus difficile, au niveau argent. Je ne sais plus, mais il y avait un tiers ou la moitié de son salaire qui passait dans les toxiques, donc ça devenait difficile ! C'est pour ça qu'il a décidé de se faire prendre en charge.

A.B. : Et au niveau familial, puisque vous m'avez dit qu'il avait une amie, ça avait des retentissements ?

Dr : Oui, parce qu'elle, elle m'en a parlé, il n'y a pas très, très longtemps.

(8) **Ceux qui consomment ne viennent pas, mais ceux qui veulent arrêter, oui. On les voit pour la prescription, très souvent de Subutex®, et pour deux ou trois de méthadone.**

(13) A.B. : Quand vous les voyez, ils viennent après une longue période de toxicomanie ?

Dr : Oui, ou alors **en injonction thérapeutique**. Ou alors ils viennent accompagnés de leurs parents. **Je ne suis pas toujours le médecin traitant des personnes que je prends en charge.**

2. Sur quel mode de discours, quelles conditions ?

La prise en charge se fait par le médecin traitant au départ, ou le patient serait orienté en CSAPA pour la mise en route du traitement, dans l'optique d'une prise en charge plus globale. C'est également une solution pour les médecins qui ne sentent pas capables d'instaurer un TSO.

(6) Moi, un nouveau patient qui n'est pas suivi à l'UFATT et qui réclame quelque chose ; **si il veut que je le prenne en charge, il faut qu'il aille à l'UFATT...** Pour qu'il y ait une **prise en charge plus globale...** Si ils sont pris en charge, je veux bien faire la suite, le suivi.

(14) C'est celui qui arrive en me disant, je veux décrocher, je veux du Subutex®, ... Donc ceux-là quand je les vois, **je ne les prends pas en charge directement, donc je les envoie en centre pour toxicomanes.**

... Et puis **exception faite pour un jeune qui viendrait avec ces parents**, en me disant : « Voilà, tout le monde est au courant, mes parents m'aident, je suis revenu habiter chez eux etc... ». **Là, je vais essayer de prescrire ou d'avoir une cure un peu plus rapidement.**

(17) Je n'institue pas de traitement. Ce sont des gens qui viennent pour un renouvellement d'ordonnance, ayant déjà un suivi. **Je n'ai jamais eu d'institution de traitement. Je ne saurais pas faire d'ailleurs.** Je passerai par un centre... C'est quelque chose que je ne ferais pas d'emblée, **je passerais par un spécialiste.**

Les questions posées par tous les médecins généralistes à la première consultation sont similaires. Elles portent sur les types de produits consommés, leur quantité, la durée de la dépendance, et l'origine de la motivation de se soigner. Ce sont des consultations qui sont relativement longues par rapport aux consultations classiques.

(1) J'essaie de voir **où il en est, ce qu'il prend, depuis quand** ? Si ils ont décidé qu'ils voulaient faire un traitement de substitution parce qu'on leur a dit qu'il y avait des produits qu'ils pouvaient revendre, essayer de parler un petit peu pour voir.

(2) Il y a **plein de choses à dire mais on les dit surtout la première fois**, quand on les voit à la première consultation. **Là on fait une consultation plus longue.** Normalement, je leur donne RDV et je les vois le soir, après le flux de consultation, pour pouvoir **discuter du pourquoi : pourquoi ils sont tombés là-dedans, pourquoi ils en sont arrivés là et pourquoi ils viennent me voir. Et pourquoi ils veulent en sortir...** parce que la démarche est importante...

(5) Je pose **quelques questions, leurs habitudes de consommations, les quantités, depuis combien de temps, et leur situation** : est-ce qu'ils sont seuls, entourés, est-ce qu'il travaillent. Est-ce qu'ils ont une vie sociale, est-ce qu'ils connaissent le traitement... En général, ils ont déjà tout essayé...

.. J'essaie de savoir comment ils sont toxicomanes, comment ils gèrent leurs addictions...
Combien ils consomment ? Comment ils y arrivent, comment ils financent leur produit, etc... Et on arrive par ce biais-là à cadrer les choses. La première prescription, j'évalue un petit peu leur besoin, et prescrire en **délivrance quotidienne en pharmacie...**

(18) A.B. : Est-ce qu'il y a des choses que vous abordez dès la première consultation ?
Dr : **Non, ça dépend des patients, de leur parcours...**

La plupart des médecins interrogés ne font pas un interrogatoire policier et laisse parler le patient en orientant les questions. La crainte de ne pas être dans une relation de confiance vraie est une difficulté pour le médecin. La présence au rendez-vous est un gage de sérieux dans la prise en charge.

(1) Je le laisse beaucoup parler ou je le dirige un peu en le questionnant... De toute façon, c'est tout ! Autrement, **je ne suis pas policier !**

(2) **Alors la bonne solution, pour leur casser les pieds vraiment...** Alors je commence à 7h30 le matin, **je leur dis demain matin 7h30**, là, je peux vous dire qu'ils viennent mais qu'ils ont une drôle de tête, mais ils viennent et ils ont fait l'effort de venir.

(4) Moi, ce que je leur dis surtout, c'est que **c'est une relation de confiance**. Moi, je veux bien m'occuper d'eux si tout est honnête. Je leur dis dès le départ qu'il faut qu'ils me disent si ils injectent. **On n'est pas la police**, on est là pour les aider à adapter leur traitement. On les engage à venir nous voir, dès qu'il y a un truc qui ne va pas. En général, ça se passe plutôt bien, mais **il faut poser les choses dès le départ**.

Nous, on s'en occupe jusqu'au bout. Il n'y a que, un patient qui serait vraiment trop compliqué à gérer, parce qu'il n'y a pas de confiance possible... **Il y a toujours eu des entourloupes, on est d'accord, ça peut arriver, mais c'est exceptionnel**.

(9) ...moi je leur dis « **je ne suis pas votre père**, donc je ne vous foutrai pas la fessée ; **je suis pas curé**, donc je ne vous enverrez pas en... «enfer» ; **je ne suis ni flic ni juge**, donc je ne vous mettrai pas en garde à vue ni en prison ; **je ne suis pas banquier** non plus donc ne me demandez pas de sou. » Car parfois, ils me disent « docteur est-ce que vous ne voulez pas me payer un truc ? »

(11) Et pis enfin, le contrat, c'est également des présences régulières à des rendez-vous, telle heure ou alors si on ne peut pas on prévient. A partir du moment où j'ai déjà cette présence régulière, il y a matière à ce que le travail soit fait, pour que le contrat soit réalisé totalement.

(13) Dr : **Il faut toujours reprendre les choses élémentaires**.
... **La façon de prendre le traitement. Le fait de venir bien régulièrement aux Rendez-vous... D'être très strict...** Il faut établir une **relation de confiance**, on arrive quand même à de bons résultats.

(17) **J'essaie d'avoir un entretien assez sympathique**. On parle de leur vie, de leur façon de voir les choses.

Quelques médecins délivrent des conseils pour augmenter les chances de réussite du sevrage à l'héroïne. Peu de médecins font des contrôles de toxiques urinaires. Les modalités de prise des TSO sont précisées au départ, pour éviter les risques de mésusage. Plus la dépendance est récente, plus les sujets à aborder sont nombreux selon le MG n°18.

(2) Je fais **au départ toujours un bilan urinaire**, pour savoir à quoi et à qui on a affaire, parce que ils nous racontent des trucs. Alors parfois on a la surprise de voir de tout : des amphétamines, de la cocaïne, de tout...

(7) Dans le traitement de la toxicomanie, il y a plusieurs composantes, il n'y a pas que le traitement. Il y a la réinsertion dans la vie sociale, dans la famille, et je leur dis souvent qu'**il faut qu'il y ait les trois composantes qui soient équilibrées : le traitement, l'affectif, et le travail**. Si il n'y a pas les trois, on marche de façon bancal. L'ensemble s'en ressent.

(9) Dans les conseils que je donne aux toxicomanes, c'est de **changer de numéros de téléphone et de balancer toutes leurs adresses...** Donc **un couple de toxicomane, ça ne marche pas** parce que on se noie beaucoup plus facilement à deux que tout seul... Quand ils n'ont **pas de boulot : j'ai peu d'espoir...** Voilà, **il faut leur dire qu'un an de toxicomanie : c'est 2, 3, 4 ans de Subutex®**.

... Moi je dis : « Moi, je vais vous dire comment ça marche, je vais vous donner un traitement de substitution et après, vous faites ce que vous en voulez, mais moi **je vous dis que ça se prend en une prise, par la bouche. Ça ne se sniffe pas, ça ne s'injecte pas**.

(11) **le contrat je ne le prends comme quelque chose qui va être adopté d'emblée. Le contrat : c'est une prise de produit, par exemple la buprénorphine avec un maximum de huit mg, pris sous la langue, à heure fixe, tous les jours.**

(14) **J'essaie de lui expliquer comment ça fonctionne un petit peu, pour que la prise ne soit pas ni injecter ni sniffer**

(18) Quand c'est (la dépendance) récent, on peut aborder des choses.

3. Le médecin généraliste s'aide-t-il de partenaires ? A quel moment de la prise en charge ?

Les médecins généralistes ont comme partenaire principal le CSAPA de proximité, où un traitement méthadone peut être instauré et une prise en charge globale débutée. Les médecins y adressent leurs patients, en l'absence de relation de confiance, ou quand l'évolution ne semble pas favorable pour le patient. Le problème de l'éloignement des CSAPA est soulevé par plusieurs médecins.

(5) A.B. : Est-ce que vous réadrezsez parfois certains patients, directement ou pendant le suivi ?

Dr : Quelquefois directement, **ceux qui racontent un tas d'histoires** comme quoi, ils avaient un traitement chez un autre médecin, et qu'on appelle le médecin, il ne les connaît pas... Ou, ils l'ont vu deux fois en fait, alors qu'il dit qu'il a été suivi très longtemps... On appelle la pharmacie où il était avant, inconnu dans les fichiers, ça, ça m'est arrivé il n'y a pas très longtemps ! A ce moment-là, je leur dis : **«Moi, je ne peux rien faire pour vous».** **Je donne l'adresse de centr'aide.** De toute façon, ils font 50 médecins, jusqu'à ce qu'il y en ait un qui veuille bien lui donner...

(7) A.B. : Et ces patients-là, est-ce que vous les adressez à d'autres personnes ?

Dr : Les autres structures vers lesquelles je les oriente, c'est **l'UFATT**. Mais je trouve qu'on n'a pas, à Lunéville, ce qu'il faut. Ça devrait être considérablement développé par rapport au nombre de problèmes de toxicomanie auxquels nous sommes confrontés.

(9). **Ça accroche à l'UFATT, avec M.X,**l'infirmier psy, ça, ça marche.

(10)... Parce que **le nombre de lettres que je fais pour qu'ils soient pris en thérapie (psychothérapie), soit en extérieur, mais ils n'ont pas les moyens, soit dans le cadre du CSAPA, d'autant qu'il y a un excellent, excellent, excellent psychologue.**

(11) La personne qui n'est pas capable de tenir un rendez-vous, là il est dans un autre cas de figure, là le discours s'arrête là, on a un gros problème. On a un gros problème, et moi, là, tout seul ça ne va pas suffire. Soit vous n'êtes pas dans un projet de soins, soit on a besoin d'être supplémentaire pour se tenir dans ce projet de soins-là et on va travailler avec l'**UFATT**.

(13) Dr : Quand je sens qu'il y a besoin, je les fais voir par **l'hôpital de jour**, parfois je préconise **Centr'aide**, quand je vois vraiment qu'ils ont du mal...Ils arrivent à y aller... Centr'aide, c'est le centre qui prend en charge les toxicomanes, parce qu'il y en a qui aimeraient bien passer à la méthadone, parce que ça fait plusieurs années qu'ils traînent sous Subutex®. Il y a un **médecin, et toute une équipe autour de ce médecin-là : psychologue et assistante sociale.** Mais plus ils se sentent soutenus et mieux c'est.

(16)... sur **Nancy, pour le mettre sous méthadone.**

Un suivi psychiatrique est proposé aux toxicomanes suivis par les médecins généralistes. Les médecins regrettent de faire de nombreux courriers pour les adresser, sans qu'ils ne consultent. Les fréquents dépassements d'honoraires des psychiatres libéraux et le fait que peu soient investis dans le domaine de la toxicomanie, pourraient être une cause supplémentaire de non suivi de ces patients, la première cause étant le manque de motivation du patient lui-même à être suivi.

Les centres médico-psychologiques seraient des solutions pour ces patients, quelques médecins généralistes déplorent que ces structures soient surchargées et que le suivi ne soit personnalisé.

<p>(1) Je ne suis pas là pour leur imposer des suivis psychologiques... Si ils veulent y aller, oui, je leur en parle au départ, si ils sont demandeurs, ok. Mais moi, jamais je ne leur impose ça.</p>
<p>(7) L'autre volet, c'est d'essayer de les orienter vers le centre médico-psychologique pour avoir un suivi psychologique. Mais ça, c'est souvent difficile, parce que le patient doit prendre lui même le rendez-vous, ce qu'il ne fait souvent pas. Il faut rappeler plusieurs fois à l'ordre. Il y en a beaucoup aussi qui nous disent, les psychiatres, j'en ai déjà vu. De toute façon, ça n'a jamais rien changé !... Donc, c'est le médecin généraliste qui fait à la fois le médecin, l'éducateur, le psychiatre... Le psychothérapeute...</p>
<p>(9) A.B. : Vous les envoyez un peu chez les psychiatres ? Dr : Oui, mais ils disent qu'ils ne savent pas. A.B. : Ils ne savent pas quoi ? Dr : Les toxicomanes, ils ne savent pas bien. Ils ne savent pas, puis ils ne veulent pas savoir ou est la problématique. Et puis, ça n'accroche pas ... Dr : D'abord il faut payer, il y a la prise en charge, il y a souvent des dépassements. Dans les CMP, c'est pas personnalisé. Non, on fait ça ici.</p>
<p>(11) On peut proposer une prise en charge psychothérapique. Elle n'est pas très fréquente la prise en charge psychothérapique... Ils n'accrochent pas beaucoup.</p>
<p>(12) A.B. : Et pour ces problèmes psychiatriques, vous les envoyez chez des confrères pour suivre ses problèmes-là ? Ou vous gérez ici ? Dr : On gère, à mon avis les 9/10° au moins des choses. Oui, on fait appel à des aides de temps en temps ; à des psychiatres et ils consultent très rarement. Déjà, sur Lunéville nous n'avons pas de structure adaptée. On n'a pas de psychiatres qui sont investis dans le domaine de l'addiction. Donc il n'y a pas de relais. Si vraiment il y a un problème psychiatrique lambda, classique : oui. On peut avoir un accès... Et encore, il faut qu'ils viennent ! C'est pas toujours évident, c'est comme tous les patients. A.B. : Ils n'aiment pas trop ?... Dr : La psychiatrie, ça reste assez difficile d'accès. Par frein du patient !</p>
<p>(18) Est-ce qu'il y a d'autres problèmes pour lesquels vous auriez besoin d'aide ? Dr : Surtout pour la prise en charge globale, psychiatrique... parce que souvent il y a plusieurs addictions, derrière il y a souvent de la psychiatrie. Ça, je pense qu'il y a un réel besoin à Toul. Je le dis encore, et pas que pour les patients toxicomanes. Pour le patient lambda, on n'a pas de structures suffisantes, pas de prise en charge suffisante adaptée. Il y a le CMP, mais ce n'est pas suffisant. Je ne leur jette pas la pierre, ils font leur travail, mais ils ne peuvent pas faire plus. Ils sont à saturation. Avant il y avait un psychiatre libéral, ils en absorbaient une partie. Maintenant, il n'y en a plus. Et puis à Nancy, c'est pareil. Ça devient vraiment un problème.</p>

Le suivi social est très peu proposé par les médecins généralistes (Assistante sociale, pôle emploi), pourtant nombreux sont ceux qui observent une amélioration quand les patients retrouvent un travail.

(1)... Les assistantes sociales, je n'en parlerai pas. Je ne suis pas là pour imposer les choses.

(4) Seulement, quand on les a en face de nous, c'est parfois difficile de leur faire admettre qu'il n'y a pas que nous pour les traiter. Qu'il faut, à côté, avoir l'assistante sociale ou trouver du boulot, ou le pôle emploi.

(9) Faudrait plutôt des assistantes sociales qui leur trouvent du boulot. Ah, quand ils ont du boulot, ça va!

D'autres partenaires sont cités par quelques médecins généralistes: les microstructures, la boutique «l'Echange» de Nancy. (CAARUD)

(10) On est en train de mettre en place des **microstructures**... justement pour essayer de voir si à l'intérieur du cabinet, les gens ne seraient pas plus accessibles à une thérapie. Parce que **le nombre de lettres que je fais pour qu'ils soient pris en thérapie, soit en extérieur, mais ils n'ont pas les moyens, soit dans le cadre du CSAPA, d'autant qu'il y a un excellent, excellent, excellent psychologue**. Et malgré tout, on a du mal à faire adhérer. Donc là, on va voir si, en microstructure, ça marche.

(11) Il y a d'abord **l'Echange**, qui est un lieu d'accueil qui a l'avantage... bon il y a des horaires d'ouverture bien sûr, mais il n'y a pas de RDV. Donc c'est un endroit où on sait que tous les jours entre telle heure à telle heure vous pouvez trouver des gens à qui parler, confier des tas de trucs. On peut prendre une douche, on peut laver ses vêtements, ce qui paraît normal mais quand on est à la rue, c'est un peu difficile de prendre une douche et de laver ses vêtements, ou on peut s'informer et notamment s'informer de la manière de procéder à une injection dans les meilleures conditions de sécurité sanitaire, de où est-ce que je trouve du bon matériel, genre en pharmacie, ça s'appelle le stéribox® etc etc..
... Donc je dirais que l'Echange c'est déjà une **première étape, déjà de resocialisation...**

4. Evolution des patients toxicomanes

a) Diminutions et sevrage

Les diminutions de posologie de traitement substitutif sont souvent suggérées par le médecin traitant mais c'est le patient qui décide du moment de diminution de posologie. Nombreux sont les médecins qui, par expérience, ne diminuent pas les posologies trop rapidement. Un médecin explique ses stratégies pour enlever l'angoisse lié aux diminutions de traitement (prescription alternée, retrait par quantité minimale de méthadone).

Souvent le traitement devient chronique, avec de petites doses de traitement. Certains médecins généralistes pensent que ces patients craignent les symptômes de manque, ont besoin de cette petite posologie pour se rassurer, ou peut-être sont en mésusage non avoué au médecin.

(1) Parfois je leur donne le traitement sur quinze jours, je baisse tout doucement sur quinze jours et je demande à les revoir. Si ça marche, on garde cette diminution progressive. Faut pas aller trop vite parce qu'ils vont échapper, ils ne seront pas bien, ils vont en réclamer plus la fois d'après. **Il faut prendre du temps, alors là il faut beaucoup discuter...**

(4) ... **On a des gens qui vieillissent**, maintenant, avec un **traitement chronique, avec de très petites doses**, moins de 1 mg.

... Dr : Là, **j'en ai qui diminuent, mais c'est pas la majorité.**

A.B. : Et ça se passe bien ? C'est eux qui disent qu'ils veulent diminuer ou c'est vous ?

Dr : Quelquefois, il y a vraiment un... Moi, **au départ, je leur dis, l'objectif, c'est aussi de diminuer... Assez rapidement.** Parce que je leur explique, qu'il y en a que je suis... ça fait huit ans que je suis installée, ils n'ont pas baissé encore. Je leur dis qu'après ils rentrent dans un engrenage, si vous n'avez pas l'objectif de diminuer rapidement, vous n'y arriverez pas.

A.B. : Et ces patients qui, depuis huit ans, sont toujours à la même dose, **ils refusent de diminuer**, parce que... ?

Dr : Ils ont peur de manquer, ou ils ne nous disent pas tout.

(12) Dr : Ça, **j'ai appris à comprendre que, voilà, il ne fallait pas être trop pressé**, déjà, et que, il fallait que les gens soient... Souvent... **Souvent ça vient d'eux.** Je pense que, deux fois sur trois, j'attends que ça vienne d'eux... **Je leur suggère, bien sûr...**

A.B. : Et pourquoi ils ne veulent pas ? Ils ont peur de quoi, en fait, en diminuant ?

Dr : **Ils ont peur d'être en manque, ou il y en a beaucoup qui ont peur de rechuter.**

(13) Alors là, ils analysent ! J'ai un jeune qui était sous chlorhydrate de **méthadone**, c'était impossible de lui faire diminuer la quantité. Alors **je lui fais enlever avec une seringue tuberculinique 0,1 mL à chaque fois.** Il y va progressivement. Alors on a réussi à baisser progressivement de 5 mg. Ce n'est pas la panacée, mais voilà. La prochaine étape, c'est recommencer de façon à... Je lui ai dit, de toute façon, dans ton flacon, il en reste autant ! Il t'en reste sur les bords... Alors, si tu fais l'analyse, on ira progressivement et il y arrive.

A.B. : Et les diminutions sur le Subutex® et la méthadone, c'est vous qui en parlez ?

Dr : Ça peut-être les deux. Souvent je leur fais une **prescription alternée**, c'est à dire qu'ils ont la dose maxi et la dose minimale. Ils prennent un coup l'un, un coup l'autre de façon à diminuer progressivement. Et à la fin du mois, on commence avec la dose mini. **Tout simplement pour leur montrer que ça ne change rien.**

(17) A.B. : Ce patient-là, il est venu parce qu'il était sous buprénorphine, mais avant il prenait de l'héroïne en sniff ou en injection ?

Dr : En sniff, c'était assez ancien. J'aimerais bien... **Il reste très accroché à sa dose de buprénorphine, et je pense qu'il n'en aurait plus besoin.**

Dr : **Il a peur de rechuter...** Je crois que sa femme a très très peur aussi, qu'il arrête et qu'il rechute.

Dr : **Il ne veut pas bouger. Enfin, ce n'est pas très gênant**

(18) A.B. : C'est vous qui leur dites : «On va diminuer.» ?

Dr : Quand je vois qu'ils sont **depuis longtemps sous la même dose**, je leur dis qu'il va falloir penser à diminuer, qu'**il faut se préparer psychologiquement à diminuer et puis à arrêter.** Ils en prennent conscience.

Peu de médecins envoient leurs patients en sevrage. Les patients y sont adressés si ils ont des addictions multiples, pour un sevrage à la BHD après diminution de posologie en ambulatoire. Le médecin n° 7 regrette la difficulté à adresser rapidement des patients, ayant une dépendance récente aux opiacés, en cure de sevrage directement.

(14) Oui, moi, je leur propose parfois (la cure de sevrage), quand ils sont quasiment plus à grand chose et qu'on a l'impression que c'est plus placebo qu'autre chose. Ceux qui sont un peu **polytoxiques**, j'allais dire, qui prennent un peu tout et n'importe quoi, on essaie plutôt de les orienter et effectivement sur l'hôpital psychiatrique de Fains, on a possibilité de les hospitaliser pour des cures de sevrages.

(7). **Parce que quelquefois c'est dommage**, quand je vois des personnes arriver qui consomment depuis relativement peu de temps, la seule alternative que j'ai, c'est de leur proposer un traitement de substitution qui donne une nouvelle dépendance, et qui va durer longtemps. Et **je me dis que pour certains, ça vaudrait le coup de tenter un sevrage hospitalier...** Ou alors on part dans des traitements de substitution jusqu'à ce qu'il y ait un lit d'hospitalisation, mais le problème c'est que le sevrage avec le Subutex® c'est... Quand on demande un séjour de sevrage, ils demandent que la dose soit baissée le plus possible. C'est un parcours qui est quand même extrêmement difficile, et je trouve qu'on manque de moyens et d'imagination.

b) Rechutes

Selon les médecins, les rechutes sont favorisées par l'inactivité, les difficultés financières, familiales et le contact avec des consommateurs. Prouver la rechute, quand elle n'est pas avouée, est une difficulté pour le médecin généraliste.

(4) D'ailleurs, moi, j'ai les cas actuellement, j'avais une fille qui était vachement bien équilibrée, elle vient de **perdre son boulot**. On a eu une discussion au moment où elle l'a perdu. J'ai dit «aie ! aie ! aie ! Dur, dur, il va falloir être vachement vigilant». Et là, ça y est, **c'est reparti**.

... soit un **événement de vie**. Il y en a qui disent, j'ai croisé un copain, je n'ai pas pu résister à la **tentation**.

(8) Mais il suffit en se disant, je suis assez fort pour **passer une soirée avec les copains, et puis c'est reparti**. Et puis quand il décide de revenir, il me dit qu'il était à une soirée, qu'il a été tenté. J'ai une série de patients qui s'absentent pendant 5 mois, 6 mois, puis ils reviennent, puis ils s'absentent et reviennent.

(9) Alors il y a les **anniversaires, le nouvel an**, ça s'est « Pim, pim, pim » (= rechute)...

(12) Tout peut les déstabiliser... **Tous les événements de la vie**, quels qu'il soient, argent, famille, travail... Tout, tout fait à chaque fois qu'on perd de vue un patient. On le revoit 6 mois après. A chaque fois, il y a eu effectivement des périodes, soit parce qu'ils ont re-consommé, je suis retombé dedans comme ils disent, j'ai retapé... Parce que ma copine m'a lâché, parce que mes parents m'ont foutu dehors, parce que j'avais plus de sous, parce que j'ai eu des ennuis avec la justice voilà, alors, les prévoir, ça !

(13) Les **galères de la vie**, le fait de **ne pas être occupé**, de **ne pas avoir de rythme dans leur vie** !

(16) A.B. : Qu'est ce qui fait que les patients rechutent ?

Dr : **Je ne pense pas qu'il y ait des facteurs favorisant la rechute**. Je pense qu'ils sont bien dans leur domaine, et puis...

(18) Quelquefois, il y a rechute... Et ça, **on est assez démuni, parce que, pour le prouver, c'est dur**.

B. Un moyen de Réduction des risques : les TSO

1. Intérêts de la Buprénorphine et méthadone

Les médecins considèrent que les TSO ont pour but de ne pas ressentir le manque d'héroïne, de se décentrer du produit, de diminuer les risques sanitaires et de ne plus avoir de dettes ou de problèmes judiciaires.

(7) La buprénorphine, Subutex® ou la méthadone qui permettent de **ne plus ressentir le manque d'héroïne**, de **ne plus être dépendant de ces doses à chercher tous les jours** pour se sentir à peu près bien et ça permet de commencer à se **sortir du problème financier...** le traitement de substitution permet de mettre un frein à un certain nombre de choses, et d'essayer de **reconstruire une vie un peu plus équilibrée**.

(9) Comme vous l'aviez dit, déjà, la **prescription d'un traitement de substitution, ça réduit les risques**. D'ailleurs, ça a été commercialisé pour ça au début. Je pense que c'était pour que les gens arrêtent les produits, pas le traitement de substitution. C'était pour les **mettre à l'abri des maladies transmissibles et des problèmes judiciaires**. **Les sortir de la marginalité...** et en plus c'est remboursé, c'est quand même mieux.

(15) ... Le traitement de substitution étant **quelquefois une alternative à la drogue**. De toute façon, c'est intéressant.

A.B. : Pourquoi ?

Dr : Parce que c'est un bon début. Même si c'est un début qui peut durer des années, c'est un bon début. Ce sont des gens qui ne sont **plus dans le manque**. Le manque : c'est quelque chose d'inférieur. Ils ne sont plus jamais en situation de manque, ne sont plus en situation de **délinquance** pour avoir des produits. Donc c'est déjà, de toute façon, une démarche intéressante. Alors après, au cours des entretiens, au cours des consultations, il faut savoir aussi saisir l'opportunité. **Il y a des moments où ils sont plus à même de pouvoir avancer** par rapport à leur démarche de traitement de substitution.

(18) Il y en a quelques uns qui parviennent à arrêter, ça existe... Il faut s'y accrocher ! Après, **je n'ai pas trop d'état d'âme à prescrire un substitut, parce que je me dis que, plutôt que le patient aille à droite, à gauche courir partout.** Mais c'est vrai que le résultat est loin d'être bon. Ce n'est ni satisfaisant, ni bon.

2. Une nouveauté en France : le Suboxone®

Ce produit récemment mis sur le marché n'a pas été prescrit par un certain nombre de médecins par méconnaissance, absence d'étude ou de pratique en France.

Certains médecins souhaitent en parler entre collègues avant de commencer à prescrire. Un médecin faisait part de son septicisme devant un nouveau TSO, qui lui semble, ne pas régler le problème de la dépendance.

Un autre médecin voit en ce produit un médicament, qui remettrait en cause la relation de confiance entre le médecin et le malade.

Ce nouveau produit nécessite lors de l'instauration un temps d'explications, un des médecins se plaint de ne pas forcément avoir ce temps, quand les patients se présentent.

(1) Non, je n'ai pas encore essayé

(2) Je n'ai pas encore prescrit.

A.B. : Et vous y pensiez pour quel type de patients ?

Dr : **Je ne me suis pas fait d'opinions encore.** J'attends... d'avoir des retours, oui. Mais alors, si tous les généralistes font comme moi, et disent j'attends... ! Mais enfin, il y a des études en cours, j'imagine !

(6) A.B. : **Le Suboxone®, vous connaissez ? Vous en avez entendu parler ?**

Dr : **Non.**

(10) A.B.: **Vous en avez peut-être déjà prescrit ?**

Dr : **Pas encore... Je n'ai pas encore eu le déclic.**

... **Le problème, c'est que jamais on arrivera à changer la molécule de ceux qui sont sous quelque chose.** C'est à dire, je pense que l'on peut initier, mais je pense que ça sera très difficile de riper.

...Et puis, je pense que je ne l'ai pas encore bien senti moi-même pour la prescrire. Voilà... Le forcing du labo ne m'a pas... **il y a un petit truc qui me bloque encore, peut-être qu'il faut que je le débloque, mais je ne dis pas que je ne le ferai pas !**

(11) A.B. : D'accord. Donc le Suboxone®, c'est pas la solution... ?

Dr : **N'importe quel autre produit, ça va pas résoudre leur problème.**

... Je pense que le problème du toxico, il est ailleurs que dans une simple dépendance pharmacologique.

(16) A.B. : Le Suboxone®, vous avez déjà commencé à en prescrire ?

Dr : Non.

... A.B. : Ça pourrait servir à certains patients ?

Dr : Oui, pour certain. **Mais il faut prendre le temps.**

A.B. : D'expliquer ?

Dr : D'expliquer, oui. **Mais on n'a pas toujours le temps.**

(17) **Je n'en ai jamais entendu parlé.**

(18) A.B. : Le Suboxone®, vous connaissez ?

Dr : Oui, alors on me l'a présenté, mais vraiment je n'ai pas d'expérience. J'aurais du mal...

Enfin pour l'instant **je ne peux pas le prescrire parce que je ne le connais pas bien**, je ne maîtrise pas. Pour l'instant, je ne m'en sers pas.

Le Suboxone® serait prescrit aux patients «un peu déviants», qui sont en mésusage, en particulier aux injecteurs, ceux qui ne sont pas bien équilibrés sous 16 mg de BHD, qui ne supportent pas le goût de la BHD seule.

Le second avantage de ce produit serait de pouvoir reparler d'une consommation en mésusage.

(1) **Bon, l'avantage du Suboxone®, c'est pour ceux qui se piquent. Eventuellement, l'avantage entre guillemets, ou l'inconvénient je ne sais pas.**

(3) J'ai eu le cas tout à fait récemment. Donc une fille qui était sous méthadone... Elle **continuait à prendre de l'héroïne**, elle m'a demandé à prendre du Suboxone®. Je lui ai bien expliqué que si il y avait un mésusage, ça n'irait pas. Que ce n'était pas compatible avec le poursuite de l'héroïne. Et en fait, elle a accepté... Enfin c'était elle qui était demandeuse... Enfin, elle était demandeuse... pas du Suboxone®, parce qu'elle ne connaissait pas le produit. Je lui ai proposé, quoi... Après, **les patients qui ont un mésusage actuellement**, je leur propose.

... **c'est intéressant, parce que ça permet de reposer la question et puis de donner un choix mais en même temps, si ils le refusent, on aura reparlé des risques d'une consommation en mésusage.**

(4) Dr : **Soit à des nouveaux patients, soit à des patients qui sont en mésusage avec le Subutex®.** C'est à dire que ceux qui sont bien avec leur Subutex®, et qui le prennent correctement, on n'a pas trop de raison de leur proposer.

(7) Il y avait le Suboxone®, vous m'en parliez, vous l'avez déjà prescrit ?

Dr : **Je dois avoir 3 personnes qui le prennent actuellement.** Une, c'est parce qu'il était à 16 mg de Subutex®, et je n'arrivais pas à le stabiliser. Donc je lui ai dit : «Soit, il faut passer à la méthadone soit, on peut essayer de passer au Suboxone®, et donc, on peut aller plus loin dans les doses autorisées. Apparemment, ça se passe pas mal, elle est à 20 mg, elle est revenue il n'y a pas très longtemps, en me disant qu'elle va beaucoup mieux, que ça fait une différence par rapport à avant. Pour elle, c'est une jeune femme, passer sous Suboxone®, ça a été très positif. Pour les autres, il y en a à qui j'ai **proposé d'emblée le Suboxone® avec l'arrière pensée de casser le marché noir du Subutex®.** Suboxone® étant moins connu actuellement, et en plus, **les comprimés sont plus agréables.**

... A.B. : Donc les deux autres, ce sont des patients à qui vous avez prescrit pour la première fois le produit ?

Dr : Oui.

(9) Alors il y a **un produit qui est bien, que « j'ai » essayé, c'est la Suboxone® parce que l'on peut la prescrire toutes les 48h...** Alors on peut faire une prise tous les 2 jours, donc ceux qui avaient tout le temps ça dans la tête, j'essaye et je leur dis : « Prenez ça tous les 2 jours et puis on va voir »... Alors moi, j'en ai prescrit à un mec, qui est CRS.

(12) ... ma remplaçante en a déjà prescrit, j'ai eu un **retour positif** dans le sens où la personne m'a dit : «Ah c'est **bien plus agréable au niveau de la saveur !** ».

A.B. : Ah, le goût n'est pas le même alors ?

Dr : Le goût n'est pas le même, c'est plus agréable à prendre.

... A.B. : **Vous le prescriviez, ce produit, à quel type de patients, si vous le faisiez ?**

Dr : Ah... Bien sûr aux injecteurs ...

(13) A.B. : Vous vouliez le prescrire à qui ?

Dr : **Aux injecteurs justement.**

(15) Je l'ai déjà prescrit deux fois à **des patients qui étaient tout à fait... qui adhéraient complètement à la démarche et qui disaient que ça allait les aider.** Donc, voilà.

A.B. : **Ça** allait les aider à quoi ?

Dr : **Des gens qui sont un tout petit peu déviants, pas beaucoup, et qui pensent que le produit, ça va les aider...** Il y en a un qui est revenu au bout de huit jours. C'était pas ça qu'il lui fallait parce que ça ne l'aidait pas du tout. Il se sentait comme dans un carcan

(18) A.B. : Vous pensez que ça pourrait servir dans l'avenir et pour quel type de patients ?

Dr : Oui. Justement des **patients qui ne sont pas très observants, qui ont tendance à dévier.**

La plupart des médecins qui prescrivent le Suboxone®, le proposent et ne l'imposent pas. Quelques médecins le proposent avec force, quand ils estiment que cela est mieux pour la santé du patient.

(4) **Ils peuvent refuser... Oui. Parfois, ils n'ont pas vraiment le choix,** ou alors ils acceptent et puis ils ne font pas ce qu'on leur dit. C'est le plus fréquent, je pense.

(8) J'ai essayé, parce que c'est sorti depuis deux mois, et non, **il y a beaucoup de refus**. Ils disent : «Non, non, je suis bien comme ça».

(12) Il faut que ce soit **en accord avec eux**. On n'est pas là pour les piéger, ce n'est pas le but... Bien souvent les gens, il faut profiter de leur bonne volonté : ils disent : «Ah ben, oui, je souhaite arrêter mais je n'y arrive pas.»... Bah, je peux peut-être vous aider en vous proposant quelque chose. Si vous l'injectez, ça ne va pas marcher dans ce cas, vous serez bien obligé de le prendre normalement.

(13) A.B. : Ce sera un choix ?

Dr : Ce sera un choix... **Ce sera comme ça. C'est moi qui décide**. Ça fait longtemps que je l'attends.

C. La RDR en médecine générale

De l'avis général, les toxicomanes sont très informés en matière de RDR, certains médecins estiment qu'ils sont même plus informés qu'eux-même. Un médecin reconnaît avoir découvert le stéribox® par un patient qui lui en a parlé. Les kit-sniffs ne sont pas connus des médecins généralistes.

Les conseils de réduction des risques, donnés par certains médecins généralistes sont: de ne pas consommer d'alcool ou de benzodiazépines avec les opiacés, d'éviter le partage de matériel (pailles et seringues), d'utiliser de l'héroïne de bonne qualité, de changer de seringues à chaque injection.

Les sérologies de dépistage sont un moyen d'aborder la question parfois. Les règles de RDR sont discutées si cela se présente et non systématiquement, plus particulièrement avec les injecteurs.

Un médecin fait, lors d'une consultation annuelle de synthèse, le point sur les règles de RDR, quels que soient les modes de consommation antérieures des opiacés.

La réduction des risques est considérée comme une solution supplémentaire pour les toxicomanes consommateurs, et non à un refus de lutte contre la dépendance.

(2) A.B. : Les patients quand vous me disiez que la première consultation est la plus importante, c'est sans doute celle où vous dites le plus de choses. A ce moment-là, **est-ce que vous parlez de réduire les risques. Je pense que vous faites aussi des bilans ou des choses comme ça... Est-ce que vous parlez du fait... Des fois qu'ils rechutent après : il faut éviter de partager le matériel, il y a des stéribox®**. Est-ce que tout ça, ça vient à un moment donné dans la discussion ?

Dr : **Oui, bien sûr, je le dis.**

(3) **Effectivement, il faut poser la question...** déjà, par rapport au traitement de substitution : **comment ils le prennent, est-ce qu'ils le prennent en prise unique ou en prise multiple, sous la langue, dans le nez ou en shoot, ça c'est la première chose à faire.** Après ... est-ce qu'ils prennent d'**autres produits...** Et puis **il y a aussi la question de l'alcool, donc pareil...** La consommation l'alcool est très fréquente, donc il faut aussi la question. Alors après, pour rester dans le mésusage, la deuxième étape, c'est de poser la question au toxicomane : **comment il fait...** et quand il shoote comment il fait ; donc lui demander de décrire la technique assez précisément et puis après, je pense, **l'interroger sur les risques, les choses qu'il sait, en fait.**

Après, poser la question de **qu'est-ce qu'il pourrait faire pour diminuer les risques...**

... Donc des **produits de bonne qualité, avec toujours une seringue neuve, ils désinfectent bien, ils changent leurs points d'injection...** etc...

(4) **A.B. : Est-ce que vous parlez des risques infectieux : hépatite, VIH, overdose?**

Dr : Oui ! Bien sûr !

(5) **A.B. : Et vous parlez des pailles, du fait qu'il ne faut pas partager, qu'il y a des risques d'hépatite C ?**

Dr : Non, par contre, quand ils viennent, je leur demande si ils ont fait des tests de dépistage, donc je propose la batterie de test de dépistage... Et il y en a beaucoup qui me répondent : «De toute façon, je ne me suis jamais injecté, je ne fais que sniffer.» Et donc je leur dis que même en sniffant, on peut attraper une hépatite C.

(6) **A.B. : Les moyens de réduction des risques, les stéribox®, kit-sniff etc... vous en avez entendu parler ?**

Dr : Les kit-sniffs non, les stéribox®, oui.

A.B. : Ça se trouve moins facilement.

Dr : Ça se trouve où ? Qu'est ce qu'il y a dedans ?

A.B.: Vous pourriez reparler du fait qu'il ne faut pas partager le matériel entre consommateurs, si ça présente ?

Dr : Oui, bien sûr, si ça se présente.

(7) **Quand ils me disent qu'ils s'injectent, ou quand je m'en rends compte, je leur dis de ne jamais se refiler les seringues, de toujours utiliser des seringues à usage unique.**

... **A.B. : Les pailles, vous leur redites peut-être qu'il ne faut pas échanger les pailles ?**

Dr : Oui.

(8) ... ceux qui prennent de l'héroïne injectable, oui **je leur conseille de se protéger en prenant des stéribox® à l'hôpital central.**

... **A.B. : Est ce que ce n'est pas à l'opposé de l'arrêt de la toxicomanie ? De la lutte contre la dépendance ?**

Dr : Non, je ne pense pas. C'est un bras en plus. Et celui qui, malheureusement, veut continuer à s'injecter, on doit l'aider, il va quand même le prendre, autant le prendre proprement. C'est bien pour ce patient-là et c'est bien pour nous parce que, si il a l'hépatite C, il va la donner à d'autres.

A.B. : Est ce que ça pose des problèmes moraux d'expliquer l'injection propre ou comment sniffer de manière à éviter l'hépatite ?

Dr : Pour moi, non.

(9) Après la RDR, c'est le matériel de l'injection, c'est la paille. Ils savent tous maintenant.

Il faut pas leur dire.

(10) Déjà, les associations alcool et benzodiazépines, ça c'est la première chose qu'on dit. Vous savez, ils savent beaucoup de choses, souvent plus que les médecins. Il n'y a pas de pathologies à ce point, où les patients sont à ce point informés.

(11) Donc depuis peu, en tout cas dans ma patientèle de toxicomane qui n'est pas débordante, je n'en ai qu'un qui est injecteur. C'est même lui qui m'a appris qu'il existe des stéribox®. Donc je pense que je n'ai pas grand chose à lui apprendre...

... je parlais du préjugé que ça (les conseils de RDR) avait déjà été fait. Et je me rends compte que pas toujours. Ou alors si ça avait été fait, que c'était rentré par une oreille et sorti par l'autre.

(12) Oui, ils savent très bien qu'il ne faut pas se piquer, ils savent très bien qu'il ne faut pas se passer du matériel... Ils savent très bien qu'il faut mettre un préservatif. Tout cela, ce sont des choses qui sont acquises. Si on leur en parle, ils diront : «C'est bon je le sais !»

(14) A.B. : Les stéribox®, ils utilisent ? les kit-sniffs ? préservatifs ?

Dr : Bonne question.

A.B. : J'ai l'impression qu'on ne pose pas toujours la question... Moi-même en remplaçant , je ne la pose pas toujours.

Dr : Tout à fait, là, c'est vrai que je ne poserai jamais la question. Autant, préservatif, oui. ça me viendrait à l'esprit de dire : «Faites gaffe, ouais», mais plutôt lié à l'alcool, qu'à la drogue.

(15) A.B. : En pratique, qu'est-ce qu'on peut faire quand on est médecin généraliste pour réduire les risques chez les patients qui sont usagers de drogue ?

Dr : **Leur redonner les principes de base pour des injections avec du matériel à usage unique**, si ce sont des injecteurs. Mais **même s'il ne sont pas injecteurs**, je redonne quand même cette consigne-là : utiliser du matériel à usage unique pour les injections. Ce n'est pas pour les inciter à devenir injecteur, c'est parce que... **ils peuvent très bien injecter rarement sans qu'ils aient des cicatrices partout, sans qu'ils aient l'impression d'être vraiment des injecteurs...Et une fois par an**, on refait le point.

A.B. : Vous leur parlez des Stéribox® ?

Dr : Ah oui, je leur reparle des Stéribox®. Systématiquement.

A.B. : Vous le faites systématiquement ?

Dr : Oui. Je parle de ça et de plein de choses, pas seulement. C'est ce qui fait partie d'une **consultation dite « de synthèse »**. Parce qu'on a un rythme avec ces patients-là qui peut être un rythme « ronronnant », comme ça... Donc on fait une consultation, pas tout dans la même, pour plein de raisons, autant pour nous, mais aussi pour eux, s'investir dans une seule consultation, dans un entretien, ce n'est pas toujours évident. Donc on parle une fois de ça et du dépistage des maladies transmissibles. Et en même temps, je leur parle des sérologies, des hépatites B, hépatites C : ça fait partie de la même consultation. Pour moi c'est important. **Et puis une autre fois, je fais aussi un état des lieux sur où ils en sont sur le plan social : habitat, famille, amis, travail. C'est deux consultations qui se suivent, une fois par an...**

On élargit aussi à la **prévention des risques sexuels**. Ils savent très bien que ça c'est un discours qu'on a avec toute la population... Je parle aussi de **diététique** ce jour-là, de consommation de **tabac**...

(16) A.B. : Vous me disiez qu'il y avait des patients qui reprennent de l'héroïne, est-ce que **vous leur parlez de réduction des risques, de tout ce qui peut éviter l'hépatite C, B, sida ?**

Dr : **Oui.**

A.B. : Comment vous leur en parlez ?

Dr : **De toute façon, ils le savent.** En général, ils le savent ! **Si maintenant, quelqu'un ne le sait pas... !**

A.B. : Je ne sais pas, il y en a peut-être quelques uns... Qu'est ce qu'ils savent déjà ?

Dr : Qu'ils peuvent se contaminer.

A.B. : Ils savent comment ? Avec les pailles, seringues... ?

Dr : Oui, tout à fait.

A.B. : **C'est quelque chose que vous ré-abordez systématiquement ?**

Dr : **Pas systématiquement. Ça dépend à qui on a à faire. Je vous ai dit, il y en a qui viennent pour l'ordonnance, ils ne veulent pas discuter.**

... A.B. : **Les pailles, est-ce qu'ils sont bien conscients que ça véhicule le virus de l'hépatite C ?**

Dr : **Je pense, oui.** Je crois qu'ils sont assez au courant de ce qui se passe, ceux qui veulent bien en parler.

A.B. : Ils le savent déjà ?

Dr : Oui.

(17) A.B. : Est-ce que vous parlez quand vous voyez de patients toxicomanes du fait que les seringues sont à usage unique, qu'il ne faut pas partager les pailles, vous le dites ou vous attendez que la situation se présente ?

Dr : **Souvent j'en parle.**

A.B. : Alors, à quel moment ?

Dr : Je crois qu'il n'y a pas de consultation type. Je crois que ça vient dans le suivi, dans la discussion. C'est une consultation où, je crois, on parle beaucoup. Qu'est ce qui s'est passé, comment ça se passe. ça vient de façon complètement informelle. Il n'y a pas de consultation type. Ça vient, ça vient pas... Parfois ça devrait venir, et on ne le fait pas, c'est possible.

A.B. : Donc, c'est plutôt quand un patient a rechuté ou a repris quelque chose ?

Dr : Non, pas forcément. Ça vient en fonction de... On devrait peut-être être plus rigoureux dans la démarche, mais moi, je n'ai pas trop une grosse-grosse pratique et **ça vient un peu dans la discussion des conseils que l'on peut donner, mais que l'on ne donne pas de façon systématique...**

(18) A.B. : Est-ce que ces patients qui sniffent ou qui s'injectent, vous leur parlez du fait qu'il ne faut pas s'échanger le matériel, qu'il «faut» utiliser des stéribox®... ?

Dr : Oui, ça ils connaissent.

A.B. : Du coup **vous n'avez pas besoin de leur en parler ?**

Dr : **Non, en général, ils sont bien informés.**

... Est-ce que **vous pouvez ré-expliquer l'injection propre**, même si ce n'est pas dans le soin ?

Dr : **Non.**

A.B. : Ça vous gênerait ?

Dr : **Ça me gênerait un peu.**

Les techniques de consommation des opiacés, en particulier en cas de mésusage de TSO, sont rarement explorées. Cela pose des problèmes éthiques aux médecins.

(4) A.B. : ... on n'ose pas vraiment en parler, pour en avoir un peu discuté avec quelques médecins, je me rends compte que, savoir si quand ils sniffent avec une paille, ils partagent, ils sont tout seuls ou pas...

Dr : C'est vrai que c'est une question que je n'aborde pas beaucoup : la façon dont ils vivent leur toxicomanie.

(11) Alors **la technique (de sniff)**, comment font-ils, bon... **j'avoue que je ne m'intéresse pas aux détails.**

A.B. : Sur la paille, est-ce qu'ils partagent ?

Dr : j'avoue que je ne m'intéresse pas aux détails là. On n'a pas encore spécifiquement mis le doigt sur le risque qu'il pouvait y avoir là-dessus.

...Alors maintenant c'est vrai que je pourrais poser la question : Vous prenez chacun votre paille, ou est-ce que c'est la même et qu'elle est sur le coin de la table depuis sept jours... Oui, c'est vrai que je ne le faisais pas spécifiquement.

(13) A.B. : Et ils sniffent avec des pailles, je ne sais pas si vous leur demandez ?

Dr : Ils sniffent comme ils peuvent. Ils utilisent tous les procédés possibles et imaginables.

A.B. : **Ils ne partagent pas ?**

Dr : Ah ça, je n'ai jamais demandé. Aussi bien la technique que le sniff avec les copains.

Non, je ne leur ai pas demandé.

Le médecin compte également sur le pharmacien pour donner des conseils de RDR. Les associations, comme AIDS, sont des acteurs importants de la réduction des risques. Selon un médecin, contrairement au corps médical, ils n'ont pas de problèmes éthiques à expliquer l'injection propre.

Un médecin n'explique pas les règles de l'injection propre aux patients qui s'injectent un TSO, car ce n'est pas le mode de prise prévu.

(2) Le pharmacien derrière, le redit aussi, je pense. Les patients sont sensibles à ça. Ils utilisent du matériel à usage unique quand ils en ont besoin

(3) Dr : Voilà... Il y a des gens qui en parlent beaucoup, par exemple **AIDS** ; ils sont un peu pionniers dans ce domaine là. **Ils parlent très librement avec les toxicomanes de la façon de shooter.** Eux ils en parlent sans aucun problème, sans tabou... Plus que les médecins... probablement... parce que nous médecins, nous sommes dans une position très difficile par rapport à cela

... Parce que si il y a un mésusage par rapport à un produit de substitution, alors qu'on est prescripteur, on est en porte à faux en fait, dès le départ.

(8) A.B. : Et à ces patients quand on remarque qu'il y a peut-être des traces d'injection, parfois vous donnez des conseils pour s'injecter propres, ne pas abîmer le capital veineux ?

Dr : Avec le Subutex®, non jamais. Parce que ce n'est pas un mode d'administration.

La vaccination hépatite B des patients toxicomanes est peu vérifiée et faite par les médecins, en l'absence d'anticorps vaccinaux. Le patient peut également refuser de se faire vacciner.

Le port du préservatif en cas de relation sexuelle est abordé avec les adolescents, plutôt qu'avec les toxicomanes.

(2) A.B. : Quand ils viennent, est-ce que le **vaccin de l'hépatite B**, c'est quelque chose que vous re-vérifiez, sachant qu'ils sont peut-être plus exposés ?

Dr : **Non, ça c'est une question que je ne pose pas.**

(5) A.B. : Pour tout ce qui est préservatif, vaccin hépatite B... Ce sont des choses dont vous parlez un peu au début, quand vous le voyez ?

Dr : Hépatite B, pas vraiment.

A.B. : Même si cela revient négatif, ce qui est rassurant parce qu'ils ne sont pas malades, on ne fait pas forcément le vaccin.

Dr : **Le vaccin pour l'hépatite B : non, je ne le propose pas forcément.** Après quand il y en a dans l'entourage : oui.

A.B. : C'est à dire dans la famille ?

Dr : La famille, oui.

A.B. : Le préservatif ?

Dr : **Je ne pense pas le faire, sauf si ce sont des plus jeunes, des ados quoi...** Mais en général les traitements de substitution, ils commencent assez tard. J'ai un petit jeune de 19 ans mais sinon... C'est plus tard, j'ai l'impression.

(7) Pour tous, j'essaie de savoir où est-ce qu'ils en sont **aussi bien pour les vaccinations tétanos que hépatite**. On fait un bilan, et dans ce bilan, on regarde hépatite B, C, VIH.

A.B. : Et donc, quand ils n'ont pas les anticorps protecteurs de la vaccination de l'hépatite B, vous les revaccinez ?

Dr : Je leur propose. Il y a ceux qui sont d'accord et ceux qui disent : «on verra plus tard !». Visiblement, ils n'ont pas très envie.

(14) A.B. : Et la vaccination hépatite B chez les patients toxicomanes, pour vérifier si ça a été fait ?

Dr : Je leur fais faire des sérologies, quand je les prends en charge. Les vacciner, alors parfois ils l'ont été, parce qu'on commence à avoir des jeunes qui ont été vacciné dans la génération... Parfois ils ne l'ont pas été...C'est vrai que je n'ai jamais reproposé, c'est vrai, bonne réflexion. Je n'ai jamais reproposé à quelqu'un qui est négatif de faire une vaccination à l'âge de 20 ou 25 ans. Je n'y ai jamais pensé. On vérifie si c'est négatif ou pas, mais c'est vrai que je ne vais pas plus loin.

D. Mésusages : une prise de risque en soin

1. Inhalation et injection de TSO

Certains médecins pensent ne pas avoir de patients, qui utilisent le TSO prescrit en mésusage, par prise nasale ou injection. La question est posée de façon franche par la plupart des médecins. Certains médecins repèrent les indices de mésusage et cherchent à confirmer leurs soupçons. La difficulté pour le soignant est de faire avouer le mésusage au patient.

(1) Dr : ... Honnêtement, **à moins qu'ils ne se piquent à des endroits que je ne vois pas, je ne crois pas que j'en ai.** Je ne crois pas, mais bon...

A.B. : Ça ne se voit ?

Dr : Ce n'est pas que ça ne se voit pas, mais moi, je les examine à chaque fois.

... A.B. : Donc les patients, ils ne sniffent pas leur buprénorphine, et n'injecte pas chez vous ?

Dr : Honnêtement, je ne pense pas. Mais si ils s'injectent, ils peuvent s'injecter n'importe où.

... **Sniff, alors là, j'en sais rien... Comment voulez vous savoir ?**

(2) Dr : Non, **ils ne me le disent pas.** (qu'ils utilisent la buprénorphine en mésusage)

A.B. : Vous leur demandez ?

Dr : **Je leur demande mais ils me disent que non.** Ils me disent qu'ils le prennent. Non, ils n'en parlent pas... Mais on sait bien, on n'est pas dupe...

A.B. : Alors vous le savez comment ?

Dr : **On le sait par d'autres patients** qui ne réclament rien et qui...

(4) A.B. : Et puis, au niveau technique, je pense qu'il y a des personnes qui sont en mésusage, les traitements de substitution d'une autre façon, surtout la buprénorphine ; comment vous abordez la question ?

Dr : **C'est direct, la question.** Déjà, ça se voit assez facilement.

(6) A.B. : Pas non plus de patients qui font du mésusage, qui prennent la buprénorphine en mésusage ?

Dr : Non.

(7) Dr : Moi, **je leur pose la question.** C'est là aussi où, quelquefois, il y en a qui racontent des bobards et puis je finis par me rendre compte de la réalité.

(8) Dr : **Ils le disent (qu'ils s'injectent)? Non, non.**

A.B. : On leur demande ?

Dr : On le demande et ils disent que non généralement, mais on peut le voir.

(17) A.B. : Est-ce qu'il y a des patients où vous vous êtes rendu compte qu'ils s'injectaient le Subutex® ou qu'il sniffait ?

Dr : **Sniffer, je ne pense pas, s'injecter non plus.**

(18) A.B. : Les patients que vous avez, est-ce que parfois ils utilisent la buprénorphine en mésusage ?

Dr : Ben non !

A.B. : Jamais ?

Dr : C'est rare ou alors c'est moi qui lance le sujet. Mais **oui, il y a des détournements d'usage, notamment injectables**, ça se termine parfois dramatiquement.

A.B. : C'est vous qui leur faites dire qu'ils le prennent autrement...

Dr : Oui.

Les indices de mésusage sont: les anomalies de fréquence de consultation, la demande de Subutex® non substituable, une impression ressentie par le médecin à la vue du comportement du patient en consultation.

Les indicateurs de mésusage de BHD par injection sont: l'oedème des mains de patient, les points d'injection visibles et les complications liées à l'injection (infections en particulier).

Les indicateurs de mésusage de BHD par prise nasale sont: les troubles de l'odorat, la demande de prescription de vasoconstricteurs nasaux, les difficultés respiratoires, respiration bruyante ou obstruction nasale chronique.

(2) Dr : **Vu l'état des patients quand ils arrivent parfois, je me dis : ce n'est pas possible, il a pris autre chose, il s'est injecté...**

(4) Par contre, tous ceux qui ont des **problèmes d'odorat**, c'est qu'ils sniffent. Dès qu'ils vous demandent une boîte de **Derinox**, c'est qu'il y a un truc !

(5) **Ceux qui sniffent, ils finissent aussi par avoir des problèmes au niveau de la cloison nasale ou des choses comme ça**, donc on finit par le savoir aussi... **Ils sont... (renifle) comme ça, tout le temps**. Bon... Il y en a qui le disent, mais pas tous. Et puis, **je ne note pas. Les injections, on les voit... Ils ont des mains pas possibles, et puis ils s'en plaignent. Quand ils viennent, ils sont comme ça (tire ses manches sur ses mains)**.

(7) J'en ai un qui, plusieurs fois... je lui ai demandé si il se piquait, parce que l'héroïne, il l'utilisait en injectable, et quand je lui prenais la tension, **il ne remontait sa manche qu'à moitié...** J'ai bien vu qu'il avait la **main gonflée**, et qu'il avait de **multiples points d'injection** !

... Il y en a qui l'utilise en sniff, et ça, ça fait aussi quelquefois des **dégâts au niveau des muqueuses nasales avec des douleurs dans le nez qui sont difficiles...** (sniff) **je m'en suis rendu compte à leur façon de respirer**. On a l'impression qu'ils ont toujours le **nez bouché**. Une **respiration bruyante**, tout le temps en train de renifler.

(12) Eh bien il y a les indicateurs physiques, quand on examine les gens, bien sûr. Si ils sont piqués de partout, si ils ont des abcès dans l'aïne... Ou alors **si ils se cachent trop et qu'ils veulent pas qu'on les examine**. Au niveau du nez, il y a bien sûr tous les symptômes au niveau du nez... **Les nez qui coulent, les nez qui sont bouchés...** Donc ça c'est fréquent, en plus, ça c'est les symptômes physiques, après il y a les symptômes d'**anomalies de fréquence de consultations...**

(15) A.B. : **Parce que vous pensez que s'ils prennent le Subutex® non substituable, c'est peut-être parce qu'ils sont dans le mésusage ?**

Dr : Souvent. **Souvent. Et moi, je leur dis.**

(16) A.B. : Est-ce qu'il y a des signes qui vous font dire, qu'un patient s'injecte ou sniffe ?

Dr : **On le sent dans leur conversation que ce n'est pas clair, on le ressent.**

... A.B. : **Les patients qui s'injectent, vous le voyez peut-être à l'examen clinique ?**

Dr : **ça arrive, mais c'est rare.**

A.B. : Ils ne s'injectent pas aux endroits visibles ?

Dr : Non.

A.B. : Et **ceux qui sniffent, il y a des signes ?**

Dr : **Non.**

(16) A.B. : Est-ce qu'il y a des signes qui vous font dire, qu'un patient s'injecte ou sniffe ?

Dr : **On le sent dans leur conversation que ce n'est pas clair, on le ressent.**

... A.B. : **Les patients qui s'injectent, vous le voyez peut-être à l'examen clinique ?**

Dr : **ça arrive, mais c'est rare.**

A.B. : Ils ne s'injectent pas aux endroits visibles ?

Dr : Non.

A.B. : Et **ceux qui sniffent, il y a des signes ?**

Dr : **Non.**

Les solutions pour éviter les mésusages sont peu nombreuses. Certains médecins font appel à une aide extérieure, en adressant les injecteurs de BHD en CSAPA pour un traitement méthadone. Ce type d'injection cause une fin de soin pour l'un des médecin. Un autre médecin explique qu'il ne veut plus voir de points d'injection...

Deux autres médecins expliquent les risques liés à l'injection et au «sniff» de la BHD, en espérant que cela pousse le patient à arrêter ce mode de consommation.

Un dernier médecin refuse de diminuer les doses de BHD si le patient continue à «sniffer» le traitement.

(1) A.B. : Et si ils se l'injectent, vous faites quoi ? Fin de soins ?

Dr : Non, **si ils se l'injectent, je leur dis que je ne veux plus voir ça. Maintenant, il y a la Suboxone® : si ils s'injectent, je leur donnerai de la Suboxone®, et puis c'est fini. ... Sniff, alors là, j'en sais rien... Comment voulez vous savoir ?**

A.B. : Bah, parfois, ils le disent ?

Dr : Non, **moi ça va, pour l'instant ils n'en parlent pas.**

A.B. : Si ils n'en parlent pas, vous ne leur demandez pas ?

(2) Dr : Bah là, je pense que **je demanderais une aide extérieure**, soit auprès d'un addictologue, **parce que là, je n'y arriverais pas.** Là, ça devient vraiment trop compliqué, **avec une consultation qui dure 15 ou 20 minutes, je ne pourrais pas régler ce problème.** Donc il faut régler ce problème en équipe, avec Centr'aide, soit avec un autre médecin addictologue. Il ne faut pas régler ça tout seul, je n'y arriverais jamais.

(7) **Le problème des mésusages, c'est qu'on a du mal à les faire revenir en arrière.** Leur faire prendre du Subutex® sous la langue, la buprénorphine... C'est difficile ! Et pour certains, la solution, ça a été de passer à la méthadone. J'ai plusieurs cas, **des jeunes qui n'arrivaient pas à s'arrêter de se piquer, à partir du moment où ils ont été sous méthadone, ça a été terminé.**

(8)... A.B. : D'accord ! Donc, vous ne parlez pas du mésusage de Subutex® parce que ça ne fait pas partie du contrat ?

Dr : Je lui en parle, mais **à partir du moment où il s'injecte, je pense que je ne peux plus me permettre de... de faire la prescription.**

A.B. : Et quand ils s'injectent et qu'ils vous le disent, la solution c'est d'arrêter la prescription et de faire quoi derrière ? Est ce que c'est une fin de soins ?

Dr : Avec moi oui, **tant qu'il s'injecte, c'est une fin de soins, sauf que je lui laisse la porte ouverte en lui disant d'aller voir les gens de l'UFATT ou au CPN.**

(11) Après que le produit soit injecté, sniffait, pris en suppositoire ou n'importe quoi, quelque part, je dirais, peu m'importe. **Bien sûr il y a une information, attention, c'est pas fait pour être injecté, il y a un risque d'emboles qui peut boucher les artères de vos yeux**, vous pouvez devenir aveugle, peut boucher les artères **de vos reins**, et avoir de gros problèmes d'insuffisance rénale etc etc... L'information est donnée, après, c'est sa vie.

... Dr : En ce qui concerne par exemple le sniffage du Subutex®, je ne sais pas du tout ce que ça va apporter. Ensuite par contre **les particules de Subutex®, de truc-machins, ça se dépose sur les muqueuses, les sinus, donc ça, oui, on en parle.** Ensuite est ce que c'est fait à la paille et qu'il est le quinzième à passer l'un après l'autre. ça, j'avoue que dans le discours, implicitement, je comprends que la prise d'héroïne s'est soit faite seul, soit ils sont un ou deux pas plus.

(13) Dr : J'en ai eu (qui s'injectaient), mais ils ont compris leur douleur, parce que **je leur ai expliqué un peu les conséquences de leurs multiples injections.**

A.B. : C'est quoi les risques...

Dr : **Quand on aura besoin de poser une perfusion, on ne pourra plus...** Et puis après, **les infections...** J'ai déjà eu un patient avec des abcès comme ça... (volumineux)

... Dr : Oui, je leur demande.

A.B. : Et quand ils vous le disent, qu'est ce que vous faites ?

Dr : **Je leur dis que ce n'est pas bien.** Voilà.

A.B. : Vous n'arrêtez pas la prescription à ce moment-là ?

Dr : Ah non.

(14) Parce que je pense qu'ils leur restent le geste, et qu'ils sont bien persuadés que **c'est une question de geste** et ils ont beaucoup, beaucoup de mal. Autant je peux descendre la dose totale, alors il diminue la voie orale, mais il leur faut quand même leur geste, donc il y en a certain pour lequel je bute. Ou je dis, **je ne descends plus la dose tant que tu sniffes.** Donc pour eux, ils ont l'impression de stagner dans leur traitement, alors que quand on descend, ils sont fiers, ils sont contents. Là quand ils sniffent... ouais, je leur dis que ce n'est pas bien et que je ne diminuerai pas la dose.

(15) On travaille sur l'injection, on travaille sur le sniff... **on a tenté pas mal de choses.** On a demandé aux patients de **prendre leurs comprimés et puis de s'injecter de l'eau** par exemple, pour arrêter l'injection mais continuer à injecter, avec ou pas le produit. Il y a un rituel de l'injection... **En m'assurant qu'ils ont des retours veineux.** Des fois, je vois des choses, où je me dis que ce n'est pas possible qu'il y ait des retours veineux... Après avec des **explications de pharmacodynamique** pour expliquer que s'ils le prennent sous la langue, ça va marcher bien mieux, bien plus longtemps, ça va couvrir les 24 heures.

(16) A.B. : Il y en a qui sniffent ou injectent ?

Dr : Oui.

A.B. : Qu'est ce que vous faites quand c'est comme ça ?

Dr : **Je leur dis que ce n'est pas la solution.** Mais enfin, ils font ce qu'ils veulent. Ils disent : «Oui, oui.», et puis après...

2. Fractionnement du TSO

Les médecins donnent l'information du mode de prise des TSO au départ, relayés par les pharmaciens. Nombreux sont les patients qui fractionnent les prises dans la journée. Les médecins rencontrés essaient de se rapprocher d'une prise quotidienne, au rythme du patient.

Les causes de ce fractionnement seraient l'habitude de prises multiples sous héroïne, l'anxiété, les troubles du sommeil, et l'interprétation de symptômes faisant craindre un syndrome de manque.

Un médecin essaie de faire prendre des doses fixes, un autre essaie de ramener le patient à deux tiers de la dose le matin et un tiers le soir, cette dernière sera diminuée au moment des diminutions de posologie quotidienne.

(1) A.B. : Ils le prennent tous en une fois ? Il n'y en a pas un qui le prend en plusieurs fois ?
Dr : Je dois dire... au début, lors de mes premières prescriptions, je disais bien en une fois... et certains patients me disaient : « Bah non, ça ne se prend pas en une fois, ça se prend en deux ou trois fois ! ». Et je leur disais : « Non non, **ça se prend en une fois** ». On a beau... **Le discours, il est comme ça... Le médecin, il doit donner l'information...** Après, ils font ce qu'ils veulent. Ils disent : « Oui, je le prend bien en une fois ». Ils sont assez conciliants devant le médecin, mais **derrière, on ne sait pas ce qu'ils font.**

A.B. : **Ils disent ce que vous avez envie d'entendre ?**

Dr : **Bah oui, comme tous les patients, hein !**

(4)... La prise unique, c'est dur.

A.B. : Ils fractionnent pas mal ?

Dr : Oui, ils fractionnent encore.

A.B. : Quand c'est comme ça, vous remettez les choses à plat ?

Dr : Oui, mais c'est dur. **Ça faisait partie de leur toxicomanie.** Quand ils prennent de l'héroïne, c'est en plusieurs fois par jour. **Le fractionnement, il y en a qui l'utilisent aussi comme un, comment dire, comme un anxiolytique.** Quand ça va pas, je le coupe en quatre, et j'en prends un le soir parce que je rentre du boulot et que je suis crevée. Faut ré-aborder toute la question de l'anxiolyse, en sachant que, comme ils ne peuvent pas prendre de traitement anxiolytique à côté, c'est dur.

(7) **J'en ai plusieurs comme ça. Ceux qui sont sous douze mg, qui vont prendre quatre mg trois fois par jour !**

A.B. : Fixe ou un peu quand ça ne va pas ?

Dr : Ils me disent qu'ils en prennent quatre le matin, quatre quand je commence à pas me sentir bien dans l'après-midi et quatre quand je n'arrive pas à dormir. Ceux qui fractionnent trop leur dose... Alors moi **je ne suis pas rigide**, je me dis que la seule façon d'obtenir leur adhésion, c'est d'avancer avec lui, et de **l'aider tout doucement à changer ses habitudes.** ...Mais je sais très bien qu'il y en a plusieurs que j'ai vus arriver, qui étaient déjà sous traitement et qui fractionnent... Et donc, pour en revenir aux doses fractionnées, **j'essaie toujours de leur faire revenir à deux tiers de la dose le matin, et le reste le soir.** Et je leur dis que, **le jour où il faudra diminuer la dose, il faudra diminuer la dose du soir,** prioritairement, ce sera plus facile
... C'est toujours la peur du manque en fin de journée.

(9) Alors ils rentrent le soir, ils se sont fait engueulés par leur hiérarchie, paf ils en reprennent une miette. Ils arrivent pas à dormir, ils en reprennent une miette. Leur copine leur fait la gueule, ils en reprennent une miette...

A.B. : C'est la solution à tout ?

Dr : Alors moi je dis : si moi j'avais du Subutex®, mais à chaque fois que je rentre chez moi le soir, moi je serais toujours en train de reprendre du Subutex®. Donc, ce qu'il faut aussi, c'est leur enlever les... **Il faut absolument les convaincre de ne pas avoir une attitude toxico-maniaque** avec le traitement de substitution. Matin, midi et soir, c'est épouvantable ! Il y en a qui prennent midi et soir mais **je leur dis de prendre des doses fixes ! Je leur conseille pas de prendre matin et soir ! Mais si ils me disent, je peux pas.** Parce que sinon ils se disent : « ce soir, je suis bien ou pas bien ? Ah oui, je suis un peu bien, alors je vais pas prendre 0,8 mais 0,6 et pour la petite miette, je vais la garder pour cette nuit ».

(13) Dr : Le problème, c'est ça. C'est que très souvent quand on prend la main, parce que souvent il y a une errance médicale qu'on ne peut pas éviter, ils prennent leur comprimé très mal. **Ils le prennent comme un anxiolytique. Surtout quand les prises sont un peu complexes.** Quand vous faites du 12 mg...

A.B. : Dès qu'il y a plusieurs comprimés ?

Dr : Tout à fait, alors ils en prennent souvent un le matin et un le soir. et puis dans l'intervalle, c'est sûr qu'ils n'ont pas leur dose.

(14) **Là où l'on galère un peu, c'est la prise unique,** et puis voilà, le mode... parce que il y en a quand même encore certains qui sniffent la moitié de la dose, parce que voilà...

(18) A.B. : Ils le prennent souvent en une fois ?

Dr : ça dépend des patients, **je leur conseille de le prendre en une fois, mais ceux qui ont l'habitude de consommer en plusieurs fois dans la journée, ils continuent.** J'ai remarqué qu'ils ont **tendance à en reprendre un peu, dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas bien.**

... A.B. : Est-ce qu'ils ne font pas **plus de mésusage quand ils ont plusieurs comprimés 2, 0,4... ?**

Dr : Ah oui, oui...

E. Salles de consommation supervisées: un moyen possible et nécessaire de RDR en France ?

Les médecins qui sont en faveur des salles d'injection, attendent de ce projet:

- une supervision de l'injection, avec des conseils de RDR
- une aide sanitaire pour réduire les infections
- une aide pluridisciplinaire (psychothérapeute, infirmière, assistante sociale...)
- une aide pour gérer la dépendance
- une orientation vers le soin, quand le toxicomane le souhaite.

(2) **En terme de surveillance et d'observance, je pense que ce serait l'idéal.** Après en terme de coût, je pense qu'on n'a pas les moyens de mettre en place des systèmes de soin comme ça... Oui, ça pourrait n'être que bénéfique... **ça serait forcément à la porte des hôpitaux** ou dans une salle avec des addictologues spécialisés, ou dans des **grands centres urbains**, ça se conçoit, dans des petites villes de 17 000 habitants comme Bar-le duc, je pense que ce n'est même pas la peine.

(3) Dr : Ah oui, oui... Ça apporterait bien sûr... **Une salle de consommation avec une supervision, avec quelqu'un qui serait là pour voir comment font les gens, les conseiller, justement dans l'esprit de la réduction des risques...** Oui, bien sûr, ce serait une **excellente chose ..**

A.B. : Donc au niveau de la santé, ça pourrait aider à diminuer les infections...

Dr : Ah oui ! Certainement !

(6) Dr : Oui, **pourquoi pas. Il vaut mieux qu'ils fassent cela dans une salle supervisée, que... Au niveau complications, au niveau hygiène...**

A.B. : Vous pensez qu'ils iraient ?

Dr : Certains peut-être. Je ne pense **pas tous... ça peut être l'occasion d'en repêcher certains, par contre.**

(8) Je veux dire, **quand on ne connaît pas, on est un peu contre.** Non, ils nous ont parlé d'une expérience à Bilbao, c'était un documentaire vidéo sur une maison à Bilbao en Espagne, c'était assez intéressant. **Ça peut bouleverser certaines idées reçues, en se disant, si on leur donne ça, ils vont tous s'injecter, ils vont tous consommer, ils ne s'arrêteront jamais.** Et statistiquement, ils ont prouvé qu'il y a des gens qui continuent, il y a des gens qui arrêtent. Il y avait des craintes avec des gens qui disaient que ça entraînait des troubles à l'ordre public, ça gênerait les voisins, les commerçants. A priori, ce n'est pas comme ça. Ça n'a pas entraîné plus de délinquance, ça n'a pas perturbé les gens. Il paraît que dans l'expérience de Bilbao, il n'y a eu qu'un seul cas d'overdose dans cette salle-là sur 2 ou 3 années de pratique.

(10) **Ça peut les aider si il y a une prise en charge derrière.** Si il y a une relation de confiance et qu'on peut embrayer sur le soin. **Il faut quand même que ça ait une finalité thérapeutique,** sinon il n'y a pas de raison... Bon, encore qu'on peut quand même **diminuer leur souffrance.**

(15) ... **pour certains patients, ça peut être bien.**

A.B. : Le but, ce serait lequel ?

Dr: Les aider à gérer leur toxicomanie... un outil... au niveau sanitaire, oui... Je ne pensais pas à ça. Au niveau sanitaire, oui, oui, oui...

A.B. : Vous pensez à quoi alors ?

Dr : pfff... Je pensais surtout à un **outil pour les aider à gérer leur dépendance.**

(17) Je pense que **ce n'est pas idiot,** parce que ça permettrait de **pouvoir discuter avec ces patients-là,** de pouvoir les **prendre en charge,** de pouvoir les aider, et qu'ils trouvent un... Si ça peut être un moyen de... **Ce serait très mal pris par la population,** mais oui ! C'est quand même un sujet un peu tabou, mais je pense que ce ne serait pas mal. Il aurait une porte ouverte pour pouvoir, bien sûr, pratiquer leur addiction, mais surtout, si c'est bien fait, discuter avec des gens de la profession : **infirmier, psychothérapeute...**

A.B. : C'est surtout dans ce but-là ?

Dr : Oui, et **ne pas les laisser dans la nature faire n'importe quoi,** toutes les conneries possibles. D'engager la conversation avec des gens particulièrement formés, qu'on récupérera après en médecine classique. Ça me paraît une bonne chose !

Certains médecins n'ont pas de position tranchée. Leurs questionnements portent sur le type de supervision qui serait fait dans ces salles, le fait que les toxicomanes s'y rendent, la finalité (thérapeutique ?).

(1) Dr : ça dépend comment c'est supervisé. **Je ne suis pas foncièrement contre, mais ça dépend comment c'est supervisé.**

(4) Dr : J'ai du mal avec ça, je ne sais pas quoi en penser. Je ne sais pas si c'est bien ou pas bien. Je ne sais pas si ça encourage... C'est certainement mieux pour des raisons de sécurité... Ça m'interpelle quelque part. **Je ne sais pas si ça va dans le sens du sevrage.** J'en sais rien. C'est une question qui me taraude et comme, pour l'instant, ce n'est pas autorisé en France, ça doit m'arranger de ne pas y penser plus.

Je suppose que c'est ça, parce que, on est d'accord que c'est beaucoup mieux pour ces règles d'hygiène et d'encadrement que ça peut avoir... Mais d'une part **je ne suis pas sûr qu'ils adhèrent au truc**, parce que, aller quelque part pour s'injecter...

(5) Dr : Je réfléchis à ma petite échelle. Là, je suis en train de me dire, **effectivement dans les grandes villes, Paris, Marseille... Oui, peut-être que ça pourrait fonctionner...** Dans les petites villes comme ça, ils sont chez les uns, chez les autres, ils ne sont pas dans la rue.

(7) **Dr : Je n'ai pas d'avis tranché sur la question.** J'ai lu des articles sur le sujet, il y a des pour et des contre. **Expérimenter en France, ça aurait au moins le mérite de pouvoir après en tirer des conclusions.** Enfin, même sur les choses que j'ai lues à l'étranger, il y avait des choses contradictoires. Disons que je ne suis pas sûr qu'à terme, ça fasse baisser la consommation, voire sur du long-terme. L'avantage, que j'y verrais, c'est que ceux qui y vont, ne sont pas seuls, il y a au moins un encadrement professionnel, soit médecins ou psychologues... Donc, c'est quand même **un lieu où il y a des échanges.** Il faut en parler de tout ce qui tourne autour de la drogue, de l'héroïne, des traitements. Il faut que ceux qui sont dedans aient des espaces où ils peuvent en **parler librement, sans se sentir jugé, rejeté.** Et c'est un des avantages que je pourrais voir dans ces salles de consommation.

(11) Je n'ai pas d'idées particulières là-dessus. Pourquoi pas ! Je pense qu'il faut essayer, pour voir ce que ça peut donner. **Je ne pense pas que c'est une solution miracle**, je pense plutôt dans le genre: «au point où on en est... c'est plutôt ça»... Est ce que ces gens-là seraient capables d'intégrer quoi que ce soit de ce qu'ils vivent dans le lieu d'injection, par exemple. Pas sûr. Toutefois, est-ce que, **néanmoins, ça permettrait de faire encore baisser la morbidité due aux conditions d'injection de cette population** qu'il n'y avait pas à l'étape Echange, j'en sais rien du tout. Il faut mettre en place, il faut voir, il faut faire l'expérience pour le savoir.

(16) A.B. : Les salles de consommation supervisées, les salles d'injection, qui existent au Luxembourg, en Suisse, aux Pays-Bas, où les gens peuvent s'injecter propres... Vous en avez entendu parler ?

Dr : **Ça peut être utile.**

Les médecins qui se positionnent contre la mise en place de salle d'injection se posent la question du lieu de mise en place de ces salles, les toxicomanes se trouvant sur tout le territoire. Certains craignent que ça ne touche qu'une minorité, et que les toxicomanes ne se déplacent pas dans ces centres. Pour les médecins n°9 et 14, les traitements de substitution permettent de stabiliser les patients, et ces salles ne seraient pas la meilleure solution pour aider les toxicomanes.

L'idée de libéraliser dans ces salles, un usage contre lequel on lutte, semble paradoxal au médecin n°14.

(9) Dr : **Les centres d'injections, à mettre sur pied, c'est pas possible.** Vous n'allez pas mettre un centre d'injection... Vous allez en mettre combien à Nancy ? un ? Vous allez le mettre où ?

... On le met quelque part d'accord, et puis on en met un à Epinal aussi ? Puis entre Nancy et Epinal ! Vous allez en mettre un à Rambervillers ! Vous allez en mettre un à Bayon ! Vous allez en mettre un à Châtel-sur-Moselle ? Vous allez en mettre un à Haroué... Parce qu'il y en a partout des tox ! Alors vous allez faire comment ? Et pis là, franchement, parce qu'**avec le sub et la Métha... On arrive quand même à les stabiliser...**Non, les centres d'injection, ça me pose un problème, je ne saurais pas trop dire pourquoi... Parce qu'ils ne viennent pas pour un traitement, ils viennent pour s'injecter des produits.

(12) Mais **qui peut penser des choses pareilles ?!**... Je me demande seulement comment ça peut se faire ?!...

A.B. : Oui, alors oui, vous pensez que ce n'est pas possible ? Que ce n'est pas adapté au public des toxicomanes ?

Dr : Aller dire à quelqu'un qui fume, bon, eh bien maintenant, il faut que vous alliez fumer à tel endroit, à telle heure, tel jour... Sous contrôle ! Ou quelqu'un qui boit, vous avez le droit de vous « cuire » mais vous irez à tel endroit, à telle heure... **ça va toucher une petite minorité et à mon avis, ça ne va pas être du tout efficace**

(13) Dr : Ah ça, **je suis contre ! Totalement opposée ! Parce que** c'est sûr que, au niveau de l'asepsie, tout ce que vous voulez, on le sait, c'est parfait. Non, je crois qu'il faut les aider, mais pas comme ça. Ça, c'est presque favoriser le fait qu'ils continuent de se droguer. Parce qu'ils ont un lieu sûr... Il faut de la pudeur, mais j'y suis totalement contre !

(14) **Je ne pense pas que ce soit bien. Libéraliser quelque chose contre lequel on lutte, ça ne va pas être top.** Personnellement, je pense qu'**on arrivera comme l'alcool à des catastrophes.** Même si après on limite à la vente d'un tel ou à la prise d'un tel, vérifier les pièces d'identité etc... On a vu ce que ça donne avec l'alcool, il n'y a aucun moyen de contrôle que ces gamins soient alcoolisés ou pas. Honnêtement je ne pense pas que ce soit bien.

(18) A.B. : Les salles d'injection, les salles de consommation supervisée, je ne sais pas si vous en avez entendu parlé ?

Dr : Oui.

A.B. : Il y en a dans plusieurs pays, où ils distribuent l'héroïne pharmaceutique et d'autres pas. Est-ce que ça pourrait servir à des patients en France... A vous ou à d'autres ?

Dr : Là non, je ne sais pas. Là **franchement, j'ai un avis pas très favorable.**

Quelques médecins pensent que la mise en place de salles de consommation supervisées risquent de banaliser l'usage de l'héroïne, avec un risque de favoriser l'injection. C'est une crainte exprimée par plusieurs médecins.

(1) Une solution comme ça, ça peut banaliser effectivement.

<p>(2) Dr : Banaliser, non. A.B. : Ou inciter ? Dr : Pas du tout. Je crois que ce serait un bonne solution. Le fait de médicaliser, d'avoir à faire à du personnel spécialisé, au contraire... Ça inciterait ces patients à faire attention...</p>
<p>(4) Dr : Le risque, peut-être, ce serait de ne pas le déshabituer de la toxicomanie. A.B. : De banaliser les choses? Dr : Oui, peut-être... C'est peut-être ça qui me fait peur.</p>
<p>(6) A.B. : Est-ce que ça pourrait banaliser les choses ? Des salles pour ça en fait, pour que des patients s'injectent ? Dr : Banaliser dans quel sens ? A.B. : Dans le sens ou ça pourrait devenir quelque chose de commun... Dr : Et que ça favorise l'usage ? A.B. : Oui. Dr : A mon avis, non. Je ne pense pas que le fait qu'il y ait des salles d'injection... Ça ne donne pas envie d'y aller forcément...</p>
<p>(9) Dr : Ça va banaliser. C'est déjà banalisé la prise de drogue, avant, il y a trente ans, un héroïnomanie, c'était exceptionnel...</p>
<p>(10) A.B. : Vous pensez que ça pourrait inciter ou banaliser les choses ? Dr : Non pas du tout, pas du tout.</p>
<p>(12) A.B. : Vous pensez que ça peut être incitatif ou que cela peut banaliser l'usage de drogues ? Dr : Non, cela ne changera rien. A.B. : Cela n'a pas d'intérêt ? Dr : Ça ne va pas toucher suffisamment de gens pour que ça change quelque chose.</p>
<p>(13) Ce n'est pas régler le problème de toxicomanie. Quelque part, c'est la favoriser.</p>
<p>(16) Dr : On favorise quand même l'injection... A.B. : Vous avez peur que ça incite à consommer ? Dr : Peut-être. Oui. Alors je ne sais pas comment ça se passe selon les différents pays...</p>
<p>(18) A.B. : Vous pensez que ça pourrait inciter ou banaliser ? Dr : Oui, inciter. A.B. : Ce serait inciter ce type de patients ? Dr : Oui, en plus je les vois pas trop, je ne les imagine pas trop fréquenter ce type d'endroit, je peux me tromper.</p>

Quelques médecins ne sont pas choqués par la prescription d'héroïne pharmaceutique dans ces salles de consommations. Un médecin n'imagine pas ce traitement possible, l'héroïne n'étant pas légale.

(7) Dr : Moi, **je n’imagine pas trop de l’Héroïne thérapeutique**, mais... **On ne peut pas avoir un double langage : lutter contre l’héroïne et le prescrire à titre thérapeutique**. Oui, l’héroïne thérapeutique, j’avoue que je n’ai encore rien lu sur le sujet. Comme ça spontanément, ce ne pourrait être que des cas exceptionnels. Pour moi, entre la buprénorphine et la méthadone, on arrive quand même à équilibrer la plupart des personnes.

(10) A.B. : Parce que vous pensez que le produit, il faudrait qu’il soit fourni par la salle ?
Dr : **Je ne me suis pas posé la question, mais oui. Je pense qu’il faut faire un contrat à ces gens-là**. J’ai du mal à penser qu’ils ne veulent pas s’en sortir, même si parfois, ils sont... ils sont devenus tellement des loques, que je pense qu’il n’y a pas d’autre... Peut-être qu’ils sont dépassés, j’en sais rien. C’est difficile d’admettre, d’accepter que tout soit dépassé comme ça. Qu’il n’y ait plus d’espoir. J’ai vu quelques reportages sur le principe. Je pense qu’il ne faut jamais baisser les bras pour personne dans la vie.

A.B. : Ça ne vous effraie pas ?

Dr : Non, non, pas du tout !

A.B. : Et donc ce serait pour **l’héroïne qui serait distribuée sur place** ou pour une salle qui soit un lieu d’injection ?

Dr : Je ne pourrais pas vous dire. **Rien ne me choquerait !** Si ils peuvent voir du monde et en parler, et puis faire de la réduction de risque infectieux, ce ne serait pas mal.

F. Marché noir du Subutex®

La revente de la BHD et de la méthadone est connue de tous les médecins. C’est une des craintes des médecins interrogés, en faisant la prescription de TSO. Peu de médecins ont la certitude de la revente. Ils ont des suspicions: rumeur, dénonciation par des connaissances d’un patient suivi, mais aussi des informations venant des pharmaciens de la sécurité sociale qui s’appuient sur des données plus concrètes.

Devant ce manque de certitude, le médecin cesse rarement les prescriptions. Un médecin seulement explique avoir cessé les prescriptions sur dénonciation par une connaissance.

Ce type de mésusage remet en cause la relation de confiance médecin-malade, que le médecin généraliste met en place avec tous ces patients.

(1) A.B. : Et on ne repère pas celui qui va vendre ?

Dr : Ah si, si ! Par exemple, il y en a un que je ne veux plus voir parce qu'il y a eu des problèmes, etc., il n'a pas été honnête, je lui ai dit qu'il aille en voir un autre et puis voilà ! **Mais j'ai appris il n'y a pas longtemps par un «copain», qu'il y a deux patients qui venaient chercher des choses pour lui revendre en sortant.** Qu'est ce qu'on peut faire, comment on peut savoir ?

(2) (en parlant des patients qui ne prennent pas leur médecin traitant comme prescripteur de TSO)... Mais il faut pas se faire trop d'illusions, souvent ils vont voir ailleurs, en essayant de multiplier justement les contacts avec plusieurs médecins pour pouvoir multiplier les ordonnances, aller dans plusieurs pharmacies. **Bon, ils sont vite repérés maintenant parce que la sécurité sociale et les pharmaciens de la sécu sont encore plus vigilants que les médecins.** Ça vient de la pharmacie de la sécu, en fait. A chaque fois, quand je reçois une lettre, ça n'est pas du médecin conseil, c'est le pharmacien conseil qui m'appelle. On reçoit maintenant par e-mail toute une liste de patients sur le département... C'est des patients nomades connus, il ne faut pas prescrire. Ils sont même interdits, certains, de délivrance partout.

... Un comprimé de Subutex®, enfin je discute parfois, ça se vend entre 10 et 20 euros dans la rue.

(5) Dr : Bah, oui ! On veut essayer d'éviter ça (de faire le lit du marché noir), mais comment faire ? Je discutais avec un pharmacien, il est très bien ce pharmacien, il disait... Au début, je lui disais, je n'en ferais bien plus du tout. Mais je suis toujours... Il y en a dans le lot qui veulent s'en sortir, on ne peut pas, ne pas en faire du tout. Il y en a quelques uns qui veulent s'en sortir et pour ceux-là, ça vaut le coup de continuer. **Mais c'est vrai qu'il y en a un tas qui profitent du système, mais si on n'était mieux épaulé, au niveau des structures spécialisées...**

(7) Dr : C'est difficile, **à part les bruits que j'entends à droite, à gauche. Mais quel fondement ?... Quand un médecin prescrit, on ne sait jamais comment ce traitement va être utilisé.** J'essaie de donner les **doses les plus justes possibles**, surtout quand on commence un traitement, c'est un peu aléatoire, donc j'essaie toujours de commencer par les doses les plus minimales possibles. Et puis après, **j'essaie de voir par l'interrogatoire, par des questions qui se recoupent si le traitement est bien pris.** Quand il me dit que ce n'est pas assez, qu'est-ce que ça veut dire ? C'est vrai qu'on peut se faire piéger en tant que médecin généraliste par quelqu'un qui vient pour obtenir un traitement de substitution et une fois qu'il est sorti, on ne sait pas trop ce qu'il va en faire.

(17) A.B. : C'est un peu nous qui créons le marché noir de la buprénorphine ?

Dr : **On en a peur, on a peur de se faire avoir.** On n'est pas très satisfait quand on apprend qu'on s'est fait berné.

A.B. : **ça vous est déjà arrivé de vous faire berné ?**

Dr : **J'ai eu l'impression, je n'ai jamais eu la certitude.** Si, il y a des fois, où en effet je l'ai retrouvé avec finalement **en faisant une enquête par les pharmacies**, avec une consommation avec plusieurs médecins etc... Donc là, c'était un stop immédiat, en leur disant : «Vous me prenez pour qui ?»... C'est ça, et **la revente, ça c'est monstrueux. Moi, je m'en fous pour moi... Mais que cette relation médecin-malade soit comme ça. Pffff...** On se demande ce qu'on fait.

(18) A.B. : Est-ce qu'il a des patients qui revendent et vous vous en êtes rendu compte ?
Dr : Non, mais **il y en a effectivement je pense, mais je ne peux pas savoir ça** et puis bon...
C'est quand il y a eu le problème de chevauchement fréquent, là on se pose des questions.
Parce qu'une fois, ça peut arriver, il y a toujours une bonne excuse. Après quand c'est répétitif, là, il y a doute, mais après...

Un seul médecin continue de prescrire même si il a la certitude d'une revente, car celle-ci est décrite comme occasionnelle. Ce praticien compte sur les pouvoirs publics pour éviter ce marché noir.

(16) A.B. : Est-ce que vous pensez que les médecins généralistes sont «à l'origine» du marché noir de la buprénorphine ?
Dr : **C'est un des inconvénients !**
A.B. : Et comment on pourrait remédier à cela ?
Dr : **Ça, c'est au pouvoir publique...**
A.B. : C'est à dire ?
Dr : **Nous, on prescrit, on n'a pas de moyen de le savoir.** On le sait parce qu'il y en a certains qui nous le disent, et d'autres qui nous disent que par X, ils ont pu avoir trois quatre cachets de Subutex®. En boîte de nuit, ça circule.
A.B. : Quand quelqu'un vous dit qu'il revend, et que c'est occasionnel, vous continuez à prescrire ?
Dr : Oui.
A.B. : Et si c'est systématique ?
Dr : Là, il ne dira pas !
A.B. : Et le fait que ça soit occasionnel, c'est peut-être une façon de dire que c'est systématique ?
Dr : On n'est jamais sûr de ce qu'ils nous disent, et c'est ça le problème. Parce qu'ils nous en inventent des histoires ! Souvent ce sont les mêmes.

G. Image du médecin prescripteur de TSO :

Beaucoup de praticiens reçoivent des patients toxicomanes, mais peu en suivent. Certains médecins généralistes s'en offusquent, car certains médecins refusent le suivi de ces patients dépendants, alors même qu'ils ne refusent pas de suivre d'autres patients peu observants. Les raisons de ce refus de prise en charge seraient: l'absence de connaissances et de compétences dans ce domaine, le fait que ce soit des patients ayant des difficultés dans de multiples domaines.

(1) A.B. : Vous avez des patients toxicomanes ? Comme tout le monde ?

Dr : Comme tout le monde : non. Parce qu'**il y a des médecins qui refusent obstinément de suivre des patients toxico.**

(9) A.B. : Et **qu'est-ce qui fait que certains médecins veulent bien en suivre d'emblée et que d'autres... ?**

Dr : **C'est comme si moi, je disais : « Moi, je ne suis pas les diabétiques, parce qu'il y en a qui mangent des éclairs au chocolat ». Ce sont des malades, ils sont en détresse !**

... A.B. : Est-ce qu'il ne vaut pas mieux que les personnes qui ne veulent pas soigner les toxicomanes, ne les soignent pas ?

Dr : Je pense que ça ne va pas coller ! Faut un peu d'empathie et puis il faut leur dire : « Arrête tes conneries ! ». Mais moi, je les laisse venir... C'est long, mais je ne suis pas du tout répressif ! Je leur dis, comme je dis : « Je ne suis pas votre père ! ». Alors, je leur dis que ce n'est pas une question de moral : **je ne dis pas que c'est bien ou mal. Je dis que ce n'est pas bon pour votre santé**, après c'est vous qui voyez ! **Il faut les responsabiliser !** Si ils ont l'impression qu'il suffit de prendre et voilà, c'est nous qui sommes en charge !

(12) Dr : **Il y a plein de médecins qui ne connaissent pas, qui ne prennent pas en charge parce qu'ils se disent : « Ah non, moi, c'est comme ça. Je lui donne des directives, si il ne revient pas... fini... terminé on n'en parle plus ». Je lui dis : tu fais comme ça avec les diabétiques ???**

A.B. : Les diabétiques qui mangent des choux à la crème ! (rires)

Dr : Les fumeurs, les alcooliques, les gens qui sont trop gros, tu leur dis : « Si vous n'avez pas perdu 3 kilos pour le mois prochain, je ne vous soigne plus ».

A.B. : Oui, peut être...

Dr : **Bah non !...**

A.B. : C'est que, avec les toxicomanes...

Dr : C'est que, avec les toxicomanes !... C'est, j'allais dire, presque du racisme, **ils sont mal à l'aise avec le sujet, ou avec le traitement et ils arrivent pas à gérer...**

(18) Mais **je connais quelques collègues, qui refusent la prise en charge de ce type de patients. Je ne trouve pas ça très normal**, mais bon...

A.B. : Ils vous disent pourquoi ?

Dr : Non, parce qu'ils ne veulent pas... Ce sont des **patients à problèmes !**

Un médecin a parlé de son sentiment d'être un dealer de Subutex® quand le traitement devenait chronique et que les posologies n'étaient pas diminuées. Un autre médecin décrivait les médecins prescripteurs de TSO, qui ne faisaient que l'ordonnance sans diminuer les posologies, comme des dealers de BHD.

(2) Donc **les patients qui veulent vraiment s'en sortir, là je me sens vraiment utile**, parce que l'aide que je leur apporte est bien prise, les traitements sont bien pris. Je les vois vraiment tous les mois, il n'y a pas de dérapage.

... Et puis il y a un troisième cas de figure, chez les patients plus âgés et j'ai des **patients qui ont jusqu'à 57 ans et qui sont toujours sous traitement**, que j'ai toujours connu alcoolique, toxicomane héroïnomanes, parfois même prenant de la cocaïne et ceux-là, **j'ai l'impression d'être le dealer du quartier quoi, parce que...**

(6) Je vois bien, je suis à la commission des permis de conduire, tous les retraits de permis au cannabis et tout ça, c'est toujours les mêmes médecins qui les suivent. Et on les voit à un an, six mois plus tard, ils sont toujours à la même dose, il y vont toutes les semaines ou tous les quinze jours. C'est une rente !... Maintenant ce n'est pas une prise en charge, je pense qu'il faut une prise en charge globale. C'est un peu pour cela que je ne veux pas les voir tout seul dans mon coin. Si il n'y a pas de prise en charge, on est des dealers en fait après ! Dealers de Subutex® !

H. Les difficultés et améliorations possibles

L'accompagnement des patients serait chronophage. Les patients prennent rarement rendez-vous, les médecins doivent les intercaler, et le temps de consultation serait parfois réduit.

(4) **C'est une patientèle qui n'est pas trop respectueuse des horaires.** Donc, ils arrivent, pas de RDV, entre deux, en retard... On n'a pas toujours le temps de leur accorder de temps. Ils reviennent souvent, et donc aussi, ils prennent ça... Il y en a, systématiquement, on sait qu'ils ne prendront pas de RDV. On les voit comme ça dans la salle d'attente, il faut les intercaler. Y'a pas ! Ce n'est pas une patientèle

(7) **C'est un accompagnement où il faut de la patience. C'est chronophage,** mais c'est des consultations que je ne peux pas régler en cinq minutes.

Les CSAPA sont parfois éloignés, avec des horaires restreints, ce qui rend l'accès aux patients dépendants aux opiacés, difficile. Les CMP et psychiatres libéraux seraient surchargés et obtenir un rendez-vous serait complexe.

(5) A.B. : Ce patient-là vous ne vouliez pas l'envoyer à **Centr'aide** ?

Dr : Si, si. Mais pas de moyen de locomotion. Ils ne viennent qu'un lundi...

A.B. : Ah, ce n'est **pas ouvert tout le temps** ?

Dr : Non, **non. C'est une demi-journée par mois ou tous les quinze jours.** C'est un lundi après-midi... Sinon c'est Saint-Mihiel, centr'aide, c'est Saint-Mihiel. Bah ! Non. On est bien embêté... Ceux qui travaillent, qui sont en injonction de soins, ils ont énormément de mal à aller. Et c'est toujours un peu délicat de demander une demi-journée pour aller à Centr'aide !

(7)... Par contre, **je déplore qu'il n'y ait pas sur Lunéville, une structure développée genre CSAPA, où il y aurait toute une équipe de professionnels** qu'on puisse mettre en route, d'une part que ceux qui sont en traitement puissent avoir un suivi, un accompagnement. **Parce que moi en tant que médecin généraliste, je me sens vraiment tout seul face à ce problème.**

(18) Non, je pense qu'**on n'a pas les réponses adaptées, on n'a pas les structures pour prendre en charge ces patients**. Qu'ils soient pris en charge en médecine générale, oui. Mais après, je pense qu'il faudrait des structures adaptées qu'on n'a pas forcément, et puis eux, ils ne sont pas trop demandeurs non plus. Enfin moi, je leur propose de passer à l'UFATT, voir un psychiatre en complément

... Ça, je pense qu'il y a un réel besoin à Toul. Je le dis encore, et pas que pour les patients toxicomanes. Pour le patient lambda, on n'a pas de structures suffisantes, pas de prise en charge suffisante adaptée. **Il y a le CMP, mais ce n'est pas suffisant**. Je ne leur jette pas la pierre, ils font leur travail, mais ils ne peuvent pas faire plus. Ils sont à saturation. Avant il y avait un psychiatre libéral, ils en absorbaient une partie. Maintenant, il n'y en a plus. Et puis à Nancy, c'est pareil. Ça devient vraiment un problème.

Les solutions que proposent certains médecins pour améliorer les prises en charge sont le développement de microstructures et la possibilité d'échange interrégionaux.

(7) De même que je trouve qu'il serait bien qu'on ait des **possibilités d'échanges interrégionaux**. Il y a des jeunes que j'envverrais volontiers loin de Lunéville pendant 15 j, un mois, pour respirer un autre air et réfléchir à distance du milieu, de ne plus être dans le milieu où ils sont ici.

(10) Dr : **On a eu confirmation hier soir que ça (la microstructure) démarrerait, donc ça va se faire**. Et là, peut-être qu'en le proposant, on va avoir psychologue et assistante sociale.

A.B. : Combien de temps ?

Dr : Donc là, on est à l'essai sur un an, on va voir.

A.B. : La fréquence de consultation ?

Dr : Ça sera deux heures par semaine pour chacun des intervenants. Bon, après, ça dépend si ça marche ou si ça ne marche pas.

La politique de RDR a pour but de limiter les dommages liés à la drogues, et l'information auprès des collégiens d'éviter l'usage de drogues.

Un médecin se demandait si le fait d'en parler plus qu'auparavant en montrant l'aspect des produits ne favorisait pas l'usage, par trop de proximité.

Un autre médecin se demandait si le traitement de substitution ne donnait pas l'impression à la population que les toxicomanes guérissaient facilement, et donc banalisait l'usage de drogues.

(9) Alors **est-ce que, parce qu'il y a un traitement de substitution, et que les gens pensent qu'on peut guérir plus facilement, ils tombent plus facilement dans la toxicomanie... ??**

A.B. : Il y en a plus ?

Dr : Ah oui !

(15) A.B. : Vous trouvez peut-être que le système comme il est, il fonctionne relativement bien ?

Dr : Il a ses limites, mais, bon... Oui... Moi je trouve que inciter... **Inciter les gens à consommer c'est faire de la prévention trop ciblée sur les ados, les jeunes adultes.** C'est très difficile de parler de prévention, de parler de dépendance, je trouve... Je pense à l'école, aux groupes d'enfants du même âge, qui en 6^e, 5^e disent qu'ils ne fumeront jamais ; quelle horreur ! Et puis on leur parle quand même, ils ne sont pas du tout là-dedans. Et puis ils sont **dans les moments où ils sont dans les prises de risques et je ne suis pas sûre qu'il faut beaucoup en parler.** Voilà. C'est ce public-là qui m'embête, au niveau de la prévention. C'est difficile d'aborder. C'est là peut-être qu'on pourrait susciter les choses, susciter des comportements. Moi, je trouve qu'il y a une réflexion à avoir par rapport à ça qui...

A.B. : Le fait qu'on parle beaucoup de tabac à un certain âge ?

Dr : De tabac... **et puis d'héroïne, et puis montrer la poudre... Après tout, c'est de la poudre.** Ça a l'air excessif. Trop en parler, je ne suis pas sûre que là... On n'induit pas forcément... On pourrait induire des comportements.

A.B. : **Donc trop de proximité, ça pourrait favoriser... ?**

Dr : **Voilà.**

Un médecin interrogé se sent incapable d'instaurer un traitement et requiert l'aide d'addictologue à ce moment-là. Un second médecin plus jeune remarque que l'évaluation de la posologie de départ est difficile à apprécier.

(5)... **Ce qui n'est pas facile, c'est d'évaluer la posologie de départ.**

A.B. : Parce qu'ils ne savent pas vous dire... En ayant déjà essayé ?

Dr : Il y en a qui savent exactement, mais... Non, la plupart ne savent pas de combien ils ont besoin. Ça je trouve que c'est difficile à évaluer.

(17) Je n'institue pas de traitement. Ce sont des gens qui viennent pour un renouvellement d'ordonnance, ayant déjà un suivi. Je n'ai jamais eu d'institution de traitement. Je ne saurais pas faire d'ailleurs. Je passerai par un centre.

A.B. : Parce qu'il y a des centres sur Bar-le-Duc ?

Dr : Il y a Centr'aid, il y a éventuellement lors d'une hospitalisation, cure de désintoxication, sevrage et autres... C'est quelque chose que je ne ferais pas d'emblée, je passerais par un spécialiste. Non, mais il y a des choses comme ça, où je me dis. Ça de toute manière, je n'y touche pas d'emblée. Je laisse le spécialiste ou l'équipe hospitalière faire le premier point. Je n'ai pas suffisamment de connaissance dans cette pathologie un peu particulière.

IV. Discussion

A. Conditions de prise en charge des toxicomanes

1. Moment de prise en charge

Les médecins généralistes traitent les patients toxicomanes quand ils veulent cesser leur consommation d'opiacés illégaux, de leur plein gré ou en injonction thérapeutique. Les patients qui consomment, ne sont pas vus par le médecin généraliste ou pas connus comme consommateur. Il est important de poser la question de l'usage de drogue à l'interrogatoire.

Quelques médecins font remarquer que certains patients viennent, quand ils n'ont plus les moyens de se procurer des opiacés illégaux. (MG n°1 et 6) Les traitements substitutifs sont pris en charge par la sécurité sociale et la mutuelle des patients traités.

Les médecins, prenant en charge les patients usagers de drogues, ne sont pas toujours leur médecin traitant. Les patients sont parfois gênés de parler de ce problème avec leur médecin de famille.

2. Conditions de suivi du médecin généraliste

La première consultation avec un usager de drogue est une consultation à part entière, qui prend du temps, et où les fondamentaux sont posés: le cadre, ce que les médecins généralistes attendront de leur patient.

a) Questions posées par les médecins généralistes

- Que consomme l'usager de drogue ?
- Quand et en quelle quantité ?
- Quelle est sa situation socioprofessionnelle ? (entourage amical, familial, activité professionnelle)
- Pourquoi a-t-il consommé le produit ?
- Pourquoi veut-il arrêter sa consommation ?
- Qu'attend-il du médecin généraliste ? (sevrage, traitement substitutif...)

Cette dernière question semble importante pour tous les médecins généralistes, car elle permet de voir si le patient est clair avec ses objectifs. Pour beaucoup, les médecins veulent s'assurer que les patients ne feront pas de revente, tout en étant conscients qu'ils peuvent être trompés.

b) Le cadre

(1) Les conseils donnés aux toxicomanes sont :

- de jeter les numéros de téléphone et adresses des consommateurs ou revendeurs de produits illicites,
- de changer de numéro de téléphone si besoin,
- de prendre les traitements de substitution en une fois par jour, à heure fixe, en sublingual, (et non en intraveineuse ou par prise nasale).

Pour certains, la prescription sera au départ en délivrance quotidienne en pharmacie, pour beaucoup la délivrance sera initialement hebdomadaire.

La première consultation et les suivantes seront d'autant plus longues que la décision de sevrage sera récente. (MG n°18)

(2) Les attentes du médecin

- Etablir une relation de confiance avec le patient : plusieurs médecins font remarquer que cela est difficile, car les mensonges sont parfois, pour le patient, le moyen d'obtenir ce qu'il veut.
- Une prise en charge globale et non la simple délivrance d'une ordonnance : selon les médecins, la prescription d'un traitement de substitution n'est qu'une petite partie du traitement (MG n°4). Il y a nécessité d'un équilibre entre le traitement, la vie affective et le travail, pour la réussite d'un suivi, selon le médecin généraliste n°7.
- Une ponctualité aux rendez-vous donnés : c'est un élément important, le fait d'être à l'heure est une marque de respect et de sérieux dans la prise en charge.
- Une attente de non chevauchement : cela n'est pas toujours respecté et le médecin laisse aux patients souvent une marge d'erreur.

c) Fin de soin

(1) Usage détourné des TSO

Les patients injectant la BHD, sont réadressés en CSAPA pour instauration de méthadone. Malheureusement pour des raisons diverses, des patients relevant de ce traitement ne peuvent ou ne veulent se rendre dans ces centres.

Pour un des médecins interviewés, cela cause une fin de soin. Les autres médecins expliquent les risques de la prise injectée de la BHD, et certains expliquent même que l'injection de BHD est plus dangereuse que celle de l'héroïne. Il est inscrit dans le code de santé publique (art. R. 4127-40) que «Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.» (37). Ceci correspond à la règle écrite dans le serment d'Hippocrate: «Primum non nocere», d'abord ne pas nuire.

La question se pose de savoir si il faut arrêter la prescription, quand le médecin a connaissance ou soupçonne qu'un de ces patients utilise le traitement de substitution en l'injectant. L'intérêt que le patient voit dans ce traitement justifie-t-il que le médecin poursuive la prescription ? Cette prescription est-elle nuisible pour le patient ?

(2) Perte de la relation de confiance

Pour d'autres médecins, de façon moins automatique, quand ils ont l'impression que la relation de confiance n'est pas fiable (soupçon de revente, multiprescription...), ils arrêtent la prescription de TSO.

Certains font remarquer qu'il vaut peut-être mieux que les toxicomanes aient leur produit de substitution, plutôt que de «voler chez les grand-mères» (médecin n°6), et que le lien avec le médecin généraliste est parfois le seul que le patient ait, avec quelqu'un qui ne soit pas du milieu toxicomane.

3. Partenaires

a) Le médecin généraliste réputé spécialisé

Les médecins généralistes remarquent, que des confrères refusent de suivre des patients toxicomanes, alors qu'ils ne refusent pas de suivre des patients qui ont d'autres pathologies. Ils reçoivent donc ces patients, que des confrères leur ont adressés. Ils ne souhaitent pour autant, pas en faire une spécialité.

Un médecin parle de «racisme contre les toxicomanes», qui peut sembler choquant.

Est-il éthique de refuser un patient parce qu'il ne respecte pas la prescription du médecin. Refuse-t-on un diabétique qui ne fait pas de régime pauvre en glucides rapides ? Un patient qui refuse un traitement médicamenteux ?

b) Les pharmaciens

Les pharmaciens sont partenaires des médecins traitants. Ils sont acteurs de prévention, ils délivrent des informations sur les modes de prises des TSO et vendent des kits d'injection à un euro en donnant les conseils de RDR appropriés.

Certains médecins comptent sur eux pour faire de la réduction des risques, en particulier concernant l'injection. Malgré tout, les pharmaciens ne peuvent se substituer aux médecins pour ces conseils, car la salle de consultation est un endroit de confidentialité, contrairement à l'officine, lieu de passage important.

Les pharmaciens sont des sources importantes d'informations pour le médecin généraliste, ils informent les médecins des dernières prescriptions, de la posologie délivrée et des prescripteurs des traitements. Ces informations permettent à un certain nombre de médecins généralistes interrogés d'éviter de prescrire à des patients, que l'on soupçonne de détourner des TSO ou des traitements psychotropes.

c) **Suivi médico-psycho-social**

Il est parfois difficile de faire admettre aux patients que le traitement per os n'est qu'une petite partie de la prise en charge. Deux des médecins imposent un suivi en CSAPA pour que leurs patients aient un suivi psychologique et social. Pour les autres médecins, les prises en charge sont fonction de la situation particulière de chaque patient.

(1) Suivi psychologique, psychiatrique :

Beaucoup n'imposent pas de suivi psychologique. Ceux qui adressent les patients toxicomanes, se plaignent de faire beaucoup de courriers inutiles, car les patients ne prennent pas les rendez-vous de consultation. Les patients, qui ont ce suivi ne ressentent pas tous ce suivi comme aidant.

Certains médecins remarquent que le fait, que les psychologues ne soient pas remboursés, est un frein. Certains psychiatres, eux remboursés complètement ou partiellement si dépassement, ne seraient pas investis dans ce domaine de l'addictologie.

Les psychologues des CSAPA (UFATT, Centr'aides...) semblent des aides efficaces, mais pas toujours d'accès géographiques faciles.

La plupart des médecins généralistes rencontrés font du soutien psychologique en plus de la prescription des TSO.

Une étude effectuée par un réseau ville-hôpital du Vaucluse montre que 55% des patients suivis relèvent d'une prise en charge psychologique, pourtant 20% seulement y ont recours. (Bry, 1998) (38)

Les patients ayant un suivi psychologique sont donc trop peu nombreux.

Le médecin n°18 se plaignait de la surcharge des structures psychiatriques et des psychiatres libéraux, rendant le suivi psychiatrique difficile à obtenir. Un accès facilité pour les toxicomanes semble nécessaire.

(2) Suivi social :

Les médecins n'imposent pas de suivi social, ils proposent ce suivi pour que les patients aient une couverture sociale et ne soit pas sans revenu. L'absence de couverture sociale n'empêche pas les médecins de continuer à suivre leurs patients gratuitement parfois. (MG n°10, 18)

L'accession au monde du travail semble être très bénéfique dans l'évolution des toxicomanes. Certains médecins poussent leur patient à prendre contact avec le pôle emploi, à rechercher un emploi. (MG n°3, 4, 7)

Trente pour cent des patients suivis en Réseau en Gironde se déclarent insatisfaits de l'aide

psychosociale, bien que la prise en charge soit multidisciplinaire et coordonnée. (Delile et Ferrière, 1999) (38)

(3) Les microstructures

Trois médecins ont fait remarquer que les micro-structures sont une solution pour obtenir une prise en charge globale avec plusieurs interlocuteurs, qui seraient faciles d'accès, avec une prise en charge gratuite pour l'utilisateur.

Les microstructures, encore rares, se trouvent dans les cabinets de médecine générale, avec présence hebdomadaire d'un psychologue et d'un travailleur social. Cette structure permet aux usagers de drogue, un accès privilégié à ces professionnels, et une prise en charge globale.

Ce suivi a été évalué par l'étude DEQUASUD et a montré qu'il donnait de meilleurs résultats que ceux obtenus en suivi conventionnel, dans le domaine de la consommation de drogues illicites, de l'état psychologique et de la capacité de l'individu à trouver un emploi. Elle montrait également une augmentation du nombre de patients ayant un traitement de substitution par méthadone, comparativement aux patients en suivi classique.

Concernant la partie coût-efficacité de l'étude, il n'y avait pas une différence d'efficacité significative entre les patients du groupe microstructure et ceux du système conventionnel. Une tendance en faveur des patients en microstructure était tout de même notée, avec un coût total mensuel inférieur de 103 euros par rapport au suivi en cabinet conventionnel. (39)

Le système de microstructure pourrait être une solution à certains problèmes soulevés par les médecins généralistes interviewés, comme les difficultés à faire une prise en charge globale, la solitude parfois ressentie dans les prises en charge, et peut-être une facilitation de la mise sous traitement méthadone.

(4) Centres spécialisés en addictologie

Les médecins y ont recours, soit dans la prise en charge initiale pour initier un traitement de substitution dans une prise en charge globale, soit lorsqu'ils ont une difficulté de prise en charge. Si la majorité des médecins généralistes traitent au départ les usagers de drogues seul, deux médecins généralistes exigent une prise en charge commune avec un CSAPA, pour une prise en charge médico-psycho-sociale. (MG n°6, 14) Un troisième médecin ne se sent pas capable d'instaurer ce type de traitement, n'ayant pas eu de formation dans ce domaine de l'addictologie. (MG n°17)

Les médecins, qui ont des patients en mésusage, proposent aux patients un traitement méthadone, qui ne peut être débuté qu'en centre d'addictologie spécialisé. La distance et le manque de moyens financiers sont des freins à cette prise en charge, certains regrettent que cela ne puisse être fait plus à proximité. Ils poursuivent la prescription malgré le mésusage, en ayant conscience des risques pour la santé de l'utilisateur.

Une initialisation de traitement méthadone en hôpital de proximité pourrait être une solution pour ces patients qui ne peuvent se déplacer dans les CSAPA éloignés ?

B. TSO

Selon l'enquête EROPP de 2008 (2000 Français interrogés, entre 15 et 75 ans), 73% des personnes interrogés sont favorables aux traitements de substitution.

Les médecins généralistes prescrivent la BHD et reconduisent les traitements par méthadone en médecine libérale. Actuellement, 230 000 personnes sont usagers problématiques de drogue, 130 000 bénéficient d'un TSO . (2)

Les TSO ont reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en mars 1995 pour le chlorhydrate de morphine et en février 1996 pour le Subutex®. Les génériques de la BHD ont reçu l'AMM en 2006 et 2007. Le Suboxone® l'a reçu récemment: le 9 janvier 2012.

Les TSO ont démontré leur action sur la prévention des risques et la réduction des dommages liées à l'usage de drogues opiacés avec:

- une réduction de la consommation d'héroïne pour les patients sous BHD , ainsi que de la consommation de cocaïne et des benzodiazépines (41, 42, 43)
- une réduction de l'injection de produits de 65 à 34% (40)
- une réduction du partage de seringue et de matériel de plus de 50% (40)
- diminution de la délinquance de 75% selon l'étude SUBTARES
- une réduction des comparutions immédiates et des arrestations (40)
- une augmentation du nombre de patients ayant un travail rémunéré (42, 43)

1. BHD et méthadone

a) Suivi français: des conditions originales

En France, la prescription de BHD peut être faite depuis 1996 par les médecins généralistes. Les médecins généralistes restent les prescripteurs principaux de BHD. Selon les agglomérations, entre 91 et 99% des prescriptions se font par eux. Ceci se vérifie sur la population de médecins interrogés.

Selon l'OFDT, 73% des patients, sous traitement de substitution aux opiacés, sont suivis exclusivement par un médecin généraliste libéral. 27% des patients sont suivis par un médecin hospitalier ou exerçant en centre de soins, mais de façon exclusive ou en alternance avec le médecin de ville. (2)

Aux états-Unis, les médecins doivent être formés pour prescrire une substitution aux opiacés, tous ne sont pas habilités à prescrire la BHD ou le Suboxone®, et le nombre de patients suivis par médecin est limité.

En France, les médecins généralistes n'ont aucune de ces deux contraintes. Parmi les médecins généralistes prenant en charge des patients toxicomanes, 91% de ceux qui prescrivent les TSO ont reçu une formation à la toxicomanie ou font partie d'un réseau.(44)
L'avantage du système français est que les patients toxicomanes peuvent être suivis par un médecin de proximité, et parmi tous les autres patients, sans qu'ils ne soient stigmatisés. (29)

b) Intérêts des TSO

Les intérêts que les médecins généralistes voient dans ces traitements de substitution sont:

- de sortir des difficultés financières, judiciaires,
- d'éviter aux toxicomanes une course après les drogues illicites,
- de ne plus être dans le manque, décrit par tous les médecins comme une crainte majeure des usagers de drogues,
- de réduire les risques liés à l'usage de drogues, maladies transmissibles, infections cutanées, valvulopathies...

Certains remarquent et acceptent que ce soit une alternative à l'usage de drogues.

L'objectif est de garder un lien avec ces patients, et de pouvoir les prendre en charge quand ils décident de rentrer dans le soin.

Le traitement de substitution, comme alternative à la drogue, ne fait pas l'unanimité. Par exemple, le médecin n°5 refuse de prescrire dans ces conditions, le TSO n'étant pas là «pour dépanner».

Dans la conférence de consensus de Lyon de 2004, les objectifs des TSO sont les mêmes que ceux donnés par les médecins généralistes, y compris celui de «diminuer, voire cesser la consommation des opiacés illicites en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance de substitution». (4)

c) Objectif final des TSO

L'objectif fixé à l'initiation du traitement de substitution est de diminuer le traitement et l'arrêter, même si en réalité peu de patients l'arrête. Le médecin n°4 s'attend même à avoir des patients en maison de retraite sous traitement de substitution, le traitement devenant chronique. Les diminutions sont suggérées par le médecin prescripteur, mais ne sont faites que si le patient est volontaire pour cela. Certains médecins connus des médecins interrogés, contraignent les patients à diminuer leur traitement à un rythme qu'ils décident sans l'accord de l'intéressé.

Aucun des médecins interrogés ne fait cela.

Les recommandations de l'HAS précisent qu'il n'y a «pas de durée optimale pour un TSO» et qu'il est «illusoire de fixer une durée a priori au processus de diminution en vue de l'arrêt d'un MSO». (4)

Les refus de diminution seraient dûs à une crainte du manque ou de la rechute. Certains médecins s'interrogent sur la possibilité de mésusage chez ces patients qui refusent de modifier la posologie de leur traitement. La difficulté majeure du médecin généraliste est de prouver la revente de TSO.

2. Le Suboxone®

Les médecins interrogés ne connaissent pas tous ce nouveau produit, commercialisé en France 2 à 4 mois avant l'enquête. Deux n'en ont jamais entendu parlé, un certain nombre n'en ont pas prescrit pour les raisons évoquées suivantes:

- difficulté à changer de traitement chez des patients sous BHD seule; de nombreux patients refusent ce nouveau traitement,
- attente des résultats des études en France,
- aucun intérêt supplémentaire par rapport aux autres traitements substitutifs,
- temps nécessaire pour expliquer aux patients l'intérêt de cette nouvelle molécule,
- sentiment de ne pas faire confiance aux patients en leur prescrivant ce traitement,
- «blocage», sans trop individualiser pourquoi.

Les patients, à qui les médecins généralistes interrogés ont proposé, ou pensent proposer ce produit sont:

- les patients en mésusage en particulier ceux qui s'injectent la BHD,
- les nouveaux patients,
- les patients qui ne sont pas stabilisés sous 16mg de BHD seule, dose maximale ayant l'AMM en France, le Suboxone® ayant une AMM pour 24mg de BHD associé à de la naloxone,
- les patients ayant des rythmes de vie décalés, en prescription par 48 ou 72h,
- les patients ne supportant pas le goût de la BHD.

L'intérêt de ce produit selon les médecins généralistes est:

- de diminuer les mésusages,
- de diminuer les risques de revente de BHD seule au marché noir,
- d'adapter la dose de BHD, avec des doses autorisées par l'AMM supérieure à celle de la BHD seule,
- de rediscuter d'une consommation en mésusage et de ses risques.

C. La RDR en médecine générale

La politique de RDR est considérée comme une action de santé publique indispensable à l'unanimité. Lors des entretiens, il ressort que la réduction des risques est un sujet peu abordé par les médecins en consultation de médecine générale.

Comment les usagers de drogues vivent leur toxicomanie (sniff, injection d'opiacés...) ? Partage-t-il le matériel, si il y a rechute ou mésusage d'un traitement de substitution? La vaccination hépatite B est-elle faite par les médecins généralistes en cas d'absence d'Ac protecteur ? L'usage du préservatif est-il un sujet abordé par les médecins ?

1. Technique de prise des opiacés

Peu de médecins généralistes abordent le sujet de la technique de prise des opiacés. Le non partage de matériel, l'usage des stéribox® à chaque injection ne sont souvent pas évoqués en consultation de façon systématique. Il apparaît pour certains que ce n'est pas un sujet d'actualité, ce fut un sujet dans les années 90 lors de l'épidémie de sida. Certains pensent que les usagers sont plus informés qu'eux-même sur le sujet. C'est en effet une question qui reste posée.

Le sujet de la RDR est abordé plutôt avec les injecteurs, en cas de rechute, ou devant les résultats de sérologies VIH, hépatite B et C.

La technique de l'injection propre n'est expliquée que par trois médecins sur les dix huit. Le médecin n°18 expliquait que ça le gênait de décrire cela, le médecin n°3 disait que d'expliquer l'injection propre n'était pas gênant (désinfection, changement des points d'injection, seringue à usage unique...), mais le fait d'expliquer l'injection en sachant que le produit injecté est un traitement substitutif posait des problèmes éthiques.

Plusieurs médecins ont fait remarquer que les pharmaciens sont complémentaires des médecins dans le domaine de la RDR, non seulement concernant le mode de prise des TSO, mais également la vente de stéribox® et des préservatifs.

2. VIH, VHB et VHC

a) mode de transmission

Le VIH se transmet par le sang et certains fluides corporels (sperme, sécrétions vaginales, lait maternel). La transmission du VHB se fait essentiellement par voie sanguine, la transmission peut être également sexuelle. La transmission du VHC est principalement sanguine, lors d'usage de drogue par voie intra-veineuse (IV), ou par voie nasale en cas de partage de paille. La contamination par voie sexuelle est extrêmement rare. (93)

b) Prévalence des infections VIH, VHB et VHC

Malgré la politique de RDR, plus de la moitié des toxicomanes sont contaminés par le VHC, il persiste des infections par le virus du sida. La politique de RDR reste d'actualité, et la vigilance des médecins reste nécessaire à maintenir.

L'étude, dirigée par l'InVS entre 2004 et 2007, montre que 60% des usagers de drogues sont contaminés par le VHC, 11% sont contaminés à la fois par le VHC et le VIH (étude auprès des usagers de drogues, autoprélèvement sur buvard réalisé par l'utilisateur de drogue avec recherche d'Ac anti-VIH et VHC avec une participation de 61%). (49)

Dans l'étude OPEMA 2010, concernant des patients plus proches de la patientèle des médecins généralistes libéraux, 20% des patients sont atteints par le VHC, 21% ne connaissent pas leur statut sérologique VHC; 3% sont contaminés le virus VIH, 18% ne connaissent pas leur statut VIH. 45% ont utilisé au moins une fois la voie IV. (étude de 1385 patients suivis en médecine générale, usagers de drogue ou sous TSO, dans 43 départements) (25)

Les modes de consommation des patients varient dans leur parcours, c'est pourquoi comme le disait le médecin n°15, il ne faut pas faire de différences dans les conseils donnés aux patients. Ce médecin a établi dans son cabinet un rythme de deux consultations consécutives annuelles «de synthèse», où sont discutés les moyens de réduction des risques en particulier le risque infectieux (matériel à usage unique, non partage de matériel, préservatif) et où est fait un état des lieux social (habitat, famille, amis, travail). Ces deux consultations permettent de casser le rythme «ronronnant» de ces suivis chroniques.

Cette pratique peut être reprise dans les cabinets de médecine générale, et en particulier dans les cabinets informatisés où une alarme annuelle pourrait permettre au médecin de le planifier.

3. Vaccination hépatite B

La vaccination contre l'hépatite B n'est pas proposée aux patients séronégatifs systématiquement. Il est vrai que les patients toxicomanes ne font pas toujours les sérologies prescrites, ce qui ne permet pas de dépister les patients non vaccinés contre le VHB.

La plupart des médecins interrogés ne pensent pas à vacciner les patients n'ayant pas les anticorps protecteurs du VHB. Certains médecins y pensent plus spécifiquement chez les injecteurs.

Cette tendance chez les médecins généralistes est en accord avec les résultats de l'étude OPEMA où 42% des patients n'ont pas eu de vaccination hépatite B complète. (57)

C'est un point qui nécessite plus d'attention de la part des médecins généralistes.

4. Hépatite C

Les médecins généralistes parlent très peu du mode de contamination par le virus de l'hépatite C. C'est pourtant un sujet préoccupant chez les usagers de drogues, car 59,8% des usagers de drogues sont contaminés par le VHC. (41)

Selon l'étude Coquelicot, 42% des usagers de drogues ne connaissent pas les modes de transmission du VHC, 35% ignorent que le petit matériel (récipient, cuillère, coton, eau...) est source de contamination par ce virus. (49)

Les modes de contamination par le VHC chez les usagers de drogues sont:

- le partage de matériel utilisé pour la préparation et l'injection (seringue, cuillère, eau, coton, citron...) d'héroïne, cocaïne ou médicaments détournés,
- le partage de paille lors de la prise de drogues par voie nasale. (41)

Tout contact avec le sang d'une personne contaminée, peut être contaminant.

Le virus de l'hépatite C survit jusqu'à sept jours sur le matériel, ce que ne précise aucun médecin interrogé.

5. Overdoses et association aux Benzodiazépines

Peu de médecins parlent du risque d'overdose.

L'association de benzodiazépines ou d'alcool avec les opiacés augmentent les risques d'overdose. Les patients, qui reconsomment de l'héroïne après un sevrage d'héroïne ou la prise de TSO, ont un risque d'overdose augmenté.

Suite à la légalisation de la BHD, les overdoses mortelles sont passées de 451 en 1994 à 184 en 1998. (50)

Entre 1996 et 2003, 3481 vies ont été sauvées. (42) Les overdoses réaugmentent depuis l'année 2000 : en 2007, 287 overdoses ont été mortelles. (50)

La politique de réduction des risques a permis de réduire significativement le nombre d'overdoses mortelles.

La question des prescriptions TSO-Benzodiazépines n'était pas notée dans le guide d'entretien, mais le médecin n°10 l'a abordé. Il prescrit des benzodiazépines si possible sous couvert d'un avis spécialisé, en ayant conscience que l'association n'est pas recommandée. Il faisait également remarqué avec d'autres médecins que ces patients qui consommaient des opiacés n'étaient pas n'importe quel patient. Effectivement, ils semblent qu'un grand nombre ait vécu des évènements de vie difficiles.

Les patients dépendants aux opiacés ont plus de troubles psychiatriques et en particulier anxieux (16% des toxicomanes), que la population générale. (51)

Une étude américaine montrait que sur une vie entière, 84% des personnes dépendantes aux opiacés avaient des troubles psychiatriques, alors que le pourcentage de ces mêmes troubles n'était que de 24% dans la population générale.

Une autre étude américaine a montré que les patients dépendants aux opiacés avaient:

- un risque de troubles affectifs 5 fois supérieur aux autres patients,
- un risque de troubles anxieux 3 fois supérieur,
- un risque d'alcoolisme 13 fois supérieur. (52)

6. RDR: deux exemples d'action bénéfique

a) Programme d'échange de seringue et TSO

En Grande Bretagne, une étude multicentrique menée auprès des injecteurs de drogues démontre que les deux interventions, programme d'échange de seringues et traitement substitutif, réduisent de 80% le risque de contraction du VHC, et de 48% le partage de seringues. (étude sur 2986 usagers de drogues injectables, entre 2001 et 2009) (53)

b) kits d'injection distribués gratuitement en officine

Les kits d'injection type Stéribox® sont vendus à 1 euro en pharmacie: le prix reste un facteur limitant de son utilisation. Ces kit sont souvent réutilisés.

Dans l'étude menée par N. Bonnet, des stéribox® sont mis à disposition gratuite pour des utilisateurs de drogues, des stéribox®, avec une information concernant le VHC. Ce programme a permis de quadrupler en 6 mois le nombre de stéribox® délivré, sans augmentation du nombre d'usagers. (54)

D. Mésusages : une prise de risques en soin

Les personnes prenant la BHD dans une logique non substitutive, le prennent dans un but de défonce, de recherche de performance ou de réduction de l'anxiété. C'est ce que démontre une étude qualitative menée auprès de 970 usagers de structure de première ligne. (55)

A ce moment-là, le mode de prise de la BHD en sublingual, et de la méthadone per os est rarement respecté.

1. Sniff et injection

(1) indices

Certains médecins pensent ne pas avoir de patients qui utilisent les traitements de substitution en mésusage, ce qui serait étonnant.

La majorité des médecins ont remarqué des signes évocateurs de mésusage:

- les troubles de l'odorat (MG n°4)
- la demande de vasoconstricteurs nasaux (MG n°4)
- le fait de renifler souvent
- la présence de lésions de la cloison nasale (MG n°5)
- les douleurs nasales (MG n°7)
- la difficulté à respirer (MG n°7)
- le refus du générique (MG n°15)
- la présence de points d'injection
- le syndrome de popeye
- le port de vêtements trop couvrants

Le syndrome de Popeye est une complication visible, que ne peut nier le patient toxicomane. Certains médecins interrogent les toxicomanes qui ont ce syndrome, qui leur fait suspecter un mésusage par injection de la BHD.

Il s'agit d'une complication qui peut apparaître pendant ou après une longue période de toxicomanie, ce syndrome ne regresse pas après l'arrêt de celle-ci. (56)

(2) réactions des médecins généralistes face aux mésusages

Face à ces signes évocateurs de mésusages, les médecins généralistes ont des approches différentes:

- certains pensent ne pas pouvoir savoir, ne pas avoir de moyen de savoir si il y a mésusage. Il est difficile de savoir si la question a été clairement posée. Le médecin n°2, qui n'a pas de patient en mésusage, avoue qu'il ne saurait pas prendre en charge cette problématique-là. Le médecin soulève-t-il un problème, qu'il ne saurait résoudre ? Le médecin n°1 disait lors de l'entretien: «ça va, ils ne m'en parlent pas», en parlant de la prise nasale de BHD. Le médecin pose-t-il réellement la question du mode de prise ?
- d'autres posent la question quand ils dépistent en consultation des signes évocateurs de mésusage. Par exemple, le médecin n°7 confronte le patient aux signes visibles de mésusage (syndrome de Popeye, points d'injection), qui ont valeur de preuve pour faire avouer au patient son mésusage.

La difficulté que rencontrent les médecins généralistes, une fois le mésusage avoué est de faire un retour en arrière. (MG n°7)

La nécessité de reposer la question à différents moments du suivi est une proposition intéressante (MG n°5), car les patients progressent dans leur demande de soin au fur et à mesure des consultations.

Le mésusage n'est pas systématiquement noté dans le dossier médical (MG n°5), ce qui peut rendre difficile le travail sur ce problème.

La question du mode de prise doit être clairement posée. Elle devrait être repoussée régulièrement au cours du suivi et le mésusage noté dans le dossier médical.

(3) réduction des risques infectieux en mésusage ?

La question de la technique de prise de produit en mésusage n'est pas abordée par le médecin généraliste.

Le médecin n°8 estime ne pas être dans son rôle de soignant en parlant de la technique d'injection, si le produit injecté est un traitement de substitution. Le médecin n°3 avoue être dans une position délicate et gênante également, la question de l'injection est abordée alors dans un contexte plus général de réduction des risques.

La question de la technique d'injection et du non partage des pailles est rarement abordée. Les médecins généralistes devinent souvent la technique et ne posent pas systématiquement la question des modes de prise de drogues. Tous les modes de consommation du patient devraient être notés, car les toxicomanes utilisent souvent un mode principal, et d'autres modes moins fréquents, mais ayant des risques sans doute mal connus du patient.

Discuter de la technique de prise des opiacés, en cabinet de médecine générale, serait une piste pour éviter les contaminations infectieuses.

(4) Le mésusage dans les études

Malgré les traitements de substitution oraux BHD et méthadone (non injectable en théorie car liposoluble), les injections de produits chez les patients en soins persistent dans des pourcentages variables: entre 34 et 65%, selon les études. (40) Dans l'étude OPEMA, 82% des patients toxicomanes sont sous TSO. 57% sont sous BHD, 8% de ces patients l'injectent, 7% le prennent par voie nasale. (57)

Ceci montre que les médecins ont raison de rechercher ces mésusages, et de les prendre en charge.

(5) Le mésusage dans les recommandations

Les recommandations de l'HAS pour réduire les mésusages sont:

- la prévention : information du patient sur les conditions d'efficacité et les risques (surdose, interactions),
- la sensibilisation et information des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, réseau),
- Implication des services médicaux de l'assurance maladie. (4)

Les médecins sont sensibilisés à ce problème, ils informent du mode de prise et des risques dans leur majorité. Ils reçoivent des informations de l'assurance maladie et peuvent chercher au moyen de la carte vitale des patients les dernières délivrances d'opiacés.

Pourtant, quand le mésusage est installé, le retour en arrière est complexe, et le médecin généraliste n'a pas de recommandations pratiques dans ce cas-là.

2. Fractionnement de dose

Le médecin donne l'information sur le mode de prise, en une prise par jour. Ensuite, il ne peut être sûr de la façon dont le traitement est pris.

Les raisons du fractionnement, données par les médecins généralistes, sont:

- la persistance d'un mode de prise toxicomaniaque,
- la prise à visée anxiolytique.

Le fractionnement semble favoriser par les prises complexes (8 mg + 2 mg ...)

La prise quotidienne unique est difficile pour certain patient, et pour les médecins qui les suivent. Si les médecins ont l'impression que leurs patients ne peuvent faire autrement, plusieurs attitudes sont notables dans l'enquête:

- la résignation,
 - la prise de doses fixes, si fractionnement,
 - essayer de faire revenir le patient à deux tiers de la dose le matin et un tiers de la dose le soir.
- En cas de diminution, ce serait la dose du soir qui serait diminuée.

Aucune solution thérapeutique n'est trouvée dans le cas de fractionnement dans la littérature, l'objectif initial étant la prise quotidienne unique. Les médecins en l'absence de données dans la littérature, trouvent des solutions qui n'ont pas de validation par les spécialistes.

3. Revente de la BHD

Les indicateurs de revente de TSO sont:

- les chevauchements répétés
- l'enquête auprès des pharmacies et du médecin traitant habituel
- l'historique des prescriptions au moyen de la carte vitale, sur le site de la sécurité sociale
- les lettres de la sécurité sociale concernant un patient
- un autre patient dénonçant un consommateur qui revendrait son traitement de substitution

Les médecins ont conscience, malgré leur vigilance, d'être à l'origine du marché noir. Le médecin n°5 fait remarquer que si on ne veut pas faire le lit du marché noir, il faut arrêter de prescrire. Pourtant certains patients méritent qu'on les prenne en charge, car leur demande de soins est sincère.

Le médecin n°6 se pose la question de savoir si il ne vaut mieux pas que la buprénorphine soit revendue, plutôt que de voir des patients agresser des personnes pour se payer de l'héroïne. Le TSO est-il un outil de paix social ?

La revente est suspectée parfois, mais souvent ne peut être affirmée. Entre 21 et 25% des quantités de BHD remboursées par la CPAM pourraient alimenter le marché noir selon une étude CNAMTS/OFDI de 2002. (58)

Par quels actions le médecin peut-il éviter la revente de la BHD au marché noir ? Est-ce possible ? Est-ce souhaitable ?

4. Nécessité de recommandations pratiques spécialisées

En l'absence de données dans la littérature, les médecins généralistes trouvent des solutions qui n'ont pas de validation par les spécialistes. Il serait intéressant que les médecins généralistes aient des propositions de prise en charge en cas de mésusages.

Quand faut-il arrêter la prescription de TSO si il y a suspicion de revente ? Comment gérer les mésusages par «sniff» de BHD en pratique? Comment amener le patient à une prise quotidienne quand il fractionne les prises ?

Faut-il poursuivre la prescription de BHD en cas d'injection de ce traitement et refus ou impossibilité pour le patient de se rendre en CSAPA pour instauration de traitement par méthadone ?

Les médecins rencontrés ont décrit leurs pratiques. Sont-elles en accord avec celles des addictologues ? Que font-ils en pratique dans ces mêmes cas de mésusage ?

E. Salles de consommation supervisées

1. Avis des médecins interrogés

a) Médecins favorables

Un tiers des médecins interrogés sont pour la mise en place de salles de consommation supervisées en France.

Les buts seraient:

- de superviser les injections et ainsi de pouvoir donner des conseils de RDR,
- diminuer la morbidité liée aux injections,
- d'aider les patients à gérer leur toxicomanie,
- de les orienter vers une prise en charge médicalisée (traitement de substitution, sevrage, traitement d'hépatite...).

Les patients qui seraient reçus dans ces salles, seraient des personnes que les médecins n'ont pas l'occasion de rencontrer des usagers de drogues, car ils n'ont pas de suivi médical. Le médecin généraliste pourrait parler de ces salles aux personnes qui sont en mésusage, ou qui poursuivent une consommation d'opiacés illégaux.

Le médecin n°10 insiste sur la finalité, qui doit être thérapeutique.

Si tous les médecins n'ont pas eu écho des études faites dans les pays étrangers, certains soulignent que les études dont ils ont eu connaissance, démontrent l'efficacité de cette solution. Le médecin n°7 souligne que des études en France seraient nécessaires avant de généraliser une telle solution.

b) Médecins défavorables

Un tiers des médecins interrogés sont défavorables à la mise en place de ces salles en France, pour les raisons suivantes:

- cela ne va pas dans le sens du sevrage.
- cela n'est pas adapté à ce type de patients. Le craving, besoin de consommation impérieux, poussent les patients à consommer n'importe où ; par conséquent les patients ne pourraient pas se rendre dans ces salles.
- cela ne toucherait qu'une minorité, donc ne serait pas efficace en terme de santé publique.
- cela a un caractère incitatif. On ne peut pas «libéraliser quelque chose contre lequel on lutte».
- cela n'est pas nécessaire. Les traitements par méthadone et buprénorphine haut dosage sont suffisants pour prendre en charge ces patients, l'héroïne pharmaceutique ne serait pas nécessaire.

c) Médecins indéterminés

Les points de questionnement des médecins concernent :

- la supervision: deux médecins trouvent le cadre trop souple, et souhaiteraient un cadre plus rigide avec des rendez-vous à respecter.
- la localisation de ces centres: la crainte des médecins, essentiellement exerçant en milieu rural, est que ces salles se trouvent dans les grandes villes et qu'elles n'aient pas d'intérêt pour les autres usagers de drogues, vivant dans des villes de moins grande importance. Cette mesure ne concernerait ainsi qu'une petite proportion d'usagers.
- le coût: la mise en place et le maintien de ces salles auraient un coût important, or les politiques actuelles visent à réduire les dépenses dans tous les domaines de la santé.
- le risque de banaliser, de favoriser l'usage: ce sont des motifs d'inquiétude pour certains de ces médecins.

Finalement, le positionnement des médecins par rapport à la mise en place de salles de consommations en France est plus politique ou idéologique que médical. Tous reconnaissent que, pour des raisons médicales, ces salles seraient bénéfiques à certains toxicomanes, mais malgré tout, les avis, quant à leur mise en place sur le territoire, sont très différents.

2. Les salles de consommations et DAM

Les médecins généralistes favorables à la création de salles d'injection en France étaient tous d'accord sur le fait, que cette solution thérapeutique n'était pas adaptée à tous les patients.

La question, que ce sont posés plusieurs médecins concernant le coût de ces salles, a été étudiée au Canada et en Suisse. Ce programme serait rentable en incluant les économies liées aux décès évités et aux frais ambulanciers et policiers liés aux overdoses. Les économies, liées à la diminution des infections par le VHC et le VIH, n'ont pas été incluses. (70)

Les salles de consommation supervisées ou salles d'injection sont des lieux où l'injection de drogues illégales est autorisée, avec supervision par du personnel médical et paramédical. Ces salles existent dans des pays limitrophes (Suisse, Allemagne, Espagne, Luxembourg), mais aussi aux Pays-Bas, en Australie, au Canada, en Norvège...

Le rôle du personnel est de :

- réguler les entrées des usagers de drogues
- distribuer du matériels d'injection à usage unique
- superviser les injections
- donner des conseils pour des injections sécuritaires
- intervenir médicalement en cas d'overdose (66, 67)

Les buts des salles de consommation supervisées dans les autres pays sont : (68)

- d'atteindre la population cible,
- de réduire la mortalité et la morbidité liées à l'usage de drogue,
- d'améliorer la santé des usagers,
- d'améliorer l'hygiène des usagers,
- objectif d'ordre public et de lutte contre la criminalité.

Dans une étude menée auprès de médecins généralistes en 2001, 29% d'entre eux souhaitaient une forme galénique prévue pour l'injection de la BHD, 90% souhaitaient également une forme non injectable de la BHD (désormais Suboxone®). (59)

F. Difficultés et améliorations possibles

1. Evaluer la posologie de départ (BHD)

C'est une difficulté qu'à soulever le médecin n°5, l'évaluation de la posologie de départ est une difficulté pour le médecin traitant.

Selon la conférence de consensus de Lyon de 2004, la dose initiale prescrite varie entre 4 et 8 mg par jour. Il faut respecter un délai de 24h après la dernière prise d'opiacés, pour éviter un syndrome de manque brutal. L'augmentation de posologie est de 1 à 2 mg par paliers de 1 à 3 jours en fonction de la clinique, pendant 10 à 15 jours, jusqu'à disparition des symptômes de manque.

La posologie de stabilisation est habituellement entre 8 et 16 mg/j. (4)

Les symptômes de manque sont les suivants:

- lombalgies, douleurs diffuses,
- hyperalgésie,
- larmolement, rhinorrhée, augmentation de la transpiration,
- accélération du transit avec diarrhée voire vomissements,
- agitation, anxiété, trouble du sommeil, dépression,
- tachycardie, hypotension artérielle, mydriase bilatérale (60)

2. Instauration de traitement par Méthadone

Les médecins, exerçant en milieu rural ou urbain mais éloigné d'un CSAPA, regrettent que certains de leurs patients nécessitant un traitement par méthadone, ne puissent en bénéficier. En effet, l'éloignement de ces structures demande aux patients de trouver un moyen de transport pour se rendre de façon quotidienne au CSAPA. Les médecins insistent sur le fait que ce sont des personnes qui ont souvent peu ou pas de revenus, et pas de moyen de locomotion.

Une augmentation du nombre de CSAPA, et de médecins addictologues semble nécessaire pour les médecins n°5 et 7. La nécessité d'être mieux épaulée par ces structures est également soulignée.

Depuis la circulaire du 30 janvier 2002, «tout médecin exerçant en établissement de santé est habilité à proposer un traitement de substitution à base de méthadone aux toxicomanes dépendants aux opiacés. Auparavant, seuls les médecins des centres spécialisés de soins aux toxicomanes pouvaient prescrire un traitement par méthadone.

Il semble que la prescription de traitement par méthadone à l'hôpital (essentiellement en consultation externe) et en établissement pénitentiaire ait progressé sur l'étude faite en 2008: la part moyenne de primoprescription de méthadone en services hospitaliers était de 40%, et 28% en établissements pénitentiaires (72% de poursuite de traitement lors de l'incarcération). (61)

3. Manque de structure adaptée

Le médecin n° 7 regrette qu'il n'y ait pas de structure adaptée, accessible rapidement avec du personnel formé, pour permettre un sevrage de l'héroïne rapide. La solution que trouvent les médecins, est de proposer un traitement de substitution qui par sa demi-vie longue occasionnera un sevrage plus long qu'avec l'héroïne.

Le médecin n°18 fait remarquer la difficulté à avoir un suivi psychiatrique, les structures étant surchargées, et les psychiatres trop peu nombreux, disponibles en libéral.

Dans la thèse du Dr Houille, Les médecins étaient aussi demandeurs d'un accès facilité aux consultations psychiatriques, de places pour des sevrages hospitaliers rapides. (71)

4. Moindre crainte de la dépendance ?

Le médecin n°9 s'est posé la question de savoir, si les traitements de substitution ne donnent pas l'impression à la population, que l'on guérit plus facilement de la dépendance aux opiacés, et donc que ce soit une raison pour que certains «tombent dans la toxicomanie».

Dans le neuvième rapport TREND, cette hypothèse est soulevée également. (26)

5. Problèmes liés au temps

Plusieurs médecins remarquent que les patients toxicomanes ont des difficultés à respecter les horaires, à prendre rendez-vous. Les patients se présentent souvent entre deux rendez-vous ou juste avant l'horaire de fermeture de la pharmacie. Ils arrivent parfois que la prescription soit faite, et qu'un temps plus long de consultation soit pris à la consultation qui succède.

Le médecin n°13 fait remarquer que ces consultations de suivi sont «chronophages». La consultation ne peut pas être simplement une rédaction d'ordonnance, l'accompagnement médico-psycho-social est souvent fait par les médecins généralistes. Le médecin n°12 remarque que les médecins traitants gèrent les «9/10 ièmes des problèmes psychiatriques». Le médecin n°7 exprime «se sentir vraiment tout seul face à ce problème de toxicomanie».

Les consultations spécialisées durent entre 30 minutes et une heure. Ce temps est nécessaire pour une prise en charge globale. Le médecin généraliste dispose d'un temps de quinze à vingt minutes environ, et ce temps est d'autant plus réduit en période d'épidémie, le suivi des toxicomanes n'étant pas sa seule activité. Comment concilier une prise en charge globale avec les contraintes de temps de l'activité libérale ?

6. Médecin généraliste réputé spécialisé...

a) Médecin-dealer ?

Un médecin sur douze craint de devenir un médecin-dealer sur une étude menée auprès des médecins généralistes en 2001. (44) Il n'y a pas de données récentes sur ce sujet. Cette crainte est évoquée par le médecin n°2. Il faisait part, lors de son entretien, de son impression «d'être le dealer du quartier», pour des toxicomanes qui prennent le TSO de façon chronique et sans diminution de la posologie. Un médecin fait remarquer que certains praticiens suivent un grand nombre de patients sans réel suivi. Cela devient alors un «fond de commerce». Cette pratique ne serait pas déontologique.

b) Un souhait des médecins concernés ?

Certains médecins refusent de suivre des patients toxicomanes, ou donnent des directives très strictes sur les diminutions.

Le refus, ou la sévérité dans la prise en charge de ces patients choque certains médecins rencontrés, car les médecins, qui refusent la prise en charge de toxicomanes, suivent d'autres patients ayant d'autres pathologies chroniques, pas forcément observants, sans aucun cas de conscience. Les diabétiques, qui ont des hémoglobines glyquées très hautes, et qui ne font pas le régime alimentaire pauvre en glucides rapides, continuent à être suivis et traités. Le médecin n°12 parle même de «racisme» envers les usagers de drogues, qui sont des malades, nécessitant comme les autres patients, des soins et un traitement adapté à leur situation.

Les raisons, qui pourraient expliquer le refus de suivi des patients dépendants aux opiacés, sont:

- la gêne que le médecin a, avec cette pathologie, ou avec le traitement de substitution,
- l'incapacité à instaurer le traitement et à l'adapter dans le temps au patient.
- le fait que les toxicomanes soient des patients perçus comme «à problèmes» (sociaux, psychiatriques...)

c) Ressenti de ces prises en charge par le médecin

Parmi les médecins interrogés, qui suivent des patients toxicomanes, ils sont nombreux à se sentir utiles, surtout quand les patients retrouvent un équilibre psychique et social, et que le traitement est diminué progressivement. Quelques médecins se sentent même plus utiles dans ce domaine de l'addictologie que dans d'autres, comme par exemple la prise en charge de patients alcooliques.

Les médecins ont également exprimé par rapport à ces prises en charge, leurs sentiments de solitude et d'isolement, leurs difficultés à travailler avec les structures spécialisées, leur désarroi par rapport à l'absence de recommandations pratiques dans des situations comme le mésusage en particulier.

La prise en charge des patients toxicomanes amène à des interrogations éthiques: quelle est la prise en charge souhaitable pour le patient, quelles limites se fixe le médecin dans ces actions ?

G. Biais de l'étude

1. lié à l'enquêteur

Lors des entretiens, le risque pour l'enquêteur est de faire des reformulations interprétatives, de faire connaître son approbation verbale ou non verbale et d'influencer l'interviewer.

2. lié au type d'étude

Le nombre de médecins généralistes interrogés est limité. L'enquête s'est arrêtée quand les idées ont été entendues à plusieurs reprises, et qu'il n'y avait plus d'éléments nouveaux qui

apparaissent dans les derniers entretiens.

Le choix des médecins peut influencer aussi sur les résultats de l'étude. Ce sont des médecins majoritairement très impliqués dans le suivi des toxicomanes, qui ont été interviewés.

Cette étude n'est pas représentative de l'ensemble des opinions et pratiques des médecins généralistes concernant la réduction des risques. Elle nous donne à un moment donné un panorama des situations rencontrées par les médecins, de la manière dont ils prennent en charge les patients toxicomanes, des difficultés ressenties en matière de RDR.

3. lié à la technique

Vingt médecins ont été interrogés mais deux entretiens se sont révélés inexploitable, suite à une défection du dictaphone. A cause de cela, deux entretiens sont manquants.

V. Conclusion

Les médecins généralistes sont des partenaires incontournables dans la prise en charge des patients toxicomanes par la prescription des TSO. Les objectifs et la finalité de ces traitements sont connus et acceptés par la plupart des médecins interrogés. Il reste une difficulté concernant le fait que ce soit une alternative à la drogue, le médecin ayant pour vocation de «soigner de la dépendance».

Les TSO font partie de la politique de RDR, mais ce n'est pas le seul outil que possède le médecin. Par sa proximité et le lien particulier qu'il a, dans ce suivi régulier, il peut délivrer des informations de réduction des risques.

Les conseils de réduction des risques sont peu voire pas donnés: le toxicomane est considéré comme plus compétent que le médecin traitant. La technique de prise des opiacés est rarement étudiée. La vaccination hépatite B doit être plus effectuée qu'elle ne l'est actuellement, 42% des toxicomanes suivis par le médecin généraliste n'ont pas eu la vaccination complète. Bien que les médecins prescrivent les sérologies, le patient qui n'a pas d'anticorps protecteurs de l'hépatite B est rarement vacciné.

Le mésusage (sniff, injection de TSO, fractionnement, revente) est un problème quotidien du médecin généraliste, qui n'a aucune recommandation concrète dans le domaine. Les mésusages de TSO sont fréquents: plus de vingt pour cent de la BHD serait revendu au marché noir, 7% des patients sous BHD consomment ce produit par voie nasale, 8% se l'injectent. Le mésusage est un problème épineux: identifier et faire reconnaître le mésusage est une première difficulté, faire marche arrière est la seconde. Les recommandations ne donnent pas de conseils pratiques dans ce domaine, et les médecins généralistes sont souvent démunis face à cela.

La réduction des risques chez les patients toxicomanes est un problème complexe avec des difficultés multiples: certains médecins se sentent seuls et souhaiteraient avoir des aides de proximité dans cette prise en charge. L'éloignement des structures, permettant une mise sous méthadone, est également un problème soulevé par les médecins, en particulier pour les patients injecteurs de BHD.

Une formation particulière de RDR serait-elle utile au médecins généralistes ? Des lieux de sevrage accessibles rapidement pourraient-ils être mis en place ? Un accès à la méthadone facilité serait-il nécessaire ?

Le Suboxone®, récemment mis sur le marché français, est un nouveau moyen de RDR, encore peu usité. Les refus des patients, et l'absence d'études françaises sont deux raisons principales de non prescription par les médecins généralistes interrogés.

La mise en place de salles d'injection, sujet d'actualité, pourrait réduire les risques sanitaires liés à l'usage de drogues. Les trois positions sont visibles chez les médecins interviewés: des médecins favorables, défavorables, et indéterminés. Si le bénéfice sur l'orientation vers des structures de prise en charge et la réduction du risque infectieux est reconnu, l'avis des médecins est plus politique ou idéologique, que médical. La crainte des médecins serait principalement la banalisation d'un usage néfaste pour la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. INPES. *Les risques infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse*. Document à l'usage des professionnels de santé. décembre 2001. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/541> (consulté le 12 août 2012)
2. Canarelli T., Coquelin A. *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés*. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxtcqc.pdf>. (consulté le 15 février 2011)
3. Bressollette L., Ferreira-Maldent N., Guias B., Guilmot J.-L., Jousse S., Pistorius M.A., Vandhuick O. Drug addiction and cardiovascular pathologies. *Journal des maladies cardiovasculaires*. Décembre 2004, 29, p.243-248.
4. HAS et FFA. Conférence de consensus de Lyon. *Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution*. Mis en ligne en juin 2004. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf (consulté le 10 juin 2010)
5. INRS. *Virus de l'hépatite C (VHC)*. Mis en ligne en 2008. Disponible sur : [http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/\(allDocParRef\)/FCVHC?OpenDocument](http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/(allDocParRef)/FCVHC?OpenDocument) (consulté le 27 mars 2012)
6. Broqua C., Jauffret-Roustide M. Collective of users in the fields of AIDS and drug addiction. *Médecine Sciences*. Avril 2004. volume 20, n°4, p. 475-9.
7. Toufik A. *Les groupes d'autosupport d'usagers de drogues*. Disponible sur : http://www.cirddalsace.fr/docs/revue_toxibase/pdf/dossier_groupes.pdf . (consulté le 24 novembre 2011)
8. OFDT. *Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008)*. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxjcq8.pdf> (consulté le 25 janvier 2012)
9. Blayac J.P., Faucherre V., Grau D., & al. Complications infectieuses induites par le mésusage de buprénorphine haut dosage : analyse rétrospective de 42 observations. *La Revue de médecine interne*. Mars 2010, volume 31, p.188-193.
10. Sénat. *Proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicite*. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r02-321-1/r02-321-123.html> (consulté le 6 février 2012)
11. Morel A., Couteron J-P., Fouilland P. *L'Aide-mémoire d'addictologie*. Dunod. Paris : 2010.
12. Joubert M., Giroux-Arcella P., Mougin C. *Villes et Toxicomanies : de la connaissance à la prévention*. Erès. Paris, 2005.
13. Rechel B. HIV/AIDS in the countries of the former Soviet Union: societal and attitudinal challenges. *Central European Journal Public Health*. Juin 2010,18(2), p.110-5.
14. Page K., Rhodes T., Sarang A., & al. Policing Drug Users in Russia : Risk, Fear, and Structural Violence. *Substance Use & Misuse*. Mai 2010, 45(6), p. 813-64.
15. Chappard P. Opiate substitution : The users' point of view. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. Septembre 2009, volume 67 (5), p. 365-8.
16. INSERM. *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, expertise collective*. Paris, 2010.
17. InVS. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 20-21. *Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives*. Mis en ligne le 19 mai 2009. Disponible

- sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2009/20_21/beh_20_21_2009.pdf (consulté le 10 janvier 2012)
18. OFDT. *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010*. Tendances n°76, juin 2011.
 19. OFDT. *Phénomène émergents liés aux drogues*. Sixième rapport national du dispositif TREND. 2004. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/tr04prod.pdf> (consulté le 21 février 2012)
 20. HAS. *Suboxone®: avis de la commission de transparence*. 16 avril 2008. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-5344_Suboxone®.pdf (consulté le 10 mars 2012)
 21. Brissette C., Guh D., Marchand K., Marsch D., Ovieso-Joekes E., Schechter M. Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. *BMC Health Services Research*. 26 juillet 2011, 11, p. 174.
 22. Pr Kopp P., Pr Geoffron P., Dr Tecco J. Du point de vue économique, quel est le rapport coût-efficacité des traitements de substitution aux opiacés. *Revue alcool et addictologie*. 2004.
 23. OFDT. Costes J-M., Laffiteau C., Le Nézet O., & al. *Premiers résultats concernant l'évolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues 1999-2008*. juin 2010. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eropp100621fiche.pdf> (consulté le 6 décembre 2011)
 24. HAS. *Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Synthèse et recommandations*. Mis en ligne en octobre 2009. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf (consulté le 27 mars 2012)
 25. OFDT. *La diffusion de l'injection intraveineuse de l'héroïne en France*. Tendances n°5. décembre 1999. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/tend5.pdf> (consulté le 31 février 2012)
 26. Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Chalumeau M., Coquelin A. Toufik A. *Drogues et usages de drogues. Etat des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France*. Neuvième édition du rapport national TREND.
 27. Virologie. *La vie de la discipline*. Mai-Juin 1998. Volume 2, Numéro 3, p. 250-4.
 28. Canarelli T., Coquelin A. *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés*. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxtcqc.pdf>. (consulté le 15 février 2011)
 29. MUCCHIELLI A. *Le médecin généraliste, premier partenaire du système de soins. Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*. Arnette (éd.). Paris, 1997, p.181-5.
 30. Couratier C., Miquel C. *Les études qualitatives : théorie, applications, méthodologie, pratique*. L'Harmattan. Paris, 2007.
 31. Blanchet A., Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Nathan. Paris, 2000.
 32. Alami S., Desjeux D., Garabuau-Moussaoui I. *Que sais-je : les méthodes qualitatives*. Puf. Paris, 2009.
 33. Association Argile. *Le Strawbag*. Disponible sur: <http://www.argile.fr/pdf/strawbag.pdf> (consulté le 27 juillet 2012)
 34. Association ASUD. *Roule ta paille*. Disponible sur: http://www.asud.org/pub/rtp_asud.pdf (consulté le 27 juillet 2012)
 35. Combessie J.C. *La méthodologie en sociologie*. Découverte. Paris, 2001.
 36. Morel A., Couteron J.P. *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris, Dunod, 2008, p 228.

37. Code de santé publique. *Risque injustifié*. Article R4127-40.
38. Morel A. *Traitement de substitution à la buprénorphine: l'expérience française*. Disponible sur: http://www.oppelia.fr/IMG/pdf/article_trait_51.pdf (consulté le 28 août 2012)
39. OFDT. *Démarche Qualité et Accompagnement des Soins aux Usagers de Drogues (DEQUASUD)*. Juillet 2008. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap08/epfxlro8.html> (consulté le 7 juillet 2012)
40. Lavignasse P., Lowenstein W., Batel P., et al. Economic and social effects of high-dose buprenorphine substitution therapy. *Annales de Médecine Interne*. 2002, 153 suppl3, p. 1S20-1S26.
41. Duburcq A., Charpak Y., Blin P., Madec L. Suivi à 2 ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage. Résultats de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex® en médecine de ville). *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2000; 48 (4), p. 363-373.
42. Bilal S., Menares J., De La Selle P., Toufik A., Perdrieux Y. *Impact des traitements de substitution aux opiacés sur la vie sociale : une étude en médecine de ville*. Masson, Paris, 2003. P.2S6-2S14.
43. Brunelle E. *Etude du suivi d'une série de 69 patients consommateurs de substances psychoactives sous thérapeutique de substitution (Buprénorphine)*. Th D Méd, Lille, 1996.
44. OFDT. *Evolution de la prise en charge des toxicomanes, enquête auprès des médecins généralistes en 2001 et comparaison 92-95-98-2001*. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cemka.pdf> (consulté le 6 mars 2012)
45. Fudala PJ, Bridge TP, Herbert S, Williford WO, Chiang CN, Jones K, & al. Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprénorphine and naloxone. *New England Journal Medicine*. 2003, 349(10), p. 949-58.
46. Kamien J., Branstetter S., and Amass L. Buprenorphine-Naloxone Versus Methadone Maintenance Therapy: A Randomised Double-Blind Trial With Opioid-Dependent Patients. Heroin Addiction Related Clinical Problems. 2008, 10(4), p. 5-18.
47. Alho H, Sinclair D, Vuori E, Holopainen A. Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2006, 88, p. 75-8.
48. Smirnov A, Kemp R. Use and misuse of opioid replacement therapies: a Queensland study. avec sa traduction *Subst Use Misuse*. Janvier 2012, 47(1), p. 78-85.
49. Fener P. Résultats de l'enquête Coquelicot 2004-2007 sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues. *SidaSciences*. Décembre 2008. Disponible sur: <http://sidasciences.inist.fr/?Resultats-de-l-enquete-Coquelicot> (consulté le 21 janvier 2012)
50. Janssen E., Palla C. *Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France*. Mai 2010. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxejq5.pdf> (consulté le 18 novembre 2010)
51. Poirier MF. Indications des benzodiazépines dans la prise en charge des toxicomanes. *Annales de Médecine Interne*. Novembre 1994, 145 Suppl 3, p. 52-3.
52. ANAES. Conférence de consensus. *Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants des opiacés*. Recommandations de bonne pratique. Avril 1998.
53. (57) A TROUVER
54. Bonnet N. Pharmacie du programme d'échange de seringues pour les utilisateurs de drogues injectables. *Presse médicale*. Décembre 2006, 35, p1811-8.
55. CADET-TAÏROU A., CHOLLEY D., & al. *La substitution à travers 13 sites français, 1999-2002, Pratiques et disparités régionales*. CNAMTS/OFTD, 2004.
56. Arrault M., Gaouar F., Vignes S. Puffy hand syndrome. *Revue de médecine interne*. Mai 2009, 30(5), p. 460.

57. OPEMA. *Résultat de l'enquête 2010*. Disponible sur : http://www.assogtnpmg.eu/offres/file_inline_src/353/353_A_11952_1.pdf (consulté le 21 mai 2012)
58. OFDT. *Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004*. Tendances 37. Juin 2004. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxack6.pdf> (consulté le 21 mai 2012)
59. Brissette C., Guh D., Marchand K., Marsch D., Ovieso-Joekes E., Schechter M. Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. *BMC Health Services Research*. 26 juillet 2011, 11, p. 174.
60. Reynaud M. & al. *Traité d'addictologie*. Flammarion, 2006.
61. OFDT. *Tendance n°60. Primoprescription de Méthadone en établissement de santé*. avril 2008. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxioo4.pdf> (consulté le 15 février 2012)
62. Benninghoff F., Dubois-Arber F., Jeannin A. Typology of Injection Profiles of Clients of a Supervised Drug Consumption Facility in Geneva, Switzerland. *European Addiction Research*. 2008, 14, p. 1-10.
63. Dubois-Arber F., Benninghoff F., Jeannin A. Typology of injection profiles of clients of a supervised drug consumption facility in Geneva, Switzerland. *European Addiction Research*. 2008, 14(1), p. 1-10.
64. Fast D., Small W., Wood E., & al. The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injecting facility. *Harm Reduct Journal*. 2008, 5(1), p. 32.
65. Poschadel S., Höger R., Schnitzler J., & al. *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland*. Baden-Baden: Nomos, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit. Bd. 2003, p. 149.
66. Fry C.L. Injecting drug user attitudes towards rules for supervised injecting rooms: implication for uptake. *International Journal of Drug Policy*. 2002, 13, 471-476.
67. Kerr T., Kimber J., Debeck K., & al. The role of safer injection facilities in the response to HIV/AIDS among injection drug users. *Current HIV/AIDS Report*. 2004, 4(4), p. 158- 164.
68. Hedrich D. *European report on drug consumption rooms*. Luxembourg, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2004. p. 96.
69. Wood E., Tyndall M., Zhang R., & al. Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *The New England Journal in Medicine*. 2006, 354(23), p. 2512-2513.
70. Bayoumi A.M., Zaric G.S. The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*. 2008. 179(11), p. 1143-1151.
71. Houille S. *Etude de la coprescription de Buprenorphine Haut dosage et Benzodiazépines par les Médecins Généralistes Nancéens*. Thèse de Médecine Générale, Nancy. 2009.

SIGLES et ABREVIATIONS

A.B.: Aude Bouton

AMM: Autorisation de mise sur le marché

BHD: Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD: Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

CCAA: Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CMP: Centre médico-psychologique

CSAPA: Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST: Centres de Soins Spécifiques aux Toxicomanes

DAM: Diacétylmorphine

HAS: Haute Autorité de santé

IV: Intra-veineux

MDM: Médecins Du Monde

MILDT: Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

MSO ou TSO: Médicament ou Traitement de substitution

NA: Narcotiques Anonymes

OFDT: Observatoire français des drogues et des toxicomanies

PES: Programme d'Echange de Seringues

RDR: Réduction des Risques

UFATT: Unité Fonctionnelle D'Accueil et Traitement des Toxicomanes

ENTRETIENS

Médecin généraliste n°1 - homme - exercice rural - 57 ans

A.B. : Vous suivez des patients toxicomanes ?

Dr : Malheureusement, je dois être le spécialiste du coin.

A.B. : Les autres ne veulent pas les suivre ?

Dr : Il y en a plein qui ne veulent pas.

A.B. : Alors en fait, mon sujet, c'est la réduction des risques, traitement de substitution, ce qu'on dit aux patients, kit-sniff, seringues... Tout ce qu'on peut dire dans le domaine de la réduction des risques, mais dans le cabinet de médecine générale. Ma première question était, est ce qu'on fait de la réduction des risques en médecine générale ?

Dr : On fait de la réduction des risques financiers, pour eux.

A.B. : Financier... ?

Dr : Parce que de toute façon... Déjà, bon, ça dépend si c'est de la méthadone : si c'est de la méthadone, on ne fait rien, parce qu'ils sont obligés de passer par l'UFATT. Ensuite si c'est du Subutex®, on peut le faire comme ça d'emblée. Réduction de risques... Je pense que ceux qui viennent nous voir, quelque part, c'est que ou ils n'ont plus d'argent pour payer, ils prennent leur saloperie et ils sont remboursés, ou ils viennent le chercher pour revendre et se racheter, parce que ça malheureusement, c'est pas rare. Ou alors ils viennent réellement parce qu'ils veulent faire quelque chose. Quel pourcentage, j'avoue que je n'en sais rien du tout, parce que moi, ça fait un petit bout de temps que je fais ça et j'en apprend, je ne dirais pas tous les jours mais presque.

A.B. : Et on ne repère pas celui qui va vendre ?

Dr : Ah si, si ! Par exemple, il y en a un que je ne veux plus voir parce qu'il y a eu des problèmes, etc., il n'a pas été honnête, je lui ai dit qu'il aille en voir un autre et puis voilà ! Mais j'ai appris il n'y a pas longtemps par un «copain», qu'il y a deux patients qui venaient chercher des choses pour lui revendre en sortant. Qu'est ce qu'on peut faire, comment on peut savoir ? Si on sait ceux qui sont honnêtes et ceux qui veulent faire autre chose, qui ne vont pas le prendre tout à fait honnêtement.

A.B. : Quand le patient arrive, il a déjà eu du Subutex® ?

Dr : Pas toujours.

A.B. : Il réclame du Subutex®, de la buprénorphine ?

Dr : La buprénorphine, ils n'aiment pas trop, quand même. En général, c'est connu, c'est su, donc ils préfèrent le Subutex®. J'en ai deux, à qui j'ai proposé d'emblée du Subutex® ou le générique : ça leur était complètement égal, ça doit être les seuls. Il y en a d'autres que j'ai essayé de passer sous buprénorphine au début, qu'il y avait la buprénorphine. Il y en avait un qui était sous Subutex® huit, je l'ai passé sous buprénorphine huit. Ça fait un moment que je le connaissais, je lui ai donné vingt huit jours. Au bout d'une semaine et demi, il est venu me voir, il n'en avait plus. Il avait bouffé le stock de vingt huit jours en une semaine et demi. Je l'ai remis sous Subutex® et je suis tranquille, je ne le vois vraiment que tous les vingt huit jours. Alors je ne suis pas trop tenté... Je fais beaucoup de non substituable.

A.B. : Le Suboxone®, vous avez...

Dr : Non, je n'ai pas encore essayé parce que j'ai vu il n'y a pas longtemps la déléguée qui m'a présenté le Suboxone® et on s'est presque attrapé. D'abord, elle m'a dit qu'avec le Suboxone®, on pouvait monter les doses à 24 mg, je lui ai dit : je ne vois pas pourquoi, on ne pourrait pas monter avec le Subutex®.

A.B. : Ce n'est pas trop autorisé ...

Dr : Oui, c'est ça. Le but de la chose, ce n'est pas ça. Bon, l'avantage du Suboxone®, c'est pour ceux qui se piquent. Eventuellement, l'avantage entre guillemets, ou l'inconvénient je ne sais pas. Honnêtement, à moins qu'il ne se pique à des endroits que je ne vois pas, je ne crois pas que j'en ai. Je ne crois pas, mais bon...

A.B. : Ça ne se voit ?

Dr : Ce n'est pas que ça ne se voit pas, mais moi, je les examine à chaque fois. Même qu'une fois, j'ai eu un problème avec le médecin conseil, il m'a dit vous les regardez pas quand même tous les quinze jours. Je lui ai dit : «Si, je suis désolé, chaque fois qu'ils viennent, je les examine.

A.B. : ça veut dire que vous les déshabillez complètement ?

Dr : Non, non, non... Bah non. Je leur prends la tension, régulièrement je regarde les jambes quand même pour voir. J'écoute le coeur systématiquement. Une fois sur quatre je leur palpe le bide, voilà. Je les examine quand même régulièrement. Au minimum, la tension, manche relevée.

A.B. : Mais le médecin conseil, pourquoi il vous demandait ça ?

Dr : Parce qu'il estimait que ce n'était pas normal que je fasse payer à chaque fois les consultations méthadone tous les quatorze jours. Je lui ai dit que ce n'était pas moi qui faisait les lois. Il me disait : vous n'allez tout de même pas me dire que vous les examinez à chaque fois. Et je lui ai dit que si, je les examinai à chaque fois. Pour lui, je ne devais faire payer que si j'examinai. Ce qui est normal !

A.B. : Donc les patients, ils ne sniffent pas leur buprénorphine, et n'injecte pas chez vous ?

Dr : Honnêtement, je ne pense pas. Mais si ils s'injectent, ils peuvent s'injecter n'importe où.

A.B. : Et si ils se l'injectent, vous faites quoi ? Fin de soins ?

Dr : Non, si ils se l'injectent, je leur dis que je ne veux plus voir ça. Maintenant, il y a la Suboxone® : si ils s'injectent, je leur donnerai de la Suboxone®, et puis c'est fini. Sniff, alors là, j'en sais rien... Comment voulez vous savoir ?

A.B. : Bah, parfois, ils le disent ?

Dr : Non, moi ça va, pour l'instant ils n'en parlent pas.

A.B. : Si ils n'en parlent pas, vous ne leur demandez pas ?

Dr : Si, si, je leur demande si ils le prennent régulièrement en une prise etc, etc. Mais ils ne m'en parlent pas, mais peut-être qu'ils le font sans me le dire. Il y en a qui prisent le tabac, pourquoi pas.

A.B. : Le Suboxone® finalement, vous pensez que c'est une solution possible ? Même si les 24 mg, c'est franchement, peut-être pas une solution ?

Dr : Je pense que c'est pas un problème de dosage. Oui, c'est possible. Ce que je regrette avec le Suboxone®, je pense que c'est pareil qu'avec le Subutex®, c'est qu'il n'y a pas de dosage intermédiaire. On passe de huit, à deux, à 0,4, c'est ça que je regrette surtout. Alors qu'avec la buprénorphine, on arrive à avoir les dosages intermédiaires. Pourquoi on ne les a pas en Subutex® ? Quand on a 8 en Subutex® et qu'on dit, il faudrait descendre, ou qu'ils sont d'accord pour descendre un peu. Il faut mettre des 0,4, c'est un peu la merde ...

A.B. : Les salles de consommation supervisées, dont il avait été question l'année dernière. Qu'est ce que vous en pensez ?

Dr : Oui, j'en ai entendu parlé. Ce que j'en pense moi ?

A.B. : Oui, en tant que soignant.

Dr : ça dépend comment c'est supervisé. Je ne suis pas foncièrement contre, mais ça dépend comment c'est supervisé. Par qui c'est supervisé, comment c'est fait ?

A.B. : Ce serait pour quel patient ?

Dr : Ceux qui veulent y aller. Il n'y a pas d'ostracisme là dedans. Je pense que tous sont capables d'y aller. Sinon on fait des coffee shop. On va faire ça où ? Dans des grandes villes, des villes hospitalières ? Dans les campagnes, comment ?

A.B. : Il n'y aurait pas d'intérêt pour diminuer les infections ?

Dr : Moi je pense que si on met des traitements de substitution, c'est pour quelque part essayer d'arrêter la saloperie, quoi ! Je pense qu'on leur donne déjà beaucoup de choses, parce que la majorité a quand même la CMU, qu'on le veuille ou pas. C'est complètement gratuit, si en plus, il faut leur fournir les seringues et tout le bazar ...

A.B. : Je pense que c'est fait dans les boutiques...

Dr : Oui, mais je sais bien, mais il faut peut-être arrêter. Il y en a combien qui viennent me voir et qui me disent, ça c'est pas normal, je dois le payer, et puis les drogués, on leur fournit tout. C'est pas normal, moi je trouve que ce n'est pas normal que le Subutex® soit remboursé, ou pris en charge intégralement pour les CMU. Je trouve que ce n'est pas normal, mais encore une fois, ce n'est pas moi qui fait les lois.

A.B. : Quand il y a un patient qui vient chez vous au départ, comment vous lui expliquez les choses ?

Alors il prenait de l'héroïne, il veut un traitement de substitution, vous lui faites un cadre, vous le laissez parler ?

Dr : Je le laisse beaucoup parler ou je le dirige un peu en le questionnant. J'essaie de voir où il en est, ce qu'il prend, depuis quand ? Si ils ont décidé qu'ils voulaient faire un traitement de substitution parce qu'on leur a dit qu'il y avait des produits qu'ils pouvaient revendre, essayer de parler un petit peu pour voir. De toute façon, c'est tout ! Autrement, je ne suis pas policier !

A.B. : D'accord.

Dr : Ils ont tous entendu parler des produits de substitution, donc si ils en veulent, ils en veulent. Je leur dis d'accord, on essaie. Je leur donne au départ en délivrance quotidienne ou hebdomadaire, et puis on voit. Tant que ça tient les sept, quatorze, ou vingt huit jours, ça va. Si ça ne va pas, on s'explique.

A.B. : C'est pas policier.

Dr : Que ce soit pour n'importe quoi, je ne suis pas policier. Je ne suis pas là pour ça, je ne suis pas là pour leur imposer des suivis psychologiques. Je ne suis pas là pour leur imposer ceci ou cela. Si vraiment on veut leur imposer un truc, on leur impose et c'est fini. Je ne suis pas là pour ça.

A.B. : Pour le suivi psychologique, vous les envoyez chez le psychiatre ?

Dr : Si ils veulent y aller, oui, je leur en parle au départ, si ils sont demandeurs, ok. Mais moi, jamais je ne leur impose ça.

A.B. : Sinon c'est vous qui faites...

Dr : Je fais, je fais... Je pense que le suivi psychologique, à mon avis c'est une grosse fumisterie.

Maintenant les cellules psychologiques... On a un accident de bus, on fait des cellules psychologiques. Il

y a un suicidé à la Poste, on fait des cellules psychologiques. Je pense que c'est une tarte à la crème, un truc à la con pour faire bosser les psychologues. Mais à part ça...

A.B. : Et les assistantes sociales ?

Dr : Les assistantes sociales, je n'en parlerai pas. Je ne suis pas là pour imposer les choses. On a mis ça en accompagnement du soin. Tous les alcooliques, ils ne vont pas voir un psychologue. Tous les gens qui sont sous anxiolytique depuis des années, ils ne vont pas voir un psychologue. Tous les gens qui prennent des somnifères, ils ne vont pas voir les psychologues ! Alors il faut envoyer tout cela chez le psychologue, mais comment on va faire. Sans compter que le psychologue, il n'est pas remboursé.

A.B. : Le psychiatre plutôt ?

Dr : Le psychiatre oui, mais le psychologue il ne l'est pas. Le psychiatre en général, il les voit au début, et puis ensuite il l'envoie chez un psychologue. Qui travaille à côté, qui est pas remboursé. Non, non... En plus quand on veut prendre un rendez-vous chez un psychiatre pour quelque chose de vraiment important, un schizo qui se balade qui décompense, il faut attendre un mois et demi pour avoir le rendez-vous.

A.B. : Donc en résumé les salles d'injection, vous n'êtes pas contre mais vous ne voyez pas trop comment ? Je ne sais pas, peut-être que j'ai mal compris ?

Dr : Je ne suis pas contre, je ne suis pas pour non plus. Je veux dire que à partir du moment où on veut faire quelque chose, ce n'est pas en leur facilitant l'injection qu'ils sont dans un cadre légal que ça va arranger quelque chose, d'une part. Deuxièmement, ce sera dans les villes hospitalières, je pense, je ne pense pas que ce soit possible dans les petits patelins, ou dans les petites villes comme ça. Je pense qu'on leur donne du Subutex® ou de la méthadone, c'est pour les aider à se passer de saloperies. Je crois pas qu'en leur facilitant l'injection, que ça va arranger les choses.

A.B. : Ce serait peut-être plutôt au niveau des infections, hépatite, sida.

Dr : Ça je suis bien d'accord ! Mais ils le savent, on arrête pas de leur dire. Ils veulent consommer, c'est leur problème.

A.B. : C'est leur responsabilité alors ?

Dr : Bah, quand même... On leur fait tout ! Je suis méchant dans ce que je dis !...

A.B. : On les assiste ?

Dr : Quelque part, oui. Quelque part, on leur fait des salles d'injection, ils ne paient rien. Encore une fois, je reviens là-dessus, c'est quand même quelque chose qui me gêne, moi ! Le fait que ce soit un traitement totalement gratos. Donc si on leur ouvre des salles d'injection, je suppose qu'ils ne paieront rien. On va leur fournir l'héroïne, je suppose ?

A.B. : Non, non. Ils seraient sensés avoir leur produit. Et on leur explique comment faire les choses proprement, éviter les overdoses, les hépatites...

Dr : Et c'est sûr qu'on leur fournira pas l'héroïne quand même ? Parce qu'à la limite pourquoi pas.

A.B. : C'est pour éviter qu'ils mettent du citron pour diluer le produit... Les choses un peu «bêtes et basiques», mais qu'ils ne savent pas forcément et qui leur collent des endocardites. Je ne dis pas que je suis pour mais...

Dr : Je pense qu'on ne peut pas être pour tout ou contre tout. C'est comme l'euthanasie et la peine de mort. On ne peut être pour à 100% ou contre à 100%. Mais c'est vrai que je vous dis, ça dépend comment c'est encadré. A voir. On parle de budget tout le temps, ça dépend du budget que ça va faire. Vis à vis des gens normaux entre guillemets.

A.B. : Qui n'ont pas choisi d'être malade ?

Dr : Quelque part oui. Je suis méchant ! Je voudrais revenir sur les patients sous méthadone bien équilibré qui passent tous les quatorze jours. Alors c'est chiant. J'en ai un qui diminue tout doucement mais tranquillement. J'ai du le voir au début, on était à 65 mg de méthadone, il doit être à 25. Je lui ai dit que si il arrivait à 20, je lui ferais quarante mg par jour pour 14 j. comme ça je le reverrai tous les mois, il faut en arriver à des conneries comme ça.

A.B. : Après vous pourriez presque le passer sous Buprénorphine ?

Dr : Je pourrais, mais le problème c'est que lui n'a pas envie. Lui, il veut bien garder la méthadone, jusqu'à arrêter complètement. Mais en la diminuant à son rythme. Moi, je n'impose pas, de toute façon, je n'impose pas. Encore une fois, les gens comme ça, je les vois tous les quatorze jours pour la méthadone, tous les vingt-huit jours pour le Subutex®, ça se passe très bien. Ils sont bien dans leur tête, ils sont bien à côté. Il y en a d'autres... J'en ai un par exemple, il arrive trois fois de suite bourré... Je lui ai dit la quatrième fois, c'est pas la peine, c'est la porte et je ne vous file plus rien. Là, il est arrivé avant hier et il était en bon état.

A.B. : ça marche alors ?!

Dr : Mais c'est vrai que j'ai la chance d'avoir une voix forte et de mesurer 1,86 m, plus de 80 kg, ça aide. Quand j'ai mes remplaçantes qui devaient être hautes comme ça (1m 60 environ) et qui devaient faire, à tout casser, 45 kg. Je ne sais pas comment elles font. Il y a des fois où c'est assez chaud.

Médecin généraliste n°2 - homme - exercice urbain - 57 ans

A.B. : Vous avez des patients toxicomanes ? Comme tout le monde ?

Dr : Comme tout le monde : non. Parce qu'il y a des médecins qui refusent obstinément de suivre des patients toxico. Moi, je refuse de prendre des nouveaux patients et des patients que je ne connais pas. Donc je suis... Alors ça fait 27 ans que je suis installé... Je ne suis que les patients ou les enfants, malheureusement, que j'ai connus, et qui sont tombés là-dedans. Voilà mon recrutement quoi, si vous voulez.

Donc c'est ma patientèle et malheureusement, j'en ai pas mal. Parce que j'avais un outil informatique pour vous donner le nombre.

A.B. : Le nombre, ça m'importe pas trop, c'est plutôt la façon dont on les suit, comment on fait pour les aider. Mon sujet, c'est la réduction des risques chez les patients toxicomanes, donc le traitement substitutif en fait partie. Je pense que l'on ne dit pas que ça, parce que ce sont des patients qu'on voit souvent, il y a plein de choses à dire...

Dr : Il y a plein de choses à dire mais on les dit surtout la première fois, quand on les voit à la première consultation. Là on fait une consultation plus longue. Normalement, je leur donne RDV et je les vois le soir, après le flux de consultation, pour pouvoir discuter du pourquoi : pourquoi ils sont tombés là-dedans, pourquoi ils en sont arrivés là et pourquoi ils viennent me voir. Et pourquoi ils veulent en sortir... parce que la démarche est importante, que quand le patient vient de lui-même voir le médecin... Alors il y a deux cas de figures : il y a le jeune patient, parce qu'il y a des jeunes et des moins jeunes, qui demandent l'aide du médecin par le biais d'un sevrage, évidemment d'arrêter sa toxicomanie quelle qu'elle soit. On ne parle que de drogue, on ne parle que... ?

A.B. : Oui, ce sont les toxicomanes, usagers de drogue...

Dr : On ne parle pas d'alcool ?

A.B. : Non, on pourrait, mais ce serait trop vaste.

Dr : Donc les patients qui veulent vraiment s'en sortir, là je me sens vraiment utile, parce que l'aide que je leur apporte est bien prise, les traitements sont bien pris. Je les vois vraiment tous les mois, il n'y a pas de dérapage.

A.B. : Ils ne chevauchent pas ?

Dr : Ils ne chevauchent pas. Il y a le deuxième cas de figure : c'est le patient qui n'observe pas, qui prend son traitement n'importe comment. Et lui, il chevauche : au lieu de le voir tous les mois, parfois je le vois toutes les trois semaines et ça pose des tas de problèmes de chevauchement, d'accord avec le pharmacien ; jusqu'au moment où je dis stop, parce qu'on a vraiment l'impression qu'il se moque de nous. Ou alors, il y a toujours des histoires : je me suis fait voler ma plaquette ou j'étais chez ma grand-mère... Enfin, il y a toujours des histoires abracadabrantiques pour valider leur besoin de boîtes à l'avance. Et puis il y a un troisième cas de figure, chez les patients plus âgés et j'ai des patients qui ont jusqu'à 57 ans et qui sont toujours sous traitement, que j'ai toujours connu alcoolique, toxicomane héroïnomane, parfois même prenant de la cocaïne et ceux-là, j'ai l'impression d'être le dealer du quartier quoi, parce que...

A.B. : Parce que ça dure ?

Dr : Ça dure, je ne suis pas sûr qu'ils prennent leur traitement, et je me demande si parfois ce n'est pas revendu. Voilà, le problème il est là. Et quand on en discute entre confrère, c'est à cause de ces 5-10% de patients que ces médecins-là ne veulent pas voir de patients toxicomanes dans leur salle d'attente. Il est vrai aussi que, si vous acceptez de prendre des patients toxicomanes dans votre salle d'attente, votre salle d'attente va devenir le RDV de tous les toxicos non pas du quartier mais de la ville et des villages alentour.

A.B. : Parce que ça se sait ?

Dr : Ça se sait. Bon, il y a un médecin à Bar le Duc qui faisait ça, et ça s'est su très vite et il a été complètement inondé de patients qu'il ne connaissait pas et qui venaient chercher leur traitement. On est médecin de famille, moi je suis médecin de famille, je soigne mes patients. Ils essaient toujours de dire : j'ai un ami qui aimerait venir. Alors-là, il ne faut pas céder, il faut dire non tout de suite. Il faut dire : mais non, il a un médecin de famille, qu'il garde son médecin de famille. Le médecin de famille, quand il a dit non une fois ou deux, le patient essaie d'aller ailleurs.

A.B. : Parce que ces patients-là, est-ce qu'ils ne cherchent pas à avoir un autre médecin, parce qu'il les connaît depuis très longtemps et qu'ils ne veulent pas que ça se sache ?

Dr : Peut-être, oui, il y a des jeunes patients qui ne veulent pas en parler à leur médecin de peur que, peut-être, le médecin en parle aux parents... On est tenu au secret... Les relations étant ce qu'elles sont avec les familles, les familles que je connais depuis 30 ans. Ces gamins-là, je les ai vu naître. Ils ont peut-être peur que j'en parle aux parents, c'est peut-être vrai... Pour ça ils vont voir ailleurs. Mais il faut pas se faire trop d'illusions, souvent ils vont voir ailleurs, en essayant de multiplier justement les contacts

avec plusieurs médecins pour pouvoir multiplier les ordonnances, aller dans plusieurs pharmacies. Bon, ils sont vite repérés maintenant parce que la sécurité sociale et les pharmaciens de la sécu sont encore plus vigilants que les médecins. Ça vient de la pharmacie de la sécu, en fait. A chaque fois, quand je reçois une lettre, ça n'est pas du médecin conseil, c'est le pharmacien conseil qui m'appelle. On reçoit maintenant par e-mail toute une liste de patients sur le département... C'est des patients nomades connus, il ne faut pas prescrire. Ils sont même interdits, certains, de délivrance partout. Ils sont connus, alors après, quand ils sortent du département, je ne sais pas comment ça se passe... J'imagine que les directions sont données au niveau départemental, mais ils peuvent aller en Haute-Marne, c'est pas loin. Ils peuvent aller à Nancy, c'est pas loin... Là, ils peuvent y aller, et ils sont prêts à tout pour avoir quatre boîtes de Subutex® en plus.

A.B. : Pour en faire quoi, alors ?

Dr : Pour les revendre. Un comprimé de Subutex®, enfin je discute parfois, ça se vend entre 10 et 20 euros dans la rue.

A.B. : Un comprimé ou une boîte ?

Dr : Un comprimé.

A.B. : Aussi cher que le gramme d'héroïne ?

Dr : Oui. Alors il font des cocktails, ils s'injectent ça, je ne sais pas ce qu'il font avec ça, mais c'est l'horreur. C'est pour ça que je fais partie des prescripteurs, je reçois le laboratoire. Le discours du laboratoire, quand je le vois, ça m'interpelle toujours. Ils ne me disent pas qu'il faut réduire la dose. Au contraire, il faut toujours adapter aux besoins du patient... Alors que moi, mon discours c'est d'essayer de les sortir de là, de leur donner la plus petite dose efficace possible. En essayant de... de... tout doucement diminuer, le discours du labo, il est inverse. Ils veulent vendre du produit. Mais bon, J'arrête pas de râler après les visiteuses parce qu'elles sont formatés pour faire vendre des boîtes. Mais je leur dis : mais non, les médecins que vous allez rencontrer vont vous dire l'inverse. Elles ont un discours commercial complètement différent. Et ça, ça coince un petit peu, hein... Parce qu'elles sont gentilles mais il faut arrêter d'augmenter les doses.

A.B. : Les patients, vous leur dites, on va diminuer dans un délai donné ou pas ?

Dr : Bah ! Disons, j'adapte. Parfois je leur donne le traitement sur quinze jours, je baisse tout doucement sur quinze jours et je demande à les revoir. Si ça marche, on garde cette diminution progressive. Faut pas aller trop vite parce qu'ils vont échapper, ils ne seront pas bien, ils vont en réclamer plus la fois d'après. Il faut prendre du temps, alors là il faut beaucoup discuter... Mais il suffit que dans leur vie quotidienne, il y ait quelque chose qui n'aille pas et ils viennent en chercher. Ils demandent beaucoup plus, quoi.

A.B. : Les patients quand vous me disiez que la première consultation est la plus importante, c'est sans doute celle où vous dites le plus de choses. A ce moment-là, est-ce que vous parlez de réduire les risques. Je pense que vous faites aussi des bilans ou des choses comme ça... Est-ce que vous parlez de fait... Des fois qu'ils rechutent après : il faut éviter de partager le matériel, il y a des stéribox®. Est ce que tout ça, ça vient à un moment donné dans la discussion ?

Dr : Oui, bien sûr, je le dis. Le pharmacien derrière, le redit aussi, je pense. Les patients sont sensibles à ça. Ils utilisent du matériel à usage unique quand ils en ont besoin. Le problème, c'est quand ils ne sont plus eux-mêmes, qu'est ce qu'ils font, quoi... Ou quand ils sont en soirée, qu'est ce qu'il se passe : on ne sait, quoi. Parce que quand on les prend individuellement, ils sont coopérants, ils vont acquiescer à tout ce que vous leur dites, mais on ne sait ce qui se passe réellement. Souvent, en plus, il y a un mélange avec l'alcool, il y a plusieurs drogues mélangées. Je ne sais pas du tout comment cela peut se passer.

A.B. : Quand ils viennent, est-ce que le vaccin de l'hépatite B, c'est quelque chose que vous re-vérifiez, sachant qu'ils sont peut-être plus exposés ?

Dr : Non, ça c'est une question que je ne pose pas et que...

A.B. : Peut-être sur la prise de sang, ça peut...

Dr : Bah oui, donc on peut élargir. Je fais au départ toujours un bilan urinaire, pour savoir à quoi et à qui on a affaire, parce que ils nous racontent des trucs. Alors parfois on a la surprise de voir de tout : des amphétamines, de la cocaïne, de tout...

A.B. : Et ils le font quand vous le prescrivez ?

Dr : Oui, parce que quand je le prescris... ça reste encore remboursé par la sécu pour l'instant, donc ils le font... Par contre il y a toute cette population, qui s'est vu interdire de conduire, qui essaie aussi de venir voir le médecin, parce qu'ils ont eu par le biais du permis de conduire une interdiction de rouler, parce qu'on les a pris sous l'emprise de cannabis ou de... Et le médecin de la commission a prescrit une ordonnance... Pareille, puisque le suivi se fait pour eux sur deux ans... Et euh... Avec trois prélèvements urinaires, mais là ce n'est pas remboursé. Donc là aussi, on a des patients qui essaient de venir pour se faire prescrire, Il ne faut pas

non plus tomber dans le piège, il ne faut pas tout mélanger. La sécu n'a pas à payer les problèmes de sécurité routière. Ça, c'est autre chose...

A.B. : Ah non, ça peut toucher aussi ces patients-là...

Dr : C'est un vrai problème, parce qu'ils conduisent, ils conduisent sous l'emprise de stupéfiants et c'est interdit. Alors il faut savoir que la rémanence des effets est longue, mais alors sur une analyse d'urine, ça reste positif une dizaine voire une quinzaine de jours... Donc ils sont coincés de toute façon. Ils disent bien, je n'ai rien fumé aujourd'hui, mais si ils ont fumé quelques jours avant, ça reste positif, donc on leur enlève le permis.

A.B. : Les patients parfois peuvent utiliser la buprénorphine en mésusage...

Dr : oui.

A.B. : Ça doit arriver, je pense ?...

Dr : Oui.

A.B. : Vous le savez, ils vous le disent ?

Dr : Non, ils ne me le disent pas.

A.B. : Vous leur demandez ?

Dr : Je leur demande mais ils me disent que non. Ils me disent qu'ils le prennent. Non ils n'en parlent pas... Mais on sait bien, on n'est pas dupe...

A.B. : Alors vous le savez comment ?

Dr : On le sait par d'autres patients qui ne réclament rien et qui... Bar-le Duc, c'est une petite ville avec des petits villages autour... Mais on est quand même pas mal touché par ce problème... Ils se l'injectent, ou je ne sais pas ce qu'ils font avec. Ils le sniffent ou je ne sais pas mais...

A.B. : Il n'y en a aucun qui vous l'a dit ?

Dr : Non.

A.B. : Si ils vous le disent, qu'est-ce qui se passe ?

Dr : Bah là, je pense que je demanderais une aide extérieure, soit auprès d'un addictologue, parce que là, je n'y arriverais pas. Là, ça devient vraiment trop compliqué, avec une consultation qui dure 15 ou 20 minutes, je ne pourrais pas régler ce problème. Donc il faut régler ce problème en équipe, avec Centr'aide, soit avec un autre médecin addictologue. Il ne faut pas régler ça tout seul, je n'y arriverais jamais. Bon, mais je ne suis pas dupe, il y a pas mal de patients, jeunes patients, à qui je prescris la buprénorphine et qui ne la prennent pas correctement mais ils ne me l'ont jamais dit.

A.B. : Alors comment vous le savez ?

Dr : Vu l'état des patients quand ils arrivent parfois, je me dis : ce n'est pas possible, il a pris autre chose, il s'est injecté... C'est dommage, il n'y en a pas aujourd'hui dans la salle d'attente... Des fois... On les repère de loin !

A.B. : Et si vous leur dites, vous n'êtes pas comme d'habitude ... ?

Dr : Oui, alors je fais un examen clinique, et je lui montre, quand même, qu'il n'est pas dans son état normal... Mais comme il n'est pas dans son état normal, il ne s'en rend pas compte. On a beau lui dire, et puis la fois d'après, je lui dis : «Mais vous vous souvenez de comment vous étiez la fois dernière, ils ne s'en souviennent pas.» C'est malheureux. Il faudrait pouvoir les filmer mais c'est interdit, malheureusement !

(rires)

A.B. : D'accord ! Il y en a qui sniffent peut-être ?

Dr : Oui .

A.B. : Et alors ceux-là ils le disent ou ils ne le disent pas ?

Dr : Non... Jamais... Ils disent toujours qu'ils le prennent bien, qu'ils le prennent tous les jours, sauf que...

A.B. : En une fois ?

Dr : En une fois, en une prise le matin...

A.B. : Ils le prennent tous en une fois ? Il n'y en a pas un qui le prenne en plusieurs fois ?

Dr : Je dois dire... au début, lors de mes premières prescriptions, je disais bien en une fois... et certains patients me disaient : « Bah non, ça ne se prend pas en une fois, ça se prend en deux ou trois fois ! ». Et je leur disais : «Non non, ça se prend en une fois». On a beau... Le discours, il est comme ça... Le médecin, il doit... doit donner l'information... Après, ils font ce qu'ils veulent. Ils disent : «Oui, je le prend bien en une fois». Ils sont assez conciliants devant le médecin, mais derrière, on ne sait pas ce qu'ils font.

A.B. : Ils disent ce que vous avez envie d'entendre ?

Dr : Bah oui, comme tous les patients, hein ! Un patient diabétique, c'est tout autre chose. Mais quand vous lui demandez, si il a fait son régime... Bien sûr il a fait son régime ! Mais quand on lui met son bilan biologique devant le nez, on dit : «Attendez voir, il y a un souci !». Ce serait pareil si on avait un bilan biologique beaucoup moins cher pour... Pour cette population de toxicos. Bah, malheureusement, le test urinaire coûte entre 80 et 150 euros, je ne sais plus. Je ne le fais qu'une fois, c'est tout ! Mais ça coûte

quand même très cher !... Les quatre paramètres, en fait... Cocaïne, héroïne .. (va chercher une ordonnance type)... amphétamines... Parce qu'ils font des cocktails avec les amphétamines. Donc c'est cocaïne, héroïne, amphétamine, cannabis. Non, les benzo, non... Le problème aussi c'est avec les antalgiques, parce qu'ils font des cocktails avec les antalgiques. Ils mélangent la buprénorphine avec des paliers 2. Bah oui, parce qu'ils viennent... Comme ils disent, j'ai le droit de faire un lumbago ou une sciatique... Donc on est un peu coincé, hein !

A.B. : On ne peut pas trop...

Dr : Ah bah, on ne peut pas, ça marche pas !... Donc quand ils demandent ou le tramadol, parce que maintenant on a plus que ça, ou quand ils demandaient du dextropropoxyphène à l'époque, ça coïncitait un peu ! On dit non, vous pouvez prendre du paracétamol ou à la limite de l'ibuprofène... Donc, euh... Mais ils essaient quand même. Ils essaient (rires)... Ou de la codéine, parce qu'il venaient chercher de l'effergal codéiné pour faire des mélanges !

Bon là, quand un toxico vient chercher de la buprénorphine et il dit qu'il a mal au dos et qu'il voudrait bien de l'effergal codéiné... Bah, là... là... Le médecin, si il n'est pas trop bête, il a compris ce qui se passait !

A.B. : Le Suboxone®, on vous l'a présenté je pense ?

Dr : Oui, oui. Alors, je n'ai pas encore prescrit.

A.B. : Et vous y pensiez pour quel type de patients ?

Dr : Je ne me suis pas fait d'opinions encore. J'attends. Je trouve que c'est suffisamment compliqué à gérer... Euh... J'attends. Vraiment là, je reste un petit peu sur la réserve. J'attends un petit peu...

A.B. : Que ce soit un peu testé ?

Dr : D'avoir des retours, oui. Mais alors, si tous les généralistes font comme moi, et disent j'attends... ! Mais enfin, il y a des études en cours, j'imagine !

A.B. : Il y en a d'autres qui disent pareils...

Dr : On reste prudent quand même...

A.B. : De faire un ou deux essais...

Dr : Moi, j'attends que les autres essayent ! Encore plus prudent que prudent !

A.B. : C'est une solution !

Il y avait une proposition l'année dernière de salles de consommation supervisées, je ne sais pas si vous en avez entendu parler ? Ça existe au Luxembourg et puis dans d'autres pays limitrophes... Qu'est-ce que vous en pensez ?

Dr : En terme de surveillance et d'observance, je pense que ce serait l'idéal. Après en terme de coût, je pense qu'on n'a pas les moyens de mettre en place des systèmes de soin comme ça. Ça serait l'idéal, parce que si, effectivement, on peut mettre à disposition des salles et du personnel qui surveillent la prise, c'est l'idéal, puisqu'ils ne pourront pas tricher. Ils repartiront avec aucun médicament parce qu'on leur donnerait sur place.

Mais, vu l'état de nos finances, ce n'est pas jouable !

A.B. : Alors le projet, ce n'était pas tant de donner le traitement comme ils le font en pharmacie, ce serait plutôt des salles d'injection supervisées.

Dr : D'accord.

A.B. : Alors je ne sais pas... Ce qui se passerait, ce serait que les patients viennent... Les patients qui sont hors du soin, que vous ne voyez peut-être pas... Ou des patients qui s'injectent, que vous voyez, mais qui ne vous le disent pas... Je ne sais pas si vous leur expliquez comment s'injecter propre, ou les veines à ne pas piquer, ne pas piquer dans les artères, désinfecter avant, enlever le garrot pour éviter les overdoses... Des choses que l'on ne dit sans doute pas, parce que les patients ne nous disent pas...

Dr : Oui, n'abordent pas ce problème d'injection.

A.B. : Ce serait un endroit où toutes ses choses seraient dites, à des patients qui sont concernés.

Dr : Oui, ça pourrait n'être que bénéfique. Mais bon, en terme de coût, moi je raisonne toujours en terme de coût, parce qu'on est assommé de messages d'économie... Oui, oui, ce serait bien, mais le prix de revient d'une telle surveillance ou solution, ça serait forcément à la porte des hôpitaux ou dans une salle avec des addictologues spécialisés, ou dans des grands centres urbains, ça se conçoit, dans des petites villes de 17 000 habitants comme Bar-le duc, je pense que ce n'est même pas la peine... Ou alors, au sein d'un hôpital psychiatrique qui ouvrirait un service addictologie avec un médecin... Mais enfin, ils sont tous déjà débordés par l'alcoolologie, par... On n'y arrivera pas.

A.B. : Vous pensez que ça pourrait banaliser ?

Dr : Banaliser, non.

A.B. : Ou inciter ?

Dr : Pas du tout. Je crois que ce serait une bonne solution. Le fait de médicaliser, d'avoir à faire à du personnel spécialisé, au contraire... Ça inciterait ces patients à faire attention, et euh... Ça ne banaliserait pas du tout. Le banal, on le voit dans la rue, mais on ne le voit pas... surveillé et sérieusement suivi. Non,

je crois que ce serait un réel progrès dans le domaine de la toxicomanie. Mais euh... Est-ce que c'est faisable, encore une fois... Est ce que ce n'est pas qu'un simple discours politique...

A.B. : Le gouvernement s'est prononcé contre...

Dr : Eux ont vus les enjeux financiers... En terme de coût, ça doit être énorme ! Je ne pense pas que ça banalise l'usage de drogues, je ne pense pas. Au contraire, il faut oser y aller, il faut se présenter. Il faut s'identifier en tant que toxicomane et accepter de se laisser suivre parce que, forcément, il y aura un suivi et si vous ne venez pas au RDV... On est désolé, on ne vous suit plus...

A.B. : Je ne sais pas si il y aurait des RDV, ça ne se passe pas comme ça dans les autres pays...

Dr : Ils viennent... C'est à la demande ?

A.B. : Ils viennent quand ils ont besoin, ou quand ils vont s'injecter.

Dr : Ah oui !...

A.B. : C'est pour ça que je vous demande...

Dr : Ah oui... Ah non... Je vois une structure beaucoup plus rigoureuse. Parce que si c'est à la demande, effectivement, là c'est la porte ouverte à tout. Voilà si on est prêt d'eux pour les aider, quand eux l'ont décidé, là je suis d'accord. Il faut qu'ils viennent quand... Il faut de la contrainte, sinon ça ne marche pas. Il faut les faire venir, il faut qu'ils aient un RDV, il faut qu'ils soient à l'heure au RDV, sinon ça ne marche pas. Ouvrir une porte comme ça, pousser une porte en disant : «Voilà, j'ai besoin de ma dose, vous voulez vous occuper de moi»... Non. C'est un peu facile...

A.B. : Ils arriveraient avec leur dose...

Dr : Ah oui, ils arriveraient avec leur dose en plus... Non, ce serait trop... Non, non ! Là... Oui... Une solution comme ça, ça peut banaliser effectivement. Je voyais ça complètement différemment. Avec une gestion beaucoup plus stricte du système.

A.B. : Ce serait pour des patients avant le soin, des patients que l'on ne voit pas en consultation, qui ne passent pas la porte... Pour qui peut-être... Suivre des horaires ce serait trop dur ...

Dr : De toute façon, quand on donne un RDV... Parce que maintenant les jeunes qui veulent renouveler leur Subutex® téléphonent pour prendre RDV. Alors la bonne solution, pour leur casser les pieds vraiment... Alors je commence à 7h30 le matin, je leur dis demain matin 7h30, là, je peux vous dire qu'ils viennent mais qu'ils ont une drôle de tête, mais ils viennent et ils ont fait l'effort de venir. Parce que ce sont des gens qui vivent complètement à l'envers, qui dorment le jour, qui vivent la nuit. Quand vous leur dites : «Oui, tu viens demain matin et je te prendrai en premier». Mais ça marche parce qu'ils viennent ; et ça leur casse bien les pieds de se lever tôt le matin, mais au moins ils se sont au moins levés tôt un matin pour quelque chose. Parce qu'évidemment c'est une population à la marge. J'ai quand même quelques patients qui sont père de famille, qui travaillent et qui sont sous Subutex®. Mais, au final, ça finit par poser des problèmes de couple... C'est souvent la femme qui met son veto et qui dit : « Arrête ou je m'en vais »... parce que ça devient vraiment insupportable. Un mari toxicomane ou sous Subutex®, ça doit jouer, à mon avis, sur le caractère, ils doivent avoir un caractère impossible. Ça doit être difficile à gérer au quotidien. La vie de couple, c'est déjà pas facile !

Médecin généraliste n°3 - homme - exercice urbain - 58 ans

Dr : La première chose à faire, c'est de poser la question du mésusage.

A.B : oui...

Dr : La première chose, c'est : comment tu utilises le médicament ?

A.B : **Donc ce sont des personnes qui viennent déjà pour le produit ? ...**

Dr : Les gens qui sont en traitement de substitution. Ceux qui n'y sont pas, on n'a pas forcément l'occasion de les voir. A priori, quand ils viennent, ils sont en traitement de substitution. Maintenant, effectivement, il y a des gens qui sont en traitement de substitution par exemple pour l'héroïne et qui continuent à utiliser la cocaïne ...

A.B : **oui et qui le disent...**

Dr : Et qui le disent. Effectivement, il faut poser la question... déjà, par rapport au traitement de substitution : comment ils le prennent, est-ce qu'ils le prennent en prise unique ou en prise multiple, sous la langue, dans le nez ou en shoot, ça c'est la première chose à faire. Après ... est-ce qu'ils prennent d'autres produits, c'est important de le noter bien évidemment, parce que les gens peuvent être sous méthadone et prendre de l'héroïne en plus ; ou même être sous traitement de substitution aux opiacés et prendre de la cocaïne notamment, ou des benzo., ça c'est très fréquent aussi... ou d'autres médicaments ou d'autres produits, mais les plus courants sont ceux-là. Donc première étape : poser la question. Et puis il y a aussi la question de l'alcool, donc pareil... La consommation l'alcool est très fréquente, donc il faut aussi la question. Alors après, pour rester dans le mésusage, la deuxième étape, c'est de poser la question au toxicomane : comment il fait... et quand il shoote comment il fait ; donc lui demander de décrire la technique assez précisément et puis après, je pense, l'interroger sur les risques, les choses qu'il sait, en fait.

A.B : **Donc quand on lui parle, on lui parle de façon éducative, sans, sans...**

Dr : La première étape, c'est donc de faire de diagnostic éducatif en fait justement. Ça veut dire : Qu'est ce que tu sais quand tu fais comme ça... les risques qui existent. Après, poser la question de qu'est-ce qu'il pourrait faire pour diminuer les risques, souvent ils ont des notions personnelles quand même là dessus... et donc... on peut partir de là pour ajouter éventuellement quelque chose. Souvent ils savent déjà beaucoup de choses.

A.B : **Ils en ont parlé à des «collègues»...**

Dr : Voilà ...

A.B : **Je me posais une autre question aussi. Finalement la réduction des risques, ça peut choquer parfois. Est-ce que vous pensez qu'on en fait ailleurs, dans d'autres domaines de la médecine générale.**

Dr : Alors par rapport à l'alcool par exemple, on peut se poser la question de la réduction de la consommation. Réduction des risques aigus, comment on consomme, à quelle heure, qu'est ce qu'on fait après et caetera...

A.B. : **La voiture ?...**

Dr : Donc la dessus, on peut faire de la réduction des risques. Après, on peut le faire par rapport à la sexualité... à savoir est-ce que les gens se protègent... Voilà... Après... Après... Je ne sais pas, c'est assez variable, on peut mettre ce terme là dans un tas de domaines. On peut en parler dans le domaine de l'alimentation, la prise des médicaments... euh... Dans un tas de domaines, il faudrait en parler domaine par domaine.

A.B. : **D'accord. La réduction des risques est un domaine qui est vaste où le médecin généraliste intervient, mais il y a d'autre personnes qui interviennent aussi dans la RDR chez les personnes usagers de drogues.**

Dr: Ah oui !

A.B. : **Vous pensez que quel autre partenaire pourrait aussi parler de ça ?**

Dr : Ah, bien sûr! Il y a des gens qui en parlent beaucoup, par exemple AIDS ; ils sont un peu pionniers dans ce domaine là. Ils parlent très librement avec les toxicomanes de la façon de shooter. Eux ils en parlent sans aucun problème, sans tabou... Plus que les médecins... probablement... parce que nous médecins, nous sommes dans une position très difficile par rapport à cela. Parce que si il y a un mésusage par rapport à un produit de substitution, alors qu'on est prescripteur, on est en porte à faux en fait, dès le départ. Alors que des gens qui ne sont pas médecins, et qui ne sont pas prescripteurs, ils n'ont pas cette situation d'être en porte à faux, puisqu'ils ne sont pas prescripteurs. Ils peuvent travailler sur la réduction des risques tout simplement.

A.B. : **Ça pose des problèmes moraux alors de prescrire en sachant qu'il y a un mésusage ?**

Dr : Bien sûr, bien sûr... Puisqu'on prescrit alors qu'il y a un mésusage, on est fournisseur du produit et il y a un mésusage qui est dangereux... Alors c'est sûr qu'on a une part de responsabilité dans l'affaire... forcément. Maintenant le paysage est en train de changer tout doucement, d'une part la réduction des risques, une fois ce barrage passé, on a admis après... Je dis souvent aux gens qui shootent le

Subutex®... par exemple... Je préférerais que vous shootiez de l'héroïne, c'est moins dangereux que de shooter le Subutex®.

A.B. : Et puis ce n'est pas vous qui l'avez prescrit...

Dr : Et puis je pense qu'objectivement, c'est moins dangereux, moins corrosif pour les veines. J'ai eu des gens héroïnomanes pendant des années qui ont gardé un état veineux à peu près correct parce qu'ils faisaient ça «très bien». Donc des produits de bonne qualité, avec toujours une seringue neuve, ils désinfectent bien, ils changent leurs points d'injection... etc... Ils arrivent à avoir un état veineux tout à fait correct. Même des gens quelquefois aussi, ça peut arriver avec le Subutex®, des gens qui arrivent à garder un bon état veineux très longtemps mais c'est plus rare quand même. La plupart du temps, ils sont vraiment vite esquinés.

A.B. : Et en parlant réduction des risques, est ce que vous pensez qu'on incite ou qu'on banalise ? Est ce que c'est la crainte du médecin de pousser à l'incitation ou de banaliser le produit parce qu'on rentre dans des sujets plus... des sujets qui ne sont presque pas médicaux, pas directement médicaux. Ce n'est pas la prescription de produits, c'est le moyen, la façon de faire...

Dr : Après je crois qu'on peut justement à chaque fois discuter avec le patient de la balance avantages-risques.

A.B. : Et qu'il fasse son choix lui-même alors ?...

Dr : Parce que je pense que c'est vraiment l'attitude à avoir, c'est de toujours responsabiliser le patient. Quel risque tu penses que ça te fait courir de faire ça, quel danger tu penses qu'il peut y avoir à faire ça, et comment tu peux diminuer des risques. Là je pense qu'on est pleinement dans son rôle de médecin quand on fait ça. Sans être entre guillemets «moralement répressible». Ce qui se passe souvent, c'est que le patient, c'est à dire, bon... moi j'ai des patients... je pense à un patient que j'ai vu il n'y a pas très longtemps, qui s'injecte... donc en fait je lui dis : voilà... moi il me dit comme cela : «moi je préfère, je sais que je m'injecte ... mais je ne voudrais pas retourner à l'héroïne parce que ce serait pire». Pour un tas de raison, notamment par rapport aux fréquentations, au milieu. Comme cela, il n'a plus besoin de fréquenter le milieu, puisqu'il a un produit prescrit, mais il continue à s'injecter, il ne peut pas s'en empêcher. Bon, euh... Donc après on arrive à gérer la réduction des risques avec ce produit-là. Il trouve que c'est moins mauvais de faire cela, qu'il a quand même beaucoup gagné, par rapport à avant quand il consommait de l'héroïne.

A.B. : au niveau social, plutôt ?

Dr : Plus au niveau social. Alors que sinon, il passait sa journée à chercher de l'héroïne. Donc... Donc tout cela est à discuter avec le patient.

A.B. : Et le Suboxone® est sorti, il n'y a pas très longtemps... Est-ce que ça va apporter quelque chose ?

Dr : Je pense... Oui...

A.B. : Vous le prescrivez dès maintenant ?

Dr : J'ai commencé à le prescrire. J'ai eu le cas tout à fait récemment. Donc une fille qui était sous méthadone... Alors ce n'était pas moi qui le prescrivait donc j'en parle facilement. Hein... parce que c'était à l'UFATT... Elle continuait à prendre de l'héroïne, elle m'a demandé à prendre du Suboxone®. Je lui ai bien expliqué... que... Euh...

A.B. : ça n'irait pas avec ?

Dr : S'il y avait un mésusage, ça n'irait pas. Que ce n'était pas compatible avec le poursuite de l'héroïne. Et en fait, elle a accepté... Enfin c'était elle qui était demandeuse... Enfin, elle était demandeuse... pas du Suboxone®, parce qu'elle ne connaissait pas le produit. Je lui ai proposé, quoi... Après, les patients qui ont un mésusage actuellement, je leur propose.

A.B. : D'accord. Et ils acceptent ?

Dr : Je n'impose jamais. Donc là, elle a accepté... Euh... Un autre qui était sous héroïne et qui sniffait, je lui ai proposé... Alors je ne sais pas ce qui s'est passé, parce que je ne l'ai pas revu, là... Alors, peut-être que c'est une façon de refuser, je ne sais pas ce qui s'est passé. Je n'ai pas eu le retour. J'ai des gens qui me disent qu'ils veulent réfléchir à la question. Mais je trouve que c'est intéressant, parce que ça permet de reposer la question et puis de donner un choix mais en même temps, si ils le refusent, on aura reparlé des risques d'une consommation en mésusage. Parce que je ne sais pas si le fait de bien écraser le produit ou même de se rincer le nez après... Bon, c'est mieux, mais je ne suis pas sûr que ça fasse beaucoup... Je pense que le produit est directement corrosif et voilà... c'est ce que j'explique aux gens. Le produit est très acide, il détruit les muqueuses... Probablement que c'est mieux de le rincer après... Mais dès qu'il est en contact, quand ça fait ce que ça fait... donc... ça doit quand même pas être prudent. Donc l'impact, à mon avis, de la réduction des risques... Alors, par contre, d'hépatite C, ça c'est évident, de ne partager aucun matériel, les pailles c'est sûr, les seringues encore moins, c'est évident...

A.B. : Il y a eu un débat, l'année dernière, sur les salles de consommation... Euh... Et puis le gouvernement avait refusé, que ça se pratique en France... Alors ça se pratique au Luxembourg, ça se

pratique dans d'autres pays limitrophes... Qu'est ce que vous pensez de ce système en France ? Est ce que ça apporterait quelque chose pour certains de vos patients, est-ce que ce ne serait pas utile ?

Dr : Ah oui, oui... Ça apporterait bien sûr... Une salle de consommation avec une supervision, avec quelqu'un qui serait là pour voir comment font les gens, les conseiller, justement dans l'esprit de la réduction des risques... Oui, bien sûr, ce serait une excellente chose ..

A.B. : Donc au niveau de la santé, ça pourrait aider à diminuer les infections...

Dr : Ah oui ! Certainement !

A.B. : Qu'est ce qui fait que ce n'est pas appliqué en France ou que ce n'est pas un choix...

Dr : Alors là, on est dans une dynamique politique... Avant tout : de plaire à l'électorat (Rires)... C'est un autre problème.

A.B. : Je crois que c'étaient tous les sujets que je voulais aborder avec vous...

Dr : D'accord. Bon, maintenant, ce qui serait intéressant, en fait... développer les groupes d'auto-support ou de discussion entre toxicomanes sur les pratiques... et après voir à aller plus loin, je pense que ça, ce serait des pistes intéressantes à creuser.

A.B. : Dans le domaine de la médecine générale ?

Dr : Des gens qui... des organismes comme la boutique, c'est un peu leur rôle de faire ça. Bon, alors moi, je ne sais pas précisément comment ça se passe, d'ailleurs, je n'ai pas été voir vraiment comment ça se passait là-bas... Mais c'est un peu leur rôle quand même. Hein ?

A.B. : Oui.

Dr : Je pense que c'est leur rôle de parler de cela, de réduction des risques. Je pense qu'ils sont là pour cela essentiellement. D'offrir un service bien sûr, mais en plus d'être là pour parler de ce qu'ils font . Et puis leur permettre d'en parler ensemble.

A.B. : Parce que vous pensez qu'ils n'en parlent pas ?

Dr : Ils en parlent, mais alors quelque fois il y a des idées très, très aberrantes, qui circulent quoi.

A.B. : Comme quoi ?

Dr : Par exemple j'avais une fois un toxicomane qui me disait : « Moi je préfère shooter, parce que si on prend par la bouche ça va passer par le foie, donc ça va abîmer le foie. » Voilà par exemple ce genre d'idée, il peut y avoir des conceptions parfois aberrantes comme ça.

A.B. : D'accord...

Dr : Donc c'est important de pouvoir les entendre ces idées-là, et qu'ils s'expriment entre toxicomanes... qui ne vont pas facilement s'exprimer devant un professionnel de santé.

A.B. : Parce que l'on ne leur laisse pas le temps ou que l'on n'aborde pas ce sujet-là ?

Dr : Euh... Oui, je pense que c'est difficile à aborder pour les médecins, puisqu'on est en porte à faux, on est prescripteur et en même temps on se rend compte qu'il y a mésusage. Alors forcément que... quelque part on n'est pas très bien, il faut quand même le dire... Après quand les gens s'esquintent la santé et qu'ils le font... Hum... Ils prennent leurs risques en dehors de nous, alors je me dis que c'est leur vie... Là si on est directement impliqué, c'est différent quand même. Bon, c'est vrai qu'on peut aussi... Faire de la réduction des risques dans des tas d'autres domaines, où on n'est pas directement impliqué, où les gens vivent leur vie, et qu'on parle quand même de RDR. Je ne sais pas moi, par exemple une jeune fille de 14 ans qui a des rapports sexuels de temps en temps, on parle aussi de RDR.... Un garçon de 18 ans qui a une obésité monstrueuse et qui passe sa journée à regarder la télé et être devant l'ordinateur, on peut parler de RDR aussi. Voilà il y a plein de domaines...

A.B. : Où ça nous gêne un peu moins.

(Rires Dr et A.B.)

Dr : Euh non, non, c'est pas facile non plus. C'est très difficile, parce que... C'est très, très difficile d'en parler en fait, même dans ces domaines-là aussi parce que on aura l'impression de faire la morale aux gens, etc. Comment le faire sans être culpabilisant, moralisateur, ça ne sert à rien, si ce n'est : faire fuir les gens !

A.B. : Il faut y aller par petites touches alors ?

Dr : Il faut plus parler de ce qui vient des gens eux-mêmes. De la façon dont eux voient les choses. C'est plus comme ça qu'il faut agir.

Médecin généraliste n°4 - femme - exercice urbain - 48 ans

A.B. : Alors... Je voulais savoir si vous faisiez de la RDR chez les patients toxicomanes, Et à quel moment ?

Dr : La réduction des risques ?

A.B. : Est-ce que vous parlez des risques infectieux : hépatite, VIH, overdose?

Dr : Oui ! Bien sûr ! Ils ont, de toute façon, des sérologies régulièrement.

A.B. : Ils vous les demandent ou c'est vous qui les proposez ?

Dr : On leur propose et en général, et ils sont assez OK pour le faire régulièrement.

A.B. : Et puis, au niveau technique, je pense qu'il y a des personnes qui sont en mésusage, les traitements de substitution d'une autre façon, surtout la buprénorphine ; comment vous abordez la question ?

Dr : C'est direct, la question. Déjà, ça se voit assez facilement. Si les prescriptions ne suffisent pas à couvrir la période pour laquelle elle doit être couverte. On peut aussi aborder la question, parce qu'ils vont plus loin que la période de prescription concernée. Dans ces cas-là ça veut dire que, par un moment, ils n'ont pas pris et qu'ils ont pris d'autres drogues, et puis après, il y a toujours ceux qui sont injecteurs connus, et qui continuent à s'injecter. Bon, avec le Suboxone®, ça va peut-être changer la donne. C'est récent, on n'a pas encore beaucoup de patients qui sont dessous. Ça devrait limiter. C'est déjà pour le mésusage, le Suboxone®.

A.B. : Vous avez déjà prescrit un petit peu ?

Dr : Oui, mais pas beaucoup, puisque ça fait un mois, à peu près !

A.B. : Vous le proposez à qui finalement ?

Dr : Soit à des nouveaux patients, soit à des patients qui sont en mésusage avec le Subutex®. C'est à dire que ceux qui sont bien avec leur Subutex®, et qui le prennent correctement, on n'a pas trop de raison de leur proposer.

A.B. : Est-ce que, parfois, ils refusent ?

Dr : Ils peuvent refuser... Oui. Parfois, ils n'ont pas vraiment le choix, ou alors ils acceptent et puis ils ne font pas ce qu'on leur dit. C'est le plus fréquent, je pense.

A.B. : Les injecteurs... Vous parlez de comment ils font, de où ils injectent, si ils font attention ?

Dr : Oui, pour le risque infectieux, oui, c'est abordé.

A.B. : Par exemple, je suis toxicomane, qu'est ce que vous me dites ? Qu'est ce que vous me demandez ?

Dr : C'est pas comme ça. Déjà, ce qu'on a... Oui c'est vrai qu'on a de nouveaux patients. Moi, ce que je leur dis surtout, c'est que c'est une relation de confiance. Moi, je veux bien m'occuper d'eux si tout est honnête. Je leur dis dès le départ qu'il faut qu'ils me disent si ils injectent. On n'est pas la police, on est là pour les aider à adapter leur traitement. On les engage à venir nous voir, dès qu'il y a un truc qui ne va pas. En général, ça se passe plutôt bien, mais il faut poser les choses dès le départ. Les injections, malheureusement, il y a encore des abcès, des choses comme ça. Je trouve que c'est moins fréquent.

A.B. : Le sniff plutôt ?

Dr : Le sniff encore.

A.B. : Pareil. Est ce que c'est qqch. qui vient sur le tapis, vous sniffez, comment vous faites ?

Dr : La façon dont ils font, non, je ne le fais pas. Par contre, tous ceux qui ont des problèmes d'odorat, c'est qu'ils sniffent.

A.B. : Ceux qui ont le nez qui coule ?...

Dr : Dès qu'ils vous demandent une boîte de Derinox, c'est qu'il y a un truc ! Mais je pense qu'ils sont encore assez nombreux... C'est une question qui est ré-abordée régulièrement, le mésusage du traitement. La prise unique, c'est dur.

A.B. : Ils fractionnent pas mal ?

Dr : Oui, ils fractionnent encore.

A.B. : Quand c'est comme ça, vous remettez les choses à plat ?

Dr : Oui, mais c'est dur. Ça faisait partie de leur toxicomanie. Quand ils prennent de l'héroïne, c'est en plusieurs fois par jour. Le fractionnement, il y en a qui l'utilisent aussi comme un, comment dire, comme un anxiolytique. Quand ça va pas, je le coupe en quatre, et j'en prends un le soir parce que je rentre du boulot et que je suis crevée. Faut ré-aborder toute la question de l'anxiolyse, en sachant que, comme ils ne peuvent pas prendre de traitement anxiolytique à côté, c'est dur.

A.B. : On est gêné ... Les salles d'injection, il y a eu un débat l'année dernière et ça n'est pas passé l'année dernière. Le gouvernement a refusé, que ça existe en France... Les salles de consommation supervisées... Ça existe au Luxembourg, ça existe dans d'autres pays limitrophes, en Belgique... Qu'est ce que vous en pensez ?

Dr : J'ai du mal avec ça, je ne sais pas quoi en penser. Je ne sais pas si c'est bien ou pas bien. Je ne sais pas si ça encourage... C'est certainement mieux pour des raisons de sécurité... Ça m'interpelle quelque part. Je ne sais pas si ça va dans le sens du sevrage. J'en sais rien. C'est une question qui me taraude et comme, pour l'instant, ce n'est pas autorisé en France, ça doit m'arranger de ne pas y penser plus.

A.B. : Le risque, ce serait quoi ?

Dr : Le risque, peut-être, ce serait de ne pas le déshabituer de la toxicomanie.

A.B. : De banaliser les choses ?

Dr : Oui, peut-être... C'est peut-être ça qui me fait peur. Je suppose que c'est ça, parce que, on est d'accord que c'est beaucoup mieux pour ces règles d'hygiène et d'encadrement que ça peut avoir... Mais d'une part je ne suis pas sûr qu'il adhère au truc, parce que, aller quelque part pour s'injecter... Ça va leur paraître lourd, ça va être encore une contrainte supplémentaire. On a quand même aussi des toxicomanes qui arrivent à travailler. Donc par exemple, pour les délivrances, bon, bah, journalières ça ne se fait plus, journalières, ce n'est pas la peine... Hebdomadaire, quelque fois, on y arrive. Surtout si c'est des nouveaux traitements ou des patients qui ont parfois du mal à régler leur traitement et qui préfèrent ne pas avoir tout chez eux en stock. Mais après, dès lors qu'ils ont un travail et pas forcément ici, en plus, on n'est pas forcément le médecin de l'endroit où ils habitent parce que, pour des problèmes de confidentialité, ils ne veulent pas forcément aller chez le médecin qui s'occupait d'eux avant, qui s'occupe d'eux pour le reste et les pharmacies aussi, ils ne veulent pas... Bah parfois il y en a qui viennent de loin pour leur traitement, on peut pas trop les faire revenir, après, on peut faire une délivrance hebdomadaire à la pharmacie, mais bon... Il y en a qui connaissent bien leur truc, c'est pour des années. On a des gens qui vieillissent, maintenant.

A.B. : Et qui ont quel âge ?

Dr : Des cinquantenaires !

A.B. : Qui ont comme objectif d'arrêter ?

Dr : Dans les quelques exemples que j'ai en tête, c'est plutôt un traitement chronique, avec de très petites doses, moins de 1 mg.

A.B. : Pour se rassurer ?

Dr : Oui et parce qu'ils n'ont pas réussi complètement à décrocher. Ça fait partie de leur traitement, quoi. Je me souviens qu'on avait eu un EPU avec Patrice MELIN, vous connaissez pas ?

A.B. : Non, je ne le connais.

Dr : C'est quelqu'un qui est très impliqué dans la toxicomanie à Saint-Dizier. Et, il nous avait dit qu'il fallait s'attendre à avoir des patients en maison de retraite sous Subutex®. Et on en prend un peu le chemin.

A.B. : Est-ce qu'il y a des gens à qui vous passez le relais quand vous voyez que la RDR, vous n'arrivez plus à gérer, ou le patient toxicomane, il devient difficile à gérer ?

Dr : Ce n'est pas trop nous qui passons le relais, c'est plutôt d'autres qui nous refilent les bébés, ici dans le cabinet. Je ne sais pas. Ici dans le cabinet, il y a toujours eu beaucoup de patients toxicomanes, ça doit se savoir autour de nous et régulièrement... Alors on se bat un peu contre ça, parce qu'on a un quota qui est vachement élevé de toxicomanes, et moi après, je ne veux pas faire que ça non plus... C'est de la médecine générale. Nous, on s'en occupe jusqu'au bout. Il n'y a que, un patient qui serait vraiment trop compliqué à gérer, parce qu'il n'y a pas de confiance possible... Il y a toujours eu des entourloupes, on est d'accord, ça peut arriver, mais c'est exceptionnel. Mais il faut que les choses soient clairement posées dès le départ. Je trouve qu'on a moins de patients difficiles, mais mon confrère vous en parlera plus que moi, parce que moi je suis dans ce cabinet depuis seulement six ans. J'exerçais ailleurs auparavant, alors que mon collègue, il a toujours été là. Moi, je n'avais pas du tout de toxicomanes où je travaillais avant. Je travaillais à la campagne, c'était vraiment nouveau pour moi. Alors que M. X (confrère), il est dans le cabinet depuis plus de vingt ans, il a vraiment de très anciens toxicomanes et encore quand je suis arrivée il y a six ans, il y avait des gens beaucoup plus difficiles à gérer. Je trouve que maintenant, c'est cool. Par rapport à ce qu'il pouvait y avoir dans la salle d'attente il y a qq. années, M. X vous en parlera plus que moi, c'est vachement «clean».

A.B. : Quand vous parlez de RDR, donc diminuer les injections, éviter les overdoses, etc... Sur quel mode de discours vous parlez ? Est-ce que vous donnez une information, qu'il a demandé ou pas, ou est-ce que vous êtes...

Dr : Si il continue à prendre des risques, c'est à dire, qu'il s'injecte...

A.B. : ou qu'il sniffe en partageant les pailles...

Dr : ça veut dire aussi qu'ils ne sont pas bien avec leur traitement. Qu'on n'a pas trouvé le traitement qui lui convient. Donc c'est surtout la base du truc. Parce que si nous on bosse bien, ils doivent avoir un traitement qui arrive à convenir à peu près. Bon évidemment, il y a tous les problèmes psy. qui vont avec, donc on peut les inciter aussi à être suivi sur le plan psy, ça c'est vachement difficile. Parce qu'ils en ont ras le bol. Souvent, ils ont déjà essayé. Si ils sont passés par l'UFATT, c'était un truc qui était obligatoire.

Après, nous, normalement, on doit avoir un suivi, parce que le traitement c'est un ensemble, ça c'est vachement dur d'y adhérer. Et puis, après, il faut savoir pourquoi ça dérape. Le plus souvent, ça va pas dans leur vie, ils ont rencontré quelqu'un qui fallait pas... Il faut rediscuter sur le plan social, et relationnel, qui ils voient, arriver un peu parfois à les couper de leur truc... Le mieux, c'est de leur trouver un boulot.

A.B. : D'accord, c'est le traitement de leur toxicomanie ?

Dr : C'est à dire que si ils ont un travail, ils ont de nouveau un rythme de vie, donc après ils arrivent à se lever à certaines heures, et à se coucher. Le pire, c'est celui qui n'a pas de boulot, en plus il n'a pas de ressources. D'ailleurs, moi, j'ai les cas actuellement, j'avais une fille qui était vachement bien équilibrée, elle vient de perdre son boulot. On a eu une discussion au moment où elle l'a perdu. J'ai dit «aie ! aie ! aie ! Dur, dur, il va falloir être vachement vigilant». Et là, ça y est, c'est reparti. Elle n'a plus de rythme, elle vient quatre jours à l'avance chaque semaine pour son traitement. On est de nouveau dans la panade, quoi ! Donc, un des trucs primordiaux, c'est de les re-socialiser.

A.B. : Oui, donc ce n'est pas que le traitement...

Dr : C'est vraiment médico-social, psychologique. On sait bien que le traitement, ce n'est qu'une toute petite partie. Seulement, quand on les a en face de nous, c'est parfois difficile de leur faire admettre qu'il n'y a pas que nous pour les traiter. Qu'il faut, à côté, avoir l'assistante sociale ou trouver du boulot, ou le pôle emploi.

A.B. : Parce que quand il vient, il demande le produit ? Quelque part, ils n'attendent pas grand chose de plus de nous ?

Dr : Ah si, ils attendent de la discussion, ils ne sont pas toujours bien reçu à côté. Et puis, oui, il faut leur faire admettre que ce n'est pas que le traitement qu'ils prennent dans la bouche qui va les aider. Donc voilà, quand il y a des injections... Donc voilà, quand il y a des injections et tout. Mais bon, votre sujet, c'est surtout axé sur les risques infectieux ?

A.B. : Non, c'est sur la RDR. Donc c'est sûr que c'est pas mal tout ce qui est overdose etc... Je pense qu'on n'ose pas vraiment en parler, pour en avoir un peu discuté avec quelques médecins, je me rends compte que, savoir si quand ils sniffent avec une paille, ils partagent, ils sont tout seuls ou pas...

Dr : C'est vrai que c'est une question que je n'aborde pas beaucoup : la façon dont ils vivent leur toxicomanie.

A.B. : Et puis c'est vrai qu'avant ils s'injectaient beaucoup plus. Maintenant, ils s'injectent beaucoup moins, mais ils sniffent. Et je m'aperçois que ce changement de mode de consommation, on ne s'est pas forcément adapté, je crois, à poser la question, j'ai l'impression.

Dr : (acquiescement)

A.B. : J'avais aussi un dépliant de l'ASUD (roule ta paille) qui disait, entre-autre, qu'il fallait bien se rincer le nez après avoir sniffé. Bien sûr, il ne faut pas sniffer, mais si ils sniffent et que l'on ne peut rien contre ça... Et c'est vrai que je me disais, on ne pose pas la question. Alors, évidemment, ça n'enlèvera pas tous les problèmes liés au produit.

Dr : C'est vrai que c'est évident qu'il faut se rincer. Pareil les dents. Ils ont des problèmes dentaires catastrophiques, quoi. Je ne sais pas si les produits ont changé depuis. Ils n'ont plus de dents, ils n'ont plus de nez, ils n'ont plus rien. Et moi, j'avais fait une étude il y a trois-quatre ans, pour le laboratoire qui fabrique Subutex®. C'était intéressant parce que c'était un questionnaire qu'on leur remettait, il y en a plein qui ont accepté de répondre, où on demandait tous les produits qu'ils prenaient, illicites ou licites. Et quand ils le rendaient, moi qui croyais ne leur prescrire que du Subutex®... Ils sniffaient, ils prenaient mais plein de trucs. C'était presque : «ça ce n'est qu'une fois par mois, ça ce n'est qu'une fois par semaine». C'était impressionnant, à côté, notre traitement, il avait l'air d'un tout petit truc ! Il y avait encore beaucoup de toxicomanie à côté. Et ce n'était pas vraiment abordé quand on les voit pour... Là, c'était abordé parce qu'on leur demandait de remplir un truc avec toute la confidentialité que ça impliquait, et on leur disait que c'était pour faire avancer les choses. Mais c'était impressionnant.

A.B. : Et pourquoi, ils ne le disaient pas en consultation, parce que, finalement, ils auraient pu ?

Dr : Parce que la question n'était pas posée... A chaque fois, ça prend du temps...

A.B. : Et pourtant, on l'a, le temps... ?

Dr : Pas toujours, parce que c'est une patientèle qui n'est pas trop respectueuse des horaires. Donc, ils arrivent, pas de RDV, entre deux, en retard... On n'a pas toujours le temps de leur accorder de temps. Ils reviennent souvent, et donc aussi, ils prennent ça... Il y en a, systématiquement, on sait qu'ils ne prendront pas de RDV. On les voit comme ça dans la salle d'attente, il faut les intercaler. Y'a pas ! Ce n'est pas une patientèle... Encore pire pour ceux qui ne bossent pas, ce qui est la majorité, je pense... Ils n'ont pas d'horaires, ils ne se lèvent pas le matin, c'est tout juste si ils arrivent à venir. On a déjà du mal à les faire venir, on ne va pas en plus les «engueuler».

A.B. : Ah oui, sinon ils ne vont plus venir...

Dr : Voilà, donc c'est à prendre avec des pincettes. Ce qui explique que parfois on n'a pas le temps. Et en plus de cela, ils ne veulent pas ré-aborder la question à chaque fois. Je veux dire. Ils ne viennent pas forcément pour ça, effectivement.

A.B. : Et quand on les examine, ils ne parlent pas non plus de ce sujet-là ? Non ? Ils veulent bien quand même se faire examiner ?

Dr : Pas toujours, parce que pour eux, ce n'est pas utile. Ils sont en bonne santé physique, donc l'examen n'est pas indispensable (selon eux)... Et pourtant, il y a parfois des lièvres à soulever au niveau de la santé physique. Il y a peut-être plus de suivi sur ceux qui sont porteur d'hépatite C.

A.B. : Parce qu'ils sont suivis à l'hôpital régulièrement ?

Dr : Oui, si ils acceptent de se faire traiter. Ils ne veulent pas tous. Et puis, quand ils ont eu un traitement, ils en ont un peu bavé. C'est lourd, les traitements d'hépatite C. Mais bon, c'est certain qu'on pose les questions à chaque fois. Mais, c'est pas facile pour nous et pour eux, vous ne pouvez pas les peser, prendre leur tension... Il y a le problème du poids qui est important, enfin le problème de l'alimentation.

Médecin généraliste n°5 - femme - exercice semi-rural - 40 ans

A.B. : Est ce que vous avez des patients toxicomanes dans votre patientèle ? Est-ce que vous en suivez ?

Dr : Oui. Je ne sais pas combien j'en ai, mais j'en ai une paire. Ça vous intéresse de savoir le nombre ?

A.B. : Le nombre exact, non. C'est 10, 20... 100 ?

Dr : Non, ce n'est pas cent, mais c'est au moins une vingtaine.

A.B. : Qui sont sous Buprénorphine ? Méthadone ?

Dr : Plus sous Subutex®.

A.B. : Et le nombre environ de patients sous méthadone ? On les voit souvent alors ? ...

Dr : Oui, tous les quinze jours. J'en ai un qui est diabétique et qui est sous comprimé de méthadone. On a eu du mal à le faire passer sous comprimé ...

A.B. : Ah oui, avec le sucre.

Dr : Ah oui. Et puis, il disait aussi, il y a de l'alcool dans la méthadone buvable, et il avait remarqué que ça lui donnait l'envie de boire. Finalement depuis qu'il est passé au comprimé, il boit moins. Il avait remarqué cela. C'est étonnant !

A.B. : Ils ne nous le disent pas souvent, mais souvent ils boivent un peu. Même sous Subutex®.

Dr : Oh oui, oui, de toute façon, il y a rarement une addiction à la fois. C'est plutôt deux ou trois à chaque fois.

A.B. : Et la troisième, c'est ?

Dr : Le cannabis. Beaucoup.

A.B. : Même en ayant tout arrêté ?

Dr : Oui. J'en ai vu une hier, qui a réussi à arrêter d'abord l'héroïne, ensuite le Subutex®, elle en prenait des petites doses. Maintenant, elle fume vingt pétards par jour, et maintenant elle est bien embêtée, elle s'est fait suspendre son permis. Elle voudrait aussi arrêter le cannabis, mais bon...

A.B. : Et il n'y a pas de traitement de substitution... Quand les patients arrivent et qu'il veulent arrêter l'héroïne, qu'est ce que vous faites ?

Dr : Je pose quelques questions, leurs habitudes de consommations, les quantités, depuis combien de temps, et leur situation : est-ce qu'ils sont seuls, entourés, est-ce qu'il travaillent. Est-ce qu'ils ont une vie sociale, est-ce qu'ils connaissent le traitement... En général, ils ont déjà tout essayé.

A.B. : Ils l'ont trouvé où ?

Dr : Ils l'ont acheté. En général, ils ont déjà tout essayé, ils savent ce qu'ils veulent. Ce qui n'est pas facile, c'est d'évaluer la posologie de départ.

A.B. : Parce qu'ils ne savent pas vous dire... En ayant déjà essayé ?

Dr : Il y en a qui savent exactement, mais... Non, la plupart ne savent pas de combien ils ont besoin. Ça je trouve que c'est difficile à évaluer.

A.B. : Alors, du coup, comment vous faites, vous augmentez ?

Dr : J'ai plutôt tendance à partir assez bas, et à leur dire : de toute façon, vous en avez pour la semaine, si ça ne suffit pas, vous en prenez un peu plus et puis vous reviendrez avant. Au début, je leur dis que ce n'est pas grave si il revienne avant, parce qu'on cherche le bon dosage, mais après, il faut que ce soit régulier.

A.B. : Est-ce que vous réadrez parfois certains patients, directement ou pendant le suivi ?

Dr : Quelquefois directement, ceux qui racontent un tas d'histoires comme quoi, ils avaient un traitement chez un autre médecin, et qu'on appelle le médecin, il ne les connaît pas... Ou, ils l'ont vu deux fois en fait, alors qu'il dit qu'il a été suivi très longtemps... On appelle la pharmacie où il était avant, inconnu dans les fichiers, ça, ça m'est arrivé il n'y a pas très longtemps ! A ce moment-là, je leur dis : «Moi, je ne peux rien faire pour vous». Je donne l'adresse de centr'aide. De toute façon, ils font 50 médecins, jusqu'à ce qu'il y en ait un qui veuille bien lui donner...

A.B. : Alors pourquoi, ils font cela ?

Dr : Ce ne sont pas des gens qui veulent s'en sortir. Ce sont des gens, soit, qui vont chercher une boîte pour pouvoir la vendre, soit, ils n'ont pas d'argent à ce moment-là pour aller chercher de la drogue, donc ils viennent chercher un peu de Subutex® en attendant.

A.B. : Et leur prescrire cette boîte qu'ils demandent, qu'est ce que ça fait, en fait ?

Ils ne sont pas dans un but de sevrage ?

Dr : Oui.

A.B. : C'est gênant parce qu'ils ne veulent pas se sevrer ?

Dr : Oui. Le traitement, ce n'est pas pour dépanner !

Oui, mais moi, non. Je ne suis pas là pour... pour donner des boîtes à qui veut. Je leur dis souvent, je ne suis pas là juste pour délivrer des ordonnances. Moi, ça ne m'intéresse pas.

A.B. : Alors, qu'est-ce qu'il y a de plus ?

Dr : Est-ce qu'il y a une réelle envie de s'en sortir ? Est-ce qu'il y a des problèmes de vie qui ne sont pas réglés ? Des deuils qui ne sont pas faits ? C'est beaucoup, quand même, des gens qui ont vécu des choses difficiles... décès du papa, jeune, hier c'était plutôt ça. Et leur faire comprendre que tant qu'ils n'ont pas réglé leur problème, ils auront du mal à redémarrer une vie d'adulte. C'est plus ça qui est intéressant, c'est ceux qui ont envie de s'en sortir et de démarrer une vraie vie d'adulte avec du travail, etc...

A.B. : Parce que parmi ceux que vous suivez, il y en a beaucoup qui ne travaillent pas ?

Dr : Oui. J'en ai beaucoup qui travaillent aussi, je dirais moitié-moitié à peu près.

A.B. : Et ça se passe mieux avec les patients qui travaillent ?

Dr : Ah oui !

A.B. : Et pour les diminutions, c'est facile ?

Dr : Non.

A.B. : Dans tous les cas ?

Dr : Là, j'en ai qui diminuent, mais c'est pas la majorité.

A.B. : Et ça se passe bien ? C'est eux qui disent qu'ils veulent diminuer ou c'est vous ?

Dr : Quelquefois, il y a vraiment un... Moi, au départ, je leur dis, l'objectif, c'est aussi de diminuer... Assez rapidement. Parce que je leur explique, qu'il y en a que je suis... ça fait huit ans que je suis installée, ils n'ont pas baissé encore. Je leur dis qu'après ils rentrent dans un engrenage, si vous n'avez pas l'objectif de diminuer rapidement, vous n'y arriverez pas.

A.B. : Et ces patients qui, depuis huit ans, sont toujours à la même dose, ils refusent de diminuer, parce que... ?

Dr : Ils ont peur de manquer, ou, ils ne nous disent pas tout.

A.B. : Donc, il y en a qui sniffent ou qui s'injectent ?

Dr : Oui, il y en a qui sniffent. Ceux qui s'injectent, en général, ils ont des soucis, donc on finit par le savoir. Ceux qui sniffent, ils finissent aussi par avoir des problèmes ...

A.B. : Comme quoi ?

Dr : Au niveau de la cloison nasale ou des choses comme ça, donc on finit par le savoir aussi... Ils sont... (renifle) comme ça, tout le temps. Bon...

A.B. : Et ils ne le disent pas ?

Dr : Il y en a qui le disent, mais pas tous.

A.B. : Parce que vous leur demandez à chaque fois ?

Dr : Ah non ! Et puis on ne retient pas... Et puis, je ne note pas. C'est plus la mémoire qui travaille là. Les injections, on les voit... Ils ont des mains pas possibles, et puis ils s'en plaignent. Quand ils viennent, ils sont comme ça (tire ses manches sur ses mains).

A.B. : Et ces patients qui ont des mains de «Popeye», ils vous le disent (qu'ils s'injectent), ou vous leur faites remarquer que leurs mains ne sont pas normales ?

Dr : J'en ai une qui me le dit, et l'autre, je lui fais remarquer... Oui... De temps en temps. Elle me dit que ça a toujours été comme cela...

A.B. : Et puis c'est tout ?

Dr : C'est tout, ça s'arrête là... Lui, il me raconte des bobards tout le temps, hein, de toute façon. Mais il vient tous les vingt huit jours, donc...

A.B. : Ce patient-là vous ne voulez pas l'envoyer à Centr'aide ?

Dr : Si, si. Mais pas de moyen de locomotion. Ils ne viennent qu'un lundi...

A.B. : Ah, ce n'est pas ouvert tout le temps ?

Dr : Non, non. C'est une demi-journée par mois ou tous les quinze jours. C'est un lundi après-midi... Sinon c'est Saint-Mihiel, centr'aide, c'est Saint-Mihiel. Bah ! Non. On est bien embêté... Ceux qui travaillent, qui sont en injonction de soins, ils ont énormément de mal à y aller. Et c'est toujours un peu délicat de demander une demi-journée pour aller à Centr'aide !

A.B. : Et ces patients qui s'injectent, donc celle qui vous le dit... Est-ce que vous reparlez du fait qu'il ne faut pas partager les seringues, seringues à usage unique, ce sont des choses dont vous reparlez ?

Dr : Oui, je leur demande ce qu'ils utilisent, si ils utilisent toujours la même seringue ou si ils changent, mais bon. Celle-là a arrêté, parce qu'en fait, donc je lui ai dit d'aller à Centr'aid, et elle est allée à Centr'aid. Maintenant, elle est sous méthadone, et c'est fini. Voilà ! Parce qu'elle, elle cherchait une solution.

A.B. : Elle en a parlé, parce que ça la gênait. Alors que la deuxième personne ?

Dr : Il nie, il nie complètement donc ...

A.B. : Il n'a jamais fait d'abcès, de complications ?

Dr : Non, pas de complications pour le moment, mais les mains, c'est une catastrophe.

A.B. : Les patients qui sniffent, ça existe aussi, ils vous le disent ?

Dr : Pas tous, je pense. Oui, il y en a qui le disent.

A.B. : Et vous parlez des pailles, du fait qu'il ne faut pas partager, qu'il y a des risques d'hépatite C ?

Dr : Non, par contre, je leur dis que même, parce que souvent, en général quand ils viennent, je leur demande si ils ont fait des tests de dépistage, donc je propose la batterie de test de dépistage... Et il y en a beaucoup qui me répondent : «De toute façon, je ne me suis jamais injecté, je ne fais que sniffer.» Et donc je leur dis que même en sniffant, on peut attraper une hépatite C.

A.B. : Donc, ils pensent qu'il y a pas de risques en sniffant ?...

Dr : Oui, il y en a qui le pensent.

A.B. : Je pense qu'ils rechutent parfois ? Ça peut arriver des patients qui rechutent ? Donc là, quand ils rechutent, soit ils s'injectent, soit ils sniffent ? Après qu'ils aient rechuté, je pense qu'ils vous en reparlent ?

Dr : Oui.

A.B. : Dans ce cas-là, qu'est ce qui se passe ?

Dr : Oui, on re-propose les tests de dépistage. Il y en a qui acceptent. Il y en a aussi beaucoup qui posent des soucis parce qu'ils n'ont plus de veines, donc... «Bah oui, à chaque fois que je dois faire une prise de sang, ils cherchent dix fois, ils trouvent pas toujours, je ne sais pas où aller...». J'en ai un, je l'envoie à Verdun, il va aux urgences à Verdun, il le pique en jugulaire. Alors, on fait pas ça tous les jours !

A.B. : Pour tout ce qui est préservatif, vaccin hépatite B... Ce sont des choses dont vous parlez un peu au début, quand vous le voyez ?

Dr : Hépatite B, pas vraiment.

A.B. : Même si cela revient négatif, ce qui est rassurant parce qu'ils ne sont pas malades, on ne fait pas forcément le vaccin ?

Dr : Le vaccin pour l'hépatite B : non, je ne le propose pas forcément. Après quand il y en a dans l'entourage : oui.

A.B. : C'est à dire dans la famille ?

Dr : La famille, oui.

A.B. : Le préservatif ?

Dr : Je ne pense pas le faire, sauf si ce sont des plus jeunes, des ados quoi... Mais en général les traitements de substitution, ils commencent assez tard. J'ai un petit jeune de 19 ans mais sinon... C'est plus tard, j'ai l'impression.

A.B. : Qu'est ce qui les déstabilise ? Qu'est ce qui fait qu'ils rechutent ?

Dr : Oui, soit un événement de vie. Il y en a qui disent, j'ai croisé un copain, je n'ai pas pu résister à la tentation. Il y en a qui me disent quand je leur demande où ils en sont avec les envies : est-ce qu'ils ont été tentés, est-ce qu'ils ont eu envie ? Ils disent : «si on m'en avait proposé, j'en aurais pris». Il y en a qui arrivent à éviter, les copains ou les fréquentations... Je leur dis, si vous voulez vraiment arrêter, il faut couper les ponts, sinon, vous n'y arriverez pas. C'est vrai que c'est difficile. C'est toujours une histoire de mauvaises rencontres. Ce qui est rigolo, c'est quand il y en a qui ont rendez-vous le même soir, ils se connaissent tous. J'ai des périodes où je consulte sans rendez-vous dans la journée, ils se connaissent tous ! C'est impressionnant !

A.B. : Les salles de consommations, les salles d'injection supervisées, qu'est ce que vous en pensez ?

Dr : Vous croyez vraiment qu'ils viendront ?

(rires)

A.B. : Je ne sais pas !

Dr : Il y a des gens assez naïfs, pour penser qu'ils vont venir ?

A.B. : ça existe dans certains pays, et ça a l'air de fonctionner !

Dr : C'est vrai ?

A.B. : à Bilbao, il y avait un reportage là-dessus, et ça pouvait être un lieu où ils vont avant de venir chez nous. Parce que, finalement, entre le moment où ils commencent à consommer et 25 ans, ils sont quelque part... Donc ils sont peut-être dans la rue en train de se piquer ou je ne sais pas comment ça se passe exactement... A ce moment-là, ils ne croisent personne du soin, sauf à la Boutique, à Nancy par exemple... Où ils peuvent aller chercher des stéribox® ... Ici, je pense qu'ils doivent aller à centr'aide pour aller chercher des stéribox®, je ne sais pas ?

Dr : Je crois que les pharmacies aussi en ont.

A.B. : Oui, mais c'est payant.

Dr : Ah. Il faudrait leur prescrire alors, c'est remboursé, si c'est prescrit ?

A.B. : Non, je ne crois pas.

Dr : Enfin, moi, je n'y crois pas. Je ne sais pas à Bilbao, quelle mentalité ils ont, mais en France, je n'y crois pas du tout. Les français ne sont pas... Consommer en public, se montrer. Ce n'est pas quelque chose qu'ils auraient envie d'exposer à mon avis.

A.B. : Au niveau social, le fait que les gens ne se retrouvent pas dans les rues, en bas des immeubles ... Il n'y a pas de le côté sanitaire... Pas convaincue ?

Dr : Je réfléchis à ma petite échelle. Là, je suis en train de me dire, effectivement dans les grandes villes, Paris, Marseille... Oui, peut-être que ça pourrait fonctionner... Dans les petites villes comme ça, ils sont chez les uns, chez les autres, ils ne sont pas dans la rue.

A.B. : Et quand ils sont chez les uns et chez les autres, ils partagent le matériel. Dans les études, on le voit bien... L'eau, les filtres...

Dr : Moi, je n'y crois pas.

A.B. : Il y a plusieurs médecins qui m'ont dit ça, que sur Nancy, peut-être... Après que si ça ne draine que Nancy, ça n'a pas forcément d'intérêt.

Le Suboxone®, pour les gens qui s'injectent, par exemple pour cette personne qui s'injecte sans doute son Subutex®. Est-ce que ce serait une possibilité de lui proposer de changer le traitement, ou est-ce que vous pensez que vous seriez gênée de lui proposer, en sachant que si il s'injecte, ça ne fonctionnerait pas ?

Dr : Non, je pourrais lui en parler ! Non, moi ça ne me gêne pas de lui dire que je ne crois pas ce qu'il dit !

A.B. : ça ne le vexé pas ?

Dr : Après si il est vexé, ce n'est pas grave ! Moi, je ne crois pas que... Je ne crois pas que de... Je les bouscule quand même quelquefois ! Et j'en ai un, je suis étonnée parce qu'il revient, parce que je l'ai pas mal bousculé ce jeune. Mais il est intelligent, il n'est pas idiot, il a compris que c'était pour le booster, parce que ça partait en vrille. Je lui ai dit : «Mais de toute façon, si c'est comme ça, vous allez à Centr'aid et je ne vous suis plus.» Et il a insisté, insisté pour revenir, et puis finalement maintenant on avance. Mais c'est vrai que... Sinon il n'y a quasiment plus de discussion. Ceux que j'ai mis dehors parce qu'ils se foutaient de nous, ils n'ont pas insisté comme ça.

A.B. : Ceux que vous avez mis dehors, ce sont des gens qui n'étaient pas dans le soin, donc qui chevauchaient, s'injectaient ou sniffaient, des choses comme ça ?

Dr : Qui n'étaient pas dans le soin, qui n'avaient pas envie de s'en sortir en fait. C'était vraiment, ils venaient toujours avec une bonne excuse... Ma grand-mère est décédée, je vais à Nice... En plus Commercy, c'est tout petit, ils ne sont pas malins... On les croise en ville. C'est gros et c'est sans arrêt.

A.B. : Ils sont centrés sur le produit...

Dr : Oui, donc là, on comprend bien que ça ne les intéresse pas. Ceux qui disent : «ouais, bah, voilà, j'ai re-consommé.» Bon d'accord, on a envie de les aider. Mais ceux qui vous racontent des bobards tout le temps, on ne peut pas les aider, parce que de toute façon on est pas dans le soin, on est dans la délivrance d'une ordonnance.

A.B. : Alors, il y a quelqu'un qui m'a dit que les médecins généralistes faisaient le lit du marché noir du Subutex® ?

Dr : Bah, oui ! On veut essayer d'éviter ça, mais comment faire ? Je discutais avec un pharmacien, il est très bien ce pharmacien, il disait... Au début, je lui disais, je n'en ferais bien plus du tout. Mais je suis toujours... Il y en a dans le lot qui veulent s'en sortir, on ne peut pas, ne pas en faire du tout. Il y en a quelques uns qui veulent s'en sortir et pour ceux-là, ça vaut le coup de continuer. Mais c'est vrai qu'il y en a un tas qui profitent du système, mais si on n'était mieux épaulé, au niveau des structures spécialisées... On a centr'aidé ici, avec Mme Guerlet qui est très bien, elle est formidable, mais elle ne peut pas gérer toute la Meuse, les prisons... C'est un truc de fous !

A.B. : Les assistantes sociales, il y en a ?

Dr : Il y en a une qui s'occupe surtout de l'alcool, et voilà... Elle est toute seule pour un secteur immense, avec des horaires de bureau, qu'est ce que vous voulez. Ici, on n'est pas épaulé, on n'est pas formé... Ma génération à moi, on n'a pas été formée aux traitements de substitution.

A.B. : Alors du coup, vous avez appris comment ?

Dr : En remplaçant ! On savait que ça existait, mais je ne me souviens pas avoir eu de cours.

Médecin généraliste n°6 - homme - exercice urbain - 47 ans

A.B. : Vous suivez des patients toxicomanes ?

Dr : Oui, j'en suis un.

A.B. : Pourquoi un seul patient ?

Dr : Parce qu'en général, ils vont se fournir ailleurs en Subutex® et autres.

A.B. : Alors pourquoi ils vont se fournir ailleurs ?

Dr : Parce qu'il y a des médecins qui distribuent, larga manu, les ordonnances sans aucune prise en charge. Sur Toul, oui.

A.B. : Donc ils vont chez les médecins qui prescrivent plus facilement ?

Dr : Oui, bien sûr, ils vont au plus facile. C'est sûr que les médecins qui ne posent pas de questions. Combien de milligrammes, bon voilà, hop... 23 euros, c'est bon, c'est fait ! C'est plus rapide que si ils viennent ici, et que je les envoie à l'UFATT.

A.B. : Parce que quand un patient se présente, vous l'envoyez à l'UFATT ?

Dr : Moi, un nouveau patient qui n'est pas suivi à l'UFATT et qui réclame quelque chose ; si il veut que je le prenne en charge, il faut qu'il aille à l'UFATT.

A.B. : Donc il y passe pour faire quoi ?

Dr : Ici ?

A.B. : Non, à l'UFATT ?

Dr : Pour qu'il y ait une prise en charge plus globale.

A.B. : D'accord, pour qu'il y ait la prise en charge psychologique et puis par l'assistante sociale ?

Dr : Mmh.

A.B. : Et puis vous faites la prescription régulière ?

Dr : Si ils sont pris en charge, je veux bien faire la suite, le suivi. Il faut qu'il y ait une prise en charge initiale, voilà.

A.B. : C'est ça qui les rebute ?

Dr : Ça les rebute.

A.B. : Et donc ce patient que vous suivez, c'est un patient qui est passé par l'UFATT ?

Dr : Ce n'est pas un de mes patients, c'est l'ami d'une patiente, qui est suivi par un médecin sur Foug, et il ne veut pas que son médecin traitant soit au courant. Parce qu'il a honte de la situation, il culpabilise beaucoup. Donc voilà quoi... Alors, sa copine m'avait demandé si je voulais bien le prendre en charge pour son problème de toxicomanie. J'ai accepté.

A.B. : Il était allé à l'UFATT de lui-même ?

Dr : Alors il était allé à l'UFATT de lui-même, oui, pour s'en sortir. Donc c'est vraiment quelqu'un qui est motivé. Bon, il est inséré, il a un travail. Il a une maison en cours de remboursement.

A.B. : D'accord.

Dr : C'est un cas particulier. Ce n'est vraiment pas représentatif de la totalité.

A.B. : Avant, je pense que vous en aviez déjà eu des patients toxicomanes.

Dr : J'en ai eu deux, trois qui ont été suivis dans ces conditions-là.

A.B. : Et qui ont diminué les posologies de traitement ?

Dr : Il y en a un qui a arrêté, un autre qui a déménagé.

A.B. : Et il n'y a pas eu de patients qui ont eu des complications : abcès, infection VIH, hépatite C... ?

Dr : Ceux que j'ai vu, non... Mais bon, c'est vrai que c'est particulier.

A.B. : Pas non plus de patients qui font du mésusage, qui prennent la buprénorphine en mésusage ?

Dr : Non, mais par contre, je retrouve des boîtes, des emballages, donc voilà, quoi !

A.B. : Qui suggère quoi ?

Dr : Qu'il y a sûrement quelques mésusages...

A.B. : D'accord. Peut-être en injection, c'est ça ?

Dr : Non parce que c'est du Subutex®, ce n'est pas du générique. Parce qu'avant, le Subutex® donc, ils le broyaient pour se l'injecter, ils ont modifié la composition, il me semble... du Subutex®, pas du générique. Donc maintenant ce sont les seuls patients qui réclament les génériques.

A.B. : Ah oui ? Tiens... Le Suboxone®, vous connaissez ? Vous en avez entendu parler ?

Dr : Non.

A.B. : C'est du Subutex® avec de la Naloxone, pour éviter qu'ils se l'injectent ou qu'ils aient les «bénéfices» de l'injection. Vous pensez que si vous aviez un patient qui était en mésusage, vous pourriez lui prescrire le Suboxone® ?

Dr : Pourquoi pas... Pourquoi pas... Oui... Faut le voir, parce que ce n'est pas toujours évident.

A.B. : Ce patient quand vous le voyez, vous l'examinez complètement ?

Dr : Je l'ai vu deux fois, donc... Mais oui, je pense. Au moins prendre la tension et discuter avec lui. C'est pas forcément un examen physique, mais...

A.B. : Il a besoin de discuter ?

Dr : Oui, il est demandeur. Pour ce problème-là, vu qu'il n'en parle pas à son médecin traitant. Et il m'a demandé de ne pas lui dire, au médecin traitant. Alors c'est vrai que je suis... je respecte.

A.B. : D'accord. Les salles d'injection supervisées, vous connaissez ?

Dr : Non.

A.B. : ça existe dans certains pays...

Dr : Enfin, si je connais, je connais de nom, mais je ne sais pas à quoi ça ressemble.

A.B. : Oui, il n'y en a pas en France.

Dr : Il y a eu des essais ?

A.B. : Oui, il y en a eu, mais le gouvernement n'a pas accepté que ça se fasse. Vous pensez que ça pourrait servir à certains patients ?

Dr : Oui, pourquoi pas. Il vaut mieux qu'ils fassent cela dans une salle supervisée, que... Au niveau complications, au niveau hygiène...

A.B. : Vous pensez qu'ils iraient ?

Dr : Certains peut-être. Je ne pense pas tous.

A.B. : Est-ce que ça pourrait banaliser les choses ? Des salles pour ça en fait, pour que des patients s'injectent ?

Dr : Banaliser dans quel sens ?

A.B. : Dans le sens où ça pourrait devenir quelque chose de commun...

Dr : Et que ça favorise l'usage ?

A.B. : Oui.

Dr : A mon avis, non.

A.B. : Parce qu'il faut des choses particulières pour en arriver là ?

Dr : Oui, et puis je ne pense pas que le fait qu'il y ait des salles d'injection... Ça ne donne pas envie d'y aller forcément !

A.B. : Oui, ça ne rend pas les choses plus faciles ?

Dr : A mon avis non. Par contre, ça peut être l'occasion d'en repêcher certains, par contre.

A.B. : De les ramener dans le soin ?

Dr : Oui, de les canaliser un peu plus.

A.B. : Limiter les overdoses ?

Dr : Oui peut-être. Je ne sais pas.

A.B. : Les patients que vous voyez, peut-être que vous ne prenez pas en charge, ou que vous envoyez à l'UFATT. Il arrive à quel moment dans le parcours de toxicomanie ?

Dr : Bah lui, il arrive parce qu'il veut s'en sortir celui-ci.

A.B. : Il y avait eu des soucis ?

Dr : Ça devenait de plus en plus difficile, au niveau argent. Je ne sais plus, mais il y avait un tiers ou la moitié de son salaire qui passait dans les toxiques, donc ça devenait difficile ! C'est pour ça qu'il a décidé de se faire prendre en charge.

A.B. : Et au niveau familial, puisque vous m'avez dit qu'il avait une amie, ça avait des retentissements ?

Dr : Oui, parce qu'elle, elle m'en a parlé, il n'y a pas très, très longtemps, il y a deux-trois mois.

A.B. : Parce qu'elle s'en était rendue compte ?

Dr : Parce que ça devenait de plus en plus dur, oui.

A.B. : Les patients, les jeunes... Enfin, je ne sais pas à quel âge on peut parler de drogues... pour éviter que ça n'arrive ?

Dr : J'aborde le sujet, je ne rentre pas dans le détail.

A.B. : Vous parlez de tabac... ?

Dr : De tabac, de drogues...

A.B. : Il y en a certains qui vous disent : «J'ai essayé» ?

Dr : Bof, souvent je les vois avec les parents.

A.B. : Le préservatif, c'est une chose dont vous parlez à cet âge-là ?

Dr : Oui.

A.B. : A partir de quel âge vous en parlez ?

Dr : ça dépend des patients, ce n'est pas tellement une question d'âge. On les ressent les patients, comment ils sont, ce qu'ils font. Donc ceux qui me paraissent les plus... Je leur en parle. Bon, la petite fille qui vient à 11 ans et qui n'est pas pubère et tout, je ne vais pas lui en parler ! C'est au cas par cas ...

A.B. : Les patients qui rechutent, parce que c'est une maladie à rechute la toxicomanie, vous pensez qu'il y a des moments particuliers où il faut être vigilant dans le suivi et la prise en charge ? Par exemple, avec ce patient que vous avez, est-ce qu'il y a des moments où vous serez plus vigilants, ou peut-être vous le verriez plus ?

Dr : Oui.

A.B. : A quel moment, par exemple ?

Dr : Au diminution de doses, entre autre, et puis si il y a d'autres soucis qui se greffent dans sa vie.

A.B. : Là, la diminution de doses, vous en parlez déjà maintenant ?

Dr : Non, le but, c'est qu'il soit à peu près stabilisé. Par contre, lui m'en a parlé. Il m'a dit qu'il ne comptait pas faire une consommation éternellement. Que pour l'instant, il n'était pas prêt, mais que, il l'envisage dès que possible. Pour l'instant, il n'y a pas d'échéance de fixer. Si il veut essayer... Moi, ça me paraît un peu tôt, mais...

A.B. : Les moyens de réduction des risques, les stéribox®, kit-sniff etc... vous en avez entendu parler ?

Dr : Les kit-sniff non, les stéribox®, oui.

A.B. : Ça se trouve moins facilement.

Dr : Ça se trouve où ? Qu'est ce qu'il y a dedans ?

A.B. : Ce sont de pailles individuelles, pour éviter qu'ils se transmettent l'hépatite C ... Vous pourriez reparler du fait qu'il ne faut pas partager le matériel entre consommateurs, si ça présente ?

Dr : Oui, bien sûr, si ça se présente.

A.B. : Et ça dès la première consultation ?

Dr : Je n'ai pas une très grande expérience de... Mais oui, ça semble évident !

A.B. : Un médecin me disait que les médecins généralistes font le lit du marché noir de la buprénorphine, qu'est ce que vous en pensez ?

Dr : Ah oui.

A.B. : Et comment faire pour éviter ça, parce que finalement, ce n'est pas bénéfique, ni pour le soin... ?

Dr : C'est bénéfique pour le médecin !! Je pense qu'il y a des médecins pour lesquels c'est un fond de commerce. Et les patients le savent ! Je vois bien, je suis à la commission des permis de conduire, tous les retraits de permis au cannabis et tout ça, c'est toujours les mêmes médecins qui les suivent. Et on les voit à un an, six mois plus tard, ils sont toujours à la même dose, il y vont toutes les semaines ou tous les quinze jours. C'est une rente !

A.B. : Parce qu'ils chevauchent ?

Dr : Parce que le médecin met pour quinze jours, et il les fait revenir. C'est un fond de commerce.

A.B. : Alors la solution qui serait envisageable parce que ce n'est pas une solution qui est bénéfique pour le patient ?

Dr : Bénéfique... Faut mieux qu'ils aient un peu de Subutex® que d'aller voler chez les grand-mère pour s'acheter les produits. Ce n'est pas forcément nocif non plus... Maintenant ce n'est pas une prise en charge, je pense qu'il faut une prise en charge globale. C'est un peu pour cela que je ne veux pas les voir tout seul dans mon coin. Si il n'y a pas de prise en charge, on est des dealers en fait après ! Dealers de Subutex® !

A.B. : A partir de quel moment, on devient des dealers de Subutex® ?

Dr : Quand on en fait son fond de commerce. Quand on les voit tous les quinze jours pour leur mettre la même dose, sans se poser de questions. C'est vrai que ça va vite, toutes les cinq minutes, on peut en voir un.

A.B. : On fait autre chose que la simple ordonnance ?

Dr : Je ne pense pas que ça les intéresse trop... Si ?

A.B. : Bah si, j'espère !

Dr : Je ne suis pas si optimiste !

A.B. : Il y a une certaine image du médecin qui suit des toxicomanes, qui n'est pas forcément sympa pour les médecins. Et du coup, les médecins que j'ai vus et qui en suivent beaucoup ; ils ont l'impression de bien faire leur travail, mais de ne pas forcément être bien jugés par leurs confrères, qui n'en suivent pas ou très peu.

Dr : Moi, je n'aurais pas l'impression de faire mon travail, à donner des ordonnances de Subutex® tout seul, comme ça. En ne faisant que de la prescription... Je ne pense pas que ça les aide beaucoup.

A.B. : Et le fait de les suivre, de discuter avec eux ? Puisqu'il faut les trois parties... C'est sûr que l'assistante sociale, on n'est pas forcément qualifié pour ça, par contre, du soutien psychologique, vous en faites à d'autres patients, dépressifs par exemple. C'est un peu la même prise en charge, non ?

Dr : Oui, mais en général, ils ne cherchent pas trop ça, ces patients-là. Ils viennent plutôt chercher leur ordonnance. Il y en a peu qui cherchent à discuter. C'est rare. Je trouve.

A.B. : Oui, c'est possible. ça dépend peut-être des patients...

Dr : Il y en a sûrement qui sont demandeurs, hein ! je ne pense pas que ce soit un groupe homogène.

A.B. : Est ce que vous pensez que la réduction des risques : la lutte contre les abcès, les infections, les stéribox® etc... c'est en opposition avec la lutte contre la dépendance ?

Dr : Non. C'est complémentaire.

A.B. : Est-ce que ça peut rendre le sevrage plus lointain ?

Dr : Non, je ne pense pas. Je pense qu'un toxicomane qui est motivé, voilà... Ça l'aide de lui donner ça, mais je ne pense pas que ça raccourcisse, ni que ça rallonge.

Médecin généraliste n°7 - homme - exercice urbain - 63 ans

A.B. : Vous disiez que vous suivez un certain nombre de patients toxicomanes ?

Dr : Oui.

A.B. : Sous quel traitement ?

Dr : En majorité sous buprénorphine, et j'en ai quelques uns qui sont sous Méthadone. Je commence à prescrire de la Suboxone®.

A.B. : Les patients que vous voyez, ils arrivent à quel moment dans leur parcours ?

Dr : Il y a de tout. Il y a ceux qui ont eu des problèmes avec la justice et qui sont en obligation de soins. Alors, ils sont obligés de fournir des attestations au Spip (Services pénitentiaires insertion et probation) comme quoi, ils ont consulté. Donc il faut arriver petit à petit à les motiver pour le traitement. Ceux qui pour des raisons diverses, soit affective, professionnelle, se rendent compte qu'ils sont au bout du rouleau avec l'héroïne, qui n'en peuvent plus et sont pris dans tellement de difficultés qu'ils finissent par réaliser qu'il faut faire quelque chose pour s'en sortir.

A.B. : Donc, la buprénorphine, ça permet quoi ?

Dr : La buprénorphine, Subutex® ou la méthadone qui permettent de ne plus ressentir le manque d'héroïne, de ne plus être dépendant de ces doses à chercher tous les jours pour se sentir à peu près bien et ça permet de commencer à se sortir du problème financier. Parce que ceux que je vois, ce sont quand même des jeunes sans formation professionnelle, sans boulot, quelquefois moins de 25 ans même pas de RSA. Qui finissent par se mettre dans des difficultés financières pas possibles, qui finissent quelquefois par devenir des revendeurs pour vivre. Donc, ils sont pris dans un enchaînement terrible, et le traitement de substitution permet de mettre un frein à un certain nombre de choses, et d'essayer de reconstruire une vie un peu plus équilibrée.

A.B. : Et ces patients-là, est-ce que vous les adressez à d'autres personnes ?

Dr : Les autres structures vers lesquelles je les oriente, c'est l'UFATT. Mais je trouve qu'on n'a pas, à Lunéville, ce qu'il faut. Ça devrait être considérablement développé par rapport au nombre de problèmes de toxicomanie auxquels nous sommes confrontés. L'autre volet, c'est d'essayer de les orienter vers le centre médico-psychologique pour avoir un suivi psychologique. Mais ça, c'est souvent difficile, parce que le patient doit prendre lui même le rendez-vous, ce qu'il ne fait souvent pas. Il faut rappeler plusieurs fois à l'ordre. Il y en a beaucoup aussi qui nous disent, les psychiatres, j'en ai déjà vu. De toute façon, ça n'a jamais rien changé !

A.B. : Donc, du coup, c'est vous qui devez faire...

Dr : Donc, c'est le médecin généraliste qui fait à la fois le médecin, l'éducateur, le psychiatre... Le psychothérapeute...

A.B. : Ces patients-là, quand ils arrivent, souvent, certains médecins me disaient qu'ils étaient un peu particuliers. Dans une salle d'attente... Est-ce que vous avez besoin de faire des choses particulières pour ces patients-là, qui ne sont pas comme les autres ?

Dr : Quelquefois, il faut les rappeler à l'ordre par rapport au comportement, parce que quelquefois dans la salle d'attente ce n'est pas simple par rapport aux autres patients qui ont parfois peur de la présence de ces jeunes, qui échangent entre eux, qui parlent de drogues entre eux, qui laissent les portes ouvertes, qui s'enferment dans les toilettes... C'est pas forcément simple à gérer. Moi, je n'ai pas de soucis particuliers avec eux, parce que j'ai pris l'habitude de dire ce que je pensais. Mais il y a des patients qui me rapportent ce qui s'est passé dans la salle d'attente, et je ne peux pas intervenir après coup, sans preuve formelle ! En tant que médecin, j'essaie de garder le lien avec ces jeunes, parce que, quelquefois, on est le seul interlocuteur avec lequel ils osent parler d'un certain nombre de choses, même si, aussi, ce sont des gens qui fabulent pas mal. Donc, il y en a à prendre et à laisser !

A.B. : Ils fabulent sur quels sujets ou dans quels domaines ?

Dr : Ils fabulent sur leur traitement. Parce que, quand on prescrit un traitement, on ne sait pas forcément très bien comment ils le prennent. Ils racontent qu'ils le prennent bien, qu'il leur faut telle dose. On apprend après coup, par les autres, parce que tout le monde se connaît dans ce milieu. Moi, j'ai des échos par d'autres : «vous avez prescrit à un tel, mais vous savez, il revend la moitié de son traitement !» Ils fabulent sur le travail qu'ils vont trouver.

A.B. : Et pourquoi, ils disent qu'ils vont trouver du travail si ce n'est pas vrai ?

Dr : C'est un petit peu pour se mettre en valeur. Je n'arrête pas de leur dire, maintenant il faut que tu bosses ! Dans le traitement de la toxicomanie, il y a plusieurs composantes, il n'y a pas que le traitement. Il y a la réinsertion dans la vie sociale, dans la famille, et je leur dis souvent qu'il faut qu'il y ait les trois composantes qui soient équilibrées : le traitement, l'affectif, et le travail. Si il n'y a pas les trois, on marche de façon bancale. L'ensemble s'en ressent. Ça, c'est la théorie. Dans la pratique, c'est très difficile, on n'est quand même dans une période où les jeunes ont du mal à trouver du travail, surtout ceux qui n'ont

aucune qualification. Ils essaient toujours de dire : «Je vais prendre rendez-vous au pôle emploi. Je vais prendre rendez-vous au CMP». Et on apprend que le rendez-vous n'a pas été pris.

A.B. : Ces patients qui par exemple revendent... Ce sont des patients, qui, évidemment, ne vont pas vous dire qu'ils revendent, mais il n'y a pas d'indices qui peuvent faire penser qu'ils revendent et que ça va sur le marché noir du Subutex® ?

Dr : C'est difficile, à part les bruits que j'entends à droite, à gauche. Mais quel fondement ?... Mais moi aussi, je me rends compte que j'entends dire des choses qui se révèlent... Il y a des rumeurs aussi, si vous voulez... Donc c'est difficile de faire la part des choses sur la vérité... Quand un médecin prescrit, on ne sait jamais comment ce traitement va être utilisé. J'essaie de donner les doses les plus justes possibles, surtout quand on commence un traitement, c'est un peu aléatoire, donc j'essaie toujours de commencer par les doses les plus minimales possibles. Et puis après, j'essaie de voir par l'interrogatoire, par des questions qui se recoupent si le traitement est bien pris. Quand il me dit que ce n'est pas assez, qu'est-ce que ça veut dire ? C'est vrai qu'on peut se faire piéger en tant que médecin généraliste par quelqu'un qui vient pour obtenir un traitement de substitution et une fois qu'il est sorti, on ne sait pas trop ce qu'il va en faire. Surtout que parfois, ils viennent à deux ou trois. Et puis les deux autres, ils attendent à l'extérieur. C'est quand même un monde particulier où il faut bâtir la confiance. Il y en a avec qui je sens très bien que le courant ne passe pas et, je me dis, celui-là, il me raconte des bobards. Il y en a d'autres où je vois les choses changer. Des jeunes que je voyais assis devant moi, sans rien dire, ou le minimum, se mettent tout à coup à me dire ce qu'ils vivent... Je vois vraiment des jeunes qui, si on prend le temps de parler et de les écouter, finissent par s'ouvrir un peu plus. C'est sûr que, pour moi, c'est un accompagnement où il faut de la patience. C'est chronophage, mais c'est des consultations que je ne peux pas régler en cinq minutes. Ceux qui viennent à la porte en me disant : «Docteur, vous ne pouvez pas me faire mon ordonnance, la pharmacie va fermer». 18 : 45, c'est classique ! Quelquefois je leur dis : «Une fois passe, mais la prochaine fois, on prend rendez-vous et on en reparle.

A.B. : Donc ils savent que si ça passe une fois, ça ne passe pas la fois suivante !

Dr : Je ne suis pas un distributeur d'ordonnances ! Ce n'est pas comme ça qu'on avance avec eux !

A.B. : Il y a des patients qui utilisent le produit en mésusage : qui le vendent, qui le sniffent, ou qui l'injectent, je ne sais pas ?

Dr : On voit de tout.

A.B. : Alors... Comment vous savez tout ça ?

Dr : Moi, je leur pose la question. C'est là aussi où, quelquefois, il y en a qui racontent des bobards et puis je finis par me rendre compte de la réalité. J'en ai un qui, plusieurs fois, m'a dit... Je lui ai demandé si il se piquait, parce que l'héroïne, il l'utilisait en injectable, et quand je lui prenais la tension, il ne remontait sa manche qu'à moitié... J'ai bien vu qu'il avait la main gonflée, et qu'il avait de multiples points d'injection ! Je lui ai dit : «Ecoute, arrête de me raconter les bobards». Bon, il a fini par l'admettre, maintenant, on peut en parler librement, mais au départ, il ne voulait pas avouer qu'il continuait à se piquer, et qu'il s'injectait le Subutex®.

A.B. : D'accord.

Dr : Il y en a qui l'utilise en sniff, et ça, ça fait aussi quelquefois des dégâts au niveau des muqueuses nasales avec des douleurs dans le nez qui sont difficiles... Le problème des mésusages, c'est qu'on a du mal à les faire revenir en arrière. Leur faire prendre du Subutex® sous la langue, la buprenorphine... C'est difficile ! Et pour certains, la solution, ça a été de passer à la méthadone. J'ai plusieurs cas, des jeunes qui n'arrivaient pas à s'arrêter de se piquer, à partir du moment où ils ont été sous méthadone, ça a été terminé. Ils se sont sentis tellement bien sous méthadone, qu'ils ne se sont plus du tout piqués.

A.B. : Et le patient-là, qui ne voulait pas remonter sa manche en entier, il a été mis sous méthadone ?

Dr : Non. Il est toujours sous Subutex®. La méthadone à Lunéville, l'accès est difficile. Il faut aller à Nancy plusieurs fois en consultation, il faut aller chercher sa méthadone au centre méthadone tous les jours.

A.B. : Sur Lunéville ?

Dr : Non, sur Nancy. Comment voulez-vous qu'un jeune qui a le RSA, ou même pas le RSA, prenne tous les jours le train pour aller chercher sa dose de Méthadone. Ce n'est pas possible ! Alors il y a quelquefois des solutions de remplacement. Il y a une possibilité d'être hospitalisé à l'hôpital de Jury-lès-Metz, ça m'est arrivé, après avoir participé à des conférences sur Nancy avec un médecin de Saint-Dizier. En une semaine d'hospitalisation, il était passé sous méthadone. Mais ça pose d'autres difficultés au niveau du suivi, après c'est trop loin... Les jeunes, qui ont été mis sous méthadone, ont essayé de rencontrer des gens de l'UFATT sur Nancy, le courant ne passe pas bien... Chacun est dans sa chapelle et je trouve qu'il y a un problème de communication et d'acceptation de parcours différents, que je trouve déplorable. Moi, j'attends un travail en équipe et je suis très souvent déçu.

A.B. : Le patient qui ne remontait pas sa manche, il est sous Subutex®, et il continue à s'injecter ? Où en est-il actuellement ?

Dr : Il essaie de faire des efforts, alors il en prend une partie sous la langue et une partie injectée. Et alors, il se rend compte en ce moment qu'il n'arrive plus à s'injecter, il n'arrive plus à trouver des veines. Donc, il va peut-être finir par le prendre complètement sous la langue ! Ce n'est pas facile.

A.B. : Et qu'est ce qu'il attend de cette injection ?

Dr : Ce que je peux en entendre, parce que moi je n'ai jamais expérimenté. Ce que j'entends, c'est que, quand on s'injecte, il y a un effet flash. C'est sans doute une recherche plus ou moins consciente de l'effet qu'il avait avec l'héroïne. Donc il essaie de retrouver... Quelquefois, ceux qui se l'injectent disent : «Mais je ne sens rien !». Je leur dis qu'il n'est pas question de sentir quelque chose, mais simplement de ne pas ressentir le manque. Donc, il y a toujours la recherche d'une sorte d'effet flash, qui va donner des sensations agréables. Mais, avec un effet qui est limité dans la journée, parce que déjà, il n'utilise pas toute la dose en une seule fois, et il y a des taux sanguins qui montent, et qui descendent, qui montent, qui descendent. Ce qui fait que le jeune, il n'est jamais vraiment bien.

A.B. : Il doivent avoir des symptômes de manque ?

Dr : Oui, tout à fait !

A.B. : Et les patients qui sniffent, soit ils vous le disent dans le meilleur des cas, sinon, comment vous vous en doutez ?

Dr : Il y en a pour certains, je m'en suis rendu compte à leur façon de respirer. On a l'impression qu'ils ont toujours le nez bouché. Une respiration bruyante, tout le temps en train de renifler. Et c'est un peu en les travaillant sur ce que j'avais constaté, qu'ils finissent par dire : «Bah oui, je le prends en sniff».

A.B. : Et ils prennent tout en sniff ?

Dr : Ceux que je vois, qui le prennent en sniff, ils prennent tout en sniff.

A.B. : Tout en sniff, d'accord. Sur tous vos patients, combien seraient en mésusage ?

Dr : Alors ça dépend ce que l'on met comme limite au mésusage.

A.B. : Alors sniff, injection... Vraiment le mésusage, ce qui fait que le produit ne peut pas fonctionner... La revente, je pense que l'on ne le sait pas ?

Dr : Parce que dans le mésusage, j'ai déjà rempli des questionnaires sur la question. Il faisait rentrer ceux qui prennent le Subutex® en plusieurs prises sous la langue... Mais en plusieurs prises sous la langue. J'en ai plusieurs comme ça. Ceux qui sont sous douze mg, qui vont prendre quatre mg trois fois par jour !

A.B. : Fixe ou un peu quand ça ne va pas ?

Dr : Ils me disent qu'ils en prennent quatre le matin, quatre quand je commence à pas me sentir bien dans l'après-midi et quatre quand je n'arrive pas à dormir. Ceux qui fractionnent trop leur dose... Alors moi je ne suis pas rigide, je me dis que la seule façon d'obtenir leur adhésion, c'est d'avancer avec lui, et de l'aider tout doucement à changer ses habitudes. Ça ne sert à rien de dire : «Non, tu prends tout le matin». Je sais très bien qu'ils ne le feront pas. Donc, c'est ce que j'indique au départ, quand je les vois pour la première fois quand on commence le traitement. Mais je sais très bien qu'il y en a plusieurs que j'ai vus arriver, qui étaient déjà sous traitement et qui fractionnent.

A.B. : Qui sont déjà sous traitement ailleurs ?

Dr : Il y en a que je vois venir parce qu'ils n'accrochent pas avec leur médecin précédant, soit parce que le médecin traitant est celui de la famille. Ils n'ont pas confiance dans le secret médical. J'ai un patient qui va voir son médecin traitant pour son traitement pour l'hypertension et caetera, et qui vient me voir uniquement pour son traitement par Subutex®. Et donc, pour en revenir aux doses fractionnées, j'essaie toujours de leur faire revenir à deux tiers de la dose le matin, et le reste le soir. Et je leur dis que, le jour où il faudra diminuer la dose, il faudra diminuer la dose du soir, prioritairement, ce sera plus facile. Mais, je comprends très bien ceux qui, passant de l'héroïne au Subutex®, ont du mal à prendre cela en une seule prise, parce que l'héroïne, ça se prend en plusieurs prises. C'est toujours la peur du manque en fin de journée.

A.B. : Ceux qui s'injectent, vous leur parlez du fait qu'il faut utiliser des seringues à usage unique, peut-être les vaccinations hépatite B... ?

Dr : Quand ils me disent qu'ils s'injectent, ou quand je m'en rends compte, je leur dis de ne jamais se refilet les seringues, de toujours utiliser des seringues à usage unique. Pour tous, j'essaie de savoir où est-ce qu'ils en sont aussi bien pour les vaccinations tétanos que hépatite. On fait un bilan, et dans ce bilan, on regarde hépatite B, C, VIH.

A.B. : Et donc, quand ils n'ont pas les anticorps protecteurs de la vaccination de l'hépatite B, vous les revaccinez ?

Dr : Je leur propose. Il y a ceux qui sont d'accord et ceux qui disent : «on verra plus tard !». Visiblement, ils n'ont pas très envie.

A.B. : Et pour ce qui est lié au sniff... les kit-sniffs, ça ne se vend pas trop en France... Les pailles, vous leur redites peut-être qu'il ne faut pas échanger les pailles ?

Dr : Oui.

A.B. : Il savent que le virus de l'hépatite C vit longtemps sur le matériel ?

Dr : Je ne sais pas si ils le savent tous. Il y a peut-être des détails que je ne pense pas toujours à leur redire.

A.B. : D'accord. Il y avait le Suboxone®, vous m'en parliez, vous l'avez déjà prescrit ?

Dr : Je dois avoir 3 personnes qui le prennent actuellement. Une, c'est parce qu'il était à 16 mg de Subutex®, et je n'arrivais pas à le stabiliser. Donc je lui ai dit : «Soit, il faut passer à la méthadone soit, on peut essayer de passer au Suboxone®, et donc, on peut aller plus loin dans les doses autorisées. Apparemment, ça se passe pas mal, elle est à 20 mg, elle est revenue il n'y a pas très longtemps, en me disant qu'elle va beaucoup mieux, que ça fait une différence par rapport à avant. Pour elle, c'est une jeune femme, passer sous Suboxone®, ça a été très positif. Pour les autres, il y en a à qui j'ai proposé d'emblée le Suboxone® avec l'arrière pensée de casser le marché noir du Subutex®. Suboxone® étant moins connu actuellement, et en plus, les comprimés sont plus agréables, donc voilà différentes raisons qui m'ont fait de temps en temps... C'est encore très limité, je n'ai que trois patients sous ce traitement.

A.B. : Donc les deux autres, ce sont des patients à qui vous avez prescrit pour la première fois le produit ?

Dr : Oui.

A.B. : Est-ce qu'ils avaient conscience que si jamais ils s'injectaient de l'héroïne, ça n'irait pas avec ?

Dr : Oui. Ceux à qui j'ai prescrit, c'est, à ce que je sais, pas des injecteurs. Ils sniffaient.

A.B. : D'accord. Il y a des pays où il y a des salles de consommation supervisées, en Belgique, en Suisse etc. Ça avait été refusé en France l'année dernière au niveau gouvernemental. Est-ce que vous pensez qu'il y a des patients qui pourraient aller dans ces salles d'injection ?

Dr : Je n'ai pas d'avis tranché sur la question. J'ai lu des articles sur le sujet, il y a des pour et des contre. Expérimenter en France, ça aurait au moins le mérite de pouvoir après en tirer des conclusions. Enfin, même sur les choses que j'ai lues à l'étranger, il y avait des choses contradictoires. Disons que je ne suis pas sûr qu'à terme, ça fasse baisser la consommation, voire sur du long-terme. L'avantage, que j'y verrais, c'est que ceux qui y vont, ne sont pas seuls, il y a au moins un encadrement professionnel, soit médecins ou psychologues... Donc, c'est quand même un lieu où il y a des échanges. Il faut en parler de tout ce qui tourne autour de la drogue, de l'héroïne, des traitements. Il faut que ceux qui sont dedans aient des espaces où ils peuvent en parler librement, sans se sentir jugé, rejeté. Et c'est un des avantages que je pourrais voir dans ces salles de consommation.

A.B. : D'accord. Est-ce que vous pensez que ce serait des patients qui sont déjà dans le soin, chez vous, ou pour d'autres personnes qui ne sont pas encore dans le soin, et qui sont toxicomanes ?

Dr : J'imagine que dans les salles de consommation, ils accueillent encore les personnes qui sont en consommation, avant le soin. Donc, je ne sais pas si ceux qui sont en soin... A partir du moment où on est en soin, on dépend d'une structure différente. Par contre, je déplore qu'il n'y ait pas sur Lunéville, une structure développée genre CSAPA, où il y aurait toute une équipe de professionnels qu'on puisse mettre en route, d'une part que ceux qui sont en traitement puissent avoir un suivi, un accompagnement. Parce que moi en tant que médecin généraliste, je me sens vraiment tout seul face à ce problème.

A.B. : Parce qu'ici, qu'est-ce qu'il y a comme structure ?

Dr : Il y a un hôpital, il y a une consultation de l'UFATT qui est assuré par un infirmier.

A.B. : Pas de médecin ?

Dr : Après, quand il faut voir un médecin, soit il faut aller voir... Une fois par semaine, il y a un médecin référent du réseau ville-hôpital, sinon il faut aller sur Nancy. Je trouve que... Il y a plein de place dans les vieux bâtiments de l'hôpital, je trouve qu'il faudrait faire une structure à Lunéville. J'aurais volontiers vu une structure avec lits d'hospitalisation. Parce que quelquefois c'est dommage, quand je vois des personnes arriver qui consomment depuis relativement peu de temps, la seule alternative que j'ai, c'est de leur proposer un traitement de substitution qui donne une nouvelle dépendance, et qui va durer longtemps. Et je me dis que pour certains, ça vaudrait le coup de tenter un sevrage hospitalier, et on n'est pas du tout équipé sur Lunéville.

A.B. : Et vous ne pouvez pas du tout l'hospitaliser dans un service de médecine ?

Dr : Il y a en médecine, un lit d'hospitalisation pour sevrage. J'ai déjà expérimenté, je me souviens d'un jeune qui était hospitalisé là : il n'y a pas de prise en charge psychologique, ce jeune-là, comme il ne se sentait pas bien, il est sorti de l'hôpital où il a trouvé des copains pour avoir ce qu'il voulait et puis, il est revenu de l'hôpital. Et il est sorti de l'hôpital une semaine après, on lui a dit : «C'est bien, tu peux sortir». Il est sorti sans aucun rendez-vous, sans aucun suivi proposé : rien de proposé. Alors pour moi, ce n'est pas comme ça qu'on avance. C'était une semaine qui a coûté cher à la sécurité sociale, résultat zéro ! Et je ne suis pas le seul à penser cela, j'ai déjà eu des échos de personnes extérieures à Lunéville, où il y a des choses comme cela aussi qui se passe. Alors, ce n'est pas comme ça qu'on avance ! Par contre, quand je vois quelqu'un qui aurait besoin à mon avis... à qui on pourrait proposer tout de suite un sevrage direct sans passer par la substitution et on ne peut pas, parce que il faut prendre rendez-vous,

parce qu'il y a une liste d'attente sur le lit d'hospitalisation, etc... Il faudrait pouvoir disposer de places hospitalières rapidement pour des jeunes qu'on pourrait essayer de sevrer rapidement.

A.B. : Le fait de repousser ou qu'il y ait une liste d'attente, qu'est ce que ça fait pour ce patient ?... Ça veut dire qu'il va rester plus longtemps dans l'héroïne ?

Dr : Ça veut dire qu'il va rester plus longtemps dans l'héroïne et soit on le laisse partir en lui disant de continuer à consommer son héroïne... Ce n'est pas très satisfaisant. Ou alors on part dans des traitements de substitution jusqu'à ce qu'il y ait un lit d'hospitalisation, mais le problème c'est que le sevrage avec le Subutex® c'est... Quand on demande un séjour de sevrage, ils demandent que la dose soit baissée le plus possible. C'est un parcours qui est quand même extrêmement difficile, et je trouve qu'on manque de moyens et d'imagination. De même que je trouve qu'il serait bien qu'on ait des possibilités d'échanges inter-régionaux. Il y a des jeunes que j'enverrais volontiers loin de Lunéville pendant 15 j, un mois, pour respirer un autre air et réfléchir à distance du milieu, de ne plus être dans le milieu où ils sont ici. Donc, j'ai déjà envoyé des jeunes dans des centres de cure dans d'autres régions que Lunéville, mais je trouve qu'il faudrait imaginer des solutions originales pour ces jeunes.

A.B. : Il y a aussi des pays où il y a de l'héroïne injectable pharmaceutique... Quelques pays, pour quelques patients qui ont été sous méthadone et pour lesquels cela n'a pas fonctionné... Des cas compliqués. Est-ce que vous pensez que ce serait une solution de traitement en France ou est-ce que vous pensez que ce serait quelque chose d'inimaginable ?

Dr : Moi, je n'imagine pas trop de l'Héroïne thérapeutique, mais... On ne peut pas avoir un double langage : lutter contre l'héroïne et le prescrire à titre thérapeutique. Oui, l'héroïne thérapeutique, j'avoue que je n'ai encore rien lu sur le sujet. Comme ça spontanément, ce ne pourrait être que des cas exceptionnels. Pour moi, entre la buprénorphine et la méthadone, on arrive quand même à équilibrer la plupart des personnes. Quelquefois pour la méthadone, il y a des personnes qui ont besoin de doses qui inquiètent quelquefois les contrôles médicaux.

A.B. : C'est à dire... plus que 80... 100... ?

Dr : J'ai un patient qui est actuellement sous 300 mg de méthadone, il est costaud, il a été vu par des médecins hospitaliers. Evidemment, je me suis couvert par l'avis de spécialistes, et j'en ai un qui est à 180 mg. Celui qui est sous 300 mg, ça m'a posé question... Quelle est la limite ?

A.B. : Et il prend tout ?

Dr : Oui, ça c'est sûr, il prend tout.

A.B. : Les benzo, ils vous en réclament, vous réussissez à éviter... Comment vous faites, quand il y a des demandes pour des troubles du sommeil, de l'anxiété ?

Dr : J'essaie de limiter au maximum. J'ai quand même des patients qui prennent des benzodiazépines en plus de leur traitement.

A.B. : Et pour anxiété... ?

Dr : Oui, c'est sûr qu'il y a des motifs d'anxiété dans leur vie. En raison de motifs familiaux ou de l'inactivité, il pourrait y avoir d'autres modes de prise en charge si ces jeunes étaient pris en charge par leur famille, mais bien souvent ce n'est pas le cas. Voilà, la benzodiazépine, c'est une béquille, c'est se sentir à peu près bien dans la journée, mais c'est une arme à double tranchant, c'est sûr. Une deuxième dépendance, c'est sûr.

A.B. : Et l'alcool, c'est une association fréquente aussi chez les patients qui sont sous traitement de substitution ?

Dr : Pour moi, pas tellement, je n'en vois pas trop les conséquences. Il y en a certains qui me parlent spontanément du fait qu'ils boivent un peu trop d'alcool, mais pour moi, c'est une minorité.

A.B. : C'est nouveau ou c'est une consommation qu'il avait peut-être avant ?

Dr : C'est des consommations qu'ils avaient avant. Il y en a qui m'ont dit qu'ils buvaient beaucoup d'alcool avant et qu'ils ont complètement arrêté. D'autres, voilà, continuent à consommer de l'alcool, tout en ayant consommé de l'héroïne, donc se retrouvent avec un traitement de substitution plus un problème d'alcool à gérer.

Médecin généraliste n°8 - homme - exercice urbain - 55 ans

A.B. : Je prépare une thèse sur la RDR, bien sûr, les traitements de substitution, tout ce qui est stéribox® etc... Tout ce qu'on dit aux patients toxicomanes quand il vient nous voir. Est-ce que vous avez des patients toxicomanes qui consomment encore ou qui veulent arrêter ?

Dr : Ceux qui consomment ne viennent pas, mais ceux qui veulent arrêter, oui. On les voit pour la prescription, très souvent de Subutex®, et pour deux ou trois de méthadone.

A.B. : D'accord. Pour un renouvellement ou pour les adresser à l'UFATT ?

Dr : La méthadone oui, mais le Subutex®, on le fait directement. Mais la méthadone, il passe par l'UFATT et on intervient comme médecin-relais après quand tout va bien.

A.B. : Et le patient qui demande un sevrage, ça arrive parfois ?

Dr : Ça arrive, oui. Dans leur trajectoire ils passent tous par un sevrage, c'est comme celui qui fume, il arrête, il reprend. Donc dans leur trajectoire, oui.

A.B. : Les patients pour qui ont prescrit du Subutex®, est-ce qu'on leur donne des informations supplémentaires, si on sait qu'ils s'injectent encore ?

Dr : On leur donne, mais c'est vrai que quand ils viennent, ils savent déjà, parce que les gens en parlent déjà avant de pousser la porte. Ils viennent, ils savent. Ils disent : «Je veux ça, je veux de la méthadone ou du Subutex®.»

A.B. : parce qu'ils ont déjà pris de la méthadone ou du Subutex® avant ?

Dr : Oui, c'est ça, ils l'achètent dans la rue. Ça commence comme ça, oui.

A.B. : Il y a des patients qui s'injectent ?

Dr : Oui, il y en a toujours.

A.B. : Et ils vous le disent ?

Dr : Ils le disent ? Non, non.

A.B. : On leur demande ?

Dr : On le demande et ils disent que non généralement, mais on peut le voir.

A.B. : Et à ces patients quand on remarque qu'il y a peut-être des traces d'injection, parfois vous donnez des conseils pour s'injecter propres, ne pas abîmer le capital veineux ?

Dr : Avec le Subutex®, non jamais. Parce que ce n'est pas un mode d'administration. Mais ceux qui prennent de l'héroïne injectable, oui je leur conseille de se protéger en prenant des stéribox® à l'hôpital central.

A.B. : D'accord ! Donc, vous ne parlez pas du mésusage de Subutex® parce que ça ne fait pas partie du contrat ?

Dr : Je lui en parle, mais à partir du moment où il s'injecte, je pense que je ne peux plus me permettre de... de faire la prescription. On a un cas, au cabinet, d'un patient qui est resté 6 mois en maladies infectieuses...

A.B. : Suite à l'injection ?

Dr : Suite à des injections, tout le membre supérieur, je ne sais plus si c'est le droit ou le gauche, il ne peut plus le plier. Il allait tous les jours au bloc opératoire pour faire les pansements tellement c'était douloureux. Il a abusé des bonnes choses, lui. Non généralement, quand on injecte le Subutex®, je suis sensé ne plus prescrire.

A.B. : Est-ce que vous le faites systématiquement ?

Dr : Oui, mais les gens le nient dans la majorité des cas. Par exemple, le patient en question pour qui il y avait des doutes, il niait en disant : «non, ça, c'était le week-end», il a pris un peu d'héroïne, parce qu'en l'examinant, il y avait une trace plus ou moins récente, qu'il attribuait à une injection d'héroïne les WE. Mais il ne disait jamais que c'était dû au Subutex®. Après, il rusait parce qu'il faisait des injections derrière le genou...

A.B. : Pour ne pas que ça se voit ?

Dr : Parce qu'on peut regarder les membres supérieurs d'un façon générale... Certains utilisent aussi la veine péniennne mais on ne va pas jusque-là. A l'hôpital, par contre, c'est vrai qu'on n'a pas mal de Subutex® injecteur... Mais au cabinet... Ou ils ne le disent pas... à l'hôpital, ils sont là pour se soigner de ça.

A.B. : Et quand ils s'injectent et qu'ils vous le disent, la solution c'est d'arrêter la prescription et de faire quoi derrière ? Est ce que c'est une fin de soins ?

Dr : Avec moi oui, tant qu'il s'injecte, c'est une fin de soins, sauf que je lui laisse la porte ouverte en lui disant d'aller voir les gens de l'UFATT ou au CPN. Mais maintenant il y a un autre médicament, je ne sais pas si vous êtes au courant ?

A.B. : Le Suboxone®, oui .

Dr : Ça s'adresse plus ou moins à ces patients-là.

A.B. : Donc un patient Subutex® qui se l'injecte, vous le passeriez sous Suboxone® derrière ?

Dr : Ce n'est pas encore fait mais ça pourrait être une idée.

A.B. : Et le Suboxone®, vous pensiez le prescrire à d'autres gens ?

Dr : Qui ne s'injectent pas ?

A.B. : Par exemple. Je ne sais pas.

Dr : J'ai essayé, parce que c'est sorti depuis deux mois, et non, il y a beaucoup de refus. Ils disent : «Non, non, je suis bien comme ça».

A.B. : Ils ne veulent pas shunter.

Dr : Même les nouveaux, comme ils ont déjà pris le Subutex® dans la rue, je leur demande : c'est le Subutex® ? Et généralement, même le non substituable.

A.B. : Vous pensez que c'est rentable de faire de la RDR ?

Dr : Ah oui !

A.B. : Et sur quel plan ?

Dr : Sur le plan de la santé publique, les hépatites, les infections, septicémie. C'est plus que nécessaire, bien sûr.

A.B. : Est ce que ce n'est pas à l'opposé de l'arrêt de la toxicomanie ? De la lutte contre la dépendance ?

Dr : Non, je ne pense pas. C'est un bras en plus. Et celui qui, malheureusement, veut continuer à s'injecter, on doit l'aider, il va quand même le prendre, autant le prendre proprement. C'est bien pour ce patient-là et c'est bien pour nous parce que, si il a l'hépatite C, il va la donner à d'autres.

A.B. : Est ce que ça pose des problèmes moraux d'expliquer l'injection propre ou comment sniffer de manière à éviter l'hépatite ?

Dr : Pour moi, non. Je participe tous les ans à un congrès où il y a beaucoup d'intervenants qui sont pour la RDR. TSH : Toxicomanie Sida Hépatite. C'est assez intéressant comme réunion dans le sens où, quand on fait une réunion sur la cardio, il n'y a que des cardiologues, pas des généralistes. La toxicomanie, ça draine des gens qui n'ont rien à voir avec la médecine : il y a des policiers, il y a des avocats, des hommes politiques, qui parlent de la politique de RDR, ça dépend de quel bord on est. Il y a des familles qui viennent parler pour leurs enfants, il y a des consommateurs de Subutex®, Méthadone, héroïne ou de mélange. J'ai l'impression qu'en médecine, c'est la seule approche qui est complètement globale. Il y a beaucoup, beaucoup d'intervenants même des philosophes, qui donnent leur avis sur la toxicomanie, contrairement à l'hypertension ou le diabète, où il y a que les gens concernés.

A.B. : Les salles d'injection, de consommation supervisés, c'était un débat l'année dernière, en fin de compte, ça n'a pas été autorisé en France.

Dr : A priori c'est la Mildt qui freine pour le moment, c'est le gouvernement.

A.B. : Et du coup, qu'est ce que vous en pensez, est-ce que ça aiderait pour certains de vos patients ? Vous êtes contre ou pas complètement ?

Dr : Non, non... Je veux dire, quand on ne connaît pas, on est un peu contre. Non, ils nous ont parlé d'une expérience à Bilbao, c'était un documentaire vidéo sur une maison à Bilbao en Espagne, c'était assez intéressant. Ça peut bouleverser certaines idées reçues, en se disant, si on leur donne ça, ils vont tous s'injecter, ils vont tous consommer, ils ne s'arrêteront jamais. Et statistiquement, ils ont prouvé qu'il y a des gens qui continuent, il y a des gens qui arrêtent. Il y avait des craintes avec des gens qui disaient que ça entraînait des troubles à l'ordre public, ça gênerait les voisins, les commerçants. A priori, ce n'est pas comme ça. Ça n'a pas entraîné plus de délinquance, ça n'a pas perturbé les gens. Il paraît que dans l'expérience de Bilbao, il n'y a eu qu'un seul cas d'overdose dans cette salle-là sur 2 ou 3 années de pratique.

A.B. : Alors pourquoi pas en France ?

Dr : (rires) Il faut peut-être changer de gouvernement ! C'est politique !

A.B. : Il y a des patients que vous avez dans la patientèle que vous pourriez adresser dans un endroit comme ça (si ça existait en France), vous pensez qu'il y a des gens qui seraient susceptibles d'y aller par votre biais ou ça passerait par un autre biais ?

Dr : Oui, ce serait des patients que j'ai connu par l'intermédiaire de prescription de Subutex® qui s'arrêtent pour faire des injections, même d'héroïne. Donc ces gens-là, oui.

A.B. : Vous pourriez les adresser dans ce genre de salle.

Dr : Parce que là on a, enfin je ne sais pas si c'est général, mais nous au Haut du lièvre nous avons des gens qui prennent une substitution, puis qui repartent vers l'héroïne, repartent vers une substitution. Je veux dire, en fonction des événements de la vie, de leur motivation. Ce n'est jamais linéaire... Même pour les gens quand ça va dans le bon sens, il y a toujours des paliers dans le bon sens, ça n'est pas linéaire. Ça ne doit pas être facile pour eux, j'imagine.

A.B. : Oui, sans doute. Le mésusage, c'est catégorique. Quelqu'un qui utilise de façon «pas normale» en tout cas le Subutex® ?

Dr : Ah moi, un patient qui s'injecte le Subutex®, je ne lui donne plus.

A.B. : Et pourtant, il y a d'autres médecins qui ne font pas ça ?

Dr : Autant qu'ils prennent de l'héroïne, c'est peut-être mieux pour lui.

A.B. : C'est moins dangereux ?

Dr : A part le fait qu'il va payer l'héroïne, alors que le Subutex® est pris en charge par la sécu. Mais si il recherche encore des sensations, je pense que c'est peut-être mieux avec de l'héroïne.

A.B. : Parce que l'effet n'est pas...

Dr : Je pense que l'effet n'est pas le même, il faut le laisser en tant que médicament, avec des indications et des modes d'administration précises. Si il est plus ou moins galvaudé, si on n'accepte tout : «je l'injecte», «c'est pas grave, injectez le». Il y a beaucoup de gens qui le font sans qu'ils le disent ou même en niant. Par exemple, certains mésusages, ce sont les gens qui fractionnent le Subutex®. C'est beaucoup moins grave que ceux qui se l'injectent. Je peux accepter ce genre de fractionnement, même si, scientifiquement, ce n'est peut-être pas l'idéal mais ça gêne moins. A partir du moment où il est sous 8 mg, qu'il le coupe en quatre, et que matin, midi et soir, il prend deux mg, c'est moins gênant que de faire les injections. Un diabétique qui prend mal son traitement, on ne lui arrête pas son traitement. Mais il y a des limites, pour moi la limite, c'est l'injection.

A.B. : Et le sniff ?

Dr : Ils ne nous le disent pas. Mais on le voit avec les patients qui nous demandent à chaque prescription du Dérinox systématiquement.

A.B. : Il y a d'autres médecins qui m'ont dit ça aussi. Et dans ce cas-là, vous dites quoi : là il y a peut-être un souci ?

Dr : Il y a un souci mais comme c'est nié. C'est difficile d'intervenir.

A.B. : C'est évident, mais c'est nié, en fait ?

Dr : Oui, parce qu'à chaque fois, il dit : j'ai le nez qui coule, une fois par mois, ou il envoie sa copine chercher du Dérinox. C'est vraiment spécifique, c'est pas le patient enrhumé à qui on peut donner du Rhinofluimucil, ou du Rhinotrophyl. C'est Dérinox ou pour certains Déturgylone, mais c'est surtout, surtout le dérinox.

A.B. : Et ces patients-là, vous savez qu'ils sniffent, est ce que vous dites : si tu sniffes, essaie de l'écraser finement, de te rincer le nez après, de ne pas échanger les pailles ?

Dr : Non, j'ai jamais donné de conseil comme ça.

A.B. : Parce que ce n'est pas venu sur le tapis ?

Dr : Non, parce que, comme c'est nié, je n'ai pas été jusque là.

C'est une critique interne entre nous médecins, est ce qu'il vaut mieux un médecin qui ne prescrit pas du tout, qui est au clair avec ses convictions, ou un médecin qui prescrit sans prendre le temps de discuter, d'examiner, de faire le point systématiquement sur ce qui va, ce qui ne va pas. En sortant du cadre de la prescription, de sa vie, sa profession, il a trouvé du travail, il se réinsère ou il fait une formation... Si on ne fait que l'ordonnance, ça nous met dans un rôle de dealer. Je préfère ceux qui donnent ou ceux qui ne donnent pas mais pas la solution entre les deux, c'est embêtant. Il semblerait pour avoir discuté avec certains toxicos, que «ah, mon ancien médecin, il faisait ça, l'autre jour, il ne m'a pas retenu, il n'a pas été embêtant comme vous, il ne m'a pas examiné...». Il n'y a pas de statistiques à mon avis. Est ce que c'est beaucoup, c'est un tiers, c'est la moitié... Je ne sais pas, mais il y a des médecins qui ne prescrivent pas correctement. On peut le faire exceptionnellement parce qu'on est pressé, mais si on fait une prescription mensuelle, il faut quand même discuter avec le patient. Non, ça c'est important. Au Haut du lièvre, il y en a beaucoup. Il y en a beaucoup, et il y a beaucoup de bonnes et mauvaises périodes pour les gens. C'est en dents de scie. Souvent ceux qui s'en sortent, c'est ceux qui s'en vont.

A.B. : C'est souvent ce qu'on dit.

Dr : Parce que même, celui qui se motive pour arrêter, il peut le faire un mois, deux mois, plusieurs mois. Mais il suffit en se disant, je suis assez fort pour passer une soirée avec les copains, et puis c'est reparti. Et puis quand il décide de revenir, il me dit qu'il était à une soirée, qu'il a été tenté. J'ai une série de patients qui s'absentent pendant 5 mois, 6 mois, puis ils reviennent, puis ils s'absentent et reviennent. Mais bon, quelqu'un qui s'arrête de fumer, c'est pareil. Si on considère cela comme une maladie comme une autre, je pense qu'il faut accepter qu'ils rechutent. Je veux dire, des diabétiques, j'en ai revu une il n'y a pas longtemps. Elle a décidé, il y a cinq ans d'arrêter son traitement, et elle veut le reprendre.

Médecin généraliste n°9 - homme - exercice urbain - 60 ans

A.B. : Je voulais savoir si vous faisiez un peu de réduction des risques en médecine générale ?

Dr : Comme vous l'aviez dit, déjà, la prescription d'un traitement de substitution, ça réduit les risques. D'ailleurs, ça a été commercialisé pour ça au début. Je pense que c'était pour que les gens arrêtent les produits, pas le traitement de substitution. C'était pour les mettre à l'abri des maladies transmissibles et des problèmes judiciaires. Les sortir de la marginalité... et en plus c'est remboursé, c'est quand même mieux.

A.B. : Parce que ils avaient des dettes ?

Dr : Bah... Tous ! C'est la première chose que l'on leur demande, c'est si ils ont des dettes, parce que si ils ont toujours les dealers aux fesses ...

A.B. : Qu'est ce qui se passe ?

Dr : Ils se font relancer. Alors... Dans les conseils que je donne aux toxicomanes, c'est de changer de numéros de téléphone et de balancer toutes leurs adresses.

A.B. : D'amis ?

Dr : D'amis, enfin, d'amis qui tapent, qui dealent... Parce que nul ne peut résister à la tentation. Donc si... Un toxicomane sur une île déserte, il est guéri. Il en chie huit jours si il arrête l'héroïne, trois semaines, si c'est le «sub». Et puis il est guéri. Qu'est ce que vous voulez qu'il fasse, il n'y a que des noix de coco. A Nancy, il ne peut pas s'arrêter : il traverse la place de la gare... Tac... J'ai des patients, ils ne veulent plus aller en ville, ils savent que si on leur propose ils ne pourront pas dire non. Car le diable est plus malin que nous.

A.B. : D'accord.

Dr : Je suis mécréant moi, mais le diable... La toxicomanie, c'est vraiment diabolique ! C'est la tentation. D'ailleurs, je leur dis toujours... Déjà moi, je les garde longtemps les tox, parce que déjà, ils sont assez sympas, ils sont assez touchants, ils sont souvent assez... Ils ont souvent bien réfléchi sur leur problématique. Il y a des escrocs dans le tas, mais enfin le mec qui demande 16 mg par jour au bout de trois ans, on se demande ce qu'il en fait, quoi. Enfin des gros consommateurs comme ça, on en voit plus beaucoup.

A.B. : D'accord, vous les laissez à huit ?

Dr : 8, 6, 2, 0, 8... J'en ai un, il est à 0,4 fois 4, il s'injecte matin et soir... Depuis dix ans, je le connais bien.

A.B. : Et ces patients qui s'injectent, vous leur demandez comment ils font ?

Dr : Ils font... Mais ils savent mieux que nous ! Quand ils vont se faire une prise de sang, ils disent au labo : «vous ne voulez pas que je pique moi, parce que vous n'y arriverez pas».

A.B. : Au niveau des filtres... Est-ce qu'ils savent qu'il faut faire attention.

Dr : Ah, oui, oui, oui ! De toute façon, lui il fait ça dans son coin...

A.B. : Il ne partage pas...

Dr : Oui, donc... Je leur dis que c'est quand même extraordinaire que dans la prière des catholiques, qui est le Notre Père, que je ne sais plus par coeur... Ma grand-mère me rabâchait ça, la dernière parole c'était : «et ne nous laisse pas succomber à la tentation». Et pis, ils ont vu que c'était tellement pas possible, qu'ils ont changé et ils ont mis : « Et ne nous soumet pas à la tentation. Parce que si, vous êtes «soumis» à la tentation. Donc un couple de toxicomane, ça ne marche pas parce que on se noie beaucoup plus facilement à deux que tout seul. Moi j'ai très, très peu de couple s où ça marche, ou alors, ce sont des vieux couples toxicomanes, qui ont de la bouteille et qui se disent : « Bon, faut qu'on arrête ».

A.B. : Qui ne touche à rien alors ?

Dr : Qui ne touche à rien ? Mais comprenez, si y'en a un qui se laisse tenter, qui tape, et qui ramène la came à la maison : c'est cuit. Quand ils n'ont pas de boulot : j'ai peu d'espoir. Et si ils continuent à voir toutes leurs adresses, leurs copains... c'est pas la peine. Alors il y a les anniversaires, le nouvel an, ça s'est « Pim, pim, pim » et le 5 janvier on les voit arriver en se disant : ce n'est pas la peine.

A.B. : Oui, d'accord.

Dr : Alors sinon, RDR, oui ; la prescription du produit, moi j'ai jamais rechigné à prescrire. C'était un peu lourd, lourd parce qu'au début on n'était pas beaucoup à Nancy, 2 ou 3, y'avait tous les tox du coin qui venaient chercher en croyant que c'était le supermarché. Alors, faut quand même bien qu'on leur explique comment ça marche. J'ai un gros comprimé de viagra là... (me montre un gros comprimé de Viagra en plastique avec un trou sur la partie supérieure pour y mettre un stylo) alors je leur dis : « ça c'est un neurone ». Parce qu'il faut imager les choses, sinon ils ne savent pas, ils sont dans le flou... Donc, « ça c'est un neurone. Quand vous prenez de l'héroïne : vous faites des récepteurs. Alors, pour que vous soyez bien : il faut mettre de l'héroïne sinon vous n'êtes pas bien. (introduit un crayon à l'intérieur du trou du comprimé de Viagra). Si vous essayez de mettre du doliprane parce que votre

médecin (essaie d'introduire un objet sans succès, trop gros pour l'orifice) Alors y'a qu'un truc qui marche, c'est le méthadone ou l'héroïne... Donc je leur mets le sucre dans le petit trou et je leur explique en disant : le petit trou, il va se rétrécir. C'est pas tout à fait comme ça que ça marche. Il va se rétrécir et après il sera bouché mais c'est très, très long. Et je leur dis, si vous retapez, paff, c'est reparti. Ils écoutent bien... mais ils retapent beaucoup. On les guérit pas comme ça. C'est une rente, ils me payent mes vacances.

A.B. : (Rires)

Dr : Je le dis, ça m'est égal. Je leur dis d'ailleurs, ça les emmerde un peu. « Ah oui, merde, c'est vrai, je paye les vacances au docteur ». Voilà, il faut leur dire qu'un an de toxicomanie : c'est 2, 3, 4 ans de Subutex®.

A.B. : Oui, avant l'arrêt ?

Dr : Parce qu'ils imaginent qu'ils vont prendre 8, 7, 6, 4, 3, 2, 1 en 15 jours. Après la RDR, c'est le matériel de l'injection, c'est la paille. Ils savent tous maintenant.

A.B. : Ils savent tous ?

Dr : Il faut pas leur dire.

A.B. : En pratique, ils font quand même pas mal de partage de pailles ou ils prennent des filtres à cigarettes pour filtrer le produit. Filtres qui ne sont pas stériles...

Dr : Les tox qui se décident à venir se faire soigner, parce que, au début, ils font ça : ce sont des rites initiatiques. C'est la toxicomanie, ou l'alcool. Dans le temps, je parle vraiment comme un vieux chnoque, mais dans le temps c'était le service militaire : c'était le rite initiatique. Là, il n'y en a plus ; alors ils font la came : c'est un rite initiatique.

Mais quand ils sont accrochés que ça fait déjà 6 mois / 1 an qu'ils tapent, ils s'intéressent un peu au problème. Alors, bien sûr que la 1^{ère} paille c'était pas à eux. Après ils s'intéressent, on leur dit « Hey, attention ! Faut pas échanger les pailles. » Mais, de temps de temps, le mal est fait.

A.B. : Mais est-ce qu'on peut compter sur les copains pour leur dire ce qu'il ne faut pas faire ou est-ce qu'il vaut mieux qu'on leur explique ?

Dr : Moi, je vous dis, quand on les voit, ils ont 1 an de toxicomanie alors le mal est fait.

A.B. : L'hépatite ils l'ont déjà eu s'ils devaient l'avoir ?

Dr : Y'en a pas tant que ça, en fait. Sur le nombre de toxicomanes, il n'y en a pas tant que ça. Donc ils doivent savoir. Les seringues, ils savent parce que le SIDA, y'en a plus transmis par les seringues, d'après les statistiques, y en a plus.

A.B. : Ils vont chercher où les seringues alors ?

Dr : En pharmacie, moi j'ai un injecteur avoué... Moi ils m'ont à la bonne, car ils me l'ont dit au départ. On dit qu'il faut les cadrer, il faut déjà se cadrer soi, moi je leur dis « je ne suis pas votre père, donc je ne vous foutrai pas la fessée ; je suis pas curé, donc je ne vous enverrez pas en... «enfer» ; je ne suis ni flic ni juge, donc je ne vous mettrai pas en garde à vue ni en prison ; je ne suis pas banquier non plus donc ne me demandez pas de sou. » Car parfois, ils me disent « docteur est-ce que vous ne voulez pas me payer un truc ? » Donc, voilà... Moi je dis : « Moi, je vais vous dire comment ça marche, je vais vous donner un traitement de substitution et après, vous faites ce que vous en voulez, mais moi je vous dis que ça se prend en une prise, par la bouche. Ça ne se sniffe pas, ça ne s'injecte pas.

A.B. : Vous leur dites les risques pour leur faire peur ou...

Dr : Je leur dis les risques et puis... Mais rien ne leur fait peur à ces mecs là !

A.B. : Les abcès, la gangrène...

Dr : J'en ai déjà qui sont arrivés avec des bras comme ça, abcès partout, ils ont déjà des aiguilles partout, non mais l'addiction, c'est quelque chose ! Et vous ne pouvez pas savoir la peur qu'ils ont du manque. C'est une vraie... phobie aiguë. Moi j'ai des mecs qui ne veulent même pas baisser de 0,2... J'ai eu l'exemple d'un gars qui avait retrouvé du boulot, comme maçon, il vient me voir au bout de 3 jours et me dit « je suis en manque ! »

A.B. : Il a eu des douleurs musculaires ?

Dr : Oui, il avait 4 mg et il me dit « j'ai pris 8 mais ça ne marchait pas ! alors j'ai pris 16 alors je suis en avance ! Ah j'ai mal dans le dos, j'ai mal dans le dos ! il était comme ça, il était fou... » Alors je l'examine « mais qu'est ce qui se passe, on dirait plutôt un lumbago aigu ! » « Ah bah oui j'ai refait de la maçonnerie, j'ai porté de sacs... » « T'as un lumbago aigu, c'est pas le manque ! » « Ah bon ? ». Et hop le problème était réglé, c'était complètement dédramatisé, il allait prendre des anti-inflammatoires et le problème était réglé. Alors ils rentrent le soir, ils se sont fait engueulés par leur hiérarchie, paf ils en reprennent une miette. Ils arrivent pas à dormir, ils en reprennent une miette. Leur copine leur fait la gueule, ils en reprennent une miette...

A.B. : C'est la solution à tout ?

Dr : Alors moi je dis : si moi j'avais du Subutex®, mais à chaque fois que je rentre chez moi le soir, moi je serais toujours en train de reprendre du Subutex®. Donc, ce qu'il faut aussi, c'est leur enlever les... Il

faut absolument les convaincre de ne pas avoir une attitude toxico-maniaque avec le traitement de substitution. Matin, midi et soir, c'est épouvantable ! Il y en a qui prennent midi et soir mais je leur dis de prendre des doses fixes ! Je leur conseille pas de prendre matin et soir ! Mais si ils me disent, je peux pas. Parce que sinon ils se disent : « ce soir, je suis bien ou pas bien ? Ah oui, je suis un peu bien, alors je vais pas prendre 0,8 mais 0,6 et pour la petite miette, je vais la garder pour cette nuit ». Alors il y a un produit qui est bien, que « j'ai » essayé, c'est la naloxone parce que l'on peut la prescrire toutes les 48h.

A.B. : Ah oui, le Suboxone® ?

Dr : Alors on peut faire une prise tous les 2 jours, donc ceux qui avaient tout le temps ça dans la tête, j'essaye et je leur dis : « Prenez ça tous les 2 jours et puis on va voir ».

A.B. : Et vous les avez déjà vu revenir ou pas encore ?

Dr : Alors moi, j'en ai prescrit à un mec, qui est CRS, donc voyez... On a quand même tout le monde...

A.B. : Ah oui, ça touche tout le monde...

Dr : Et donc, de temps en temps, une garde de nuit qui se trimbale, qui va à droite à gauche, qui fait le G20, donc il était pas bien car quand il se décalait, il était obligé d'en reprendre plus, il en prenait plus pour être bien car il était derrière son bouclier... Machin... Donc, je lui ai prescrit du Suboxone® ; donc on va voir ce que ça donne et il va en prendre toutes les 48h.

A.B. : Et il accepté tout de suite ?

Dr : Oui, il était d'accord car vraiment il se sentait... Ah oui la seringue, oui la paille, ils savent oui !

A.B. : Chacun sa paille ?!

Dr : Alors on prescrit des bilans sanguins et il faut insister pendant des semaines et des semaines pour qu'ils le fassent, car il y en a beaucoup qui sont difficiles à piquer, il y en a qui ne veulent pas, il y en a qui ont peur de savoir, il y en a qui ne veulent pas savoir, car si ils reçoivent le truc à la maison, ils ne veulent pas que le conjoint le sache, alors il faut marquer sur l'ordonnance « ne pas envoyer à la résidence ». Après une fois qu'on a le diagnostic, il faut les persuader de les traiter si il faut !

A.B. : Et ça, c'est dur aussi ?

Dr : Oui, c'est dur, ce n'est pas de la tarte le traitement de l'hépatite C.

A.B. : Et des SIDA, vous en avez quelques uns ?

Dr : Des tox SIDA ?

A.B. : Oui

Dr : Heu... j'en avais un qui est décédé car il ne prenait pas son traitement contre le SIDA non plus, ça fait longtemps. Mais non, j'en ai pas ! Mais tous ne sont pas contrôlés, enfin tous ont leur ordonnance mais...

A.B. : Tous ne veulent pas le faire, oui ?

Dr : « Déjà qu'ils ont failli perdre leur boîte » ils disent...

A.B. : Qui se la font voler ?!

Dr : Que leur mère ont lavé leur pantalon avec la boîte dans la poche, on connaît tous les trucs ! Que c'était dans le train dans le sac qu'on leur a piqué, ils finissent par dire qu'il y avait un trou dans le sac du pharmacien, que quand ils sont arrivés à la maison, il manquait 2 boîtes. C'est un combat, il faut toujours être... Il faut être à la fois à l'écoute et accepter tout ce qu'ils disent, et ne pas se laisser embobiner surtout !

A.B. : Vous arrêtez les mensonges à quel moment ? Quand c'est trop gros ?

Dr : Quelque fois ils voient bien que je tique. Mais quelque fois ils viennent en retard parce que je sais pas, ils étaient en vacances ou alors, très souvent, ils préfèrent... Il y en a qui ne veulent pas venir là, car ça les embête de prendre rendez-vous alors ils préfèrent payer ça dans la rue. Mais il y en a qui arrivent en retard car ils étaient en déplacement ou... alors je dis « comment vous avez fait ? » « ah bah, dans la rue ». Alors le sub, la métha...

A.B. : Ca se vend ?!... ! D'accord.

Dr : J'ai même appris que les comprimés de Subutex®, il y en a qui suçaient les comprimés à moitié et qui revendaient l'autre moitié !

A.B. : Ca coûte combien le Subutex® dans la rue ?

Dr : Je sais pas, je sais plus combien ça coûte. La coc c'est 50 euros le gramme...

A.B. : Ils en prennent souvent en plus du reste ?

Dr : J'ai de plus en plus de cocaïnomanes moi.

A.B. : Alors, c'est quoi la solution pour eux ?

Dr : La cure, généralement quand ils sortent de cure, ils ne prennent plus de cocaïne mais ils boivent 9 bières par jour.

A.B. : Ils boivent pas mal aussi les patients qui prennent le Subutex® ? Ou méthadone ? Ou héroïne ?

Dr : He oui, vous savez, ce sont les mecs qui ne bossent pas, qu'est que vous voulez...

A.B. : Ca ne vous pose pas de problème éthique de prescrire le Subutex® ?

Dr : Pourquoi ça me poserait des problèmes ?

A.B. : Parce qu'il y a des gens pour qui ça pose un problème, de se dire qu'ils sont comme dealer ou...

Dr : Moi j'ai connu l'époque où il n'y avait pas de Subutex® et je peux vous dire que les toxicomanes, c'était une catastrophe !

A.B. : C'est à dire ?

Dr : Ils piquaient partout, ils défonçaient des pharmacies, ils étaient fous furieux !

A.B. : En manque, ils faisaient n'importe quoi !

Dr : Oui, ça rend fou !

A.B. : Au niveau social, c'est un peu mieux ?

Dr : Oui, ça les re-cadre oui, mais alors il y a des limites, je sais pas si vous vouliez me parler des centres d'injections ?

A.B. : Si j'allais y venir, oui...

Dr : Mais on peut aller dans l'ordre, si vous avez des questions.

A.B. : Non non... mais votre ordre me va très bien !

Dr : Les centres d'injections, à mettre sur pied, c'est pas possible. Vous n'allez pas mettre un centre d'injection... Vous allez en mettre combien à Nancy ? 1 ? Vous allez le mettre où ?

A.B. : Je pense que les gens ne se battront pas pour l'avoir !

Dr : Oui bon... On le met quelque part d'accord, et puis on en met un à Epinal aussi ? Puis entre Nancy et Epinal ! Vous allez en mettre un à Rambervillers ! Vous allez en mettre un à Bayon ! Vous allez en mettre un à Châtel-sur-Moselle ? Vous allez en mettre un à Haroué... Parce qu'il y en a partout des tox ! Alors vous allez faire comment ? Et pis là, franchement, parce qu'avec le sub et la Métha... On arrive quand même à les stabiliser.

A.B. : En fait, est-ce que ce ne serait pas pour les patients qui ne sont pas encore dans le soin... Avant qu'il passe votre porte... Parce que toutes les personnes qui ont le sida, l'hépatite C avant de venir chez vous, ont pris des produits pas « proprement », enfin, il y a eu des soucis avant... Est-ce que ça n'enlèverait pas ces cas-là ?

Dr : Sur un quartier de Nancy, éventuellement, pour les gens qui veulent bien... Et puis alors, ils rentreraient par où... Il faudrait une porte dérobée ? Il faudrait que les gens ne voient rien ! Et là sur le principe c'est un peu limite...

A.B. : ça pourrait banaliser, inciter ?

Dr : Ça va banaliser. C'est déjà banalisé la prise de drogue, avant, il y a trente ans, un héroïnomanes, c'était exceptionnel. Maintenant, on est étonné de voir un gamin qui ne tape pas. Le mec qui arrive un peu comme ça (cheveux en bataille)... Quand il dit qu'il a mal à la gorge... Ouf, ah... Ça va, c'est pas... Non, les centres d'injection, ça me pose un problème, je ne saurais pas trop dire pourquoi... Parce qu'ils ne viennent pas pour un traitement, ils viennent pour s'injecter des produits. Alors déjà qu'à l'UFATT, ça trafique un max. Qu'il y a du monde sur le trottoir, il y a des mecs qui disent :

« J'en ai de la bonne ! ». Il y a des gens qui ne vont pas à l'UFATT pour ça, parce qu'ils ne veulent pas s'exposer. Ils disent : « Non, moi je ne veux pas, parce qu'à chaque fois que je vais à l'UFATT, je rachète deux grammes ». Donc dans les centres d'injection, je ne sais pas comment ça va se passer...

A.B. : Il y aura peut-être des dealers à côté qui...

Dr : Parce que l'injection, le mec, ça lui prend d'un coup; Le mec il veut... Il faut... Il a sa dose, il fait ça entre deux bagnoles ! Donc je ne sais pas si il acquiert sa dose place de la Commanderie, il n'ira pas jusqu'à la place de la gare pour se faire son injection. Il se la fera derrière un arbre place de la Commanderie ! Le diable vous dis-je ! Alors le problème aussi, la méthadone, c'est le parcours du combattant pour être intégré dans les programmes méthadone. Alors les gens qui travaillent, moi j'ai des routiers, j'ai des militaires, des gens qui ne peuvent pas intégrer un programme méthadone, il ne faut pas bouger pendant... trois mois je crois ! Ce n'est pas possible. Alors, il y a des gens qui disent, si ils veulent, ils peuvent. Ils arrivent bien à se trouver l'héroïne. Mais je comprends aussi qu'on ne peut pas donner un agoniste pur comme ça, parce que ça va déraper vite. Mais pour moi, ce n'est pas la drogue la plus dangereuse. La plus dangereuse, c'est l'alcool. Ah oui, parce qu'on n'a pas de traitement de substitution en plus.

A.B. : Et les produits qui ont un effet antabuse ?

Dr : Oh non, ça n'a jamais marché ça.

A.B. : Ils ne les prennent pas ?

Dr : Moi, je me souviens encore il y a 35 ans, on mettait les comprimés d'Esperal en sous cutané. On faisait une incision, on les mettait en étoile. Parce que les gens ne les prenaient pas, mais ils voulaient quand même s'arrêter. Avec des lames de rasoirs, ils allaient chercher les comprimés ! Il y a un truc qui marche, c'est le baclofène, mais c'est hors AMM : si on a une merde, on est mal. J'ai trois patients qui étaient en danger de mort avec l'alcool... Mais c'est dix huit à vingt comprimés par jour ! Alors sinon, réduction des risques ?

A.B. : Le mésusage par rapport par exemple au Subutex®, parce que la méthadone comme ce n'est pas injectable, c'est réglé !

Dr : Ils arrivent à l'injecter, ils le font cristalliser dans le frigo. Et puis, il y a les gélules maintenant ! On n'a pas parlé du risque d'endocardite infectieuse, parce que ça, il y en a ! Il faut être très vigilant, parce que j'avais un type, il n'avait aucun signe, il n'avait pas de souffle, il avait la mitrale, l'aortique de flinguée.

A.B. : Et ça s'est vu comment ?

Dr : Il a fait une défaillance cardiaque. Il a été admis, j'ai appelé l'interne, je lui ai dit : « Je ne comprends pas, on n'entend rien ! ». Il était en défaillance cardiaque ! Et donc ça, c'est très sournois parce qu'il n'y a pas trop de moyen de... L'hépatite C, on dit : « Faites la prise de sang ! » L'endocardite...

A.B. : Surtout qu'ils ne vont pas trop chez le cardiologue ! ?

Dr : Sauf quand on les met sous métha., parce qu'ils font un bilan complet. Mais ça l'endocardite, il y a une incidence certainement beaucoup plus grande qu'on ne le croit. Et en plus, ils ont tous des problèmes dentaires. Alors est-ce qu'il ne faudrait pas préconiser une échographie cardiaque tous les deux ans, chez les toxicomanes ?

A.B. : Les patients qui s'injectent les produits, ils vous expliquent comment ils font, vous leur demandez ?

Dr : Non. Ils font, je ne sais pas. Alors on a dit : « Ceux qui ne veulent pas de buprénorphine, ce sont les injecteurs ». Ce n'est pas vrai. On ne sait pas trop pourquoi. Il y en a qui disent : « Moi, je m'en fous que ce soit la buprénorphine », et d'autres qui disent : « Ah non, moi je ne peux pas ». Ce ne sont pas des injecteurs, parce que déjà, ils descendent, ce ne sont pas des injecteurs ! Ce sont comme les grand-mères qui disent : « Docteur, il faut me donner du doliprane, parce que l'efferalgan, ça ne marche pas. »

A.B. : C'est plus la crainte de changer ?

Dr : Oui.

A.B. : Quand ils arrivent, c'est plutôt Subutex® ou buprénorphine générique, ils ne demandent pas ?

Dr : Parfois, il y en a qui... Quand ils viennent, c'est parce qu'ils ont déjà essayé dans la rue et qu'ils trouvent que c'est mieux. Et que c'est quand même remboursé par la sécurité sociale ! Mais moi, tous les prétextes sont bons, c'est comme à la pêche, dès que le bouchon bouge, il faut ferrer. Tant pis si ils ne viennent plus, on aura essayé. Et puis au départ, si ils ne sont pas bien cadrés, qu'ils bricolent, c'est un travail de toutes les semaines, tous les 15 jours, tous les mois, de leur dire : « J'ai l'impression que tu ne fais pas bien ». A un moment, ils se réveillent. Mais on ne peut pas expliquer tout de suite : « Alors monsieur, je vais vous expliquer, je vais bien vous cadrer. Vous allez prendre ça par la bouche en une fois, et tout. Vous revenez une fois par semaine... ». Ça, ça ne marche pas. Il faut les responsabiliser. Moi, je leur dis, moi c'est pas mon problème. C'est votre maladie à vous, je vous donne les outils. Vous faites ce que vous voulez ! Par contre si vous déconnez, vous venez me dire. On analysera le problème. Je ne suis pas là pour vous engueuler, je suis là pour vous soigner. Je leur dis, parce que vous comprenez, si vous allez chez le garagiste et que vous ne lui dites pas qu'elle fait tic-tic-boum-boum, le garagiste, il ne va pas savoir. Faut être imagé, faut leur fixer les trucs. Il y a un épisode de Dexter, vous connaissez Dexter ? Il est avec la copine alcoolique-là. Il parle du passager noir... Je leur dis : « Vous savez, le diable, si vous le foutez par la porte, il rentre par la fenêtre ». Ouais, tourner la page, ce n'est pas facile. Je sais de quoi je parle, parce que j'ai mis quarante ans à m'arrêter de fumer.

A.B. : C'est pareil ?

Dr : On a l'impression que jamais on ne pourra s'arrêter ! On rentre le soir, on se dit : « J'ai combien de cigarettes dans mon paquet ? Ça fait quatre devant le film, et pour après le café, je n'en aurais plus que deux... Haaaaaa... ». Et puis un jour, vous arrêtez et vous vous dites que ce n'est pas si terrible.

A.B. : Donc en fait toutes les dépendances sont un peu pareilles ?

Dr : C'est la tentation, le fait d'y penser. Si il y a des cigarettes dans le tiroir de la cuisine, vous fumez. Si il n'y en a pas, le problème est réglé. Quand vous prenez l'avion, le problème est réglé. Dans l'avion, le problème est réglé. Donc, vous classez le truc. Vous atterrissez à Washington, vous vous dites, la salle fumeur est là. Est-ce que j'aurais le temps, changement d'avion... Alors là, ça recommence... Ensuite, vous reprenez l'avion pour Los Angeles, réglé. J'en ai plein qui vont au ski, qui arrêtent. Ils reviennent à Nancy, paf ! Parce qu'ils sont passés place de la gare : « Ah tiens ! Salut, comment tu vas, je reviens de Maastricht... Une petite ligne... Et puis les dealers, ils font danser, les premières, c'est gratuit... Comme le saucisson à Cora. C'est un commerce ! Parce que dealers, ils roulent en BM, moi pas !

A.B. : Alors la solution, c'est quoi ? C'est d'interdire les drogues ?

Dr : La solution nous échappe complètement ! La solution, ce serait de tarir la source d'opium, de morphine base. Je suis allé en Afghanistan pendant six mois, pendant la guerre des russes. Mais je peux vous dire que c'est impossible, déjà c'est l'économie nationale. C'est comme si en France, on arrêta de produire du vin, et puis ce n'est pas possible. Et puis, ce sont des réseaux très bien organisés. Ce sont des mafias intriquées, trafics d'armes... La solution, c'est que si tout le monde avait du boulot, avec un salaire convenable, ça s'arrêterait assez vite. Moi, je fais un travail de fourmi. Alors, faut-il réprimer ou

faut-il laisser couler ? Moi, je ne sais pas, si les dealers se prenaient systématiquement 15 ans.. Je ne sais pas !

A.B. : Je pense que si, quinze ans, ils ne seraient pas là pour un moment !

Dr : Mais le dealer, il n'a pas tué quelqu'un. Enfin si. C'est très compliqué. Je ne sais pas. C'est lourd quinze ans de tôle ! C'est le symptôme d'un mal-être quand même la toxicomanie.

A.B. : Vous les envoyez un peu chez les psychiatres ?

Dr : Oui, mais ils disent qu'ils ne savent pas.

A.B. : Ils ne savent pas quoi ?

Dr : Les toxicomanes, ils ne savent pas bien. Ils ne savent pas, puis ils ne veulent pas savoir ou est la problématique. Et puis, ça n'accroche pas. Ça accroche à l'UFATT avec Poquet ??? l'infirmier psy, ça, ça marche.

A.B. : Oui. Mais en ville un peu moins ?

Dr : D'abord il faut payer, il y a la prise en charge, il y a souvent des dépassements. Dans les CMP, c'est pas personnalisé. Non, on fait ça ici.

A.B. : Vous faites soutien psychologique ?

Dr : On fait soutien, on essaie de ré-imaginer toujours tout ça. La dépendance des récepteurs, la maîtresse qui frappe aux carreaux. Je dis, si vous avez la maîtresse qui frappe aux carreaux, vous êtes obligé d'ouvrir la fenêtre. Je dis c'est pareil. Il faut vous mettre à l'abri. Donc je répète, votre téléphone. Qu'est ce que vous avez fait de votre téléphone. Les psy, je ne sais pas ce qu'on va faire... Faudrait plutôt des assistantes sociales qui leur trouvent du boulot. Ah, quand ils ont du boulot, ça va.

A.B. : Qui les fassent déménager ?

Dr : Ce serait une solution, mais... Je dis au gens : « Quand vous déménagez, vous vous emmenez avec vous ». Mais si vraiment vous n'êtes pas bien. Parce qu'attendez, de la came, il y en a partout !

A.B. : Il n'y a pas les amis... Les « amis » ne suivent pas, au moins...

Dr : Ah, les amis... Ah ! J'ai un ami qui m'a donné... Je dis : « vous avez de drôles d'amis ! ». Mais maintenant ce n'est plus le drame que c'était avant les traitements de substitution ! Alors est-ce que, parce qu'il y a un traitement de substitution, et que les gens pensent qu'on peut guérir plus facilement, ils tombent plus facilement dans la toxicomanie... ??

A.B. : Il y en a plus ?

Dr : Ah oui !

A.B. : Est-ce que le fait qu'ils s'injectent moins et qu'ils sniffent plus, ça fait passer la barrière plus vite ? Ils sniffent de la cocaïne, de l'héroïne...

Dr : De la lessive, du ciment, tout ce qu'on leur propose... Dans les raves party, on leur dit : « Tiens c'est ça, c'est bon ». Ils l'avalent. Un fou viendrait avec du cyanure de potassium, il vous tue 500-1000 personnes, personne ferait gaffe. Je ne sais pas si le fait qu'ils aient notion qu'il y a un traitement, ça les... Ça pousse à consommer plus facilement.

A.B. : C'est moins diabolisé d'être héroïnomane ?

Dr : Comme le haschich... Est ce qu'il faut légaliser le Haschich ? Il faut plutôt interdire le tabac, mais bon. L'alcool, on en parle pas. C'est tabou en France. J'entendais une émission l'autre jour, c'était une pub à la radio : « Des milliers de boîtes vendues, des milliers de morts ». Je me dis : « Tiens ils vont parler du tabac. Et non, c'était le médiateur. Donc, je ne dis pas que ce soit bien d'avoir laissé le médiateur sur le marché, on diabolise ce machin-là, alors qu'il y a 50 000 morts pour le tabac, et tout le monde s'en fout. A chaque génération, sa maladie honteuse, parce que c'est une maladie honteuse. Il y en a qui ne veulent pas. Ils ont peur, ils disent qu'ils ne savent pas. Moi, je ne savais pas au début ! Je n'ai pas été formé, j'ai fait ça sur le tas !

A.B. : Et qu'est-ce qui fait que certains médecins veulent bien en suivre d'emblée et que d'autres... ?

Dr : C'est comme si moi, je disais : « Moi, je ne suis pas les diabétiques, parce qu'il y en a qui mangent des éclairs au chocolat ». Ce sont des malades, ils sont en détresse ! Moi, j'ai soigné des khmers rouges, j'étais dans les camps de Thaïlande, les américains disaient : « Oh non, on n'y va pas ce sont les khmers rouges ! » On était tout seul, médecins sans frontières, on était seul ! Donc ça c'était une maladie honteuse. Les khmers rouges, il avait des coma-palu comme les autres. Moi, je ne fais pas de choix : je soigne les afghans, les khmers rouges, les angolais...

A.B. : Est-ce qu'il ne vaut pas mieux que les personnes qui ne veulent pas soigner les toxicomanes, ne les soignent pas ?

Dr : Je pense que ça ne va pas coller ! Faut un peu d'empathie et puis il faut leur dire : « Arrête tes conneries ! ». Mais moi, je les laisse venir... C'est long, mais je ne suis pas du tout répressif ! Je leur dis, comme je dis : « Je ne suis pas votre père ! ». Alors, je leur dis que ce n'est pas une question de moral : je ne dis pas que c'est bien ou mal. Je dis que ce n'est pas bon pour votre santé, après c'est vous qui voyez ! Il faut les responsabiliser ! Si ils ont l'impression qu'il suffit de prendre et voilà, c'est nous qui sommes en charge !

A.B. : Et c'est nous qui sommes en échec, parce que si ils rechutent, c'est nous qui avons mal fait notre travail ?

Dr : Ah ça, c'est un moyen de me protéger aussi. Au début, avant, je me disais : « Mais attends, qu'est ce que je n'ai pas fait... ». Faut les responsabiliser...

A.B. : Comme les autres pathologies !

Dr : Comme quand on apprend à faire du vélo : à un moment, il faut retirer les roulettes et puis il faut se casser la gueule ! Mais moi, quand il y a un échec, une rechute et tout, comme disait ma grand-mère, à quelque chose malheur est bon ! Si il y a un échec, on va décortiquer le truc, on va voir comment c'est arrivé, comme ça, ça n'arrivera plus. Parce que c'est impossible qu'un mec rentre, prenne son traitement et soit guéri. Ce n'est pas possible. Plus il se casse la gueule, et plus il connaît la limite, en espérant qu'il ne se tue pas en se cassant la gueule !

Médecin généraliste n°10 - homme - exercice urbain - 56 ans

A.B. : Le sujet, c'est la RDR chez les patients toxicomanes, usagers de drogues. Vous en avez des patients toxicomanes ?

Dr : J'en ai, parce que je me suis investi dans la substitution dès le démarrage de la Buprénorphine-Subutex®. Au début, c'était des patients qu'on prenait en étude, avec anciennement l'UFATT, et maintenant le CSAPA. Voilà, les premiers patients en 1997, quand la buprénorphine est sortie, j'ai tout de suite travaillé sur une dizaine de patients.

Et comme les gens n'arrêtent pas la substitution, alors forcément mon nombre de patients augmente d'années en années. Par contre, ils vont bien, beaucoup vont bien. Un tiers qui vont parfaitement bien, un tiers que ça améliore beaucoup et un tiers d'échec. Ce qui veut dire qu'on a deux tiers de bons résultats, ce qui est déjà très bien.

A.B. : Oui, oui. Mais les «un tiers d'échec», c'est dans quel domaine ?

Dr : Je dirais que c'est autant social, que des gens qui n'ont jamais réussi à se substituer complètement.

A.B. : D'accord. Vous avez des cas de patients qui ont des complications de leur usage de drogues ?

Dr : Oui.

A.B. : Quels types de complications ?

Dr : Abcès, voire cardiopathie, voire décès.

A.B. : Overdose par exemple ?

Dr : Oui, j'en ai eu. Je n'en ai pas eu beaucoup mais j'en ai eu.

A.B. : Des maladies infectieuses, type sida, hépatite C ?

Dr : Alors sida : non. Hépatite C : oui, bien qu'on ait dit le jour où on a donné la possibilité d'avoir des seringues en «Echange», que les patients toxicomanes, contrairement à ce qu'on imaginait, n'étaient pas suicidaires et le jour où ils ont eu la possibilité de se protéger, ils se sont énormément protégés. Donc, ce qui fait qu'évidemment, j'ai un certain nombre d'hépatite C, elles ne sont, d'ailleurs, pas forcément virulentes, elles peuvent être souvent guéries spontanément, voilà. Ou traiter dans des délais relativement rapides. C'est sûr que ce sont des patients qu'on détecte un peu plus, parce qu'on demande un peu plus de bilan. Mais je suis sûr qu'il y en a dans la population générale, qui s'ignore et qu'on ignore.

A.B. : Les patients que vous voyez, qu'est ce que vous leur expliquez par exemple au départ pour réduire les risques, liées à la consommation, si ils consomment ou au mésusage avec la buprénorphine.

Dr : Déjà, les associations alcool et benzodiazépines, ça c'est la première chose qu'on dit. Bon, bien qu'on soit en pratique souvent amené à donner des benzodiazépines, même si théoriquement... Ça fait partie, malheureusement ou heureusement, de la prise en charge. Alors moi, je le fais souvent avec une couverture «hospitalière», justement par le CSAPA et on sait que, pour un certain nombre de patients, si on veut les stabiliser, la substitution ne suffit pas.

A.B. : Parce qu'ils ont des problèmes psychiatriques associés ?

Dr : Oui. Ce n'est pas n'importe qui... Bon il y a beaucoup, beaucoup de toxicomanes, mais ce n'est pas n'importe qui... Si vous regardez, il y a toujours, toujours une brisure dans la vie. Cela va du simple, entre guillemets, divorce des parents, à des choses plus graves.

A.B. : Donc les benzo, vous en donnez de temps en temps, vous en donnez toujours avec l'avis d'un confrère, c'est ça ?

Dr : Non, pas toujours, parce que je suis quand même autonome, voilà, avec l'habitude. Ce que je veux dire, c'est que très souvent c'est initialisé en milieu hospitalier.

A.B. : D'accord.

Dr : Je parle pour les plus gros, tout le monde n'en prend pas, loin de là !

A.B. : Bien sûr. Les patients, qui utilisent les produits en mésusage, est ce que ça vous arrive d'en avoir qui vous le disent ?

Dr : Ils nous le disent très peu, et je participe une fois par an à la grande enquête nationale OPEMA, avant Opidum, maintenant opema. Alors quand je fais le questionnaire, et parfois il est fait par... Je suis maître de stage donc j'ai des étudiants, et encore plus par les étudiants, tout d'un coup au moment de l'interrogatoire, ils avouent le mésusage, alors qu'ils ne m'en ont jamais parlé, même si je les interroge régulièrement. C'est comme si l'enquête anonyme leur permettait de se libérer et de se lâcher par rapport à ça. Et souvent c'est du passé, ou un passé plus ou moins récent.

A.B. : Et du coup, ces patients qui s'injectent ou qui sniffent les traitements, ou de l'héroïne ou de la cocaïne, vous leur dites des choses pour réduire les risques, ou vous attendez qu'ils vous en parlent de ce qu'ils savent déjà ?

Dr : Vous savez, ils savent beaucoup de choses, souvent plus que les médecins. Il n'y a pas de pathologies à ce point, où les patients sont à ce point informés.

A.B. : D'accord. Et est-ce qu'il y a des choses quand même que vous retravaillez, parce qu'il y a des choses qui ne sont pas évidentes ?

Dr : Oui, surtout la déprime, parce qu'un patient qui vient comme ça, soit deux fois par mois parce qu'il est sous méthadone, soit une fois par mois parce qu'il est sous buprénorphine ; il y a des gens que l'on voit comme ça dans une sorte de déprime stable. On voit que ça ne décolle pas, il ne se passe rien. Donc ce sont des gens que j'essaie souvent de mettre sous anti-dépresseurs. Et ce n'est pas toujours facile, et puis un jour ils se bougent, on ne sait toujours pas pourquoi...

A.B. : Parce que c'est leur moment peut-être ?

Dr : Parce que c'est leur moment, mais il y a comme ça cette sorte de déprime douce chez beaucoup de patients.

A.B. : Par exemple un patient qui vous dit, je sniffe, je ne sais pas, de l'héroïne ou la buprénorphine, qu'est ce que vous lui dites ?

Dr : Juste des bons conseils.

A.B. : Ah oui ?!

Dr : Qu'est ce que vous voulez empêcher ?...

A.B. : En pratique ?

Dr : On peut proposer une prise en charge psychothérapique. Elle n'est pas très fréquente la prise en charge psychothérapique.

A.B. : Parce que c'est difficile ?

Dr : Ils n'accrochent pas beaucoup. On est en train de mettre en place des microstructures... justement pour essayer de voir si à l'intérieur du cabinet, les gens ne seraient pas plus accessibles à une thérapie. Parce que le nombre de lettres que je fais pour qu'ils soient pris en thérapie, soit en extérieur, mais ils n'ont pas les moyens, soit dans le cadre du CSAPA, d'autant qu'il y a un excellent, excellent, excellent psychologue. Et malgré tout, on a du mal à faire adhérer. Donc là, on va voir si, en microstructure, ça marche.

A.B. : Donc, ce serait ici ?

Dr : Oui, on va le démarrer, on est deux cabinets en Meurthe et Moselle, à démarrer dans une quinzaine de jours.

A.B. : C'est à Jarville le deuxième cabinet ?

Dr : Oui, oui. C'est chez le Dr Kuzy.

A.B. : Oui. J'y suis passée.

Dr : On a eu confirmation hier soir que ça démarrerait, donc ça va se faire. Et là, peut-être qu'en le proposant, on va avoir psychologue et assistante sociale.

A.B. : Combien de temps ?

Dr : Donc là, on est à l'essai sur un an, on va voir.

A.B. : La fréquence de consultation ?

Dr : Ça sera deux heures par semaine pour chacun des intervenants. Bon, après, ça dépend si ça marche ou si ça ne marche pas.

A.B. : Oui de la demande, bien sûr...

Dr : Pour l'instant, il faut qu'on branche des patients sur...

A.B. : Vous en avez déjà en tête qui pourraient... ?

Dr : Ben, je vais le proposer de façon un peu systématique, parce que je pense que la thérapie, elle est bonne pour tout le monde. Au niveau assistante sociale, ça dépend des gens. Mais j'avais une patiente comme ça pendant des années, qui avait droit à la CMU et qui ne le faisait pas. Donc elle venait, et moi je la prenais gratuitement... Parce qu'il n'était pas question de ne pas la prendre. Elle n'arrivait pas à traverser la rue pour aller faire sa CMU, ça a duré deux ans. Et à la fois, elle culpabilisait parce qu'elle me faisait travailler comme ça, et à la fois moi, je ne voulais pas que ce soit un moyen de pression, parce qu'il n'y avait aucune raison que... ça a été très compliqué, voilà, ce sont des gens qui auraient pu bénéficier de... peut-être que cette personne, si c'était dans le cadre du cabinet aurait pu dépasser ce stade là.

A.B. : Les prises de sang, ils les font si vous les prescrivez ?

Dr : Oui, oui...

A.B. : Oui ?

Dr : Ils finissent pas les faire.

A.B. : Parce que vous insistez ou parce qu'ils en voient l'utilité ?

Dr : Un peu des deux. J'avoue que je n'insiste pas toujours la dessus, voilà...

A.B. : Ce n'est sans doute pas les premières choses dont vous parlez quand ils viennent ?

Dr : Alors si, j'en parle la première fois, c'est après que j'en parle un peu moins. Mais enfin, dans l'ensemble, c'est fait : ils connaissent leur statut sérologique. Ce n'est pas toujours fait au cabinet. Donc

je pense qu'ils le font, peut-être plus qu'on ne l'imagine en réalité. Mais pas toujours sur prescription directe du généraliste.

A.B. : D'accord. Le Suboxone®, vous en avez entendu parlé ?

Dr : Oui

A.B. : Vous en avez peut-être déjà prescrit ?

Dr : Pas encore.

A.B. : Vous y pensez ?

Dr : Je n'ai pas encore eu le déclic. Le labo est venu me voir déjà deux fois et je n'ai pas encore eu le déclic. Il faudrait que j'en parle avec mes confrères, je n'ai pas eu l'occasion.

A.B. : Il y a des patients à qui vous pourriez le prescrire.

Dr : Les patients qui risquent le plus de... Mais le problème n'est pas là, le problème, c'est que jamais on arrivera à changer la molécule de ceux qui sont sous quelque chose. C'est à dire, je pense que l'on peut initier, mais je pense que ça sera très difficile de ripper.

A.B. : D'accord, oui.

Dr : Et puis, je pense que je ne l'ai pas encore bien senti moi-même pour la prescrire. Voilà... Le forcing du labo ne m'a pas...

A.B. : Ne vous a pas convaincu ?

Dr : Voilà... Mais je le ferai, il n'y a pas de raison. On l'attend depuis longtemps. Mais là, je ne sais pas, il y a un petit truc qui me bloque encore, peut-être qu'il faut que je le débloque, mais je ne dis pas que je ne le ferai pas !

A.B. : Les salles de consommation supervisées, les salles d'injection, vous en pensez...

Dr : Je suis tout à fait pour.

A.B. : Ah oui, vous pensez que ce serait nécessaire ?

Dr : Pour certains patients, oui. D'ailleurs, ce ne sont pas des patients, ce sont des gens qu'on ne voit pas.

A.B. : D'accord, ce serait avant le soin ?

Dr : A mon avis, ce n'est pas pour tout le monde. D'ailleurs heureusement ! Je pense qu'il y a des gens qui sont parfois tellement mal que... Vous savez qu'on a déjà trouvé dans la cour du cabinet, des gens qui ne sont pas des patients. Vous savez, comme on a un petit jardin devant et qu'il y a un renforcement, on est déjà tombé sur des gens qui étaient en train de se piquer. Evidemment que ce ne sont pas des patients d'ailleurs parce que ces gens-là ne consultent pas, donc voilà ! Si on peut éviter qu'ils ne se piquent dans les jardins.

A.B. : Et vous pensez qu'ils iraient ?

Dr : Bah moi... les reportages que j'ai vus dans les journaux. Mais c'est une population que l'on ne touche pas du tout ou, si ils viennent, ils ne viennent pas pour ça. Enfin, ils ne nous le disent pas.

A.B. : Ces patients là, vous ne les croisez pas du tout ?

Dr : On en voit quelques uns dans la rue. On les reconnaît dans la rue mais c'est tout.

A.B. : Et vous pensez que le fait d'aller dans ce genre de salle, ça pourrait les aider dans quel domaine ?

Dr : Ça peut les aider si il y a une prise en charge derrière. Si il y a une relation de confiance et qu'on peut embrayer sur le soin. Il faut quand même que ça ait une finalité thérapeutique, sinon il n'y a pas de raison... Bon, encore qu'on peut quand même diminuer leur souffrance. Les gens qui se piquent une à deux fois par jour, ça doit être un tel enfer. Peut-être que quand ils ne courent pas après le produit, ils auront peut-être la tête à penser à autre chose. Je ne sais pas.

A.B. : Parce que vous pensez que le produit, il faudrait qu'il soit fourni par la salle ?

Dr : Je ne me suis pas posé la question, mais oui. Je pense qu'il faut faire un contrat à ces gens-là. J'ai du mal à penser qu'ils ne veuillent pas s'en sortir, même si parfois, ils sont... ils sont devenus tellement des loques, que je pense qu'il n'y a pas d'autre... Peut-être qu'ils sont dépassés, j'en sais rien. C'est difficile d'admettre, d'accepter que tout soit dépassé comme ça. Qu'il n'y ait plus d'espoir. J'ai vu quelques reportages sur le principe. Je pense qu'il ne faut jamais baisser les bras pour personne dans la vie.

A.B. : Vous pensez que ça pourrait inciter ou banaliser les choses ?

Dr : Non pas du tout, pas du tout.

A.B. : Et certains me disaient que, par la proximité ou cette facilité à l'injection, ça pourrait éventuellement rendre les choses un peu plus banales ?

Dr : Non, je ne crois pas, parce que pour aller la dedans il faut vraiment... Je ne crois pas moi. Comme je vous dis, les gens ne sont pas suicidaires, ils vont juste mal.

Médecin généraliste n°11 - homme - exercice urbain - 38 ans

A.B. : Je voulais savoir quelle définition vous aviez de la RDR, dans le domaine de la toxicomanie, chez les usagers de drogues. Qu'est ce qu'on peut faire...

Dr : Donc le risque, en fait, c'est la définition spontanée que j'en ai, c'est ça ? Il n'y a pas de définition, comment dirais-je, que vous poseriez au préalable?

A.B. : Alors voilà, ce serait la façon la moins dangereuse de consommer de la drogue pour en diminuer les risques pour la santé des usagers de drogues. Alors dedans, on peut mettre dedans le sevrage, seringues, kit-sniff, stéribox®... C'est assez vaste. Vous seriez d'accord avec la définition-là ?

Dr : Bah oui, quelque part. Mais ce qui me surprend, c'est qu'il fut un temps où c'était un enjeu politique et sanitaire de faire passer des lois, qui permettraient aux usagers de drogues injectables d'avoir accès au stéribox® etc... Mais à l'heure actuelle, c'est fait.

A.B. : oui.

Dr : Le milieu toxicomane, de l'expérience que j'en ai, est un milieu où l'on communique très bien. On sait tout de suite qui fait quoi et comment. ça se manifeste, en pratique, par le fait que vous avez des médecins chez lesquels, vous avez toute une file de toxicomanes, ils viennent par paquets de 30. Je pense que ce n'est pas un hasard. Et d'autres au contraire, où ceux qui ne sont pas dans une démarche de soins, ne vont jamais, je pense que ce n'est pas un hasard non plus !

Sachant que c'est fait, qu'en pharmacie on trouve un tas de trucs, les toxicomanes le savent, par ce même téléphone arabe. Donc, est-ce qu'il existe vraiment encore, de ce côté-là, au moins le risque de ne pas être informé, j'ai tendance à en douter. Alors ensuite un toxicomane qui, étant instable pour toutes sortes de raison ; j'ai la faiblesse de croire que cette grande instabilité chronique, c'est à dire des gens qui seront toujours à la dérive par exemple, quoiqu'ils leurs arrivent, que ça ce n'est pas le fait de monsieur tout le monde, il y a autre chose derrière et notamment des problèmes psychologiques diverses et variés, qui fait que en dépit des conséquences de la toxicomanie, il ne va pas réagir et donner le discours qu'on entend très régulièrement, c'est que bon voilà, l'héroïne c'est bien, j'ai expérimenté tout l'envers du décor et j'ai envie de m'en sortir de là. A tort ou à raison, j'ai la faiblesse de croire que le toxicomane, qui a un moment ou à un autre ne tient pas ce raisonnement, il a un autre problème. Donc pour le... J'dirais le toxico qui a encore toute sa tête et qui va réagir comme ça, qu'on voit très régulièrement ici ; je sais pas si on va retrouver un risque, si ce n'est celui, comment dirais-je, infectieux du à l'injection, hépatite B, sida etc etc... parce que c'est vrai qu'il a pas forcément suffisamment de confiance en lui pour faire la démarche d'aller en pharmacie chercher un stéribox® par exemple même si il le sait...

Voilà, ensuite, le risque d'overdose, j'en ai la définition que soit on a à faire à un toxicomane qui est en grand déséquilibre et qui a d'autre problème qu'addictif, qui n'est qu'un symptôme, soit on va dire qu'il est mal initié, mal encadré. Les gens qui participent à sa rencontre avec l'héroïne le conseille suffisamment mal, pour qu'il y ait d'emblée overdose. Mais euh... pour la personne elle-même, hormis problèmes psycho-pathologiques diverses et variés auxquels l'addiction va s'ajouter, et hormis un entourage irresponsable ou malveillant au moment de l'initiation, et puis bien sûr le risque infectieux ; dans l'instant, en rapport avec la prise de produit ... Je ne vois pas d'autre que ceux-ci. Je peux me tromper hein ?!

Enfin, les risques conséquences de la toxicomanie : oui bah ça, à partir du moment où il y a une addiction qui est là, c'est à dire que par définition : l'addiction, c'est qu'en dépit des conséquences que ça a, on continue à choisir le produit. C'est à dire que régulièrement, je suis en situation, voilà : à cause du produit, on va procéder comme pour l'alcool, est ce que vous avez déjà eu des problèmes avec l'alcool, si je réponds oui, je suis au moins en mésusage, par exemple; donc là on va parler de l'héroïne, est-ce que vous avez déjà eu des problèmes avec l'héroïne, oui j'ai eu des problèmes avec mon employeur, et en dépit de tout cela, je continue à prendre le produit. Et plus les conséquences du produit sont là, présentes, plus je devrais me dire : «oh là ça commence à partir en sucette, ça commence à devenir dangereux» et pourtant je continue à prendre le produit; donc là on est dans l'addiction, dans la dépendance. La définition que j'en ai.

A.B. : Les patients viennent vous voir quand ils sont déjà dans l'addiction ou ils vous en parlent avant. Comment ça se passe ?

Dr : Ils viennent quand ils ont déjà fait un petit bout de chemin.

A.B. : Oui...

Dr : j'ai l'expérience ici en quatre ans de deux grands types de toxicomanes :

- le toxicomane qui est en grande instabilité, en général je le revois rarement deux fois. Je le revois rarement deux fois, parce que malheureusement, et ça fait partie de la sémiologie, il est incapable de tenir un agenda et des rendez-vous. Ensuite quand il revient la deuxième fois, en vrac, je le lui dis. Le contrat : il est pas respecté. Euh ... ça dépend comment est la présentation, souvent j'ai tendance à prescrire d'abord une semaine. Je sais qu'il y a d'autres sons de cloches : rien puis on se revoit, et puis

tous les jours et puis etc etc... La personne à qui je dis : «écoutez aujourd'hui on va en parler, on va faire le point sur votre santé, on va vous examiner complètement etc... ou alors je n'ai pas le temps, il faut qu'on revienne. Le toxicomane en grand déséquilibre, il n'est pas là. Imaginons qu'il est là, auquel cas on va le réexaminer, là je vais lui donner une semaine de traitement et on se revoit la semaine suivante. Là encore, la semaine suivante, il est là, il est pas là. Si il est là, on va continuer comme ça, de semaine en semaine, et travailler progressivement sur la résolution de son rapport à l'héroïne. Qu'est ce qui l'a amené à en prendre. le but c'est quoi : c'est arrêter, c'est une interdose entre deux prises d'héroïne ? Et on va définir le contrat, de plus en plus précisément. Alors on pourrait me dire comme ça que, oui, mais durant ce temps-là, si après il s'avère que il était en interdose, et que la buprénorphine lui servait à joindre les deux bouts entre deux doses, et qu'il était dans une démarche de soins. Bah, il a eu un mois de traitement comme ça. Je ne suis pas convaincue que ça soit complètement perdu, parce que d'entretien en entretien, on s'est dit des chose, on a mis des choses au clair. Enfin si il a été capable de venir régulièrement à tous ses entretiens, c'est qu'il est pas complètement à la ramasse.

A.B. : **Donc il n'y a pas rupture de contrat, même si il a pris cela en interdose entre deux héroïnes ?**

Dr : Bah... pour moi pas vraiment, parce que ce mois où on a travaillé quand même très sérieusement, où il y a eu quand même un contrat qui était clair net et précis, avant qu'il y ait finalement rupture, j'ai la faiblesse de croire que c'est pas perdu, et que, comment dirais-je, le toxicomane dans son chemin vers, comment dirais-je, l'abstinence prolongée, il va pas passer du jour au lendemain à «allez, j'arrête». ça va être par exemple. Celui-là qui pendant un mois, aura pris... sera venu régulièrement à ses rendez-vous, aura livré du contenu, aura, comment dirais-je, été touché qu'on s'intéresse à lui, qu'on l'examine sur le plan de sa santé, également qu'on ne parle pas que de la drogue etc etc... Je pense que ce gars-là, il va repartir avec quelque chose de plus, qui la prochaine fois qu'il sera de nouveau devant un toubib, en disant : «Bon, je voudrais une délivrance de buprénorphine, comme ça parce que je voudrais arrêter avec l'héroïne», il aura une balise de plus qui pourra l'aider, pas après pas, marche après marche, à se lancer dans une abstinence vraiment de longue durée.

-Par contre, comment dirais-je, à tort ou à raison, la personne qui n'est pas capable de tenir un rendez-vous, là il est dans un autre cas de figure, là le discours s'arrête là, on a un gros problème. On a un gros problème, et moi, là, tout seul ça ne va pas suffire. Soit vous n'êtes pas dans un projet de soins, soit on a besoin d'être supplémentaire pour se tenir dans ce projet de soins-là et on va travailler avec l'UFATT. Là aussi l'étape de l'UFATT, c'est très sélectif. Il y a des gens, on ne les revoit jamais après ça. Alors on peut comprendre qu'ils n'ont pas envie «de s'encanailler» avec un tel ou un tel à l'UFATT. Auquel cas, au Réseautox, on a des projets de micro-structures qui pourraient permettre une alternative. Alors une micro-structure, c'est le fait que dans le lieu de soins habituel, le toxico. pourra avoir accès à un travailleur social et à un psychologue. C'est pas la peine d'aller à droite, à gauche, etc... disperser dans toute la ville, il vient toujours au même endroit, c'est le cabinet de son médecin traitant et, là, il sait qu'il pourra voir le travailleur social pour résoudre tel type de problème d'ordre sociaux, ou le psychologue également etc etc etc... Et ça a l'avantage, c'est que les gens qui sont dans une démarche de soins, mais qui n'ont pas facilement les moyens de s'y tenir en dépit de leur bonne volonté, parce qu'il y a cette dispersion, par exemple, bah le fait que ce soit sur place, local, ça va leur enlever un obstacle supplémentaire.

A.B. : **Et sur Nancy ou les environs, ça existe ?**

Dr : On est en train de le faire.

A.B. : **D'accord.**

Dr : Et parmi les micro-structures, comment dirais-je, envisager, il y aura ici. Et ça dans le terme de la prise en charge du toxico, qui par me parait être par excellence, vraiment dans le modèle médico-psycho-social, ça me parait plus important que le Suboxone®.

A.B. : **D'accord. Donc le Suboxone®, c'est pas la solution... ?**

Dr : N'importe quel autre produit, ça va pas résoudre leur problème.

A.B. : **C'est pas une solution supplémentaire pour des patients, où on voit qu'on bute un petit peu ?**

Dr : Non. Je pense que le problème du toxico, il est ailleurs que dans une simple dépendance pharmacologique. Comment dirais-je...

- soit c'est quelqu'un qui est «normalement équilibré» : il a pas de problèmes sociaux, il a pas de problèmes financiers, pas de problèmes matériels, il a toutes les ressources financières psycho-affectives pour faire face, et sa toxicomanie, ça ne va pas être un problème pour lui. Il va prendre un produit substitutif, il va s'y tenir, il n'y aura jamais de rechute ou que sais-je.
- Soit c'est quelqu'un pour chez qui ça part en sucette dans diverses dimensions de la santé, et là avec ou sans produits, on va avoir des rechutes. Que la prise en charge, c'est pas seulement la prescription de la molécule, et qu'il va falloir mettre en place à côté un accompagnement psycho-social etc etc... Et non, là, faire croire que la prise en charge de l'addiction, c'est simplement prescrire un produit. Je veux

dire comme ça, le dealer quand il accroche son client : «tiens prend ça tu vas te sentir mieux», il a le même discours, hein ?!

A.B. : D'accord. Quand vous parler aux patients, qui viennent pour... pour arrêter : se sevrer ou prendre un traitement de substitution, sur quel mode de discours vous leur parler ? Vous êtes sur un mode éducatif, sur quel mode... répressif, informatif ?

Dr : D'abord c'est, je dirais, c'est un accueil, dans le sens où c'est lui qui cause. Alors après, selon la manière qu'il a de causer, on peut recadrer ou pas. On a des présentations, je cause tout le temps. Il a un truc qui revient en boucle : produit, produit, produit, produit, et puis bien sûr, un mois, un mois, un mois, un mois. Parce que je travaille à Berlin et que je vais pas faire l'aller-retour Berlin Jarville comme ça. Auquel cas...

A.B. : ça ce n'est pas très fiable !....

Dr : Auquel cas on va lui faire gentiment leur faire remarquer qu'il peut-être plus intérêt à se faire suivre... son projet de soins comme ça impromptu alors que, manifestement ça part en sucette de tous les côtés, ou il va faire du Berlin Jarville. Donc là oui, l'essentiel de ce qu'il a à dire, il l'a dit en 30 s : il veut du produit, et dans l'instant, il dira rien de plus. Il dira des tas de montage, des tas de machins mais le message essentiel, c'est : produit-durée. Euh, auquel cas, ce sera beaucoup plus directif. Là le contrat, j'ai l'impression que ça va être le fait qu'aujourd'hui, il n'y aura rien. Qu'on va peut-être en profiter, si on en a l'opportunité pour faire un bilan de santé et puis éventuellement regarder à telle date et on verra ce qu'il en est pour le produit. Euh, bon, là aussi, soit si il entend le discours au moins le bilan de santé. Un grand nombre de toxicomane sont très inquiets de leur santé. Dès qu'on touche à leur corps, curieusement, je dirais, c'est quelque chose qui les touche profondément. Donc ils entendent ce discours, et ils ont envie d'être rassuré, au moins ça, même si c'est une réassurance de quelques secondes, et qu'après il n'y a plus rien. Euh, et puis d'autres vont partir en s'excusant poliment, ou en claquant la porte et en criant des noms d'oiseaux. Donc le mode directif ou plus empathique avec réfléchissement, etc, ça dépend. Est-ce qu'on a à faire à quelqu'un, qui est suffisamment stable pour entendre, ou est-ce que ça part en sucette de tous les côtés. et puis si on commence pas d'abord par cadrer, de toute façon, on arrivera à rien. ça dépend... aussi de l'état de conscience. Si il est totalement bourré, parce qu'il est en manque et qu'il lui a fallu ça pour supporter son manque. Ou parce qu'il avait tellement peur de venir qu'il s'est défoncé la gueule pour être capable de tenir devant le toubib. Il peut pas, il a le cerveau dans l'alcool. ça dépend énormément de, qui on a en face de soi.

A.B. : Il y a des patients, qui utilisent le produit en mésusage, en se l'injectant ou en le sniffant. Quand c'est comme ça, qu'est ce que vous faites ? Vous abordez le sujet, vous en discutez ?

Dr : Là ça fait partie du contrat, le contrat je ne le prends comme quelque chose qui va être adopté d'emblée. Le contrat : c'est une prise de produit, par exemple la buprénorphine avec un maximum de huit mg, pris sous la langue, à heure fixe, tous les jours. Et pis enfin, le contrat, c'est également des présences régulières à des rendez-vous, telle heure ou alors si on ne peut pas on prévient. A partir du moment où j'ai déjà cette présence régulière, il y a matière à ce que le travail soit fait, pour que le contrat soit réalisé totalement. Après que le produit soit injecté, sniffait, pris en suppositoire ou n'importe quoi, quelque part, je dirais, peu m'importe. Bien sûr il y a une information, attention, c'est pas fait pour être injecté, il y a un risque d'embolies qui peut boucher les artères de vos yeux, vous pouvez devenir aveugle, peut boucher les artères de vos reins, et avoir de gros problèmes d'insuffisance rénale etc etc... L'information est donnée, après, c'est sa vie. Alors c'est sûr que si il est... dans l'instant même il n'aura pas le temps d'intégrer le truc. Toutefois, il est là régulièrement. Bon, on a un travail à faire. Je pourrais me dire : non mais attention si tu continues à prescrire, tu cautionnes le risque qu'il prend, ben oui. Mais si je ne lui prescris pas, il va vagabonder de médecins en médecins, pour finalement finir par se convaincre que de raconter aux gens ce qu'ils veulent entendre et non pas ce qui est, c'est ce qui a de mieux pour atteindre ses objectifs. Face à cela, accepter le risque qu'il prend, consciemment ou par négligence, ou parce qu'il n'a pas les moyens de faire autrement ou que sais-je. De toute façon avec le toxico on sera jamais parfaitement droit dans ses bottes. Donc voilà, on a un petit bout de quelque chose avec lequel on va essayer de faire plus. Je ne sais pas si je réponds à votre question ?

A.B. : Si, si, c'est tout à fait ça. Je me posais une question : il y a d'autres personnes qui interviennent dans le domaine, est-ce qu'il y a d'autres personnes qui pourraient faire un travail de RDR, que ce soit au niveau des infections, au niveau des injections pour qu'elles soient le moins délétères possible, etc. Est-ce qu'il y a d'autres personnes qui pourraient nous aider dans ce travail ?

Dr : Face à cela, le réseautage a mis en place des tas de choses. Notamment par exemple, il y a d'abord l'Echange, qui est un lieu d'accueil qui a l'avantage... bon il y a des horaires d'ouverture bien sûr, mais il n'y a pas de RDV. Donc c'est un endroit où on sait que tous les jours entre telle heure à telle heure vous pouvez trouver des gens à qui parler, confier des tas de trucs. On peut prendre une douche, on peut laver ses vêtements, ce qui paraît normal mais quand on est à la rue, c'est un peu difficile de prendre une douche et de laver ses vêtements, ou on peut s'informer et notamment s'informer de la manière de

procéder à une injection dans les meilleures conditions de sécurité sanitaire, de où est-ce que je trouve du bon matériel, genre en pharmacie, ça s'appelle le stéribox® etc etc... On a à l'Echange, un service qui déjà met le toxicomane dans de meilleures conditions de sécurité, sans révolutionner sa toxicomanie, c'est à dire y mettre un terme, mais au moins on le met en sécurité. Après, à partir du moment où déjà il procède à des injections avec moindre risque, où il se lave, où il prend soin de lui etc etc... On peut imaginer que sa vie a un peu changé et que dans ce changement là, il y aura une place pour se dire : «ah tiens, est ce que vraiment, ce que je suis en train de vivre, ça résout mes problèmes ?». Le discours, pour moi c'est un peu la sémiologie, c'est : «ouais, voilà, la drogue, c'est bien beau, mais après j'ai toujours les mêmes problèmes, donc je mets entre parenthèses, j'oublie ou j'efface, mais je ne résous pas le problème en soi». Le toxicomane, qui est déjà dans ce discours-là, il a déjà progressé beaucoup. Donc je dirais que l'Echange c'est déjà une première étape, déjà de resocialisation, dans la mesure où je suis propre et où je fais mes injections proprement et où je parle aux gens ; et après il y a autre chose : aller voir un médecin en ville pour un suivi régulier, après il y a une micro-structure ou alors on va à l'UFATT ou alors on va carrément voir en ville un psychologue ou un psychiatre en ville, etc etc... Après on construit tout doucement étage après étage. L'Echange, c'est le premier étage, quelque part. Bien sûr, il n'y a qu'une seule structure comme ça, enfin, il y a un seul échange à Nancy, je ne sais pas si il y a des structures équivalentes. Je pense pas, sincèrement. Bon, ça a le mérite d'exister.

A.B. : Et les bus méthadone par exemple?

Dr. : Les bus méthadone, je ne sais pas si on fait cela en région nancéenne.

A.B. : Je ne crois pas. Est ce que ce n'est pas un peu simple ?

Dr : la méthadone, alors après les différents centres de... comment dirais-je... de prise en charge des toxicomanes ont chacun leur politique. C'est très hétérogène, d'après ce que j'ai pu en comprendre. Sur Nancy, la politique méthadone, elle est tolérance zéro, c'est à dire que si on est sous méthadone, qui a la particularité de ne pas s'opposer à l'héroïne contrairement à la Buprénorphine ; ça veut dire qu'il n'y a pas de prise d'héroïne. Alors la mise en route de la méthadone, elle est faite à l'UFATT, nécessairement. Après, il y a des gens, qui sont sous méthadone mis en place à l'UFATT, qui ont été suivi pendant longtemps et qui restent ... bon il y a régulièrement des exceptions à la règle. J'ai un patient comme ça, qui est capable d'avoir un discours construit, bon qui comprend pas tout parce qu'il n'a pas la capacité intellectuelle etc... Il a une vie conjugale, il est en train de chercher un emploi, il est capable de faire des choses de part lui-même. Il y a peut-être d'autre problème psychiatrique derrière, on est en train de voir cela tranquillement. Il a accepté de voir un psychiatre toutefois, il est capable d'en parler. Et je sais qu'il a régulièrement du jeudi, vendredi, samedi, dimanche, il a des rechutes... et fin d'année : Noel pour faire la fête. Bon là déjà, la notion de fête... Bon, à l'UFATT, il le connait très bien. Il était question de monter un peu plus sa dose, mais je pense qu'il n'y a pas que ça. Chez cette personne là, on se pose la question d'un trouble bipolaire, éventuellement d'une schizophrénie. Donc voilà...

A.B. : L'année dernière, il y a eu le débat sur les salles d'injection, enfin les salles de consommation supervisée. Au niveau gouvernemental, ce n'est pas passé. D'autres pays comme le Luxembourg ont des salles d'injection. Est-ce que vous pensez qu'en France, ça apporterait quelque chose de plus ?

Dr : Comment dirais-je... Je n'ai pas d'idées particulières là-dessus. Pourquoi pas ! Je pense qu'il faut essayer, pour voir ce que ça peut donner. Je ne pense pas que c'est une solution miracle, je pense plutôt dans le genre: «au point où on en est... c'est plutôt ça». Après on peut se dire comme ça, que par des initiatives genre l'Echange, on peut parvenir à transmettre une info, un accueil, qui amène progressivement le toxicomane à réacquiescer des gestes comme l'injection propre, ou comme la douche, ou comme le lavage de son linge par exemple. Mais le toxicomane qui vient à l'échange, il vient à l'Echange au bout d'un certain parcours. Donc est-ce que le fait d'avoir, comme ça, des salles d'injection amèneraient du monde, qui n'est pas encore prêt à aller dans des structures genre Echange, à l'étape précédente. Est ce que ces gens-là seraient capables d'intégrer quoi que ce soit de ce qu'ils vivent dans le lieu d'injection, par exemple. Pas sûr. Toutefois, est-ce que, néanmoins, ça permettrait de faire encore baisser la morbidité due aux conditions d'injection de cette population qu'il n'y avait pas à l'étape Echange, j'en sais rien du tout. Il faut mettre en place, il faut voir, il faut faire l'expérience pour le savoir. Pas d'idées particulières là-dessus. Après, j'ai cru comprendre que le résultat de ce qui avait été tenté ailleurs avait été plutôt positif.

A.B. : En pratique, de quoi on parle quand vous avez un patient qui vous dit : « Ben, je m'injecte le Subutex® », vous parlez de toutes les étapes, du fait qu'il faut désinfecter, qu'il faut... ou vous n'en parlez pas ?... Est-ce que vous aborder le sujet de comment tu fais, qu'est ce que tu fais et dans quelles conditions ?

Dr : Depuis peu. J'ai souvent repris en charge des toxicomanes qui ont déjà eu un suivi, un suivi UFATT, un suivi par d'autres médecins, etc etc... Donc je parlais du préjugé que ça avait déjà été fait. Et je me rends compte que pas toujours. Ou alors si ça avait été fait, que c'était rentré par une oreille et sorti par l'autre. Donc depuis peu, en tout cas dans ma patientèle de toxicomane qui n'est pas débordante, je n'en

ai qu'un qui est injecteur. C'est même lui qui m'a appris qu'il existe des stéribox®. Donc je pense que je n'ai pas grand chose à lui apprendre...

A.B. : Et pourquoi les autres médecins n'auraient peut-être pas parler de comment faire ? Est-ce que ça gêne le médecin de parler d'une utilisation en mésusage ?

Dr : Je ne sais pas, je ne suis pas à leur place. Je pense qu'ils peuvent aussi faire comme moi s'imaginer que c'est déjà fait. Alors ensuite, ça dépend de la présentation. Moi, j'ai beaucoup de gens dont j'ai pris le relais. Après quelqu'un qui arrive comme ça complètement en vrac et qui dit qu'il est injecteur ; ce qui n'est pas si fréquent. La voie royal, c'est le sniff. Il y a beaucoup de toxicomanes qui ont peur des piqûres, donc maintenant si ils venaient à dire qu'il fait des injections et qu'il est crasseux de la tête au pied, on va sans doute parler du sujet. ça, comment dirais-je, cette présentation-là, je l'ai rarement. Je l'ai rarement, parce que le bruit, à juste titre, s'est répandu que ce n'est pas la peine de venir chez moi comme dans une épicerie, de toute façon, ça va faire quoi : ça va faire une délivrance d'un jour et point barre. Donc... J'ai même des patients qui étaient capables de tenir le contrat, ils étaient là le jour, pas forcément à l'heure, mais le jour. Que on a néanmoins essayé de travailler un petit peu, ils en sont arrivés à l'étape, bon, on a un problème, on va devoir travailler avec l'UFATT, et que le contrat a été rompu là-dessus. Alors ils peuvent revenir pour ma parler de tas de trucs, mais ce ne sera pas de traitement substitutif tant qu'ils ne seront pas passés par l'UFATT. Ils le savent et ils ne reviennent plus.

A.B. : Les patients qui sniffent, puisqu'apparemment c'est plus fréquent, vous leur parler des pailles, ou de... je ne sais pas si il y a une bonne pratique ou pas du sniff ?

Dr : De toute façon, le sniff n'est pas une bonne pratique...

A.B. : Voilà, mais... une pratique un peu moins mauvaise, si on peut le dire ?

Dr : Alors la technique, comment font-ils, bon... j'avoue que je ne m'intéresse pas aux détails.

A.B. : Sur la paille, est-ce qu'ils partagent ?

Dr : j'avoue que je ne m'intéresse pas aux détails là. On n'a pas encore spécifiquement mis le doigt sur le risque qu'il pouvait y avoir là-dessus. En ce qui concerne par exemple le sniffage du Subutex®, je ne sais pas du tout ce que ça va apporter. Ensuite par contre les particules de Subutex®, de truc-machins, ça se dépose sur les muqueuses, les sinus, donc ça, oui, on en parle. Ensuite est ce que c'est fait à la paille et qu'il est le quinzième à passer l'un après l'autre. ça, j'avoue que dans le discours, implicitement, je comprends que la prise d'héroïne s'est soit faite seul, soit il sont un ou deux pas plus. Alors maintenant c'est vrai que je pourrais poser la question : Vous prenez chacun votre paille, ou est-ce que c'est la même et qu'elle est sur le coin de la table depuis sept jours... Oui, c'est vrai que je ne le faisais pas spécifiquement.

A.B. : C'est vrai que c'est extrêmement contagieux, que le virus de l'hépatite C persiste sur le matériel.

Dr : J'entends bien. Après c'est vrai que, je suis en train de revoir rapidement la liste de qui pourrait entendre le message. C'est vrai que les personnes auxquels je pense, ils entendraient cela. Je ne serais pas surprise qu'elles me disent qu'elles font attention.

A.B. : Merci.

Dr : De rien

Médecin généraliste n°12 - homme - exercice urbain - 53 ans

A.B. : Je fais une thèse sur la réduction des risques. Qu'est-ce que l'on dit aux patients toxicomanes qui viennent souvent pour se soigner. Qu'est ce qu'on leur dit ? Comment fait-on pour éviter tout ce qui est infection ? Tous les risques qui sont liés à la drogue en général ?

Dr : Qu'est ce qu'on leur dit... On leur dit plein de choses et puis on s'adapte en fonction des cas. Cela dépend.

A.B. : Cela dépend de la personne ?

Dr : Tout existe ! Un consommateur qui est super informé, enfin, on en a l'impression... »

Mais c'est sûr qu'il y a toujours à apprendre, et puis effectivement il y en a qui consomment relativement peu et qui sont... »

A.B. : Sont-ils moins au courant des risques dans ces cas là ?

Dr : Ils sont peut être moins au courant.

A.B. : Ils sont informés par qui ? Vous me disiez : il y en a qui sont très informés ?

Dr : Entre-eux !

A.B. : Entre-eux ils se passent les infos ?

Dr : Oh oui, je ne pense pas qu'il y ait grand monde pour les informer, en dehors de leur monde. Oui, c'est sûr, on a l'impression qu'ils savent pour la plupart, plein de choses mais, forcément ce n'est qu'une impression.

A.B. : Il y a quand même des cas d'hépatite, même si, ils sont au courant de plein de choses...

Dr : Oui, ils savent très bien qu'il ne faut pas se piquer, ils savent très bien qu'il ne faut pas se passer du matériel... Ils savent très bien qu'il faut mettre un préservatif. Tout cela, ce sont des choses qui sont acquises. Si on leur en parle, ils diront : «C'est bon je le sais !»

A.B. : Mais si vous leur dites, ils ne sont pas fermés à la discussion, je pense ?

Dr : Non, pas du tout, ils ne sont jamais fermés et sont prêts à tout entendre, je pense.

A.B. : Et vous lorsque vous les recevez, vous êtes prêt à tout entendre? Si ils s'injectent par exemple, est-ce qu'ils osent vous le dire? Est-ce un frein aux soins ?

Dr : Ils n'osent pas toujours le dire, on l'apprend parfois par hasard.

A.B. : Quel genre de hasard ?

Dr : A l'occasion d'une complication quelconque, ou ils finissent par nous l'avouer alors qu'ils nous avaient dit que non, 6 mois avant ou un an avant. La plupart ne sont quand même pas très honnêtes et n'hésitent pas à dire quelques mensonges, donc effectivement, on a des surprises ! C'est sûr ! Donc parler, on parle de tout, mais c'est toujours pareil, les consultations ne sont pas forcément à rallonge, on n'a pas forcément le temps de tout évoquer et après on ne se souvient pas forcément avec lequel on a parlé de ceci ou de cela. On ne peut pas évoquer tout dans tous les domaines à chaque fois...

A.B. : En pratique, en fait, vous parlez de quoi ? Donc du fait qu'il ne faut pas partager le matériel, vous m'aviez dit aussi pour le préservatif ?

Dr : Oui, entre autres. Cela ils le savent !

A.B. : Ils le savent mais vous pouvez en parler aussi ?...

Dr : Le partage des pailles pour le snif et caetera...

A.B. : Et les seringues peut-être aussi ?

Dr : Bien sûr, bien sûr !

A.B. : Vous leur dites cela au fur et à mesure ou ça vient dès la première consultation où vous faites le point ?

Dr : Pas forcément dès la première... Non, je crois qu'il ne faut pas forcément tout... Ça fait trop pour une première consultation. Si on voulait qu'elle soit complète... Ça durerait...

A.B. : Ça durerait des heures... ?

Dr : C'est clair! Comme dans beaucoup de domaines en médecine générale. Un diabétique : on va pas lui parler de tout le premier jour. Un hypertendu, c'est pareil... C'est au fil des consultations que... De toute façon même si l'on parlait de tout, ils ne retiendraient pas tout. Ce n'est, à mon avis, pas nécessaire. L'avantage que l'on a, c'est qu'on les voit quand même, en principe, assez régulièrement...

A.B. : Au moins tous les mois ?

Dr : Oui, voilà, on peut évoquer les choses !

A.B. : Et les patients toxicomanes, vous les voyez quand ils sont en demande de substitution ou parfois vous les voyez avant, quand ils consomment ?

Dr : « Quand ils sont en manque ou... Ils viennent souvent, il y a toujours une première consultation, ils viennent pour avoir une substitution. Et puis, après, il y a les autres consultations parce que ce n'est pas planifié régulièrement, tous les mois, il y a toujours ...

A.B. : Des chevauchements ?...

Dr : Pfff... Des imprévus on va dire ! Bon et puis il y a les autres pathologies associées...

A.B. : Comme par exemple ?

Dr : Les co-morbidités comme on dit, les problèmes psychiatriques... Et les autres addictions...

A.B. : Et pour ces problèmes psychiatriques, vous les envoyez chez des confrères pour suivre ses problèmes-là ? Ou vous gérez ici ?

Dr : On gère, à mon avis les 9/10^e au moins des choses. Oui, on fait appel à des aides de temps en temps ; à des psychiatres et ils consultent très rarement. Déjà, sur Lunéville nous n'avons pas de structure adaptée. On n'a pas de psychiatres qui sont investis dans le domaine de l'addiction. Donc il n'y a pas de relais. Si vraiment il y a un problème psychiatrique lambda, classique : oui. On peut avoir un accès... Et encore, il faut qu'ils viennent ! C'est pas toujours évident, c'est comme tous les patients.

A.B. : Ils n'aiment pas trop ?...

Dr : La psychiatrie, ça reste assez difficile d'accès. Par frein du patient !

A.B. : Les patients, parfois, utilisent de façon pas très correcte le traitement. Non ? Ça ne vous arrive pas chez vous ?

Dr : Pas du tout pourquoi ? (rires)

A.B. : Non, car je pense quand même que certains sont en mésusage par rapport au traitement ? C'est quel type de mésusage ?

Dr : Tout, tout est possible et imaginable.

A.B. : Le plus fréquent peut être ?

Dr : Pas la posologie prescrite, pas la répartition dans la journée, ou pendant la semaine. La voie d'administration qui n'est pas forcément celle qu'on...

A.B. : Le sniff ou l'injection... ?

Dr : Le partage avec d'autres, parfois ils réclament des doses parce que c'est pour la donner à quelqu'un à côté...

A.B. : Qui serait en manque ?

Dr : Qui ne consulte pas, bon, les mésusages vont dans la revente de produits, etc.

A.B. : Ces patients qui sont dans le mésusage, quel est le moment où vous vous dites, là, je ne suis plus dans le soin, je ne prescris plus, par exemple. Est-ce qu'il y a un moment où vous vous dites : «Là, je mets le holà. Je ne peux pas...» ?

Dr : Cela ne m'est, je crois, jamais arrivé, donc soit on met le mésusage sur la table, on en cause et puis on essaye de résoudre le problème, on essaye de trouver une autre solution et puis souvent ils disent : oui, d'accord. Effectivement, quand on voit qu'il y a quelque chose qui ne tourne pas rond, on arrive à savoir ce qui ne va pas. Et ils avouent voilà, soit se piquer, soit sniffer, soit en donner puis on essaye de résoudre cela comme on peut. Fermer la porte n'est pas une solution. Je pense que lorsque l'on a pris en charge des gens pendant des mois ou des années, on ne les met pas dehors parce qu'il sont pas tout carrés comme il faut. Sinon on n'aurait plus personne déjà ! Dans tous les domaines c'est comme ça..

A.B. : Je souhaitais également aborder le sujet du Suboxone® qui était sorti, Subutex® + naloxone, est-ce que vous avez déjà prescrit ce produit ?

Dr : Moi non, ma remplaçante en a déjà prescrit, j'ai eu un retour positif dans le sens où la personne m'a dit : «Ah c'est bien plus agréable au niveau de la saveur ! ».

A.B. : Ah, le goût n'est pas le même alors ?

Dr : Le goût n'est pas le même, c'est plus agréable à prendre.

A.B. : D'accord. Oui, c'est vrai que, souvent, ils se plaignent du goût des comprimés de Subutex®. Et c'est un patient qui avait un profil particulier pour qu'il lui soit prescrit ?

Dr : Je n'ai pas compris le pourquoi du comment, mais apparemment il avait l'air satisfait.

A.B. : C'est sans doute qu'il ne devait pas l'utiliser en mésusage ?

Dr : Je ne pense pas, enfin je ne sais pas.

A.B. : Vous le prescriviez, ce produit, à quel type de patients, si vous le faisiez ?

Dr : Ah... Bien sûr aux injecteurs ...

A.B. : Si ils le demandaient ou si vous pensiez que c'est nécessaire ?

Dr : Non, il faut que ce soit en accord avec eux. On n'est pas là pour les piéger, ce n'est pas le but... Bien souvent les gens, il faut profiter de leur bonne volonté : ils disent : «Ah ben, oui, je souhaite arrêter mais je n'y arrive pas...»... Bah, je peux peut-être vous aider en vous proposant quelque chose. Si vous l'injectez, ça ne va pas marcher dans ce cas, vous serez bien obligé de le prendre normalement.

A.B. : Oui, d'accord, oui, c'est sur le mode de l'accord.

Dr : Ah, il faut que ce soit consentant, si on piège les gens, c'est pas la peine. Faut qu'il y ait un climat de confiance et que la confiance soit réciproque, bien que, on ait du mal parfois.

A.B. : Oui, c'est pas évident...

Dr : On a souvent de mauvaises surprises, il faut essayer de travailler en confiance.

A.B. : Les salles de consommations supervisées dont il avait été question l'année dernière, les salles d'injection qui seraient supervisées... Il y avait eut un débat l'année dernière au niveau gouvernemental,

et puis le gouvernement n'avait pas gardé l'idée. Cela se fait dans certains pays, au Luxembourg il y a des salles d'injection, en Espagne. A Bilbao, c'était les premières études. Vous pensez que ce serait nécessaire pour certains patients, que cela pourrait...

Dr : Je ne sais pas en quoi cela consiste, expliquez-moi ?

A.B. : Le principe c'est que les personnes qui le souhaitent, viendraient dans un lieu défini où il y aurait du personnel médical, infirmières, assistantes sociales, qui seraient là pour vérifier que l'injection se fait proprement. Donc la personne viendrait avec son héroïne, elle n'est pas fournie par la salle d'injection et le but serait de diminuer tout ce qui est problèmes sanitaires, infections, hépatites C, VIH, voilà... Non?

Dr : Mais qui peut penser des choses pareilles ?!

A.B. : Ca se fait à certains endroits...

Dr : Je me demande seulement comment ça peut se faire ?!

A.B. : Oui, alors oui, vous pensez que ce n'est pas possible ? Que ce n'est pas adapté au public des toxicomanes ?

Dr : Aller dire à quelqu'un qui fume, bon, eh bien maintenant, il faut que vous alliez fumer à tel endroit, à telle heure, tel jour... Sous contrôle ! Ou quelqu'un qui boit, vous avez le droit de vous « cuire » mais vous irez à tel endroit, à telle heure...

A.B. : Non, ça ne vous paraît pas faisable?

Dr : Ca paraît invraisemblable! Mes connaissances de la façon dont les gens consomment non... non... C'est pas étonnant que ce soit tombé à l'eau, je pense qu'il y a quand même des gens qui ont les pieds sur terre.

A.B. : Sans doute!

Dr : Et c'est bien !

A.B. : C'est vrai que, comme il y a des endroits où cela se fait et qui sont pas dans le même cas que la France au niveau de la réduction des risques, la question peut, peut-être, se poser, elle s'est posée en tout cas.

Dr : Oui, étonnant ! Etonnant, mais bon, ça va toucher une petite minorité et à mon avis, ça ne va pas être du tout efficace.

A.B. : Vous pensez que ça peut être incitatif ou que cela peut banaliser l'usage de drogues ?

Dr : Non, cela ne changera rien.

A.B. : Cela n'a pas d'intérêt ?

Dr : Ça ne va pas toucher suffisamment de gens pour que ça change quelque chose.

A.B. : Est ce que vous pensez aussi que la réduction des risques, c'est en contradiction avec la lutte contre la dépendance ? Est-ce que le fait de, par exemple, pouvoir prendre un stéribox® à la pharmacie, c'est à l'opposé de la lutte contre la dépendance... Puisque quelque part c'est un outil pour les patients dépendants ?

Dr : Ça, à mon avis, c'est... Non... Il faut dire que le périple des héroïnomanes est fait de haut et de bas. C'est pas quelque chose de linéaire, donc il y a des périodes où ils vont plus consommer, des périodes où il vont plus se piquer, des périodes où ils vont arrêter, des périodes où il vont avoir envie d'arrêter, des périodes où il feront n'importe quoi. C'est tellement variable que... Non. C'est bien de toute façon de réduire les risques, c'est bien... Ça ne changera, à mon avis, rien sur le problème de la dépendance... Ce sont des choses complètement différentes.

A.B. : Les indicateurs de mésusage, est-ce que vous avez des petites choses qui vous font dire : «Tiens celui-là, il est sans doute en mésusage par rapport au produit que je prescris». Est-ce qu'il y a des choses qui vous mettent un peu la puce à l'oreille ?

Dr : Mésusages... Eh bien il y a les indicateurs physiques, quand on examine les gens, bien sûr. Si ils sont piqués de partout, si ils ont des abcès dans l'aine... Ou alors si ils se cachent trop et qu'ils veulent pas qu'on les examine.

A.B. : Oui, ceux qui arrivent avec les doudounes en pleins été...? (rires)

Dr : Oui, c'est ça, oui. On se pose des questions, il y a tous les... Au niveau du nez, il y a bien sûr tous les symptômes au niveau du nez... Les nez qui coulent, les nez qui sont bouchés... Donc ça c'est fréquent, en plus, ça c'est les symptômes physiques, après il y a les symptômes d'anomalies de fréquence de consultations... Tout ce qui sort de l'ordinaire, c'est que...

A.B. : Si c'est pas régulier...

Dr : Voilà, si on n'est pas en situation régulière, des coups de fils de pharmaciens qui nous disent voilà, il a réclamé ceci-cela, là, c'est forcément qu'il y a quelque chose qui ne va pas...

Qui n'est pas forcément du mésusage, ça peut être du sous-dosage, ça peut-être... Bon, ça fait quand même évoquer bien sûr.. On sait que c'est une population n'est pas toujours clean!

A.B. : Les moments où les patients sont déstabilisés, est-ce que parfois vous pouvez presque anticiper le fait que ça ne va pas aller, c'est à dire est ce qu'il y a des événements de la vie qui font qu'un patient rechute ou retouche ou à un moment de... à une période de l'année. Est ce que vous avez remarqué des

choses ?? Non ?

Dr : Si, si ! Tout ! Tout peut les déstabiliser.

A.B. : oui.

Dr : Tous les événements de la vie, quels qu'il soient, argent, famille, travail... Tout, tout fait à chaque fois qu'on perd de vue un patient. On le revoit 6 mois après. A chaque fois, il y a eu effectivement des périodes, soit parce qu'ils ont re-consommé, je suis retombé dedans comme ils disent, j'ai retapé... Parce que ma copine m'a lâché, parce que mes parents m'ont foutu dehors, parce que j'avais plus de sous, parce que j'ai eu des ennuis avec la justice voilà, alors, les prévoir, ça !

A.B. : Il y a des périodes de l'année qui sont plus propices aux rechutes ? non, c'est plus les événements de la vie ?

Dr : J'ai pas remarqué qu'il y avait des saisons, les lunes... J'ai pas fait attention (rires)

A.B. : Il y avait des choses dont vous vouliez parler sur le sujet ? Ou des questions que je n'ai pas posées et qui auraient été nécessaires dans ce domaine-là?

Dr : Vous, c'est vraiment la question «réduction des risques» ?

A.B. : Oui, réduction des risques, mais si il y a un autre domaine, dans ce domaine de la toxicomanie dont vous souhaitez parler ? Il y a des médecins qui m'ont parlé du fait que par exemple les patients n'auront rien à payer au niveau de la boîte et que ça les gêne un peu quelque part ? Il y a des gens qui m'ont dit : la méthadone pourquoi pas un mois, parce que 15 jours ça va vite pour des patients qui sont réguliers et qui sont sous méthadone depuis des années

Dr : Oui, ça c'est sûr, bon, enfin, c'est clair, il y a énormément de choses à dire sur le sujet.

A.B. : Oui c'est très vaste...

Dr : Des heures et des jours, c'est vaste et c'est mal connu. Je veux dire, moi, c'est un truc que j'ai appris sur le tas. J'ai pas eu de formation pour, c'est au fil du temps avec les patients qui venaient et voilà, on a appris à gérer la chose. Au cours de mes études ça n'existait pas, c'est arrivé comme ça, bon, et puis voilà, on a fait face et on a appris...

A.B. : Parce qu'avant, ces patients, vous ne les voyiez pas, avant le Subutex®?

Dr : Ah, c'est quelque chose qui est relativement récent pour moi, moi, ça fait 27 ans que je suis installé, je ne sais pas, le Subutex®, il date de quand?

A.B. : 1996-1997. Oui, c'est récent en fait.

Dr : Oui c'est relativement récent, donc avant, voilà...

A.B. : Ils ne venaient pas ?

Dr : On savait qu'ils étaient en manque puis il y a toutes les autres drogues, ils ne venaient pas consulter pour ça, ça c'est clair que c'était noyé dans les autres addictions et puis c'est tout. Et cela a pris de l'ampleur quand même, vraiment.

A.B. : Vous trouvez qu'il y en a plus, c'est ça?

Dr : Oui... C'est énorme et puis ça continue, c'est pas stabilisé... C'est terrible.

A.B. : Oui.

Dr : Il y a plein de médecins qui ne connaissent pas, qui ne prennent pas en charge parce qu'ils se disent : «Ah non, moi, c'est comme ça. Je lui donne des directives, si il ne revient pas... fini... terminé on n'en parle plus». Je lui dis : tu fais comme ça avec les diabétiques ???

A.B. : Les diabétiques qui mangent des choux à la crème ! (rires)

Dr : Les fumeurs, les alcooliques, les gens qui sont trop gros, tu leur dis : «Si vous n'avez pas perdu 3 kilos pour le mois prochain, je ne vous soigne plus».

A.B. : Oui, peut être...

Dr : Bah non !...

A.B. : C'est que, avec les toxicomanes...

Dr : C'est que, avec les toxicomanes !... C'est, j'allais dire, presque du racisme, ils sont mal à l'aise avec le sujet, ou avec le traitement et ils arrivent pas à gérer... Donc, effectivement, j'allais dire, j'ai la chance, je ne sais pas si c'est une chance, d'en avoir rencontré beaucoup. On apprend ! On apprend tout le temps. C'est sûr que celui qui en a deux ou trois dans la patientèle, il ne peut pas savoir, il ne peut pas comprendre le mécanisme...

A.B. : Peut-être qu'en partant... qu'en leur donnant tout de suite des directives très carrées, les gens contournent, pour être dans le cadre, ou essaient de faire semblant ?

Dr : Ça serait pareil dans tous les domaines, vous dites ça à quelqu'un qui mange trop ou qui... Dans un mois ce sera comme ça... et si vous n'avez pas, etc., et si ça ne se passe pas bien, je vous préviens... Je vous donne 4 mg, le mois d'après ce sera 3, le mois suivant ce sera 2.

A.B. : Il y en a qui font ça ?

Dr : Oui, oui, je vous dis, c'est ce que j'entends...

A.B. : Parce que vous, vous diminuez quand ? Quand ils se sentent capables, ou quand ça vous semble le mieux ?

Dr : Ça, j'ai appris à comprendre que, voilà, il ne fallait pas être trop pressé, déjà, et que, il fallait que les gens soient... Souvent... Souvent ça vient d'eux. Je pense que, deux fois sur trois, j'attends que ça vienne d'eux... Je leur suggère, bien sûr... Et puis, au bout d'un moment, c'est eux qui me disent, voilà... Je ne leur impose pas. A force de suggérer, on dit : «Bon, ben voilà, la prochaine fois peut-être que, etc.. Là, ça va bien en ce moment». Il est bien stabilisé, tout va bien, il a du boulot, la situation sociale s'est arrangée...

A.B. : Et pourquoi ils ne veulent pas ? Ils ont peur de quoi, en fait, en diminuant ?

Dr : Ils ont peur d'être en manque, ou il y en a beaucoup qui ont peur de rechuter.

A.B. : Parce qu'ils n'ont pas assez ?

Dr : Parce qu'ils n'ont pas assez, ils ont peur du manque physique, apparemment le manque physique c'est quelque chose de pénible, et puis, il y a ceux qui ne veulent pas revivre les galères qu'ils ont connues quand ils étaient consommateurs. Parce que il n'y a pas 50 solutions quand on est pas bien... Soit, on se débrouille pour en avoir plus soit, on est tenté de reprendre de l'héroïne, ça c'est quand même quelque chose qui est gravé dans la tête à vie, je pense. On ne voit quasiment jamais de gens qui sont, à priori, sevrés de l'héroïne depuis 10 ans, qui n'y pensent pas régulièrement.

A.B. : Comme les alcooliques je pense ou les gens qui fument...?

Dr : Ah, je pense que c'est bien pire.

A.B. : C'est pire... ?

Dr : Oui, ça doit être 10 fois pire, enfin moi, c'est l'impression que j'en ai, on voit des gens qui... Alcool : c'est fini. Tabac : ils sont dégoûtés par l'odeur. L'héroïne, je crois : jamais... Bon, on n'a pas encore assez de recul mais, ça doit être... Il y a quelque chose qui se grave là-haut... Moi, j'ai l'impression que c'est à vie, il va y avoir des rechutes dans les maisons de retraite dans quelques années (rires)...

A.B. : Des dealers devant les maisons de retraite ?

Dr : Il commence à y avoir des gens qui ont 50 – 60 ans, qui étaient consommateurs... On commence à en avoir des vieux...

A.B. : Et qui ont des posologies élevées ?

Dr : Il n'y en a pas beaucoup... Ils sont pas à 16 mg, mais qui s'en passent pas. Souvent, ils sont encore consommateurs, un peu d'alcool, un peu de haschich, alcool... Ils n'ont pas réussi à s'en sortir, mais je pense qu'on y arrivera à avoir du Subutex® dans les maisons de retraite...

Médecin généraliste n°13 - femme - exercice semi-rural - 57 ans

A.B. : Des patients toxicomanes, vous en suivez beaucoup ?

Dr : Un peu, quand même un peu. Sous Méthadone et Buprénorphine.

A.B. : Et ces patients, vous les suivez depuis longtemps, ces patients-là ?

Dr : Oui.

A.B. : Et l'évolution ?

Dr : Favorable !

A.B. : Il y a des médecins, qui trouvaient que l'évolution n'était pas évidente.

Dr : Il faut toujours reprendre les choses élémentaires.

A.B. : Alors, quelles sont les choses élémentaires ?

Dr : La façon de prendre le traitement. Le fait de venir bien régulièrement aux Rendez-vous... D'être très strict... Après, il y a les galères personnelles qui font que parfois, ça ne va plus comme ils le souhaitent. Il faut parfois ré-augmenter les doses quand on voit que ça ne va plus. Il faut établir une relation de confiance, on arrive quand même à de bons résultats.

A.B. : Ils vous disent les choses comme elles sont ?

Dr : Oui, je pense... Globalement. Je les titille un petit peu par rapport à si ils ont consommé autre chose, par rapport au traitement, etc...

A.B. : Vous leur demandez cela régulièrement ? A chaque fois ?

Dr : Il y en a certains que l'on connaît à Commercy, qui n'est pas une grande ville ... On les voit...

A.B. : La buprénorphine, il se peut que parfois, ils ne l'utilisent pas correctement ?

Dr : Le problème, c'est ça. C'est que très souvent quand on prend la main, parce que souvent il y a une errance médicale qu'on ne peut pas éviter, ils prennent leur comprimé très mal. Ils le prennent comme un anxiolytique. Surtout quand les prises sont un peu complexes. Quand vous faites du 12 mg...

A.B. : Dès qu'il y a plusieurs comprimés ?

Dr : Tout à fait, alors ils en prennent souvent un le matin et un le soir. et puis dans l'intervalle, c'est sûr qu'ils n'ont pas leur dose. Leur faire comprendre que c'est un traitement comme celui de l'hypertension ou d'autres traitements, et quand ils ont adhéré à cela, il n'y a pas de problème.

A.B. : Il n'y a que le problème du fractionnement ou il y a d'autres problèmes ?

Dr : Les multiples tentations. Il y en a qui ne peuvent pas s'empêcher de prendre des joints ou des rails d'héroïne ...

A.B. : Ou de s'injecter ?

Dr : Non, je n'ai pas d'injecteurs. J'ai peut-être des injecteurs anciens, mais pas actuellement.

A.B. : Pas d'injecteur d'héroïne ou de buprénorphine ou quoi que ce soit ?

Dr : J'en ai eu, mais ils ont compris leur douleur, parce que je leur ai expliqué un peu les conséquences de leurs multiples injections.

A.B. : C'est quoi les risques...

Dr : Quand on aura besoin de poser une perfusion, on ne pourra plus. Ou, si on doit faire une intra-veineuse, comment on fait ? En plus, dans des endroits qui sont un peu sensibles, un peu délicats !

A.B. : D'accord. En fait c'est surtout sur le capital veineux que vous vous appuyez pour que ça...

Dr : Tout à fait. Et puis après, les infections... J'ai déjà eu un patient avec des abcès comme ça... (volumineux)

A.B. : Ces patients-là, est-ce qu'ils savent comment «se piquer propre» ?

Dr : C'est à dire, même si ils savent se piquer, vous avez toujours du produit qui passe au travers, et si c'est de multiples fois dans la journée etc... Ils faisaient des cocktails de médicaments. Il y a des moments où c'est difficile !... De les faire revenir sur quelque chose de bien propre, bien carré.

A.B. : Et vous entrez un peu dans le détail. Par exemple le patient dont vous parliez, qui avait un gros abcès... A ce moment-là, j'imagine que c'est les antibio et le traitement de l'urgence... Mais est-ce qu'après vous revenez sur... ?

Dr : J'essaie de comprendre pourquoi... Pourquoi, ce jour-là, ils n'ont pas bien pris leur dose. Pourquoi il a fallu qu'ils se fassent un shoot à quelque chose, je ne sais pas quoi. Je vais jusqu'au bout des choses ! La consultation de renouvellement de traitement ou de mise en route, c'est une consultation à part entière, elle prend autant de temps, parfois même d'avantage quand ils veulent bien se confier. Mais bon, j'arrive quand même à une certaine régularité. Alors je me pose la question de savoir si je ne me fais avoir ou pas, parce que généralement, c'est quand même une population de gens un peu roublarde, mais on arrive quand même... Il y en a qui veulent s'en sortir. Là où ça cale, c'est devant les aléas de la vie. Les patients, qui sont en précarité sociale, sont les plus à plaindre parce qu'ils n'arrivent pas à s'en sortir. Lorsqu'ils font de multiples récidives, ils sont en injonction thérapeutique, ils font de la prison... Ils font des expériences que jamais on ne souhaite à personne...

A.B. : Ces patients-là, qui sont un peu précaires, vous les ré-adressez parfois à d'autres personnes pour... ?

Dr : Quand je sens qu'il y a besoin, je les fais voir par l'hôpital de jour, parfois je préconise Centr'aide, quand je vois vraiment qu'ils ont du mal... Ils arrivent à y aller... Centr'aide, c'est le centre qui prend en charge les toxicomanes, parce qu'il y en a qui aimeraient bien passer à la méthadone, parce que ça fait plusieurs années qu'ils traînent sous Subutex®.

A.B. : C'est comme l'UFATT sur Nancy ?

Dr : C'est pareil. Et il y a un médecin, et toute une équipe autour de ce médecin-là : psychologue et assistante sociale. Mais plus ils se sentent soutenus et mieux c'est. Ce sont des tentatives pour essayer de rattraper les choses. Parce que, quand vous êtes dans cette galère-là, c'est quand même assez...

A.B. : Donc quand ils arrivent, vous leur faites le cadre ou vous les laissez parler ?

Dr : J'essaie de savoir comment ils sont toxicomanes, comment ils gèrent leurs addictions... Combien ils consomment ? Comment ils y arrivent, comment ils financent leur produit, etc... Et on arrive par ce biais-là à cadrer les choses. La première prescription, j'évalue un petit peu leur besoin, et prescrire en délivrance quotidienne en pharmacie.

A.B. : Pour les obliger à se lever le matin ?

Dr : Pour être sûre qu'ils prennent leur prise une fois par jour, quand ils veulent. Ça dure un mois, un mois et demi. Il y a des individus qui craquent et qui ne viennent plus me voir. J'ai un jeune, il est de 88... Il a 24 ans, et je lui ai dit : «Bah, tu as beaucoup changé!». Il m'a dit : «Oui!». Je lui ai dit, tu te souviens quand tu es venu la première fois, tu voulais retourner tout mon bureau. Il était venu en claquant la porte, etc... Il ne comprenait pas. Il ne voulait pas attendre, parce que la consultation ne durait pas longtemps. Je lui avais dit : «C'est un traitement, donc automatiquement tu attends. Voilà ! Il n'y a pas de : j'ai un train à prendre, j'ai perdu mes papiers... Tu viens en consultation, tu as besoin d'un traitement. Tu veux que ce soit moi qui te prenne en charge, tu respectes ce que je te demande de faire !». On ne déroge pas à ça, on ne déroge pas à ça !

A.B. : Et donc il avait changé depuis la première que vous l'aviez vu ?

Dr : Oui, et dans l'intervalle, il s'est fait des shoots à l'héroïne, il a fait de la prison, mais il revient quand même me voir ! Donc c'est que je représente quand même quelque chose si il vient me voir !? Et en plus, il travaille, donc je me dis que ça va aller mieux.

A.B. : Est-ce que vous avez déjà prescrit le traitement Suboxone® : Buprenorphine plus Naloxone ?

Dr : A un moment, je voulais le prescrire, et puis il n'était pas commercialisé en France.

A.B. : Il est sorti depuis un mois, je crois.

Dr : J'attends que le représentant passe.

A.B. : Vous vouliez le prescrire à qui ?

Dr : Aux injecteurs justement.

A.B. : Et donc ces patients-là, ce serait en relais, dès lors qu'ils s'injectent, ou qu'ils prennent de l'héroïne ?

Dr : Hum.

A.B. : Ce sera un choix ?

Dr : Ce sera un choix... Ce sera comme ça. C'est moi qui décide. Ça fait longtemps que je l'attends.

A.B. : Et il y avait aussi la question des salles d'injection. Les salles de consommation supervisées...

Dr : Ah ça, je suis contre ! Totalement opposée !

A.B. : Alors pourquoi ?

Dr : Pourquoi ?! Parce que ce n'est pas régler le problème de toxicomanie. Quelque part, c'est la favoriser. C'est sûr que, au niveau de l'asepsie, tout ce que vous voulez, on le sait, c'est parfait. Non, je crois qu'il faut les aider, mais pas comme ça. Ça, c'est presque favoriser le fait qu'ils continuent de se droguer. Parce qu'ils ont un lieu sûr... Il faut de la pudeur, mais j'y suis totalement contre ! Je ne conçois pas, c'est tellement individuel, il faut tellement aborder le sujet de leur vie depuis leur petite enfance, etc... Il faudrait plus de centres... Centr'aide... De médecins formés... Mais non, c'est très important qu'ils puissent être entendus, accueillis 24 heures sur 24.

Parfois, c'est la vie de couple qui en prend un coup, ils ont des problèmes avec leurs enfants. Les enfants sont retirés... On voit plein de choses !

A.B. : Et la réduction des risques, ça ne s'oppose pas à l'arrêt de la dépendance ? Les stéribox®, kit-sniff, éventuellement le Suboxone® ? Est-ce que vous pensez que c'est en opposition avec l'arrêt de la dépendance ?

Dr : L'arrêt de la dépendance, vous savez comme moi que c'est une grosse part de volonté. En fait, du moment où ils arrivent à avoir un objectif dans leur vie. Sur le plan social, ça devrait être les premières personnes embauchées... Ou avec des mi-temps thérapeutiques, ça devrait être les premières personnes à qui on propose quelque chose.

A.B. : Le patient qui vient chez vous, qui rechute ou qui reprend de l'héroïne... C'est suite à quel événement ?

Dr : Les galères de la vie, le fait de ne pas être occupé, de ne pas avoir de rythme dans leur vie ! Nous, on se lève le matin, on se brosse les dents, on s'habille, on déjeune... Pour aller faire quelque chose... Ne serait-ce que pour faire des travaux d'intérêts publics ! Déjà, être reconnu. Je crois qu'à partir du moment où vous n'êtes pas reconnu, vous avez du mal à vous en sortir.

A.B. : Quand vous les voyez, ils viennent après une longue période de toxicomanie ?

Dr : Oui, ou alors en injonction thérapeutique. Ou alors ils viennent accompagnés de leurs parents. Je ne suis pas toujours le médecin traitant des personnes que je prends en charge. On prend rendez-vous, ils attendent. Quand les parents arrivent à accompagner leur progéniture, ils entendent ce que je vais dire et ce que je dis sur les complications et caetera... Après, ils entrent dans le cadre ou pas. Ils veulent se plier ou pas. Moi, je regrette, chez moi, c'est comme ça.

A.B. : Les personnes qui sniffent aussi, on n'en a pas trop parlé. Il y a moins de personnes qui s'injectent et plus de personnes qui sniffent. L'héroïne, la cocaïne... parfois la buprénorphine... Est-ce qu'ils vous disent qu'ils sniffent ?

Dr : Oui, je leur demande.

A.B. : Et quand ils vous le disent, qu'est ce que vous faites ?

Dr : Je leur dis que ce n'est pas bien. Voilà.

A.B. : Et ils l'entendent ?

Dr : Ils ont des problèmes de muqueuses nasales, des abcédations... Voilà, le résultat c'est ça.

A.B. : Vous n'arrêtez pas la prescription à ce moment-là ?

Dr : Ah non.

A.B. : Et ils sniffent avec des pailles, je ne sais pas si vous leur demandez ?

Dr : Ils sniffent comme ils peuvent. Ils utilisent tous les procédés possibles et imaginables.

A.B. : Ils ne partagent pas ?

Dr : Ah ça, je n'ai jamais demandé. Aussi bien la technique que le sniff avec les copains. Non, je ne leur ai pas demandé.

A.B. : Des cas d'hépatite B, il y en a encore beaucoup ?

Dr : Non.

A.B. : Ils font les prises de sang ?

Dr : Oui. Parfois on a du mal à les faire, quand le capital veineux est un peu abîmé... Non, ils font le dépistage. Le sida, l'hépatite C et l'hépatite B. Je ne leur fais pas tout de suite la prise de sang, pas au premier contact. Déjà, si ils viennent, c'est déjà beau ! Si ils arrivent à connaître un mode de vie régulier... Je crois que le suivi des toxicomanes, c'est surtout prendre du temps. Les reconnaître en temps que patient, en tant que jeune. Moi, j'ai des enfants qui ont l'âge de ces patients. Donc, quelque part, quand vous leur demandez depuis quand vous vous droguez, vous vous dites... Ben voilà...

A.B. : ça peut arriver à n'importe qui ?

Dr : Tout à fait, tout à fait ! On n'est pas susceptible de s'en sortir quand on n'a pas quelqu'un d'un peu... La discussion n'est pas possible avec leurs parents. Ils sont rejetés par leur famille. Qu'ils en aient ras le bol de leur comportement, on peut l'entendre ! Il faut leur montrer que tu peux réagir. Profite que ta maman ou ton père t'accompagne pour te remettre dans les rails... Les corrects ! Il y a de très bons résultats. J'ai des jeunes qui s'en sont sortis ! Par étapes !

A.B. : Ce qui décourage les médecins, ce sont les patients qui ne s'en sortent pas ?

Dr : C'est comme tous les traitements ! C'est comme tous les traitements, on arrête rarement un traitement contre l'hypertension ! Même si ça a été la mode pendant un certain temps ! On n'arrête que dans certaines conditions. Mais un toxicomane, si il a besoin de son Subutex®, tout au long de sa vie. Il aura pendant toute sa vie, la petite quantité qui lui permet de tenir. Après que l'on trouve que ce n'est pas comme ça qu'il faut faire... Je ne sais pas... Il y a des patients pour qui on ne peut jamais arrêter le traitement. Dès qu'on l'arrête, ça ne va pas. Il y a des patients à 4 mg, 2 mg, et dès que l'on arrête, ça ne va pas. C'est parce que, ils ont tellement peur de ne pas être bien, parce qu'ils en ont vu des moments où ils étaient en état de manque et caetera... Alors on leur donne des petits trucs. On leur dit que ça ne va pas durer 107 ans. Je suis à ta disposition, tu peux me téléphoner. Ils savent que généralement c'est limité.

A.B. : Ils interprètent un peu les symptômes ?

Dr : Alors là, ils analysent ! J'ai un jeune qui était sous chorhydrate de méthadone, c'était impossible de lui faire diminuer la quantité. Alors je lui fais enlever avec une seringue tuberculinique 0,1 mL à chaque fois. Il y va progressivement. Alors on a réussi à baisser progressivement de 5 mg. Ce n'est pas la panacée, mais voilà. La prochaine étape, c'est recommencer de façon à... Je lui ai dit, de toute façon, dans ton flacon, il en reste autant ! Il t'en reste sur les bords... Alors, si tu fais l'analyse, on ira progressivement et il y arrive.

A.B. : Et les diminutions sur le Subutex® et la méthadone, c'est vous qui en parlez ?

Dr : Ça peut-être les deux. Souvent je leur fais une prescription alternée, c'est à dire qu'ils ont la dose maxi et la dose minimale. Ils prennent un coup l'un, un coup l'autre de façon à diminuer progressivement. Et à la fin du mois, on commence avec la dose mini. Tout simplement pour leur montrer que ça ne change rien.

A.B. : Pour enlever cette angoisse du manque ?

Dr : Tout à fait. Il y a plein d'exemples qui me viennent à l'esprit. C'est un cas particulier ! Parfois, ils ne sont pas bien... Ils ne sont pas bien... Parce qu'il y a d'autres addictions dont l'alcool... Généralement, souvent c'est associé.

A.B. : Et les personnes qui arrêtent ne tendent pas à prendre plus d'alcool ?

Dr : Non. Ce qui les sauve, c'est le travail. J'ai un autre jeune qui va avoir trente ans, il a vu sa vie transformée à partir du moment où il a travaillé. Il travaille dur, il est commis chez un agriculteur. Il part le matin en mobylette pour 6 Km, il a une côte à monter par tous les temps. Il est à l'heure. Tous les jours, il va chercher son Subutex® en pharmacie. Il travaille et il a beaucoup, beaucoup changé. C'est important de prendre du temps, on le prend pour autre chose, alors on peut le prendre pour ces personnes-là !

A.B. : Comme avec les personnes dépendantes à l'alcool ou autre ?

Dr : Je les supporte moins !

A.B. : C'est bizarre ! Quelle est la différence ?

Dr : Je ne sais pas, je ne les supporte pas. Je crois que c'est plus facile de parler avec un toxicomane qu'avec un alcoolique !

A.B. : Parce qu'il n'est pas capable de parler ?

Dr : Il est moins maître de ses sens. Je ne sais pas, c'est comme ça. Les toxicomanes, il y a des gens qui ne veulent pas en entendre parler ! L'alcoolique, j'ai beaucoup de mal.

A.B. : Comme c'est légal, ça peut sembler plus facile ?

Dr : Il y a un bon traitement, vous arrachez tous les vignobles et caetera. Mais ça rapporte à l'état, donc... J'ai beaucoup de mal, parce que je trouve qu'une famille où il y a un alcoolique, ça fait encore plus de ravage qu'une famille où il y a un toxicomane !

Médecin généraliste n°14 - femme - exercice semi-rural - 46 ans

A.B. : Vous avez des patients toxicomanes dans votre patientèle ?

Dr : Alors moi, j'ai des patients toxicomanes, quelques uns, plus des longs termes, des chroniques, que des aigus. J'en vois très rarement en aigu.

A.B. : C'est quoi un patient toxicomane aigu ?

Dr : C'est celui qui arrive en me disant, je veux décrocher, je veux du Subutex®, je veux ceci... Je veux cela... Pas forcément en manque, ou voilà, je me suis décidé, j'arrête tout etc ... Donc ceux-là quand je les vois, je ne les prends pas en charge directement, donc je les envoie en centre pour toxicomanes.

A.B. : A Commercy, il y a un centre qui les accueille comme ça ?

Dr : Il y a un centre qui s'appelle le centr'aide, qui s'occupe de tout ce qui est toxicomanie, qui dépend de Fins, avec Mme Guerlet. Et ça contribue effectivement à ce qu'il y soit pris en charge globalement. Et si vraiment, ils sont bien dans leurs bottes, ils reviendront, voilà, chercher leur Subutex® etc...

A.B. : Même pour la buprénorphine, ils passent par là alors, pas que pour la méthadone ?

Dr : C'est une façon de faire à moi, c'est à dire que je pourrais très bien prescrire effectivement directement la buprénorphine. Le problème, c'est qu'il y a quand même pas mal d'abus, pas mal de choses qui se passent après, des toxicomanes qui vont démarcher du Subutex® dans le coin. Donc c'est vrai qu'on se sent, bon déjà je retiens mes prescriptions parce que je pense qu'elles ne sont pas toujours à bon escient et quand on les fait directement, ça m'embête un peu. Donc j'essaie un peu de tester leur motivation, donc c'est sûr que ça va être allez à centr'aide que vous soyez vu par psy, par une assistante sociale, donc tester un peu leur motivation, ce qui fait qu'il y en a certain que je ne revois pas, d'autre que je revois. Et puis exception faite pour un jeune qui viendrait avec ces parents, en me disant : « Voilà, tout le monde est au courant, mes parents m'aident, je suis revenu habiter chez eux etc... » Là je vais essayer de prescrire ou d'avoir une cure un peu plus rapidement. Bon, ça m'arrive de prescrire directement et de prendre en charge... mais très souvent, c'est plutôt de relais des gens ou des personnes qui ont déjà été vues par centr'aide et qui reviennent et on assure la continuité de l'ordonnance.

A.B. : Et il y a des endroits où ils peuvent faire des cures de sevrages... Enfin ça arrive d'une cure de sevrage soit demandée ?

Dr : Oui, moi, je leur propose parfois, quand ils sont quasiment plus à grand chose et qu'on a l'impression que c'est plus placebo qu'autre chose. Ceux qui sont un peu polytoxiques, j'allais dire, qui prennent un peu tout et n'importe quoi, on essaie plutôt de les orienter et effectivement sur l'hôpital psychiatrique de Fains, on a possibilité de les hospitaliser pour des cures de sevrages.

A.B. : Oui, mais l'accessibilité des CSAPA pour des personnes qui sont sous buprénorphine est différente par rapport à la meurthe et moselle... ?

Dr : Voilà, nous, on a plutôt tendance... On voilà, mme Guerlet, on la connaît quasiment tous, on a fait pas mal de soirée FMC avec elle, on a essayé de faire des pluridisciplinaires sur la toxicomanie. On essaie effectivement de centraliser, je pense que c'est peut-être pas idiot aussi de renvoyer toujours sur le centre, ce qui fait que les toxico au bout d'un moment ils savent qu'il faudra qu'ils décrochent, que c'est le seul moyen, et que ce n'est pas la peine de voir Pierre, Paul ou Jacques, on aura tous le même discours. Donc c'est vrai que là dessus je pense qu'en Meuse... Bon, c'est peut-être ma façon de faire aussi, peut-être que d'autres font autrement... J'ai tendance qu'en même à tester la motivation, allez voir et discutez en avec d'ancien toxico parce que ce n'est pas simple etc... est-ce que vous êtes au bon moment où il faut décrocher etc... Donc c'est vrai qu'actuellement, j'ai plutôt des toxico qui sont de longue haleine, pour lesquels on est doucement en train de descendre. Des gens qui ont tous du boulot, qui ont tous une famille voilà... J'en ai peut-être un qui sort de prison qui est encore dans ce circuit de dire, je vais replonger et puis j'ai pas de boulot, je tourne en rond, je gagnais plus d'argent avant...

A.B. : Il dealait ?

Dr : Oui, il dealait avant. Là, il ressort il est au RSA, il ne peut pas faire ce qu'il veut. Donc au bout d'un an ou deux, il commence à nous dire qu'il va craquer, parce que la vie était quand même drôlement mieux avant, et que sans drogues, sans rien, sans fête, la vie est quand même pas rose...

A.B. : Quand vous avez un enfant qui vient avec ses parents, parce que, apparemment, les primo-prescriptions c'est plutôt quand ils viennent accompagnés. Comment vous leur parlez, vous leur décrivez le cadre, comment ça fonctionne... Vous le laissez parler lui ?

Dr : Comment je fais si je me décide à prescrire et que c'est une situation ou de couple ou de parents. Alors je vais expliquer déjà plus à l'environnement, parce que je trouve que c'est plus eux qui sont perdus dans tout ça... ça va être le conjoint, les parents, que voilà, c'est une vraie galère, que c'est une maladie, qu'il faut qu'ils soient patients, que ça va être très difficile, qu'on décroche pas comme ça du jour au lendemain. Qu'il y aura certainement des rechutes, qu'il faut pas les blâmer, qu'il faut essayer de les aider. Donc ça c'est le côté, essayer de redonner confiance à l'autre, la confiance qu'il a perdu par ce toxicomane qui est toujours menteur, dealer... enfin voilà... Donc souvent la famille dit : « je ne fais plus

confiance», la famille ou le conjoint, ça m'est déjà arrivé aussi. Je pense que je prends du temps pour expliquer aux autres que ça va être difficile, c'est pas du jour au lendemain où on décroche. Après pour le toxicomane... Oui, je lui dis qu'il le sait très bien, parce que souvent ils se connaissent tous, ils savent déjà ce qu'ils en aient, la rigueur qu'on va leur demander en jour, en comprimé, qu'on laissera rien passer, que c'est une prise en charge de longue haleine. Que moi personnellement, je n'envisage jamais avec eux, au départ, qu'il n'y aura plus rien un jour...

A.B. : Plus rien, c'est à dire ?

Dr : Plus de traitement du tout. Je leur dis qu'on va essayer de trouver la bonne dose et une fois qu'on aura trouver la bonne dose, et quand on aura la dose là, on redescendra. Mais je leur dis souvent que c'est rare que je vois des toxico qui n'arrêtent pas et si il faut garder ça toute sa vie, je lui dis écoute ce n'est pas le problème... Le principal, c'est qu'on ne repasse pas à l'acte et qu'on ne reconsomme pas. J'essaie de lui expliquer comment ça fonctionne un petit peu, pour que la prise ne soit pas ni injecter ni sniffer. Le fait de le prendre en une fois par jour parce que cela c'est hyper difficile, les effets de la consommations de l'héroïne... ça j'essaie de leur expliquer. Je leur laisse un maximum de porte ouverte en disant que plutôt que de reconsommer, il vaut mieux qu'ils prennent deux-trois comprimés et qu'il m'appelle et que... voilà, on avisera si jamais ils ont été tentés par un produit un week-end ou je ne sais pas quoi, les copains. Qu'est ce que j'essaie de leur dire au départ ?... Mais c'est vrai que c'est long la première consultation ...

A.B. : Et eux, ils posent des questions, ils sont demandeurs d'informations ou c'est plutôt vous qui leur en donnez en fonction de ce qui se présente ?

Dr : Leur appréhension, c'est de ne pas avoir assez. Donc qu'est ce que je fais... qu'est ce qui va m'arriver... Comment je vais me sentir... Ils appréhendent plutôt le côté physique. Ils ne voient pas trop à long terme, ils n'ont pas une vision à long terme. c'est comment je vais faire, très rapproché dans le temps. C'est quand est-ce qu'on se revoit, quand est-ce que vous allez m'en redonner, parce que c'est vrai qu'au départ on essaie de pas trop laisser filer. Demandeur... pas tant que ça, le produit, ils l'ont souvent testé sous le manteau, ils savent à peu près la dose qu'il leur faut, ils savent les effets que ça fait, ils en ont beaucoup discuté entre eux. Après, ils discutent parfois le produit. Ils préfèrent beaucoup la méthadone maintenant, parce que ça se vend pas mal sous le manteau, et qu'il teste aussi. Ils ont l'impression que c'est quand même beaucoup mieux que le Subutex®, voilà... Mais le frein, il est de leur dire que ça, moi, je ne peux pas. A partir du moment où il comprend que le généraliste ne donne pas de Méthadone, il revient au Subutex®. Si il faut aller ailleurs... Donc du coup ça les freine... Comme genre de question, je pense que c'est tout ... Ils ne sont pas très demandeurs... Ils sont demandeurs de leur produit, au fur et à mesure du temps... Là où l'on galère un peu, c'est la prise unique, et puis voilà, le mode... parce que il y en a quand même encore certains qui sniffent la moitié de la dose, parce que voilà... Bon on arrive quand même à leur faire dire, après le faire dire, c'est bien, mais leur faire arrêter c'est encore autre chose. C'est encore plus difficile. Ceux qui le font ont encore beaucoup plus de mal à décrocher.

A.B. : Et au niveau de l'effet, ils ont l'impression que ça change quelque chose ?

Dr : Les deux qui sniffent, ils ont vraiment l'impression de retrouver le geste, c'est pas forcément une histoire d'efficacité ou de quoi que ce soit. Parce qu'ils prennent le reste par voie orale, ils en prennent la moitié. Ils disent que ça va, mais je pense que c'est vraiment une histoire de rester dans le geste, et dans le... Ils ont l'impression d'être mieux. Voilà, après si on leur dit, t'es sûr, tu as essayé tout ?... Ouais peut-être que vous avez raison... ah, c'est quand même mieux quoi !

C'est pas évident de les faire décrocher du geste.

A.B. : Et pour l'hépatite C, parce que quand ils sniffent, je pense qu'ils prennent des pailles, je ne sais pas si il vous explique un peu comment ils font ?

Dr : (acquiesce)

A.B. : Ils entendent qu'il y a des risques d'hépatite C en sniffant, qu'il ne faut pas partager la paille, parce que le virus reste une semaine sur la paille «vivant», vous leur dites, ouest-ce que vous pensez qu'ils le savent déjà ?

Dr : Alors ça, c'est un truc que je n'aborde pas forcément avec eux parce que quand ils sniffent, ils sniffent leur Subutex®. Et ils sont tout seul. Les deux que j'ai, ils sont en couple, il n'y a pas de... Ce n'est plus en comité, en fête, ou en soirée. C'est vraiment, je prends mon Subutex®, et je m'en fais la moitié, comme ça, par «plaisir».

A.B. : C'est leur traitement par le nez ?

Dr : Oui, voilà. Ce n'est pas des gens qui vont en soirée ou quoi que ce soit. Et là pour le coup, l'un des deux c'est un couple, et il fait cela en cachette de l'autre...

A.B. : Et chacun fait cela en cachette de l'autre ?

Dr : Non, non, je veux dire celui qui est toxico, parce que l'autre ne l'est pas. L'autre le sait très bien et donne journalièrement le Subutex® à l'ancien toxico, et il sait très bien. Voilà, il prend l'autre moitié et

garde la moitié, et même si il le sniffe, il le sniffe dans les toilettes ou quelque part pour éviter, j'allais dire, qu'il n'ait toujours cette image de toxicomanie, en disant, j'ai fait l'effort, j'ai arrêté, je ne prends rien. Mais lui garde toujours ce plaisir de faire ça en cachette, et puis l'autre dit : «Bon, il a déjà fait un gros effort...»

A.B. : L'autre le sait ?

Dr : L'autre le sait parce qu'il l'entend... Si, il le sait. Ce n'est pas un geste fait en public, donc je n'ai pas ce problème de contagion, ou de chose comme ça. ça, c'est vrai que ce n'est pas un truc que j'aborde avec eux.

A.B. : Et il y a des gens qui prennent des drogues cocaïne, héroïne, je ne sais pas, de façon festive entre guillemets, parce que ce n'est jamais complètement... Ces gens-là, ils vous en parlent ?

Dr : Non.

A.B. : Et la question, elle est facile à aborder ?

Dr : La question n'est pas simple à aborder. C'est rare, parce que la tranche d'âge où on aurait cette question à aborder, ne vient pas encore toute seule au cabinet, il y a souvent les parents. Alors même si on pose la question... l'alcool commence peut-être un peu plus à ce que les parents soient... un peu plus à l'écoute. Même si on pose la question de dire attends... tu rigoles, t'as pas bu, vous l'avez tous fait. Encore plus l'alcool, parce que je pense que les parents sont là-dessus... Ben voilà, on est une société où l'alcool, tout le monde en consomme, entre guillemets. C'est vrai que les parents sont là-dessus un peu moins, quand les gamins nous répondent, moi jamais. Si bien sûr, tu as dû le faire... Alors que le tabac et l'héroïne, là les parents ils n'iront pas relancer la question, ils n'iront pas chercher plus loin. Bon, ça nous arrive effectivement, ça m'arrive chez des enfants qui auraient des rhino à répétition, des bronchites à répétition. Là, je commence à leur dire : « Qu'est ce qui se passe, on ne te voyait pas l'année dernière... qu'est ce que tu fais, tu fumes ? Voilà ». parfois, ça met la puce à l'oreille aux parents. Mais voilà, tant qu'il ne vienne pas tout seul, ce n'est pas simple. Parfois, il est arrivé que j'ai des jeunes qui vont me parler, parce qu'ils sont tout seul d'alcool, de tabac, parfois de cannabis, rarement ils n'ont avoué une cocaïne ou héroïne. C'est hyper-rare.

A.B. : Les rechutes, ils vous en parlent quand c'est arrivé ?

Dr : ça dépend des cas. C'est vrai que j'ai l'impression... je peux me faire avoir... mais j'ai l'impression qu'ils m'en parlent quand même. Il y en a rarement à qui je dis : «Tiens, ça ne va pas en ce moment. T'es pas comme d'habitude, je ne te sens pas comme d'habitude.»

«Oui, bah oui, vous me connaissez, la semaine dernière machin...» Mais voilà, comme moi, ce sont des gens qui reviennent et que je suis depuis un certain temps, on sent bien quand ils vont bien ou qu'ils ne vont pas bien. ça devient comme nos patients chronique, parfois on les voit arriver... ça va pas, attends, attends, on voit bien que ça ne va pas, t'as retouché, t'as machin ?... Ils avouent un peu contraints. Bon, il y en a d'autres qui me disent : «ouais, en ce moment c'est trop dur, les copains, les machins. j'ai replongé un peu, mais j'ai fait attention, voilà.»

A.B. : Les stéribox®, ils utilisent ? les kits-sniff ? préservatifs ?

Dr : Bonne question.

A.B. : J'ai l'impression qu'on ne pose pas toujours la question... Moi-même en remplaçant , je ne la pose pas toujours.

Dr : Tout à fait, là, c'est vrai que je ne poserai jamais la question. Autant, préservatif, oui. ça me viendrait à l'esprit de dire : «Faites gaffe, ouais», mais plutôt lié à l'alcool, qu'à la drogue.

A.B. : Finalement tous les jeunes ?

Dr : Le préservatif fait partie de mon truc habituel. Par contre stéribox®, tout ça... non. Je ne pense pas à demander.

A.B. : Et la vaccination hépatite B chez les patients toxicomanes, pour vérifier si ça a été fait ?

Dr : Je leur fais faire des sérologies, quand je les prends en charge. Les vacciner, alors parfois ils l'ont été, parce qu'on commence à avoir des jeunes qui ont été vaccinés dans la génération... Parfois ils ne l'ont pas été...C'est vrai que je n'ai jamais reproposé, c'est vrai, bonne réflexion. Je n'ai jamais reproposé à quelqu'un qui est négatif de faire une vaccination à l'âge de 20 ou 25 ans. Je n'y ai jamais pensé. On vérifie si c'est négatif ou pas, mais c'est vrai que je ne vais pas plus loin.

A.B. : Ils ne sont pas trop contre les prises de sang ? Enfin... Ils la font quand vous leur prescrivez ?

Dr : Grosso modo, quand ils sont dans le sevrage, enfin dans l'arrêt du produit etc... Ils sont plutôt pour faire le point. C'est vrai que je ne la fais pas dès le départ.

A.B. : ça les brusquerait un peu ?

Dr : Voilà, je laisse un peu, un mois ou deux de Subutex®, puis après je leur dis : «maintenant que ça va bien, on va peut-être penser à faire des prises de sang etc...». Non, ça va, ils la font assez facilement et rares sont ceux qui ont peur des labo. et des aiguilles.

A.B. : Le Suboxone®, je ne sais pas si vous en avez entendu parler ?

Dr : Alors c'est Subutex® plus naloxone, mais il n'était pas sorti ?

A.B. : Et bien ça y est, il est sorti depuis un mois et demi ou deux. Vous connaissez le principe, je pense. Vous pensez qu'il y a des patients à qui vous pourriez le proposer ?

Dr : Je ne sais pas. Philosophiquement, je me dis que c'est un peu être moi aussi dans le mensonge, de ne pas faire confiance. Je ne suis pas sûre que ce soit quelque chose qui me titille du bout des doigts. Donc si je le fais, ce sera peut-être exceptionnellement pour vraiment... Faire adhérer au traitement ou je ne sais pas, mais... voilà, philosophiquement, bof...

A.B. : Le fait qu'on lui dise que si tu t'injectes, tu seras puni derrière... ?

Dr : C'est ne pas faire confiance... C'est déjà moi, ne pas faire confiance aux jeunes, et déjà là, la relation, elle n'est pas top entre nous. Philosophiquement, pour l'instant, je n'ai jamais envisagé de faire cela.

A.B. : Les patients, ils sont à combien de milligrammes à peu près ? Vous montez jusqu'à combien ?

Dr : Le mini, j'en ai un à 0,4, depuis dix ans. Il est vraiment conscient que c'est du placebo, mais c'est plus fort que lui.

A.B. : ça lui permet peut-être aussi de vous voir, pour faire le point tous les mois ?

Dr : Oui, mais là, on se voit même tous les deux mois, parce que du coup je lui prescris 0,8. Oui, je pense qu'il a besoin de revenir de temps en temps aux nouvelles... C'est marrant. Au delà de dix, je n'ai pas, j'ai plutôt du 0,4, du 2, du 4. Par rapport à d'autres confrères, je suis vraiment dans des situations où socialement ils sont tous rangés, ils ont tous une famille, du boulot. Donc c'est facile de gérer, c'est complètement différent.

A.B. : Les salles de consommation supervisées, vous en avez entendu parlé ? Le principe est de permettre l'injection propre. ça existe à Bilbao, au Luxembourg ?

Dr : Qu'est ce que j'en pense ?

Je ne pense pas que ce soit bien. Libéraliser quelque chose contre lequel on lutte, ça ne va pas être top. Personnellement, je pense qu'on arrivera comme l'alcool à des catastrophes. Même si après on limite à la vente d'un tel ou à la prise d'un tel, vérifier les pièces d'identité etc... On a vu ce que ça donne avec l'alcool, il n'y a aucun moyen de contrôle que ces gamins soient alcoolisés ou pas. Honnêtement je ne pense pas que ce soit bien quoi .

A.B. : Il n'y a aucun patient que vous pourriez adresser ?

Dr : Ou alors, si. J'ai croisé une fois en quasi fin de vie. Alors à 50 ans, pour eux, c'est une quasi fin de vie. Des gens qui ont toujours consommé toute leur vie et à 50 ans, ils consomment toujours. Effectivement, on leur dit, dans ce cas-là, pourquoi pas. Et puis, je veux dire, ils ne feront jamais rien comme les autres. Oui, qu'ils puissent se retrouver dans un endroit où ils sont plus sécurisés, peut-être. Voilà, dans ma tête ce sont des cas, où en tant que soignant, on n'a plus sa place. En tant qu'accompagnant, mais pas en tant que soignant.

A.B. : Vous avez déjà eu des patients qui avaient des complications liées à l'injection ou au sniff ?

Dr : Alors sniff, non. Mais j'ai entre guillemets une assez vieille toxico, qui elle effectivement... Alors moi, c'était un relais que je faisais avec centr'aid pour la méthadone parce qu'au bout d'un moment ils ont le droit de... Elle a 49 ans, ça fait 8-9 ans que je la connais. Elle a fait d'énormes problèmes cutanées parce qu'elle a fait d'énormes abcès. Elle a des bras complètement difformes, d'ailleurs elle ne s'habille pas en tee-shirt. Avec des lymphoedèmes importants en été...

A.B. : Elle se piquait avec du Subutex® ?

Dr : Alors elle a dû tout piquer, parce que quand je l'ai reprise en main, elle avait plus que sa méthadone et quelques anxiolytiques, mais prescrit parce qu'on ne pouvait pas faire autrement. D'ailleurs, elle a une hépatite C et comme on lui a enlevé tout plaisir à la vie, elle s'est mise à l'alcool. Donc là, elle a une insuffisance hépatique stade terminal, parce qu'hépatite C plus alcool, ça fait pas bon ménage. Mais même là, dans l'accompagnement, c'est : «de toute façon je m'en fous. Vous savez bien... Ma vie, elle est foutue, elle est foutue. Que je parte maintenant...qu'est-ce que vous allez m'embêter avec vos traitements». Ce sont des gens qui ont vécu des choses, qui font le bilan de leur vie, qui est complètement négatif, parce que deux enfants placés à droite à gauche, parce que consommation... parce que ceci et cela... A 49 ans, elle se dit : «Laissez moi partir tranquille». Oui, des problèmes cutanés, des hépatites, des lymphoedèmes... Les autres, ils ont toujours leur problème de main, une fois qu'ils ont injecté. C'est la seule que j'ai...

A.B. : Au niveau du sniff ?

Dr : Je n'ai pas de problèmes de ce côté-là.

A.B. : Il ne vous demande pas de vasoconstricteurs ?

Dr : J'en ai aucun qui ne me demande jamais rien pour le nez. C'est vrai que les Subutex®, à part l'hépatite C qui est un peu compliquée, qui avait déjà un peu de Xanax... les autres, ils sont Subutex®-Subutex®. Au pire, ils ont un anti-dépresseur quand je vois que vraiment, du coup, la vie n'est pas rose parce qu'on a tout arrêté, on a lâché les copains. Vraiment aller au bout de son sevrage, c'est parfois dur pour eux. Sinon, je n'ai pas de prescription concomitante.

A.B. : Les benzo, ils ne les réclament pas ?

Dr : Non. Le problème, c'est d'instaurer. Celle qui venait de centr'aid, celui qui venait de tôle. Oui, il leur donne tellement de truc là bas. En sortant, il était avec 4 ou 5 Lexomils par jour. Donc comment enlever 4 lexomils ?... Donc là, c'est vrai que lui, en prison, dès qu'ils demandent un truc, ils l'ont. Ils ressortent avec énormément de choses. Alors eux, par contre, revenir en arrière, c'est dur. C'est une situation bien particulière. Le toxico standard qui vient nous voir en cabinet, je ne lui prescris rien d'autre que du Subutex®...

J'ai eu une petite jeune qu'on connaissait, un accouchement, le nourisson a fait un gros souci et là, ce sont les anesthésistes qui galèrent, puis au bout d'un moment, elle avoue qu'elle prenait, elle s'injectait... Du coup le bébé a fait un syndrome de sevrage. Elle n'en avait jamais parlé à personne, personne. Nous, on vient de faire le relais, elle a eu le Subutex® à l'hôpital. Comme c'était moi, le médecin traitant, mais que je n'avais jamais, jamais... enfin bref... Donc j'ai pris le relais, et du coup, elle m'a amené son conjoint qui était complètement...

A.B. : Qui n'était pas au courant non plus ?

Dr : Alors lui, si. Il a dit qu'il avait déjà consommé, déjà arrêté... Elle est venue avec lui, en me disant : «Peut-être que vous pourriez faire quelque chose pour lui. Mais alors, je lui ai dit : «Non». Vous passez par centr'aids, en plus il y a des polyconsommations. «Ouais ouais, mais je veux de la méthadone». La méthadone, je ne peux pas alors c'est centr'aid. «Mais c'est hors de question, parce que Mme Guerlet, je la connais bien, et si elle me voit dans cet état-là. Elle va nous enlever le gamin.» Je lui ai dit que je ferais pareille. Si le gamin dans 7-15 j, il court un danger et que vous êtes tous les deux dans cet état-là, c'est clair que je ferais pareil et que vous enlèverez ce gamin-là. Ils essaient toujours de passer entre les mailles du système. Voilà, on essaie de centraliser et je pense que ce n'est pas si mal qu'on essaie de centraliser les patients qui ne sont pas simples à gérer.

A.B. : C'est vrai que le fait qu'il y ait plusieurs façons de prendre en charge les patients en médecine générale, ça veut dire que certains patients vont choisir un médecin, parce que la prise en charge est différente... plus facile.

Dr : Tout à fait.

A.B. : Et du coup, ce n'est pas forcément l'idéal.

Dr : C'est pour cela que je disais, j'ai fait des formations, j'aime bien la toxico. Donc j'ai fait pas mal de trucs, y compris avec des intervenants de l'UFATT, Mme Guerlet... On l'a fait à Verdun, on l'a fait ici, à Bar le Duc... des soirées avec le proc. On était plusieurs, le proc dans son cadre en disant qu'il ne voulait pas forcément être répressif à chaque coup, mais qu'il marchait dans notre sens et que si nous on lui disait que ce gars-là pouvait encore faire quelque chose, il faisait une injonction thérapeutique. Avec les sage-femmes, on a fait des soirées aussi. Je pense que c'est intéressant de tous se connaître et de ne pas se faire piéger. Mais malgré cela, je me demande toujours comment, il peut circuler autant de choses, autant de méthadone en vente sous le manteau.

A.B. : Parce qu'il y en a qui sont sous traitement et qui prennent autre chose, qui sont sous traitement et qui consomment . Mais je pense qu'on arrivera pas...

Dr : Non, après est-ce qu'il faut ?

A.B. : Après il y a des patients qui prennent du Subutex®, comme ça, parce qu'ils ne veulent pas voir le médecin. Est-ce que c'est bien ? je ne sais pas...

Dr : Alors quand on leur dit que c'est gratuit, pour vous il n'y a plus à payer... Mais c'est vrai qu'on en vient presque comme les dépressifs, quand est-ce qu'on accepte l'aide de quelqu'un d'autre. Parce que je veux m'en sortir tout seul, j'achète mon produit... Jusqu'au jour où... c'est quand même faire appel à quelqu'un d'autre, j'ai besoin d'aide, il faut m'aider...

Médecin généraliste n°15 - femme - exercice urbain - 56 ans

A.B. : En pratique, qu'est-ce qu'on peut faire quand on est médecin généraliste pour réduire les risques chez les patients qui sont usagers de drogue ?

Dr : Leur redonner les principes de base pour des injections avec du matériel à usage unique, si ce sont des injecteurs. Mais même s'il ne sont pas injecteurs, je redonne quand même cette consigne-là : utiliser du matériel à usage unique pour les injections. Ce n'est pas pour les inciter à devenir injecteur, c'est parce que... ils peuvent très bien injecter rarement sans qu'ils aient des cicatrices partout, sans qu'ils aient l'impression d'être vraiment des injecteurs. C'est aussi un discours qui peut être reformulé dans leur entourage. C'est toujours un temps fort des premières consultations. Et puis on y revient, il y a des patients que je suis depuis l'avènement du Subutex®, depuis 1996. Et une fois par an, on refait.

A.B. : Vous leur parlez des stéribox® ?

Dr : Ah oui, je leur reparle des stéribox®. Systématiquement.

A.B. : Vous le faites systématiquement ?

Dr : Oui. Je parle de ça et de plein de choses, pas seulement. C'est ce qui fait partie d'une consultation dite « de synthèse ». Parce qu'on a un rythme avec ces patients-là qui peut être un rythme « ronronnant », comme ça.

A.B. : Tout à fait.

Dr : Alors de temps en temps il faut s'arrêter et faire le point. Donc on fait une consultation, pas tout dans la même, pour plein de raisons, autant pour nous, mais aussi pour eux, s'investir dans une seule consultation, dans un entretien, ce n'est pas toujours évident. Donc on parle une fois de ça et du dépistage des maladies transmissibles.

A.B. : Alors tous les ans vous le faites, même s'ils ne s'injectent pas ?

Dr : Tous les ans. C'est ça, même s'ils ne s'injectent pas. Et je dis où ils peuvent les trouver. Voilà... Je pense que c'est important. Alors quelquefois, ça va vite, parce qu'il y a quand même une complicité qui existe depuis si longtemps... Que voilà, mais bon... J'ai l'impression de connaître mes patients mais on sait très bien qu'il y a aussi toute une partie de cette patientèle-là qui échappe à la prise en charge, au traitement et qui pourrait être confrontée à ces pratiques, donc de toute façon, j'en parle. Voilà. Et en même temps, je leur parle des sérologies, des hépatites B, hépatites C : ça fait partie de la même consultation. Pour moi c'est important. Et puis une autre fois, je fais aussi un état des lieux sur où ils en sont sur le plan social : habitat, famille, amis, travail. C'est deux consultations qui se suivent, une fois par an. Je fais ça.

A.B. : Du coup c'est planifié dans votre ordinateur ?

Dr : Complètement. Tous les ans. Deux consultations qui se suivent.

A.B. : C'est bien, ça !

Dr : Et puis plusieurs fois dans l'année, au moins deux fois dans l'année, on fait un examen clinique. Complet.

A.B. : Ils sont demandeurs de cet examen ?

Dr : Pas toujours.

A.B. : Ils refusent ou pas ?

Dr : Quelquefois, mais c'est rare parce que, après cet examen, ils sont toujours très contents d'avoir été examinés. Mais bon, je ne force personne évidemment. Et puis je dis toujours : « la prochaine fois, on fera, si vous voulez. » Et puis ce sont des patients qui peuvent aussi être malades de temps en temps. S'ils ont une rhinopharyngite, une gastro, un problème aigu, quel qu'il soit, c'est l'occasion de faire un examen clinique soigneux et complet. On examine en particulier un certain nombre de choses, la peau, le foie... C'est un examen qui est un peu ciblé mais l'examen du revêtement cutané, c'est important. Alors après, dans le groupe patient, mais il y a aussi des gens qui sont plus ou moins socialisés, des gens qui suivent plus ou moins leur traitement, des gens qui sont déviants, on le sait d'emblée parce que c'est évident. D'autres qui sont déviants, qui n'en parlent pas toujours.

A.B. : Qu'est-ce que c'est un déviant ?

Dr : C'est quelqu'un qui à la fois s'inscrit, même pour lui, dans une démarche de substitution et puis qui n'est pas forcément dans cette démarche-là. J'ai pas mal de patients qui ont à la fois cette démarche-là et à la fois une démarche de consommation encore.

A.B. : Alors donc, c'est par période ? Ils consomment... Puis ensuite... ?

Dr : Par période ou régulièrement. Le traitement de substitution étant quelquefois une alternative à la drogue. De toute façon, c'est intéressant.

A.B. : Pourquoi ?

Dr : Parce que c'est un bon début. Même si c'est un début qui peut durer des années, c'est un bon début. Ce sont des gens qui ne sont plus dans le manque. Le manque : c'est quelque chose d'inférieur. Ils ne sont plus jamais en situation de manque, ne sont plus en situation de délinquance pour avoir des

produits. Donc c'est déjà, de toute façon, une démarche intéressante. Alors après, au cours des entretiens, au cours des consultations, il faut savoir aussi saisir l'opportunité. Il y a des moments où ils sont plus à même de pouvoir avancer par rapport à leur démarche de traitement de substitution. Mais on n'est plus dans le sujet, puisque on est... ??

A.B. : Si, si c'est bien.

Dr : Il faut saisir l'opportunité. Mais de toute façon, une fois par an, on parle de ça. Il y a des patients avec lesquels on en parle à chaque fois, parce qu'ils en parlent eux mêmes.

A.B. : Parce qu'ils avouent ?

Dr : Des anxieux, ou des gens qui pratiquent.

A.B. : Des anxieux pour quoi ?

Dr : Des anxieux, qui ont eu une injection six mois avant et qui vont m'en parler pendant six mois. Par exemple. Voilà, il y a quand même des gens... Bon...

A.B. : D'accord. Vous parlez de ces patients qui prennent de l'héroïne et qui, par moment reprennent de la buprénorphine, je pense, par exemple. Ces patients-là, est-ce que, le fait de les mettre sous buprénorphine, vous pensez que ça les incite à consommer plus longtemps ou de toute façon ils auraient continué ?

Dr : L'injection ?

A.B. : La buprénorphine

Dr : le traitement de substitution ?

A.B. : Qu'ils fassent le «palier» et que ça ne les éloigne pas complètement de l'héroïne, par exemple. Je ne sais pas. Je pose la question.

Dr : C'est ce que j'essaie de vous dire. Il en a des gens qui s'éloignent d'emblée de l'héroïne quand ils sont sous traitement de substitution, il y en a d'autres qui s'en éloignent un petit peu, d'autres beaucoup. Il y a aussi ceux qui rechutent, qui re-consomment à un moment donné de l'héroïne, alors que ce n'est plus du tout dans leur parcours... qui vont de nouveau être un peu perturbés pendant plusieurs mois avec des doses de Subutex® ou de buprénorphine plus élevées ou pas, mais voilà, qui auront l'impression de repartir à zéro. Mais il y a beaucoup de gens qui arrêtent de fumer plusieurs fois avant d'arrêter définitivement.

A.B. : Ça fait partie de la dépendance.

Dr : Ça fait partie de la dépendance. En général, je les rassure par rapport à ça. Voilà.

A.B. : Les patients qui sniffent, parce que les injecteurs, c'est vrai qu'on en parle pas mal, les patients qui sniffent... Ça a l'air d'être plus accepté ou moins... Enfin, je ne sais pas comment c'est chez vous.

Dr : Par qui ?

A.B. : Par les médecins ; j'ai l'impression que ça semble moins grave ?

Dr : Oui et non. Par rapport aux risques, ce sont les mêmes risques que les injections. Voilà, on est d'accord.

A.B. : Partage de paille etc... C'est quelque chose contre lequel vous les mettez en garde.

Dr : Oui-oui, absolument, oui, absolument. J'ai connu aussi les dépistages, les diagnostics d'hépatites C ou j'avais la moitié de ma clientèle dépendante qui avait une hépatite C. Et ce n'était pas tous des injecteurs.

A.B. : C'était des gens qui sniffaient ?

Dr : C'était des sniffeurs. Par rapport à ça, cette expérience-là aide aussi à y penser. Evidemment. C'est sûr que pour moi les sniffeurs et les injecteurs, c'est pareil au niveau de la prise de risque.

A.B. : Donc ça fait partie de la consultation annuelle ? Injection-sniff...

Dr : Oui, tout à fait. Ça c'est sûr.

A.B. : C'est bien. Pour tout ce qui est aussi préservatif, c'est aussi quelque chose que vous dites ? Ou c'est un peu la population générale ? Quand il y a des pratiques sexuelles qui ne sont pas régulières ou qui sont...

Dr : Par rapport à la population générale, je pense plus aux toxicomanes parce que je le fais une fois par an : ça fait partie de la consultation.

A.B. : D'accord.

Dr : Parce que ce qui est intéressant c'est aussi d'élargir, pas uniquement parler de l'injection à des gens qui n'injectent peut-être plus ou peut-être qui n'osent pas en parler. Donc, on élargit. On élargit aussi à la prévention des risques sexuels. Ils savent très bien que ça c'est un discours qu'on a avec toute la population.

A.B. : Oui.

Dr : Donc il faut élargir un petit peu. Je parle aussi de diététique ce jour-là, de consommation de tabac...

A.B. : D'alcool... ?

Dr : D'alcool... Bien sûr... Voilà...

A.B. : Et c'est pour tous les patients ou c'est systématique ?

Dr : Pour ceux-là, c'est systématique. Bon, j'ai fait partie du réseau « ville-hôpital ». Donc on n'a pas mal travaillé là-dessus mais de toute façon, à un moment donné, c'est une population... Bon les hypertendus, on les voit tous les mois, maintenant on les voit tous les trois mois. Il y a des patients chroniques qu'on voit tous les mois, et on sait rompre un peu le rythme du suivi par un certain nombre de choses. Les diabétiques : on va regarder ses pieds tous les trois mois, on va faire de la consultation cardio une fois par an, voir comment fonctionne son rein ; il y a des protocoles. Et là, c'était important de « protocoliser » un petit peu autrement que l'entretien par rapport aux produits, sortir un peu du produit, parler d'eux. Ne pas avoir la conversation uniquement au niveau du produit.

A.B. : D'accord.

Dr : Alors ça c'est un peu carré... Il y a des gens qui s'expriment spontanément, beaucoup. J'ai des stagiaires, en ce moment, j'ai des 5^e année, ils se sont rendus compte qu'avec trois questions bien posées, il y a des gens qui s'expriment et qui étaient là un peu dans l'urgence. Ils vont chez le médecin tous les mois et la méthadone, c'est tous les quinze jours, vous le savez bien... Des fois... pfff... Mais, trois questions bien ciblées, et hop... ils peuvent exprimer une demande de soin ou d'entretien. Voilà... Ils ne sont pas toujours dans l'urgence...

A.B. : D'accord. Le mésusage... Parce que ces patients qui sniffent éventuellement, évidemment peut-être de l'héroïne, peut-être du Subutex®, de la buprénorphine, Ces patients-là, comment vous faites ? Ou qui injectent ?

Dr : On travaille sur l'injection, on travaille sur le sniff... on a tenté pas mal de choses. On a demandé aux patients de prendre leurs comprimés et puis de s'injecter de l'eau par exemple, pour arrêter l'injection mais continuer à injecter, avec ou pas le produit. Il y a un rituel de l'injection. Plus l'injection que le sniff sans doute... mais un rituel de l'injection, il y a cette auto-mutilation aussi parce que, à un moment donné ceux sont des gens qui s'injectent dans des veines qui n'en sont plus. Voilà. En m'assurant qu'ils ont des retours veineux. Des fois, je vois des choses, où je me dis que ce n'est pas possible qu'il y ait des retours veineux... Après avec des explications de pharmacodynamiques pour expliquer que s'ils le prennent sous la langue, ça va marcher bien mieux, bien plus longtemps, ça va couvrir les 24 heures. Mais on ne sort pas d'une héroïnomanie du jour au lendemain en passant un petit cachet sous la langue toutes les 24 heures. Voilà. Il y a ceux qui fractionnent aussi, même en prenant le comprimé correctement, mais qui fractionnent quand même. Avec l'avènement du générique, ça a été aussi, à un moment donné, un moyen de reparler de tout ça. Parce qu'il est nettement moins facile à manipuler, autrement que... Alors il y a eu tous les discours. Pourtant avec des patients avec lesquels on a déjà bien travaillé. « Il est quand même moins efficace. Il n'est pas bon ; ça va directement dans l'estomac... » Tous des discours... un petit peu... enfin... qui ne tiennent pas... pour pouvoir continuer à avoir du Subutex®, pour pouvoir injecter... mais bon... c'est un petit peu dommage qu'on ait eu ça, tard.

A.B. : Les génériques ?

Dr : Oui. C'est le lot de... Disons avant de pouvoir tomber dans le générique... Donc j'ai des patients qui sont sous Subutex® non substituables. Voilà. Pour un temps et puis on en reparle, régulièrement ; ça va évoluer...

A.B. : Parce que vous pensez que s'il prennent le Subutex® non substituable, c'est peut-être parce qu'ils sont dans le mésusage ?

Dr : Souvent. Souvent. Et moi, je leur dis.

A.B. : Vous leur dites quoi ?

Dr : Je leur dis : si vous voulez du Subutex®, vous êtes peut-être en mésusage et qu'on en parle pas forcément et que vous gardez ça pour vous. C'est votre droit. Vous avez le droit de garder des choses pour vous. Mais c'est peut-être le moment maintenant d'en parler ; moi, ça me paraît important de parler maintenant du mésusage.

A.B. : Et là, du coup ils en parlent ?

Dr : Quelquefois... Allez... Au moins 10 % d'entre eux. Ben voilà. C'est toujours ça. 10%, dans la vie, c'est pas mal. Quand on a des objectifs et qu'on a 10 %, on est content.

A.B. : Le Suboxone®, vous en avez entendu parler, c'est sûr. Vous l'avez peut-être déjà prescrit ou vous pensez le prescrire ?

Dr : Oui, je l'ai déjà prescrit deux fois.

A.B. : A quels types de patients ?

Dr : A des patients qui étaient tout à fait... qui adhéraient complètement à la démarche et qui disaient que ça allait les aider. Donc, voilà.

A.B. : Ça allait les aider à quoi ?

Dr : Des gens qui sont un tout petit peu déviants, pas beaucoup, et qui pensent que le produit, ça va les aider.

A.B. : Le but c'est d'éviter...

Dr : il y en a un qui est revenu au bout de huit jours. C'était pas ça qu'il lui fallait parce que ça ne l'aidait pas du tout. Il se sentait comme dans un carcan. Mais, voilà... Et puis l'autre qui est très content et qui... voilà...

A.B. : D'accord. Il y a d'autres patients à qui vous en avez parlé et qui auraient refusé ?

Dr : J'y vais doucement. J'avais fait ma petite expérience. Pas la mienne...

A.B. : Non, non, bien sûr.

Dr : On ne bâtit pas son exercice sur l'expérience. On est quand même sorti de ça, on protocolise, on publie, on est d'accord. Pas que moi, celles des amis qui pratiquent la toxicomanie, enfin le soin aux toxicomanes : on a fait avec quelques patients et puis on va en parler.

A.B. : D'accord. C'est bien.

Dr : On va relire. Depuis l'année dernière, on n'est plus à sauter sur les premières molécules qui sortent.

A.B. : Ça, je comprends.

Dr : Quelque soit le domaine.

A.B. : Dans tous les domaines, c'est sûr.

Dr : Ça n'a jamais été trop mon cas, mais, bon...

A.B. : Les salles d'injection, ça a été un débat l'année dernière. Les salles d'injection, de consommation supervisés... Vous pensez que ça pourrait être utile à certains patients ?

Dr : Certains. Pourquoi pas. Certains.

A.B. : Certains mais lesquels ?

Dr : Je sais pas.

A.B. : Ceux qui iront ?

Dr : Oui, pourquoi pas, mais, pour certains patients, ça peut être bien.

A.B. : Le but, ce serait lequel ?

Dr : Ben , euh.. Je n'ai pas trop réfléchi à ça... parce que je n'ai pas une position carrée.

A.B. : C'est pas du 100%.

Dr : C'est pas du 100%. Mais je pense que... Il y a des réponses différentes à des patients différents. On n'est pas toxicomane. On est Monsieur Machin ou Madame Truc et, à un moment donné, on a rencontré ce produit, et il est arrivé ce qui est arrivé. Donc je pense que c'est très, très bien de varier les réponses. Pourquoi pas ? Pourquoi pas ? Mais je ne vous en dirai pas plus. Simplement à cette heure-ci, je me dis pourquoi pas ? Pour certains patients, ça peut être bien. Voilà moi, je pense que....

A.B. : Et le but ? Pour ces patients, ce serait quoi ? Par exemple... Evidemment ce ne serait pas pour tous. Ça pourrait être quel but ?

Dr : Ben... pff... Les aider à gérer leur toxicomanie... un outil... un outil pour eux... un outil...

A.B. : Au niveau sanitaire ? Au niveau...

Dr : Ah oui, au niveau sanitaire, oui... Je ne pensais pas à ça. Au niveau sanitaire, oui, oui, oui...

A.B. : Vous pensez à quoi alors ?

Dr : pfff... Je pensais surtout à un outil pour les aider à gérer leur dépendance.

A.B. : D'accord.

Dr : Voilà. J'sais pas. Je peux pas trop vous parler de ça. Vous auriez aimé que je vous parle de ça, mais je n'y ai pas trop réfléchi. Voilà, je ne suis pas très à l'aise. Voilà. Je ne développerai pas plus.

A.B. : il y a certains médecins, qui étaient gênés mais sans trop savoir pourquoi.

Dr : Donc, moi je vous le dis. J'ai pas assez réfléchi à ça.

A.B. : Est-ce que votre crainte ne serait pas que ça banalise ou ça incite ? Est-ce que c'est ça qui vous dérange peut-être quelque part, pour certains patients ?

Dr : Non, ce ne serait pas ça.

A.B. : Vous trouvez peut-être que le système comme il est, il fonctionne relativement bien ?

Dr : Il a ses limites, mais, bon... Oui... Moi je trouve que inciter... Inciter les gens à consommer c'est faire de la prévention trop ciblée sur les ados, les jeunes adultes. C'est très difficile de parler de prévention, de parler de dépendance, je trouve. Parce que... on a les pré-ados qui disent tous quand...

A.B. : Vous pensez aux parents ?

Dr : Non, je pense à l'école, aux groupes d'enfants du même âge, qui en 6°, 5° disent qu'ils ne fumeront jamais ; quelle horreur ! Et puis on leur parle quand même, ils ne sont pas du tout là-dedans. Et puis ils sont dans les moments où ils sont dans les prises de risques et je ne suis pas sûre qu'il faut beaucoup en parler. Voilà. C'est ce public-là qui m'embête, au niveau de la prévention. C'est difficile d'aborder. C'est là peut-être qu'on pourrait susciter les choses, susciter des comportements. Moi, je trouve qu'il y a une réflexion à avoir par rapport à ça qui...

A.B. : Le fait qu'on parle beaucoup de tabac à un certain âge ?

Dr : De tabac... et puis d'héroïne, et puis montrer la poudre... Après tout, c'est de la poudre. Ça a l'air excessif. Trop en parler, je ne suis pas sûre que là... On n'induit pas forcément... On pourrait induire des comportements.

A.B. : Donc trop de proximité, ça pourrait favoriser... ?

Dr : Voilà.

A.B. : On a du aborder la plupart des sujets et c'est vrai que cette pratique de la consultation annuelle, vous êtes la première à m'en parler. C'est étonnant. Pourtant les autres personnes traitaient des toxicomanes. Et c'est vrai qu'à force de voir des patients régulièrement, peut-être qu'on n'en parle plus. Et c'est catastrophique

Dr : Et puis, c'est 1996-2012...

A.B. : Oui, il y a de l'usure... C'est sûr.

Dr : Il y a de l'usure. De part et d'autres. Voilà. Bon moi j'ai été médecin référent. A l'époque, Je ne sais pas si vous avez connu. C'est quelque chose qui avait été porté par MG-France, le syndicat des médecins généralistes. C'était un contrat patient-médecin dans lequel le patient s'engageait à un certain nombre de choses, à accepter des génériques, à accepter des médicaments protocolisés, et en contrepartie, il pouvait ne pas avancer les frais. Voilà. C'était une des contreparties. Dans ce système-là, on avait mis en place la consultation annuelle de synthèse et moi je l'ai gardé, pour ce public-là.

A.B. : Et ça devait se pratiquer pour tous les patients ?

Dr : Oui. Oui, oui, pour tous les patients. Qu'ils viennent une fois dans l'année ou dix fois ou cinquante fois dans l'année, il y avait une consultation annuelle de synthèse. C'était intéressant. Mais pour ce public-là, j'ai gardé cette pratique-là.

A.B. : Et des patients qui ont des soucis, des complications liées à leur injection ?

Dr : Mais alors-là, on n'attend pas une fois par an.

A.B. : Vous en avez beaucoup ?

Dr : J'en ai moins. J'ai une patiente qui injecte dans une plaie du bras... Je pensais à elle tout à l'heure quand je vous disais qu'il n'y a pas toujours de retour veineux. Dans une plaie, très creusée, pas très loin de l'articulation, je trouve qu'elle remonte de plus en plus, elle est partie là, de la veine-là. Elle injecte deux fois par la semaine et une fois le samedi et le dimanche. Elle a été suivie par un psychologue, spécialisé dans le domaine, qui au bout de deux ans, n'avancait pas... et qui a dit qu'il fallait arrêter pour l'instant.

A.B. : Et elle injecte quoi ? De L'héroïne ?

Dr : Du Subutex®. Elle l'écrase, elle le filtre. C'est une femme intelligente, Bac+5, qui a très bien compris les risques. Voilà. On est complètement dans l'auto-mutilation. C'est une femme qui a des antécédents d'anorexie, de dévalorisation de soi à plusieurs périodes de sa vie. Et voilà. Elle doit aller voir un psychiatre parce que l'expérience avec le psychologue n'a pas été concluante pour elle. On est bien d'accord qu'on peut faire une démarche sans avoir quelque chose de palpable à la fin. Il n'y a rien à dire. On arrête. Mais je lui prescris son Subutex® tous les mois. On avance. On élabore des stratégies.

A.B. : Et pourquoi deux fois dans la semaine et une fois le Week-End ?

Dr : Parce que le week-end, elle le fait le soir. Dans la semaine, elle n'imagine même pas un minute aller travailler sans avoir fait l'injection. Bon on est quand même passé de six injections/jour au Subutex® à deux, voire une. Donc on a fait un grand pas. Mais, là les deux et une, ça fait quatre-cinq ans que c'est comme ça. Il faudrait arrêter, il faudrait qu'elle change de cycle. Déjà, il faudrait qu'elle arrête d'injecter dans la plaie.

A.B. : Et pourquoi ce n'est pas de l'héroïne ? Et que c'est du Subutex® ?

Dr : Parce qu'elle est sortie complètement de la... Quand elle a trouvé du travail... Maintenant, elle a un CDI... Parce qu'elle a fait comme beaucoup de gens des petits boulots, des contrats à durée déterminée. Elle voulait sortir de la consommation illicite. Elle est en soins. Elle vient ici : elle attend beaucoup de choses de la consultation. Et elle voulait sortir du milieu. Elle est sortie du milieu.

Médecin généraliste n°16 - homme - exercice rural - 61 ans

A.B. : Vous suivez des patients toxicomanes ?

Dr : Oui, pas mal. Comme il y en a pas mal dans le coin...

A.B. : Plus qu'une vingtaine ?

Dr : Oui, certainement.

A.B. : Qui sont sous méthadone, buprénorphine ?

Dr : Sous Subutex®, 75%. Le reste sous méthadone.

A.B. : Et ça se passe bien ?

Dr : Euh oui. Comme je dis toujours, ils viennent chercher leur petite dose, et puis voilà. Il y en a certains qui sont plus sérieux que d'autres.

A.B. : Ils le prennent bien ?

Dr : On n'en sait rien.

A.B. : Il y a parfois des doutes ?

Dr : Oui, certainement. Il y en a qui prennent quand même de l'héroïne à côté, quand même. Bon, ce n'est pas la majorité.

A.B. : Donc ils prennent le traitement entre deux prises d'héroïne ?

Dr : Il y en a qui le prennent, ou pour le revendre.

A.B. : Ils vous le disent ?

Dr : Il y en a certains qui le disent, ou ils se le prêtent entre eux. Parce qu'en général, ils ne sont pas très droits dans les dates. C'est souvent qu'ils disent : « Je suis en avance parce que j'en ai pris plus. », ou alors je suis en retard. Il y a toujours des excuses de toute façon. Ou bien, je l'ai perdu... Voilà !

A.B. : Quand par exemple, ils vous disent qu'ils en ont pris plus, est-ce qu'ils vous disent pourquoi ?

Dr : On ne sait pas si ils en ont pris plus ou si ils l'ont donné ou vendu... Je ne pense pas qu'ils se les donnent ! ... Il y a toujours un doute de toute façon. Mais c'est vrai, ils sont tous stéréotypés, ils arrivent tous en fin de consultation. A 19h00 : c'est l'heure où ils arrivent.

A.B. : Ils veulent l'ordonnance... ?

Dr : Oui.

A.B. : Vous avez le temps de les voir parfois sur des temps plus longs ?

Dr : Oui, pour certains. Les plus sérieux, ce ne sont pas la majorité.

A.B. : Il y en a qui sniffent ou injectent ?

Dr : Oui.

A.B. : Ils vous le disent parfois ?

Dr : Oui.

A.B. : Qu'est ce que vous faites quand c'est comme ça ?

Dr : Je leur dis que ce n'est pas la solution. Mais enfin, ils font ce qu'ils veulent. Ils disent : «Oui, oui.», et puis après...

A.B. : Est-ce qu'il y a des signes qui vous font dire, qu'un patient s'injecte ou sniffe ?

Dr : On le sent dans leur conversation que ce n'est pas clair, on le ressent.

A.B. : Et parfois du coup vous en parlez ?

Dr : Oui, ceux qu'on connaît bien.

A.B. : les autres, c'est plus dur ?

Dr : Les autres ils viennent chercher leur ordonnance, et puis ils s'en vont.

A.B. : Ils s'en vont, ils ne veulent pas discuter ?

Dr : Non.

A.B. : Les patients qui s'injectent, vous le voyez peut-être à l'examen clinique ?

Dr : ça arrive, mais c'est rare.

A.B. : Ils ne s'injectent pas aux endroits visibles ?

Dr : Non.

A.B. : Et ceux qui sniffent, il y a des signes ?

Dr : Non.

A.B. : Est-ce que, quand ils arrivent, vous leur dites, chez moi c'est comme ça. Vous leur donnez rendez-vous... Comment vous faites en fait ?

Dr : Il n'y a que des consultations libres. Il y en a qui ne viennent pas, ils envoient leurs parents pour chercher l'ordonnance, parce qu'ils ont trop de travail.

A.B. : Parce qu'il y en a beaucoup qui travaillent ?

Dr : Je ne sais pas ! Il y en a quelques uns. Et puis ils n'ont jamais leur carte vitale, ils ont tous perdu leur carte vitale ! On ne sait pas pourquoi. 90% ! Il y en a 20% qui paient une fois sur deux. Ils n'ont jamais d'argent, ils n'ont jamais rien ! C'est un peu partout pareil, je crois.

A.B. : Vous me disiez qu'il y avait des patients qui reprennent de l'héroïne, est-ce que vous leur parlez de réduction des risques, de tout ce qui peut éviter l'hépatite C, B, sida ?

Dr : Oui.

A.B. : Comment vous leur en parlez ?

Dr : De toute façon, ils le savent. En général, ils le savent ! Si maintenant, quelqu'un ne le sait pas... !

A.B. : Je ne sais pas, il y en a peut-être quelques uns... Qu'est ce qu'ils savent déjà ?

Dr : Qu'ils peuvent se contaminer.

A.B. : Ils savent comment ? Avec les pailles, seringues... ?

Dr : Oui, tout à fait.

A.B. : C'est quelque chose que vous ré-abordez systématiquement ?

Dr : Pas systématiquement. Ça dépend à qui on a à faire. Je vous ai dit, il y en a qui viennent pour l'ordonnance, ils ne veulent pas discuter. Il y en a qui viennent à la dernière minute de la consultation, c'est qu'ils veulent juste l'ordonnance !

A.B. : On ne peut pas les retenir ?

Dr : Et puis nous, on n'a peut-être plus envie non plus, parce que c'est la fin de la journée. Depuis 5h30 du matin, jusqu'à 19h00...

A.B. : Les gens sniffent plutôt ?

Dr : Oui, je pense.

A.B. : Les pailles, est-ce qu'ils sont bien conscients que ça véhicule le virus de l'hépatite C ?

Dr : Je pense, oui. Je crois qu'ils sont assez au courant de ce qui se passe, ceux qui veulent bien en parler.

A.B. : Ils le savent déjà ?

Dr : Oui.

A.B. : Est-ce que vous ré-adressez des patients, par exemple, ceux qui s'injectent des produits, ou qui ne vont pas bien.

Dr : Dans certains cas, on hospitalise.

A.B. : Dans quel cas ?

Dr : Le dernier, je l'ai envoyé à Lunéville.

A.B. : Il avait quel genre de problème ?

Dr : Lui, il prenait au départ le Subutex®, puis des patchs de morphine, Durogésic...

A.B. : Ils les avaient où ?

Dr : Il allait voir les médecins, en disant que Subutex®, ça ne marchait pas. Donc là, il est allé faire un sevrage et au bout d'une journée, il a signé son bon de sortie, parce qu'il ne supportait pas. Donc là, ils l'ont envoyé sur Nancy, pour le mettre sous méthadone.

A.B. : Vous adressez parfois à d'autres personnes pour des problèmes de toxicomanie ?

Dr : En général, c'est plutôt à Lunéville.

A.B. : Pour instaurer la méthadone ?

Dr : Non, pour la méthadone, il faut forcément passer par l'UFATT je crois.

A.B. : Qu'est ce qui fait que les patients rechutent ?

Dr : Je ne pense pas qu'il y ait des facteurs favorisant la rechute. Je pense qu'ils sont bien dans leur domaine, et puis... De toute façon, ils sont stéréotypés, vous regardez dans la salle d'attente, même sans connaître, vous vous dites : «Tiens celui-là, il consomme.».

A.B. :Le Suboxone®, vous avez déjà commencé à en prescrire ?

Dr : Non.

A.B. : Vous en avez entendu parler ?

Dr : J'ai rencontré deux fois la déléguée. Je ne sais pas, il faut voir.

A.B. : Ça pourrait servir à certains patients ?

Dr : Oui, pour certain. Mais il faut prendre le temps.

A.B. : D'expliquer ?

Dr : D'expliquer, oui. Mais on n'a pas toujours le temps.

A.B. : Vous l'instaureriez d'emblée ou vous changeriez la buprénorphine pour le Suboxone® chez des patients à qui ça pourrait convenir ?

Dr : Je pense qu'il faut trouver la bonne personne.

A.B. : Vous attendez de voir ?

Dr : Oui, oui. En tout cas, pour l'instant je n'ai pas fait encore.

A.B. : Les salles de consommation supervisées, les salles d'injection, qui existent au Luxembourg, en Suisse, aux Pays-Bas, où les gens peuvent s'injecter propres... Vous en avez entendu parler ?

Dr : Ça peut être utile.

A.B. : Alors il y a deux types de salles : celles où les toxicomanes amènent leur produit, et celles où de l'héroïne pharmaceutique est délivrée deux à trois fois par jour.

Dr : ...

A.B. : Pas trop d'avis ?

Dr : Non.

A.B. : Vous seriez plutôt favorable ou défavorable ?

Dr : On favorise quand même l'injection...

A.B. : Vous avez peur que ça incite à consommer ?

Dr : Peut-être. Oui. Alors je ne sais pas comment ça se passe selon les différents pays...

A.B. : Ça doit bien se passer, parce que ça existe encore... Les vaccinations et les sérologies, c'est quelque chose que vous faites systématiquement dès la première consultation?

Dr : Oui.

A.B. : Ils les font ?

Dr : Pas toujours. Si c'est nous qui les faisons, ils n'ont pas le choix. A la campagne, on les fait. Si on les prescrit, pas forcément.

A.B. : Et il n'y a pas trop de souci au niveau veineux ?

Dr : Pour certains, si. Il y en a qui sont impiquables, vraiment impiquables.

A.B. : Quand les sérologies reviennent, si elles sont négatives, c'est bien. Pour les patients qui n'ont pas les antigènes protecteurs de la vaccination hépatite B, est-ce que vous leur refaites la vaccination ?

Dr : Oui, si ils le veulent.

A.B. : Tout ce qui est préservatif, vous en parlez ?

Dr : Ça, les gens, ils savent.

A.B. : Est-ce que vous pensez que les médecins généralistes sont «à l'origine» du marché noir de la buprénorphine ?

Dr : C'est un des inconvénients !

A.B. : Et comment on pourrait remédier à cela ?

Dr : Ça, c'est au pouvoir publique...

A.B. : C'est à dire ?

Dr : Nous, on prescrit, on n'a pas de moyens de le savoir. On le sait parce qu'il y en a certains qui nous le disent, et d'autres qui nous disent que par X, ils ont pu avoir trois quatre cachets de Subutex®. En boîte de nuit, ça circule.

A.B. : Quand quelqu'un vous dit qu'il revend, et que c'est occasionnel, vous continuez à prescrire ?

Dr : Oui.

A.B. : Et si c'est systématique ?

Dr : Là, il ne dira pas !

A.B. : Et le fait que ça soit occasionnel, c'est peut-être une façon de dire que c'est systématique ?

Dr : On n'est jamais sûr de ce qu'ils nous disent, et c'est ça le problème. Parce qu'ils nous en inventent des histoires ! Souvent ce sont les mêmes.

A.B. : Ils se les refilent ?

Dr : Ils se les refilent. Ils disent : «Tiens, ça, ça a marché !».

Médecin généraliste n°17 - homme - exercice urbain - 60 ans

A.B. : Vous suivez des patients toxicomanes ?

Dr : J'en suis un.

A.B. : C'est par choix qu'il n'y en a pas plus ?

Dr : Non, ce n'est pas par choix, c'est qu'ils ne viennent pas me voir. Je ne sais pas si mes collègues en ont plus. Je pense qu'ils en ont plus. Non, je ne les rejette pas, je n'ai rien contre le suivi de ces patients-là. Parce qu'il n'y a peut-être pas le même recrutement.

A.B. : Vous pensez que ce qui attire les patients toxicomanes, qu'est-ce que c'est ?

Dr : Il y a le «on dit», une espèce de clientèle... Par connaissance... «Va voir tel médecin, il est sympa !». Donc moi, je n'en ai jamais eu beaucoup.

A.B. : Mais il y a des toxicomanes sur Bar-le-Duc ?

Dr : Oui, on avait un collègue, il faisait la prison. Donc il avait par ce biais-là un recrutement important. Je les voyais de temps en temps, parce que je dépannais.

A.B. : Donc vous en voyez ponctuellement qui viennent...

Dr : Mais je n'aime pas trop...

A.B. : Qu'est ce que vous n'aimez pas ?

Dr : Je n'aime pas ceux qui viennent uniquement pour un traitement, il n'y a pas de suivi.

A.B. : Le patient que vous avez, il est sous buprénorphine ou sous méthadone ?

Dr : Sous buprénorphine.

A.B. : Que vous avez instauré ?

Dr : Non, il est venu me voir un jour, parce qu'il venait de déménager. Je l'ai gardé, il est très bien, très gentil... Ah, j'en ai deux de patients, le deuxième a déménagé...

A.B. : Ces patients-là, il n'y a pas de soucis de rechute ou de mésusage ?

Dr : De mésusage, je ne le pense pas. Je pense que ce sont des gens très, très sérieux.

A.B. : Vous leur posez la question régulièrement, et ils vous le disent ?

Dr : J'essaie d'avoir un entretien assez sympathique. On parle de leur vie, de leur façon de voir les choses.

A.B. : Ce patient-là, il est venu parce qu'il était sous buprénorphine, mais avant il prenait de l'héroïne en sniff ou en injection ?

Dr : En sniff, c'était assez ancien. J'aimerais bien... Il reste très accroché à sa dose de buprénorphine, et je pense qu'il n'en aurait plus besoin. Il y a une grosse grosse inquiétude à arrêter.

A.B. : Il est sous quelle dose ?

Dr : un milligramme. Il mamaille. Il ne se sent pas capable alors qu'il est à mon avis très capable d'arrêter. A mon avis, il ne devrait plus être sous traitement. Il devrait être dans la nature, mais il a très peur d'arrêter.

A.B. : Il repense au produit ? Il a peur de rechuter... ?

Dr : Il a peur de rechuter, il vient d'avoir un bébé. Il a très très peur... Je crois que sa femme a très très peur aussi, qu'il arrête et qu'il rechute.

A.B. : C'est rassurant d'avoir un suivi mensuel ?

Dr : Bien que sa femme ne vienne jamais avec ! C'est psychologique, je pense que, arrêter, ça l'effraie.

A.B. : Et passer à 0,4 ?

Dr : Il ne veut pas bouger. Enfin, ce n'est pas très gênant.

A.B. : Et il travaille ?

Dr : Il a une famille, il travaille. Tout va pas mal, il est sympathique, il a les pieds sur terre. Moi, je ne l'ai pas connu quand il faisait les quatre cent coups, il a fait pas mal de bêtises. Il a eu des ennuis avec la justice. Il a quitté le milieu, les connaissances.

A.B. : Est ce que vous pensez que le fait que les médecins généralistes prescrivent la buprénorphine, c'est pas toujours facile de savoir si il y a mésusage ou revente, c'est un peu nous qui créons le marché noir de la buprénorphine ?

Dr : On en a peur, on a peur de se faire avoir. On n'est pas très satisfait quand on apprend qu'on s'est fait berné.

A.B. : ça vous est déjà arrivé de vous faire berné ?

Dr : J'ai eu l'impression, je n'ai jamais eu la certitude. Si, il y a des fois, où en effet je l'ai retrouvé avec finalement en faisant une enquête par les pharmacies, avec une consommation avec plusieurs médecins etc... Donc là, c'était un stop immédiat, en leur disant : «Vous me prenez pour qui ?». Et généralement, comme je ne suis pas fin lorsque je m'énerve un peu, ils ne revenaient plus. Donc, c'est peut-être pour cela que je n'en ai pas beaucoup, parce que c'est le genre de choses que je ne supporte pas trop. Qu'on essaie de faire quelque chose, et que par derrière, il y ait une espèce de tricherie.

A.B. : Il n'était pas vraiment dans le soin, en fait ?

Dr : Il semblait l'être ou je m'étais fait avoir... Mais ça, ça m'est arrivé plusieurs fois. Avec des suivis parfois très très courts, on sent tout de suite, on fait des choses à renouveler une semaine, on revoit le patient et très vite on se rend compte quand ça n'est pas très sérieux. Parfois on se fait avoir pendant plus longtemps et là, c'est pas très sympa. Moi, au début, je le vivais mal. C'est peut-être pour cela que j'en ai pas tellement. Je supporte déjà pas pour les autres patients !

A.B. : Les diabétiques qui mangent des gâteaux... ?

Dr : Ils font ce qu'ils veulent, si ils veulent bouffer des gâteaux, ils bouffent des gâteaux. Mais bon, ils font ce qu'ils veulent, c'est leur vie. Mais les toxico, ça devrait être comme ça, mais ça n'est pas comme ça.

A.B. : C'est comme les autres pathologies ?

Dr : C'est comme les autres pathologies. Il y a des médecins qui s'en foutent. Moi, je n'aime pas me faire mener en bateau et surtout dans ces pathologies-là où il y a un côté fraude.

A.B. : Le fait que ce soit illégal ?

Dr : C'est ça, et revente, ça c'est monstrueux. Moi, je m'en fous pour moi... Mais que cette relation médecin-malade soit comme ça. Pffff... On se demande ce qu'on fait.

A.B. : Et vous me disiez que parfois vous étiez déçu mais sur une plus longue période, comment vous vous en êtes aperçu ?

Dr : Sans faire d'enquête, on n'est pas des flics ! C'est ce que je dis toujours pour faire la différence, que c'est une relation médecin-malade comme un autre patient. Mais parfois, enfin, comme dans les autres pathologies, on a parfois des gens qui disent qu'ils prennent bien leur traitement, et puis il y en a plein la pharmacie ! Mais bon, là ce n'est pas pour revendre. Par des collègues aussi : «Je te signale qu'un tel ou un tel est venu me voir deux fois ! »... Entre collègues, on a quelquefois...

A.B. : Des patients toxicomanes, qui allaient voir d'autres médecins ?

Dr : Oui, parfois on a des signalements par d'autres collègues : « Fais gaffe ton malade, il est venu. Est-ce que c'est normal, qui est-ce qui le suit ? ». Comme moi, ça m'arrive de demander qu'est ce qu'on pense de tel patient. C'est pas qu'on mène notre enquête, mais...

A.B. : Mais un petit peu quand même !

Dr : C'est un peu obligatoire !

A.B. : Est-ce qu'il y a des patients où vous vous êtes rendu compte qu'ils s'injectaient le Subutex® ou qu'il sniffait ?

Dr : Sniffer, je ne pense pas, s'injecter non plus.

A.B. : Ce n'est jamais cela qui a causé la fin de soins chez les patients toxicomanes ?

Dr : Non.

A.B. : Est-ce que vous parlez quand vous voyez de patients toxicomanes du fait que les seringues sont à usage unique, qu'il ne faut pas partager les pailles, vous le dites ou vous attendez que la situation se présente ?

Dr : Souvent j'en parle.

A.B. : Alors, à quel moment ?

Dr : Je crois qu'il n'y a pas de consultation type. Je crois que ça vient dans le suivi, dans la discussion. C'est une consultation où, je crois, on parle beaucoup. Qu'est ce qui s'est passé, comment ça se passe. Ça vient de façon complètement informelle. Il n'y a pas de consultation type. Ça vient, ça vient pas... Parfois ça devrait venir, et on ne le fait pas, c'est possible.

A.B. : Donc, c'est plutôt quand un patient a rechuté ou a repris quelque chose ?

Dr : Non, pas forcément. Ça vient en fonction de... On devrait peut-être être plus rigoureux dans la démarche, mais moi, je n'ai pas trop une grosse-grosse pratique et ça vient un peu dans la discussion des conseils que l'on peut donner, mais que l'on ne donne pas de façon systématique...

A.B. : Ce n'est pas les conseils que vous donnez à la première consultation ?

Dr : Non.

A.B. : Le Suboxone® est sorti, je ne sais pas si vous en avez entendu parlé ? Le but, c'est d'éviter que les patients s'injectent, qu'ils aient entre guillemets les bénéfices de l'injection.

Dr : Je n'en ai jamais entendu parlé.

A.B. : C'est tout frais, c'est sorti il y a quelques mois. Vous pensez que vous pourriez le prescrire à qui ?

Dr : Je ne sais pas. Pas d'idée sur la question. Pas d'idée pour l'instant. Je pense que si j'avais un doute ou je ne sais pas, ou... je me renseignerai pour un prochain patient. Ou peut-être un patient arriverait directement avec ce traitement. Pourquoi pas !

A.B. : Ça finira par venir !

Dr : Ça finira par venir. Je n'institue pas de traitement. Ce sont des gens qui viennent pour un renouvellement d'ordonnance, ayant déjà un suivi. Je n'ai jamais eu d'institution de traitement. Je ne saurais pas faire d'ailleurs. Je passerai par un centre.

A.B. : Parce qu'il y a des centres sur Bar-le-Duc ?

Dr : Il y a Centr'aid, il y a éventuellement lors d'une hospitalisation, cure de désintoxication, sevrage et autres... C'est quelque chose que je ne ferais pas d'emblée, je passerais par un spécialiste. Non, mais il y a des choses comme ça, où je me dis. Ça de toute manière, je n'y touche pas d'emblée. Je laisse le spécialiste ou l'équipe hospitalière faire le premier point. Je n'ai pas suffisamment de connaissance dans cette pathologie un peu particulière.

A.B. : Vous n'avez pas été formé dans le domaine ? Vous travaillez depuis... ?

Dr : C'est vieux, depuis 84.

A.B. : C'est arrivé douze ans après... Et par la suite vous n'avez pas eu de formation.

Dr : Oui, mais bon, on fait des formations sur des pathologies que l'on voit beaucoup. C'est sûr que j'aurais une clientèle qui se ferait d'un seul coup avec plus de demande, je me formerais, c'est sûr.

A.B. : Vous ré-adressez parfois à des collègues quand un patient toxicomane se présente ?

Dr : Quand il se présente, non ! Quand il y a un problème, mais je n'ai jamais eu de problème, si ce n'est, on essaie de diminuer, la décroissance... Et on voit comment ça se passe. Si ce n'est des patients, qui arrêtaient par mécontentement avec leur médecin, c'est à dire avec moi. C'est à dire parce que, les atomes crochus ou parce qu'ils commençaient à me poser des problèmes d'observance ou de suivi pas du tout sérieux. Je n'ai pas le coeur assez accroché pour me battre pour les... Non... C'est vrai, il faut aimer ces patients... quand on a l'impression que d'un côté, ça ne passe pas, je crois que ce n'est pas la peine de s'accrocher ! Après, ils trouveront toujours un médecin !

A.B. : Les salles de consommation supervisées, je pense que vous en avez entendu parlé, ça existe en Suisse, aux Pays-Bas... Il y a des salles où les gens peuvent s'injecter, c'est supervisé et ils amènent leur produit, et il y a d'autres salles où les gens ont de l'héroïne pharmaceutique qu'ils peuvent s'injecter trois fois par jour. Vous pensez que ce serait utile en France ?

Dr : Je pense que ce n'est pas idiot, parce que ça permettrait de pouvoir discuter avec ces patients-là, de pouvoir les prendre en charge, de pouvoir les aider, et qu'ils trouvent un... Si ça peut être un moyen de... Ce serait très mal pris par la population, mais oui ! C'est quand même un sujet un peu tabou, mais je pense que ce ne serait pas mal. Il aurait une porte ouverte pour pouvoir, bien sûr, pratiquer leur addiction, mais surtout, si c'est bien fait, discuter avec des gens de la profession : infirmier, psychothérapeute...

A.B. : C'est surtout dans ce but-là ?

Dr : Oui, et ne pas les laisser dans la nature faire n'importe quoi, toutes les conneries possibles.

D'engager la conversation avec des gens particulièrement formés, qu'on récupérera après en médecine classique. Ça me paraît une bonne chose !

A.B. : Ça ne vous effraie pas ?

Dr : Non, non, pas du tout !

A.B. : Et donc ce serait pour l'héroïne qui serait distribuée sur place ou pour une salle qui soit un lieu d'injection ?

Dr : Je ne pourrais pas vous dire. Rien ne me choquerait ! Ni l'un, ni l'autre, à partir du moment où les gens seraient amenés à discuter, et à voir du personnel médical. Si il n'y avait pas de suivi médical, enfin de prise en charge, ce serait complètement idiot ! Si ils peuvent voir du monde et en parler, et puis faire de la réduction de risque infectieux, ce ne serait pas mal.

A.B. : Le patient que vous avez, il n'a pas de pathologies : hépatite B, C, VIH ?

Dr : Non !

A.B. : Il avait fait les prises de sang ?

Dr : Il les fait.

A.B. : Les contrôles urinaires, vous en faites parfois ?

Dr : Je lui en ai fait, mais je ne lui en fais plus. Je n'oserais pas lui demander.

A.B. : C'est une histoire de confiance ?

Dr : Oui. Je pense que la confiance est là. Si j'avais un doute, je serais embêté de lui demander, ce serait une perte de confiance, j'aurais l'impression. Depuis le temps que je le connais. J'aimerais mieux ne plus le voir, ne plus lui donner ça. Le voir pour des rhumes, ou d'autres pathologies...

Médecin généraliste n°18 - homme - exercice urbain - 56 ans

A.B. : Vous avez des patients toxicomanes dans votre patientèle ?

Dr : Oui.

A.B. : Beaucoup ?

Dr : Trop. C'est toujours le même problème, je ne compte pas.

A.B. : Plus d'une vingtaine ?

Dr : Oui.

A.B. : Qui sont sous méthadone ? Sous buprénorphine ?

Dr : Il y a méthadone, Subutex®... enfin buprénorphine.

A.B. : Un peu tout alors...

Dr : Oui. Je participe au réseau avec l'UFATT.

A.B. : Et c'est comme ça que vous avez eu des patients toxicomanes ?

Dr : Peut-être... C'est surtout le fait d'être confronté au problème, qui m'a amené à solliciter le réseau, à adhérer au réseau ville-hôpital.

A.B. : Vous avez des patients qui viennent en demande de substitution, ou ils viennent...

Dr : La méthadone, ce sont des ordonnances-relais, ce sont des patients qui sont vus à l'UFATT pendant deux mois, qui sont suivis régulièrement, puis après qui sont réorientés... En général, c'est au médecin traitant, mais effectivement ça arrive que je vois des patients dont je ne suis pas le médecin traitant.

Parce que les patients ne veulent pas aborder ces problèmes-là avec leur médecin traitant, ça arrive.

C'est plus rare maintenant, mais avant c'était hyper-fréquent.

A.B. : Ils sont gênés d'avoir ces problèmes-là ?

Dr : Oui. Pareil avec les pharmacies, quelquefois ils ne vont pas à leur pharmacie habituelle, parce que voilà, ça peut poser problème. Mais maintenant c'est quand même plus rare. Mais je connais quelques collègues, qui refusent la prise en charge de ce type de patients. Je ne trouve pas ça très normal, mais bon...

A.B. : Ils vous disent pourquoi ?

Dr : Non, parce qu'ils ne veulent pas... Ce sont des patients à problèmes !

A.B. : Ce n'est pas la facilité ?

Dr : Non. Et puis dans l'activité de tous les jours, ce n'est pas très... Moi, je travaille sur rendez-vous, donc ce sont des patients qui ne prennent pas rendez-vous... Enfin, très rarement... Il y en a quelques uns... Et puis, bon, ils n'ont pas toujours un comportement adapté... Après, on aime ou, on n'aime pas. Les patients ne m'en parlent pas trop... Enfin, je n'ai pas de retour négatif, peut-être qu'ils le pensent mais ne le disent pas.

A.B. : Peut-être qu'ils ne font pas trop le bazar dans la salle d'attente ?

Dr : Non, non, ça va.

A.B. : Les patients que vous avez, est-ce que parfois ils utilisent la buprénorphine en mésusage ?

Dr : Ben non !

A.B. : Jamais ?

Dr : C'est rare ou alors c'est moi qui lance le sujet. Mais oui, il y a des détournements d'usage, notamment injectables, ça se termine parfois dramatiquement.

A.B. : C'est vous qui leur faites dire qu'ils le prennent autrement...

Dr : Oui.

A.B. : Parce que vous voyez quoi, qu'est ce qui vous fait remarquer que... ?

Dr : A leur comportement et puis leurs mains, et puis après... On me le signale quand il y a un problème, quand il y a un problème infectieux local... Bon ils me le signalent quand même pour avoir un traitement. Ou alors ils sont amenés à consulter à l'hôpital, et là j'ai un retour.

A.B. : Donc là, c'est pour l'injection. Est-ce qu'il y a des patients qui sniffent la buprénorphine ?

Dr : Oui.

A.B. : Et vous le savez comment ? Ils vous le disent ?

Dr : Là, oui. De toute façon, ils me demandent de leur prescrire des vasoconstricteurs nasaux, donc voilà.

A.B. : Est-ce qu'il a des patients qui revendent et vous vous en êtes rendu compte ?

Dr : Non, mais il y en a effectivement je pense, mais je ne peux pas savoir ça et puis bon... C'est quand il y a eu le problème de chevauchement fréquent, là on se pose des questions. Parce qu'une fois, ça peut arriver, il y a toujours une bonne excuse. Après quand c'est répétitif, là, il y a doute, mais après...

A.B. : Et qu'est ce que vous faites, quand vous voyez qu'ils chevauchent un peu trop souvent ?

Dr : Je leur dis que ça n'est plus possible de chevaucher. De toute façon, j'ai eu une convocation à ce sujet-là, j'ai vu deux médecins de la CPAM à ce sujet-là, parce que je prescrivais trop de Subutex®, et pas assez de buprénorphine. Et puis j'avais des patients qui vagabondaient, c'est à dire qui voyaient plusieurs médecins. Et nous on a une possibilité de regard à travers la carte vitale. Mais souvent ce sont

des personnes qui n'ont pas de carte vitale, je pense qu'ils le font exprès, comme ça ils n'ont pas de traçabilité. On a l'historique des prescriptions pharmaceutiques, quand le site de la CPAM fonctionne. Mais les patients souvent n'ont pas de carte vitale, donc ils échappent aux contrôles, on n'a pas la possibilité de savoir. La caisse est là, alors, souvent, elle nous avertit mais il y a un délai. Il y a quelques patients qui sont borderline, avec la justice etc, etc... Ou des couples, que j'appelle un peu «Bonnie and Clyde» quoi, ils sont tous les deux là dedans, donc ça pose problème, ils se refilent leur traitement. Ce qui fait qu'après il y a des chevauchements. Ça a été un peu désagréable cette convocation, mais ça m'a permis un peu d'argumenter après pour les patients, en leur disant que j'étais sous surveillance. Je leur ai expliqué que maintenant c'était carré, que les chevauchements, ça restait exceptionnel.

A.B. : Et du coup, ils chevauchent moins ?

Dr : Oui. Oui, ça m'a servi quand même, mais après ce n'est pas très agréable, je leur ai dit que ce n'était pas des patients faciles. D'ailleurs, ils en ont convoqué quelques-uns et ils se sont bien rendus compte qu'ils étaient désocialisés...

A.B. : Est-ce que ces patients qui sniffent ou qui s'injectent, vous leur parlez du fait qu'il ne faut pas s'échanger le matériel, qu'il «faut» utiliser des stéribox®... ?

Dr : Oui, ça ils connaissent.

A.B. : Du coup vous n'avez pas besoin de leur en parler ?

Dr : Non, en général, ils sont bien informés.

A.B. : Par qui alors ?

Dr : Entre eux. J'ai même un collègue qui prescrivait de la méthadone sans ordonnance relais. Ils étaient tous chez lui ! Après, je les ai vus revenir, parce qu'on a fermé la vanne. Ils s'étaient tous donné le mot !

A.B. : Le Suboxone®, vous connaissez ?

Dr : Oui, alors on me l'a présenté, mais vraiment je n'ai pas d'expérience. J'aurais du mal... Enfin pour l'instant je ne peux pas le prescrire parce que je ne le connais pas bien, je ne maîtrise pas. Pour l'instant, je ne m'en sers pas.

A.B. : Vous pensez que ça pourrait servir dans l'avenir et pour quel type de patients ?

Dr : Oui. Justement des patients qui ne sont pas très observants, qui ont tendance à dévier.

A.B. : Ce serait un peu comme une punition ?

Dr : Non, non. C'est un outil.

A.B. : Ce serait une discussion avec le patient ?

Dr : Une punition, c'est difficile... Enfin moi, je n'ai pas l'esprit... On n'est pas du côté judiciaire, on est dans le domaine de la thérapeutique. Ce sont des patients à problèmes qui ont des addictions multiples. Non, je pense qu'on n'a pas les réponses adaptées, on n'a pas les structures pour prendre en charge ces patients. Qu'ils soient pris en charge en médecine générale, oui. Mais après, je pense qu'il faudrait des structures adaptées qu'on n'a pas forcément, et puis eux, ils ne sont pas trop demandeurs non plus. Enfin moi, je leur propose de passer à l'UFATT, voir un psychiatre en complément.

A.B. : ils n'y vont pas ?

Dr : Non. A Toul, on a un problème, on n'a pas de psychiatre. Au CMP, ils sont débordés. C'est un peu la jungle. Je pense que l'on n'a pas optimisé les possibilités de traitement.

A.B. : Ils vont facilement à l'UFATT ?

Dr : Non. Ils ont toujours une bonne raison. Ceux qui travaillent, effectivement ils travaillent... Après, ils ont des problèmes financiers pour le traitement. Pour un protocole méthadone, quand ils n'ont pas le choix, ils trouvent la possibilité de s'y rendre. De toute façon, c'est le passage obligatoire. Les consultations un peu décentralisées, ils voient une assistante sociale, une infirmière de l'UFATT, mais il n'y a pas de médecin qui se déplace. C'est sûr qu'il y aurait une antenne de l'UFATT à Toul, ils seraient peut-être plus observants... Je ne sais pas. C'est une population quand même particulière.

A.B. : Les patients qui font des complications suite à leur injection, qu'est ce que vous faites ? Est-ce que vous dites : « Là, on arrête... On passe à la méthadone » ?

Dr : J'essaie de faire en sorte qu'il n'y ait plus de mésusage, mais... Eux aussi, quand il y a un problème avec le Subutex®, je leur dis qu'il faut s'orienter différemment. Passer à un protocole méthadone. C'est vrai que la mise en place n'est pas simple. La prise en charge n'est pas immédiate non plus. Bon, on n'est pas dans l'urgence non plus...

A.B. : Il y a peut-être des moments où ils sont décidés et d'autres moins ?

Dr : Oui, mais il y en a qui y arrivent quand même.

A.B. : Est-ce que vous trouvez que l'évolution est favorable, que ça stagne ou que ça va moins bien ?

Dr : Non, ça ne va pas moins bien, mais ça se chronicise un peu. Mais bon, la méthadone, il y a moins de détournements. Quelquefois, il y a rechute... Et ça, on est assez démuné aussi quand il y a, parce que, pour le prouver, c'est dur.

A.B. : Parce qu'ils ne le disent pas ?

Dr : Non, en général. Ils le disent quand il y a un problème financier, judiciaire...

A.B. : Est-ce qu'il y a des choses que vous abordez dès la première consultation ?

Dr : Non, ça dépend des patients, de leur parcours...

A.B. : Si il a déjà vu d'autres médecins avant... ?

Dr : Oui, voilà... Il y a un long passé... Quand c'est récent, on peut aborder des choses

A.B. : C'est plus facile que si ça a traîné ?

Dr : Oui. Ils ont déjà fait des tas de choses.

A.B. : Quand ils arrivent, vous leur faites des prises de sang rapidement ?

Dr : Oui, j'essaie.

A.B. : Enfin, vous leur prescrivez...

Dr : Oui, je leur fais toute la panoplie : VIH, hépatite...

A.B. : Est-ce que, si la sérologie hépatite B est négative, vous leur refaites la vaccination ?

Dr : Non, pas systématiquement.

A.B. : Vous y pensez plutôt pour quel type de patient ?

Dr : Les patients qui utiliseraient la technique injectable. Mais bon, il y en a moins des patients qui s'injectent maintenant.

A.B. : Vous me disiez qu'il y avait des patients qui s'injectaient, qui avaient des abcès... Est-ce que vous pouvez ré-expliquer l'injection propre, même si ce n'est pas dans le soin ?

Dr : Non.

A.B. : Ça vous gênerait ?

Dr : Ça me gênerait un peu.

A.B. : Les salles d'injection, les salles de consommation supervisée, je ne sais pas si vous en avez entendu parlé ?

Dr : Oui.

A.B. : Il y en a dans plusieurs pays, où ils distribuent l'héroïne pharmaceutique et d'autres pas. Est-ce que ça pourrait servir à des patients en France... A vous ou à d'autres ?

Dr : Là non, je ne sais pas. Là franchement, j'ai un avis pas très favorable.

A.B. : Vous pensez que ça pourrait inciter ou banaliser ?

Dr : Oui, inciter.

A.B. : Ce serait inciter ce type de patients ?

Dr : Oui, en plus je les vois pas trop, je ne les imagine pas trop fréquenter ce type d'endroit, je peux me tromper.

A.B. : Est-ce qu'il y a des difficultés que vous avez avec ces patients-là, vous me disiez que la c'était difficile à démontrer et à gérer. Est-ce qu'il y a d'autres problèmes pour lesquels vous auriez besoin d'aide ?

Dr : Surtout pour la prise en charge globale, psychiatrique... parce que souvent il y a plusieurs addictions, derrière il y a souvent de la psychiatrie. Ça, je pense qu'il y a un réel besoin à Toul. Je le dis encore, et pas que pour les patients toxicomanes. Pour le patient lambda, on n'a pas de structures suffisantes, pas de prise en charge suffisante adaptée. Il y a le CMP, mais ce n'est pas suffisant. Je ne leur jette pas la pierre, ils font leur travail, mais ils ne peuvent pas faire plus. Ils sont à saturation. Avant il y avait un psychiatre libéral, ils en absorbaient une partie. Maintenant, il n'y en a plus. Et puis à Nancy, c'est pareil. Ça devient vraiment un problème.

A.B. : Pour les diminutions, c'est dur ?

Dr : Ça dépend des patients, il y en a qui sont demandeurs. Il y en a quelques uns qui parviennent à arrêter, ça existe... Il faut s'y accrocher ! Après, je n'ai pas trop d'état d'âme à prescrire un substitut, parce que je me dis que, plutôt que le patient aille à droite, à gauche courir partout. Mais c'est vrai que le résultat est loin d'être bon. Ce n'est ni satisfaisant, ni bon. Donc c'est vraiment faire au mieux, mais il y a quand même de cuisants échecs. Des décès... Enfin moi, j'ai eu des patients décédés...

A.B. : Vous savez de quoi ?

Dr : Souvent, c'est d'overdose. Il faut savoir que ça existe... Peut-être un peu moins, mais encore. J'ai une patiente qui a perdu un bras, suite à des plaies chroniques qui ont été traitées, traitées... C'est quand même lourd. Ce sont quand même des patients jeunes.

A.B. : Ils le prennent souvent en une fois ?

Dr : ça dépend des patients, je leur conseille de le prendre en une fois, mais ceux qui ont l'habitude de consommer en plusieurs fois dans la journée, ils continuent. J'ai remarqué qu'ils ont tendance à en reprendre un peu, dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas bien.

...Il y a des patients que je vois faire la manche à Toul. Il y en a quelques uns qui n'ont pas de prise en charge sociale. A l'hôpital de Toul, il y a un service qui accueille les patients qui ont des problèmes de prise en charge, sécurité sociale et mutuelle. Quelquefois, ils sont en rupture de droit de CMU, ils ne sont parfois pas suffisamment assidus dans les formalités administratives, on a quelques vides. Bon, nous, ça ne nous pose pas trop de problèmes, parce qu'on fait des consults... Mais à la pharmacie...

A.B. : Ils sont obligés d'avancer...

Dr : Ils ne sont pas tous comme cela, mais il y en a quelques uns dans le lot. D'autres qui sont bien socialisés, qui ont un travail, qui ont une vie de couple...

A.B. : Et ceux qui ont arrêté les traitements, ce sont plutôt ceux qui avaient ce profil ?

Dr : Non, pas forcément. Je pense que souvent l'environnement familial incite à arrêter.

A.B. : C'est vous qui leur dites : «On va diminuer.» ?

Dr : Quand je vois qu'ils sont depuis longtemps sous la même dose, je leur dis qu'il va falloir penser à diminuer, qu'il faut se préparer psychologiquement à diminuer et puis à arrêter. Ils en prennent conscience.

A.B. : Est-ce qu'ils ne font pas plus de mésusage quand ils ont plusieurs comprimés 2, 0,4... ?

Dr : Ah oui, oui... Il y en a qui me disent : «Huit mg, c'est trop. Est-ce que je ne peux pas avoir quatre de deux ?». Je leur explique que non, en plus le coût est plus élevé. J'essaie d'argumenter, en leur disant que ce n'est pas possible, que j'ai des consignes.

Permis d'imprimer

RESUME DE LA THESE

La politique de réduction des risques dans le domaine de la toxicomanie a débuté en France avec la mise en vente de seringues en 1987. Depuis, de nombreuses actions ayant pour but de réduire les risques ont été mises en place, dont l'introduction des traitements de substitution. Les médecins généralistes sont devenus des acteurs incontournables de la prise en charge des toxicomanes lorsqu'ils ont eu l'autorisation de prescrire des médicaments de substitution, en particulier la buprénorphine haut dosage en 1996.

L'objet de ce travail était d'étudier les attitudes des médecins généralistes, en matière de réduction des risques.

Nous avons mené une étude qualitative, au moyen d'entretiens semi-dirigés, auprès de 18 médecins généralistes lorrains prenant régulièrement en charge des patients toxicomanes.

Les Traitements de Substitution Oraux (TSO) sont un moyen de réduction des risques, mais le médecin généraliste possède d'autres moyens par la proximité et le lien particulier qu'il entretient avec ses patients. Les mésusages de TSO (usage par injection, «sniff», fractionnement et revente) posent problème aux médecins généralistes, qui aimeraient avoir des directives plus adaptées au terrain. Le Suboxone récemment mis sur le marché est encore peu prescrit en l'absence d'études françaises et les refus des patients à se faire prescrire cette nouvelle molécule sont fréquents. La vaccination contre l'hépatite B pourrait être plus effectuée qu'elle ne l'est actuellement. Les salles de consommation supervisées sont reconnues par les médecins comme une aide sanitaire possible indéniable, mais leur crainte est la banalisation d'un usage néfaste pour la santé.

Les praticiens souhaiteraient des lieux de sevrage rapidement accessibles pour leurs patients, un accès facilité à la méthadone pour les patients qui le nécessitent, ainsi que des recommandations pratiques en cas de mésusage.

TITRE EN ANGLAIS - Risk reduction near opioid-dependent patients. Approaches in general medicine.

THESE DE MEDECINE GENERALE - ANNEE 2012

MOTS CLEFS- médecin généraliste, mésusage, réduction des risques, salle de consommation supervisée, toxicomanie, traitement de substitution.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex