



HAL
open science

Problématiques éthiques pour les médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes

Nicolas Martin, Jacques Vergier

► **To cite this version:**

Nicolas Martin, Jacques Vergier. Problématiques éthiques pour les médecins généralistes dans la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04042721

HAL Id: hal-04042721

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042721>

Submitted on 23 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.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

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 bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

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>

2022

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

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

Par

Nicolas MARTIN & Jacques VERGIER

Le 31 Mai 2022

**PROBLÉMATIQUES ÉTHIQUES POUR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DES
PATIENTS DÉPENDANTS AUX OPIOIDES**

Membres du Jury :

M. le Professeur DI PATRIZIO Paolo	Président du Jury et Directeur de Thèse
M. le Professeur BOUCHY Olivier	Juge
M. le Professeur PY Bruno	Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER, Dr Thomas SCHWITZER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Interface avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Drs Eva FEIGERLOVA et Patrice GALLET
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargés de mission

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PASS : Pr Mathias POUSSEL

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURÉ - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER – Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER – Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL – Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND – Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT – Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ – Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU – Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE -

Jean-Pierre KAHN - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul VERT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : *Physiologie*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section : *Biologie cellulaire*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : *Nutrition*

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2° sous-section : Médecine intensive-réanimation

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4° sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5° sous-section : Médecine d'urgence

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2° sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4° sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5° sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2° sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3° sous-section : Dermato-vénérologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2° sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4° sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2° sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN (stagiaire) - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU (stagiaire)

2° sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : Immunologie

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : Génétique

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Docteur Philippe GUERCI

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : Neurochirurgie

Docteur Fabien RECH

3° sous-section : Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Docteur Thomas SCHWITZER

4° sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Docteur Anthony LOPEZ

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : Pédiatrie

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU (stagiaire)

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD (stagiaire)

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Éva FEIGERLOVA

5° sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-Rhino-Laryngologie

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN (stagiaire) - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –
Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE (stagiaire)

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Cédric BERBE – Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences
de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements à notre Jury

A notre Maître, Président du Jury et Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur Paolo Di PATRIZIO

Professeur des Universités de médecine générale

Directeur du Département de Médecine Générale

Directeur du Département Grand Est de Recherche en Soins Primaires (DEGERESP)

Coordonnateur local de Nancy et régional Grand Est du DES de MG

Coordonnateur du DIU de remise à niveau en vue de l'exercice de la médecine générale

Consultant Expert du Dispositif d'aide à l'installation de Nancy (La Passerelle)

EA 4432 Laboratoire Interpsy-Axe Prisme, Membre (Collège A) du conseil d'unité

Université de Lorraine – Faculté de Médecine de Nancy

Nous vous remercions d'une part pour la confiance que vous nous accordée en nous confiant ce travail, pour votre engagement dans notre formation au sein du département de médecine générale que vous présidez.

D'autre part, nous vous sommes reconnaissants pour l'accueil, la bienveillance et les transmissions effectués au sein de votre cabinet lors de notre stage de SASPAS.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Olivier BOUCHY

Professeur Associé de Médecine Générale

Université de Lorraine – Faculté de Médecine de Nancy

Nous vous remercions pour votre présence dans ce jury, mais aussi et surtout pour votre travail de formation que vous nous avez apporté durant les trois années d'internat en médecine générale.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Bruno PY

Professeur de Droit privé et sciences criminelles

Université de Lorraine – Faculté de Droit de Nancy

Vous avez accepté de prendre part à ce jury et d'y apporter votre expertise et votre regard critique sur notre travail, nous vous en remercions.

Remerciements à la famille et aux amis,

de Nicolas MARTIN

Je tiens à saluer et à remercier tous les maitres de stage que j'ai pu côtoyer au fil de mon internat. Merci pour la qualité de votre enseignement, votre bienveillance, vos précieux conseils, ainsi que votre accueil chaleureux dans vos cabinets et services respectifs.

Je salue et remercie toute ma famille et en particulier ma grande mère Gisèle, ma tante Agnès, Guillaume et Fanny ainsi que ma belle-famille Françoise et Michel pour leur disponibilité et toute l'aide précieuse qu'ils nous ont apporté au fil des années.

Je salue et dédie encore une fois ce travail à mes parents Michel et Martine qui sans leur soutien ne m'auraient pas permis d'être là où j'en suis aujourd'hui. Je vous aime fort.

Enfin je dédie ce travail et toutes ces années à ma compagne, ma meilleure amie, la femme que j'aime le plus au monde, Dorine. Je te remercie de m'avoir permis de réaliser mon rêve de devenir médecin, d'être resté à mes côtés dans les bons et les mauvais moments. Je sais que je te dois énormément. Tu m'as également apporté la chose la plus précieuse au monde, notre fils Léonis. Je vous aime tous les deux du plus profond de mon cœur.

Remerciements à la famille et aux amis,

de Jacques VERGIER

Je remercie en premier lieu l'ensemble des personnes ayant pris le temps de contribuer à ma formation, aussi bien théorique à la faculté, que pratique lors des stages. Un grand merci au Dr Martrille pour son aide.

Je remercie l'ensemble de ma famille dont l'affection, l'amour, le soutien et les encouragements constants m'ont été d'un grand réconfort et ont grandement contribué à l'aboutissement de ce travail, et de ces études de médecine. Mes plus profonds remerciements vont à bonne maman et bon au souvenir de bon papa, qui ont toujours été présents pour moi ; à mes parents qui m'ont soutenu dans les épreuves et dans mes décisions ; à Paul et Sophie qui n'ont jamais cessés de m'encourager. Merci à Corinne pour sa bienveillance. Merci à Marie et Victor pour votre présence. Merci à ma belle-famille pour m'avoir aussi bien accueilli, soutenu et aidé durant toutes ces années.

Merci à mes amis, qui sauront se reconnaître, malgré les études, les épreuves et la distance, qui ont toujours su répondre présents lors des moments importants à mes yeux.

En dernier lieu, je souhaiterais exprimer ma plus profonde reconnaissance à Mathilde, l'amour de ma vie, pour son soutien constant et pour tous les efforts fournis durant ces années. Depuis que nous sommes ensemble tu n'as cessé de m'épauler. Depuis plus de 10 ans nous avons partagé les meilleurs moments de ma vie, et j'espère que ce n'est qu'un début.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis 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. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	19
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	21
INTRODUCTION GENERALE	22
PREMIERE PARTIE : INTRODUCTIVE	23
I. Déterminants de la dépendance aux opioïdes	23
A. Épidémiologie des dépendances aux opioïdes.....	23
1. Définir les dépendances aux opioïdes.....	23
2. Données épidémiologiques	23
3. Dépendance aux opioïdes dans le système de soins Français.....	24
B. Définir les conduites addictives.....	26
1. Les usages	27
2. La tolérance.....	27
3. Troubles de l'usage d'une substance – dépendance	27
a) DSM-5	27
b) CIM-10	28
4. Le syndrome de sevrage.....	29
C. Cas particulier des traitements opioïdes	29
1. Définition	29
2. Historique.....	30
3. Opioïdes, licites ou illicites ?.....	31
a) Opioïdes licites	32
b) Opioïdes illicites	32
4. Opioïdes en France	33
5. Épidémiologie	33
a) Évolution	33
b) Saisies	33
c) Polyusage.....	34
d) Mésusage	34
II. Les comportements addictifs	36
A. Mécanisme neurophysiologique de l'addiction : circuit de la récompense	36
1. Corrélats biologiques de la dépendance.....	36

2.	Le circuit de la récompense : le rôle clé de la dopamine dans la dépendance	37
3.	Les mécanismes du craving	38
4.	Différences interindividuelles devant la dépendance : rôle de la génétique	39
B.	Conséquences médicales, économiques et sociales de l'addiction.....	39
1.	Complications somatiques	39
a)	Les pathologies non transmissibles	39
b)	Les pathologies transmissibles	41
2.	Complications psychiatriques	42
a)	Les troubles psychotiques.....	42
a)	Les troubles de l'humeur	43
b)	Les troubles anxieux.....	43
3.	Conséquences économiques et sociales	44
C.	Particularité des opioïdes : effet neurobiologique, effet physique et psychique à court terme.....	44
1.	Effets neurobiologiques	44
a)	Les opioïdes endogènes	44
b)	Action des opioïdes sur le circuit de la récompense : le modèle de désinhibition	45
2.	Effets physiques et psychiques des opiaces à court terme	46
III.	Prise en charge actuelle de l'addiction au opioïdes	48
A.	Méthode substitutive d'une addiction aux opiaces.....	48
1.	Principe générale de la substitution	48
2.	Méthode substitutive d'une addiction aux opioïdes.....	49
a)	Historique des traitements substitutifs.....	49
b)	Modalité pratique de la prescription d'un traitement substitutif	49
c)	Spécificité de la méthadone et de la buprénorphine	50
B.	Le sevrage des opioïdes	52
1.	Définir le sevrage	52
2.	A qui s'adresse le sevrage ?	53
3.	Le sevrage médicalisé	53
4.	Traitements du syndrome de sevrage.....	53
C.	Rôle du médecin généraliste.....	54
1.	Généralités	54
a)	Épidémiologie.....	54
b)	Historique	55

2. Les patients	55
3. Pluridisciplinarité	56
DEUXIEME PARTIE : DEVELOPPEMENT	58
I. Cadre éthique générale de la prise en charge du patient dépendant aux opioïdes en médecine générale	58
A. Prérequis à l'éthique	58
B. Concept général de la notion d'éthique	59
1. Les éthiques	59
2. Différents concepts s'apparentant à l'éthique	60
a) La morale	60
b) Le droit	60
c) La déontologie	61
d) Éthique et bonnes pratiques	61
e) Éthique et responsabilité	61
3. L'éthique médicale	62
a) Définition	62
b) Les textes fondateurs	63
4. L'éthique dans la dépendance aux opioïdes	64
a) Définition / préambule	64
b) Le patient dépendant aux opioïdes	64
c) La relation médecin-malade	64
d) Transfert, contre-transfert	66
e) Concepts d'aide dans le cadre d'une prise en charge d'un patient dépendants aux opioïdes	66
C. Équilibre entre soigner tout le monde et « soigner les patients dépendants aux opioïdes » en médecine générale	67
1. Le principe de « tri » et ses critères	67
a) Pourquoi un tel tri en médecine générale ?	67
b) Les critères de suivie	70
2. De l'acceptation de la prise en charge à l'interruption	72
3. Prise en charge pluri-professionnelle	74
a) Les structures médico-sociales	75
b) L'hôpital	76
c) Les structures en ville	77
d) L'entourage	78

II. Prise en charge du patient dépendant aux opioïdes en médecine générale : point de vue de l'éthique	80
A. Éthique traitement par substitution.....	80
1. Un nouveau traitement efficace approuvé par les comités d'éthique	80
2. Le bon traitement pour le bon patient ?	81
3. Différents seuils de tolérance pour différents médecins : questionnaire sur l'encadrement du patient	82
4. Un remède « miracle »	83
5. Soigne-t-on le patient pour lui ou pour la paix de la société ? Ramener le patient à la « norme » ?	85
B. Éthique et sevrage.....	87
1. Abandonner la substitution, l'objectif final d'une prise en charge réussie ?.....	88
a) De qui doit venir l'idée ?	88
b) Quels sont les attentes, la finalité d'une demande de sevrage ?.....	90
c) Quand ? Y a-t-il un bon moment ?	90
2. Le sevrage, pour qui ? Le médecin ou le patient ?.....	91
3. L'éthique face aux demandes et à la société	92
4. Le sevrage est-il tenable, la prise de risque, rechute, overdose !.....	94
III. Aspects médico légaux du patient dépendant : point de vue juridique sur l'addiction..	96
A. Notion de l'addiction dans le droit français.....	96
B. La lutte contre les addictions dans la législation française.....	97
1. La réglementation de la prise en charge médicosociale.....	97
a) Le soin libre	97
b) Le soin sous contrainte : l'injonction thérapeutique.....	98
c) Autres modalités : les stages de sensibilisation aux dangers des drogues.....	99
2. Accompagner les patients dépendants aux opioïdes pour réduire les risques liés aux usages de drogues	99
C. La législation répressive de l'usage de stupéfiants.....	100
D. Législation concernant le médecin lors de la prise en charge en addictologie.....	101
1. Le cadre déontologique de la prescription	101
a) La déontologie médicale.....	101
b) Autres dispositions du Code de la santé publique	103
c) Spécificités.....	104
2. La responsabilité du prescripteur	105
a) La responsabilité déontologique	105

b) La responsabilité civile et pénale.....	105
3. Limites à ne pas franchir.....	105
a) Complaisance.....	105
b) Abus de prescription.....	107
c) Falsification de la part de patients	107
DISCUSSION	108
CONCLUSION.....	115
ANNEXES.....	116
BIBLIOGRAPHIE	126

ABREVIATIONS

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
ALD : Affection Longue Durée
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
APA : Société américaine de psychiatrie (en anglais : American Psychiatric Association).
ASAM : American Society of Addiction Medicine
BHD : Buprénorphine Haut Dosage
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CNOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CEIP-A : Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmaco-dépendance-Addictovigilance
CIM : Classification Internationale des Maladies
CHC : Carcinome Hépatocellulaire
CJC : Consultations pour les Jeunes Consommateurs
CMP : Centres médico-psychologique
CMPP : Centres médico-psycho-pédagogiques
CNOM : Conseil National de l'ordre des médecins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DANTE : étude sur une Décennie d'ANTalgiques En France
DCI : Dénomination Commune Internationale
DDR : Date des Dernières Règles
DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DMG : Départements de Médecine Générale
DRAMÉS : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances
DRESS : La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM : Manuel de Diagnostic et statistique des troubles Mentaux, et des troubles psychiatriques (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, en anglais) de l'APA
DU : Diplôme Universitaire
ECIMUD : Équipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues
EGF : Échelle de Fonctionnement Global
ELSA : Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie
GABA : Acide Gamma-AminoButyrique
HPST : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HTAP : HyperTension Artérielle Pulmonaire
IDM : Infarctus Du Myocarde
IM : Intra Musculaire
IPA : Infirmières en Pratiques Avancée
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
IV : Intra Veineux

LSD : diéthyllysergamide
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives
MSO : Médicaments de Substitution aux Opiïdes
NMDA : N-méthyl-D-aspartique
NPS : Nouveau Produit de Synthèse
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OSCOUR : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
PID : Pneumopathie Interstitielle Diffuse
PMI : Protection Maternelle Infantile
RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève
RSA : Revenu Social d'Activité
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SC : Sous Cutané
SCMR : Salles de Consommation à Moindre Risque
SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
TA : Tension Artérielle
TCAM : Taux de Croissance Annuel Moyen
TSO : Traitements de Substitution aux Opiïdes
UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine
VTA : Aire Tegmentale Ventrale

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Carte de prévalence de la prise en charge pour des troubles addictifs. Taux standardisé des personnes prises en charge pour troubles addictifs par département (2018). [Cité le 29 sept 2021]. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-prevalence-troubles-addictifs>..... 26

Figure 2 : Coupe sagittale de cerveau montrant les trois principaux ensembles de neurones modulateurs. D'après Tassin JP. Les coulisses du cerveau : L'inconscient aux commandes (Février 2021), Dunod Paris..... 37

Figure 3: La queue de l'aire tegmentale ventrale comme cible de l'action des opiacés sur les systèmes dopaminergiques. D'après Impact des opioïdes sur les neurones dopaminergiques Jennifer Kaufling, Marie-José Freund-Mercier. La queue de l'aire tegmentale ventrale exerce une inhibition sur l'activité des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale. Les opioïdes lèvent cette inhibition via leur action sur les neurones GABAergiques de la queue. L'excitabilité des neurones dopaminergiques requiert également une activation par des neurones glutamatergiques (VTA : aire tegmentale ventrale, tVTA : queue de l'aire tegmentale ventrale). 46

Figure 4 : Les différents traitements substitutifs. D'après REYNAUD M, KARILA L, AUBIN HJ, BENYAMINA A. Traité d'addictologie. 2e édition. 2e édition. Paris : Lavoisier Médecine Sciences ; 2016. 900 p. (Traités). 52

Tableau 1 : Effectifs et taux bruts des personnes prises en charge pour troubles addictifs par 25

Tableau 2 : Effectifs, taux bruts et standardisés des personnes prises en charge pour troubles addictifs par région en 2018. [Cité le 29 sept 2021]. Source : SNIIRAM/SNDS / Régime Général + Sections Locales Mutualistes. Disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018_fiche_troubles-addictifs.pdf..... 25

Tableau 3 : Drogues et addictions, données essentielles - OFDT [Internet]. [Cité 28 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/> 31

INTRODUCTION GENERALE

La toxicomanie est un problème de santé publique majeur, durant sa carrière tout médecin généraliste sera amené à prendre en charge un patient dépendant aux opioïdes, en cours de sevrage, sous substitutif, présentant un syndrome de sevrage, avec parfois des comorbidités somatiques, psychiatriques.

En France environ 180 000 personnes bénéficient de prescriptions de traitements de substitution aux opioïdes (données stables entre 2010 et 2019), dont 65 % de Buprénorphine et 35 % de Méthadone. Ils constituent souvent le traitement de première intention de la dépendance aux opioïdes.

Dans cette prise en charge la substitution est prédominante mais qu'en est-il de la proposition de sevrage ? Du choix du patient ? Des troubles du jugement induit par les opiacés pouvant entraver le discernement.

Nous nous intéressons ici aux problématiques éthiques et médico légales que le médecin généraliste peut rencontrer lors de la prise en charge initiale et au long cours de patients dépendants aux opioïdes.

Ce principal objectif sera décliné sur deux focales différentes : la substitution et le sevrage et s'appuieront sur une revue systématique de la littérature selon les critères Prisma, SWiM et Coreq, en français et anglais.

Après une partie introductive relatant les déterminants de la dépendance aux opioïdes, leurs conséquences socio médico psychologiques ainsi que leur prise en charge actuelle, nous développerons lors d'une première partie le cadre éthique général de la prise en charge de patient dépendant aux opioïdes.

Ensuite, nous nous intéresserons plus spécifiquement, dans une deuxième partie, aux questions éthiques en lien avec la prise en charge des patients en médecine générale en fonction de la méthode choisie : la substitution et le sevrage.

Enfin, nous évoquerons les aspects médico légaux du point de vue du patient dépendant et du médecin généraliste au cours d'une prise en charge en addictologie.

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTIVE

I. Déterminants de la dépendance aux opioïdes

A. Épidémiologie des dépendances aux opioïdes

1. Définir les dépendances aux opioïdes

Le terme de dépendance aux opioïdes, « *addiction* », est souvent employé de façon très vague. En 2011 (puis partiellement révisée en 2018) l'ASAM (American Society of Addiction Medicine) en donnait la définition suivante (1) :

« **La dépendance aux opioïdes** est une maladie médicale chronique traitable impliquant des interactions complexes entre les circuits cérébraux, la génétique, l'environnement et les expériences de vie d'un individu. Les personnes dépendantes consomment des substances ou adoptent des comportements qui deviennent compulsifs et se poursuivent souvent malgré des conséquences néfastes.

Les efforts de prévention et les approches de traitement de la dépendance aux opioïdes sont généralement aussi efficaces que ceux des autres maladies chroniques.

La dépendance aux opioïdes se caractérise par une incapacité à renoncer catégoriquement à un certain comportement, à une perte de contrôle, des envies impérieuses, un manque de lucidité à l'égard des graves problèmes engendrés par son comportement et ses rapports avec autrui et des réactions émotives dysfonctionnelles. Comme il en va des autres maladies chroniques, la dépendance aux opioïdes est souvent associée à des cycles de rémission et de rechute. »

Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé), la définition stricte de la dépendance aux opioïdes correspond à quatre éléments (2) :

- Une envie irréprouvable de consommer le produit : Addiction et Craving,
- Une tendance à augmenter les doses : Tolérance,
- Une dépendance psychologique et parfois physique,
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne (émotives, sociales, économiques).

2. Données épidémiologiques

Au niveau international, le dernier rapport mondial de l'UNODC (3) (United Nations Office on Drugs and Crime) sur les drogues de 2020, indique que 269 millions de personnes ont consommé des drogues en 2018, soit 30% de plus par rapport à 2009. Parmi ces consommateurs, 35,6 millions souffrent réellement de troubles liés à la consommation de drogues et seulement 1 patient sur 8 bénéficie d'un traitement lié à son addiction.

Quelques chiffres quand on parle d'addiction :

- Le tabac : 1,3 milliards de fumeurs recensés,
- L'alcool : 63 millions de consommateurs quotidiens,
- Le cannabis : 19.8 millions de fumeurs réguliers,
- Les opioïdes : 16.7 millions de consommateurs réguliers,
- Les amphétamines : 6.6 millions de consommateurs réguliers,
- La cocaïne : 3.9 millions de consommateurs réguliers.

Au niveau national, selon les derniers chiffres publiés dans le rapport de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives) de 2019, l'alcool et le tabac, **substances licites**, demeurent les produits les plus consommés.

Parmi les **substances illicites**, le cannabis reste de très loin la substance la plus consommée avec 1,4 million de consommateurs quotidien, pour 3,6 millions d'usagers réguliers et 17 millions d'expérimentateurs.

3. Dépendance aux opioïdes dans le système de soins Français

Les addictions se réfèrent à diverses substances ou activités, dont la liste s'étend sans cesse, répertoriées dans la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) (4), et mises à jour en 2019 dans la CIM-11(5) (qui est entrée en vigueur au 01/01/2022) (ANNEXE 1).

Aux dépendances classiques et reconnues (drogues, alcool, tabac, jeu d'argent et de hasard) viennent s'ajouter les dépendances à internet, aux achats, au sport, au sexe, au travail. Encore peu quantifiées, on estime que ces addictions touchent 5% de la population.

Les conduites addictives ont des conséquences sanitaires et sociales multiples (maladies, handicaps, suicides, violence, isolement, précarité, etc.).

Selon les dernières données disponibles de l'assurance maladie (2018) (6), on dénombre 394 500 personnes prises en charge pour troubles addictifs ayant une ALD (Affection de Longue Durée) au cours de l'année référencé dans le CIM-10 (4) dans la catégorie « troubles mentaux ou du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ». A noter qu'entre 2012 et 2018, le taux de croissance annuel moyen (TCAM) des personnes prises en charge pour troubles addictifs est de 1,25%.

Tableau 1 : Effectifs et taux bruts des personnes prises en charge pour troubles addictifs par classe d'âge en 2018. [Cité le 29 sept 2021]. Source : SNIIRAM/SNDS / Régime Général + Sections Locales Mutualistes. Disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018_fiche_troubles-addictifs.pdf

	0 - 14 ans	15 - 34 ans	35 - 54 ans	55 - 64 ans	65 - 74 ans	75 ans et +	Total
Hommes							
Effectif	300	48 300	113 800	58 400	34 200	15 300	270 300
Taux brut	0,06‰	7,33‰	16,55‰	18,15‰	12,52‰	7,82‰	10,07‰
Femmes							
Effectif	300	21 500	46 600	27 300	17 900	10 700	124 300
Taux brut	0,05‰	2,88‰	5,84‰	7,09‰	5,35‰	3,32‰	4‰
Total							
Effectif	600	69 800	160 400	85 800	52 000	26 000	394 500
Taux brut	0,06‰	4,97‰	10,8‰	12,12‰	8,57‰	5,02‰	6,81‰

On note une disparité importante entre les sexes, 69% des hommes, pour 31% des femmes. Les âges moyen et médian sont respectivement de 50 ans et 51 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans est de 7%.

On note aussi une différence non négligeable entre les régions, représenté dans le tableau 2 qui nous donne les effectifs, taux bruts et standardisés des personnes prises en charge pour troubles addictifs par région en 2018.

Tableau 2 : Effectifs, taux bruts et standardisés des personnes prises en charge pour troubles addictifs par région en 2018. [Cité le 29 sept 2021]. Source : SNIIRAM/SNDS / Régime Général + Sections Locales Mutualistes. Disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018_fiche_troubles-addictifs.pdf

	Hommes			Femmes			Total		
	Effectif	Taux brut	Taux standardisé	Effectif	Taux brut	Taux standardisé	Effectif	Taux brut	Taux standardisé
Auvergne-Rhône-Alpes	29 600	9,15‰	9,43‰	13 600	3,68‰	3,71‰	43 300	6,23‰	6,34‰
Bourgogne-Franche-Comté	13 400	12,23‰	12,36‰	5 700	4,45‰	4,38‰	19 100	8,05‰	8,03‰
Bretagne	19 900	15,80‰	16,08‰	9 100	6,17‰	6,11‰	29 000	10,61‰	10,64‰
Centre-Val de Loire	10 300	10,17‰	10,34‰	4 400	3,75‰	3,71‰	14 700	6,71‰	6,72‰
Corse	1 200	10,29‰	9,77‰	600	4,43‰	4,17‰	1 800	7,13‰	6,73‰
Grand Est	20 400	9,47‰	9,56‰	9 300	3,76‰	3,71‰	29 800	6,41‰	6,40‰
Guadeloupe	1 300	8,89‰	9,15‰	300	1,47‰	1,46‰	1 600	4,68‰	4,63‰
Guyane	300	3,68‰	4,93‰	< 100	0,71‰	0,84‰	400	2,04‰	2,65‰
Hauts-de-France	30 700	12,25‰	12,72‰	13 600	4,82‰	4,94‰	44 300	8,31‰	8,55‰
Ile-de-France	32 100	6,24‰	6,61‰	15 400	2,61‰	2,76‰	47 500	4,30‰	4,53‰
Martinique	1 100	7,61‰	7,64‰	200	1,16‰	1,14‰	1 300	3,93‰	3,81‰
Mayotte	< 100	0,86‰	1,17‰	< 100	0,07‰	0,06‰	< 100	0,42‰	0,54‰
Normandie	17 300	12,99‰	13,19‰	7 400	4,81‰	4,78‰	24 700	8,61‰	8,64‰
Nouvelle Aquitaine	25 400	11,31‰	11,36‰	12 500	4,69‰	4,56‰	37 800	7,71‰	7,62‰
Occitanie	24 900	10,88‰	11,03‰	13 000	4,88‰	4,80‰	37 900	7,64‰	7,63‰
Pays de la Loire	15 200	10,13‰	10,46‰	6 100	3,56‰	3,59‰	21 400	6,63‰	6,75‰
Provence-Alpes-Côte d'Azur	20 200	9,80‰	9,95‰	10 900	4,46‰	4,38‰	31 000	6,91‰	6,89‰
Réunion	6 000	15,01‰	16,94‰	1 600	3,41‰	3,83‰	7 600	8,82‰	9,78‰

A travers ces données nationales, on note une disparité importante interrégionale, et même interdépartementale. Ainsi, les taux de prévalence semblent majoritairement les plus bas dans les départements les plus peuplés (région Ile de France, périphérie Lyonnaise et Marseillaise) alors que les campagnes Françaises semblent les plus touchées.



Figure 1 : Carte de prévalence de la prise en charge pour des troubles addictifs. Taux standardisé des personnes prises en charge pour troubles addictifs par département (2018). [Cité le 29 sept 2021].
 Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-prevalence-troubles-addictifs>

B. Définir les conduites addictives

La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (le jeu, par exemple).

Le DSM-V (cinquième édition du Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles) (8) et la CIM-10 (4) sont deux outils de classification qui coexistent, et qui sont à utiliser en fonction des contextes d'intervention (prévention, formation, accompagnement et soins).

On peut parler d'un **cycle de la dépendance**. Ce cycle commence dès lors que la personne entre en contact avec une substance pour la première fois. A force de consommer cette substance, et de s'en servir sous différents **usages**, de manière récurrente et inappropriée, plus fréquemment, on parle alors de **tolérance**. Si celle-ci devient indispensable pour que la personne puisse se sentir « normale » et réaliser ses activités quotidiennes « normalement » on parle alors de **dépendance**. Enfin, après une utilisation plus ou moins prolongée, la personne atteindra le stade de **l'addiction**. Néanmoins, si cette personne arrive à arrêter, ou à diminuer, sa consommation un **syndrome de sevrage** pourra apparaître, et potentiellement entraîner une **rechute**.

1. Les usages

On considère trois catégories d'usage :

- 1 : **le non-usage**, défini par une absence de consommation ;
- 2 : **l'usage simple** (uniquement pour l'alcool), définit une consommation usuelle d'une substance (alcoolisée) ou réalisation d'un comportement sans qu'il ne présente de caractère pathologique. Variable en fonction de l'environnement, des envies ou des besoins, des effets, et de la disponibilité de la substance ;
- 3 : **le mésusage** qui comprend trois catégories :
 - L'usage à risque, avec des consommations qui exposent à des risques de complications, secondaires à la consommation aiguë, ou à la consommation chronique ;
 - L'usage nocif, se caractérise par une consommation répétée produisant des dommages médicaux (psychiatriques, somatiques) ou sociaux pour le sujet lui-même ou son environnement, sans atteindre les critères de la dépendance ;
 - L'usage avec dépendance, se caractérise par l'impossibilité de s'abstenir de consommer (perte de contrôle).

2. La tolérance

On parle de tolérance lorsqu'il est nécessaire de prendre des doses plus fortes d'une substance pour ressentir le même effet que celui éprouvé lors de la prise précédente. La tolérance est souvent associée à la dépendance physique, qui est un état d'adaptation physiologique résultant de la consommation régulière d'une drogue.

Lorsqu'on prend un analgésique ayant des effets psychoactifs, on a tendance à s'accoutumer à ces effets (sentiment d'euphorie, diminution de l'anxiété et somnolence), mais pas autant qu'aux l'effets analgésiques.

La sensibilité à une substance particulière étant très variable, il est parfois difficile de déterminer la présence d'une tolérance uniquement à l'aide de l'anamnèse.

3. Troubles de l'usage d'une substance – dépendance

a) DSM-5

En 2013, la Société américaine de psychiatrie (APA) a publié une nouvelle édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5).

Dans le DSM-IV, la distinction entre l'abus de substance et la dépendance à une substance était fondée sur la notion d'abus en tant que phase légère ou précoce et celle de dépendance en tant que manifestation plus sévère. En pratique, les critères relatifs à l'abus dénotaient parfois une sévérité assez marquée. Les changements apportés par le **DSM-V** tiennent compte de cette réalité clinique, voilà pourquoi les termes de **dépendance** (addiction en anglais) et **abus**

de substance ont été remplacés par « **troubles de l'usage d'une substance** » dans le DSM-V (8).

Ainsi les sept critères de dépendance à une substance, et trois des quatre critères d'abus de substance du DSM-IV ont été combinés en onze critères diagnostiques pour les troubles liés à la consommation d'une substance. (Critères du DSM-V pour les troubles liés à la consommation d'une substance psychoactive (ANNEXE 2).

Les onze critères pour les troubles liés à la consommation d'une substance sont regroupés en quatre catégories de comportements :

- Réduction du contrôle sur la consommation d'une substance,
- Altération du fonctionnement social
- Consommation risquée de la substance
- Critères pharmacologiques (tolérance et sevrage)

La sévérité des troubles liés à la consommation d'une substance est fonction du nombre de critères symptomatiques présents (sur les 11) :

- Trouble léger : défini par la présence de 2 ou 3 symptômes
- Trouble moyen : défini par la présence de 4 ou 5 symptômes
- Trouble grave : défini par la présence de 6 symptômes ou plus

b) CIM-10

Cette classification de l'OMS n'est pas limitée aux troubles mentaux comme le DSM, et fait apparaître les concepts d'usage nocif et de dépendance.

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des six manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- 1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- 2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
- 3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un

syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;

- 4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;

- 5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;

- 6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

4. Le syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage est caractéristique des troubles liés à la consommation de substances psychoactives, mais le fait d'éprouver des symptômes de sevrage ne signifie pas nécessairement qu'on fasse une dépendance aux opioïdes.

Quand on fait un usage régulier d'une substance psychoactive, le cerveau s'adapte tant sur le plan biochimique que sur le plan structurel. Lorsqu'on cesse cet usage, la concentration cérébrale de la substance diminue et il en résulte un ensemble de signes et symptômes ; c'est ce qu'on appelle le sevrage. Il faut alors attendre quelques jours, voire des semaines, pour que les récepteurs du système nerveux central se normalisent.

Les signes et symptômes du syndrome de sevrage sont à l'opposé de l'effet principal de la substance. Le sevrage d'un somnifère entraîne principalement une hyperactivité du système nerveux autonome ; celui d'un opioïde s'accompagne d'anxiété, d'un état de manque important et de symptômes pseudo-grippaux ; quant au sevrage d'un stimulant il provoque plutôt de la dépression, des insomnies et un état de manque important.

C. Cas particulier des traitements opioïdes

1. Définition

Les opioïdes constituent une famille de substances dérivées de l'opium, lui-même tiré de la culture du pavot (9). Leur produit de référence est la morphine, à partir de laquelle est produite l'héroïne (ou diacéylmorphine), qui existe sous deux formes : le sel (chlorhydrate), communément appelé « blanche », et la base, nommée « brune ».

Par rapport aux opioïdes, le terme opioïde inclut également des molécules qui ont un effet de type morphinique, mais ne dérivent pas de la morphine et sont produites par synthèse (tableau 3).

2. Historique

L'Opium est connu de l'humanité depuis plusieurs millénaires. Il était pendant plus de 4.000 ans à l'origine de préparations pharmaceutiques, et ceci dans le monde entier. Durant l'antiquité, les Égyptiens ont été les premiers utilisateurs du Pavot. Des traces de cette culture attestent que les Sémuriens (peuple de Mésopotamie) connaissaient l'usage de l'opium, et l'appelaient déjà " fleur de joie". En Grèce, au IX^{ème} siècle avant J-C, on retrouve des références à l'Opium dans l'Odyssée d'Homère "calme toute colère et fait oublier toute douleur". Hippocrate lui reconnaît aussi une action curative, constipante et hypnotique.

Au moyen-âge, l'opium sera progressivement diffusé en Europe par les nombreuses croisades. Ce sont surtout les médecins arabes qui apporteront l'Opium en Inde grâce aux conquêtes musulmanes. Dans l'empire Chinois, il y sera importé à partir de l'Inde et ses comptoirs Britanniques grâce à la route de la soie ; 2 « guerres de l'opium » éclateront au 19^{ème} siècle.

L'utilisation d'opioïdes comme la morphine remonte au 19^{ème} siècle aux États-Unis, notamment lors de la guerre de Sécession, afin d'atténuer la douleur. On estime qu'après la guerre, 400 000 soldats présentaient une addiction à la morphine (10). Devant son efficacité, la morphine fut prescrite pour tout type de douleurs. Bayer commercialisa de l'héroïne à partir de 1898, affirmant notamment que celle-ci permettait de lutter contre la toux.

A partir des années 1920, l'addiction à ces médicaments est reconnue, et certains médecins refusent de prescrire des opioïdes. La première loi américaine qui restreint la vente d'héroïne, de morphine et de cocaïne est le *Harrison Narcotics Tax Act* de 1914. L'héroïne est totalement interdite de fabrication, de vente et d'importation en 1924.

On estime à 5000 tonnes la production illicite de l'opium, dont les deux tiers seraient consommés sous forme d'héroïne. Cette production est principalement assurée par deux grandes régions : le Croissant d'or (Iran, Afghanistan, Pakistan) et le triangle d'or (Laos, Birmanie, Thaïlande). De retour de la guerre du Viêtnam, 10 à 15 % des soldats présentaient une addiction à l'héroïne selon un rapport de 1971. Dans la deuxième moitié des années 1980, avec l'utilisation croissante du crack, le problème arrive sur le terrain politique et George H. W. Bush déclenche la *War on Drugs* en 1989.

En 1995, la crise des opioïdes éclate aux États Unis, avec la mise sur le marché de l'OxyContin® de la firme pharmaceutique Purdue Pharma. Initialement prescrit pour des douleurs cancéreuses, il sera détourné de façon importante dans un contexte favorisé par le laboratoire lui-même aidé par campagne de communication importante. Le litige se soldera par le versement en février 2021 de 573 millions de dollars aux victimes pour mettre fin aux poursuites judiciaires et ainsi éviter un procès (11).

La pandémie de Covid-19 n'a fait que renforcer la crise des opioïdes, en raison du confinement. En effet, les victimes, du fait de leur isolement, ont majoré leur consommation,

et n'avaient donc plus accès aux dispositifs d'aides ou aux groupes de parole. Cette période de pandémie, source de forte anxiété a entraîné une hausse de la consommation de médicaments et de drogues. De plus la désorganisation des réseaux de trafic de drogue a conduit à la consommation de produits de mauvaise qualité, plus dangereux (12).

3. Opiïdes, licites ou illicites ?

Les opiïdes rencontrés en France ont différents statuts, selon leur utilisation : **les substances illicites**, sont produites clandestinement à partir du pavot, à l'instar de l'héroïne, ou achetées illégalement sur Internet, comme les nouveaux opiïdes de synthèse.

Les médicaments opiïdes, licites, quant à eux, sont produits légalement par des laboratoires pharmaceutiques.

Leurs deux indications majeures sont le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres antalgiques de palier 1 et les TSO (traitements de substitution aux opiïdes). Ces derniers peuvent faire l'objet d'usage en tant que drogues.

Tableau 3 : Drogues et addictions, données essentielles - OFDT [Internet]. [Cité 28 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>

Opiïdes pharmaceutiques		Substances illicites
Analgésiques opiïdes faibles ¹	Codéine ² (1/6) ³ Poudre d'opium Tramadol (1/5) ³	Opium* et rachacha*
Analgésiques opiïdes forts ¹	Morphine et sulfate de morphine* Oxycodone* (x 2) ³ Fentanyl* (x 160 minimum) ³	Héroïne* (x 2 à 3) ³ NPS opiïdes* dont dérivés du fentanyl (jusqu'à x 1000) ³
Médicaments de substitution aux opiïdes	Méthadone* (x 10) ³ Buprénorphine haut dosage (BHD) (x 30) ³	

Opiïdes naturels, opiïdes semi-synthétiques, opiïdes synthétiques

* Opiïdes classés comme stupéfiants

1. Selon la classification OMS

2. La codéine est également utilisée comme antitussif.

3. Les mentions (1/a) et (x b) concernent la puissance antalgique par rapport à la morphine. Elles signifient que la substance est environ a fois moins puissante que la morphine ou b fois plus puissante.

La puissance de leurs effets n'est pas homogène. Les plus dangereux sont classés comme stupéfiants (substances illicites tableau 3).

Les molécules synthétiques les plus récentes (fentanyl et ses dérivés) sont jusqu'à 1000 fois plus puissantes que l'héroïne.

a) Opioïdes licites

En Europe cinq antalgiques opioïdes sont commercialisés (13) : la codéine, le tramadol, la morphine, l'oxycodone et le fentanyl. Les autres opioïdes (la poudre d'opium, la buprénorphine, l'hydromorphone) ne sont pas commercialisés dans tous les pays.

La codéine, est également utilisée pour ses propriétés antitussives, a aussi fait l'objet d'usages détournés, en particulier chez les jeunes (14). En France, depuis l'arrêté du 12 juillet 2017, une prescription est nécessaire pour se voir délivrer une spécialité contenant cette molécule.

b) Opioïdes illicites

En Europe, l'opioïde illicite le plus consommé est l'héroïne (fumée, sniffée ou injectée). L'Europe a connu différentes vagues d'addiction à l'héroïne, la première à partir des années 1970, et une deuxième, dans les années 1990 notamment dans les pays d'Europe centrale et orientale.

L'usage des nouveaux opioïdes de synthèse, comme l'U-47700 ou les dérivés du fentanyl (ocfentanil, acétylfentanyl, butyrfentanyl, carfentanil...) reste très marginal sur le territoire français, probablement du fait de l'accessibilité des autres opioïdes. Il concerne souvent des individus déjà consommateurs d'opioïdes préférant s'approvisionner sur internet à la recherche de produits plus puissants.

Depuis 2009, 49 nouveaux opioïdes de synthèse ont été détectés sur le marché européen des drogues (15). Bon nombre de ces substances sont associées à des intoxications graves et à des décès.

Parmi les opioïdes illicites, certains sont classés comme stupéfiants ; qui est défini au niveau international comme une substance susceptible d'induire un usage nocif ou une dépendance et inscrite sur une liste qui reprend notamment les substances classées sous contrôle international par arrêté du ministre chargé de la santé.

En mars 1961 fut adoptée à New York, la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Son but est de lutter contre la consommation de drogues grâce à une intervention internationale coordonnée. En limitant la possession, la distribution, la consommation, le commerce, l'exportation, l'importation, la fabrication et la production de drogues uniquement à des fins scientifiques et médicales. Elle lutte également contre le trafic de stupéfiants. Depuis, ces conventions internationales ont établi un classement des substances, et les classent en 4 tableaux (16-17) (ANNEXE 3).

4. Opioïdes en France

Les antalgiques opioïdes disponibles en France (ANNEXE 4), sont principalement disponibles pour une administration par voie **orale** (gélule, comprimé pelliculé, effervescent, à libération immédiate ou à libération prolongée) ou injectable. Une **solution buvable** est disponible pour le tramadol, la morphine et l'oxycodone, et une forme **suppositoire** pour la poudre d'opium. **Le fentanyl** se présente sous diverses formes : patch (action prolongée) et plusieurs formes transmuqueuses (action rapide).

En 2017, 78% des antalgiques les plus consommés en France sont non opioïde (paracétamol, aspirine et AINS), 20% concernent les antalgiques opioïdes faibles et 2% les antalgiques opioïdes forts (13).

En 2017, l'antalgique opioïde le plus consommé en France est le tramadol (que ce soit en ville ou à l'hôpital), puis la codéine (en association à d'autres antalgiques) et la poudre d'opium associée au paracétamol. Viennent ensuite la morphine, premier antalgique opioïde fort, l'oxycodone orale en ville, et la morphine injectable à l'hôpital (13).

5. Épidémiologie

En 2015, 17,1% des Français, ont bénéficié du remboursement d'un antalgique opioïde ; soit environ 10 millions de personne (18).

a) Évolution

Le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'opioïdes sur prescription médicale a augmenté de 15 à 40 hospitalisations pour un million d'habitants entre 2000 et 2017.

Dans la base de toxicovigilance, entre 2005 et 2016, le taux de notifications pour des intoxications aux antalgiques opioïdes est passé de 44 pour 10 000 à 87 pour 10 000.

Entre 2000 et 2015, le nombre de décès liés à la consommation d'opioïdes a augmenté de 1,3 à 3,2 décès pour un million d'habitants.

D'après les données de délivrances de l'Assurance maladie entre 2006 et 2015 issues de l'étude DANTE (une Décennie d'ANTalgiques En France) (19) : la consommation des antalgiques opioïdes faibles a diminué de 18% en 2011 pour se stabiliser par la suite. Quant aux antalgiques opioïdes forts, ils marquent une forte augmentation (plus de 150%) entre 2006 et 2015.

b) Saisies

Les médicaments opioïdes, quel que soit leur usage, sont majoritairement reçus par prescription. Il existe un marché noir de la BHD (Buprénorphine haut dosage). En 2017, elle était vendue environ 4 euros le comprimé de 8 milligrammes et 5 euros flacon de 60

milligrammes de méthadone, relevant plutôt de pratiques de dépannage ou de l'échange. Pour la morphine, les prix sont très hétérogènes et géographiquement dépendants, autour de 7 euros la gélule de 200 milligrammes.

Les nouveaux opioïdes de synthèse, tout comme les nouveaux produits de synthèse (NPS), sont achetés sur internet, et plus particulièrement sur le darknet. Les prix peuvent être très élevés, selon leur puissance et la disponibilité des produits recherchés, jusqu'à plusieurs centaines d'euros le gramme. Les autres opioïdes les plus couramment saisis sont notamment ceux utilisés à des fins thérapeutiques : le tramadol, la buprénorphine haut dosage et la méthadone.

c) Polyusage

Les opioïdes s'intègrent souvent dans un polyusage de drogues occupant une place importante dans les consommations des usagers de drogues : 74 % des consommateurs interrogés en 2015 dans les CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) disent en avoir consommé au cours du mois précédent l'enquête (20). En 2016, les opioïdes constituent le produit le plus problématique pour 45 000 personnes prises en charge pour abus ou dépendance dans les CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Elles étaient 51 500 en 2010 (21).

Quant aux problèmes aigus, d'après les données OSCOUR (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) de 2015, 23 % des passages aux urgences sont en lien avec l'usage de drogues impliquant les opioïdes (22). C'est seulement depuis 2012 que les passages au SAU (Service d'accueil des urgences) pour consommation de stupéfiants concernent essentiellement le cannabis et non plus les opioïdes.

D'après le dispositif DRAMES (2016), les opioïdes sont présents dans environ 83% des surdoses mortelles (23). La méthadone est le premier produit en cause (36 % des cas), devant l'héroïne (26 %). Les autres cas de surdoses se répartissent entre la BHD (10 %), la morphine (6 %) et les analgésiques opioïdes synthétiques (6 %) (23).

d) Mésusage

Du fait d'une large utilisation thérapeutique de ces médicaments, de nombreux cas d'addiction et d'abus ont accompagné ce développement. D'après le dernier rapport Européen sur les drogues (15), la prévalence de l'usage problématique d'opioïdes chez les adultes (15 à 64 ans) est estimée à 0,4 % de la population de l'UE (ANNEXE 5), soit 1,3 million d'usagers problématiques d'opioïdes en 2019. Au niveau national, ces estimations varient de 1 à 8 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans.

En 2017, la consommation d'opioïdes est le principal motif justifiant le suivi d'un traitement spécialisé pour 171 000 patients, soit 35 % des patients dépendants aux opioïdes traités en Europe. Si l'héroïne reste l'opioïde illicite le plus consommé, plusieurs sources, dont certaines provenant d'études interrogeant les patients eux-mêmes, indiquent que les opioïdes

de synthèse légaux (méthadone, BHD et le fentanyl) sont de plus en plus fréquemment détournés de leur usage initial. Cette même année, 19 pays d'Europe ont déclaré qu'au moins 10 % des patients consommateurs d'opioïdes admis pour un suivi spécialisé s'étaient présentés pour des problèmes essentiellement liés à des opioïdes autres que l'héroïne.

La consommation de drogues par voie intraveineuse est le plus souvent associée aux opioïdes, qui sont cités comme étant la principale drogue injectée (chiffres provenant de 14 des 16 pays dont on dispose des estimations de prévalence de la consommation de drogues par injection) (2012 à 2019).

Cependant, le niveau de prescription des opioïdes, notamment celui des opioïdes forts, reste, en France et en Europe, très inférieur à celui qui a provoqué l'épidémie de décès et de dépendance en Amérique du Nord (24-25).

II. Les comportements addictifs

A. Mécanisme neurophysiologique de l'addiction : circuit de la récompense

1. Corrélats biologiques de la dépendance

La principale raison pour laquelle l'homme s'auto administre des drogues est liée à l'effet gratifiant, euphorisant de celles-ci (26). En effet, de tout temps, l'Homme a essayé d'apaiser ses angoisses existentielles grâce à des substances, tout d'abord, d'origine naturelle mais depuis l'avènement de la chimie moderne par le biais de substances synthétiques ou de médicaments. Cependant la plupart des consommateurs de drogues ne se retrouvent pas à des niveaux de consommation incontrôlable. Seuls 10 à 20% des individus sont véritablement dépendants, souffrant des symptômes physiques et psychiques de l'abstinence et l'envie irrésistible de consommer.

La probabilité de devenir dépendant à une substance fait intervenir plusieurs facteurs, allant de la génétique, au caractère addictogène de la substance, en passant par d'autres facteurs sociaux-économiques, voire même environnementaux (27).

Ces substances utilisées sont en perpétuel renouvellement ce qui justifie une veille sanitaire qui nécessite de connaître et comprendre les mécanismes physiopathologiques du processus de dépendance.

Les cibles de ces agents psychotropes sont nombreuses expliquant la diversité de leurs effets pharmacodynamiques (28-29).

Ainsi, certaines substances agissent sur les **systèmes monoaminergiques** soit en augmentant leur relargage synaptique (amphétamine, ecstasy) ou en inhibant leur recapture (cocaïne, antidépresseurs) à l'origine d'effets psychostimulants.

Cet effet est également retrouvé dans la stimulation des **systèmes cholinergiques** via les récepteurs nicotiques.

Les **effets psychodysléptiques** (hallucinatoires) ont plusieurs origines : l'antagonisation des récepteurs au glutamate dit acide N-méthyl-D-aspartique (NMDA) comme pour le phencyclidine, l'activation des récepteurs cannabinoïdes (CB1, CB2) comme pour le cannabis ou l'activation des récepteurs sérotoninergiques comme pour le diéthyllysergamide (LSD) ou la mescaline.

A l'inverse, on retrouve des substances qui ont pour conséquence d'inhiber l'activité neuronale engendrant un **effet anxiolytique** et plus généralement désinhibiteur. On peut mentionner l'alcool, les barbituriques ou les benzodiazépines dont l'activation de récepteurs acide gamma aminobutyrique (GABA) produisent cet effet.

2. Le circuit de la récompense : le rôle clé de la dopamine dans la dépendance

Découvert dans les années 50 par Olds et Milner (30), le circuit de la récompense est le corrélat neurophysiologique de la dépendance dont l'effet gratifiant des drogues est dû à leur capacité à majorer la libération de dopamine (31). Au plan anatomo-fonctionnel, le circuit de la récompense comprend l'aire tegmentale ventrale située dans la partie supérieure du tronc cérébral dont les neurones se projettent vers le noyau accumbens, structure striatale connecté au système limbique, et vers le cortex pré frontal qui intervient dans les processus motivationnels (32).

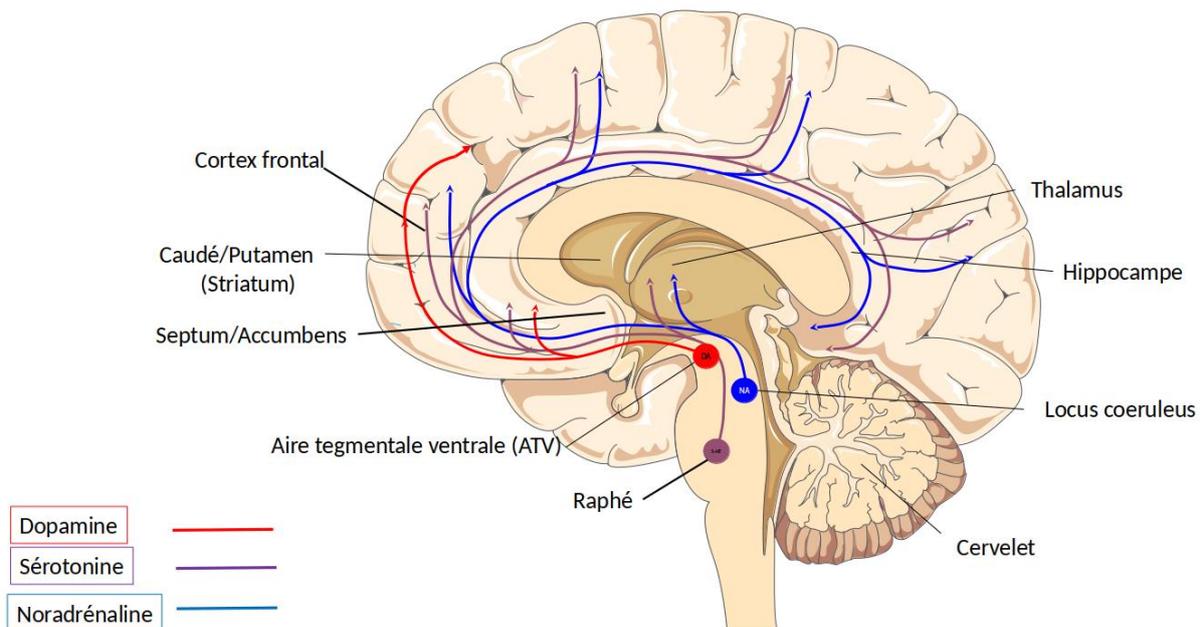


Figure 2 : Coupe sagittale de cerveau montrant les trois principaux ensembles de neurones modulateurs. D'après Tassin JP. *Les coulisses du cerveau : L'inconscient aux commandes* (Février 2021), Dunod Paris.

Du point de vue neurobiologique, l'acteur majeur est la dopamine que l'on retrouve au niveau de l'aire tegmentale ventrale et qui est libérée dans les structures citées précédemment. La relation entre l'activation de ces zones cérébrales et la libération de dopamine a été clairement démontrée (33). Ainsi, les mécanismes de ces substances addictogènes sont divers mais le caractère hédonique que conduit à la prise de ces substances suggèrent bien une voie finale commune. Les progrès dans les domaines de la biologie cellulaire et moléculaire ont permis d'expliquer ce fait en révélant que les neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale pouvaient exprimer une multitude de récepteurs qui sont capables de réguler la libération de dopamine dans le noyau accumbens.

De principe, cette voie neuronale de la récompense a pour objet de répondre à des besoins physiologiques naturels comme l'alimentation ou l'acte sexuel afin de maintenir la pérennité de l'espèce. Elle existe physiologiquement pour être stimulée par des actions naturelles pour qu'elles soient vécus comme agréable et non comme des contraintes qui conduirait à l'inverse à la disparition de l'espèce.

En revanche, ce circuit neuronal n'a pas été conçu pour être stimulé artificiellement par des substances chimiques conduisant à un niveau d'activation bien supérieur que pourraient le faire des signaux naturels. Cette activation répétée et abusive engendre son dérèglement qui se traduit par le mécanisme d'addiction c'est-à-dire la perte de liberté vis-à-vis de la consommation dont la particularité la plus caractéristique est le phénomène de craving qui pousse un individu à consommer de nouveau la substance pour en reproduire les effets initiaux (34).

3. Les mécanismes du craving

Le craving met en jeu différents mécanismes.

Le premier mécanisme concerne les processus mnésiques qui permet à l'individu de mémoriser les effets ressentis lors de la prise de substance ainsi que le contexte dans lequel elle est effectuée. Ce processus de mémorisation peut expliquer le phénomène de rechute chez un sujet sevré même depuis des années car placer l'individu dans ce même contexte de consommation peut suffire à déclencher le comportement de craving. Ce phénomène a été confirmé par imagerie cérébrale qui montre une activation de la voie de la récompense lors de visualisation par le sujet d'éléments de contexte de prise de substance (35).

Le deuxième mécanisme met en jeu les processus motivationnels qui via le phénomène de sensibilisation se traduit par une augmentation de l'activité locomotrice illustré par un comportement exclusivement centré sur la recherche de la substance au détriment des autres activités (36).

Le dernier mécanisme est celui de la tolérance qui se traduit par une diminution progressive de l'effet pharmacodynamique de la substance à mesure des prises répétées ayant pour conséquence une augmentation des doses afin de reproduire le même effet. Il concerne avant tout le pouvoir renforçant qui représente le plaisir lié à la prise de la substance (37). Le caractère impulsif et compulsif de la prise de substance s'explique, en outre, par une perte du contrôle inhibiteur qui fait intervenir le cortex pré frontal et contribue à la discordance entre le caractère motivationnel qui se majore et le caractère hédonique qui diminue. Le sujet n'est plus capable de s'extraire du réflexe conditionné qu'il a intégré à cause de l'association initiale entre consommation de substance et renforcement positif en dépit de la perte progressive de ce pouvoir renforçant (38). L'incapacité de se désengager de ce réflexe conditionné démontre une absence de flexibilité cognitive indispensable à la maîtrise de son impulsivité. Cette perte de contrôle fait intervenir différentes zones cérébrales (striatum, cortex orbito-frontal, lobe temporal médial) et différents neurotransmetteurs (dopamine, noradrénaline, sérotonine) dont le fonctionnement se modifie lors la prise itérative de ces substances. La diminution de l'activité métabolique du cortex orbito-frontal au cours de l'addiction, visualisée en neuro-imagerie, peut témoigner de cette perte de contrôle. Les mécanismes neurobiologiques sous-jacent impliquent des processus de plasticité cellulaire et moléculaire en lien au caractère pulsatile de la stimulation de la voie de la récompense (32) : on retrouve en priorité des modifications de la densité et de la sensibilité des récepteurs

dopaminergiques témoin des phénomènes de sensibilisation et de tolérance mais également des changements dans les voies glutamatergiques impliquées dans les processus de mémorisation. En outre, les autres voies (sérotoninergiques, noradrénergiques) sont engagées dans une moindre mesure (39).

4. Différences interindividuelles devant la dépendance : rôle de la génétique

La consommation de substances addictogènes ne conduit pas forcément au développement d'une addiction. C'est à partir de ce corrélat que des études se sont intéressées à la susceptibilité individuelle à devenir dépendant et ont trouvé un début de réponse dans la génétique. Cette variabilité interindividuelle peut s'expliquer par l'épigénétique. La consommation de ces substances, elles-mêmes, peut modifier ces interactions gène-environnement illustrées par le fait que certaines drogues sont capables de modifier les histones, protéines impliquées dans la compaction de l'ADN en chromatine et impliqués dans les mécanismes épigénétiques (40).

Des études familiales ou de jumeaux monozygotes appuient cette hypothèse avec cependant une influence variable en fonction des substances. Dans de larges cohortes, il a été mis en évidence des polymorphismes de gènes codant pour des récepteurs nicotiques, sérotoninergiques, pour le cytochrome P450 et des enzymes du catabolisme des monoamines qui sont identifiés comme plus à risque de comportement dépendant et dont leur présence est associée à des modifications fonctionnelles cérébrales (41). Cependant la susceptibilité individuelle ne peut être résumé qu'au patrimoine génétique puisque d'autres facteurs endogènes (troubles cognitifs, impulsivité) ou exogènes (conditions de vie, stress prénatal, postnatal...) peuvent intervenir (42).

B. Conséquences médicales, économiques et sociales de l'addiction

1. Complications somatiques

La grande majorité des complications somatiques sont d'origine infectieuse. Elles concernent essentiellement les administrations par intraveineuse. Elles peuvent être alors classées en 2 catégories bien distinctes :

- Les complications non transmissibles qui sont consécutives à une injection traumatique, septique ou liée à la toxicité propre des produits injectés
- Les complications transmissibles sont des pathologies à caractère endémique comme les infections virales et sont généralement liées à un partage du matériel souillé.

a) Les pathologies non transmissibles

Les pathologies cardio-respiratoires : en premier lieu, on retrouve l'endocardite infectieuse qui constitue l'une des complications les plus typiques et potentiellement grave chez le patient dépendant aux opioïdes injecteur. Elle touche préférentiellement les hommes de moins de 40

ans avec un sexe ratio de trois hommes pour une femme (43). La valve tricuspide est la plus souvent infectée et on retrouve dans plus de 50%, une atteinte par *Staphylococcus aureus* habituellement de bon pronostic. La source de contamination est variée : on observe un défaut d'hygiène plus marqué chez les patients dépendants aux opioïdes qui présentent une mauvaise hygiène bucco-dentaire favorisant les bactériémies spontanées, un portage nasal de *staphylocoque aureus* plus fréquent (44) et une désinfection cutanée occasionnelle avant l'injection (45). Le matériel utilisé peut-être aussi source de contamination (*S. aureus*, *S. epidermidis*). La poudre, elle-même est exceptionnellement en cause mais des cas de contaminations furent observés par le passé notamment par *Pseudomonas* (46). Secondairement, on peut retrouver des pseudo anévrysme mycotique consécutif à la dissection de la paroi d'une artère (fémorale, humérale). Enfin, l'infarctus du myocarde (IDM) est une complication fréquente chez les usagers de cocaïne. En effet, la cocaïne a des propriétés sympathiques qui entraîne une tachycardie et une vasoconstriction limitant les apports en oxygène au muscle cardiaque et associée à son caractère thrombotique (47) multiplie par 24 le risque de faire un infarctus. L'IDM surviendra dans l'heure qui suit la prise et n'est pas dose dépendante.

Les pathologies respiratoires : sont exclusivement liées aux pratiques intraveineuses. Ainsi, on retrouve classiquement la détresse respiratoire aiguë à l'origine de 25% des décès par surdose à l'héroïne et concerne habituellement les consommateurs occasionnels ou en rechute (48). Du point de vue infectieux, on distingue les infections primitives des secondaires. En effet, les infections primitives rassemblent les pneumopathies bactériennes y compris la tuberculose. Celles-ci sont favorisées par un affaiblissement du système immunitaire chez les patients dépendants aux opioïdes (49). Les principaux pathogènes responsables sont *Streptococcus Pneumoniae* et *Haemophilus influenzae* chez les immunocompétents auxquels viennent s'ajouter *Pneumocystis Carinii* chez les patients co-infectés. Dans les dépendances aux opioïdes au long cours, il est possible de voir apparaître des pathologies respiratoires chroniques sous la forme d'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) ou de pneumopathie interstitielle diffuse (PID). Dans les 2 cas, elles ont pour origine les excipients de comprimés dissous, le talc, la cellulose, les molécules non hydrosolubles ou les fragments de coton (48). Enfin, on peut rappeler l'existence de complications pulmonaires telles que les pneumothorax et hémithorax qui surviennent généralement lors d'injections traumatiques dans les vaisseaux sous clavière ou sus claviculaire (50).

Les pathologies cutanées et des parties molles : ces sont les complications les plus fréquentes. En effet, plus de 80% des patients dépendants aux opioïdes IV développeront au moins une fois une complication cutanée lors de leur consommation (51). Elles surviennent au point d'injection et sont liées à une inoculation bactérienne et/ou une ischémie tissulaire. En premier lieu, on retrouve les abcès sous cutanés et musculaires qui sont les complications les plus fréquentes (52). Les bactéries mises en cause sont généralement le Staphylocoque Aureus et les streptocoques du groupe A (53). Rarement, ces abcès peuvent se compliquer en fasciite nécrosante mais dont le risque est majoré lors de l'utilisation sous cutanée d'héroïne (54).

Parmi les complications non infectieuses, on retrouve les nécroses cutanées aseptiques favorisées par l'injection de cocaïne qui via ses propriétés vasoconstrictrice et thrombogène provoquent une ischémie sous-jacente. Ces nécroses apparaissent au niveau du site d'injection si cette dernière est sous cutanée ou intramusculaire et plus à distance si l'injection est intravasculaire (55).

Les pathologies neurologiques : elles sont dominées par des complications infectieuses consécutives à un autre phénomène infectieux sous-jacent. On retrouve tout d'abord les abcès cérébraux qui proviennent soit d'une infection de voisinage tel qu'une sinusite ou une mastoïdite ou d'une dissémination hémotogène depuis une ostéite ou une endocardite. Les germes causaux varient selon l'état immunologique de l'individu : Staphylocoque aureus et Nocardia les immunocompétent et Toxoplasma gondii, Listeria monocytogenes ou Cryptococcus neoformans chez les immunodéprimés (56). On peut également citer les infections toxiques par le tétanos et le botulisme dont la présence a été retrouvée dans les solvants et dans le matériel d'injection, le tout favorisé par un contexte vaccinal négligé.

Les pathologies ostéo articulaires : Les infections articulaires sont fréquentes chez les dépendants aux opioïdes. En effet, 10% des arthrites septiques surviennent dans ce type de population (57). La voie hémotogène est le mode de contamination préférentiel et incrimine les bactéries habituelles retrouvées chez les dépendants aux opioïdes. Leur localisation est variée (sternochondrostale, sacro iliaque, symphyse pubienne) mais elles touchent surtout les articulations vertébrales lombaires et cervicales se compliquant parfois par des spondylodiscites. L'ostéite est une infection osseuse dont la contamination se fait davantage par une infection de voisinage compliquant soit une arthrite septique ou des abcès des parties molles négligées par l'individu (58). Chez le dépendants aux opioïdes, elle survient le plus souvent au niveau des os longs des 4 membres mais peut également être localisée au niveau des extrémités des membres (59).

b) Les pathologies transmissibles

D'origine exclusivement infectieuse, ces atteintes se réfèrent aux hépatites virales et au VIH (virus d'immunodéficience humaine). Les données de la littérature suggèrent une contamination tôt dans le parcours des patients dépendants aux opioïdes probablement dès leurs premières injections (60). Menée par l'Institut de veille sanitaire, l'enquête Coquelicot confirme cette tendance en confirmant que 30% des usagers de moins de trente ans sont infectés (61).

Les hépatites virales : Pathologies inflammatoires du foie, elles peuvent avoir pour la majorité des cas une origine virale mais également être causées par des substances toxiques, au premier rang desquelles les drogues. Désignées par des lettres, ce sont essentiellement les hépatites B (VHB) et C (VHC) qui touchent les consommateurs de stupéfiants. Concernant le VHC, les niveaux de prévalence sont très élevés, de l'ordre de 44% des usagers des drogues IV (61). Quant à l'hépatite B, le taux de contamination est moins élevé, environ 5% des usagers mais reste quand même supérieur à la prévalence de la pathologie dans la population

générale (<1%). Le VHC se transmet essentiellement par voie parentérale et est facilité par le pouvoir virulent important de ce virus. L'épisode aiguë pourra évoluer vers une infection chronique qui elle-même dans 20% des cas évoluera vers une cirrhose hépatique qui pourra se compliquer dans 5% des cas d'un carcinome hépatocellulaire (CHC). Le VHB se transmet essentiellement par voie sexuelle, parentérale et fœto-maternelle. L'infection par le VHB peut entraîner lors de la primo infection une hépatite aiguë plus ou moins symptomatique qui pourra suivre la même évolution qu'une infection à VHC.

Le VIH : La prévalence du SIDA chez les usagers de drogues injectables était de l'ordre de 40% dans les années 90 responsable d'une dizaine de milliers de morts en une décennie. Aujourd'hui, elle est estimée à environ 10-12% ce qui représente 6000 individus contaminés parmi les patients dépendants aux opioïdes (61). Les patients dépendants aux opioïdes sont 18x plus exposés que la population générale à la contamination et il faut compter que 90% des personnes séropositives sont également contaminées par le VHC. Leur statut de patients consommateurs de drogues a des conséquences sur l'évolution de la maladie. En effet, les dépendants aux opioïdes ont un mode de vie qui les expose davantage à des agents pathogènes qui peuvent être responsables de pathologies opportunistes. Les infections pulmonaires telles que la pneumocystose et la tuberculose, les candidoses disséminées et les atteintes cutanées sont plus fréquentes (62). Mais la mortalité chez les patients dépendants aux opioïdes infectés par le VIH est aujourd'hui davantage liée à des pathologies autres que celles liées au SIDA. En effet, grâce à l'essor des traitements rétroviraux qui contrôlent la charge virale, les causes de décès sont très diversifiées et se rapprochent de celles de la population générale (cancer, maladies cardiovasculaire, mort violente...) (63).

2. Complications psychiatriques

a) Les troubles psychotiques

On retrouve notamment les complications psychotiques induites par les substances psychostimulantes comme la cocaïne, le cannabis ou les amphétamines. Ce tableau psychotique est souvent aigu et transitoire. On voit apparaître ces symptômes quelques heures après la prise et ils s'amendent progressivement dans les 24 heures qui suivent. Les délires sont généralement de type paranoïaque à thématique de persécution ou de référence. Fréquemment il est retrouvé des hallucinations auditives, visuelles et cinesthésiques et comme dans la schizophrénie des symptômes négatifs (émoussement affectif, anhédonie). Ce tableau psychotique est souvent accompagné de symptomatologie névrotique à type de dépression ou anxiété généralisée. Des facteurs de risques du mode de consommation ont été clairement identifiés augmentant le risque d'entrée dans les pathologies psychotiques : une consommation débutée à l'âge pré pubertaire est la plus significative.

La consommation d'amphétamine peut être à l'origine d'état psychotique aigu chez le sujet sain (64) dont la prévalence est estimée entre 8 et 46% selon les études. Elle oriente le consommateur vers un état psychotique transitoire caractérisé par un délire de persécution, des hallucinations visuelles et des troubles majeurs du cours de la pensée généralement résolu

lors des périodes d'abstinence. Une persistance des symptômes peut être observée chez des patientes avec une personnalité schizotypique.

La consommation de cannabis peut être à l'origine de passage dans la schizophrénie ou faciliter l'apparition de trouble schizophréniforme (65). Le risque est d'autant plus majoré par le jeune âge de début, la durée totale et la quantité de consommation. Il est également fortement accru par la présence d'antécédents de violence et de troubles psychotiques familiaux et par certains variants génétiques (polymorphisme Val158Met du gène codant l'enzyme COMT) (66). Cela se traduit sous la forme d'expériences de déréalisation/dépersonnalisation, d'hallucination ou de pensées paranoïdes transitoires (67). De plus, chez les patients souffrant d'un trouble psychotique, le cannabis est susceptible de majorer les symptômes positifs et d'aggraver le pronostic (66).

La consommation d'héroïne est également fréquente chez les patients schizophrènes qui a tendance à aggraver l'évolution de la psychose.

L'alcoolisme est une comorbidité très fréquente chez les patients psychotiques dont la prévalence est estimée entre 1 et 33% (68) mais il est également reconnu comme pourvoyeur de décompensation psychotique. En effet, des idées délirantes transitoires peuvent persister 2-3 mois après un épisode confusionnel post sevrage mais peuvent devenir chronique comme dans les encéphalopathies de Wernicke et la pellagre. Elles se traduisent par des hallucinations auditives menaçantes, un délire paranoïaque de persécution et/ou l'émergence d'une jalousie pathologique pouvant conduire à l'hétéro agressivité.

a) Les troubles de l'humeur

Autre grande famille des troubles psychiatriques, on retrouve un lien étroit entre la prise de substance addictive et les troubles de l'humeur d'autant plus si le sujet est jeune. Cette pathologie est plus généralement rencontrée dans l'ordre chez les consommateurs d'héroïne, de méthamphétamine, de cocaïne et enfin de cannabis (69) avec un taux de prévalence estimé entre 36 et 42% (70). La consommation de cannabis, qui en outre majore l'humeur dysphorique chez les patients dépressifs, est à l'origine d'un « syndrome amotivationnel » caractérisé par une perte d'énergie, de l'apathie, un émoussement affectif, un manque de motivation et un repli sur soi. Chez les patients alcooliques, la dépression peut apparaître au cours de la consommation ou dans les suites du sevrage. Environ 80% d'entre eux souffrent de symptômes dépressifs. L'association entre dépression et alcoolisme est un facteur de risque particulièrement élevé qui nécessite une prise en charge par antidépresseur.

b) Les troubles anxieux

Derniers troubles répertoriés comme comorbidité psychiatrique, les troubles anxieux notamment sous forme d'attaque de panique, sont souvent observés lors de la consommation de produits stupéfiants ainsi que lors de leur sevrage. Chez les consommateurs de cannabis, lors de l'ivresse cannabique, des attaques de panique peuvent apparaître dans le cas d'une première expérience ou lors de quantité plus importante chez les fumeurs réguliers. Ces

attaques, si elles sont répétées, peuvent conduire à de l'agoraphobie. Dans le cas de l'éthylisme chronique, il apparaît régulièrement des symptômes anxieux sous la forme de trouble anxieux généralisé, de trouble panique et de phobie sociale qui se rencontrent aussi bien pendant les périodes de dépendance que pendant celles de sevrage (68). Néanmoins lors du sevrage, la symptomatologie disparaît au bout de quelques jours d'abstinence. Or, la personne phobique a tendance à calmer ses angoisses avec l'alcool du fait de ses propriétés anxiolytiques et désinhibitrices ce qui place le patient dans un cercle sans fin d'où la nécessité de traiter ses angoisses.

3. Conséquences économiques et sociales

Les dommages sociaux liés à la consommation de produits addictogènes sont nombreux mais assez mal documentés. Néanmoins, on peut observer que les anciens patients dépendants aux opioïdes sous traitement se caractérisent par des conditions sociales souvent précaires (71). La consommation de drogues illicites est souvent marquée par l'exclusion sociale et la violence, parfois agie mais souvent subie (72). Sur le plan judiciaire, les consommateurs de substances addictogènes sont souvent confrontés aux forces de l'ordre et à la justice dans le cadre d'infractions liées à la législation sur les stupéfiants et aux délits routiers. Enfermés dans leur comportement pathologique, la plupart des usagers de drogues sont absents du marché du travail à cause de leur addiction (décès, morbidité, emprisonnement et coût à la collectivité). En effet, ne touchant plus de salaire, ne payant pas d'impôts, ils ne participent plus productivement à la collectivité et au contraire engendrent des coûts à la collectivité en lien avec la prise en charge de leur pathologie et des comorbidités associées.

C. Particularité des opioïdes : effet neurobiologique, effet physique et psychique à court terme

1. Effets neurobiologiques

a) Les opioïdes endogènes

Notre cerveau utilise physiologiquement des substances similaires aux opioïdes comme neurotransmetteurs. Ces substances sont nommées bêta endorphines, enképhalines et dynorphines que l'on désigne sous le nom d'opioïdes endogènes. La fonction de ces molécules est de moduler les réactions aux stimuli algiques, interviennent dans la régulation de la faim ou de la soif, dans le contrôle de l'humeur, de la réponse immunitaire. À l'origine, les opioïdes sont issus de plantes connues depuis des siècles pour leur effet analgésique. Les opioïdes sont des alcaloïdes issus de *Papaver somniferum* dont le plus connu est la morphine.

Les effets puissants des opioïdes s'expliquent par le fait que ces substances exogènes se fixent sur les mêmes récepteurs que les ligands endogènes peptidiques. Ces récepteurs, qui sont couplés aux protéines G, sont de 3 types : mu (μ), kappa (κ) et delta (δ). Ils ont une distribution large dans le système nerveux et leur activation est à l'origine de nombreuses réactions telles que l'analgésie, la dépression respiratoire et interviennent dans la réponse au

stress et dans le contrôle des émotions. Ces récepteurs vont influencer l'ouverture/fermeture des canaux ioniques permettant de diminuer ou augmenter l'excitabilité des neurones. Dans le cas des opioïdes, leur effet euphorisant serait dû à cette baisse d'excitabilité médiée par les récepteurs mu et delta.

b) Action des opioïdes sur le circuit de la récompense : le modèle de désinhibition

Les voies dopaminergiques jouent un rôle important dans la dépendance aux opioïdes. En effet, des travaux dans les années 90 (73) ont décrit un modèle dit de désinhibition afin d'expliquer le recrutement de ces voies. Ce modèle montre comment les opioïdes activent indirectement les neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale en inhibant des neurones GABAergiques locaux. Ce modèle a été précisé au cours des dernières décennies. En effet, une nouvelle structure cérébrale a été découverte dans les années 2000, située dans le prolongement postérieur de l'aire tegmentale ventrale, elle a été nommée queue de l'aire tegmentale ventrale (74). Cette structure composée essentiellement de neurones GABAergiques innerve les neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale mais également ceux de la substance noire compacte (75). Elle est également la voie efférente principale de l'habenula latérale qui est impliqué dans les effets aversifs de la cocaïne (76) et son caractère dépressif accompagnant son sevrage.

Ainsi, des études ont montrées que, sous opioïdes, la suractivation des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale est essentiellement liées à l'inhibition des neurones GABAergiques de la queue de l'aire tegmentale ventrale (77) indiquant que cette structure est fondamentale à la régulation opioïdérique des neurones dopaminergiques. Or, l'activité des neurones dopaminergiques repose sur un équilibre entre l'inhibition des neurones GABAergiques et l'activation des neurones glutamatergiques. Ainsi, la sur activation de la voie dopaminergique de l'aire tegmentale ventrale par les opioïdes ne peut s'expliquer que par la seule action inhibitrice de cette nouvelle structure. L'innervation glutamatergique des neurones de l'aire tegmentale ventrale est également essentielle à leur stimulation par les opioïdes (77). En inhibant un inhibiteur, les opioïdes augmentent donc en bout de ligne la production de dopamine et la sensation de plaisir ressenti.

Quand on se retrouve dans une situation de prise fréquente d'opioïdes, on peut observer des modifications moléculaires et cellulaires dans les neurones dopaminergiques (78). Ainsi, on retrouve une diminution des émissions de potentiels d'action des neurones GABAergiques de la queue de l'aire tegmentale ventrale qui est associé à une augmentation de l'activité de base des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale (79) et à un déficit dans leur capacité à répondre à une nouvelle exposition aux opioïdes. On pourrait penser alors que les opioïdes ne seraient plus capables d'activer les neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale mais il a été montré qu'ils exercent toujours leur effet inhibiteur sur les neurones de la queue malgré l'absence de réponse dopaminergique (79). C'est en fait une réduction du tonus glutamatergique sur les neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale qui bloquerait les conséquences excitatrices de la désinhibition des neurones

dopaminergiques suite à l'inhibition des neurones GABAergiques de la queue de l'aire tegmentale ventrale par les opioïdes.

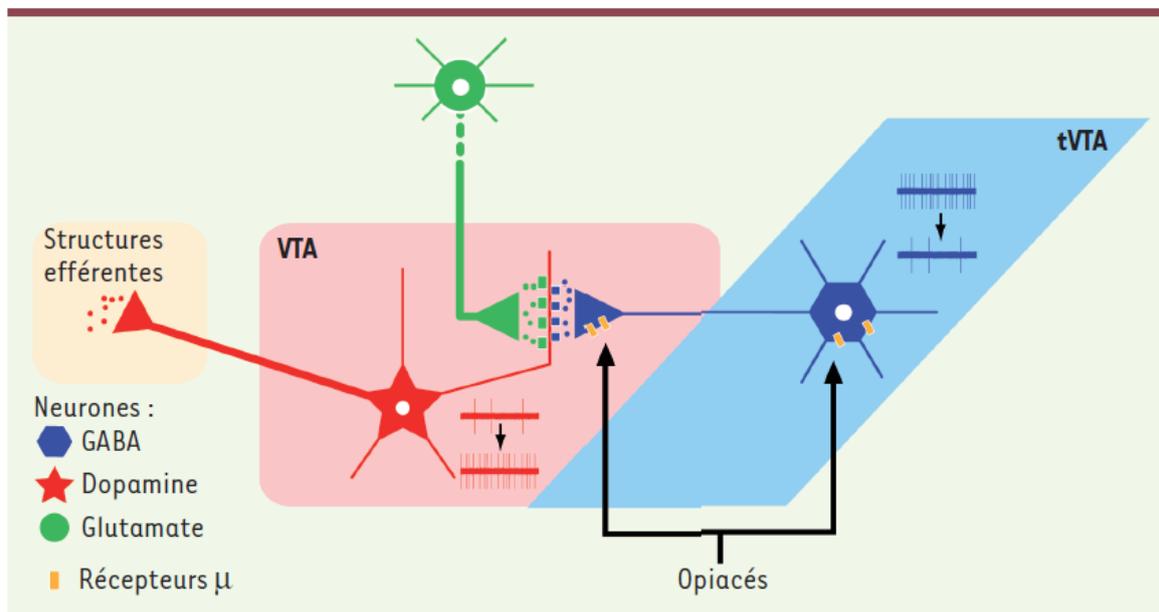


Figure 3: La queue de l'aire tegmentale ventrale comme cible de l'action des opioïdes sur les systèmes dopaminergiques. D'après *Impact des opioïdes sur les neurones dopaminergiques* Jennifer Kaufling, Marie-José Freund-Mercier. La queue de l'aire tegmentale ventrale exerce une inhibition sur l'activité des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale. Les opioïdes lèvent cette inhibition via leur action sur les neurones GABAergiques de la queue. L'excitabilité des neurones dopaminergiques requiert également une activation par des neurones glutamatergiques (VTA : aire tegmentale ventrale, tVTA : queue de l'aire tegmentale ventrale).

2. Effets physiques et psychiques des opiacés à court terme

Comme nous l'avons précisé dans le paragraphe précédent, il existe 3 types de récepteurs aux opioïdes : kappa, delta et mu. Ils sont répartis dans tout le système nerveux central mais plus particulièrement dans les régions associées à la perception de la douleur. On peut également les retrouver au niveau de certains nerfs sensitifs, sur les mastocytes et dans certaines cellules du tractus gastro intestinal. Ces récepteurs sont initialement stimulés par les endorphines endogènes qui produisent un sentiment de bien-être et une analgésie.

Les molécules exogènes comme les opioïdes agissent sur ces mêmes récepteurs avec des effets beaucoup plus importants que les endogènes. Ces substances peuvent être consommées par l'intermédiaire d'un très grand nombre de voies : voie intraveineuse, sous cutanée, orale, nasale, rectale, inhalée. L'effet maximal est atteint environ 10 minutes après injection IV et est variable après ingestion orale en fonction de la rapidité d'action de l'opioïde : rapide (en 30-45 minutes) ou prolongé. Le niveau de modifications comportementales et physiologiques à la suite de la prise opioïdes dépend aussi bien de la dose du produit que du sujet (tolérance, taux d'absorption, fréquence d'utilisation). La cinétique des effets sera différente selon le mode d'administration et le type de produit.

Ainsi, l'intoxication aiguë aux opioïdes se décompose en 3 phases sur le plan psychique : euphorie, sensation de bien-être durant moins de 30 minutes suivie de somnolence et d'apathie durant 2 à 5 heures et enfin anxiété et apparition de troubles cognitifs (mnésique, attention).

Sur le plan somatique, les effets secondaires des antalgiques opioïdes de paliers 2 et 3 sont similaires et comprennent principalement des nausées/vomissements, constipation et de la xérostomie. Il est également possible d'observer la formation de plaques d'urticaire en lien avec la dégranulation des mastocytes et en particulier lors de consommation de morphine.

Quant à un léger surdosage, il peut se manifester par des troubles visuels, des troubles de l'attention, des cauchemars fréquents, une somnolence excessive, des hallucinations, des réveils en sursaut, des crampes musculaires et un début de dyspnée. Lorsque ce surdosage est massif, il peut être à l'origine d'une détresse respiratoire sous la forme d'une bradypnée ou d'une dyspnée de Cheynes Stokes, d'un myosis serré, d'une hypothermie et quelques fois d'un coma hypotonique aréflexique associés à des troubles cardiaques (bradycardie, hypotension, troubles du rythme, choc cardiogénique).

Lors de prise de certains opioïdes (fentanyl, oxycodone, codéine tramadol, méthadone) associé à d'autres médicaments comme les inhibiteurs de recapture de la sérotonine ou inhibiteur de la monoamine oxydase, il peut apparaître un syndrome sérotoninergique. Ce syndrome se présente sous forme de triade :

- Une altération neuropsychologique avec de l'anxiété, une agitation, de la confusion, de la fébrilité, une désorientation, des convulsions voire un coma.
- Des symptômes neuromusculaires comme une rigidité, des tremblements, un nystagmus, des myoclonies, une ataxie, une hyperreflexie et une hypertonie notamment des membres inférieurs.
- Un déséquilibre du système nerveux autonome avec de l'hypertension/hypotension, une tachycardie, une tachypnée, une hyperthermie, une mydriase, de la transpiration abondante et des diarrhées.

Mais cette triade n'est pas toujours présente et c'est devant l'apparition de clonies et l'hyperreflexie chez un patient traité par un médicament sérotoninergique qui doit alerter.

Une étude française de 2015 montrait que lorsque d'un syndrome sérotoninergique était apparu lors de la prise concomitante de médicaments, dans 60% des cas, il s'agissait d'une interaction médicamenteuse entre du tramadol et un inhibiteur spécifique de recapture de la sérotonine (80).

III. Prise en charge actuelle de l'addiction aux opioïdes

A. Méthode substitutive d'une addiction aux opiaces

1. Principe générale de la substitution

Le traitement de l'addiction est un traitement à long terme. L'objectif principal est une interruption de la perte de contrôle involontaire de l'usage et le maintien de cet arrêt dans la durée.

Dans le cas où le patient est lié aux effets renforçant de la substance addictogène et souhaite être dans une démarche active d'arrêt et de maintien de l'abstinence, il existe une stratégie thérapeutique médicamenteuse dite de substitution. L'intérêt de la prescription de ces traitements est de réduire les risques et les dommages associés à l'usage.

Le fait de remplacer la substance dont le patient est dépendant par une autre entraîne une réduction des dangers en cherchant à modifier le comportement addictif. La molécule utilisée dans le traitement de l'addiction doit posséder un certain nombre de propriétés fondamentales : apaiser de façon significative le craving, ne pas l'induire et réduire l'effet renforçant de la co-consommation de la substance addictogène. Ce médicament pourra être utilisé des années (2 à 10 ans voire plus) afin de lutter contre le craving qui est un phénomène avec une longue temporalité contrairement aux manifestations du sevrage qui sont limitées dans le temps. Le thérapeute partagera clairement avec le patient les objectifs thérapeutiques.

Dans le cas de traitement substitutif, il s'agira d'obtenir un changement profond de comportement qui nécessitera un soutien psychologique afin de maintenir l'effet escompté pérenne. L'adaptation de la posologie de la substance substitutive sera primordiale pour l'efficacité de la prise en charge. Le dosage devra être adapté jusqu'à ce que la réduction du craving soit suffisante. La marge thérapeutique reste étroite : en effet si la dose est trop importante, elle entraîne des effets secondaires importants source d'abandon et dans le cas contraire, le craving ne sera pas amener et aboutira à une envie de consommer la substance addictive qui pourra aboutir au désespoir et donc à une rechute. Une dose insuffisante pourra aussi avoir comme conséquence d'amorcer ou augmenter la consommation d'autres substances psychoactives.

Il est donc indispensable de suivre l'évolution des autres consommations de substances chez un patient traité pour son addiction principale. Si la rémission est obtenue de façon durable et que les problèmes annexes sont stabilisés, le médecin pourra discuter avec le patient des avantages et des inconvénients de l'arrêt du traitement substitutif.

Enfin, il faudra se méfier d'un arrêt prématuré du traitement. Du point de vue médical, l'addiction possède des problématiques comparables aux autres pathologies en interaction avec l'environnement, les comportements et les habitudes sociales ce qui nécessite que le patient soit suivi sur une longue période et que la prise en charge soit globale.

2. Méthode substitutive d'une addiction aux opioïdes

En France, il existe deux médicaments qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché dans le cadre d'une addiction aux opioïdes : la méthadone et la buprénorphine (81). Leur indication est limitée : addiction ou trouble de l'usage des opioïdes et ont pour objectifs de permettre aux patients dépendants de devenir abstinents vis-à-vis de opioïdes qui a engendré la dépendance.

a) Historique des traitements substitutifs

La méthadone a été introduite en France en 1973 (82) soit quelques années après la première publication mentionnant son intérêt dans le traitement des addictions (83). Son AMM fut accordée bien des années plus tard en 1995 mais son utilisation ne se développa qu'à la fin des années 90. Cette molécule répondait à 3 objectifs déterminants dans la prise en charge de l'addiction : supprime les symptômes physiques du sevrage aux opioïdes, atténue voire supprime le phénomène de craving principalement responsable de rechute et bloque les effets agonistes des opioïdes (84) en saturant les récepteurs aux opioïdes permettant d'endiguer le comportement addictif.

Ces hypothèses datant des années 70 ont bien été confirmées par la suite confirmant que la méthadone et la buprénorphine sont les principaux traitements agissant sur le phénomène de craving (85).

Depuis son introduction, la méthadone a fait l'objet de nombreux travaux et publications et fut complétée par d'autres études mentionnant l'importance d'associer à ce traitement médicamenteux une prise en charge psychosociale (86). Ainsi, en résumé, ces différentes études démontrent que l'efficacité du traitement par méthadone est corrélée à l'association de 3 paramètres : utiliser une molécule pharmacologiquement adaptée à posologie efficace pour réduire le craving, associé au traitement, un accompagnement régulier voir quotidien en début de traitement afin de limiter la perte de contrôle de l'individu et proposer un accompagnement psychologique et social.

Concernant la buprénorphine, c'est en 1985 qu'elle fut proposée comme alternative à la méthadone chez les personnes dépendantes aux opioïdes (87). Elle fut introduite en pratique clinique plus de 20 ans après la méthadone mais reçut son AMM la même année. Depuis, de nombreuses publications évaluant la buprénorphine ont confirmé les mêmes propriétés que la méthadone indispensable lors de la prise en charge de type de pathologie.

b) Modalité pratique de la prescription d'un traitement substitutif

Lorsque la prescription est conjointement décidée par le médecin et le patient, le prescripteur doit recueillir un certain nombre d'éléments cliniques et d'informer le patient sur les modalités de la prise en charge. Parfois, ce temps peut s'avérer être long (plusieurs jours voire semaines) mais peut être réalisé sans difficulté lors d'une seule et même consultation de primo-prescription. Mais quelle que soit la façon de faire, le bilan exhaustif pourra être complété lors des premiers mois de traitement (88).

Après avoir établi le diagnostic d'addiction aux opioïdes, le médecin devra rechercher les différentes comorbidités. Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les usagers opioïdes (89). Ce type de comorbidité est à la fois un facteur favorisant la démarche de soins mais à l'inverse il est également un facteur de moins bonne réponse à la prise en charge d'une addiction. Même s'il n'existe pas de personnalité typique de patient dépendant (90), les troubles les plus fréquemment retrouvés sont les troubles anxieux et dépressifs. Du point de vue somatique, il sera nécessaire de rechercher les comorbidités infectieuses notamment le VIH et les hépatites. Enfin, il faudra examiner la situation sociale du patient : son mode de logement, sa situation familiale, professionnelle et amicale. De plus, il sera nécessaire de vérifier l'existence d'une couverture médicale indispensable si la prise en charge se fait en médecine de ville.

Les objectifs ainsi que les différentes étapes de la prise en charge et un suivi devront être clairement explicités au patient, nous reviendrons plus en détails sur ces parties dans le développement de notre étude. L'acceptabilité sera conditionnée par un ajustement permanent entre les bénéfices du traitement qui maintient le patient dans sa démarche de soin et les effets secondaires (libido, hypersudation, troubles du transit...). Mais dans le cas de patients appréhensifs et anxieux, elle peut devenir pluri hebdomadaire. Qu'importe le choix de la méthadone ou de la buprénorphine, la posologie doit être adaptée en une prise quotidienne jusqu'à l'obtention d'une réduction du craving. Il faudra également déterminer les modalités de délivrance. En début de traitement, on préférera une délivrance quotidienne avec prise sur place en centre ou pharmacie. Même si ces conditions de délivrance sont discutées, elle reste le plus efficace (91).

Autre point, il faut garder en tête de ne pas associer un traitement psychotrope d'emblée à un traitement substitutif (92). Il faut d'abord adapter la posologie car trop souvent le dosage insuffisant d'un traitement substitutif peut être masqué par la prescription de benzodiazépines ou d'antidépresseurs. Les seules exceptions pour ce type de molécule sont un sevrage progressif d'un patient dépendant aux anxiolytiques et la survenue d'un épisode dépressif avéré après plusieurs mois de traitement malgré l'arrêt de consommation de l'opioïde en cause.

Un suivi biologique sera mis en place sous la forme d'un monitoring urinaire qui permettra une évaluation objective de la prise en charge proposée et de permettre un ajustement du traitement en accord avec le patient. Ce monitoring ne doit pas se limiter à la substance addictive principale mais aussi s'assurer de l'absence de consommation d'autres substances.

c) Spécificité de la méthadone et de la buprénorphine

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs aux opioïdes et peut être initié par tout médecin. Elle possède une durée d'action plus longue que la méthadone en lien avec son affinité plus élevée avec les récepteurs cibles qui prolonge son activité sur plus de 24 heures malgré une demi-vie d'élimination courte.

Lors de la primo prescription, du fait de ses propriétés agoniste-antagonistes, il faut informer le patient de ne pas consommer d'opioïdes dans les heures/jours qui précèdent la première prise de buprénorphine notamment ceux de longue durée d'action (sulfate de morphine, codéine...) afin d'éviter l'apparition de signes de sevrage. La dose initiale est généralement de 4 à 8 mg le premier jour, adaptée le jour suivant à 8 ou 16 mg. Pendant la première semaine, l'augmentation pourra se faire par palier de 2 mg tous les 2 jours. Par la suite, les adaptations de dose ne se feront que tous les 10-15 jours en augmentant de 2 à 4 mg. La dose moyenne efficace de buprénorphine sous forme de comprimés sublinguaux est de 8 à 24 mg/j jusqu'à un maximum de 32 mg. Le renouvellement de la prescription comme l'initiation se fait sur ordonnance sécurisée et est limité à 28 jours sans fréquence de délivrance réglementaire.

La méthadone est un agoniste pur des récepteurs opioïdes avec une demi-vie d'élimination de plus de 20 heures. La primo prescription se fait obligatoirement par tout médecin dans le cadre d'un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou dans le cadre d'un établissement de santé (publique ou privé) sous la forme sirop. Elle pourra être renouvelée par la suite par tout médecin sous la forme gélule en accord avec le primo prescripteur et si la situation est stable.

En début de traitement, la réglementation prévoit une délivrance quotidienne dans un centre d'addictologie. Dans le cadre de la mise en place du traitement, un dosage urinaire préalable négatif pour la méthadone est réglementaire pour éviter les doubles prescriptions. Les dosages urinaires de suivi sont obligatoires, à la discrétion du prescripteur. Contrairement à la buprénorphine, si le patient n'est pas suffisamment à distance de la dernière prise d'opioïdes, le risque de sevrage est beaucoup moins important. Néanmoins, il existe potentiellement un risque de dépression respiratoire si lors des premières prises, le patient consomme des quantités importantes d'opioïdes. Dès lors, les posologies d'initiation de traitement sont faibles de l'ordre de 20 à 40 mg maximum le premier jour sans dépasser 60 mg la première semaine. Les posologies seront adaptées toutes les unes à deux semaines par palier de 10 mg. La dose moyenne efficace est de 80 à 200 mg/j sans véritablement de dose maximale.

La méthadone existe sous 2 formes : sirop et gélule. La forme sirop est exclusivement délivrée par les centres compétents pour une durée de 14 jours et une délivrance limitée à 7 jours. Sous la forme gélule, la prescription est limitée à 28 jours avec une délivrance limitée à 7 jours mais peut être étendu jusqu'à 14 jours

A noter que la méthadone et la buprénorphine sont compatibles avec une grossesse et l'allaitement.

	Prescripteur	Ordonnance	Libellé	Durée maximale	Délivrance	Recommandations cliniques
Méthadone Sirop et gélule	Prescription initiale : tout médecin dans le cadre d'un CSAPA ⁽¹⁾ ou dans le cadre d'un établissement de santé (public ou privé). Relais possible auprès de tout médecin, à la discrétion du prescripteur initial, après stabilisation. Dans le cadre de la mise en place du traitement, un dosage urinaire préalable négatif pour la méthadone est réglementaire pour éviter les doubles prescriptions. Les dosages urinaires de suivi sont obligatoires, à la discrétion du prescripteur	Sécurisée exclusivement, avec mention du pharmacien obligatoire. En cas de relais par le prescripteur initial vers un autre prescripteur, la dernière ordonnance du prescripteur initial doit mentionner le nom du prescripteur qui prend le relais	En toutes lettres	14 jours. Recommandé 7 jours. 28 jours pour la forme gélule qui ne peut-être prescrite qu'en relais du sirop, après stabilisation	7 jours, sauf indications autres, en plus (pour la durée maximale de 14 jours), ou moins (jusqu'à tous les jours, avec prise à la pharmacie)	Une bonne communication entre le prescripteur initial et relais est important en cas de relais
Buprénorphine seule ou associée à la naloxone Comprimés sublinguaux	Tout médecin	Sécurisée exclusivement avec mention du pharmacien obligatoire	En toutes lettres	28 jours. Recommandé 7 jours	7 jours, sauf indications autres, en plus (pour la durée maximale de 28 jours), ou moins (jusqu'à tous les jours, avec prise à la pharmacie)	La mention du pharmacien est très utile pour la qualité de la prise en charge. À la mise en place du traitement, la délivrance quotidienne doit être la règle pour le prescripteur non-spécialiste. Une délivrance non quotidienne doit être réservée au spécialiste addictologue. Les dosages urinaires, bien que non obligatoires réglementairement sont très utiles comme aide à l'évaluation conjointe et soulager les patients des contraintes liées aux enjeux de « tout dire »

Figure 4 : Les différents traitements substitutifs. D'après REYNAUD M, KARILA L, AUBIN HJ, BENYAMINA A. *Traité d'addictologie*. 2e édition. 2e édition. Paris : Lavoisier Médecine Sciences ; 2016. 900 p. (Traités).

B. Le sevrage des opioïdes

1. Définir le sevrage

Le sevrage peut se définir comme une privation. Ce terme est employé surtout pour décrire les symptômes qui surviennent lors d'un arrêt plus ou moins rapide de la consommation de substances addictives, type alcool, médicaments, drogues... ; où entre deux prises on note une période de manque, qui entrainera potentiellement des effets d'autant plus importants que ladite substance à une demi-vie courte.

Le sevrage peut aussi apparaître lors de la substitution d'un traitement médicamenteux par un autre, même si la molécule est similaire.

Si l'arrêt de la substance se prolonge, on parlera alors de syndrome de sevrage qui se caractérise principalement par des symptômes neurologiques centraux et périphériques, neuropsychiques, neurovégétatifs et métaboliques, que nous avons précédemment décrit.

Cet arrêt, plus ou moins brutal, peut se traduire par un « effet rebond » (augmentation des symptômes déjà présents avant la dépendance). Les symptômes observés pendant le syndrome de sevrage sont souvent opposés à ceux observés lors de l'intoxication aiguë avec la substance. L'intensité du syndrome de sevrage est souvent liée à la durée et au degré d'addiction.

Plus l'arrêt est brutal, plus les symptômes de sevrage en termes de sévérité et de fréquence sont importants.

2. A qui s'adresse le sevrage ?

Une fiche pratique professionnelle autour des traitements de substitution aux opioïdes en CSAPA (93) a été réalisée, elle résume et reprend les problématiques rencontrées dans ces lieux depuis plusieurs décennies. Les problématiques rencontrées sont superposables à celles que nous pouvons observer en médecine générale.

3. Le sevrage médicalisé

Il s'agit d'une stratégie visant à l'abstinence à court terme et consiste en un traitement médicamenteux qui combine des antalgiques, anxiolytiques et somnifères.

Il peut être effectué en milieu hospitalier, qui dure en moyenne de 3,6 à 7,19 jours. Le taux de réussite selon les études va de 23,5% à 94% en sortie de sevrage, et de 13 à 46% de 6 à 24 mois après (94). Le sevrage hospitalier est à privilégier dans les cas les plus complexes, où lors de polyopathologies.

Seuls travaux comparant les deux lieux de sevrage : hospitalier VS ambulatoire remontant aux années 80 et 90, rapportent de meilleurs résultats pour les sevrages réalisés en milieu hospitalier (50 à 85%) versus en ambulatoire (20%) (94).

Le sevrage peut aussi être réalisé en ambulatoire (auprès de médecins généralistes ou de centres spécialisés) après une évaluation de la personnalité, de l'environnement, de la motivation du patient et de son adhésion au projet thérapeutique. La revue de la littérature n'a pas identifié d'études évaluatives sur l'efficacité du sevrage en ambulatoire avec un traitement médicamenteux et un suivi adapté (94).

4. Traitements du syndrome de sevrage

Avant tout sevrage, la posologie des TSO aura été diminué progressivement, il est d'usage que la dégressivité du traitement soit gérée par le patient lui-même, sous surveillance médicale accrue. C'est un équivalent de sevrage et, comme pour le sevrage, elle nécessite souvent plusieurs tentatives (95).

Le sevrage ne se résume pas à une simple abstinence, plus ou moins sous surveillance médicale. Le médecin peut utiliser différentes classes médicamenteuses pour aider son patient dont certains sont utilisés dans la dépendance et ont pour objectif de réduire ou de supprimer les symptômes liés au sevrage. Il existe des protocoles médicamenteux bien établis qui comprennent quasi systématiquement un alpha2- adrénergique : Lofexidine ou Clonidine. En fonction des symptômes perçus peuvent s'y co-administer pour atténuer les symptômes du sevrage, les molécules suivantes : Tizanidine, Hydroxizine, Gababantine, Paracetamol, Dicyclomine, Acétaminophène, Naproxène, Lopéramine, Trazodone, Kétiapine. Lors d'un sevrage aigu, la Naltrexone en induction du sevrage est parfois utilisée. Un traitement adjuvant par électrostimulation peut être proposé (94).

Mais l'utilisation de ces traitements doit se faire avec prudence et parcimonie, car il existe un risque de dépendance secondaire non négligeable. Ces médicaments doivent donc être utilisés uniquement pendant la durée des symptômes de sevrage, allant de quelques jours à quelques semaines.

C. Rôle du médecin généraliste

1. Généralités

a) Épidémiologie

Les médecins généralistes présentent une grande diversité de pratiques, certains plutôt centrés sur l'organique, d'autres sur le psychologique ou le social, d'autres se définissant comme omnipraticiens, d'autres encore se réalisant dans des records de productivité...

On sait que 90% des TSO sont le fait des généralistes, mais on sait aussi que, parmi eux, moins de 5% sont des militants, 15% des motivés, 25 % des intéressés, 40% des indifférents mais réceptifs, enfin 15% sont irréductiblement contre toute prise en charge des usagers de drogues (96).

Le temps de l'accompagnement thérapeutique est une étape indispensable, en fonction de la complexité de la problématique du patient et en lien avec ses propres compétences et sensibilités, le médecin doit choisir globalement entre deux options :

- Soit il l'oriente d'emblée, s'il fait partie des 15% des confrères totalement réfractaires à l'addictologie (96),
- Soit il commence un accompagnement plus ou moins long, plus ou moins intensif, tout cela dans les limites de ce qu'il se sent capable de faire et surtout en plein accord avec le patient.

Cela peut être une simple intervention brève (dont on connaît l'efficacité à long terme), un conseil minimal, une psychothérapie, une médiation familiale, une information sur l'existence d'une éventuelle structure adéquate allant de la Consultation Jeunes Consommateurs au CSAPA ou au CARRUD. Cela peut être également un traitement : Buprénorphine haut dosage, Méthadone, ... dans les conditions réglementaires requises.

Le rôle du médecin généraliste est d'exercer une médecine de premier recours et de proximité, destinée à une approche globale de la santé de l'individu avec la connaissance de la population du quartier, de ses besoins, au sein d'un réseau d'autres intervenants du domaine de la santé. Cette place confère à sa pratique des particularités qu'il est à même d'exploiter dans le soin, mais aussi dans le dépistage et la prévention.

Dans le corps médical, le généraliste a un rôle particulier sur la santé individuelle et collective : 86 % des adolescents utilisant une drogue illicite au moins une fois par semaine ont consulté dans l'année écoulée un généraliste ; 93 % des patients substitués aux opioïdes illicites sont pris en charge en médecine générale (97).

La dernière étude en date de la DRESS (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), (12.2019 à 03.2020), montre que parmi les médecins interrogés sur les questions liées à la dépendance aux opioïdes et au mésusage des traitements antalgiques opioïdes, une majorité (66%) déclare initier ou renouveler des prescriptions de TSO : la plupart (45%) effectuent uniquement des renouvellements et 21% initient des prescriptions de buprénorphine. Deux tiers des médecins généralistes qui initient des prescriptions de TSO et 35 % de ceux qui effectuent uniquement des renouvellements de prescriptions se considèrent suffisamment formés dans ce domaine (98).

Une large majorité (81%) des praticiens déclarent informer systématiquement leurs patients faisant l'objet d'une prescription d'antalgiques opioïdes des risques de mésusage et de dépendance. Près de six praticiens sur dix estiment en outre être souvent confrontés à des difficultés pour respecter les recommandations quant à la durée maximale de traitement antalgique opioïde, pour leurs patients ayant des douleurs chroniques non cancéreuses (99).

La montée en puissance d'une nouvelle discipline à la fin des années 1990, l'addictologie, avec la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) et de nombreux diplômes universitaires (DU) et capacités, a contribué à donner une place importante au tabac à l'alcool et aux opioïdes de façon générale parmi les substances psychoactives éligibles à des modes de prise en charge spécifiques (100).

Dans le cadre de l'enseignement universitaire, les Départements de Médecine Générale (DMG), doivent poursuivre leur effort de formation des étudiants à l'addictologie.

b) Historique

Dans le champ des drogues illicites, les autorités se sont progressivement engagées, à partir de la fin des années 1980, dans une politique de réduction des risques. Date à laquelle les premières études américaines commencent à dénoncer certaines pratiques et dérives.

2. Les patients

Une fois le problème de la dépendance aux opioïdes posé, on entre dans une phase qui consiste à transformer la rencontre initiale en relation durable.

L'objectif est de garder le lien avec ce patient, en écoutant sa demande, dans un premier temps, afin de l'amener progressivement au soin. La première étape est de le connaître et de fixer le cadre dans lequel va se situer le suivi.

La première consultation servira de référence et donnera le ton pour la suite. Elle doit commencer, comme pour tout patient, par l'établissement d'un dossier. L'usager de drogues est une personne qui est à prendre en charge à l'égal des autres, constituant ainsi un premier signe d'inclusion sociale. Il faut prendre le temps de cet interrogatoire et expliquer dès la première consultation qu'il va falloir travailler pour construire autre chose et se reconstruire tout simplement soit même.

Le patient dépendant aux opioïdes peut tenter de mettre le praticien à l'épreuve, parfois en tentant de le manipuler, mais aussi pour voir s'il peut avoir confiance en lui. Il est important de créer un échange fondé sur le dialogue afin de pouvoir fixer les règles directrices implicites ou explicites de l'accompagnement qui commence : on parle alors de contrat tacite entre le praticien et son patient.

Au cours des prochaines consultations il y aura de nombreux points à aborder. Il n'est pas possible d'aborder chaque sujet à chaque consultation, mais il faut en faire référence régulièrement :

- Consommations actuelles : type de drogue, façon de l'utiliser, fréquence de sa consommation, association à d'autres drogues et/ou plaisirs, lié à un événement particulier, détournement de médicaments, effet recherché, et trouvé ? ...
- Traitement de substitution en cours ? lequel, depuis quand, histoire de la prise de TSO...
- Autres médicaments prescrits : psychotropes, autres,
- Pathologies autres : sérologies, suivi dentaire, asthme ; trouble du sommeil, anxiété, dépression ; suivi gynécologique : sexualité, dernière date des règles,
- Prévention : contraception ; dépistage systématique IST ; comportements à risques : partenaires multiples, préservatifs, injections IV, matériel à usage unique,
- Examen clinique : évolution du poids, TA, examen clinique général.

Cette liste peut permettre de définir avec le patient les objectifs du suivi.

Certains praticiens évoquent la notion de contrat moral permettant de créer une confiance indispensable à la suite du suivi ; plutôt que d'élaborer un contrat écrit « type » qui renvoie à une notion de fermeté. Dans ces deux cas il est important que les choses soient formulées le plus tôt possible, de façon directe avec clarté et simplicité. Le contrat implique une parité entre les deux parties et va permettre de bâtir une stratégie de soins avec des objectifs et projets à court, moyen et long terme.

3. Pluridisciplinarité

Comme le montre certaines études (101), la majorité des médecins généralistes qui prennent en charge des patients atteints de troubles de l'usage de produits, travaillent quand ils le peuvent avec les structures d'addictologie de leur secteur bien qu'il existe un réel manque de correspondants spécialisés.

La complexité du problème des conduites addictives nécessite une intervention pluridisciplinaire.

Suivre un patient dépendant aux opioïdes n'est pas une obligation. Si un des principes fondamentaux de la médecine est le libre choix de son médecin par le malade, le médecin « hors le cas d'urgence, '...', a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles » (article 47 du Code de déontologie) (102). Il n'est pas obligé d'indiquer ses

raisons, mais il doit s'assurer que ce patient sera pris en charge, et pour cela l'orienter. Donner à ce patient les renseignements utiles pour être suivi, c'est déjà l'accueillir. Il faut éviter de fermer des portes. L'orientation vers d'autres confrères ou institutions plus adaptés à répondre à sa demande, c'est prendre en considération ce sujet en souffrance, et ne pas lui faire vivre une exclusion blessante ou humiliante.

DEUXIEME PARTIE : DEVELOPPEMENT

I. Cadre éthique générale de la prise en charge du patient dépendant aux opioïdes en médecine générale

A. Prérequis à l'éthique

Comme nous l'avons vu dans la partie introductive, les substances addictives ont entraîné, et entraînent encore à ce jour des morbi-mortalités considérables. Néanmoins, les TSO ont permis d'améliorer la prise en charge des patients dépendants, mais prescrire ces TSO, s'ils sont mal utilisés, détournés, peut avoir l'effet contraire de celui recherché, et créer une nouvelle forme de morbi-mortalité.

D'après le CEIP-A (Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmaco-dépendance-Addictovigilance), qui mène l'enquête DRAMES (10) depuis 2002, ayant pour principal objectif de recueillir les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives, d'identifier ces substances impliquées (médicaments et/ou drogues), d'évaluer leur potentielle responsabilité dans la survenue de décès et d'estimer le nombre de ces décès survenus en France. Les dernières données (2019) ont conclu à 503 décès. Étude permettant d'aider dans l'établissement de rapports nationaux tels que ceux de l'OFDT (103) :

- Les stupéfiants illicites représentent 50% des décès (soit 251 décès) ; l'héroïne est en tête (114 décès) suivi de la cocaïne (77 décès), 33 décès pour un surdosage mixte héroïne/cocaïne, vient ensuite le cannabis (33 décès) et enfin les amphétamines (29 décès).
- Les MSO représentent 44,5% des décès (soit 224 décès), dont 35% en lien avec la méthadone (178 décès) et 9.5% avec la buprénorphine (46 décès).
- Les opioïdes hors liste MSO (divers antalgiques compris) sont en cause entre 5 et 10% des décès répertoriés.

Si nous reprenons l'histoire, même très récente, que ce soit pour les TSO ou les antalgiques, qui comme nous l'avons précédemment vu sont souvent pris de façon concomitante, dès que le système permet une faille, une dérive se crée alors ; parfois même encouragée par les personnes sensées aider les patients dépendants.

Cette dérive a été observée et documentée lors de **la crise des opioïdes**, en 1995, quand l'OxyContin® de Purdue Pharma est arrivé sur le marché. Ce médicament était prescrit pour remédier aux douleurs cancéreuses. Purdue Pharma lança alors une campagne de communication et rémunéra certains scientifiques renommés pour faire croire à la faible dangerosité du produit et à mentir sur le caractère non addictif du produit (104-105). Parallèlement à cette campagne de désinformation, les prescriptions pour des antidouleurs opioïdes augmentèrent fortement, favorisé par des logiciels médicaux truqués fournis aux

médecins afin de favoriser la prescription d'antidouleurs (106). Un marché noir d'OxyContin® se développa, et le médicament fut rapidement détourné pour ses effets euphorisants.

Ce n'est qu'en 2006 qu'une forte augmentation du nombre de surdoses alarma le corps médical (104). En 2010, une nouvelle formule de l'OxyContin® fut commercialisée, mais le mal était fait, des études montrèrent qu'un tiers des consommateurs d'OxyContin® finirent par consommer d'autres drogues (de l'héroïne dans 70 % des cas) (107). En février 2021, le cabinet de conseil McKinsey & Company préféra verser 573 millions de dollars pour en finir avec les poursuites judiciaires lancées par des États américains qui les accusent d'avoir contribué à la crise des opioïdes par ses conseils à différents groupes pharmaceutiques (dont Purdue Pharma) (11).

En 2017, le président Donald Trump déclara l'état d'urgence sanitaire, alors que près de 65 000 personnes étaient mortes l'année précédente (109). Ce chiffre était très supérieur à celui des décès causés par armes à feu (38 000) (108).

Les patients dépendants aux opioïdes sont amenés à consulter aux urgences. Comme toute personne nécessitant des soins non programmés, que ce soit pour un motif lié à leur dépendance aux opioïdes, ou pour un tout autre motif, il conviendra de prendre en charge cette personne comme tout autre patient. Il faudra donc évaluer son niveau de douleur sans y intégrer des notions subjectives liées à des représentations stéréotypées. Et ainsi administrer les antalgiques nécessaires à la sédation de la douleur, tout en évitant l'apparition d'effets secondaires (22). Près de 13 000 passages aux urgences en lien avec l'usage de drogues ont été dénombrés en 2015 en France (réseau Oscour®) (110). Un peu moins du quart de ces passages sont en lien direct avec la consommation d'opioïdes.

Rappelons donc, à travers ces trois exemples, l'étude DRAMES qui regroupe des données concernant l'abus de substances et les décès causales ; la crise des opioïdes qui est une conséquence de la dérive d'utilisation anormale d'antalgique, et des préjugés possibles que sont victimes ces patients dépendants lors de leur prise en charge, que la question de l'éthique se pose à chaque instant.

B. Concept général de la notion d'éthique

1. Les éthiques

L'Éthique vient du grec « ethikos », moral et « ethos », manière d'être ».

Selon le Larousse (111) : c'est l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un.

D'après la dernière évaluation des aspects éthiques de la HAS (112), le concept d'éthique est défini comme polysémique au sens où différentes manières de considérer le rôle de l'éthique coexistent et qu'elles peuvent parfois s'opposer. L'éthique peut en effet être à visée normative

ou descriptive, elle peut être conduite du point de vue de l'individu ou du point de vue de la collectivité, dans une perspective générale ou dans des domaines précis. Les recommandations fournies à travers un guide de bonnes pratiques soulignent le fait, « qu'il n'est pas possible, ni de définir ce qu'est l'éthique en général, ni de préciser quels en sont les contours par rapport à ce qui relève de la morale », ni non plus de rendre compte de l'histoire des théories éthiques. Pour autant, il est important de mettre en évidence le fait que différentes façons de concevoir l'éthique coexistent.

Ainsi, on peut parler d'éthique médicale ou d'éthique des affaires. Lorsqu'elle se place à la fois dans une perspective pluraliste et qu'elle entend raisonner sur des cas appliqués, la réflexion éthique peut être définie comme la recherche d'un arbitrage entre les valeurs différentes approuvées dans une société donnée en fonction de problématiques et de situations déterminées.

Si on parle d'éthique on se doit de faire référence aux concepts de morale, de droit, de déontologie ainsi qu'aux différentes notions de bonnes pratiques et de responsabilités professionnelles.

2. Différents concepts s'apparentant à l'éthique

a) La morale

La morale est un ensemble de règles destinées à assurer une vie en société et s'incarne collectivement.

L'éthique interroge les principes de la morale en situation. Elle est faite de contradictions, d'intérêts divergents, et non de consensus même si elle vise à établir un accord. Son principe méthodologique réside dans la critique, au sens du questionnement, et dans la recherche permanente du sens de nos actions ou décisions.

Si le fondement de la morale est l'impératif, le questionnement permanent constitue l'essence de l'éthique.

b) Le droit

Le droit est l'ensemble des règles (législatives et réglementaires, nationales, européennes et internationales, écrites et jurisprudentielles) régissant la vie en société qui s'imposent à tous et qui définissent les droits et les responsabilités de chacun. Le droit est fondé sur les grands principes moraux de chaque société.

La notion de droit peut renvoyer immédiatement à deux notions très différentes :

- La loi : on parle de droit positif (les textes législatifs appliqués par un État).
- La justice sociale : on parle de droit naturel. Cette distinction recoupe alors la distinction du légal (permis ou interdit par la loi) et du légitime (ce qui doit être fait, même au-delà ou contre la loi établie).

De ce point de vue, on peut considérer les rapports du droit et de l'éthique comme ceux du rapport entre la loi établie et la valeur de justice ou d'équité.

Si le droit concerne tout le monde, en revanche la décision éthique consistant en une démarche évaluative, éclairée par la concertation, de situations ou d'attitudes reste en fin de compte personnelle.

c) La déontologie

La déontologie est l'ensemble des règles d'exercice d'une profession déterminée, destinées à en organiser la pratique selon des normes, pour le bénéfice des usagers et de la profession elle-même.

La déontologie est la morale et la justice, articulées à un contexte socioprofessionnel défini. Elle se distingue de l'éthique par ses objectifs (liés à la protection de la profession), et par sa forme qui est essentiellement réglementaire, et non interrogative ou réflexive, comme c'est le cas pour l'éthique qu'elle peut alimenter.

d) Éthique et bonnes pratiques

La notion de bonnes pratiques désigne des attitudes ou des comportements, voire des procédures, qui dans un contexte professionnel donné, à un moment donné, font consensus et sont considérés comme efficaces et légitimes. Elles répondent à des critères de pertinence, d'impact, de faisabilité et de transférabilité.

e) Éthique et responsabilité

L'investissement est personnel et professionnel, selon différents concepts

- La responsabilité institutionnelle : elle constitue la référence à la règle, à la loi, et structure un cadre dans lequel vont pouvoir se jouer d'autres responsabilités.
- La responsabilité professionnelle : c'est l'ensemble des compétences techniques et professionnelles, savoir-faire et savoir-être qui contribuent à structurer une légitimité professionnelle.
- La responsabilité personnelle : elle ne peut être engagée que si elle est supportée par les deux premières et se cadre surtout dans l'espace relationnel entre professionnel et sujet accompagné. Elle suppose donc l'abandon de la toute-puissance et induit la capacité de dialogue fondée sur la reconnaissance de l'autre.

Ces trois niveaux de responsabilité soutiennent le professionnel dans l'engagement d'une responsabilité morale et éthique qui porte naturellement à l'action et entraîne l'acceptation du risque.

3. L'éthique médicale

a) Définition

L'éthique médicale participe à la fois de la déontologie (ensemble des règles internes à une profession), de la morale et de la science.

L'éthique médicale concerne l'aspect limité à la santé.

Le respect de l'éthique médicale constitue la meilleure garantie de la qualité des soins et de la liberté du malade, l'exercice d'une « science avec conscience ».

Histoire : Après la Seconde Guerre mondiale, le procès de Nuremberg a présenté l'interaction entre la médecine et l'idéologie nazie ; après la seconde guerre mondiale il est devenu nécessaire de replacer l'éthique au centre de la médecine.

L'éthique médicale peut se définir comme une réflexion sur les orientations données à l'action clinique dans une situation singulière à travers des cas concrets, analysés dans leurs enjeux éthiques en vue de la meilleure décision possible. Elle tente de résoudre des conflits entre valeurs, droit et obligations concurrentes. C'est une démarche de réflexion individuelle ou pluridisciplinaire face aux choix possibles se présentant dans une situation médicale complexe. Le but était de rechercher une solution compatible avec la singularité des différents protagonistes, la loi, la déontologie et les contraintes socio-économiques. Ainsi le recours à une aide éthique pluridisciplinaire paraît intéressant. Leur avis n'a qu'une valeur consultative, le médecin est le seul à prendre la décision médicale finale et à en avoir la responsabilité. Elle s'appuie sur quatre principes éthiques, établis par Beauchamp TL et Childress JF (113) :

- Le principe d'autonomie : il implique de respecter le choix et les positions personnelles ainsi que les décisions qui en découlent, sauf si ces décisions causent préjudices aux autres.
- Le principe de bienfaisance : il implique d'agir pour le bien des autres, faire et promouvoir le bien.
- Le principe de non-malfaisance : « primum non nocere », implique de ne pas faire subir de mal aux autres.
- Le principe de justice ou d'équité : il vise à l'égalité d'accès aux soins sans discrimination.

En France, l'éthique médicale est institutionnalisée essentiellement au sein de comités d'éthique. Les premiers comités d'éthiques sont créés en 1975, suite au rapport Belmont (114), dont la fonction principale était de valider les protocoles de recherche. Il faudra attendre 1983 pour que le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) soit créé (115).

Le CEOM (116) (conseil européen de l'ordre des médecins), créé en 1971, tente de définir ce qu'est l'Éthique médicale européenne, dans ses textes il contient les principes les plus importants destinés à inspirer la conduite professionnelle des médecins quel que soit leur

mode d'exercice, dans leurs rapports avec les malades, la collectivité et entre eux. La Conférence recommande à l'Ordre des Médecins ou à l'organisme d'attributions similaires de chaque État membre des Communautés Européennes de prendre les mesures nécessaires visant à garantir que les exigences nationales en ce qui concerne les devoirs et les droits des médecins vis-à-vis des malades, de la collectivité et dans leur relation professionnelle soient conformes aux principes élaborés dans ce texte, et de prendre toutes dispositions utiles pour que la législation de leur pays permette la mise en œuvre efficace de ces principes.

b) Les textes fondateurs

L'éthique médicale se définit également par des textes fondateurs de la profession.

- **Le serment d'Hippocrate** : même s'il n'a pas de valeur juridique, le serment d'Hippocrate est considéré comme l'un des textes fondateurs de la déontologie médicale.
- **Le code de Nuremberg**, extrait du jugement du tribunal américain en 1947, redéfinit et harmonise la vision de l'éthique médicale sur le plan international.
- **La déclaration de Genève**, également intitulée Serment du médecin, figure en annexe du code de déontologie médicale. Cette déclaration a été adoptée par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale en 1948, elle a fait l'objet de plusieurs révisions, la dernière date d'octobre 2017.
- En 2011, le CEOM, Conseil européen des Ordre des médecins a adopté la charte d'éthique médicale européenne qui met à jour les Principes d'éthique médicale européenne (117), en distinguant ce qui relève de l'éthique de ce qui constitue la déontologie.

Des recommandations déontologiques ont également été rédigées.

- L'Association Médicale Mondiale a élaboré **la Déclaration d'Helsinki** comme un énoncé de principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. Initialement adoptée en 1964 à Helsinki (Finlande), cette déclaration a été mise à jour en 2013.
- En France, **le CCNE** (comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé) est chargé de donner des avis sur les problèmes éthiques et les questions de société soulevées par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé.
- Dans de nombreux hôpitaux, des espaces éthiques contribuent à faire vivre la réflexion sur les principes fondamentaux de l'éthique médicale et à interroger son évolution au regard des nouvelles pratiques médicales et des innovations technologiques.
- **Le code de déontologie médicale** (118), rassemble et codifie l'ensemble des devoirs professionnels des médecins. Il est ratifié sous forme de décret en conseil d'État et intégré au code de la santé publique. Il s'impose à tous les médecins. Chaque article du code est accompagné de commentaires, rédigés par la section "Éthique et déontologie"

du Conseil national de l'Ordre des médecins et validés en session plénière, pour aider les médecins à intégrer ces principes dans leur pratique quotidienne.

4. L'éthique dans la dépendance aux opioïdes

a) Définition / préambule

L'éthique dans la toxicomanie peut se définir, pour les professionnels, dans un espace de dialogue et de concertation qui s'organise autour d'un "minimum" et d'un "maximum".

Le minimum du professionnel, est qu'il s'abstienne de toute malfaisance. Le maximum, c'est la bienfaisance. L'espace qui sépare le minimum du maximum, c'est l'objet qui occupe l'espace de dialogue et de concertation.

Face aux pathologies addictives, la connaissance à la fois clinique et thérapeutique est essentielle. C'est la compétence qui permet au médecin de poser le débat éthique à un juste niveau : celui d'une exigence de qualité et de disponibilité pour les patients même les plus difficiles, sans perdre ses repères et son identité de soignant.

b) Le patient dépendant aux opioïdes

Le patient dépendant aux opioïdes n'est pas un patient comme les autres.

Les stratégies motivationnelles sont actuellement développées, il s'agit d'un accompagnement du patient dans son avancée et ses rechutes. La dépendance aux opioïdes est un trouble de longue durée. Les premières demandes de soin surviennent tardivement : après vingt ans d'intoxication, en moyenne, pour les alcoolo-dépendants, après quinze à vingt ans pour les fumeurs ; quant aux héroïnomanes, cela sera entre 25 et 30 ans.

L'éthique peut nous amener à assumer une position conflictuelle.

Face aux revendications des patients, obtenir des doses plus importantes, venir moins souvent... nous allons être obligés de dire non, tandis qu'eux-mêmes vont devoir comprendre que ce refus leur est opposé dans le seul but de les soigner. Or ils ne sont pas construits comme cela. Pour eux, leur dire non peut être vécu comme un rejet. Si le rapport est trop raide dans notre fonctionnement, ils peuvent partir et arrêter le suivi. Un assouplissement et de la tolérance est nécessaire. Inversement, mener de cure sans respecter les conditions nécessaires pour soigner n'est pas faisable. D'où un débat permanent, sous-tendu par la compréhension au cas par cas de chaque patient et de ce qu'il est en mesure d'accepter ou de refuser (119).

c) La relation médecin-malade

Dans le cadre d'une relation médecin-malade classique, c'est le patient qui est demandeur de soins, qui vient de lui-même vers le médecin. Il obtient une ordonnance, prend sa prescription et le plus souvent la prise ne charge s'arrête là. Cela peut favoriser chez le médecin un

sentiment de toute-puissance et une relation unilatérale, où le patient est passif et le médecin décideur, il voit ses actions bénéfiques face à des patients compliants.

S'agissant des pathologies addictives, le problème est plus compliqué. La motivation aux soins venant de la part du patient dépendant est différente, et la motivation à l'abstinence une lutte permanente. La situation est aussi difficile face aux demandes des familles, qui demandent de l'aide au médecin pour un membre de la famille face à une addiction. Dans ce cas le sujet en question ne souhaite la plupart du temps pas être soigné et en France, soigner quelqu'un contre son gré ; sauf en urgence ou en présence d'une complication psychiatrique aiguë est quasi impossible, voir interdit. L'hospitalisation pour sevrage est possible mais il s'agit d'une démarche longuement préparée, avec un travail sur la motivation. D'autant que l'hospitalisation est très mal vécue par certains sujets, avec les contraintes hospitalières ils comparent cela à un emprisonnement : plus on impose, plus ils s'opposent.

La relation médecin-malade est une relation humaine, dépendante de nombreux facteurs individuels et socioculturels. Elle est faite d'attente et d'espérances mutuelles qui agissent de façon consciente et inconsciente. Ce n'est ni une relation amicale, ni familiale, ni commerciale. C'est une relation de confiance qui s'inscrit dans le cadre d'une pratique éthique soumise au code de déontologie médicale. C'est une relation asymétrique. Elle naît d'une demande, d'un patient souffrant, possiblement adressé, à un médecin ayant le savoir sur la maladie. Le médecin doit prendre la responsabilité de la démarche de soin, toujours en accord, avec la confiance, de son patient.

Le malade, lui, attend un soulagement et la guérison. Mais il n'attend pas du médecin une action purement technique, il est également en demande d'un soutien, une réassurance voire l'établissement d'une relation affective.

Le médecin réagit face au malade, mais il doit cependant toujours rester neutre et distant malgré sa sensibilité, ses propres difficultés ou son histoire personnelle, afin de ne pas inverser cette relation, et se retrouver à la place du patient.

La relation médecin-malade a pour premier objet le corps du malade avec la parole pour premier moyen thérapeutique, source d'incompréhension et d'erreurs. Cette relation est également dépendante de processus d'idéalisations réciproques : le patient idéalise le médecin comme connaisseur et expert ; le médecin idéalise le patient comme celui qui répondra à la prise en charge qu'il préconise.

Une relation moins unidirectionnelle :

Avec la loi du 4 mars 2002, obligeant à l'information éclairée et à l'accès au dossier médical, la relation médecin-malade a évolué d'une position médicale paternaliste inégalitaire (le médecin sait et décide) à une relation dans laquelle le patient devient plus autonome comme sujet libre et pensant, participant aux prises de décisions. De ce fait les rapports soignant-soigné se rapprochent des thèses anglo-saxonnes, qui affirment la libre disposition de son corps par le malade. Cette loi impose en pratique le respect des désirs et choix de vie des

patients dans la gestion des stratégies de soin ou de prévention. Le médecin doit désormais une information claire et loyale au patient pour rendre ce principe applicable.

d) Transfert, contre-transfert

Des concepts psychanalytiques existent, on parle de « transfert, contre-transfert »

Le transfert, il est défini par l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes ressenties par le patient à l'égard de son médecin, qui correspondent au report des sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouvait dès l'enfance et de manière latente pour une autre personne (le plus souvent un de ses parents). Le patient investit celui qu'il choisit comme soignant d'un pouvoir et d'un savoir qu'il lui suppose.

Le contre-transfert, au transfert du patient répond celui du médecin, appelé contre-transfert. Ainsi "n'importe quel médecin ne peut soigner n'importe quel malade" (Balint). Le lien qui s'instaure entre patient et médecin tire sa solidité et son efficacité thérapeutique à la fois de la réalité des échanges affectifs qui vont se développer, mais aussi de la croyance dans le savoir attribué au médecin (sur qui le patient projette une image de toute-puissance). Il existe donc entre médecin et patient une relation transférentielle non interprétée (par opposition à la relation entre patient et psychanalyste qui, elle, l'est). Le transfert comme le contre-transfert peuvent être positif ou négatif.

e) Concepts d'aide dans le cadre d'une prise en charge d'un patient dépendants aux opioïdes

Dans le cadre de la dépendance aux opioïdes, quels concepts peuvent aider favorablement ou non le patient ?

Le holding ou soutien, ce terme chez Winnicott signifie le maintien, la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Ce soutien est important chez les sujets en état de régression. L'intervention d'un tiers, support d'une aura spécifique, peut replacer le sujet dans un climat où se conjuguent acceptation de la dépendance et croyance dans le savoir et pouvoir du porteur de l'aura. L'effet médecin peut alors contribuer de façon décisive à l'efficacité des thérapeutiques (120).

Les défenses du médecin, le médecin n'est pas à l'abri de la mise en jeu de mécanisme de défenses lors des consultations. Ces défenses peuvent mettre en péril le bon déroulement d'une consultation et sa qualité thérapeutique. Qui ont la caractéristique de se déclencher très rapidement, bien souvent avant même que nous ayons pris conscience d'une menace. Elles méritent d'être contrôlées, car elles sont souvent démesurées, inappropriées et préjudiciables à notre efficacité professionnelle. Voici quelques images et concepts de réactions défensives :

- Le médecin "amibe" : le médecin a une réaction de retrait et de fermeture face à des dires ou une attitude du patient qui le choquent. Il se met alors en mode automatique pour pouvoir poursuivre la consultation. Ce qui peut être traduit par l'image de

l'amibe : le "pseudopode" avancé se rétracte et la "particule indigeste" est violemment rejetée.

- Le médecin interrompt une conversation par un examen clinique, il met son stéthoscope dans les oreilles. Cela lui permet de se rassembler et de faire le point.
- "Sacrifier une pièce" : le médecin accepte une demande de moindre importance (prescription peu évidente d'antibiotiques par exemple) dans le but de laisser de côté provisoirement le domaine où un élément plus sérieux est en jeu.
- La rigidité professionnelle par principe : par exemple, avoir pour principe de ne jamais prescrire de somnifère. C'est une manière de refuser une demande sans s'enquérir de la détresse derrière la demande apparente.
- Ignorer la personnalité du patient et se concentrer sur son corps, rester dans le physique pour "éviter le contact avec les émotions du patient, et bien sûr pour essayer de supprimer l'émergence de ses propres sentiments".
- Ne pas écouter le patient parler mais lui prodiguer des conseils bien sentis.

C. Équilibre entre soigner tout le monde et « soigner les patients dépendants aux opioïdes » en médecine générale

1. Le principe de « tri » et ses critères

En vertu du serment d'Hippocrate en lien avec la référence « Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera », les médecins ont pour devoir éthique de soigner toutes les personnes qui en auraient besoin. Ce devoir est également rappelé dans l'article 7 du code de déontologie (article R.4127-7 du code de la santé publique). Concernant la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes, les données montrent (121, 122) que seule 2 médecins généralistes sur 3 prennent en charge des patients dépendants. En outre, la moitié déclare en voir seulement au moins un par mois. Ces statistiques révèlent qu'ils existent bien un tri lors de la prise en charge de patients dépendants aux opioïdes.

a) Pourquoi un tel tri en médecine générale ?

Les médecins généralistes ont bien des pratiques différentes sous des influences diverses. Ils opèrent des tris au sein de leurs missions de soignant. Le tri est inhérent à la pratique de la médecine générale. Parmi les plaintes du patient, le médecin va sélectionner les éléments qu'il va utiliser pour faire son diagnostic. En réponse à la requête du patient, le praticien va désigner de fait l'état de ce dernier comme pathologique. En cela, il a le pouvoir de définir au cours de la consultation, la frontière entre le normal et le pathologique. Ainsi, le généraliste définit son rôle par rapport au patient par des pratiques de tri en privilégiant certains symptômes et certaines composantes de son métier. Ce type d'organisation est également

retrouvé dans la structuration de la patientèle. Ainsi, devant l'extension de leur domaine de compétence, les médecins généralistes sont souvent amenés à trier leur activité et leurs patients.

Cependant le tri qui implique le refus de prise en charge se heurte à un problème éthique où la diversité de la médecine générale entre ici en tension avec l'universalité d'une médecine de première ligne. Néanmoins, pour conserver cette diversité, les médecins doivent en partie renoncer à l'autre.

C'est depuis le milieu des années 90 que la prescription de substitution aux opioïdes a été confiée aux médecins généralistes dans le cadre d'une politique de réduction des risques liés à l'usage de stupéfiants. Cette mission de santé publique a ainsi offert un élargissement de l'offre de soins qui auparavant était seulement limitée à l'abstinence.

Pour endiguer l'épidémie de SIDA, les pouvoirs publics ont autorisé tout médecin à prescrire de la buprénorphine à partir de 1996 afin de favoriser une diffusion rapide et étendue des traitements de substitution. Cette décision a ainsi entraîné, des dizaines d'années plus tard, une banalisation de ce type de prescription en cabinet de médecine générale confirmée par les statistiques qui montrent que la majorité (80%) des traitements de substitution sont prescrits par des généralistes (123). Néanmoins, la prise en charge de ce type d'addiction a pour conséquence d'être incorporée pleinement dans une pratique quotidienne de généraliste. Ainsi, on retrouve une tendance majoritaire dans laquelle les prescripteurs ont pour option de choisir leurs patients substitués afin de les intégrer dans le cadre de leur mission quotidienne. Ce critère s'inscrit alors comme l'une des conditions nécessaires à diffuser le plus largement la substitution ce qui facilite l'intégration de ces patients dans une activité libérale et à une clientèle diversifiée. Cette sélection devient une alternative à la spécialisation pour des médecins dont leur corps de métier est de traiter une multitude de pathologies dans diverses spécialités qui fait tout l'intérêt de la médecine générale.

Les médecins généralistes appréhendent souvent la patientèle des patients dépendants aux opioïdes comme une menace potentielle à leurs tâches diverses faisant émerger des craintes chez certains confrères d'être « envahis » de patients en demande de substitution. Cette volonté de garder une activité diverse conduit une majorité de généralistes à limiter le nombre de patient substitués dans leur patientèle afin d'éviter d'être étiqueté comme prescripteur potentiel de traitement substitutif. En outre, cette décision est appuyée par le fait que beaucoup de médecins considèrent que ces patients exigent une charge de soins plus importante (124) qui s'intègrent plus difficilement dans une activité libérale.

Du fait de cette prise en charge particulière, certains patients dépendants aux opioïdes demandent une implication plus importante en termes de temps et de ressource qui ne sont pas en accord avec l'organisation d'une journée de consultation.

Un constat établi par Anne Coppel mentionne que la médecine générale est de plus en plus confrontée à des « cas lourds » en lien avec les conditions d'admission restrictives des centres d'addictologie (125). La plupart des médecins généralistes justifient leur tri par un manque de moyen de la médecine générale vers les centres spécialisés et par un manque de formation à l'égard de patients au profil particulier préférant ceux dont la prise en charge reste plus simple. Il s'agit donc d'une pratique de tri justifiée par l'organisation du travail d'un cabinet de médecine générale et d'un rapport aux savoirs et à l'incertitude.

Autre point de justification, l'identité professionnelle des généralistes se définit à travers l'exercice libéral qui implique une dépendance au « client ». Les revenus du médecin dépendent directement du nombre d'actes effectués et de la fréquentation de son cabinet. Les médecins expriment la crainte que les usagers de stupéfiants entraînent le départ de leurs autres types de patients amplifiant la peur d'être enfermé dans un domaine et de ne plus exercer de la médecine générale. Cette appréhension est d'autant plus amplifiée par la connaissance de confrères qui intègrent beaucoup de patients sous substitution dans leur patientèle et qui servent de figure repoussoir dans les discours des généralistes. Dans ce processus de tri, le médecin anticipe une pression de la patientèle impliquant que la visibilité de la dépendance aux opioïdes des patients soit un des critères importants de la sélection. Ainsi, ce seront les personnes dont l'usage de substances addictives n'est pas immédiatement repérable dans une salle d'attente qui seront acceptées en priorité jugeant qu'ils seront moins susceptibles de faire fuir les autres patients.

Autre réflexion qui même les généralistes à faire un tri est que ces prescripteurs essayent de se prémunir au maximum des inconvénients liés à la substitution notamment du détournement de leur prescription au marché noir et du sentiment d'insécurité au regard de situations conflictuelles voir dangereuses. Certains médecins généralistes justifient leur manière de procéder par refus d'alimenter le trafic de médicaments de substitution. Se référant à l'éthique, ils ne veulent pas devenir un « dealer » et craignent des sanctions du conseil national (ou départemental) de l'ordre des médecins (CNOM, CDOM) si cette pratique leur étaient reprochées allant de l'interdiction temporaire à définitive d'exercer le cas échéant voir des poursuites judiciaires dans les cas les plus graves. Ainsi, ils se sentent fragilisés par ces menaces et craignent d'être abusés par des patients qui revendent leur traitement. En outre, la surveillance particulière de ces médicaments par la sécurité sociale implique chez les médecins le sentiment d'être contrôlé dans leur pratique de prescription donc dans leur liberté de pratique.

Les médecins qui prescrivent le plus de traitement substitutif sont régulièrement marginalisés par leur confrère qui malgré une image dépréciée se voit gratifier d'une qualité de courage de s'être autant investi auprès d'une population jugée plus difficile. En effet, leur présence est indispensable, compensant ainsi la pratique d'autres médecins moins investis dans la prise en charge de la dépendance aux opioïdes.

La prise en charge des addictions aux opioïdes dans la pratique d'un médecin généraliste à une place particulière et témoigne des différentes manières de définir la médecine générale et ses limitations vis-à-vis des médecins spécialisés.

Si le postulat de départ est de privilégier une activité variée quand on exerce la médecine générale, le suivi addictologique est relégué à sa marge alors qu'une acceptation large des patients dépendants remet en cause le caractère généraliste de la pratique. Cependant beaucoup de médecins refusent de renoncer à l'universalité des soins mais dans les faits, le constat est qu'ils n'y parviennent pas à le pratiquer. Il existe alors une tension entre la diversité et l'universalité auxquelles les médecins souhaitent faire coexister qui fait que le tri des patients est décrit comme un mal nécessaire.

b) Les critères de suivie

La plupart des médecins généralistes utilisent un ensemble de règles sur lesquelles reposent leur pratique de sélection et que les patients sont tenus de suivre. Ainsi, les médecins définissent le rôle qu'ils souhaitent jouer par rapport à leurs patients et en établissent leurs propres limites.

Cet ensemble de règles est regroupé sous les termes de « cadre » ou de « contrat » dont les caractéristiques varient en fonction du médecin. Il détermine les principes de prescriptions que c'est défini le praticien et est soumis en fonction du prescripteur à un seuil d'exigence plus ou moins élevé. Ces seuils sont avant tout un ensemble de conditions variables posées autour du suivi du patient et sont en lien avec l'aspect du travail que les médecins souhaitent mettre en avant : un respect scrupuleux des standards de bonnes pratiques ou une adaptabilité en fonction des situations particulières. Ainsi, l'opposition entre rigidité et souplesse interpelle sur une autre opposition constitutive de la pratique des généralistes qui sont les dimensions techniques et relationnelles. Dans ce contexte, un patient qui ne respecte pas ce cadre conduit à un arrêt de son suivi qui renvoie au médecin un constat d'échec et une remise en question de sa pratique dans ce domaine.

Quant aux règles, elles s'avèrent être unanime et entrent dans le cadre légal de délivrance : respect des posologies et des dates de renouvellement des ordonnances, prise régulière du traitement et arrêt de la substance addictive qui amène le patient à demander une prise en charge. Les plus exigeants ajouteront d'autres règles comme de ne pas en faire un mésusage, de se faire délivrer le traitement quotidiennement, d'avoir obligatoirement en parallèle un suivi psychologique ou d'être leur médecin traitant pour l'ensemble de leurs problèmes de santé. Contrairement aux précédentes, ces règles-là n'obligent que les patients eux-mêmes et dépassent le cadre légal de prescription.

Les règles établies par les médecins généralistes ont avant tout pour fonction de délimiter leur domaine d'intervention. Ainsi, la définition des règles auxquelles doit se soumettre le patient ramène à la définition de la manière dont souhaite les médecins prendre en charge ses patients et inscrit la relation médecin-patient-médicament dans un cadre thérapeutique. Afin

d'empêcher toute contestation, la décision de mettre fin à un suivi addictologique s'appuie souvent sur les preuves d'une conduite non conforme (dépistage de toxiques positifs, alerte de l'assurance maladie sur de multi-prescriptions). Il est alors plus difficile au médecin de mettre fin à un suivi que de refuser un patient vu pour la première fois, ce qui justifie un triage des patients en amont en fonction des critères de chaque praticien.

A contrario, l'utilisation du terme de « contrat » renvoie à une inégalité dans la relation médecin-patient. Seul le médecin est en mesure de définir les termes de ce « contrat » et le patient l'accepte ou pas mais ne peut pas toujours en modifier le contenu. De même, si le patient est exclu parce qu'il n'a pas respecté les termes du « contrat », c'est le médecin, seul, qui y met fin.

Les médecins généralistes conçoivent ce « contrat » comme une obligation du patient à s'y soumettre. Cette relation va à l'encontre des modalités qui définissent le rapport entre le médecin et son patient qui promulgue l'alliance thérapeutique et non pas un rapport inégalitaire. Ainsi, pour les généralistes, l'existence de ces règles ont une fonction sélective qui en amont peut être dissuasive et en aval exclusif pour ceux qui ne les respecteront pas.

La comptabilité d'une prise en charge addictologique avec une pratique de médecine générale conduit inévitablement à une stigmatisation de certains patients qui demandent une prise en charge plus importante ou décrite comme « ingérable » en fonction des critères d'acceptation établis. Ils sont perçus, de ce fait, relevant d'une prise en charge spécialisée. L'orientation vers un spécialiste répond au constat d'un décalage entre le profil du patient et le suivi proposé par le médecin généraliste qui, pris par d'autres activités, ne peut accorder assez de temps pour ce type cas typiquement chronophage. Cela pointe du doigt une difficulté intrinsèque de la médecine générale qui est une impossibilité de tout faire de façon approfondie. Cela oblige les praticiens à choisir des priorités pour étoffer leur activité et ainsi d'orienter leur pratique vers telles ou telles spécialisations informelles. De ce point de vue, le suivi de cas complexes en addictologie est l'affaire d'une autre spécialité qui n'est pas celle forcément choisie par le médecin. Ainsi, la sélection réalisée par les médecins généralistes concernant les patients dépendants aux opioïdes révèle une inégalité d'accès aux traitements et questionne sur la place de la médecine générale dans la politique publique de prise en charge des addictions.

Le médecin généraliste est le premier prescripteur de traitement substitutif en France. Cette pratique de sélection entraîne forcément une limitation à leur accessibilité et renvoie de façon plus générale aux limites de la médecine générale pour assumer pleinement cette mission. Du fait, toutes les personnes dépendantes aux opioïdes ne sont pas forcément prises en charge en médecine générale.

2. De l'acceptation de la prise en charge à l'interruption

Les étapes de construction d'une relation médecin-patient dépendante sont nombreuses : des premières rencontres où règne l'incertitude du médecin qui se questionne à accorder sa confiance, aux consultations de routines où les échanges se font dans un climat serein, en passant par des épisodes charnières de négociations dont l'issue peut affecter la suite de la prise en charge et pour finir à un accord commun qui opérera à l'interruption des échanges et donc à la fin de la prise en charge.

Les médecins généralistes procèdent à une première évaluation de la fiabilité du patient qui décide de suivre en jugeant l'intention de ce dernier à déplacer sa fonction de soignant à celle d'un « dealer ». Sa confiance ne sera pas accordée si le médecin constate un décalage entre le rôle qu'il pensait jouer et celui que le patient lui fait effectivement jouer. Cette confiance n'est pas donnée a priori dans le cas de patients dépendants aux opioïdes. Très souvent, le soupçon est toujours de mise et c'est le patient qui devra prouver au médecin qu'il est honnête avec lui en montrant régulièrement qu'il a la capacité de respecter les règles dictées par le praticien. Cette défiance qui domine au début de la relation entre le médecin et son patient dépendant aux opioïdes renvoie communément au statut pénal et médical du patient. Ces individus sont vus comme soit malades soit délinquants.

Le « patient dépendant aux opioïdes ingérable » sera indigne de confiance et sera placé dans le groupe des délinquants alors que le « patient dépendant » sera placé dans le groupe des malades qui entre donc dans le domaine de compétence de la médecine générale. Celui qui par exemple fera du trafic avec ses traitements sera étiqueté délinquant se faisant passer pour un malade mais qui finalement trompera la confiance et la vigilance du médecin. Le processus par lequel le médecin attribue l'un ou l'autre statut est donc primordial.

Pour accorder sa confiance, le médecin s'appuiera sur des observations issues de ses échanges qu'il confronte à ce qu'il a appris, mais surtout à ses expériences passées correspondant à un processus cognitif par assimilation du patient fondé au cours de l'expérience. Ainsi, la ressource principale face au patient reste les savoirs relationnels et les savoirs faire acquis progressivement au contact des patients dans l'objectif est de dégager des indices de fiabilité. Cette démarche peut être à l'origine de difficultés chez les jeunes médecins qui par conséquent n'ont pas encore accumulé de savoirs relationnels. Ainsi, les médecins arrivent à différencier les patients fiables des non fiables en les comparant à des situations déjà rencontrées. Ils identifient ainsi des indices pertinents et les opposent à leurs propres modèles de patients auxquels ils ont accordé ou non leur confiance. Ce procédé a également ces limites et n'est pas infaillible et dans ce cas le doute est difficile à confirmer et l'incertitude subsiste.

Cette confiance pose donc la question de l'incertitude et des méthodes qu'ils utilisent pour la réduire. Dans les autres cas, cette incertitude est avant tout portée lors du diagnostic et de la prise en charge qui en découle mais concernant la dépendance aux opioïdes, cette incertitude s'intéresse aux intentions du patient quant à l'usage de son traitement et de la peur de se faire manipuler par ce dernier. Ces premières consultations revêtent donc une dimension

d'expertise durant lesquelles le médecin s'interroge sur la fiabilité du patient et de sa pertinence à demander un suivi en mobilisant des ressources pour accorder sa confiance. De plus, lors de l'initiation de traitement, les patients dépendants aux opioïdes bouleversent une étape primordiale de la consultation qui est le diagnostic.

Dans la majorité des cas, ces patients se savent déjà dépendants, connaissent le traitement à mettre en place et parfois même la posologie efficace. Le travail du médecin devient alors une évaluation d'une demande et non plus une consultation classique. Par la suite, l'un des enjeux à l'attribution de la confiance réside dans la conservation de celle-ci

Quand cette dernière est conservée, vient ensuite les rencontres régulières entre le médecin généraliste et le patient dépendant aux opioïdes durant lesquelles il n'y a aucune négociation ni prise de décision concernant le traitement. Il s'agit de simple consultation de renouvellement de prescription sans réévaluation.

Régies par le cadre légal de l'AMM des traitements substitutifs, ces rencontres se font mensuellement ou bimensuellement. La prescription n'est alors pas considérée comme problématique ni par le patient ni par le médecin. Cet acte de routine ne doit pas être négligé car il constitue le quotidien de la rencontre médecin-patient-médicament. Cette routine fait suite à une relation déjà bien établie qui nécessite toujours une confiance mutuelle. Ces patients qui sont suivis régulièrement ont acquis le statut de patient se substituant à celui du seul patient dépendant aux opioïdes. Le rapport aux médicaments n'est plus jugé problématique par le médecin. Dès lors, le renouvellement de traitement n'est plus forcément la raison principale de la consultation et peut faire place à d'autres problématiques somatiques pour lesquelles le patient vient consulter. Les consultations de renouvellement deviennent de véritable consultation de médecin générale.

Mais il peut arriver que pendant cette phase de lune de miel, des orages viennent perturber la relation qui s'est construite au fil du temps entre le médecin et son patient. Des tensions éclatent et les deux protagonistes tentent de résoudre leur désaccord par le compromis et entrent alors en négociation. Cette négociation renvoie à des enjeux concernant le contrôle du traitement. Les deux parties tenteront de faire pérenniser leur relation au-delà des conflits qui les opposent. Les savoirs et les compétences profanes de certains patients sur leur médicament rendent possibles la négociation en leur permettant de défendre leur point de vue sur le traitement. Ces savoirs deviennent alors des points de désaccord quand le médecin les perçoit comme une menace envers son autorité mais peuvent être également le prérequis nécessaire à une entrée en négociation avec le médecin. Mais bien souvent, la négociation a lieu selon les conditions fixées par le médecin. En effet, celui-ci peut bloquer complètement le processus en contraignant le patient à rallier sa position grâce à la décision de prescrire ou non.

On peut donc se demander pourquoi le médecin permet cette négociation alors que le rapport de force est inégalitaire et qu'est ce qui persuade le médecin à faire quelques compromis ? Comme nous en avons parlé précédemment, selon la tolérance du médecin, un écart du patient aux règles peut aboutir à un arrêt du suivi alors que d'autres recherchent un accord commun

satisfaisant les 2 partenaires. Les consultations durant lesquelles les 2 protagonistes s'affrontent doivent donc être mises en relation avec la pratique que les généralistes possèdent. Afin de convaincre son interlocuteur, le médecin ou le patient procèdent à une argumentation afin d'étayer leur point de vue. Le patient peut alors essayer de convaincre le médecin via des arguments médicalement valables alors que le médecin va utiliser d'autres arguments basés sur ces connaissances pour le persuader de sa position. Mais dans la pratique quotidienne, il arrive quelquefois que le patient obtienne l'objet de sa demande même s'il n'a pas réussi à convaincre le médecin par ses arguments qui devant un sentiment de lassitude ou voir de peur qu'un conflit n'émerge, accepte.

D'autres échanges peuvent avoir lieu sur le modèle du marchandage : les 2 parties se mettent d'accord sur une solution acceptable à la suite de discussions composées de propositions et de contre-propositions. Dans ce type de consultation, c'est surtout le côté relationnel de la médecine générale qui est mis en avant prenant en compte la spécificité de chaque patient. Il arrive parfois que les négociations échouent. Le médecin ne peut pas donner une solution immédiate à la plainte du patient aboutissant à un accord temporaire qui souvent s'illustre par une prescription non modifiée malgré l'insatisfaction des 2 parties.

Cet accord temporaire est nécessaire au maintien de la pérennité de la relation entre le médecin et son patient, il justifie alors la nécessité d'autres rencontres. C'est pour cette raison que les généralistes préfèrent négocier que d'imposer leur point de vue avec force. Ils privilégient alors les échanges sereins qui laissent toute leur place à la négociation ou au marchandage ayant pour effet d'entretenir la communication. Au fil des consultations le médecin, via des paliers successifs de négociation, sera en mesure de persuader le patient des bienfaits de son point de vue. Cette relation de confiance construite au fur et à mesure aura pu laisser les 2 intervenants s'exprimer et s'accorder sur un objectif commun.

Dans le cas inverse, où la négociation n'existe pas, elle est révélatrice d'un non-investissement du médecin ou du patient qui voit l'échec d'une relation à long terme.

C'est ainsi qu'en fonction de la pratique du médecin, ces moments de désaccords seront perçus différents aboutissant pour les uns à un accord commun qui sera propice à la suite de la prise en charge et pour les autres à un motif valable d'exclusion du patient entraînant un arrêt de la prise en charge. De ce fait, malgré cette relation médecin-patient, la finalité sera toujours en fonction du choix du médecin.

3. Prise en charge pluri-professionnelle

Améliorer la prise en charge des conduites addictives est un des objectifs du « Plan National de Mobilisation contre les Addictions 2018-2022 », élaboré par la MILDECA. Ce plan met l'accent sur la prévention et la réduction des risques liés aux consommations nocives. Il vise également à repenser l'organisation de l'addictologie en logique de parcours et à renforcer la coopération entre les différents professionnels, afin que chacun d'entre eux puisse contribuer de façon efficace à l'accompagnement des patients.

a) Les structures médico-sociales

Les CSAPA (99) : sont au nombre de 385 répartis sur le territoire Français (126), permettent de faire le point avec un professionnel sur les difficultés rencontrées et proposent un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de drogues ou vers un traitement de substitution. L'utilisateur pourra notamment opter pour un sevrage ambulatoire ou hospitalier en étant accueilli dans un service partenaire. L'accompagnement proposé par le CSAPA peut se poursuivre durant toute la durée du sevrage, y compris hospitalier, et même au-delà. En effet, la personne sevrée peut continuer à être accueillie dans le cadre d'entretiens ou d'ateliers spécifiques visant à consolider son arrêt. Ces centres sont majoritairement gérés par des associations, mais 37 % d'entre eux dépendent d'un établissement public de santé.

Les CAARUD : assurent un accueil collectif et individuel. Il y a 146 centres en France (126). Ils proposent une information et un conseil personnalisé pour usagers de drogues. Ils assurent également un soutien aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à la réinsertion professionnelle ainsi que la mise à disposition de matériel de prévention des infections. Ils sont habilités à délivrer certains médicaments (comme la naloxone).

Les CJC : L'objectif de ces consultations est d'accueillir des jeunes consommateurs ainsi que leur entourage. Il en existe 540 en France (126). Toutes les conduites addictives peuvent être abordées dans ces lieux. Ces consultations se déroulent principalement dans des CSAPA ou dans des centres hospitaliers mais aussi parfois dans d'autres lieux, en particulier ceux spécialisés dans l'accueil des jeunes. Elles proposent, une évaluation des consommations, des risques associés, un accompagnement pour prévenir une consommation à risque ainsi que des aides à l'arrêt ou à la réduction des pratiques.

Les SCMR : Les salles de consommation à moindre risque qui n'existent qu'à Paris dans l'enceinte de l'hôpital Lariboisière, et à Strasbourg dans l'enceinte de l'hôpital civil. Dites « salles de shoot », sont en expérimentation pour une durée maximale de 6 ans. Elles offrent un espace sanitaire protégé et permettent aux usagers en situation de précarité d'entrer en contact avec des professionnels avec un accueil individuel et confidentiel.

L'ECIMUD : C'est souvent l'Equipe de Coordination et d'intervention auprès des Malades Usagers de Drogues ou équipe de liaison qui intervient directement en allant au contact du patient, sur son lieu de vie si nécessaire, pour les aider à réfléchir à la prise en charge la plus adaptée et possibles des patients dépendants aux opioïdes. Composée d'un médecin, d'un infirmier, quelquefois d'une assistante sociale, elle peut être un élément incontournable du partenariat pour les médecins en recherche d'un lit d'hospitalisation ; ou à l'inverse, en lien avec l'hôpital pour la préparation à la sortie. Elle participe activement au réseau ville-hôpital-toxicomanie lorsqu'il existe.

Autres contacts :

Selon le degré d'urgence, ou la complexité du cas qui se présente à nous, nous pouvons aussi toujours compter sur les collègues de l'Ordre des médecins, de la CPAM, et des médecins du travail pouvant permettre la réflexion autour de cas difficiles.

Le CCAS : Le Centre communal d'action sociale est un organisme communal différent de la mairie. Il dispose d'un conseil d'administration qui est présidé par le maire. C'est un service administratif dont les attributions sont nombreuses : promoteur de l'action sociale locale, il participe à l'instruction des demandes d'aide sociale légale, gère l'attribution de l'aide extra-légale facultative et anime des actions de prévention sociale... (127)

La PMI : La Protection Maternelle et Infantile est un service du Conseil Départemental compétent en matière de santé des jeunes enfants depuis 1945. Placée sous l'autorité du Président du conseil, la PMI est chargée d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant (128).

Pôle emploi, les spécialistes d'entretiens familiaux et de couple, les clubs de prévention, (liste non exhaustive d'acteurs présent, avec contacts sur le site du ministère (126), sont des acteurs incontournables dans la prise en charge du patient dépendant aux opioïdes. Il est nécessaire de planifier le court terme (l'urgence d'un toit, la couverture sociale), le moyen terme (proposition d'activité, demande pour un RSA), le long terme (formation professionnelle, accession à un logement autonome...) pour la personne dépendante aux opioïdes, et parfois sa famille (enfants tout particulièrement).

b) L'hôpital

Les soins programmés, du fait de leurs nombreuses pathologies, les patients dépendants aux opioïdes peuvent être hospitalisés dans divers services. Il est important pour faciliter le séjour, limiter les sorties contre avis médical, gérer les problèmes spécifiques du manque ou de la poursuite de la substitution, que l'équipe hospitalière prenne contact avec les personnes s'occupant habituellement de ces patients (médecin, CSAPA...).

À l'hôpital, les soins aux personnes ayant un problème de conduites addictives sont organisés depuis 2007 au sein d'une filière addictologie regroupant différentes unités. Leur objectif est l'accès des patients à une prise en charge globale graduée et de proximité et, si nécessaire, en recourant à un plateau technique spécialisé. Cette filière comprend trois niveaux distincts :

- Les structures de niveau 1 sont des structures de proximité qui ont pour mission la mise en place des sevrages résidentiels simples et les consultations de liaison. Elles sont assurées par des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Ces dernières fournissent assistance aux équipes de personnel soignant dans les hôpitaux et participent à leur formation.
- Les structures de niveau 2 assurent les mêmes services que celles de niveau 1, auxquels s'ajoutent l'offre de soins résidentiels complexes (unités de sevrages et de soins complexes et hôpitaux de jour) et les centres de soins de suite et de réadaptation

en addictologie. Ces derniers accueillent les patients pour des séjours de quelques mois, le plus souvent à la suite d'un sevrage.

- Les structures de niveau 3 offrent les missions des structures de niveau 2 et des missions d'enseignement et de formation, de recherche et de coordination régionale (circulaire du 26 septembre 2008).

c) Les structures en ville

Les structures disponibles en ville sont bien souvent articulées autour du médecin généraliste, et sont très différentes d'un territoire à l'autre, organisées en réseaux.

Les réseaux ont été créés afin de coordonner les actions des différentes structures sanitaires et sociales pour améliorer la prévention de la dépendance aux opioïdes, le traitement et le suivi des malades. En effet, le réseau ne s'occupe pas d'une maladie, mais d'une problématique complexe nécessitant l'intervention coordonnée de professionnels issus de différents secteurs : sociaux, éducatifs, médicaux. Leur fonctionnement permet à ces acteurs socio-sanitaires, qui jusque-là intervenaient de façon parallèle et souvent isolée, de devenir partenaires et d'agir de façon concertée pour la prise en charge globale des usagers de drogues. Le réseau répond aux souhaits de certains patients dépendants aux opioïdes de continuer à être pris en charge en ambulatoire par leur médecin de ville, tout en bénéficiant du plateau technique et de l'infrastructure hospitalière.

Le fonctionnement des réseaux ville-hôpital-toxicomanie repose sur trois pôles complémentaires : **le pôle ville** constitué par les médecins généralistes, les infirmières, les pharmaciens, les spécialistes libéraux (psychologues, psychiatres), et les travailleurs sociaux ; **le pôle de référence**, le plus souvent un centre spécialisé de soins pour patient dépendants aux opioïdes ; **le pôle hospitalier**.

Les réseaux ont plusieurs objectifs :

- Un accompagnement global de la personne réalisé par les différents intervenants,
- Une coordination des actions,
- Une formation pluridisciplinaire et interdisciplinaire des intervenants,
- La mise en place de groupes ressources internes au réseau de travail ou de parole.

Les différents acteurs ont appris à échanger et à se connaître par des réunions communes autour des patients, visant à améliorer la prise en charge ; la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé. Les réseaux semblent donc être la réponse moderne à un problème complexe. Toutefois, force est de constater que les membres des réseaux s'épuisent, ou que ceux qui désiraient y adhérer y trouvent un discours hyperspécialisé et réservé à des initiés. Il est donc essentiel de maintenir des réseaux centrés autour de problématiques de base avec éventuellement un deuxième niveau pour les experts.

L'infirmière, pour la première fois en France, un Référentiel Infirmier en Addictologie a vu le jour en 2020 (129), destiné autant au secteur hospitalier que libéral. Ceci dans le but d'aider à la formation des futurs IPA (infirmières en pratiques avancées) en addictologie, mais aussi

de standardiser la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes. Avec son accompagnement quotidien sur le terrain, qui écoute, distribue le traitement, réduit le mésusage, repère les situations de crise est un des piliers majeurs, sous utilisé (surtout chez des populations jeunes) car sous formée ? Mais qui est en pleine mutation.

Le Pharmacien est indispensable dans la relation avec le prescripteur, en garantissant un bon espace de confidentialité et en assurant sa mission avec souplesse et rigueur en tenant compte de la personnalité propre de chacun. Son rôle dans la lutte contre les addictions est multiple, notamment depuis la loi HPST de 2009 qui l'a placé parmi les acteurs de soins de premiers recours et qui a majoré ses missions de santé publique. Il peut s'appuyer sur différents outils pour l'aider à mieux prendre en charge et évaluer les patients. Au comptoir, il peut par exemple appliquer la méthode RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) préconisée par l'OMS. Par sa formation et ses compétences en tant qu'éducateur sanitaire, le pharmacien est ainsi un acteur indispensable dans la lutte contre les addictions (130).

Le psychiatre et le psychologue. La prévalence des patients qui présentent une problématique psychiatrique et de dépendance aux opioïdes est importante. Il est donc logique et indispensable que les psychiatres et psychologues, soient au cœur de leur prise en charge. Ils sont présents en libéral ou en structures, type Centres médico-psychologique (CMP) ou dans les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP). Ils ont un rôle d'accueil de relation et de médiation, leur travail s'inscrit dans une dynamique d'équipe. Le but visé n'est pas de guérir à tout prix le patient dépendant aux opioïdes de son addiction mais l'aider à vivre mieux, en lui proposant une thérapie, ainsi qu'un soutien psycho-éducatif, visant à le guider dans son cheminement. On ne peut pas soigner un patient dépendant aux opioïdes de force. Pour que le traitement soit efficace, il doit être progressif et attentif à la demande du sujet, ce qui sous-entend un travail d'écoute, un réel suivi, et une bonne information des soins possibles.

L'assistante sociale intervient auprès de personnes confrontées à diverses difficultés : économiques, d'insertion, familiales, de santé, de logement. Elle accueille, soutient, oriente et accompagne la construction de projets en tenant compte des potentialités des personnes et des possibilités offertes par la collectivité (131, 132).

L'éducateur spécialisé vient en aide aux personnes dépendantes, ce sont des professionnels qui offrent du soutien et de l'accompagnement afin de déceler ou d'affronter les problèmes liés à ces dépendances. Ils travaillent principalement dans des établissements de santé ou correctionnels, des écoles, des organismes communautaires, des gouvernements et des foyers ou des abris pour adultes.

d) L'entourage

Il est très important de pouvoir travailler avec les proches des patients, qu'il s'agisse des amis ou de la famille. L'entourage a un rôle majeur à jouer. Les parents sont certainement les premiers interlocuteurs. Leur rôle est loin d'être négligeable, et ne doit surtout pas être

négligé. Mais leur implication n'est pas simple. De son côté, le patient dépendant aux opioïdes cherche le plus souvent à les écarter de sa toxicomanie comme de sa prise en charge.

Dans certains cas, le praticien sera amené à travailler avec la fratrie, le compagnon usager de drogues ou non, les amis. Ainsi plus que l'accompagnement d'un individu isolé, la prise en charge s'oriente vers l'intégration de la globalité de l'entourage du sujet.

II. Prise en charge du patient dépendant aux opioïdes en médecine générale : point de vue de l'éthique

A. Éthique traitement par substitution

1. Un nouveau traitement efficace approuvé par les comités d'éthique

Les traitements par substitution ont pour finalité de réduire la morbi-mortalité des patients liées à leur consommation pathologique d'opioïdes, de favoriser leur insertion aussi bien dans le système de soins afin de traiter les complications en rapport avec leur comportement et d'une manière générale de favoriser leur insertion sociale grâce à un médicament faisant partie de la famille des opioïdes mais dépourvu d'effets renforçateurs qui suppriment ou préviennent le craving. Cette finalité sous-entend qu'une vie sans dépendance peut être possible y compris sans les médicaments de substitution.

Comme cité précédemment, l'AMM des traitements substitutifs est prescrite dans le cas d'une prise en charge globale médicale psychologique et sociale. Les objectifs sont l'abandon du comportement addictif (qui comprend une existence centrée sur la recherche du produit et de ses effets), de retrouver une certaine liberté, et de bénéficier d'une meilleure qualité de vie tout en répondant aux attentes de la société vis-à-vis d'une question sécuritaire par la réduction de la délinquance. A noter que l'abstinence n'est pas tant une absence de toute pharmaco dépendance car la substitution peut durer très longtemps voir toute la vie (133).

Les résultats obtenus depuis l'apparition de ces nouveaux traitements dans les années 90 ont été jugés supérieurs par rapport aux anciennes politiques de santé publique qui misaient à l'époque plus sur la répression et le sevrage. Ainsi, ce nouveau mode de prise en charge des addictions aux opioïdes a permis de réduire les complications somatiques liées aux substances illicites et plus généralement la mortalité liée aux drogues, de favoriser l'intégration des personnes marginales dans le système de soins et de diminuer les coûts globaux sociaux liés aux addictions (134).

De plus, les traitements de substitution ont été plébiscité par le comité consultatif national d'éthique qui dans leur rapport lors de la mise sur le marché de ces produits (135) précise « des personnes en situation d'exclusion, de marginalisation, de discrimination peuvent se rapprocher de l'idéal social de tempérance et de modération, et s'éloigner de l'abus de drogues considéré comme une nuisance à soi-même voire une autodestruction ; les valeurs de responsabilité vis-à-vis de soi, de mesure dans la prise de risque, de respect de sa santé, et même d'une certaine autonomie par rapport à la dépendance apparaissent favorisées par ces traitements, de même que, pour le médecin, sont facilitées l'obligation de porter secours à son prochain et l'offre d'une aide efficace. Les résultats issus de l'utilisation de ces traitements et l'approbation des instances de santé ont permis de mettre fin au conflit qu'opposaient les partisans de l'abstinence et les défenseurs de la substitution.

2. Le bon traitement pour le bon patient ?

L'AMM est précise concernant les traitements substitutifs, elle ne mentionne que la prise en charge des pharmacodépendances majeures aux opioïdes dans le cadre d'une prise en charge médicale, psychologique et sociale. Ce traitement cible donc une population précise qui suggérerait qu'elle pourrait être proposée à des personnes qui ne le demandent pas mais chez qui, dès lors que le médecin aura diagnostiqué un problème d'addiction aux opioïdes, serait indiqué dans la prise en charge de leur dépendance aux opioïdes. Ainsi, quelle est la légitimité de prescrire ce traitement sans indication ?

Un médecin peut-il être indifférent face à un patient dépendant aux opioïdes en proie à des souffrances d'où résulte son addiction aussi bien médicale que sociale et de ne pas l'inciter à se soigner ? Dès lors, cette notion fait référence au principe de bienveillance qui dans ces situations atteint ses limites.

Au contraire, on peut se demander si ce patient est tout indiqué pour avoir ce traitement si bien que l'importance de réduire les risques liés à sa consommation compromet la réflexion quant aux indications de traitement et la liberté de ne pas les prescrire.

La demande de substitution ne vient pas toujours des patients eux-mêmes mais parfois de leur entourage qui ne tolère plus la situation ou du médecin qui confirme l'indication du traitement sans que le patient n'en ait fait son souhait. A l'inverse, quand le patient demande avec empressement et insistance une prise en charge, mettant à mal le temps de réflexion de l'indication et l'organisation, il s'avère que la plupart du temps les soignants font face à un échec. Le patient tout comme le médecin n'était pas « prêt ». Dès lors, qu'il est envisagé de mettre en place ce type de traitement, il est nécessaire d'avoir ce temps de réflexion aussi bien pour le patient que pour le médecin afin de mettre toutes les chances de son côté.

Même s'il fait partie de la demande initiale des patients, le traitement substitutif est avant tout un moyen thérapeutique parmi d'autres qui fait partie d'un ensemble permettant la prise en charge de l'addiction. La préparation au traitement est d'autant plus importante qu'il est nécessaire d'élaborer ensemble une stratégie de soin individuelle basée sur du long terme.

Le patient est acteur de son propre soin car ses motivations et son engagement seront primordiales pour un bon déroulement de la prise en charge. Ainsi, si le patient se prend en charge lui-même, on se peut se demander quels seront les points conflictuels sur lesquels les soignants ne s'accordent pas ?

Quelles limites à imposer et comment réagirions-nous si ces limites fixées au préalable étaient franchies ?

3. Différents seuils de tolérance pour différents médecins : questionnaire sur l'encadrement du patient

Comme nous en avons discuté dans le chapitre précédent, le détournement des traitements via l'injection de buprénorphine, la revente au marché noir, la poursuite d'une consommation annexe aux traitements d'une substance addictives et les niveaux d'exigences variés vis-à-vis des patients lors de leur prise en charge nous questionnent sur le cadre dans lequel ces médicaments doivent être délivrés. Ainsi, peut-on considérer ces traitements comme palliatif voir compassionnel avec une alliance thérapeutique minimal ou au contraire avoir un haut taux d'exigence ?

La multiplicité des pratiques des médecins fait que les contraintes exercées sur les patients en contrepartie de la prescription de traitement substitutif sont conditionnées par le seuil d'exigence du prescripteur dont le seuil est plus ou moins élevé. Ces exigences, quand elles sont élevées, regroupent en autres une délivrance régulière et respectueuse du délai entre deux prescriptions, des contrôles urinaires à la recherche de toxique autre que le traitement substitutif et la rigueur d'un suivi social et/ou psychologique.

Au contraire, d'autres dispositifs ont des critères d'exigence moindre en distribuant par exemple des doses faibles de méthadone sans engagement de la part des patients. Ainsi, les objectifs et les personnes atteintes sont différents en fonction des niveaux d'exigence. Mais lors de la prise en charge d'un patient sous substitution, la question qui revient souvent est que le traitement que le médecin propose est délivré dans un cadre adapté à ses attentes afin d'éviter que le patient se décourage et se désengage de la prise en charge. En effet, trop de contraintes fait qu'un certain nombre de patients abandonnent avec un risque important qu'ils retournent dans leur travers de consommation.

Or, les attentes et les objectifs des patients qui souhaitent commencer un traitement de substitution sont extrêmement variables. Ainsi la meilleure façon de procéder serait de faire du « sur mesure » en fonction de la personne mais en restant dans les limites du possible afin d'associer des qualités de soins aux exigences du médecin et du patient. Ainsi, un patient qui devient inerte pourra être compris pas certains mais considéré comme un refus de soin par les autres. Il faut alors déterminer sa priorité en considérant soit les histoires individuelles ou privilégier les indicateurs de santé publique. Ainsi, ce choix se réfère à la notion d'interventionnisme dans le soin : l'abstention peut être le respect d'une continuité avec une temporalité plus longue ou être considéré comme de l'indifférence alors que l'exigence peut favoriser une réaction positive ou au contraire entraîner un rejet.

Le choix du moment où le médecin doit intervenir est une réflexion difficile intégrée dans toutes les pratiques médicales mais qui est d'autant plus délicate en addictologie (136).

Le questionnaire sur comment doit réagir le médecin face à un patient qui fait un mésusage de son traitement est complexe. De même, en fonction des médecins et de leur vécu concernant le suivi de patient sous substitution, les réactions seront différentes. Certains

opteront pour renforcer le cadre de prescription et menacer le patient de se retirer de sa prise en charge en cas de nouvelle faute de sa part ou au contraire de faire preuve de plus de souplesse sur ces exigences pour se contenter de résultats plus modestes en espérant une amélioration future. Ainsi derrière la fonction de médecin de nombreuses figures se cachent allant du gendarme/juge au père/mère en passant par la sauveur/magicien et pour certains un dealer voire un escroc.

La manière dont le médecin va soigner ses patients sous substitution l'entraîne au-delà de son rôle social et sans cesse le remettre en question. Il sera tiraillé entre ses convictions, ses réflexions par rapport à sa représentation de la douleur et du plaisir, de la loi et de la transgression face à son désir de thérapeute. Ainsi plus qu'une autre prescription, celle de la substitution dévoile les visées éthiques et les codes moraux du médecin.

Lorsque la décision est prise de suivre le patient, se pourrait-il que le médecin se considère comme un faiseur de miracles, un bienfaiteur de l'humanité, être à l'écoute et en harmonie avec les demandes du patient ou au contraire mettre un terme au plus vite à l'entretien et de passer ainsi à côté des plaintes importantes du patient.

Supportera-t-il de ne pas pouvoir répondre à toutes les plaintes du patient ? Et sera-t-il capable de s'investir dans la durée et dans son engagement ?

Ainsi dans l'exemple du mésusage, on peut se demander si ce comportement est seulement la faute du patient.

Dans la plupart des cas, le renouvellement des ordonnances de substitution pour 28 jours se fait à la va vite et ne peut être considéré comme une bonne pratique. Le médecin doit alors analyser la situation et peut remettre en cause sa pratique si la prise en charge devient problématique.

Malgré l'efficacité indéniable de la méthadone ou de la buprénorphine, ils arrivent que l'objectif souhaité ne soit pas atteint car celui-ci ne dépend pas seulement du traitement et implique d'autres critères qui sont aussi primordiales pour le prescripteur que le patient. En plus de leur efficacité pharmacologique qui n'est plus à démontrer, les traitements substitutifs comportent un effet placebo non négligeable qui vient en réponse à un soin que désire le patient, à son engagement et non pas seulement à soulager physiologiquement leur manque. Dès lors, lorsque ce désir est défaillant ou en perte de vitesse, est ce que le soignant aura la motivation, la patience et l'engagement pour répondre à ces obstacles qui parsèment le chemin sinueux du suivie ?

4. Un remède « miracle »

Pour beaucoup, les médicaments sont des remèdes miracles qui soigneront leurs maux aussi bien sur le plan somatique que psychologique. De ce fait, les médicaments sont souvent idéalisés et les traitements de substitution ont également cette image.

Nous savons qu'au fur et à mesure du suivi, le traitement de substitution va changer progressivement de statut passant d'un médicament vital à un médicament obsolète qui n'est plus utile de prendre ? Pour atteindre cette finalité, ce long cheminement verra le passage de plusieurs étapes à dépasser.

En début de traitement, le patient est persuadé que le traitement substitutif produira les mêmes effets que le produit qu'il consommait mais dès lors qu'il se rendra compte que cette substitution n'en est pas vraiment une et qu'au contraire son utilité première est de l'en détourner, il aura franchi un premier cap dans son parcours et un pas de plus vers la « guérison ». C'est à ce moment précis de la prise de la charge, que les parcours des patients bifurquent alors que certains poursuivront une consommation annexe jugeant que le traitement ne suffit pas à modifier leur style de vie, d'autres s'en contenteront et poursuivront les soins. Le médecin pensera t'il alors que ces patients qui n'ont pas réussi à franchir ce pas ne sont pas prêts ? que le moment n'était pas encore venu ? Ou être plus optimiste et considérer cette tentative comme motivante pour la suite.

Pour ceux qui poursuivent les soins, l'étape suivante qui se profile à l'horizon consiste à considérer ce médicament devenu vital au début comme un médicament banal. Étape difficile, car on ne peut se défaire si facilement de cette prothèse chimique sans dommage ni sans conséquence. A un moment donné, le patient peut se demander si ce traitement est encore nécessaire et essaye donc de le diminuer de son propre chef en expérimentant les effets en lien avec ce sevrage à leur dépend. Chemine alors une réflexion sur leur dépendance et se demande en quoi leur rapport avec leur traitement substitutif est différent de celui qu'il avait avec leur ancienne addiction et combien de temps cela durera ? (137).

Les patients qui ont bénéficié des traitements de substitution sur une longue période ont pu réorienter leur existence dans la direction qu'ils ont choisie. Par la suite, ils ont pu entamer une démarche de diminution progressive de dose dans une perspective de sevrage et cela, palier par palier à leur rythme.

Ce changement de point de vue vis-à-vis du traitement de substitution passant d'un médicament qualifié de vital à un souhait de s'en débarrasser suppose également un déplacement des représentations médicales. En effet, en début de traitement, le médecin est dans une position de pouvoir absolue pour le patient car c'est « lui » qui va lui délivrer la substance essentielle à son existence. Malgré eux, la dépendance aux opioïdes établit alors un lien de servitude réciproque entre le médecin et le patient.

Alors que le patient était dépendant de son dealer pour fournir sa drogue, il est alors dépendant de son médecin pour lui prescrire son traitement qui contrairement au précédent n'exige aucune contrepartie financière. En outre, le patient doit payer, de sa personne en se pliant aux conditions et attentes des soignants pour continuer à recevoir son traitement. Dans cette optique, il est raisonnable de se demander si dans le cas de patients considérés en situation d'échec, ils refusent à se plier à ces règles et ainsi se rebellent contre cet assujettissement par des comportements qui ne sont pas en adéquation avec le contrat établi

au départ. Ces rapports fragiles supposent d'être averti de cette tâche hors norme pour se donner les moyens de ne pas s'y croire.

Au fur et à mesure des cas rencontrés, le médecin construit son expérience mais déconstruit son savoir. Chaque patient est différent avec son histoire, sa personnalité, son ressenti ce qui fait que chaque prise en charge est différente. La même molécule n'a pas les mêmes effets pour chaque patient et donc s'observe des réponses différentes selon le contexte, les rencontres, les motivations qui sont toujours imprévisibles. La prise en charge par les traitements substitutifs nous enseigne donc sur l'ensemble de la médecine.

5. Soigne-t-on le patient pour lui ou pour la paix de la société ? Ramener le patient à la « norme » ?

Se pose alors la question de la finalité de l'acte du médecin qui est d'autant plus importante que dans d'autres domaines.

Poussé en général par sa bienveillance, le médecin introduit un traitement pour son patient en se basant avec plus ou moins d'assurance sur un type d'idéal qui oriente ses soins. Il se préoccupe également de laisser un maximum d'autonomie à son patient tout en se demandant s'il réunit les exigences de son exercice et si le patient a toute la lucidité pour faire ses choix et juger la situation qui peut être altérée par son rapport aux produits addictifs.

Il pèse sur le médecin l'attente de son patient mais également l'attente d'une société qu'il ne peut ignorer dans un contexte sociétal qui l'engage à participer de principe aux actions de santé publique ancrées dans un système biopolitique et sécuritaire (138). Le médecin se retrouve alors à la croisée éthique de lignes directrices variées mais toutes traversées par la question de la normalisation (139). Dans ce contexte, le monde du médecin est double. D'une part, il est celui de la norme en rapport avec le diagnostic, les règles de soins, du rôle social et de l'autre part celui du patient. La société nous impose des normes qui dans le cas de la dépendance aux opioïdes pointent du doigt les comportements déviants de ces individus et des conséquences judiciaires, sécuritaires qui en découlent. La médecine, elle, définit des valeurs qui représentent les normes et quand celles-ci sont hors normes, elles deviennent pathologiques et donc sujet à être traitées afin de retrouver son état normal. Les addictions sont définies par un comportement incontrôlé et dommageable avec une incapacité à réguler ses émotions sans recourir à une action externe et la dépendance par une utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une souffrance. De ce fait, il est porté un jugement normatif et moralisateur sur les priorités de ces individus. Une personne dépendant d'une substance n'a pas les mêmes priorités qu'un individu lambda sans problème d'addiction. Tout à chacun voit ses préoccupations se tourner vers son travail, sa famille et sa santé. Or, le patient dépendant aux opioïdes se voue entièrement à un plaisir destructeur qui s'oppose au citoyen idéal, productif et rationnel (140). Ainsi cela suppose qu'il existe un usage adapté des plaisirs et un usage correct des objets (médicament, jeu, nourriture...) qui est socialement accepté.

Alors dans quelle mesure un traitement substitutif participe-t-il à normaliser les conduites ?

De principe, la médecine est normalisante car elle cherche à mettre tout en œuvre pour passer tout état pathologique qui est une déviation de la norme à la guérison et donc à l'état normal d'un organe, d'un individu.

Mais n'existe-t-il pas des limites à vouloir rechercher ces normes en addictologie ?

En règle générale, la médecine est orientée par la demande du patient en lien avec ses symptômes, sa douleur, son malaise (141) dont le but est de le « remettre sur pied » pour qu'il retrouve son efficacité au travail afin de contribuer au rendement d'une société dictée par des contraintes socio-économiques. Ainsi, le médecin est constamment à la recherche pour son patient d'un idéal de santé, d'un bien être global.

De manière plus générale, on peut estimer que les médecins jouent un rôle régulateur dans la société dont le pathologique n'est plus simplement une altération physiologique de l'individu mais qu'il devient déviant dans le corps social (142). Cet idéal de santé dirige autant les médecins que les patients qui veulent leur normalisation par la médecine. Ainsi, la méthadone et la buprénorphine pourraient contenter à la fois l'État qui a validé ces traitements (afin de normaliser les individus au comportement troublé et perturbateur pour l'ordre public) et les patients qui aspirent à une certaine normalité.

Cette normalité que recherchent tant ces individus va au-delà d'objectifs d'emploi, de réinsertion sociale, ils recherchent avant tout le bonheur. Or il serait arrogant de dire que ces traitements qui, pourraient « normaliser leur comportement » sont la clé du bonheur.

Les attentes du patient doivent être traitées comme un symptôme, une demande et non comme un besoin que le médecin satisferait avec une prescription. Finalement, sont-ils vraiment malades ? De quoi doit-on les guérir ? Des complications somatiques liées à l'usage de drogues, d'un comportement troublé que la substitution viendrait apaiser alors que leur addiction s'en est déjà chargé déjà avec certes des effets néfastes ?

La finalité est alors pratique et éthique. On considère alors que ces patients relèvent soit d'un registre pathologique (complications somatiques, isolement social) qui ne leur permettent pas temporairement de vivre une vie raisonnablement normale que procurent des comportements sains ou soit à la recherche d'un idéal de normalité comme fil conducteur du soin mais qui va l'encontre des caractéristiques de l'humain qui sont l'excès et le désordre obligeant de revoir ses objectifs.

Ainsi, le but de la prise en charge d'une personne dépendante est double en rapport avec la norme : du point de vue de la société, elle impose à l'individu de retrouver un comportement accepté par la majorité de la population mais pour le thérapeute, la norme est que le patient redevient lui-même, libéré de son asservissement au produit addictifs.

Plus généralement, les questions éthiques au sujet des traitements de substitution ont une portée générale pour la médecine aussi bien sur l'usage des normes que le rapport aux médicaments.

B. Éthique et sevrage

Dans le travail auprès des personnes souffrant de TLS, que ce soit au niveau individuel ou systémique, l'évaluation des décisions, des politiques et des pratiques doit tenir compte de l'éthique.

Pour un adulte souffrant de TLS peut-il prendre ses propres décisions ?

La réponse serait non, selon certains points de vue sur la dépendance, alors que selon d'autres, il faudrait d'abord prouver cette inaptitude avant de l'accepter. Pour prendre une décision éthique, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances et tenter de comprendre les retombées que pourraient avoir les mesures prises. Il est particulièrement important de faire preuve d'éthique dans sa réflexion, son analyse et sa prise de décisions dans les situations complexes où chacune des options envisagées pourrait améliorer certaines choses, mais en aggraver d'autres.

Dans le monde des soins de santé, l'éthique nous invite à faire preuve d'ouverture et à remettre en question nos méthodes de travail et nos idées reçues. Quand on parle du traitement des TLS, par exemple, la notion de « traitement efficace » a bien changé, auparavant les personnes bénéficiant de programme de suivi en lien avec des TLS devaient s'engager à une abstinence totale, alors que maintenant, on cherche plutôt à offrir une gamme élargie de services pour un suivi le plus personnel possible. Cette évolution témoigne de l'avancement des connaissances et de la multiplication des démarches factuelles. Elle montre aussi une évolution du cadre moral qui guide les opinions des spécialistes, décideurs et membres du public sur les personnes avec des TLS et la prévention et la prise en charge de ces troubles.

La complexité de l'approche de la dépendance aux opioïdes et du patient dépendant nous oblige à poser, en préalable, les bases fondamentales qui recouvrent diverses dimensions humaines : psychologique, sociale, médicale, économique, ...

Les recommandations sont donc liées à l'éthique et la déontologie médicales dont les valeurs sont partagées par l'ensemble de la société.

Rappelons que l'arrêt du traitement n'est pas un objectif en soi, que c'est une démarche longue, sur plusieurs années, et qu'il est préférable de procéder par étapes, de façon systématique, en s'adaptant bien entendu à chaque individu.

Dans un premier temps, il faut accompagner les patients vers une diminution de leur consommation de produits, pour gagner en confort de vie, stabilité sociale, physique et psychologique.

Le deuxième temps s'attachera à aider le patient à arrêter sa consommation de produits et à suivre correctement son traitement de substitution (stabilisation), vu précédemment.

Enfin, si le patient est demandeur, un troisième temps permettra d'envisager et de mettre en œuvre l'arrêt progressif du traitement de substitution, on parlera alors de sevrage.

Il s'agit donc de bien porter attention et de savoir écouter lorsqu'un patient « demande un beau jour, à arrêter son traitement de substitution ». Cette demande est à entendre et à explorer avec l'utilisateur de façon progressive. Un arrêt brutal est la majorité du temps synonyme d'échec.

Le sevrage dans toute sa complexité et prise en charge globale est avant tout « une modification positive » dans le parcours du patient dépendant aux opioïdes de :

- Sa consommation de drogues ;
- L'intensité de sa dépendance ;
- Son implication dans un processus global et durable de traitement ;
- Son insertion familiale et sociale ;
- Son état psychologique et son état de santé organique ».

1. Abandonner la substitution, l'objectif final d'une prise en charge réussie ?

a) De qui doit venir l'idée ?

Comme nous avons pu le voir, la probabilité de devenir dépendant à une substance fait intervenir plusieurs facteurs :

- La génétique de l'individu,
- L'âge de début de consommation (plus élevé à l'adolescence),
- Les facteurs environnementaux socio-économique,
- Le caractère addictogène de la substance.

Cette variabilité interindividuelle peut s'expliquer par les interactions gènes-environnement autrement dit l'épigénétique. En effet, des facteurs environnementaux peuvent servir d'inducteurs ou de révélateurs sur un terrain génétique favorable.

Il en est de même pour les techniques de substitution, qui se sont diversifiées à ce jour, elles sont un outil de régulation de l'addiction mais en rien un sevrage, elles permettent au patient d'entamer une approche des possibilités de sevrage.

La cure de sevrage a une utilité **directe** : diminution de la consommation d'opioïdes, voire une abstinence totale ; mais aussi **indirecte** : prise de conscience du patient de sa dépendance, désir d'intégrer le système de soin, améliorer sa qualité de vie, de suivi et ainsi ne pas s'exclure du système social.

Dans la « tapering phase », comme dans la méthode proposée par Lenné et al., c'est plutôt le médecin qui décide si son patient semble prêt à une décroissance, puis un sevrage ; le choix est alors ensuite proposé au patient de maintenir ou de diminuer progressivement sa dose de méthadone.

Les demandes initiales de sevrage sont multiples, il peut s'agir d'une demande de sevrage en urgence (douleurs dues au manque, complications somatiques, overdose...). Il est aussi fréquent que la demande vienne d'un tiers qui y pressent le patient. Et il est très important dans le domaine de la dépendance aux opioïdes de pouvoir travailler avec et/ou compter sur des alternatives thérapeutiques proches des patients, qu'il s'agisse des amis ou de la famille.

L'entourage a aussi un rôle à jouer ; il participe à la stratégie des soins. Pendant longtemps, les parents des usagers de drogues ont été présentés dans de nombreux écrits comme responsables de la dépendance aux opioïdes de leurs enfants. Ces parents avaient tendance à rejeter la responsabilité sur la société. De son côté, le patient dépendant aux opioïdes cherchait le plus souvent à écarter ses parents de sa toxicomanie comme de sa prise en charge.

Le travail avec les parents est relativement récent, les professionnels s'étant accordés à penser qu'il était extrêmement difficile pour un usager de drogues de se sortir seul des problèmes de dépendance aux opioïdes, même avec le meilleur réseau de prise en charge médico-psychosocial. La restitution des liens entre les uns et les autres est un gage de la réussite des soins. Ceci suppose **l'accord de l'usager**, ainsi que celui de ses parents d'être associés au traitement. C'est au praticien d'expliquer le suivi, le traitement, les partenaires, les modalités de leur implication avec le rôle du respect du secret professionnel dans la confiance du patient.

Si le but final du médecin reste toujours le même, libérer le patient de ses maux, il y a un consensus qui reconnaît que cette finalité ne pourra être obtenue qu'au bout d'un parcours souvent long, avec de nombreuses rechutes. C'est pourquoi il est important de saisir le moment de la première rencontre quand elle se présente, déjà pour répondre à une éventuelle demande de sevrage, ensuite pour essayer de nouer une relation thérapeutique. Le patient se présente à nous dans un moment privilégié. Il s'agit d'une opportunité à saisir et à pérenniser pour la suite de la prise en charge.

C'est pourquoi il est très important que le patient ait un accès libre et simple au soignant en direction duquel il décide d'effectuer cette démarche (supposant une disponibilité ainsi qu'une formation adéquate).

Il reste fondamental de savoir au nom de qui le patient se présente-t-il à nous ? Se présente-t-il en son nom propre ou bien sous la pression de son entourage, voire sous l'effet d'une injonction judiciaire ? Seule une demande négociée avec le patient en son nom propre devrait conduire à une proposition de sevrage.

A l'instar, quoi que le médecin suggère ou décide, l'indication de sevrage ne s'impose pas à l'usager (il n'y a pas dans le champ médical d'injonction de sevrage). Souvent, le médecin tend même à limiter la demande de son patient : il faut évaluer, donner du sens, repérer les enjeux réels, anticiper, intégrer les aspects psychiatriques et sociaux, tout autant que prescrire, quel que soit le produit.

b) Quels sont les attentes, la finalité d'une demande de sevrage ?

Il faut interroger le patient quant au but recherché au-delà de sa demande de sevrage, afin de pouvoir définir les modalités du sevrage.

Qu'entend-il par sevrage, s'il considère les TSO comme une drogue légale récréative, il est illusoire d'entamer un arrêt. S'il voit les TSO comme des médicaments palliatifs et se considère toujours comme dépendant des opioïdes, même motivé à arrêter, ses chances de succès sont faibles. Enfin, s'il voit les TSO comme des médicaments curatifs et voit donc sa pathologie comme guérissable, les probabilités de succès du sevrage sont plus élevées.

Le patient peut être en demande d'un sevrage partiel aux opiacés ayant pour unique but de réguler sa consommation sans aspirer à une abstinence durable ou plutôt d'un sevrage total aux opiacés. La façon de procéder ne sera pas la même. Tout comme pour le produit dont le patient souhaite se sevrer. Il faut être extrêmement attentif aux dangers des associations, particulièrement entre les benzodiazépines, l'alcool et les produits de substitution. Il est indispensable de savoir s'il existe chez ce patient une co-dépendance, chez lequel il faudra évaluer au préalable s'il vaut mieux réaliser un sevrage simultané de tous les produits ou plutôt un sevrage sélectif.

c) Quand ? Y a-t-il un bon moment ?

La question du « bon moment » où la décision d'entamer la phase de décroissance des doses de méthadone doit être prise en se basant sur plusieurs critères, après un temps variable patient dépendant, dix critères semblent définis dans la « tapering phase » :

- Arrêt de toutes les drogues pendant au moins une année
- Arrêt de toute consommation problématique d'alcool
- Avoir des conditions de vie stable
- Absence d'autres problèmes sévères de santé
- Avoir un emploi (ou une formation) ainsi que des ressources financières adéquates et stables
- Avoir un soutien de la famille et des amis
- Absence de toute activité illégale, comportements violents ou sexuels dangereux
- Stabilité psychiatrique
- Absence d'utilisation de drogue comme loisir
- Participation à des groupes de soutien ou équivalent

Lenné et al. ont quant à eux proposé 6 critères qui doivent être réunis avant de débiter un sevrage progressif de méthadone afin d'améliorer la compliance du patient.

- L'absence d'usage régulier d'héroïne
- L'absence d'usage régulier ou d'abus d'autres substances
- Le fonctionnement psychosocial satisfaisant (défini comme un score supérieur à 60 % sur l'échelle de fonctionnement global EGF qui inclut les domaines sanitaire, professionnel, familial...) (ANNEXE 6).

- L'absence de trouble somatique ou psychiatrique actuel qui contre-indiquerait ou compliquerait le sevrage de méthadone
- L'absence de grossesse ou d'allaitement actuel
- La durée de substitution par méthadone de plus de 6 mois.

Ces critères, plus ou moins précis, plus ou moins similaires dans ces deux techniques proposées avant une phase de décroissance, puis de sevrage sont une aide. Comme nous l'avons vu tout au long de notre recherche, le patient dépendant à son histoire, ses pathologies, ses contraintes personnelles, familiale, professionnelle, ..., et souvent plus compliquées qu'un patient lambda.

Il n'y a pas de consensus quant à un éventuel indicateur du moment le plus favorable à la mise en œuvre d'un sevrage, ce qui est en parti dû à l'hétérogénéité des situations et des facteurs, liés à l'introduction des traitements de substitution. Le patient dépendant aux opioïdes ne parviendra pas à s'en séparer définitivement qu'au terme d'un long cheminement qui suppose la capacité de déplacement de sa dépendance sur d'autres choses : traitement de substitution, relation ou bien encore institution.

Il reste important de préciser que le risque de rechute ne constitue pas en lui-même une contre-indication au sevrage, car le risque zéro n'existe pas, surtout dans le sevrage et avec cette population spécifique de patient dit « à risque ».

2. Le sevrage, pour qui ? Le médecin ou le patient ?

Le succès de la phase de décroissance des doses de TSO est plus ou moins stricte selon les définitions (143). Selon Eklund et al., le succès se définit par une stricte abstinence de tout type de drogue et d'alcool. C'est également le cas de Déglon (responsable d'un programme suisse de substitution) qui souligne dans ses recherches que l'apparition d'une dépendance à l'alcool est un risque à l'arrêt de la substitution par TSO. Pour plusieurs autres auteurs, le succès du sevrage se définit par le non-retour au programme de traitement par méthadone et l'absence de dépendance à une autre drogue après la décroissance, ce qui autorise l'usage de drogue sans dépendance.

La durée d'abstinence est variable dans les définitions du succès des arrêts de méthadone. Byrne déterminait le succès de l'arrêt de la méthadone sur l'absence de consommation d'opioïdes pendant les trois mois consécutifs au sevrage. D'autres auteurs, tels Eklund et al. exigeaient pour parler de succès de l'arrêt de la méthadone une année entière d'abstinence. En pratique, il faut avoir l'accord et la motivation du patient.

Quel que soit le mode de sevrage choisi, le médecin ne peut le concevoir comme une rupture totale avec la dépendance. Cependant, la nature de la demande du patient impose la négociation de ce projet de soin au cas par cas.

C'est une sorte de négociation qui va préciser les conditions dans lesquelles devra se dérouler le sevrage et aboutir à un engagement réciproque entre le médecin et son patient.

Que ce soit en milieu hospitalier, ou dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, il est important que l'ensemble des intervenants connaissent les termes du contrat (il n'est pas indispensable que le contrat soit écrit). Les modalités pratiques du contrat sont variables en fonction du cadre du sevrage. Il peut à tout moment prendre fin si le patient ne respecte pas les termes ; la prise en charge se voit à ce moment-là modifiée, sans pour autant être suspendue. Prétendre faire l'économie de la rupture serait faire l'économie du sevrage et donc accepter la dépendance au produit et à la relation.

L'un des points importants, et parfois difficile à négocier dans le projet de soin, est le suivi d'une psychothérapie. Beaucoup d'auteurs en rappellent l'importance sans que cela soit réellement documenté dans la littérature. Il existe un consensus qui reconnaît que le succès du projet de soins est lié à l'instauration d'une relation psycho-affective forte et stable. On ne peut qu'en conclure la prééminence de la prise en charge psychique pour la réussite du projet. La mise en place préalable d'un cadre psychothérapique ne peut qu'augmenter les chances de réussite. Cela impose donc la séparation du rôle de consultant et de psychothérapeute, notamment s'ils sont organisés en réseau. La confusion des rôles au sein d'un collectif soignant évoque la dépendance, la séparation des fonctions évoque la séparation autonomisante du sevrage.

L'état se réfère-t-il à un idéal qu'est l'abstinence ? Selon « L'état et la toxicomanie » (144), l'ambivalence entre le curatif et l'idéal de l'abstinence persiste, également au sein des pays européens. Le sevrage est un synonyme d'arrêt de la substance mais pas la solution à un retour à l'état initial, pré-addict du patient. Le sevrage est donc perçu comme état de guérison pour la société mais pas à l'échelle de l'individu.

Cette réflexion aboutie à d'autres champs de réflexion tels que :

Le sevrage réussi du patient est-il synonyme de bonheur pour l'ancien dépendant aux opioïdes qu'il est, se sent-il guéri au sens large du terme ?

Le sevrage signifie-t-il l'oubli de son ancienne situation de personne addict ? Certaines conséquences irréversibles de leur dépendance ne pourront se résoudre pour certains : VIH, perte emploi, divorce ...

Comment est-il vu dans la société après le sevrage ?

3. L'éthique face aux demandes et à la société

La question de la dépendance est un sujet sensible, encore plus quand on parle de dépendance aux opioïdes, qui préoccupe l'opinion publique, les médias, les institutions, les élus, les professionnels et les bénévoles de l'action sanitaire et sociale.

Les représentations liées au mot « drogues » et l'image sociale globale liée à la dénomination du « toxicomane » empêchent tout discours relatif à une telle préoccupation. Le sujet soulève des craintes, des tabous et des angoisses ; il y a diabolisation et stigmatisation au sein de toute

la société. Comme dans bien d'autres domaines de notre société moderne, toute position consensuelle est tellement édulcorée, qu'elle soulève généralités et banalités, afin d'éviter de heurter sensibilités et susceptibilités.

Pendant ce temps de ce non-consensus, des gens de toutes conditions souffrent. Et la situation en matière de « Dépendance » est toujours présentée comme gravissime et alarmante... Il y a urgence à dépassionner le débat ; il est de notre responsabilité collective de mettre en œuvre rapidement des idées concrètes et opérationnelles.

Pas de réponse simple pour une question complexe : si la majorité des français ne sont pas dépendants d'un produit psychoactif, rares sont ceux qui en sont totalement abstinentes.

En France des millions de personnes ont une vie indissociable de l'usage et la consommation régulière de substances, qu'elles sont amenées, du fait de leur dépendance, à se procurer quel qu'en soit le prix. Ils ne sont qu'une petite partie à dépendre des opioïdes, mais comme nous avons pu le voir précédemment, une dépendance est amenée à en engendrer une autre, comme le cannabis, l'alcool, le tabac, les somnifères.... Au regard du concept unique de dépendance, l'ensemble des substances psychoactives, licites ou illicites, peuvent être classées comme des drogues. Dans le langage courant et des médias, elles ne sont pas classées de la même façon.... Peu de questions de santé publique sont à ce point au cœur des problèmes de société.

Il n'est plus possible de maintenir les vieilles oppositions de la spécificité française entre drogues licites ou pas, produits « durs » ou pas, ainsi que de poursuivre l'amalgame entre personne dépendante aux opioïdes et délinquant. Pour l'alcool, les psychotropes, le tabac ou l'héroïne, la frontière entre « tolérer », « autoriser » et « illicite » apparaît de nos jours factices, en référence à des modes de pensées dépassées par des nouveaux concepts, centrés sur l'approche humanitaire de la personne en difficulté avec un produit (145).

Réussir le sevrage peut être source de conflit avec son médecin avant de pouvoir y arriver. L'éthique médicale peut donc conduire à assumer une position conflictuelle. D'un point de vue thérapeutique cette position de conflit est très intéressante parce qu'elle permet d'amorcer tout un travail sur des problèmes de personnalité. Face aux nombreuses revendications des patients qui viennent s'ajouter tout au long du suivi ; comme obtenir des doses plus ou moins importantes, avancer ses prochaines doses, venir moins souvent, ..., amène à être obligé en tant que médecin, et donc de « soignant » de dire non, mais les patients vont devoir comprendre que ce refus, qui leur est opposé, est dans le seul but de les soigner. Or, la personnalité que le patient dépendant s'est créée, à force de stigmatisations, rejets... Pour eux, leur dire non, c'est les rejeter de nouveau. Mais si le médecin se montre trop raide dans leur fonctionnement, il va partir et cela se soldera par un échec de la relation. Inversement, une cure ne peut pas être menée sans respecter les conditions nécessaires pour soigner. D'où un débat permanent, sous-tendu par la compréhension au cas par cas de chaque patient et de ce qu'i

Il est en mesure d'accepter... ou pas (97).

4. Le sevrage est-il tenable, la prise de risque, rechute, overdose !

Face à l'arrêt des TSO un des facteurs pronostic des plus importants dans le succès de leur arrêt semble être la motivation et les capacités d'auto-analyse du patient. Ce concept est difficile à mesurer et difficiles à susciter.

Certains patients se tournent vers d'autres addictions, celle qui est la plus souvent relevée est l'alcool. Ou encore rechuter avec une prise excessive de substance pouvant amener à l'overdose voire la mort.

D'autres peuvent décompenser ou majorer un syndrome dépressif sous-jacent et conduire à des idées ou actes suicidaires. La rechute dépend également en grande partie de l'entourage et des fréquentations du patient, qui amène directement à la question « est-ce que ce dernier aura des occasions répétitives de consommer ? » (143).

Il reste important de préciser que le risque de rechute ne constitue pas en lui-même une contre-indication au sevrage, car le risque zéro n'existe pas, surtout dans le sevrage et avec cette population spécifique de patient dit « à risque ». La majorité des auteurs s'accordent au contraire à dire que la rechute constitue en elle-même un moment particulièrement important dans la trajectoire de soins.

Cependant, il ne faut pas oublier que de très nombreux décès par overdose surviennent lors de rechute après sevrage, de sorte que celui-ci ne peut jamais être présenté comme anodin et isolé. Il doit être soigneusement tenu compte de la stabilité du patient sur les plans psychopathologique, social et judiciaire avant d'envisager ce sevrage.

Le terme rechute sera considéré dans son acception utilisée en médecine, de "récidive pour désigner la nouvelle apparition d'une affection se manifestant chez un sujet guéri depuis plus ou moins longtemps" (Dictionnaire Larousse). Rapportée à la dépendance, la rechute implique une reprise de la consommation de toxiques de quelque nature qu'elle soit sans tenir compte ni de la quantité ni de la fréquence d'utilisation du produit.

L'accompagnement suivant le sevrage apparaît d'autant plus efficace qu'il a été préalablement préparé, un projet de suivi soutenu durant le sevrage envisage la possibilité de rechutes, plaçant ainsi le patient dans une trajectoire cohérente, en l'y préparant psychologiquement. La majorité des rechutes ont lieu dans les six mois. Il est établi selon la plupart des auteurs que le risque de rechutes est maximum dans les douze premiers mois qui suivent le début d'une rémission. Parmi ceux qui restent abstinents pendant au moins deux années, près de 90 % resteront abstinents au-delà de dix ans. Ce taux de rechutes issu de la littérature ne doit pas conduire à l'abdication du médecin. La rechute fait partie du processus de sevrage. Elle est souvent une réponse que trouve le patient pour faire face à ses difficultés.

Les médecins doivent tenter d'utiliser les rechutes comme un travail de prévention qui n'a pu être évité, comme des moments de maturation du patient.

Ainsi, le médecin peut travailler en fonction de ces étapes prévisibles :

- En apprenant aux patients à éviter les surdoses accidentelles, liées à la diminution de la tolérance après un sevrage ;
- En diminuant la culpabilité et la dramatisation de ces rechutes et de ces dérapages ;
- En aidant le sujet à garder les contacts avec son soignant référent.

L'entourage familial se sent lui aussi démuni et blessé par ces rechutes vécues comme des échecs. Le médecin peut aussi être présent, afin d'écouter leur souffrance, de les soutenir et de les informer de leur forte prévalence chez les personnes dépendantes. C'est aussi le moment d'expliquer à la famille que le but du traitement n'est pas l'abstinence immédiate, mais une plus grande souplesse du fonctionnement du sujet, un accroissement de sa possibilité de faire des choix.

Il est important en cas de rechute, de pouvoir, et donc savoir la gérer. Il peut être difficile de réduire ou de cesser sa consommation de drogues, certains patients qui y parviennent recommencent à avoir des problèmes de consommation d'autres addictions. On peut alors se sentir vulnérable et faible et avoir l'impression qu'il est impossible de se remettre d'une dépendance aux opioïdes. Le médecin doit être en capacité d'expliquer ce revers temporaire subit, comment en tirer leçon, prendre note des compétences acquises pour s'en sortir et ne pas conclure à un échec.

En cas de rechute il est indispensable de déterminer les facteurs qui l'ont déclenchée et de trouver des moyens de composer avec les situations à risque.

Le rétablissement peut avoir l'apparence d'un parcours en dents de scie. Certains réussissent à suivre un chemin direct menant à l'abstinence totale, mais la plupart des gens commettent des erreurs (rechute) en cours de route. Chaque accident de parcours donne l'occasion de faire le point sur ce qui a marché et sur les changements qu'il faut apporter qui sont individuels à chacun.

III. Aspects médico légaux du patient dépendant : point de vue juridique sur l'addiction

A. Notion de l'addiction dans le droit français

L'addiction est avant tout un terme médical. Il fait référence à la prévention des risques associés à certains comportements. La notion de l'addiction reste assez vague en droit français d'autant plus qu'il n'existe pas de définition des drogues ou de dépendance à proprement parler et que les deux concepts de lutte contre les addictions ou contre la dépendance aux opioïdes sont antagonistes.

Le droit français s'est davantage intéressé au trafic et à l'usage des produits stupéfiants. Le terme d'addiction apparaît pour la première fois dans le droit français avec le plan triennal 1999-2002 de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Ensuite, il fera son entrée dans le droit français via le décret n° 2003-160 du 26 février 2003 codifié à l'article D3411-1 du Code de la santé publique (146) lors de la création des centres spécialisés de soins aux patients dépendants aux opioïdes devenus par la suite les CSAPA (art. D3411-1 CSP). Ainsi, la législation se concentre plus sur le produit que sur le comportement qui devient un frein au développement de l'addiction en tant que concept juridique. D'autant plus, le deuxième décret mentionnant l'addiction se rapporte au tabac et non aux stupéfiants dans le décret n° 2005-293 du 22 mars 2005 portant publication de la convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (147). Par la suite, l'addiction sera mentionnée dans le décret 2006-665 du 7 juin 2006 (art. D132-5 CSP) (148) qui énumère les compétences du conseil départemental de prévention de la délinquance, d'aide aux victimes et de lutte contre la drogue, les dérives sectaires et les violences faites aux femmes avec la prévention des conduites addictives. Par la suite, de multiples dispositifs de prévention ont été créés, citons notamment la fondation pour la prévention des facteurs de risques pour la santé qui contribue à la lutte contre les addictions (art. L1171-1 CSP), d'une Commission éthique et valeurs du sport au sein du Conseil national du sport chargée de prévenir le dopage, de réguler les paris sportifs et de prévenir les addictions au jeu (art. R142-13 CSP) ou du Comité interministériel de lutte contre les drogues et les conduites addictives (art. D3411-11 CSP).

Principaux événements en matière de prise en charge des addictions au cours des deux dernières décennies :

- Mai 1987 : décret Barzach n° 87-328 autorisant la vente libre de seringues,
- Mars 1994 : circulaire DGS/DH n° 15 instituant les réseaux ville-hôpital toxicomanie, circulaire DGS n° 14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes,
- Automne 1994 : mise en vente des Stéribox®,
- Mars 1995 : circulaire DGS/SP3/95 n° 29 fixant les cadres réglementaires de prescription et de dispensation de la méthadone et de la BHD.
- Février 1996 : mise sur le marché du Subutex®,

- Juin 1998 : premier plan pluriannuel de lutte contre les drogues (1998-2001), élaboré par la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie),
- Début 2000 : délivrance hebdomadaire (et non plus mensuelle) des traitements de substitution aux opioïdes en pharmacie pour éviter détournements et accidents,
- Janvier 2002 : circulaire DGS/DHOS n° 2002/57 du 30 janvier 2002 permettant aux médecins des établissements de santé de prescrire de la méthadone en première phase de traitement,
- Juin 2004 : conférence de consensus sur les traitements de substitution,
- Mai 2007 : recommandations sur l'abus, les dépendances et les polyconsommations (stratégies de soins) par la Haute Autorité de santé,
- Septembre 2007 : AMM de la méthadone sous forme de gélules à destination des patients traités par substitution à la méthadone depuis au moins un an (100).
- Arrêté du 1 avril 2008 : Les TSO, doivent être prescrits sur ordonnance sécurisée.
- 2009 : création des ARS et loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST).
- La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 est la dernière loi ayant marqué fortement le secteur de l'addictologie.

B. La lutte contre les addictions dans la législation française

1. La réglementation de la prise en charge médicosociale

Au fil des années, la lutte contre les addictions a vu son cadre juridique se structurer au sein de la législation française. Elle a commencé par la loi du 31 décembre 1970 (149) qui considère le consommateur de stupéfiants comme malade et qui doit donc être désintoxiqué volontairement ou par la contrainte. Il s'est alors greffé à cette loi une politique de réduction des risques liés notamment aux maladies infectieuses fréquemment retrouvées dans ce type de population mais qui reste limitée par le fait que l'usage de stupéfiants illicites reste une infraction pénale. Ainsi, l'usager de drogue doit avoir recours à une prise en charge pour lutter contre son addiction qu'elle soit volontaire ou contrainte.

a) Le soin libre

S'il fait spontanément la démarche de se soigner, il revient à l'Agence régionale de Santé d'organiser la prise en charge (art. L3411-1 CSP). Ainsi, le traitement et les soins sont payés par l'État (art. L3411-2, al. 1 CSP) et la caisse d'assurance maladie prend en charge les frais médico-sociaux des CSAPA ainsi que l'hébergement dans un établissement de soins (art. L3411-2, al. 2 CSP). Le patient peut bénéficier durant sa prise en charge de l'anonymat (art. L3414-1 CSP) ainsi que d'une impunité pénale s'il prouve qu'il a volontairement accepté de suivre un traitement après qu'il a été constaté une consommation de produits illicites (art. L3423-1, al. 4 CSP). A la suite des soins, le médecin en charge du patient pourra lui remettre un certificat s'il en fait la demande.

b) Le soin sous contrainte : l'injonction thérapeutique

Dans d'autres cas, l'individu peut être obligé à se soigner par les autorités sanitaires ou par les autorités judiciaires dans le cadre d'une injonction thérapeutique.

En France, les autorités sanitaires ont la possibilité d'obliger un usager de drogue à suivre une cure de désintoxication lorsque celle-ci est avérée (art. L3412-1 CSP). Le médecin ou une assistante sociale peut faire un signalement auprès du directeur de l'ARS dont ils dépendent lequel demandera de réaliser un examen médico-social. Dans le cas où cet examen montrerait une consommation pathologique, le directeur pourra contraindre l'usager à se présenter à un établissement agréé pour débiter des soins (art. L3412-2 CSP).

Si une cure de désintoxication n'est pas nécessaire, le patient dépendant aux opioïdes restera néanmoins sous surveillance médicale jusqu'à ce qu'elle ne soit plus nécessaire (art. L3412-3 CSP). Dans ce contexte, le secret médical peut être rompu (art. L1110-4 CSP) et toutes poursuites pour violation du secret professionnel seront exclues (art. 226-13, al. 1 CP).

L'individu peut également être obligé à se soigner par les autorités judiciaires qui placent l'usager sous injonction thérapeutique. Réglementée par les lois du 5 mars 2007 et du 13 décembre 2011, la mesure d'injonction thérapeutique concerne les consommateurs de stupéfiants mais est également élargie aux personnes alcooliques.

L'injonction thérapeutique ne fait plus seulement référence à une cure de désintoxication mais de façon plus générale à une mesure de soins ou à une simple surveillance médicale. L'autorité sanitaire fait le choix entre un examen médical du patient ou une évaluation psycho sociologique par un professionnel de santé habilité afin de déterminer l'intérêt d'une prise en charge. Seuls les soignants qui possèdent une expérience ou une formation dans la prise en charge des addictions peuvent avoir cette habilitation (art. L3413-1, al. 2 CSP). Cette expertise médicale peut être complétée par une enquête familiale, professionnelle et sociale concernant l'individu mis en cause. L'injonction thérapeutique peut être demandée à tout moment de l'instruction par les autorités judiciaires (juges, procureurs). Elle peut également se substituer aux poursuites (art. 41-2, 17° du CPP) ou être imposée dans le cadre d'une mise à l'épreuve (art. 132-45 CP).

C'est ensuite au directeur général de l'ARS de faire procéder à l'évaluation de l'état de santé de l'individu. Si cette injonction ne semble justifiée par cette autorité sanitaire, elle en informe l'autorité judiciaire qui décidera des suites (rappel à la loi, amende, emprisonnement...). Le cas contraire, les professionnels de santé en charge du patient définissent les modalités et assurent le suivi et devront informer la justice de tout manquement ou interruption de l'individu (art. L3413-3 CSP).

Si le prévenu refuse ou interrompt son suivi, il encourt une peine en lien avec l'usage des stupéfiants assorti d'une nouvelle injonction thérapeutique (art. L3425-2 CSP). L'injonction thérapeutique a une durée maximale de 24 mois composée de périodes 6 mois renouvelables.

Si le patient suit son traitement jusqu'à son terme, il n'encourt aucune peine (art. L3423-1 CSP).

c) Autres modalités : les stages de sensibilisation aux dangers des drogues

Il existe encore d'autres alternatives. Elles prennent la forme d'un classement sous condition d'orientation sanitaire prévu par plusieurs circulaires depuis les années 1990 qui est décidé par le procureur de la république essentiellement à l'encontre des consommateurs d'opioïdes.

Autre possibilité, il peut également être imposé un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants (150). Ces stages ont pour finalité « de faire prendre conscience au condamné des conséquences dommageables pour la santé humaine et pour la société de l'usage de stupéfiants » (art. R131-46 CP). Ce stage est payé en partie par l'intéressé qui ne doit pas excéder le montant d'une contravention de 3ème classe (450 euros) alors que le montant moyen d'une amende pour usage de stupéfiants est d'environ 295 euros (151). Cependant, le condamné peut être amené à payer un stage dont le coût est supérieur aux amendes habituelles et être poursuivi malgré tout. Les évaluations de ce dispositif restent néanmoins décevantes. Celles-ci sont illustrées par un impact sur la consommation des stagiaires étant limité (152).

2. Accompagner les patients dépendants aux opioïdes pour réduire les risques liés aux usages de drogues

C'est durant les années 90, sous la pression des associations de lutte contre le SIDA et la société civile, que la réduction des risques liés aux usages de drogues s'est introduite dans le droit français via la loi du 13 août 2004 du code de santé publique (153) (loi n° 2004-809 créant les articles L.3121-3 et suivants CSP). Faisant partie d'un ensemble de loi qui avait pour but de moderniser notre système de santé, elle a pour objectif de « prévenir les dommages sanitaires, sociaux et psychologiques, la transmission des infections et la mortalité par surdose liée à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ».

C'est essentiellement à travers cette politique de réduction des risques que le concept d'addiction a pris de l'ampleur. Il s'agit d'un ensemble d'actions qui s'intéressent à la nature des usages problématiques. C'est ainsi que se sont créés les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages (CAARDUD) qui jouent un rôle dans les actions sanitaires et sociales en direction des consommateurs de stupéfiants (art. R3121-33-1 CSP). L'article D121-33 fixe les objectifs des CAARDUD et leurs champs d'action qui vont de la distribution de seringues, à l'information/prévention sur les risques jusqu'à la délivrance de traitement de substitution. Les usagers de drogues peuvent intervenir comme animateur dans ces structures en contrepartie de ne pas consommer de produits illicites durant leur activité.

Par la suite, il a été autorisé l'ouverture de salle de consommation à moindre risque à titre expérimental qui a vu sa diffusion s'élargir par la suite malgré la protestation des riverains qui voient arriver dans ces salles un grand nombre de patients dépendants aux opioïdes synonyme pour eux d'insécurité et qui est encore aujourd'hui en débat malgré leur efficacité à réduire les risques liés à l'usage des drogues.

C. La législation répressive de l'usage de stupéfiants

Cette législation répressive se base sur la loi du 31 décembre 1970 qui en est le texte fondateur. L'usage de stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende selon l'article L.3421-1 al.1 du Code de santé publique. Cette consommation doit être intentionnelle et ne peut être punie dans le cas d'une consommation par imprudence, si ces stupéfiants sont licites ou dans le cadre d'un traitement médical englobant les traitements substitutifs.

La circulaire du 12 octobre 2011 de la direction générale de la santé autorise une libre circulation dans l'espace Schengen, après avoir obtenu une autorisation de transport auprès de l'ARS, des stupéfiants à caractère médical sans que les usagers ne soient poursuivis pénalement (art. 75 de la convention d'application de l'accord de Schengen et décret n° 95-304 du 21 mars 1995). Rarement pris en flagrant délit, l'utilisateur peut être poursuivi pour son usage de drogues après avoir découvert ses produits ou à l'issue d'aveu ou d'une enquête de police.

L'utilisateur revendeur, quant à lui, peut être puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende selon l'article 222-39 du Code pénal. La détention de stupéfiants peut être également punie au titre de trafic et l'individu peut encourir jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 7.5 millions euros d'amende (art. 222-37 CP). La difficulté revient aux juges qui en fonction des circonstances doit déterminer s'il s'agit d'usage revente ou d'un usage simple.

Mais en France, il existe une hétérogénéité à l'encontre de la répression de l'usage de drogues qui a conduit à l'éclatement du terme d'utilisateur. Il existe alors des circonstances aggravantes à l'origine d'une répression plus sévère. Ainsi, une personne dépositaire de l'autorité publique à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou d'une personne chargée d'une mission de service publique pourra être punie de 5 ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende s'ils sont pris à consommer des stupéfiants.

La même peine pourra être prononcée concernant les personnes affectées sur « des fonctions mettant en cause la sécurité » dans les entreprises de transport. Cela concerne les personnes conduisant ou assurant la maintenance des dispositifs de sécurité de transports terrestres (art. R3421-1 CSP). Dans le domaine du transport ferroviaire, viennent s'ajouter les personnels en charge de la gestion du trafic et des circulations et des agents chargés de l'entretien et du fonctionnement des installations de sécurité des réseaux.

S'agissant du transport aérien, les personnels concernés sont les pilotes des aéronefs et les personnes en charge de la maintenance des moteurs, machines et instruments nécessaires à la navigation (art. R3421-2). Enfin pour les transports maritimes, tous les marins sont concernés ainsi que le personnel chargé de la lutte contre l'incendie, de la sûreté des navires et de l'évacuation du navire (art. R3421-3). En matière de sécurité routière, l'usage de stupéfiants est également considéré comme une infraction avec circonstance aggravante. La peine encourue en cas de contrôle positif est de 2 ans d'emprisonnement et 4500 euros d'amende et peut être portée à 3 ans et 9000 euros d'amende en cas de prise concomitante d'alcool. En cas de refus de procéder à un test de dépistage par les forces de l'ordre, le conducteur peut être également puni de 2 ans d'emprisonnement et de 4500 euros d'amende.

En 50 ans, l'infraction pénale pour usage de stupéfiants est devenue la norme alors qu'auparavant elle en était de principe une exception. Cette évolution de jugement est en réponse à un contentieux de masse qu'est devenue la consommation de drogues avec un nombre d'interpellation croissante au fil des années. Ainsi, la réponse pénale s'est sévéri­sée au détriment de la réponse sanitaire et le législateur a permis un large choix d'aménagements de procédure. Le procureur de la République, avant toutes poursuites, peut faire un simple rappel à la loi ou orienter le consommateur vers une structure sanitaire après avoir classé l'affaire (art. 41-1, 1° et 2° CPP). Il peut également proposer une transaction pénale (art. 41-1-1, 3°) ou recourir à la procédure de composition pénale lorsque l'usager reconnaît l'infraction (art. 41-2, 1°, 15° et 17°). Il peut enfin recourir à un jugement par ordonnance pénale (art. 495, II, 7° et 10°) en cas de poursuite et devra en informer l'usager par lettre recommandée, et ce dernier aura 45 jours pour faire opposition et passer en jugement. La conséquence de ces dispositifs est une réponse pénale plus systématique.

D. Législation concernant le médecin lors de la prise en charge en addictologie

1. Le cadre déontologique de la prescription

Comme nous l'avons vu tout au long de notre revue de la bibliographie, les addictions ont des dimensions médicale, psychologique, sociale et sociétale, mais tout ceci est encadré par différentes loi et codes.

Le rappel des articles et commentaires suivants vise à faciliter une première approche non exhaustive de la réflexion autour de certaines prescriptions. Ils ne sauraient prétendre remplacer la lecture attentive de la totalité des différents articles de loi et code de santé publique et/ou déontologie médicale.

a) La déontologie médicale

Article R.4127-5 du Code de la santé publique - Article 5 du Code de déontologie médicale – Indépendance professionnelle : « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. »

Article R.4127- 8 du Code de la santé publique - Article 8 du Code de déontologie médicale - Liberté de prescription : « Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »

Article R.4127-32 du Code de la santé publique - Article 32 du Code de déontologie médicale - Qualité des soins : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

Article R.4127-33 du Code de la santé publique - Article 33 code de déontologie médicale - Diagnostic : « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés ».

Article R.4127-34 du code de la santé publique - Article 34 du Code de déontologie médicale - Prescription : « Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. » A la fin de la consultation ou de la visite, le médecin va, dans le cas le plus fréquent, formuler ses prescriptions (conseils, explorations, traitement) par une ordonnance qui engage sa responsabilité. La délivrance doit être accompagnée par des explications claires et précises, nécessaires au patient et à son entourage, pour une bonne observance du traitement.

Article R.4127-35 du Code de la santé publique - Article 35 du Code de déontologie médicale - Information du patient « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ».

Article R.4127-36 du Code de la santé publique - Article 36 du Code de déontologie médicale - Consentement du patient : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ». Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.

Article R.4127- 40 du Code de la santé publique - Article 40 du Code de déontologie médicale - Risque injustifié « 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. »

Article R.4127-60 du Code de la santé publique - Article 60 du Code de déontologie médicale - Appel à un consultant ou spécialiste « Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage. Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice ». S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade. A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient.

Article R.4127-69 du Code de la santé publique - Article 69 du Code de déontologie médicale - Caractère personnel de l'exercice « L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes." Si le caractère personnel de l'exercice médical et la notion de responsabilité sont intimement liés ; l'un ne se conçoit pas sans l'autre.

Article R.4127-70 du Code de la santé publique - Article 70 du Code de déontologie médicale - Omnivalence du diplôme et limites « Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose."

b) Autres dispositions du Code de la santé publique

Conformément à l'article R. 5132-3 du code de la santé publique, l'ordonnance doit toujours indiquer lisiblement :

- Le nom, la qualité, la qualification ou le titre du prescripteur, son identifiant RPPS, son adresse professionnelle d'exercice, sa signature avec la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée.
- La dénomination du médicament ou du produit prescrit (s'il s'agit d'un princeps, générique ou sa DCI), avec sa posologie et son mode d'administration (s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée) : soit la durée du traitement, soit le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le fractionnement de la délivrance et le nombre de renouvellements possibles de la prescription.
- Les nom et prénom, le sexe et l'âge du patient (si nécessaire sa taille et son poids).
- Elle doit être datée du jour de sa rédaction et écrite de façon lisible.
- Elle ne peut excéder 28 jours et peut-être réduite à 14 jours selon les médicaments.
- Le fractionnement s'il est souhaité par le prescripteur doit être indiqué.

- Le chevauchement est possible par dérogation, de la nouvelle ordonnance avec la précédente en cours de validité, il doit être mentionné et daté.
- Le prescripteur doit apposer sa signature immédiatement sous la dernière ligne de la prescription afin d'éviter les ajouts et/ou les fraudes.

L'ordonnance sera exécutée dans sa totalité, lorsqu'elle est présentée au pharmacien dans les 3 jours suivant sa rédaction, s'il s'agit d'une prescription de méthadone et dans le délai de 3 mois.

Le prescripteur se doit de donner les explications nécessaires de la prescription et de tous les aspects depuis la délivrance jusqu'au suivi et à l'observance du cadre et des règles spécifiques aux médicaments de substitution opioïdes : précautions et risques, effets secondaires, contre-indications, modalités de suivi, etc...

La réévaluation, discussion et validation régulières des objectifs et d'un commun accord entre le patient, le médecin prescripteur des soins et de l'accompagnement et les différents professionnels est de mise tout au long de la prise en charge.

c) Spécificités

Le pharmacien ne peut refuser la délivrance, sauf si l'intérêt de la santé du patient l'exige. Il se doit alors d'informer le prescripteur de ce refus et en faire la mention sur l'ordonnance (art R. 4235-61 du Code de la santé publique).

Dans certaines situations des **procédures dérogatoires** sont possibles, sous réserve d'une discussion collégiale incluant des acteurs spécialisés (médecin-conseil de l'assurance-maladie). Cette disposition a pour but de répondre à toutes les particularités sans mettre l'usager, le prescripteur et/ou le pharmacien en difficulté sur le plan médical, et surtout juridique. Toutes les parties prenantes doivent être informées de la procédure engagée, et conclue.

Toute prescription hors de l'AMM impose des règles et obligations complémentaires (de non remboursement, et de protection médico-judiciaire et du médecin prescripteur ainsi que de son patient).

2. La responsabilité du prescripteur

Une prescription engage la responsabilité déontologique, civile et pénale du médecin, des précautions sont à prendre.

Selon l'article 8 du code de déontologie médicale, « dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. » Le médecin est libre de ses prescriptions, mais il est aussi responsable. C'est le « contrat de soins » entre un malade et son médecin.

a) La responsabilité déontologique

Il n'y a pas d'obligation de résultat mais une obligation de moyens. Les prescriptions doivent être formulées avec toute la clarté indispensable à leur compréhension (article R.4127-34 du code de la santé publique). Il faut rappeler qu'une prescription de complaisance est répréhensible, il est de votre responsabilité d'expliquer pourquoi ce médicament ou ce traitement s'applique ou non à son état de santé.

b) La responsabilité civile et pénale

C'est la responsabilité qui résulte des notions de dommage et réparation, et qui pourra amener le médecin à défendre ses prescriptions devant des tribunaux. Le dommage se doit d'être prouvé par le patient qui s'estime victime. Quant au médecin, il se doit d'apporter la preuve qu'il a bien informé le patient des risques de la prescription.

En créant l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, la loi du 4 mars 2002 a permis de trouver une solution à de nombreux litiges. La responsabilité civile des médecins (devant leurs prescriptions médicamenteuses est rarement recherchée devant les tribunaux). Quant à leur responsabilité pénale, les comparutions des médecins devant les juridictions sont rares (environ vingt par an). Le respect des règles déontologiques reste un rempart efficace contre la plupart des poursuites.

3. Limites à ne pas franchir

a) Complaisance

Les médecins traitants peuvent être sollicités par leurs patients dépendants aux opioïdes (comme tout autre patient) qui souhaitent obtenir des certificats, des rapports ou des attestations en vue de les utiliser dans le cadre professionnel (justifiant d'accident, maladie... pour eux même), ou à des fins personnelles (aide d'amis, membres de la famille... prêt, perte ou oubli de traitement).

Le médecin est parfois tenté de procéder à une interprétation de la situation de son patient. Il n'est pas rare de constater que les déclarations du médecin-traitant reprennent les dires exacts de leur patient, sans discernement, de sorte que leurs allégations sont considérées comme la réalité.

Comme nous l'avons vu précédemment, dans le cadre de ses prescriptions, le praticien doit respecter les dispositions du Code de la santé publique et du Code de déontologie (entre autres).

L'article 28 du code de déontologie médicale - Article R.4127-28 du code de la santé publique - nous dit que « La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ».

Le Code de déontologie comprend de nombreuses dispositions sur les obligations incombant au médecin-prescripteur. Dans son commentaire, le **Conseil National de l'Ordre** insiste sur plusieurs points :

« Le médecin ne doit certifier que ce qu'il a lui-même constaté (...). ».

Le médecin ne doit donc pas se départir de son impartialité et doit refuser de s'ériger en juge de la situation. Tout manquement est sévèrement puni par la loi :

Articles 441-7 du code pénal : "Indépendamment des cas prévus au présent chapitre, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende, le fait :
1°) d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;
2°) de falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ;
3°) de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000€ d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui."

Article 441-8 du code pénal : "Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende, le fait par une personne agissant dans l'exercice de sa profession, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, promesses, dons, présents ou avantages quelconques, pour établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts.

Est puni des mêmes peines le fait de céder aux sollicitations prévues à l'alinéa précédent ou d'user de voies de fait ou de menaces ou de proposer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents ou des avantages quelconques pour obtenir d'une personne agissant dans l'exercice de sa profession qu'elle établisse une attestation ou un certificat faisant état de faits inexacts.

La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 € d'amende lorsque la personne visée aux deux premiers alinéas, exerce une profession médicale ou de santé et que l'attestation faisant état de faits inexacts dissimule ou certifie faussement l'existence d'une maladie, d'une infirmité ou d'un état de grossesse, ou fournit des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou d'une infirmité ou sur la cause d'un décès."

b) Abus de prescription

Il faut rappeler, que comme nous l'avons vu précédemment, un nombre non négligeable de cas de dépendance aux opioïdes ont un point de départ médical, et sont dus à l'administration de doses croissantes de psychotropes et/ou stupéfiants le plus souvent délivrés sous prétexte de toux, douleurs, obésités ou fatigues réputées rebelles.

Tout médecin se doit d'être conscient de la responsabilité qu'il assume en recourant à la prescription de ces stimulants, anorexigènes, antidouleurs, somnifères et autres substances qui peuvent engendrer une dépendance et qui comporte un danger réel pour l'autonomie et la santé du patient.

L'arrêté royal du 31 décembre 1930 - énonçait que « tout praticien qui aura sans nécessiter, prescrit, administré ou procuré des stupéfiants de façon à créer, entretenir ou aggraver une dépendance aux opioïdes, sera passible des peines comminées par la Loi du 24 février 1921, sans préjudice de l'application des articles 402 et suivants du Code Pénal ».

La Loi du 9 juillet 1975 - énonce que « seront punis des peines prévues à l'article 2 bis et selon les distinctions qui y sont faites, les praticiens de l'art de guérir, de l'art vétérinaire ou d'une profession paramédicale qui auront abusivement prescrit, administré ou délivré des médicaments contenant des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes de nature à créer, entretenir ou aggraver une dépendance ».

Le critère d'appréciation de caractère délictueux d'une prescription de médicaments a donc été modifié, ce n'est plus l'absence de nécessité mais l'abus, apprécié dans chaque cas d'espèce en fonction de l'exercice normal de la liberté thérapeutique. La notion d'abus ne fait l'objet d'aucune définition précise et reste à l'appréciation des Autorités Judiciaires et de l'Ordre des médecins.

c) Falsification de la part de patients

La falsification des ordonnances fait l'objet d'une surveillance en France par le CIEP de Toulouse grâce à l'outil OSIAP (77). Il est alimenté par les réseaux sentinelles des pharmaciens d'officine.

La prescription des médicaments ou produits classés comme stupéfiants est obligatoirement rédigée sur une ordonnance sécurisée répondant à des spécifications techniques particulières afin de limiter les falsifications et les contrefaçons (article R5132-5 du CSP).

Malgré ces mesures, il n'est pas rare au cours d'une carrière de se voir appeler par une pharmacie qui pourrait avoir des doutes sur l'authenticité d'une ordonnance ; voir même de se faire dérober un ordonnancier.

DISCUSSION

La prise en charge des patients dépendants aux opioïdes est un enjeu de santé public majeur. Le seul fait qu'aux États-Unis, les décès liés aux opioïdes est bien supérieur aux décès liés aux armes à feu en est un exemple indiscutable.

Ancrée dans une démarche de politique de santé publique, la prise en charge de ce type de patient met le médecin généraliste au cœur de l'action. Notre système de santé actuel s'oriente autour de politique de santé qui définit la plupart des missions prioritaires des médecins généralistes. Véritable acteur central de la santé de nos concitoyens, le médecin généraliste coordonne la prise en charge de diverses affections (aigues ou chroniques) et il est le seul médecin au contact d'une large frange de la population qui le place indubitablement en première ligne notamment pour le suivi de patient dépendant.

Les effets neurobiologiques des différentes drogues sur le cerveau sont connus depuis des décennies. Les effets physiopathologiques de ces substances ont en commun de modifier la voie dopaminergique intégrée dans le circuit de la récompense, et cela via plusieurs modalités d'action à l'origine de la création de la dépendance, couplé à des processus mnésiques qui renforcent ce comportement.

Les conséquences médicales, psychologiques et sociales sont importantes et ont tendance à enfermer les patients dépendants aux substances dans un cercle infernale qui demande beaucoup de motivation, d'engagement afin de s'y extraire.

Ces sujets ont souvent été abordés et décrits dans la littérature. Mais qu'en est-il du point de vue de l'éthique ? Quels sont les problématiques éthiques soulevées chez le médecin et chez le patient dans le cadre d'un suivi pour une dépendance ? Ce travail nous a permis de nous y intéresser et d'apporter quelques éléments de réponse.

L'éthique est un fondement de notre profession. Mais comme nous l'avons vu le concept d'éthique est polysémique au sens où il existe différentes manières de considérer le rôle de l'éthique et qui peuvent parfois eux même s'opposer. L'éthique peut être à visée normative ou descriptive, conduite du point de vue de l'individu ou du point de vue de la collectivité, dans une perspective générale ou dans des domaines précis. L'HAS précise même « qu'il n'est pas possible, ni de définir ce qu'est l'éthique en général, ni de préciser quels en sont les contours par rapport à ce qui relève de la morale », ni non plus de rendre compte de l'histoire des théories éthiques. Pour autant, il est important de mettre en évidence le fait que différentes façons de concevoir l'éthique coexistent. Quand on parle d'éthique on se doit de faire référence aux concepts de morale, de droit, de déontologie ainsi qu'aux différentes notions de bonnes pratiques et de responsabilités professionnelles. Elle nous permet d'assurer les meilleures garanties de la qualité des soins et de la liberté du malade.

Nous avons également vu que différents concepts s'apparentent à l'éthique. Mentionnons le droit qui renvoie à des notions éclectiques comme la loi et la justice sociale qui en rapport avec l'éthique amène à un lien entre la loi établie et la valeur de justice ou d'équité, la déontologie qui se distingue de l'éthique par ses objectifs et sa forme qui est plutôt règlementaire, les bonnes pratiques qui se réfère aux attitudes consensuelles, efficaces et légitimes d'une profession et la responsabilité qui sont la forme de 3 niveaux (institutionnelle, professionnelle et personnelle) soutien le professionnel dans l'engagement d'une responsabilité morale et éthique qui porte naturellement à l'action et entraîne l'acceptation du risque.

Nous concernant directement, l'éthique médicale intègre à la fois la déontologie, la morale et la science. Elle nous permet de constituer la meilleure garantie de la qualité des soins et de la liberté du malade, l'exercice d'une « science avec conscience ». Se basant sur les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, elle nous indique les limites à ne pas franchir dans l'exercice de la médecine.

On ne peut mentionner l'éthique sans parler de la relation médecin-patient notamment dans la pathologie addictive. Cette relation est d'autant plus particulière que la motivation aux soins venant de la part du patient dépendant est différente car celle-ci peut être spontanée ou contrainte et qui dans ce dernier cas peut amener à des changements importants dans cette relation de confiance qui s'écartent du modèle classique de la relation médecin-patient dans laquelle c'est le patient qui fait sa demande au praticien et qui est le principal acteur de sa prise en charge. Ce mode de prise en charge a permis de faire évoluer cette relation passant d'une position médicale paternaliste inégalitaire (le médecin sait et décide) à une relation dans laquelle le patient devient plus autonome comme sujet libre et pensant, participant aux prises de décisions. Ainsi des concepts plus ou moins bénéfiques pour le patient sont observés dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant. On retrouve « le holding », où le médecin est un soutien pour le patient, qui peut le replacer dans un climat où se conjuguent acceptation de la dépendance et croyance dans le savoir. Les défenses du médecin qui peuvent être perçus comme des attitudes et ou comportements négatifs, et mettre en péril le bon déroulement d'une consultation et sa qualité thérapeutique.

Ainsi, dans le cadre de pathologies addictives, la connaissance de la clinique et des thérapeutiques est essentielle. La compétence du médecin permettra de poser le débat éthique qui oscillera entre exigence de qualité et de disponibilité en veillant à ne pas perdre ses repères et son identité de soignant.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux problématiques éthiques auxquels doivent faire face les médecins généralistes lors de la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes.

Depuis quelques dizaines d'années les médecins généralistes sont au cœur de la prise en charge des patients dépendants. La prescription de substitution aux opioïdes a été confiée aux médecins généralistes dans le cadre d'une politique de réduction des risques liés à l'usage de stupéfiants depuis le milieu des années 90 notamment pour endiguer l'épidémie de VIH. Le

fait de le confier au médecin traitant était de favoriser une diffusion rapide et étendue de cette thérapeutique du fait de sa proximité avec la population. Soumis au serment d'Hippocrate, les médecins ont pour devoir éthique de soigner toutes les personnes qui en auraient besoin. Or dans la réalité, nous nous sommes aperçus qu'une différence était faite concernant les patients dépendants. Différentes enquêtes sur la pratique des médecins généralistes ont révélé qu'il existait bien un tri lors de la prise en charge des patientes dépendants aux opioïdes. Cette sélection peut interpeller mais elle existe bien. Les médecins généralistes appréhendent souvent cette patientèle comme une menace potentielle sur leur omni praticité qui est un fondement de la médecine générale, de peur que leur activité ne se résume plus qu'à une délivrance de traitements substitutifs. Cette volonté de garder une activité diversifiée a conduit une majorité de généralistes à limiter le nombre de patient substitués. De plus, cette décision est confortée par le fait que beaucoup de médecins considèrent que ces patients exigent une charge de soins plus importante qui s'intègre plus difficilement dans une activité libérale. Autre argument, l'identité professionnelle des généralistes qui se définit à travers l'exercice libéral implique une dépendance au « client ». Cette dépendance exprime la crainte que les usagers de stupéfiants entraînent le départ des autres types de patients amplifiant la peur d'être enfermé dans un domaine et de ne plus exercer de la médecine générale. Certains même se réfèrent à l'éthique, ne voulant pas devenir un « dealer » et craignant des sanctions du Conseil de l'ordre des médecins si cette pratique leur était reprochée. Dans ce contexte de tri, les médecins utilisent un ensemble de règles sur lesquelles reposent leur pratique de sélection et que les patients sont tenus de suivre. Ainsi, ils définissent le rôle qu'ils souhaitent jouer par rapport à leurs patients et en établissent leurs propres limites. Cet ensemble de règles est regroupé sous les termes de « cadre » ou de « contrat » dont les caractéristiques varient en fonction du médecin. La définition des règles auxquelles doit se soumettre le patient ramène à la définition de la manière dont les médecins souhaitent prendre en charge leurs patients et inscrire la relation médecin-patient-médicament dans un cadre thérapeutique. Ainsi, cette opposition entre rigidité et souplesse propre à chaque médecin interpelle sur une autre opposition constitutive de la pratique des généralistes qui sont les dimensions techniques et relationnelles. De plus, nous avons également vu que le niveau de difficulté de prise en charge était un facteur déterminant dans l'acceptation de la prise en charge d'un patient dépendant appuyant sur une des difficultés intrinsèques de la médecine générale qui est une impossibilité de tout faire de façon approfondie.

S'ensuit l'acceptation de la prise en charge et le suivi du patient qui comportent plusieurs étapes de construction de la relation médecin-patient dépendant. Cela passera par une première évaluation de la fiabilité du patient qui décide de suivre en jugeant l'intention de ce dernier à déplacer sa fonction de soignant à celle d'un « dealer » tout cela dans un contexte de méfiance où au début de la relation le soupçon est toujours de mise obligeant le patient à prouver au médecin qu'il est honnête avec lui en montrant sa capacité à respecter les règles dictées par ce dernier.

Dans la suite de notre travail nous nous sommes intéressés du point de vue de l'éthique à la prise en charge du patient dépendant aux opioïdes sous 2 versants : la substitution et le sevrage.

Ainsi, la finalité des traitements substitutifs est de réduire la morbi-mortalité des patients liés à leur consommation de substances opioïdes. Ils favorisent aussi bien leur insertion dans le système de soins ciblant les complications en rapport avec leur comportement qu'à les aider à s'intégrer socialement et cela via un médicament dépourvu d'effets renforçateurs qui prévient le craving et qui sera possible d'arrêter menant à une vie sans dépendance. L'AMM des traitements substitutifs inclus à cette prise en charge pharmaceutique une prise en charge médico psychologique et sociale. Les objectifs sont multiples et s'intéressent à l'individu et à la société en général : abandonner le comportement addictif et à terme une réduction de la mortalité liée aux drogues, retrouver une meilleure qualité de vie en réintégrant la société et une réduction de la délinquance étroitement liée à ces pratiques addictives.

En lien avec leur AMM, ces traitements ont pour cible une population précise si bien que ces médicaments pourraient être proposés à des personnes qui n'en n'auraient pas fait la demande mais qui seraient indiqués dans leur dépendance aux opioïdes dès lors que le médecin en aurait fait le diagnostic. Se pose la question de la légitimité de prescrire ce traitement sans indication, car la demande de substitution ne vient pas toujours des patients, mais parfois de leur entourage (ou du médecin qui pose l'indication). Dans ce cas, un temps de réflexion s'avère nécessaire, voir indispensable, aussi bien pour le patient que pour le médecin, dans ce genre de situation afin d'optimiser les chances de réussite de la prise en charge.

Vient ensuite, le suivi du patient qui met en jeu indéniablement la personnalité du médecin en lien avec son seuil de tolérance vis-à-vis des règles qu'il aura établit avec son patient. Les objectifs et les personnes atteintes seront différents en fonction des niveaux d'exigence. En outre, les attentes et les objectifs des patients qui souhaitent commencer un traitement de substitution sont extrêmement variables. Malgré l'efficacité indéniable de la méthadone ou de la buprénorphine, il arrive que l'objectif souhaité ne soit pas atteint car celui-ci ne dépend pas seulement du traitement et implique d'autres critères qui sont aussi primordiaux pour le prescripteur que pour le patient. Par conséquent, la meilleure façon de procéder serait de faire du « sur mesure » en fonction de la personne mais en restant dans les limites du possible afin d'associer des qualités de soins aux exigences du médecin et du patient. La manière dont va procéder le médecin dans le suivi d'un patient sous substitution va l'entraîner au-delà de son rôle social et sans cesse le remettre en question. Il sera tiraillé entre ses convictions, ses réflexions par rapport à sa représentation de la douleur et du plaisir, de la loi et de la transgression face à son désir de thérapeute. Ainsi plus qu'une autre prescription, celle de la substitution dévoile les visées éthiques et les codes moraux du médecin.

Se pose aussi la question sur l'idéalisation des traitements substitutifs. Pour beaucoup, les médicaments sont des remèdes miracles qui soigneront leurs maux aussi bien sur le plan somatique que psychologique. De ce fait, les médicaments sont souvent idéalisés et les traitements de substitution ne dérogent pas à la règle surtout au début du suivi. Le traitement de substitution changera progressivement de statut passant d'un médicament vital à un médicament obsolète faisant évoluer la représentation médicale du patient au fil de son suivi et qui demandera un long cheminement du patient se questionnant sur son addiction et à son rapport avec le traitement. La prise en charge par les traitements substitutifs nous enseigne donc sur l'ensemble de la médecine qui voit le médecin construire son expérience mais déconstruire son savoir.

Enfin nous nous sommes intéressés à la finalité de la prise en charge de patients sous substitution. Conduit par sa bienveillance, le médecin prend en charge son patient en se basant sur un type d'idéal qui oriente ses soins. Il se soucie également de laisser un maximum d'autonomie à son patient mais est toujours tiraillé entre les exigences de son exercice et à ses doutes quant à la lucidité du patient à faire ses choix dans un contexte d'imprégnation pharmacologique du produit addictif. Pèse alors sur le médecin bien évidemment l'attente de son patient mais de façon importante l'attente d'une société qui automatiquement l'engage à participer aux actions de santé publique. Dans ce contexte, le monde du médecin est double. D'une part, celui de la norme en rapport avec le diagnostic et les soins et de l'autre part celui du patient. La médecine est définie par des normes qui donnent donc sa limite au normal et qui nous demandent de ramener le pathologique à son état « normal ».

La société est également soumise à des normes qui dans le cas de patients dépendants aux opioïdes tend à stigmatiser leurs comportements « déviants » et les marginaliser. De ce fait, il est porté un jugement normatif et moralisateur sur les priorités de ces individus qui n'auront pas les mêmes priorités qu'un individu lambda. Sur le principe, la vision du médecin est normalisante mais en addictologie cette norme pose question. On veut rendre le comportement « normal » du patient pour lui mais finalement aussi pour le bienfait de la communauté afin que celui-ci joue son rôle comme tout à chacun dans l'épanouissement de la société. Ainsi, le but est double imposant l'individu de retrouver un mode de vie accepté par les autres individus et pour le médecin que son patient soit libéré de sa dépendance au produit addictif.

Concernant le sevrage, nous avons vu qu'il avait une utilité directe car il permettait une diminution de la consommation d'opioïdes et une utilité indirecte dans le sens où le patient prenait conscience de sa dépendance avec un désir d'améliorer son quotidien et d'en finir avec la marginalisation. Le but pour le médecin reste le même que pour un traitement substitutif c'est-à-dire de libérer le patient de son addiction durant un long parcours de soins qui impliquera possiblement de nombreuses rechutes.

Le moment de la première rencontre est déterminant car elle permet de répondre à une éventuelle demande de sevrage et d'essayer de mettre en place un début de relation thérapeutique. Cela montre l'importance d'un accès libre et simple au soignant vers lequel il décidera de faire la démarche. Le patient pourra être en demande d'un sevrage total ou partiel selon ses attentes et son opinion sur sa dépendance. Le médecin devra être vigilant concernant ses co-addictions (alcool, benzodiazépine...) car il faudra déterminer si le sevrage concernera l'ensemble de ces produits ou s'il sera plutôt sélectif.

Plusieurs critères permettent de nous aider dans le choix du meilleur moment pour choisir de commencer le sevrage. Ces critères définis selon la méthode de Léné ou celle de la « tapering phase » semblent primordiaux avant de mettre en place ce processus. Il faut préciser que le risque de rechute ne constitue pas une contre-indication au sevrage car le risque zéro n'existe pas en médecine d'autant plus dans le sevrage. Il existe différentes méthodes de sevrage avec plus ou moins de sévérité quant aux critères de succès. Quel que soit le mode de

sevrage choisi, le médecin ne peut le concevoir comme une rupture totale avec la dépendance. Cependant, la nature de la demande du patient impose la négociation de ce projet de soin au cas par cas et il est important que l'ensemble des intervenants connaissent les termes du contrat. Les modalités pratiques de ce contrat sont variables en fonction du cadre du sevrage. Autre point important et parfois difficilement accepté par le patient, est qu'il est impératif d'associer à cette prise en charge médicale une psychothérapie. Il existe un consensus reconnaissant que le succès du projet de soins est lié à l'instauration d'une relation psycho-affective forte et stable.

On ne peut qu'en conclure la prééminence de la prise en charge psychique pour la réussite du projet. Le sevrage est donc synonyme d'arrêt de la substance mais n'est pas la solution unique à un retour du patient à son état initial. La prise en charge d'un sevrage peut être source de désaccords et de conflits entre le médecin et son patient. L'éthique médicale peut dans ce cas assumer une position conflictuelle. Cette position de conflit permet alors d'amorcer un travail sur des problèmes de personnalité. Cette confrontation est souvent nécessaire afin de faire respecter les termes du contrat dans le seul but de soigner le patient mais ce dernier peut quelques fois ne pas les accepter et se sentir ainsi rejeter. Ainsi comme dans les traitements substitutifs, la relation entre le médecin et son patient au cours du sevrage s'avère difficile et demande des talents d'écoute et de compréhension.

Viens ensuite l'après sevrage dont un des facteurs pronostic les plus importants dans le succès semble être la motivation et les capacités d'auto-analyse du patient. Les situations sont très différentes : maintien de l'abstinence, consommation d'un autre produit addictif ou rechute avec surconsommation à l'origine d'une overdose, voir du décès. La rechute dépend en grande partie de l'entourage et des fréquentations du patient mais constitue en elle-même un moment particulièrement important dans la trajectoire de soins. Le médecin doit avoir la capacité d'expliquer ce revers temporaire subit, prendre note des compétences acquises pour s'en sortir et ne pas conclure à un échec. En cas de rechute il sera alors indispensable de déterminer les facteurs qui l'ont déclenchée et de trouver des moyens de composer avec les situations à risque. D'un point de vue sociétal, le sevrage est perçu comme un état de guérison mais pas pour l'individu. La question de la dépendance soulève des craintes, des tabous et des angoisses ; il y a une diabolisation et une stigmatisation au sein de toute la société. Même si la majorité des Français ne sont pas dépendants à un produit psychoactif, rares sont ceux qui en sont totalement abstinentes. La France compte des millions d'individus qui mènent leur vie en relation avec l'usage et la consommation régulière de substances. Certes, ils sont une minorité à être dépendants aux opioïdes mais il existe de nombreuses comorbidités addictives les accompagnants (cannabis, alcool, tabac, hypnotique...).

Enfin, dans une troisième partie, nous nous sommes intéressés aux aspects médico légaux de la prise en charge d'un patient dépendant. Nous avons vu que le terme d'addiction apparaîtra tardivement dans le droit français (début des années 2000) qui jusque-là se concentrait plus au trafic et à l'usage des produits stupéfiants. Au fil des années, la lutte contre les addictions a vu son cadre juridique se structurer au sein de la législation française. Elle a commencé par la loi du 31 décembre 1970 qui considère le consommateur de stupéfiants comme malade et qui doit

donc être désintoxiqué volontairement dans une démarche de soins libres ou par la contrainte via l'injonction thérapeutique. D'autres méthodes ont été utilisées comme les stages de sensibilisation aux dangers des drogues mais leur efficacité s'est avérée très limitée. La réduction des risques liés aux usages de drogues s'est introduite dans le droit français en 2004, qui encadré par différents textes de lois a vu la création des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages qui jouent un rôle dans les actions sanitaires et sociales en direction des consommateurs de stupéfiants et qui a permis de réduire drastiquement les comorbidités notamment infectieuses.

Enfin, nous avons évoqué la législation répressive à l'usage de stupéfiants dont la loi du 31 décembre 1970 en est le texte fondateur. Cette répression touche aussi bien le revendeur que le consommateur qui peut être puni de peine de prison et d'amendes selon le contexte.

Concernant la législation encadrant le médecin lors d'une prise en charge en addictologie, nous avons vu que celle-ci est régie à une déontologie médicale encadrée par différents articles du code de santé publique. Le cadre et les modalités de prescription de produits substitutifs est règlementé conformément à l'article R. 5132-3 du code de la santé publique et que chaque prescription engage la responsabilité déontologique, civile et pénale du médecin.

CONCLUSION

Nous avons vu que le médecin généraliste est le seul professionnel de santé à être en première ligne, au contact d'une large frange de la population, notamment pour le suivi des patients dépendants. Il n'a aucune obligation légale à prendre en charge et suivre un patient dépendant aux opioïdes, mais s'il accepte cette patientèle, « différente » sur bien des points, psychosociosociaux entre autres, il se doit de créer une relation médecin-patient-médicament qui entre dans un cadre thérapeutique bien défini avec idéalement un contrat expliqué, compris et validé par les deux partis.

L'importance de la temporalité est essentielle laissant le temps au médecin de réfléchir aux meilleures options quant à la prise en charge, et au patient le temps de s'adapter à son nouveau mode de vie, et à consolider ses choix dans un contexte où son discernement peut être mis à défaut, du fait des effets du produit addictif.

Le choix de prise en charge d'un patient dépendant aux opioïdes soulève différentes questions éthiques. On se doit de faire référence aux concepts de morale, de droit, de déontologie ainsi qu'aux différentes notions de bonnes pratiques et de responsabilités professionnelles. Elles nous permettent d'assurer les meilleures garanties de la qualité des soins, et de la liberté du malade, que ce soit sur le versant substitutif, ou sevrage.

Ces deux prises en charges sont sensiblement similaires. La méthode substitutive paraît éthiquement plus encline à satisfaire les demandes des patients, moins brutale dans sa réalisation, d'une meilleure acceptation par le patient et la société, et d'une meilleure adaptabilité qui permet de faire face à différentes situations. Quant au sevrage il permet une diminution de la consommation d'opioïdes, et surtout de mettre le patient au cœur de sa propre prise en charge, en lui laissant prendre conscience, tout en le suivant et l'orientant, de sa dépendance avec un désir d'améliorer son quotidien et d'en finir avec la stigmatisation dont il fait preuve vis-à-vis de la société.

Il ne faut pas oublier d'associer à cette prise en charge médicale une psychothérapie, qui permet d'apporter une aide supplémentaire au patient, et en outre un apport complémentaire à la prise en charge du médecin.

Le but pour le médecin reste toujours le même, que ce soit pour une substitution ou un sevrage, libérer le patient de son addiction.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité

06 Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux

- **Troubles dus à la consommation de substances ou à des comportements addictifs**
 - **Troubles dus à la consommation de substances**
 - **6C40** Troubles dus à la consommation d'alcool
 - **6C41** Troubles dus à la consommation de cannabis
 - **6C42** Troubles dus à l'utilisation de cannabinoïdes synthétiques
 - **6C43** Troubles dus à l'utilisation d'opioïdes
 - **6C44** Troubles dus à l'utilisation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques
 - **6C45** Troubles dus à la consommation de cocaïne
 - **6C46** Troubles dus à l'utilisation de stimulants, y compris les amphétamines, la méthamphétamine ou la méthcathinone
 - **6C47** Troubles dus à l'utilisation de cathinones synthétiques
 - **6C48** Troubles dus à la consommation de caféine
 - **6C49** Troubles dus à l'utilisation d'hallucinogènes
 - **6C4A** Troubles dus à l'utilisation de la nicotine
 - **6C4B** Troubles dus à l'utilisation de substances inhalées volatiles
 - **6C4C** Troubles dus à l'utilisation de MDMA ou de médicaments apparentés, y compris la MDA
 - **6C4D** Troubles dus à l'utilisation de médicaments dissociatifs, notamment la kétamine et la phencyclidine [PCP]
 - **6C4E** Troubles dus à l'utilisation d'autres substances psychoactives spécifiées, y compris les médicaments
 - **6C4F** Troubles dus à l'utilisation de plusieurs substances psychoactives spécifiées, y compris les médicaments
 - **6C4G** Troubles dus à l'utilisation de substances psychoactives inconnues ou non précisées
 - **6C4H** Troubles dus à l'utilisation de substances non psychoactives
 - **6A41** Catatonie induite par des substances ou des médicaments
 - **6C4Y** Autres troubles spécifiés dus à la consommation de substances
 - **6C4Z** Troubles dus à la consommation de substances, sans précision
 - **Troubles dus à des comportements addictifs**
 - **6C50** Trouble du jeu
 - **6C51** Trouble du jeu
 - **6C5Y** Autres troubles spécifiés dus à des conduites addictives
 - **6C5Z** Troubles dus à des comportements addictifs, sans précision

ANNEXE 2 :

Évaluation de l'Addiction : DSM-5

Source: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
 - b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE

Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE

Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

ANNEXE 3 :

Extrait (tableaux sur le classement des stupéfiants I à IV) de l'acte final de la Conférence des Nations Unies pour l'adoption d'une convention unique sur les stupéfiants ; et Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Faits tous deux à New York, le 30 mars 1961.

Enregistrés d'office le 13 décembre 1964.

1964	<i>Nations Unies — Recueil des Traités</i>	387
------	--	-----

TABLEAUX

LISTE DES STUPÉFIANTS INCLUS AU TABLEAU I

Acétylméthadol (acétoxy-3 diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptane)
 Allylprodine (allyl-3 méthyl-1 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
 Alphacétylméthadol (alpha-acétoxy-3 diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptane)
 Alphaméprodine (alpha-éthyl-3 méthyl-1 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
 Alphaméthadol (alpha-diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptanol-3)
 Alphaprodine (alpha-diméthyl-3,3 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
 Aniléridine (ester éthylique de l'acide *para*-aminophénéthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Benzéthidine (ester éthylique de l'acide (benzyloxy-2 éthyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Benzylmorphine (benzyl-3-morphine)
 Bétacétylméthadol (bêta-acétoxy-3 diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptane)
 Bétaméprodine (bêta-éthyl-3 méthyl-1 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
 Bétaméthadol (bêta-diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptanol-3)
 Bétaprodine (bêta-diméthyl-1,3 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine)
 Cannabis, résine de cannabis, extraits et teintures de cannabis
 Cétobémidone (*méta*-hydroxyphényl-4 méthyl-1 propionyl-4 pipéridine)
 Clonitazène (*para*-chlorbenzyl-2 diéthylaminoéthyl-1 nitro-5 benzimidazole)
 Coca (Feuille de)
 Cocaïne (ester méthylique de la benzoylécgonine)
 Concentré de paille de pavot (matière obtenue lorsque la paille de pavot a subi un traitement en vue de la concentration de ses alcaloïdes, lorsque cette matière est mise dans le commerce)
 Désomorphine (dihydrodésoxymorphine)
 Dextromoramide ((+)) [méthyl-2 oxo-4 diphényl-3,3 (pyrrolidinyl-1)-4 butyl]-4 morpholine)
 Diampromide (N-[méthylphénéthylamino)-2 propyl] propionanilide)
 Diéthylthiambutène (diéthylamino-3 di-(thiényl-2')-1,1 butène-1)
 Dihydromorphine
 Diménoxadol (diméthylaminoéthyl-2 éthoxy-1 diphényl-1,1 acétate)
 Dimépheptanol (diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptanol-3)
 Diméthylthiambutène (diméthylamino-3 di-(thiényl-2')-1,1 butène-1)
 Butyrate de dioxaphétyle (morpholino-4 diphényl-2,2 butyrate d'éthyl)
 Diphénoxylate (ester éthylique de l'acide (cyano-3 diphényl-3,3 propyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Dipipanone (diphényl-4,4 pipéridine-6 heptanone-3)
 Ecgonine, ses esters et dérivés qui sont transformables en ecgonine et cocaïne
 Ethylméthylthiambutène (éthylméthylamino-3 di-(thiényl-2')-1,1 butène-1)
 Etonitazène ((diéthylaminoéthyl)-1 *para*-éthoxybenzyl-2 nitro-5 benzimidazole)
 Etoxéridine (ester éthylique de l'acide [(hydroxy-2 éthoxy)-2 éthyl]-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Furéthidine (ester éthylique de l'acide (tétrahydrofurfuryloxyéthyl-2)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Héroïne (diacétylmorphine)

Hydrocodone (dihydrocodéine)
 Hydromorphinol (hydroxy-14 dihydromorphine)
 Hydromorphone (dihydromorphinone)
 Hydroxypéthidine (ester éthylique de l'acide *mé*ta-hydroxyphényl-4 méthyl-1 pipéridine carboxylique-4)
 Isométhadone (diméthylamino-6 méthyl-5 diphényl-4,4 hexanone-3)
 Lévométhorphane* ((—)-méthoxy-3 N-méthylmorphinane)
 Lévomoramide ((—)-[méthyl-2 oxo-4 diphényl-3,3 (pyrrolidinyl-1)-4 butyl]-4 morpholine)
 Lévophénacilmorphane ((—)-hydroxy-3 N-phénacilmorphinane)
 Lévorphanol* ((—)-hydroxy-3 N-méthylmorphinane)
 Méta-zocine (hydroxy-2' triméthyl-2,5,9 benzomorphane-6,7)
 Méthadone (diméthylamino-6 diphényl-4,4 heptanone-3)
 Méthyl-désorphine (méthyl-6 delta6-désoxymorphine)
 Méthyl-dihydromorphine (méthyl-6 dihydromorphine)
 Méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4 (acide)
 Métopon (méthyl-5 dihydromorphinone)
 Morphéridine (ester éthylique de l'acide (morpholino-2 éthyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Morphine
 Morphine méthobromide et autres dérivés morphiniques à azote pentavalent
 N-Oxymorphine
 Myrophine (myristylbenzylmorphine)
 Nicomorphine (dinicotinyl-3,6 morphine)
 Norlévorphanol ((—)-hydroxy-3 morphinane)
 Norméthadone (diméthylamino-6 diphényl-4,4 hexanone-3)
 Normorphine (déméthylmorphine)
 Opium
 Oxycodone (hydroxy-14 dihydrocodéine)
 Oxymorphone (hydroxy-14 dihydromorphinone)
 Péthidine (ester éthylique de l'acide méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Phénadoxone (morpholino-6 diphényl-4,4 heptanone-3)
 Phénampromide (N-(méthyl-1 pipéridino-2 éthyl) propionanilide)
 Phénazocine (hydroxy-2' diméthyl-5,9 phénéthyl-2 benzomorphane-6,7)
 Phénomorphane (hydroxy-3 N-phénéthylmorphinane)
 Phénopéridine (ester éthylique de l'acide (hydroxy-3 phényl-3 propyl)-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)
 Piminodine (ester éthylique de l'acide phényl-4 (phénylamino-3 propyl)-1 pipéridine carboxylique-4)
 Proheptazine (diméthyl-1,3 phényl-4 propionoxy-4 azacycloheptane)
 Propéridine (ester isopropylique de l'acide méthyl-1 phényl-4 pipéridine carboxylique-4)

 Racéméthorphane ((±)-méthoxy-3 N-méthylmorphinane)
 Racémoramide ((±)-[méthyl-2 oxo-4 diphényl-3,3 (pyrrolidinyl-1)-4 butyl]-4 morpholine)

* Le dextrométhorphane ((+)-méthoxy-3 N-méthylmorphinane) et le dextrorphanne ((+)-hydroxy-3 N-méthylmorphinane) sont expressément exclus du présent Tableau.

Racémorphane ((±)-hydroxy-3 N-méthylmorphinane)

Thébacone (acétyldihydrocodéine)

Thébaïne

Trimépéridine (triméthyl-1,2,5 phényl-4 propionoxy-4 pipéridine); et

Les isomères des stupéfiants inscrits au Tableau, sauf exception expresse, dans tous les cas où ces isomères peuvent exister conformément à la désignation chimique spécifiée;

Les esters et les éthers des stupéfiants inscrits au présent Tableau, à moins qu'ils ne figurent dans un autre tableau, dans tous les cas où ces esters et éthers peuvent exister;

Les sels des stupéfiants inscrits au présent Tableau, y compris les sels d'esters, d'éthers et d'isomères visés ci-dessus, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

LISTE DES STUPÉFIANTS INCLUS AU TABLEAU II

Acétyldihydrocodéine

Codéine (3-méthylmorphine)

Dextropropoxyphène ((+)-diméthylamino-4 méthyl-3 diphényl-1,2 propionoxy-2 butane)

Dihydrocodéine

Ethylmorphine (3-éthylmorphine)

Norcodéine (N-déméthylcodéine)

Pholcodine (morpholinyléthylmorphine); et

Les isomères des stupéfiants inscrits au Tableau, sauf exception expresse, dans tous les cas où ces isomères peuvent exister conformément à la désignation chimique spécifiée;

Les sels des stupéfiants inscrits au présent Tableau, y compris les sels de leurs isomères visés ci-dessus, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

LISTE DES PRÉPARATIONS INCLUSES AU TABLEAU III

1. Préparations des stupéfiants suivants :

Acétyldihydrocodéine,
Codéine,
Dextropropoxyphène,
Dihydrocodéine,
Ethylmorphine,
Norcodéine et
Pholcodine

lorsque :

a) Ces préparations contiendront un ou plusieurs autres composants de telle manière qu'elles ne présentent pratiquement pas de risque d'abus et que le stupéfiant ne puisse être récupéré par des moyens aisément mis en œuvre ou dans une proportion qui constituerait un danger pour la santé publique;

b) La quantité de stupéfiants n'excédera pas 100 milligrammes par unité de prise et la concentration ne sera pas supérieure à 2,5 pour 100 dans les préparations de forme non divisée.

2. Préparations de cocaïne renfermant au maximum 0,1 pour 100 de cocaïne calculée en cocaïne base et préparations d'opium ou de morphine contenant au maximum 0,2 pour 100 de morphine calculée en morphine base anhydre, et contenant un ou plusieurs autres composants de telle manière qu'elles ne présentent pratiquement pas de risque d'abus et que le stupéfiant ne puisse être récupéré par des moyens aisément mis en œuvre ou dans une proportion qui constituerait un danger pour la santé publique.

3. Préparations sèches divisées de diphénoxybate en unités d'administration contenant au maximum 2,5 milligrammes de diphénoxybate calculé en base et au moins 25 microgrammes de sulfate d'atropine par unité d'administration.

4. *Pulvis ipecacuanhae et opii compositus*

10 pour 100 de poudre d'opium

10 pour 100 de poudre de racine d'ipécacuanha,
bien mélangées avec

80 pour 100 d'un autre composant pulvérulent non stupéfiant.

5. Préparations correspondant à l'une quelconque des formules énumérées dans le présent Tableau, et mélanges de ces préparations avec toute substance ne contenant pas de stupéfiant.

LISTE DES STUPÉFIANTS INCLUS AU TABLEAU IV

Cannabis et résine de cannabis

Désomorphine (dihydrodésomorphine)

Héroïne (diacétylmorphine)

Cétobémidone (*mé*ta-hydroxyphényl-4 méthyl-1 propionyl-4 pipéridine)

Les sels des stupéfiants inscrits au présent Tableau, dans tous les cas où ces sels peuvent exister.

ANNEXE 4 :

LISTE DES ANTALGIQUES OPIOÏDES DISPONIBLES EN VILLE EN FRANCE EN 2017. D'après l'état des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques (FÉVRIER 2019).

Substance active	Nom des spécialités commercialisées	Voie d'administration	Dosages
Prescription médicale obligatoire			
Codéine + paracétamol	Algicalm, Algisedal, Codoliprane, Claradol codéiné, Compralgyl, Dafalgan codéiné, Gaosedal, Klipal codéiné, Lindilane	Orale	20 mg, 25 mg, 30 mg, 50 mg
Codéine + ibuprofène	Antarène codéiné	Orale LI	30 mg, 60 mg
Codéine + paracétamol + aspirine	Novacetol	Orale LI	10 mg
Codéine + paracétamol + caféine	Migralgine, Prontalgine	Orale LI	20 mg
Codéine + aspirine + caféine	Sedaspir	Orale LI	20 mg
Dihydrocodéine	Dicodin	Orale LP	40 mg
Nalbuphine	Nalpain et génériques	Injectable	20 mg/2 ml
Opium (poudre d')	Lamaline, Izalgi	Orale LI Rectale	10 mg, 25 mg 15 mg
Tramadol	Topalgic, Contramal, et génériques	Orale SB Orale LI Orale LP	100 mg/ml 50-100 mg 50-100-150-200-300 mg
Tramadol	Topalgic, Tramadol Lavoisier	Injectable	50 mg/ml, 100 mg/ml, 100 mg/2ml
Tramadol + paracétamol	Ixprim, Zaldiar et génériques	Orale LI	37,5 mg, 75 mg
Tramadol + dexkétoprofène	Skudexum	Orale LI	75 mg
Prescription médicale obligatoire sur ordonnance sécurisée			
Buprénorphine	Temgesic	Sublinguale	0,2 mg
Fentanyl à action prolongée	Durogesic, Matrifen et génériques	Transdermique	12-25-50-75-100 µg/heure
Fentanyl à action rapide (citrate de)	Abstral, Actiq, Breakyl, Effentora, Instanyl, Pecfent, Recivit	Transmuqueux	100 à 1200 µg
Hydromorphone	Sophidone	Orale LP	4 mg, 8 mg, 16 mg, 24 mg
Morphine (chlorhydrate/ sulfate de)	Lavoisier, Renaudin, Aguetant, Cooper	Injectable	0,1-1-10-20-40-50 mg/ml
Morphine (sulfate de)	Actiskénan, Sevredol, Oramorph	Orale SB Orale LI	10 mg/5 ml, 20 mg/1 ml, 30 mg/5 ml, 100 mg/5 ml 5-10-20-30 mg
Morphine (sulfate de)	Skénan LP, Moscontin	Orale LP	10-30-60-100-200 mg
Oxycodone	Oxynorm, Oxynormoro et génériques	Orale SB Orale LI Injectable	10 mg/ml 5-10-20 mg 10-50 mg/ml
Oxycodone	Oxycontin et génériques	Orale LP	5-10-15-20-30-40-60- 80-120 mg
Péthidine	Péthidine Renaudin	Injectable	50 mg/ml
Tapentadol	Palexia	Orale	50-75-100 mg

Pour la voie orale : SB : solution buvable ; LI : libération immédiate ; LP : libération prolongée

ANNEXE 5 :

Tableaux de données nationales sur les opioïdes. D'après le rapport : Drogues et addictions, données essentielles - OFDT [Internet]. [Cité 28 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>

Pays	Estimation de l'usage problématique d'opioïdes		Patients admis en traitement au cours de l'année						Patients sous traitement de substitution
			Patients usagers d'opioïdes en % des patients admis en traitement			% de patients usagers d'opioïdes par injection (principal mode d'administration)			
			Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement	Tous les patients admis en traitement	Patients admis en traitement pour la première fois	Patients admis en traitement traités antérieurement	
Année de l'estimation	Nombre de cas pour 1 000 habitants	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	% (comptage)	comptage	
Belgique	-	-	22,5 (2 493)	8,2 (345)	32 (2 048)	14,1 (309)	9 (28)	15,2 (272)	16 546
Bulgarie	-	-	67,8 (1 136)	55,9 (100)	89,7 (600)	64,4 (437)	53,8 (50)	66,7 (377)	3 247
Tchéquie	2017	1,8-2,0	19,1 (799)	10,9 (192)	25,6 (565)	63,9 (470)	57,4 (101)	66,1 (347)	5 000
Danemark	-	-	12 (587)	7,5 (170)	16,5 (399)	17,5 (94)	5,6 (9)	22 (80)	7 050
Allemagne (1)	2016-17	0,9-3,0	29,9 (-)	9,6 (-)	-	20,1 (-)	17,9 (-)	-	78 800
Estonie	-	-	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 186
Irlande	2014	6,1-7,0	44,9 (3 837)	24,8 (807)	58,8 (2 860)	31,7 (1 180)	23 (184)	33,6 (930)	10 316
Grèce	2017	1,8-2,5	60,9 (2 593)	38,9 (652)	74,8 (1 892)	28,7 (733)	22,2 (143)	31 (581)	9 388
Espagne	2016	1,5-2,9	26,8 (12 235)	13,3 (3 043)	42,6 (8 573)	14,9 (1 796)	7 (212)	17,2 (1 454)	58 749
France	2017	4,5-5,9	27,3 (12 899)	13,7 (1 813)	44 (8 039)	16,4 (1 842)	10,4 (174)	19,3 (1 360)	178 665
Croatie	2015	2,5-4,0	-	21,2 (203)	-	-	30,9 (56)	-	4 792
Italie	2017	5,7-6,4	43,1 (20 095)	28,3 (5 921)	55,3 (14 174)	40,9 (7 137)	28,4 (1 395)	45,8 (5 742)	69 642
Chypre	2017	1,6-2,6	25,2 (212)	13,8 (58)	41,8 (137)	50,5 (104)	40,4 (23)	56 (75)	209
Lettonie	2017	4,7-7,0	49,4 (399)	28,7 (123)	72,8 (276)	82,8 (323)	73,8 (90)	86,9 (233)	669
Lituanie	2016	2,7-6,5	85,3 (1 448)	57 (138)	91,1 (1 298)	85,5 (1 236)	86,9 (119)	85,4 (1 108)	1 136
Luxembourg	2015	4,5	60,9 (109)	60,4 (29)	59,5 (47)	41,7 (43)	50 (14)	41,9 (18)	1 142
Hongrie	2010-11	0,4-0,5	4 (192)	1,8 (61)	9,4 (104)	40,5 (66)	36,2 (21)	43,9 (43)	669
Malte	2017	4,2-4,9	69,7 (1 274)	32,8 (76)	75,1 (1 198)	55,2 (690)	21,1 (16)	57,5 (674)	1 025
Pays-Bas	2012	1,1-1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	5 241
Autriche	2017	6,1-6,5	48,7 (1 793)	27,8 (432)	63,8 (1 361)	37,7 (529)	21,8 (70)	42,5 (459)	18 632
Pologne	2014	0,4-0,7	15,8 (1 122)	5,9 (211)	26,2 (898)	57,4 (636)	37,4 (79)	62,2 (550)	2 685
Portugal	2015	3,8-7,6	41,4 (1 247)	23 (376)	63,3 (871)	13,1 (155)	9,3 (33)	14,7 (122)	16 888
Roumanie	2017	0,8-2,9	25,7 (918)	14,1 (359)	56,9 (551)	84,7 (729)	83,3 (295)	85,8 (429)	1 530
Slovénie	2017	3,2-4,2	86,5 (211)	67,7 (42)	93,4 (169)	44,1 (93)	21,4 (9)	49,7 (84)	3 042
Slovaquie	-	-	26,3 (760)	12 (154)	39,5 (601)	70,7 (525)	53,6 (81)	75,2 (442)	620
Finlande	2012	3,8-4,5	51,1 (363)	36,5 (92)	59,2 (271)	76 (275)	66,3 (61)	79,3 (214)	3 329
Suède (2)	-	-	24,2 (9 387)	15,5 (2 140)	29 (7 247)	-	-	-	4 468
Royaume-Uni (3)	2014-15	8,3-8,7	49,8 (57 430)	21,8 (8 051)	63,1 (49 252)	31,8 (12 407)	16,5 (746)	33,9 (11 633)	149 420
Turquie	2011	0,2-0,5	58,6 (6 817)	43,4 (2 451)	72,9 (4 366)	27,3 (1 858)	17,8 (437)	32,5 (1 421)	-
Norvège (4)	2013	2,0-4,2	17 (973)	11,2 (302)	22,1 (672)	-	-	-	7 622
Union européenne	-	-	35,1 (163 557)	16,6 (28 845)	47,9 (129 944)	29,1 (38 450)	20,8 (4 988)	31,3 (32 839)	654 086
UE, Turquie et Norvège	-	-	35,4 (171 347)	17,4 (31 598)	48,2 (134 982)	29,0 (40 308)	20,5 (5 425)	31,4 (34 260)	661 708

Les données relatives aux patients admis en traitement concernent 2017, ou l'année la plus récente disponible : Estonie et Espagne, 2016 ; Pays-Bas, 2015.

Les données relatives aux patients sous traitement de substitution concernent 2017, ou l'année la plus récente disponible : Espagne et Slovénie, 2016 ; Danemark, Hongrie, Pays-Bas et Finlande, 2015. Le nombre indiqué pour la Suède n'est pas représentatif de tous les patients.

- (1) En raison de modifications apportées au système de déclaration des admissions en traitement, seuls des pourcentages sont présentés.
- (2) Les données relatives aux patients admis en traitement renvoient aux soins prodigués dans un environnement hospitalier et aux établissements de soins ambulatoires spécialisés. Les données présentées ne sont pas entièrement représentatives de la situation nationale.
- (3) L'estimation de l'usage problématique d'opioïdes ne porte pas sur l'Irlande du Nord. Le nombre de patients en traitement de substitution se rapporte à l'Angleterre et au Pays de Galles.
- (4) Le pourcentage de patients admis en traitement pour des problèmes liés aux opioïdes est une valeur minimale qui ne tient pas compte des usagers d'opioïdes enregistrés comme des polyconsommateurs.

ANNEXE 6 :

Échelle d'évaluation globale du fonctionnement et durée du traitement médicopsychiatrique (EGF)

Le résumé psychiatrique minimum (RPM) révèle qu'entre l'admission médicale et la sortie, des patients réalisent de meilleurs scores à l'évaluation globale du fonctionnement (EGF). Si cette amélioration est due au traitement des patients, il faut s'attendre à une corrélation significativement positive entre la durée du traitement et l'amélioration du score EGF. Les patients qui restent peu longtemps en traitement améliorent moins leur score que ceux qui sont traités plus longtemps. Si l'amélioration du score EGF est manipulée, il ne faut pas s'attendre à une corrélation significative parce qu'alors une amélioration serait enregistrée pour chaque durée de traitement. Il n'est pas illusoire de penser que le score à la sortie est manipulé puisque le score à l'admission est connu dans le RPM

L'EGF est une composante du DSM V qui, outre un codage du ou des diagnostics psychiatriques principaux et secondaires, demande également d'indiquer les problèmes physiques et/ou sociaux qui ont éventuellement une incidence supplémentaire sur la problématique du patient et son traitement, et d'évaluer d'une manière générale dans quelle mesure la psychopathologie du patient influence son fonctionnement psychosocial.

Dans cette évaluation, il ne faut pas tenir compte de facteurs limitants externes (physiques et/ou dans le cadre de vie du patient).

Le score EGF reflète sur une échelle de 1 à 100 dans quelle mesure le fonctionnement psychosocial du patient est altéré par des symptômes psychopathologiques.

L'EGF distingue 10 niveaux de fonctionnement psychosocial :

91 - 100 ↔ Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

81 - 90 ↔ Symptômes absents ou minimes (p. ex., anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex., conflit occasionnel avec des membres de la famille)

71 - 80 ↔ Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire).

61 - 70 ↔ Quelques symptômes légers (p. ex., humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

51 - 60 ↔ Symptômes d'intensité moyenne (p. ex., émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

41 - 50 ↔ Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

31 - 40 ↔ Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) OU déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école).

21 - 30 ↔ Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU troubles graves de la communication ou du jugement (p.ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) OU incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

11 - 20 ↔ Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex., tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) OU incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale (p. ex., se barbouille d'excréments) OU altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme).

1 - 10 ↔ Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex., accès répétés de violence) OU incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale OU geste suicidaire avec attente précise de la mort.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Definition of Addiction [Internet]. Default. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction>
- (2) Définition de la dépendance selon l'OMS. [Internet]. Default. [Cité 29 janvier 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr>
- (3) Rapport mondial sur les drogues 2020 [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://idpc.net/fr/publications/2020/07/rapport-mondial-sur-les-drogues-2020>
- (4) ICD-10 Version :2008 [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
- (5) ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- (6) Personnes prises en charge pour troubles addictifs en 2018, L'Assurance Maladie [Internet]. [Cité le 29 sept 2021]. Disponible sur : https://assurancemaladie.ameli.fr/sites/default/files/2018_fiche_troubles-addictifs.pdf
- (7) Carte de prévalence de la prise en charge pour des troubles addictifs | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur : <https://assurancemaladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-prevalence-troubles-addictifs>
- (8) DSM-5, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- (9) Drogues et addictions, données essentielles - OFDT [Internet]. [Cité 28 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
- (10) Heroin, Morphine and Opiates [archive], sur *history.com*, 21 août 2018 (consulté le 20 octobre 2021).
- (11) « Crise des opiacés : McKinsey paie 573 millions de dollars pour solder des poursuites » [archive], *lefigaro.fr*, 4 février 2021.
- (12) Lucie Dupressoir, « Aux États-Unis, le Covid-19 a renforcé la crise des opioïdes » [archive], sur *lefigaro.fr*, 9 septembre 2020 (consulté le 5 novembre 2020).
- (13) État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. 52. <https://ansm.sante.fr/actualites/antalgiques-opioides-lansm-publie-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-en-france>

(14) Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Gérome C, Martinez M, Milhet M, Detrez V, et al. 1999-2019 : LES MUTATIONS DES USAGES ET DE L'OFFRE DE DROGUES EN FRANCE. :72.

(15) Rapport européen sur les drogues 2019 : Tendances et évolution [Internet]. [Cité le 29 sept 2021]. Disponible sur : https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf

(16) Convention unique sur les stupéfiants [Internet]. Nations Unies : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : [//www.unodc.org/unodc/fr/treaties/single-convention.html](http://www.unodc.org/unodc/fr/treaties/single-convention.html)

(17) Organization O/ UO des NU/ UN, Organisation des Nations Unies / United Nations Organization O/ U. Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (avec tableaux) et Acte final (avec résolutions jointes en annexe) de la conférence des Nations Unies pour l'adoption d'une convention unique sur les stupéfiants. Faits tous deux à New York le 30 mars 1961 [Internet]. 1961. Disponible sur : <https://treaties.un.org/Pages/showDetails.aspx?objid=0800000280033c8f>

(18) Pharmacoépidémiologie de l'usage des antalgiques opioïdes en France [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.edimark.fr/courrier-addictions/pharmacoepidemiologie-usage-antalgiques-opioi-france>

(19) Guerlais M, Victorri-Vigneau C, Lauzeille D, Baumevieuille M, Boucher A, Chevallier C, et al. Consommations problématiques des antalgiques codéinés en automédication : résultats de l'étude DANTE (une Décennie d'ANTalgiques En France). Therapies. 1 déc 2018;73(6):561.

(20) 1999-2019 : les mutations des usages et de l'offre de drogues en France vues au travers du dispositif TREND de l'OFDT - OFDT [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/thema/1999-2019-les-mutations-des-usages-et-de-loffre-de-drogues-en-france-vues-au-travers-du-dispositif-trend-de-lofdt/>

(21) Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2016 - OFDT [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-centres-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-en-2016/>

(22) Réseau OSCOUR® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences>

- (23) CEIP-A Grenoble (2018b) DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances). Principaux résultats de l'enquête 2016. Saint-Denis, ANSM, 2 p (https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/spip/pdf/plaquette_drames_2018.pdf)
- (24) Dart RC, Surratt HL, Cicero TJ, Parrino MW, Severtson SG, Bucher-Bartelson B, et al. Trends in Opioid Analgesic Abuse and Mortality in the United States. *N Engl J Med*. 15 janv 2015;372(3):241-8.
- (25) Van Amsterdam J, Nutt D, Phillips L, van den Brink W. European rating of drug harms. *J Psychopharmacol*. 1 juin 2015;29(6):655-60.
- (26) Wise RA. Roles for nigrostriatal—not just mesocorticolimbic—dopamine in reward and addiction. *Trends Neurosci*. 2009; 32:517–24
- (27) Volkow N, Li TK. The neuroscience of addiction. *Nat Neurosci*. 2005; 8:1429–30
- (28) Aguilar MA, Rodríguez-Arias M, Miñarro J. Neurobiological mechanisms of the reinstatement of drug-conditioned place preference. *Brain Res Rev* 2009; 59: 253-77
- (29) Cui C, Noronha A, Morikawa H, et al. New insights on neurobiological mechanisms underlying addiction. *Neuropharmacology* 2013; 67: 223-32
- (30) Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol*. déc 1954;47(6):419-27
- (31) Di Chiara G, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1988; 85:5274–78.
- (32) Steketee JD, Kalivas PW. Drug wanting: behavioral sensitization and relapse to drug-seeking behavior. *Pharmacol Rev* 2011; 63: 348-65
- (33) Leyton M, Vezina P. Dopamine ups and downs in vulnerability to addictions: a neurodevelopmental model. *Trends Pharmacol Sci* 2014; 35: 268-76
- (34) Skinner MD, Aubin HJ. Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neurosci Biobehav Rev* 2010; 34: 606-23
- (35) Izquierdo A, Jentsch JD. Reversal learning as a measure of impulsive and compulsive behavior in addictions. *Psychopharmacology* 2012; 219: 607-20
- (36) Skinner MD, Aubin HJ. Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neurosci Biobehav Rev* 2010; 34: 606-23
- (37) George O, Le Moal M, Koob GF. Allostasis and addiction: role of the dopamine and corticotropin-releasing factor systems. *Physiol Behav* 2012; 106: 58-64

- (38) Feil J, Sheppard D, Fitzgerald PB, et al. Addiction, compulsive drug seeking, and the role of frontostriatal mechanisms in regulating inhibitory control. *Neurosci Biobehav Rev* 2010; 35: 248-75
- (39) Tassin JP. Uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons as a molecular basis of stable changes in behavior induced by repeated drugs of abuse. *Biochem Pharmacol* 2008; 75: 85-97
- (40) Vassoler FM, Byrnes EM, Pierce RC. The impact of exposure to addictive drugs on future generations: physiological and behavioral effects. *Neuropharmacology* 2014; 76: 269-75
- (41) Ducci F, Goldman D. The genetic basis of addictive disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2012; 35: 495-519
- (42) Enoch MA. The influence of gene-environment interactions on the development of alcoholism and drug dependence. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14(2): 150-8
- (43) P.D. BROWN and D.P. LEVINE. Infective Endocarditis in the Injection Drug User. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2002 Sept;16: 645- 665.
- (44) Tuazon, C.u., Sheagren, IN., Staphylococcal endocarditis in parenteral drug abusers: source of the organism. *Ann Intern Med*, 1975.82(6): p. 788-90.
- (45) Costes, IM., Bello, P. Y., Palle, C., [Addictions in France: current status]. *Rev Prat*, 2003. 53(12): p. 1299-303.
- (46) Shekar, R., Rice, T. W., Zierdt, C. R, Kallick, C. A, Outbreak of endocarditis caused by *Pseudomonas aeruginosa* serotype 011 among pentazocine and tripeleminamine abusers in Chicago. *J Infect Dis*, 1985. 151(2) : p. 203-8.
- (47) VANDHUICK O., PISTORIUS M.A., JOUSSE S. et al. Toxicomanie et pathologies cardiovasculaires. *Journal des Maladies Vasculaires*. 2004,29,5,243-248.
- (48) WOLFF A.J., O'DONNELL A.E. Pulmonary effects of illicit drug use. *Clinics in Chest Medicine*. 2004; 25: 203-216.
- (49) O'DONNELL A.E., PAPAS L.S. Pulmonary complications of intravenous drug abuse. Experience at an inner-city hospital. *CHEST*. 1988. August. (94); 2: 251-253.
- (50) PRUETT B.D., BADDOUR L.M. Sinopulmonary complications of illicit drug use. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2002 Sept; 16: 623-643.
- (51) P.DEL GIUDICE. Cutaneous Complications of Intravenous Drug Abuse. *British Journal of Dermatology*. 2004; 150: 1-10.

- (52) EBRIGHT J.R., PIEPER B. Skin and soft tissues infections in injection drug users. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2002 Sept; 16: 697- 712
- (53) TAKAHASHI T.A., MERRILL J.O., BOYKO E.J., BRADLEY K.A. Type and Location of Injection Drug Use. Use-Related Soft Tissues Infections Predict Hospitalisation. *Journal of Urban Health*. 2003. (80); 1: 127-136.
- (54) CALLAHAN T.E., SCHECTER W.P., HORN J.K. Necrotizing Soft Tissue Infection Masquerading as Cutaneous Abscess Following Illicit drug injection. *Archives of Surgery*. 1998. August. 133:812-818.
- (55) JOUARY T., BENS G., LEPREUX S., BUZENET C., TAIEB A. Livedo nécrotique localisé après injection de cocaïne. *Annales de Dermatologie et Vénérologie*. 2003 ; 130 : 537-540.
- (56) TUNKEL A.R., PRADHAN S.K. Central nervous system infections in injection drug users. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2002 Sept; 16: 589- 605.
- (57) ROSS J.J., HU L.T. Septic arthritis of the pubic symphysis: review of 100 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2003. Sept. (82); 5: 340-345.
- (58) KAK V., CHANDRASEKAR P.H. Bone and joint infections in injection drug users *Infectious Disease Clinics of North America*. 2002 Sept; 16: 681- 695.
- (59) THOMAS W.O., ALMAND J.D., STARK G.B., PARRY S.W., RODNING C.B. Hand injuries secondary to subcutaneous illicit drug injections. *Annals of Plastic Surgery*. 1995. Jan. (34); 1: 27-31.
- (60) Les toxicomanies (Tome I : Rapport) [Internet]. [Cité 19 oct 2021]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r10-699-1/r10-699-116.html>
- (61) Enquête Coquelicot 2011, Résultats d'une enquête sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues, Institut de veille sanitaire.
- (62) COHN J.A. HIV-1 infection in injection drug users. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2002 Sept; 16: 745- 770
- (63) Morlat P, Rosenthal E, Henard S, Georget A, Cacoub P, Hardel L, et al. Description des causes de décès observés en France chez les personnes séropositives pour le VIH âgées de plus de 50ans. *La Revue de Médecine Interne*. 1 juin 2015;36:A27.
- (64) Bramness JG, Gundersen OH, Guterstam J et al. Amphetamine-induced psychosis, as separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable ? *BMC Psychiatry*, 2012, 221
- (65) Gage SH, Hickman M, Zammit S. Association Between Cannabis and Psychosis: Epidemiologic Evidence. *Biol Psychiatry* 2016;79(7):54956.

- (66) Laprevotte V. Troubles psychotiques et cannabis : les messages à délivrer. Les courriers de l'addiction, 2016,4.
- (67) Castle DJ. Cannabis and psychosis : what causes what ? F1000 Med Rep, 2013,5,1-5
- (68) Lejoyeux M. Alcoolisme et troubles psychiatriques. Addiction et psychiatrie,2005,87-94.
- (69) Hadland SE, Marshall BD, Kerr T et al. Depressive symptoms and patterns of drug use among street youth. J Adolesc Health,2011, 585-590.
- (70) Conway KP, Compton W, Stinson FS et al. Lifetime comorbidity of DSM IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders :results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry,2006, 67,247-257
- (71) OFDT. Drogues, chiffres clés. Saint-Denis, OFDT, 2015, 8 p.
- (72) BÉGUE L. Drogues, alcool et agression. L'équation chimique et sociale de la violence. Paris, Dunod, 2014, 191 p.
- (73) Johnson SW, North RA. Opioids excite dopamine neurons by hyperpolarization of local interneurons. J Neurosci 1992 ; 12 : 483-8.
- (74) Perrotti LI, Bolaños CA, Choi KH, et al. Δ FosB accumulates in a GABAergic cell population in the posterior tail of the ventral tegmental area after psychostimulant treatment. Eur J Neurosci 2005 ; 21 : 2817-24.
- (75) Zhou TC, Geisler S, Marinelli M, et al. The mesopontine rostromedial tegmental nucleus: A structure targeted by the lateral habenula that projects to the ventral tegmental area of Tsai and substantia nigra compacta. J Comp Neurol 2009 ; 513 : 566-96.
- (76) Zhou TC, Good CH, Rowley CS, et al. Cocaine drives aversive conditioning via delayed activation of dopamine-responsive habenular and midbrain pathways. J Neurosci 2013 ; 33 : 7501-12.
- (77) Jalabert M, Bourdy R, Courtin J, et al. Neuronal circuits underlying acute morphine action on dopamine neurons. Proc Natl Acad Sci USA 2011 ; 108 :16446-50.
- (78) Mazei-Robison MS, Nestler EJ. Opiate-induced molecular and cellular plasticity of ventral tegmental area and locus coeruleus catecholamine neurons. Cold Spring Harb Perspect Med 2012 ; 2 : a012070.
- (79) Kaufling J, Aston-Jones G. Persistent adaptations in afferents to ventral tegmental dopamine neurons after opiate withdrawal. J Neurosci 2015 ; 35 : 10290-303.
- (80) Abadie D, Rousseau V, Logerot S, Cottin J, Montastruc JL, Montastruc F. Serotonin Syndrome: Analysis of Cases Registered in the French Pharmacovigilance Database. Journal of clinical psychopharmacology. 2015 Aug;35(4):382-8

- (81) AUGÉ-CAUMON MJ, BLOCH-LAINE JF, LOWENSTEIN W, MOREL A. L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations. Rapport réalisé à la demande de Bernard Kouchner, Ministre Délégué à la Santé. Paris, La documentation française, 2002.
- (82) DENIKER P, LOO H, ZARIFIAN E, CUCHE H. Premiers essais thérapeutiques avec la méthadone dans le traitement des toxicomanies opiacées. *Ann Med Interne*, 1974, 125 : 459-462.
- (83) DOLE VD, NYSWANDER M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA*, 1965, 193 : 646-650.
- (84) DOLE VD, NYSWANDER ME, KREEK MJ. Narcotic blockade. *Archives of Internal Medicine*, 1966, 118 : 304-309
- (85) FAREED A, VAYALAPALLI S, CASARELLA J et al. Heroin anticraving medications : a systematic review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 2010, 36 : 332-341.
- (86) MCLELLAN AT, ARNDT IO, METZGER DS et al. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 269 : 1953-1959.
- (87) REISINGER M. Buprenorphine as new treatment for heroin dependence. *Drug Alcohol Depend*, 1985, 16 : 257-262.
- (88) GIBIER L. La relation. Prises en charge des usagers de drogues. Paris, Doin, 1999 : 127-135
- (89) FATSÉAS M, DENIS C. Héroïne et opiacés (chapitre 14). In : A Benyamina. Addictions et comorbidités, rapport. Paris, Dunod, 2014 : 237-248.
- (90) FRANQUES P, AURIACOMBE M, TIGNOL J. Personnalités du toxicomane. *Encéphale*, 2000, 26 : 68-78.
- (91) AURIACOMBE M, FRANQUES P, DAULOUÈDE J et al. Traitements de substitution : le médicament est... celui qui le donne. Les modalités de mise à disposition d'un traitement de substitution par buprénorphine influencent-elles la réponse générale au traitement ? *Courrier des Addictions*, 2002, 4 : 104-106.
- (92) FATSÉAS M, LAVIE E, DENIS C et al. Sevrage aux benzodiazépines des sujets dépendants aux opiacés en traitement de substitution. *Presse Med*, 2006, 35 : 599-606.
- (93) Le Guide TSO «Pratiques professionnelles autour des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA» [Internet]. Fédération Addiction. 2012 [cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.federationaddiction.fr/le-guide-tso-pratiques-professionnelles-autour-des-traitements-de-substitution-aux-opiacés-en-csapa/>

(94) Patrizio PD. Évaluation de l'intérêt du sevrage dans le traitement des dépendances aux opiacés [Internet] [phdthesis]. Université de Lorraine ; 2021 [cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-03356836>

(95) Recommandations Dépendance aux opiacés (traitement de substitution) [Internet]. VIDAL. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dependance-aux-opiaces-traitement-de-substitution-1696.html>

(96) Actal n°12, mai 2013 – Parcours de soin : l'utilisateur au cœur de l'articulation des pratiques et des acteurs [Internet]. Fédération Addiction. 2013 [cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.federationaddiction.fr/actal-n12-mai-2013-parcours-de-soin-lusager-au-coeur-de-larticulation-des-pratiques-et-des-acteurs/>

(97) Traité d'addictologie [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/traité-d-addictologie--9782257206503.htm>

(98) David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. :47.

(99) Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3147889/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-par-les-centres-de-soins-d-accompagnement-et-de-prevention-en-addictologie-csapa

(100) SPF. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/prise-en-charge-des-addictions-par-les-medecins-generalistes>

(101) Beyaert Charly. Evaluation de la position des médecins généralistes français par rapport aux traitements de substitution aux opioïdes (TSO) / Charly Beyaert ; sous la direction de Paolo Di Patrizio. Thèse d'exercice Médecine Université de Lorraine 2017 ; 2017.

(102) Ordre national DES MÉDECINS. Code de déontologie médicale. In : Code de la Santé Publique. Paris : Dalloz, 2008, R 4127-1 à R 4127-1 12.

(103) Décès directement liés aux drogues - Tendances 133 - juillet 2019 - OFDT [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/deces-directement-lies-aux-drogues-tendances-133-juillet-2019/>

(104) Luc Olinga et AFP, « L'OxyContin, l'antidouleur de Purdue Pharma par lequel la crise des opiacés est arrivée » [archive], sur *letemps.ch*, 25 octobre 2019 (consulté le 20 octobre 2021).

- (105) Sébastien Seibt, « Les Sackler, roi des antidouleurs, de nouveau inquiétés par la justice américaine » [archive], sur *France 24*, 24 janvier 2018 (consulté le 20 octobre 2021).
- (106) M.G., « Aux États-Unis, un logiciel poussait les médecins à prescrire des opioïdes » [archive], sur *parismatch.be*, 7 février 2020 (consulté le 20 octobre 2021).
- (107) Adrienne Rey, « OxyContin : l'incroyable saga de l'antidouleur qui décime les Américains » [archive], sur *slate.fr*, 24 mars 2018 (consulté le 20 octobre 2021).
- (108) Maxime Robin, « Overdoses sur ordonnance », *Le Monde diplomatique*, no 767, février 2018, p. 1, 16-17 (lire en ligne [archive]). (Consulté le 20 octobre 2021).
- (109) « Trump déclare l'"urgence de santé publique" sur les opiacés » [archive], 26 octobre 2017 (consulté le 15 janvier 2018).
- (110) Jaouen Y. Les difficultés liées à la prise en charge du patient toxicomane aux Urgences. :11
- (111) L'évaluation des aspects éthiques à la Haute Autorité de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1525743/fr/l-evaluation-des-aspects-ethiques-a-la-haute-autorite-de-sante
- (112) Larousse É. Définitions : éthique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31388>
- (113) Les Principes de l'éthique biomédicale - Tom Beauchamp, James Childress [Internet]. 2008 [cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.lesbelleslettres.com/livre/9782251430157/les-principes-de-l-ethique-biomedicale>
- (114) Protections (OHRP) O for HR. Read the Belmont Report [Internet]. HHS.gov. 2018 [cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
- (115) Cella A. L'éthique médicale dans la pratique du médecin généraliste : identification des conflits éthiques et de l'utilité d'une aide. Éditeur non identifié ; 2015. 94 p.
- (116) Principes d'Éthique Médicale Européenne | C.E.O.M [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <http://www.ceom-ecmo.eu/view/principes-d-ethique-medicale-europeenne>
- (117) Charte Européenne d'Éthique Médicale | C.E.O.M [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <http://www.ceom-ecmo.eu/charte-europeenne-dethique-medicale-647>
- (118) Le code de déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>

(119) Laqueille X. Quelle éthique médicale face aux pathologies addictives ? Laennec. 2009;57(2):6-18.

(120) Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. Thèse de médecine - 2013

(121) Enquête sur la prise en charge des toxicomanes par les médecins généralistes - OFDT [Internet]. [Cité 13 janv 2022]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/sources-statistiques/enquete-sur-la-prise-en-charge-des-toxicomanes-par-les-medecins-generalistes>

(122) François Beck, Romain Guignard, Arnaud Gautier, Christophe Palle, Ivana Obradovic. La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes, Revue française des affaires sociales 2013/3, pages 24 à 41.

(123) Tiphaine Canarelli, Anaëlle Coquelin, Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés, Paris, OFDT, 2010.

(124) Nicolas Dodier & Agnès Camus, L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital, Annales Histoire et Sciences sociales, 1997, 4, p. 733-763

(125) 3. Anne Coppel, De l'usager de drogues à l'usager des services socio-sanitaires : l'action de proximité face aux logiques de services, Sciences sociales et Santé, 2005, 23, 1, p. 70-77.

(126) L'intérieur D-M de. Traitement de la toxicomanie [Internet]. [Cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.demarches.interieur.gouv.fr>

(127) CCAS.fr [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.ccas.fr/>

(128) Protection maternelle et infantile | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-maternelle-et-infantile>

(129) referentiel-addictologie-2020-infirmier [Internet]. Fédération Addiction. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.federationaddiction.fr/parution-des-referentiels-infirmiers-et-ipa-en-addictologie/referentiel-addictologie-2020-infirmier/>

(130) Florusse L. L'addiction : mieux la connaître pour mieux la combattre. 14 sept 2020;238.

(131) A D, DESTRUEL A. Travail social et toxicomanie : L'intervention de l'assistant de service social entre sevrage et substitution. 1999.

(132) Assistant de service social (ASS) - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-du-travail-social/les-fiches-metiers-du-travail-social/article/assistant-de-service-social-ass>

- (133) Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution », Conférence de consensus, juin 2004, www.anaes.fr.
- (134) J.-C. Weber et J. Kopferschmitt, « Les traitements de substitution chez le toxicomane », *Presse médicale*, vol. 27, no 39, 1998, p. 2088-2099.
- (135) Rapport no 43 du Comité consultatif national d'éthique du 23 novembre 1994 sur les toxicomanies, <http://www.ccne-ethique.fr>.
- (136) J.-C. Weber, « Évolution de la relation médecin malade », dans M.-J. Thiel (dir.), *Où va la médecine*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2003, p. 23-38.
- (137) M. Koch et P. Banys, « Methadone Is a Medication, Not an Addiction », *Liver Transplantation*, vol 8, no 9, p. 783-786.
- (138) M. Foucault, *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France (1976)*, Paris, Seuil, « Hautes études », 1997
- (139) J.-C. Weber, « Le diagnostic en médecine. De la clinique à la normalisation », A. Danion- Grilliat (dir.), *Le diagnostic en psychiatrie : questions éthiques*, Paris, Masson, 2006, p. 115-121.
- (140) H. Keane, « Disorders of Desire: Addiction and Problem of Intimacy », *Journal of Medical Humanities*, vol. 25, no 3, 2004, p. 189-204.
- (141) G. Canguilhem, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, Paris, Vrin, 1994, p. 392-411.
- (142) M. Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », *Dits et écrits, 1954-1988*, t. III, 1976-1979, Paris, Gallimard, 1994, p. 40-58
- (143) Ksouda K, Bloch V, Dugarin J, Dupuy G, Laqueille X, Lépine JP, et al. Stratégies d'arrêt du traitement de substitution par méthadone. *La Presse Médicale*. janv 2013;42(1):e28-36.
- (144) L'ETAT ET LA TOXICOMANIE. Histoire d'une singularité française - Henri Bergeron [Internet]. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.decitre.fr/livres/l-etat-et-la-toxicomanie-9782130501183.html>
- (145) Comprendre et vouloir Dix chantiers prioritaires pour la santé publique. Collection santé et société numéros 3. Société Française de santé publique. [Cité 25 avr 2022]. Disponible sur : https://sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/la_collection_sante_societe/sfsp_sante_societe_3.pdf#page=68
- (146) Article D3411-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Cité 4 janv 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912242/

(147) Décret n° 2005-293 du 22 mars 2005 portant publication de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, faite à Genève le 21 mai 2003 (1). 2005-293 mars 22, 2005.

(148) Décret n°2006-665 du 7 juin 2006 relatif à la réduction du nombre et à la simplification de la composition de diverses commissions administratives. 2006-665 juin 7, 2006.

(149) Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 RELATIVE AUX MESURES SANITAIRES DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE, ET A LA REPRESSION DU TRAFIC ET DE L'USAGE ILLICITE DES SUBSTANCES VENENEUSES. 70-1320 déc 31, 1970

(150) VICENTINI JP, CLÉMENT G. Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants. Archives de politique criminelle, 2009/1, n° 31. Paris, Pédone éd. : 185

(151) LE DAIN AY. Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, rapport sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites. Assemblée Nationale, n° 2385, 20 novembre 2014

(152) OBRADOVIC I. Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. OFDT, Tendances n° 81, juin 2012

(153) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

VU

NANCY, le **22 avril 2022**

Le Président de Thèse

Professeur Paolo DI PATRIZIO

NANCY, le **25 avril 2022**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **12450C**

NANCY, le **02 mai 2022**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

INTRODUCTION : La toxicomanie est un problème de santé publique majeur, durant sa carrière tout médecin généraliste sera amené à prendre en charge un patient dépendant aux opioïdes, en cours de sevrage, sous traitement substitutif, présentant un syndrome de sevrage, avec parfois des comorbidités somatiques, psychiatriques. En France environ 180 000 personnes bénéficient de prescriptions de traitement de substitution aux opioïdes (65 % de Buprénorphine et 35 % de Méthadone). Dans cette prise en charge la substitution est prédominante mais qu'en est-il de proposition de sevrage ? du choix du patient ? des troubles du jugement induit par les opiacés ?

OBJECTIFS : L'objectif principal était de colliger les problématiques éthiques que peuvent être amenés à se poser le médecin généraliste lors de la prise en charge initiale et au long cours des patients dépendants aux opiacés. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les capacités de discernement du patient sous opiacés lors du choix du traitement : point de vue des neurosciences, point de vue éthique ; de déterminer les aspects médico-légaux et de droit de la santé lors de la prise en charge du patient dépendant aux opiacés. *Ces objectifs ont été déclinés sur deux focales différentes : la substitution (M. MARTIN) et le sevrage (M. VERGIER).*

METHODE : Revue systématique de la littérature selon les critères Prisma, SWiM et Coreq, en français et anglais.

RESULTATS : Notre étude nous montre que quel que soit le choix de prise en charge d'un patient dépendant aux opioïdes, les questions éthiques sont sensiblement similaires mais la méthode substitutive paraît éthiquement plus encline à satisfaire les demandes des patients.

CONCLUSION : Le suivi en médecine de ville d'un patient dépendant aux opioïdes est une résultante de nombreux facteurs mettant en jeu l'expérience et la personnalité du médecin ainsi que l'histoire personnels du patient, qui nous oblige à entreprendre une réflexion éthique poussées sur notre prise en charge et la relation établie au fil du temps avec ce dernier.

TITRE EN ANGLAIS : ETHICAL ISSUES FOR GENERAL PRACTITIONERS IN THE CARE OF OPIOID-DEPENDENT PATIENTS

THESE : MEDECINE GENERALE - ANNEE 2022

MOTS CLEFS : déontologie, dépendance, éthique, médecine générale, opiacés, santé publique, sevrage, substitution.

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
