



HAL
open science

Optimisation de la prise en charge médicale des consommateurs d'héroïne et/ou cocaïne en médecine générale par l'évaluation de leurs attentes en médecine de ville et dans les structures spécialisées

Ewin Poujol-Wuckelt

► To cite this version:

Ewin Poujol-Wuckelt. Optimisation de la prise en charge médicale des consommateurs d'héroïne et/ou cocaïne en médecine générale par l'évaluation de leurs attentes en médecine de ville et dans les structures spécialisées. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04517147

HAL Id: hal-04517147

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517147v1>

Submitted on 22 Mar 2024

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>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Ewin POUJOL-WUCKELT

le 12 juin 2023

**Optimisation de la prise en charge médicale des consommateurs d'héroïne et/ou cocaïne
en médecine générale par l'évaluation de leurs attentes en médecine de ville et dans les
structures spécialisées**

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO	Président du Jury
Monsieur le Professeur Thomas SCHWITZER	Juge
Monsieur le Docteur Antoine CANTON	Juge
Monsieur le Docteur Jean-Marie HEID	Directeur de Thèse

Présidente de l'Université de Lorraine :

Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne

Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Pr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations 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* : Pr Jacques JONAS
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

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 - Serge BRACARD

Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER

Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - 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 - Dominique HESTIN

Bruno HOEN - 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 - 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

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

Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick
NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Faïez 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 - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e 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 - Professeur Jacques JONAS

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

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIOWSKI – 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

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

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 - Professeur Julien BROSEUS

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^e 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 - Professeur Philippe GUERCI

2^e sous-section : *Médecine intensive-réanimation*

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*

Professeur Nicolas GIRERD

5^e sous-section : *Médecine d'urgence*

Professeur Tahar CHOUIHED

49^e 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^e sous-section : *Neurochirurgie*

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

3^e sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie*

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER -

Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

4^e sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie*

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : *Médecine physique et de réadaptation*

Professeur Jean PAYSANT

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

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

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : *Chirurgie orthopédique et traumatologique*

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : *Dermato-vénérologie*

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : *Cardiologie*

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN

Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : *Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : *Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY - Professeure Nicla SETTEMBRE

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : *Chirurgie viscérale et digestive*

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : *Néphrologie*

Professeur Luc FRIMAT

4^e 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^e 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^e sous-section : *Chirurgie infantile*

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e 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 -

Professeur Patrice GALLET

2^e sous-section : *Ophthalmologie*

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

3^e 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^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

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

Docteur Bruno GRIGNON

44^e 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^e sous-section : *Physiologie*

Docteure Iulia-Cristina IOAN

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

2^e sous-section *Médecine et Santé au Travail*

Docteure Isabelle THAON

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

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

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

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

Docteure Maud D'AVENI

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

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : *Immunologie*

Docteure Alice AARNINK

4^e sous-section : *Génétiq*

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

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

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA -

Docteure Élise PAPE (stagiaire)

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2^e sous-section : *Neurochirurgie*

Docteur Fabien RECH

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

4^e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*

Docteur Fabrice VANHUYSSE

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

1^e sous-section : *Pédiatrie*

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD

4^e sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*

Docteure Eva FEIGERLOVA

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

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

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 - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –

Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

90^e Section : MAÏEUTIQUE

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i>
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>

REMERCIEMENTS

À notre Maître et Président du Jury,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur des Universités de Médecine Générale

Directeur du Département de Médecine Générale de l'UFR de Nancy

Coordonnateur local de Nancy et régional Grand Est du DES de Médecine Générale

Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de thèse et l'intérêt que vous portez à ce projet.
Qu'il me soit permis de vous témoigner mon estime, mon respect et ma sincère reconnaissance.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Thomas SCHWITZER

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier de psychiatrie adulte

Responsable du Centre Expert pour les Troubles Bipolaires du Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie d'Adultes et d'Addictologie du Grand Nancy

Médecin psychiatre

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail de thèse et d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Veillez trouver ici la marque de mes sentiments les plus respectueux.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Antoine CANTON

Maître de conférences associé de médecine générale

Médecin généraliste

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma sincère gratitude.

À notre Maître et Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Marie HEID

Médecin généraliste et addictologue

Pour m'avoir guidé dans la réalisation de cette thèse, pour la confiance que vous m'avez accordée, pour m'avoir soutenu pendant tout le projet, pour votre profonde gentillesse et humanité.

Que ce manuscrit soit le témoignage de ma sincère gratitude et mon profond respect.

A Timothé,

Mon Ange Gardien.

A tous mes amis,

pour avoir toujours été à mes côtés et partager tous ces fragments de vie, les meilleurs comme les pires. Votre soutien a été infallible.

Aux Joyeux Lurons et aux Bras cassés pour tous ces moments inoubliables passés ensemble.

A ma famille,

pour votre soutien.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au 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 matières

PROFESSEURS ÉMÉRITES	3
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	7
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS	8
MAÎTRES DE CONFÉRENCES	10
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE	10
DOCTEURS HONORIS CAUSA	10
REMERCIEMENTS	12
À notre Maître et Président du Jury,.....	12
À notre Maître et Juge,.....	13
À notre Maître et Juge,.....	14
À notre Maître et Directeur de Thèse,.....	15
I] Introduction et préambule	20
II] Rappel sur les toxicomanies	21
1. L'addiction.....	21
2. La cocaïne.....	22
a. Extraction des feuilles.....	22
b. De la pâte à la cocaïne.....	23
c. De la cocaïne au crack.....	24
d. Profil des consommateurs en France.....	25
e. Pharmacologie de la cocaïne.....	25
f. Le trafic de cocaïne.....	27
3. L'héroïne.....	30
a. Du pavot à l'opium.....	30
b. De l'opium à l'héroïne.....	32
c. Profil des consommateurs en France.....	34
d. Pharmacologie.....	35
e. Pharmacocinétique de la consommation d'héroïne.....	36
f. Les risques liés à la consommation d'héroïne.....	37
4. La prise en charge du patient addict à l'héroïne et/ou cocaïne.....	38
a. Les structures d'aides spécialisées : CSAPA et CAARUD.....	38
b. Accompagnement psychothérapeutique.....	38
c. Accompagnement pharmacologique.....	40
i. Les antidépresseurs.....	40
ii. Absence de substitution de la cocaïne.....	40
iii. Le traitement de substitution aux opiacés (TSO).....	41
1. La BHD.....	42
2. La Méthadone.....	43

III] Notre enquête (matériel, méthode, résultats)	45
1. Méthode	45
2. Population cible	46
3. Ethique et cadre règlementaire	46
4. Présentation des résultats	46
a. Chronologie de l'étude	46
b. Caractéristiques de la population étudiée	48
c. Analyse des consommations et de l'état de santé de l'échantillon	49
d. La prise en charge addictologique.....	54
i. Types de soignants assurant la prise en charge addictologique	54
ii. Satisfaction vis-à-vis de la prise en charge.....	55
iii. Attentes des patients concernant le suivi par rapport aux qualités médicales des soignants ...	56
iv. Education thérapeutique	57
IV] Discussions et perspectives.....	60
1. Forces et limites.....	60
a. Les forces de l'étude	60
i. Le questionnaire	60
ii. Etude multicentrique	60
b. Les limites de l'étude.....	60
i. Effectif.....	60
ii. Design	60
iii. Autoquestionnaire	61
iv. Les biais de l'étude.....	61
2. Etat des lieux des consommations	61
3. Types de prises en charges accompagnants l'arrêt de l'héroïne	62
4. Le risque de prise d'autres substances psychotropes	63
5. Comorbidités psychiatriques	63
6. La prise en charge.....	64
7. L'éducation thérapeutique	65
8. Le recours aux aidants	65
CONCLUSION.....	67
Annexe 1 :	68
Annexe 2	73
Bibliographie	74

I] Introduction et préambule

Cette étude a pour objectif d'explorer les attendus et les modalités souhaités par les patients dépendants à l'héroïne ou à la cocaïne vis-à-vis d'une prise en charge en structure spécialisée ou en cabinet de médecine générale.

Les retombées de l'étude permettront d'adapter et d'optimiser la prise en charge médicale de ces patients en médecine générale comme en structure spécialisée.

Les Centres de Soins, d'Accompagnements et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont des structures capables d'accueillir les usagers de substances illicites. Avec la médecine de ville ces individus peuvent bénéficier d'une aide ainsi que de la mise en place de traitements. En 2017, 162 300 patients ont été placés sous substitution en médecine de ville. A cela se rajoute 22 000 patients mis sous traitements au sein des CSAPA. En 2019, le nombre de patients pris en charge dans ces structures s'élevait à 136 000 (1). En France, 5,6% des adultes ont déjà pris de la cocaïne, soit 2,1 millions de personnes ce qui en fait la 2ème substance illicite la plus consommée après le cannabis. L'héroïne quant à elle, a déjà été consommée par 0,5 millions d'adultes en 2017, c'est la 4ème substance illicite la plus consommée en France. Bien qu'avec les amphétamines, le LSD et le crack elle n'ait été consommée que par environ 3% de la population, son potentiel addictogène demeure très important (2, 3). L'étude de Nutt publiée dans The Lancet en 2017 classe respectivement l'héroïne et la cocaïne en première et deuxième place des substances les plus addictives au monde (4).

L'apparition d'une conduite addictive est généralement multifactorielle. Elle s'explique par une vulnérabilité de l'individu sur le plan physiologique et psychique, ainsi que par son environnement et notamment la rencontre et la facilité d'accès du toxique dans son lieu de vie (5).

Face à leur propre impuissance, les malades se tournent vers leur médecin pour leur demander l'aide nécessaire (5). De leur point de vue, leur praticien est-il à-même de répondre à leurs attentes ? Dans le cas contraire comment parvenir à améliorer la qualité de prise en charge ?

Comme nous venons de le voir, l'accompagnement médical des patients toxicomanes est complexe et pourtant, il s'agit d'un enjeu de santé publique. Il s'agit ici d'apprendre à mieux connaître cette population et ses besoins concernant leur suivi médical spécialisé.

Pour répondre à cette problématique, nous étudierons dans une première partie ce qu'est une addiction et ce qu'elle implique pour la santé des patients. Nous développerons ensuite plus spécifiquement l'addiction à la cocaïne et à l'héroïne, puis nous verrons quelles sont actuellement les possibilités de prise en charge de l'addiction à ces substances.

Dans un deuxième temps, nous présenterons notre étude quantitative par questionnaire, descriptive transversale et multicentrique, ciblant des patients atteints d'une addiction à la cocaïne ou l'héroïne et consultant un généraliste ou addictologue en Lorraine.

Dans une troisième partie, nous discuterons des perspectives d'amélioration de la prise en charge des patients toxicomanes que les données de cette étude nous aurons suggérées.

II] Rappel sur les toxicomanies

1. L'addiction

L'**addiction** est définie par une **dépendance** à une substance ou un comportement avec des conséquences délétères. (6)

Selon l'ICD 11, la dépendance est définie de la manière suivante :

Au moins 2 des 3 critères suivant sur une période d'au moins 12 mois, ou la consommation quotidienne ou presque quotidienne d'une substance pendant 1 mois. (7)

- Perte de contrôle concernant le début, les circonstances et la fin de la consommation. Est souvent mais pas nécessairement accompagné du besoin de consommer la substance.
- Caractéristiques physiologiques, indiquant une neuroadaptation à la substance, caractérisées par la tolérance, les symptômes de sevrage à l'arrêt ou la réduction de dose et le retour à la consommation pour éviter ou diminuer ces symptômes de sevrages
- La consommation de la substance devient progressivement une priorité dans la vie, de telle sorte que la substance passe avant les autres intérêts, plaisirs, activités quotidiennes, obligations ou soins personnels ou médicaux. La consommation de la substance prend une place croissante et centrale dans la vie de la personne et rend les autres aspects de la vie secondaires et se poursuit malgré l'occurrence de problèmes.

Les 11 Critères diagnostiques du DSM V de l'American Psychiatric Association pour la **dépendance** sont les suivants : (6)

- Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (craving)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

Présence de 2 à 3 critères : addiction faible

Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée

Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

Voyons à présent quelques définitions autour de l'addiction.

Selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) :

La toxicomanie correspond à un « comportement de dépendance à l'égard d'une ou plusieurs substances psychoactives. Maintenant remplacé par le terme addiction. »

La tolérance se définit « par une diminution des effets produits par une même dose de drogue et donc une perte de sensibilité à la substance. L'utilisateur de drogues, pour ressentir les mêmes effets, doit consommer des doses de plus en plus fortes ou augmenter la fréquence des prises. »

Le sevrage se définit « au sens strict, [par un] arrêt de la consommation d'une substance dont le corps est devenu physiquement dépendant. Par extension, il s'agit de l'ensemble des mesures thérapeutiques destinées à aider un sujet à mettre un terme à la consommation de substances psychoactives dont il est dépendant physiquement ou psychologiquement. » (8)

L'accoutumance correspond à la baisse de l'activité d'une substance après son administration répétée, nécessitant d'augmenter les doses pour obtenir le même effet. (9)

Le **transfert de dépendance** correspond à un phénomène « où des patients en train de se départir d'un lien de dépendance à un objet développent une dépendance à un nouvel objet ». (10)

2. La cocaïne

Il s'agit du psychostimulant illicite le plus consommé en Europe. En France, chaque année, elle est consommée par 400 000 personnes.

Elle existe sous 2 formes différentes :

- Chlorhydrate de cocaïne, qui est une poudre blanche
- Base : crack, freebase

(11, 12)

a. Extraction des feuilles

La cocaïne est extraite à partir des feuilles de l'arbuste cocaïer, qui est cultivé en altitude, entre 700 et 1800 mètres, essentiellement en Amérique du Sud, dans l'Est de l'Afrique et en Indonésie. (11, 12) La

Colombie produit à elle seule 70% des volumes de cocaïne mondiaux. (13) Il faut environ trois ans à l'arbre pour atteindre sa maturité.



Figure 1 : Feuilles de coca (12)

Après avoir séché plusieurs jours, les feuilles de coca sont mélangées à une base faible et à un solvant organique de type kérozène ou benzène. Les débris du végétal sont éliminés et le tout est mélangé à une base forte pour créer une pâte brune que l'on laisse sécher. A ce stade, elle peut déjà être fumée et produit des effets similaires à ceux de la cocaïne. (12)

b. De la pâte à la cocaïne

La pâte est filtrée, nettoyée, séchée, mélangée à plusieurs produits dont le dernier est de l'acide chlorhydrique pour créer le chlorhydrate de cocaïne qui est la forme finale. Il s'agit d'une poudre blanche, qui sera coupée avec diverses substances, comme des anesthésiques locaux ou autre, avant d'être vendue. Les consommateurs la sniffent le plus souvent, ce qui procurerait une sensation d'euphorie moins puissante mais plus longue que l'injection intraveineuse. (12)



Pasta



Cocaïne pure



Bloc de chlorhydrate

Figure 2 : Les différents étapes de préparation de la cocaïne (12)



Figure 3 : Rail de cocaïne (12)

c. De la cocaïne au crack

Le chlorhydrate de cocaïne peut être dissout dans l'eau et mélangé à un agent alcalin. Si l'agent alcalin est du bicarbonate de soude, on obtient du « crack », vendu sous forme de galette friable en cailloux et si le mélange est effectué avec de l'ammoniaque, on forme un « free base ».



Galette de crack

Cailloux de crack

Figure 4 : Galette et cailloux de crack (12)

Ces deux formes sont fumées le plus souvent à l'aide d'une pipe, ou plus rarement en cigarette. Certains usagers s'injectent les restes de cailloux ou directement le free base.



Figure 5 : Pipe à crack (12)

d. Profil des consommateurs en France

Les consommateurs des deux formes de base de cocaïne sont essentiellement de deux types différents.

Généralement, les usagers de crack sont issus d'un milieu plus défavorisé, ils sont plus âgés et consomment d'autres produits également facilement accessibles comme les médicaments psychotropes, en particulier les benzodiazépines, mais aussi l'alcool et le cannabis.

Les usagers de free base sont généralement plus jeunes et plus aisés, ils consomment souvent dans un milieu festif et l'associent généralement à de l'alcool, du cannabis, de l'héroïne, des stimulants ou hallucinogènes.(12)

e. Pharmacologie de la cocaïne

La cocaïne agit en relarguant et en inhibant la recapture de la dopamine, sérotonine et catécholamines, qui s'accumulent dans les synapses et procurent un effet psychostimulant et euphorisant, rappelant la symptomatologie maniaque. (11, 12)

La cinétique de la cocaïne varie en fonction de la voie d'administration, mais aussi de la dose et de l'individu :

- La **voie intranasale** ralentit l'absorption par une vasoconstriction locale. Les effets surviennent seulement environ 3 minutes après le sniff et peuvent durer jusqu'à 1 heure.
- L'**inhalation des fumées** de crack ou free-base procure un effet qui débute entre cinq et dix secondes et perdure une dizaine de minutes après la prise, car le produit passe directement dans l'artère pulmonaire.
- L'**injection** intraveineuse agit au bout de 16 à 20 secondes, le pic plasmatique est atteint en moins de 2 minutes et l'effet s'estompe en 20 à 30 minutes.
- L'**ingestion** agit au bout de 10 minutes, le pic plasmatique est atteint après 60 minutes, il s'estompe en 90 minutes environ.

(12, 14)

A l'extinction de ces effets survient une phase de dysrégulation anhédonique, couramment appelée « descente », qui se caractérise par un syndrome anxiodépressif. Les consommateurs vont alors

généralement rechercher une nouvelle dose pour mettre fin à ces sentiments désagréables et développent une dépendance psychique à la substance.

Les effets indésirables de la cocaïne se situent essentiellement sur le plan cardiovasculaire et psychiatrique et peuvent survenir dès la première prise, sans dose seuil ; de nombreux autres organes/appareils peuvent être dégradés par la cocaïne. En conséquence, s'il n'y a pas d'addiction associée, on parlera d'usage à risque chez tout consommateur.

(11, 12)

Le schéma ci-dessous résume les complications principales de la consommation de cocaïne :

Complications cardiovasculaires	Syndrome coronarien aigu Troubles du rythme Thromboses artérielles et veineuses
Complications neurologiques	AVC ischémiques ou hémorragiques Abaissement du seuil épiléptogène
Complications infectieuses en lien avec des comportements à risque	Virales (VIH, Hépatites B et C) Bactériennes (abcès locaux, endocardites, pneumopathies, septicémies) Infections sexuellement transmissibles
Complications respiratoires (cocaïne base)	Bronchospasme Epanchements gazeux Hémorragies Crack Lung (syndrome pulmonaire avec hyperthermie et autres complications)
Complications ORL (usage intranasal)	Lésions de la cloison nasale Infections nasosinusiennes Nécrose de la cloison nasale Nécrose extensive de la face
Complications dermatologiques	Lésions pieds/mains chez des consommateurs de crack
Complications psychiatriques	Paranoïa induite par la cocaïne Pharmacopsychose Dépression Suicide Attaques de panique induites Comportement de Recherche Compulsive de Crack
Complications gynécologiques et obstétricales	Prématurité Retard de croissance intra-utérin Hématome rétroplacentaire Infarctus utérin Troubles du rythme fœtal Troubles du comportement, cognitifs et hyperactifs avec déficit de l'attention chez l'enfant et l'adolescent

Figure 6 : Récapitulatif des risques liés à l'usage de la cocaïne (15)

Le traitement du surdosage ou du syndrome de sevrage de la cocaïne est symptomatique. Il n'existe pas de traitement spécifique. (11)

En revanche, quelques médicaments peuvent aider à maîtriser les risques liés à l'intoxication. Ils sont résumés dans le schéma ci-dessous :

Médicaments	Indications	Commentaires
Benzodiazépines	• Contrôle de l'agitation psychomotrice	Médicament de 1 ^{er} choix; diminue également la mortalité dans certains modèles animaux d'agitation sur cocaïne
	• Hyperactivité du système sympathique nerveux central et périphérique	Contribue ainsi à réduire l'ischémie myocardique générée par une combinaison de vasospasme coronaire, tachycardie et hypertension artérielle systémique
Nitroglycérine	• Hypertension • Syndrome coronarien aigu • Infarctus myocardique	Réverse la vasoconstriction coronarienne médiée par la stimulation α -adrénergique. ²⁰ L'association avec une benzodiazépine renforce son action ²¹
Aspirine	• Syndrome coronarien aigu	CAVE : en cas de suspicion d'hémorragie cérébrale ou de dissection aortique
Phentolamine	• Syndrome coronarien aigu • Hypertension	α -bloquant chez l'homme; réverse la vasoconstriction coronarienne Médicament de 2 ^e choix lorsqu'un traitement de nitroglycérine échoue Administration en bolus intraveineux de 1 mg aux 5 min ²²⁻²⁴
Vérapamil	• Syndrome coronarien aigu	Efficace pour lever la vasoconstriction coronarienne dans une seule petite étude. Donc une alternative possible aux β -bloquants ²⁵
Bicarbonate de sodium	• Tachyrythmie à QRS large	Corrige l'acidose et réduit la durée du QRS, comme pour une intoxication aux tricycliques. ^{26,27}
Xylocaïne	• Fibrillation ou tachycardie ventriculaire secondaire à infarctus du myocarde	Emploi sûr en cas d'imprégnation par la cocaïne ²⁸

Figure 7 : Médicaments indiqués pour traiter l'intoxication à la cocaïne (16)

f. Le trafic de cocaïne

La cocaïne est mélangée à des produits de coupe avant d'être vendue afin d'augmenter la rentabilité du trafic. Si ces substances sont actives pharmacologiquement, on les appelle des adjuvants et sont d'origine médicamenteuse. Si elles sont inertes, ce sont des diluants de type sucres (glucose, mannitol, lactose) ou minéraux (acide borique, carbonates etc.).

Il peut également y avoir l'adjonction involontaire de produits due aux procédés de fabrication, stockage ou conditionnement.

D'un point de vue sanitaire, il est important d'étudier régulièrement quels sont les produits de coupe fréquemment employés, car ils peuvent être à l'origine d'intoxications avec symptomatologie atypique en regard de la drogue que le patient pense avoir prise.

Les poudres de cocaïne saisies en France contiennent en moyenne moins de 50% de cocaïne. Elle est mélangée le plus souvent à de la caféine, des anesthésiques locaux (comme la lidocaïne), de

l'hydroxyzine, du diltiazem ou du lévamisole. Ce dernier peut provoquer une agranulocytose, des vascularites cutanées ou rénales.

(12, 17)

Pour le transport notamment transfrontalier de la cocaïne par les passeurs ou mules, la marchandise est emballée dans un plastique thermo-soudé afin qu'elle puisse être cachée dans le tube digestif sans en avoir les effets. Ces bonbonnes sont généralement avalées ou introduites dans les orifices corporels.

(12)



Figure 8 : Bonbonne de cocaïne (12)



Figure 9 : Radiographie d'un passeur ayant ingéré des bonbonnes de cocaïne (12)

Voyons à présent à quoi ressemble les doses en ventes dans les rues :



Figure 10 : Boulettes et doses de rue (12)



Figure 11 : Briques de cocaïne (12)

3. L'héroïne

a. Du pavot à l'opium



Figure 12 : Fleurs du pavot (18)

Le pavot est une plante dont le fruit, le pavot, est une capsule renfermant de nombreuses graines. Les nervures de la tige et de la capsule renferment un latex blanc appelé opium, à l'origine de l'héroïne. (19-21)



Figure 13 : capsule (fruit) du pavot (22)



Figure 14 : Fruit du pavot et ses graines (22)

Le terme « opium » provient du grec et signifie « jus », substance riche en alcaloïdes.

Les molécules actives dans l'opium sont essentiellement les alcaloïdes, dont nous allons présenter les plus importantes :

- la morphine : elle constitue 10 à 12% de l'opium.
- la codéine : 2 à 5% de l'opium

(19)

Nous allons ici développer le mécanisme d'action de la morphine, élément le plus important de l'opium.

La morphine agit principalement au niveau du système nerveux central. Il possède une action antalgique et selon les situations, peut provoquer une sédation ou agitation. Elle a également une action antitussive. Pour ce qui est des effets indésirables, la morphine peut entraîner notamment une dépression respiratoire, des vomissements, un myosis et un assèchement des muqueuses. La morphine diminue le tonus des muscles lisses, ce qui ralentit le péristaltisme et augmente le tonus des fibres circulaires comme le pyllore, l'anus, le sphincter vésical. Sur le plan cardiovasculaire, la morphine cause une hypotension et bradycardie, voire des syncopes.

Au stade de morphine, la substance est encore légale et sert d'antalgique.

(23, 24)

b. De l'opium à l'héroïne

Récolte de l'opium :

Incision de la capsule avant maturité et recueil du liquide blanchâtre qui coule. Ce suc épais appelé opium s'oxyde au contact de l'air, il s'assombrit et se solidifie. Son malaxage permet de former un pain ou pâte.



Figure 15 : incision de la capsule de pavot et écoulement de l'opium (25)



Figure 16 : Récolte de l'opium (26)



Figure 17 : pâte d'opium (27)

Après avoir extrait l'opium, on le dissout dans l'eau et le fait bouillir. En y ajoutant de la chaux (hydroxyde de calcium) ainsi que du chlorure d'ammonium, on obtient une précipitation de la morphine, que l'on peut ensuite filtrer pour créer la morphine base.

La morphine ainsi obtenue est acétylée pour donner de l'héroïne (diacétylmorphine), appelée héroïne brune, qui n'est pas encore hydrosoluble et ne peut qu'être fumée. Pour permettre l'injection, une dernière étape est nécessaire pour obtenir une solubilité dans l'eau grâce à différents mélanges.

La synthèse des composés médicamenteux légaux à base de morphine est différente : la partie aérienne du pavot est mélangée à des solvants. En France, c'est Sanofi (filiale Francopia) qui exploite tout le pavot permettant la production de morphine médicinale française et ses dérivés pharmaceutiques.

(19, 28-32)

Les produits de coupe :

L'héroïne est coupée avant d'être vendue, ce qui permet d'augmenter la rentabilité du trafic. Depuis 20 ans, la pureté du produit est à la baisse : les poudres saisies actuellement contiennent en moyenne 10 à 15% d'héroïne seulement. Elle est principalement mélangée à de la caféine et du paracétamol, car le goût amer de ce mélange rappelle celui de l'héroïne pure et permet de tromper le consommateur. La caféine permet de baisser le point d'évaporation de l'héroïne pour faciliter l'inhalation de ses vapeurs et le paracétamol permet également d'augmenter les propriétés antalgiques de la poudre vendue. Parfois, on retrouve également d'autres adjuvants comme des benzodiazépines, du fentanyl, ou même de l'anthrax. Il semblerait que ce bacille du Charbon contaminerait la poudre lorsque celle-ci est cachée dans le tégument d'un animal infecté.

(17, 31, 33)

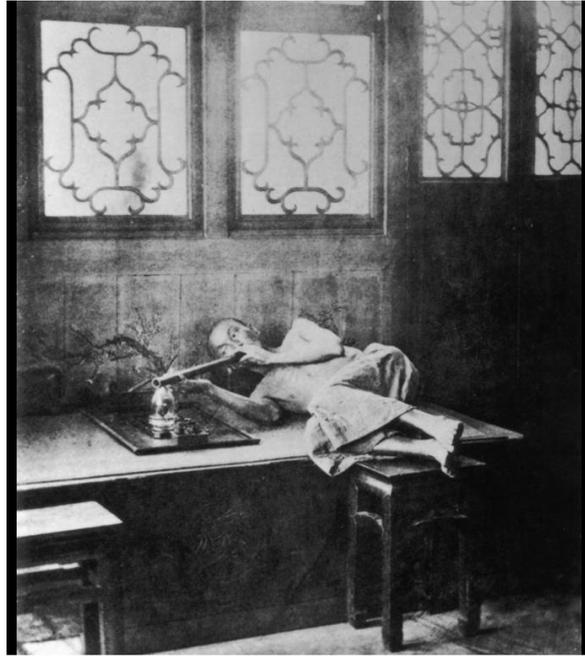


Figure 18 : Homme consommant de l'opium en Chine, XIXe siècle (Crédits : Hulton Archive/ Getty Images) encyclopedia universalis

c. Profil des consommateurs en France

En France, 0,4% de la population souffre d'addiction à l'héroïne. L'âge médian des consommateurs est de 30 ans et en moyenne, c'est à 19 ans qu'ils prennent leur première dose. Il s'agit à 75% d'une population masculine, la plupart du temps précaire, surtout dans la partie nord de la France.

L'inhalation de l'héroïne en poudre (« sniff ») est pratiquée par 53% des usagers, tandis que 28% d'entre eux se l'injectent et 19% la fument.

Pour le sniff, la poudre est disposée en lignes et aspirée dans chaque narine grâce à une paille ou une feuille de papier enroulée.

L'injection par voie intraveineuse s'appelle « shoot ». Pour cela, on place l'héroïne dans une cuillère avec de l'eau et, s'il s'agit d'héroïne brune, on la mélange à un diluant acide. Le tout est aspiré avec une seringue pourvue d'un coton pour filtrer ce qui n'a pas été dilué.

La préparation du mélange héroïne/cocaïne destinée à être injectée se nomme le « speedball ».

L'inhalation des vapeurs d'héroïne s'appelle « chasser le dragon ». Cette technique consiste à placer la poudre d'héroïne sur une feuille d'aluminium chauffée à l'aide d'une flamme. Les vapeurs ainsi produites sont inspirées grâce à une paille.

Pour fumer l'héroïne, les usagers la mélangent à du tabac dans une pipe à eau, une pipe classique, ou une cigarette.

Certains rares usagers utilisent la technique du « plug », ou administration intrarectale, notamment lorsque le capital veineux détruit ne permet plus les injections et que les utilisateurs recherchent un effet rapide et intense similaire à l'injection.

Pour ce qui concerne les raisons de cette consommation, 60 % des usagers disent chercher « les effets positifs de l'héroïne », 27% tenteraient de gérer ainsi leur « manque » (ceux-ci privilégie l'injection) et enfin 5% souhaiterait contrebalancer la descente des stimulants.

(17, 34, 35)

d. Pharmacologie

L'héroïne fait partie de la classe des opioïdes (ou opiacés). Les opiacées peuvent être naturels comme la morphine, semi-synthétiques comme l'héroïne, ou complètement synthétiques pourvu d'une action morphinique comme la codéine, la méthadone, le fentanyl etc...

Ils se fixent sur les récepteurs opioïdes endogènes, mu, kappa et delta et les stimulent, imitant les actions des opioïdes endogènes, respectivement les endorphines (mu = μ), les dynorphines (kappa = κ) et les enképhalines (delta = δ). Les opiacés ont un profil d'affinité qui leur sont propres concernant ces récepteurs et ont donc un effet différent.

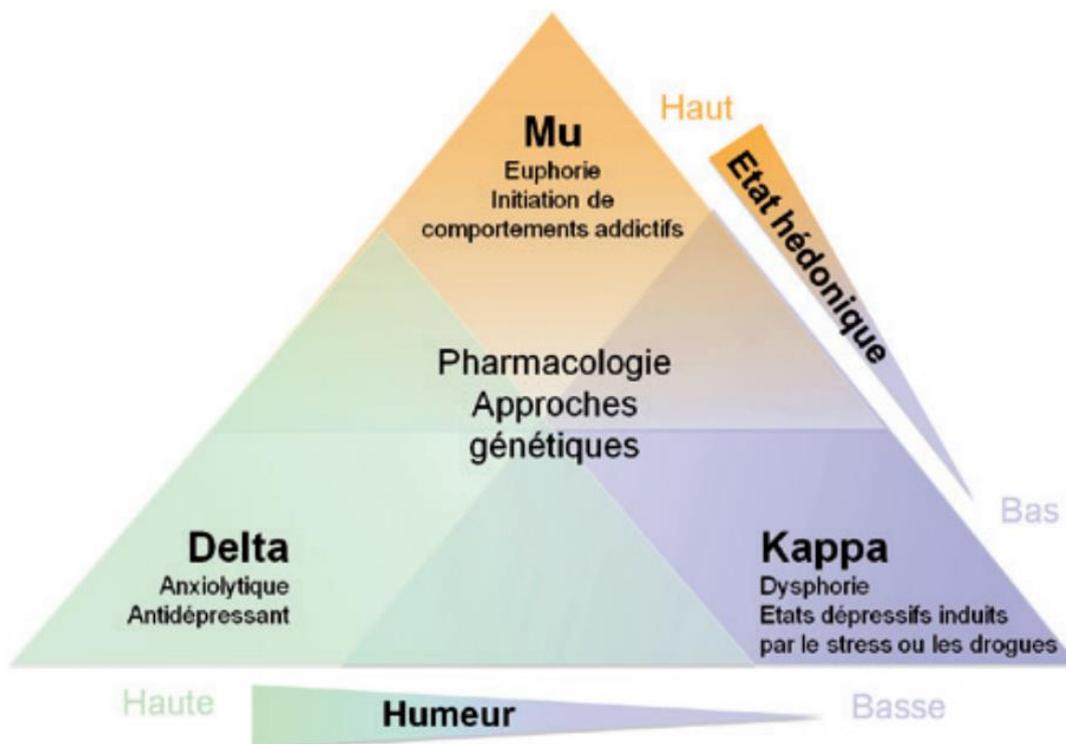


Figure 19: Rôles des trois récepteurs opiacés dans l'homéostasie hédonique et le contrôle des émotions. (36)

En résumé, les 3 récepteurs opiacés Mu, Delta et Kappa ont des rôles très différents :

- Mu est euphorisant
- Kappa crée une dysphorie, son activation au long cours, notamment par le stress ou la consommation de drogues, provoque une dépression. Il exerce un rétrocontrôle des récepteurs Mu et Delta.
- Delta a une action anxiolytique et antidépressive opposée à l'activité Kappa.

En comparaison aux opiacés endogènes, la morphine et l'héroïne entraînent une libération beaucoup plus importante de dopamine au sein du noyau accumbens, à l'origine d'une euphorie puissante déclenchant une addiction.

Il existe trois types d'interactions avec les récepteurs :

- Les agonistes complets actionnent les 3 types de récepteurs opioïdes (ex : morphine)
- Les agonistes partiels les actionnent seulement en partie (ex : codéine)
- Les agonistes-antagonistes activent certains récepteurs et en désactivent d'autres (ex : buprénorphine)
- Les antagonistes complets désactivent tous les récepteurs opiacés (ex : naloxone)

Les effets des opiacées peuvent être classifiés dans différentes catégories :

Action antalgique :

Les opiacés augmentant les seuils nociceptifs thermique, chimique, électrique et à la pression en inhibant la transmission nociceptive au niveau du système nerveux central, supra-spinal et spinal.

Action sur les muscles lisses :

Relâche les muscles à fibres longitudinales, diminue le péristaltisme et contracte les muscles à fibres circulaires comme les sphincters.

Action antitussive :

La morphine est l'antitussif le plus efficace connu. Elle n'est en revanche que peu utilisée comme antitussif en raison de son profil d'effets indésirables et de son potentiel addictif.

(11, 35-38)

e. Pharmacocinétique de la consommation d'héroïne

- Le **flash** correspond à une euphorie survenant tout de suite après l'administration en intraveineuse. Une impression de chaleur envahit l'utilisateur.

Lorsque le produit est inhalé ou fumé, l'effet est moins intense et moins rapide à apparaître.

- Le **plateau** est caractérisé par une sensation de calme, d'apaisement avec analgésie affective et physique et un sentiment de bien-être profond.
- Lors de la **descente**, l'euphorie disparaît, une somnolence s'installe. Si le consommateur a une dépendance physique, les signes de manque apparaissent alors.

(38, 39)

Pour mieux illustrer de l'héroïne sur les usagers, voici 2 témoignages authentiques :

« Je me disais qu'en une seule prise la dépendance ne pouvait pas se mettre en place... Je l'ai prise par voie intraveineuse. Les effets de la 1ère fois étaient formidables ! Je me sentais indécemment bien, confiante, heureuse. Puis, viennent les effets de la chute... Je me sentais mal, nauséuse, des vertiges, je n'avais plus confiance en moi, et je broyais du noir. L'effet du manque est apparu juste après les effets dissipés, c'était insupportable... Mal de dos, aux articulations, des sueurs froides, j'alternais entre chaud/froid...Je me suis dit que j'en reprendrai plus jamais...Le lendemain je ne pensais qu'à ça... Retrouver les sensations de la 1ère prise... »

« Personnellement, ma première injection d'héroïne m'a fait un tel effet, que finalement, je ne l'oublierai jamais, et c'est cela même qui me condamne à vivre avec le souvenir envoûtant de sa présence. Comment retourner sur Terre (ou en enfer) après avoir connu l'Eden ? »

(40)

f. Les risques liés à la consommation d'héroïne

Également appelée intoxication aigüe, l'overdose survient essentiellement dans les 30 minutes après une injection, mais peut également survenir après une inhalation. Elle se caractérise par l'apparition d'une hypothermie, bradycardie, hypotension, dépression respiratoire, myosis, coma, voire arrêt cardiaque. (39)

Facteurs de risque de la surdose d'héroïne :

- La consommation par injection
- La reprise de la consommation après un arrêt prolongé
- Association avec un autre dépresseur respiratoire comme de l'alcool, des benzodiazépines, des barbituriques, des anesthésiques etc.
- Comorbidités somatiques ou psychiatriques

En cas de suspicion de surdosage d'opioïdes, il convient d'administrer la naloxone, un antagoniste des récepteurs opiacés qui n'a quasiment pas d'effet sur les personnes n'ayant pas consommé d'opioïdes.

(41)

4. La prise en charge du patient addict à l'héroïne et/ou cocaïne

La prise en charge du patient atteint d'une addiction à l'héroïne et/ou cocaïne est avant tout l'amélioration de sa qualité de vie, en passant par la réduction de la morbidité et de la mortalité importantes qui y sont liées. La réinsertion sociale et le soutien psychique constituent également une part primordiale de la thérapie. (42)

a. Les structures d'aides spécialisées : CSAPA et CAARUD

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou CSAPA, ont été mis en place en 2007 et sont financés par l'assurance maladie. Ils prennent en charge les patients atteints d'addiction avec ou sans substances.

Il s'agit d'établissements à vocation médicosociale, se caractérisant par leur proximité, leur pluridisciplinarité avec une prise en charge médicale, sociale et éducative, aussi longtemps que nécessaire. Il est possible de s'y faire soigner dans l'anonymat, notamment pour les usagers des drogues illicites.

La mission du CSAPA consiste à accueillir, informer, évaluer la situation médicale, psychologique et sociale, puis d'orienter le cas échéant vers la structure la plus adaptée au patient.

(43)

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues ou CAARUD, sont des structures médico-sociales mises en place en 2004.

Ils permettent l'accueil, l'information et l'orientation, le soutien, l'accès aux soins, l'aide sociale, la mise à disposition de matériel pour éviter les infections dues à leur partage entre usagers.

Ils sont destinés en particulier aux usagers de drogues en situation de précarité, qui ne sont pas forcément dans une démarche de soin comme au CSAPA. (44)

b. Accompagnement psychothérapeutique

Parmi toutes les psychothérapies existantes, il semblerait que la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) soit la plus efficace, à la fois sur l'addiction, sur la dépression et le trouble anxieux qui sont des comorbidités importants de toutes les addictions, et devrait être utilisée en première intention. (45)

La dernière technique développée dans le cadre des TCC est la thérapie ACT. Elle a montré une efficacité certaine dans le traitement de tous les troubles psychiatriques, y compris les addictions. (46)

Il y a six grands axes essentiels dans l'ACT. Ils sont représentés dans le schéma suivant :

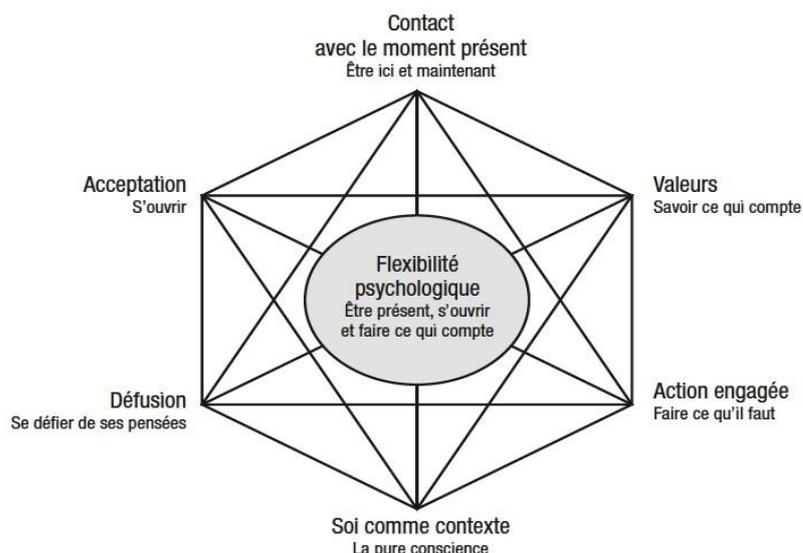


Figure 20 : L'hexaflex (46)

Voici un schéma explicitant les termes de l'hexaflex dans un tableau :

Processus pathologiques	Processus thérapeutiques
<p>Évitement expérientiel Le patient lutte constamment contre ses pensées et ses émotions</p>	<p>Acceptation Le patient accepte volontairement ses pensées et ses émotions, même quand il ne les aime pas</p>
<p>Fusion cognitive Le patient considère que ses pensées décrivent parfaitement comment sont vraiment les choses et ce qu'il doit faire</p>	<p>Défusion cognitive Le patient voit chacune de ses pensées comme une manière parmi d'autres de penser – considère que ce qu'il fait dépend de lui</p>
<p>Passé / futur Le patient porte son attention la plupart du temps sur le passé ou le futur</p>	<p>Contact avec l'instant présent Le patient passe la majeure partie de son temps à porter son attention sur ce qui se passe dans le moment présent</p>
<p>Soi conceptualisé Le patient considère qu'il est la somme de ses pensées et sentiments à propos de lui</p>	<p>Soi-comme-contexte Le patient connaît ce qu'il pense et ressent mais se distingue de ces processus</p>
<p>Valeurs peu claires Le patient ne sait pas ce qui compte pour lui</p>	<p>Valeurs Le patient sait précisément ce qu'il valorise dans la vie</p>
<p>Action inutile Le patient n'agit pas en direction des choses qui sont importantes pour lui</p>	<p>Action engagée Le patient identifie correctement les actions qu'il doit entreprendre pour mettre ses valeurs en pratique</p>

Figure 21 : Les 6 processus thérapeutiques de l'act (47)

En résumé, la thérapie ACT permet d'aider le patient à lâcher prise, arrêter de lutter, pour se concentrer sur ce qui compte pour soi et redonner de la cohérence à sa vie. Elle correspond à la dernière vague de thérapies cognitivo-comportementales, elle est très adaptée à la prise en charge de nombreuses pathologies psychiatriques et plus particulièrement les addictions. Elle permet à la fois la diminution des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie. (46, 47)

c. Accompagnement pharmacologique

i. Les antidépresseurs

Il est important d'identifier si le patient souffre d'une comorbidité de dépression ou d'un trouble anxieux sévère, fréquents en addictologie. Dans ce cas, il conviendra d'introduire un traitement antidépresseur, en privilégiant si possible les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) ou les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa). (48)

ii. Absence de substitution de la cocaïne

La place de la pharmacologie dans le traitement de l'addiction à la cocaïne est peu importante. En effet, il n'existe pas de traitement substitutif spécifique de la dépendance à la cocaïne, mais son syndrome de sevrage ne nécessite généralement pas de prise en charge médicamenteuse.

Même s'il n'existe aucun médicament ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour réduire les risques liés à la consommation de cocaïne, certains ont montré des résultats encourageants dans l'aide au sevrage, notamment pour diminuer la fréquence des consommations ou le craving.

Ils agissent soit en bloquant les effets de la cocaïne par des antagonistes aux récepteurs dopaminergiques, soit à l'inverse par des agonistes de ces récepteurs, comme le disulfirame. Par ailleurs, il existe aussi des stimulateurs des récepteurs GABA, comme le topiramate, ainsi qu'un vaccin anti-cocaïne, faisant produire des anticorps anti-cocaïne, qui semblent également apporter une certaine aide au sevrage de la cocaïne.

En conclusion, s'il existe plusieurs molécules susceptibles d'accompagner le patient lors du sevrage de la cocaïne, la prise en charge de cette addiction semble essentiellement psychothérapeutique et sociale et non pharmacologique.

(12)

iii. Le traitement de substitution aux opiacés (TSO)

Il existe plusieurs possibilités de sevrage de l'héroïne : soit le sevrage direct, qui peut cependant être difficile, soit le passage par un traitement de substitution aux opiacés, permettant de mieux gérer le manque et de diminuer progressivement les doses sous encadrement médical.

Les TSO sont des traitements à base de dérivés opiacés visant à apaiser le manque dû à l'arrêt de l'héroïne ou autre morphinique chez le patient dépendant. (49)

- Histoire des TSO

Dès le début des années 1980, l'épidémie de SIDA fait des ravages, notamment parmi les usagers de drogues intraveineuses. Pour lutter contre cela, les traitements de substitutions aux opiacés comme la buprénorphine ou les sulfates de morphine sont de plus en plus prescrits : la prise en charge de l'addiction à l'héroïne est médicalisée. C'est également à ce moment-là que le concept de réduction des risques s'est développé avec l'apparition en vente libre de seringues à usage unique.

En 1996, le Subutex, nom commercial de la Buprénorphine Haut Dosage (BHD), a été mis sur le marché. Grâce à sa grande accessibilité, pouvant notamment être prescrit par les médecins généralistes, et par le fait qu'il n'était pas classé comme stupéfiant, il a vite été très utilisé. Cependant, il posera rapidement le problème de son mésusage.

Contrairement au Subutex, l'initiation du traitement par méthadone ne peut s'effectuer qu'en structure spécialisée en addictologie, c'est pourquoi son développement a été beaucoup plus lent.

- Cadre légal

A l'heure actuelle, la BHD peut être prescrite par tout médecin et délivrée par les pharmaciens d'officine.

La méthadone doit être initiée par des structures spécialisées comme les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ainsi que les services d'addictologie. Cependant, il est possible grâce à une ordonnance relais faite par cette structure, que le médecin de ville renouvelle les ordonnances de méthadone.

Il existe actuellement 4 formes de Médicaments de Substitutions aux Opiacés (MSO) pouvant être prescrit en France :

- La méthadone en solution buvable, ou sirop
- La méthadone en gélule
- La BHD en comprimés sublinguaux (princeps Subutex)

- L'association BHD et naloxone en comprimés sublinguaux (princeps Suboxone). La présence de naloxone permet d'empêcher le mésusage du produit par voie intraveineuse.

Le sulfate de morphine comme le Skénan peut être toléré comme MSO hors AMM.

La part de BHD parmi les MSO était de 62 % en 2019, contre 38% pour la méthadone, qui remplace chaque année de plus en plus la buprénorphine. 82% de la méthadone était délivrée cette année-là par les pharmacies d'officine et le reste par les structures spécialisées comme les CSAPA ou par les hôpitaux.

Les médecins libéraux prescrivent 80% de la BHD totale et 50 % de la méthadone totale ; les médecins libéraux prescripteurs de MSO sont à 98% des médecins généralistes. (50, 51)

1. La BHD

Sa prescription doit se faire sur ordonnance sécurisée, valable 3 mois, sur laquelle doit figurer le nom de la pharmacie. La durée de la prescription ne peut dépasser les 28 jours et sauf mention contraire, la délivrance est hebdomadaire.

- Pharmacologie

La buprénorphine est un agoniste partiel des récepteurs opioïdes mu et un antagoniste des récepteurs kappa, ce qui réduit le craving chez les patients héroïnomanes. L'avantage principal de la buprénorphine est son faible risque d'overdose (agoniste partiel). Il n'existe qu'en comprimés orodispersibles.

La BHD a un effet pharmacologique d'environ 24h, la posologie moyenne est comprise entre 8 et 12 mg, avec un maximum à 16mg par jour. Pour le sevrage du traitement substitutif, il existe une forme à 0,4mg. Il existe 6 dosages de comprimés différents : 8mg, 6mg, 4mg, 2mg, 1mg, 0,4mg.

L'association de la buprénorphine avec la méthadone est contre-indiquée, risquant de provoquer un important syndrome de sevrage en cas de co-administration. Il existe également une interaction avec les antifongiques azolés, les antiprotéases, la carbamazépine, la phénytoïne et la rifampicine.

- Mise en place

Il n'est pas nécessaire de faire une recherche d'opiacés urinaires avant sa prescription. Il faut par contre attendre les premiers signes de manque avant de débiter le traitement, afin d'éviter un syndrome de sevrage (agoniste partiel).

Les contre-indications sont les suivantes :

- hypersensibilité à la buprénorphine ou à l'un des excipients
 - patient de moins de 15 ans
 - insuffisance hépatique sévère
 - insuffisance respiratoire sévère
 - intoxication alcoolique aigue ou délirium tremens
 - association à la méthadone, les analgésiques morphiniques de palier III, la naltrexone, le nalméfène
- (50, 52, 53)

Lorsqu'il y a un risque de mésusage par injection ou inhalation de la BHD, celle-ci peut être associée à la Naloxone, dans des comprimés sublinguaux de Suboxone.

Il en existe 2 dosages en France :

- 2mg de BHD /0,5mg de Naloxone
- 8mg de BHD /2mg de Naloxone

La Naloxone est un antagoniste des récepteurs opiacés. Elle est rapidement désactivée par un premier passage hépatique lorsqu'elle est consommée en per os, ce qui abaisse fortement sa biodisponibilité. En revanche, lors d'une prise par injection intraveineuse ou par inhalation, celle-ci n'est pas désactivée et provoque un syndrome de sevrage chez les usagers dépendants aux opiacés.

(54)

2. La Méthadone

Il s'agit d'un TSO existant sous 2 formes :

- le sirop
- la gélule

La prescription initiale de méthadone est réservée aux médecins exerçant dans un centre de soins spécialisé dans les soins en addictologie, puis une ordonnance relais peut être réalisée pour qu'un médecin de ville renouvelle les ordonnances.

La forme en gélule est réservée aux patients stabilisés sur le plan médical et des conduites addictives, après un an de prescription de la forme sirop et dans le cadre d'une prise en charge médicale globale, à la fois médicale, sociale et psychologique.

Elle a l'avantage d'éviter l'amertume et le sucre de la forme sirop. Des substances gélifiantes sont introduites dans les gélules pour éviter le mésusage par injection.

Il s'agit d'un stupéfiant et doit donc être prescrit sur une ordonnance sécurisée avec mention du nom de la pharmacie pour une durée maximale de 28 jours pour les gélules et de 14 jours pour le sirop. En l'absence d'indications, la délivrance est fractionnée de manière hebdomadaire, mais il est possible de préciser la mention « en une délivrance » ou « délivrance quotidienne », selon l'observance du patient.

Le sirop de méthadone se trouve sous forme de doses de 5mg, 10mg, 20mg, 40mg ou 60mg.

Les gélules existent à la posologie de 1mg, 5mg, 10mg, 20mg, 40mg par gélule. (11, 49, 55, 56)

- Pharmacologie

La méthadone est un agoniste des récepteurs opiacés, essentiellement du récepteur mu. Elle est analgésique, antitussive et provoque une dépendance physique ; en revanche, elle est faiblement euphorisante, ce qui limite la dépendance psychologique.

Les contre-indications à la méthadone sont les suivantes :

- Hypersensibilité à la méthadone ou à un de ses excipients
- Âge inférieur à 15 ans
- Insuffisance respiratoire sévère
- Iléus paralytique constitué
- Association avec un agoniste-antagoniste des récepteurs opiacés (buprénorphine, nalbuphine), avec un agoniste partiel (naltrexone, nalméfèbe), avec le citalopram, l'escitalopram, la dompéridone, l'hydroxyzine, le millepertuis.

(57)

III] Notre enquête (matériel, méthode, résultats)

Cette étude a pour objectif d'explorer les attentes et les modalités souhaités par les patients dépendants à l'héroïne ou à la cocaïne, afin d'adapter et optimiser leur prise en charge en médecine générale et en structure spécialisée.

1. Méthode

Afin d'explorer les attentes des patients atteints d'addiction à la cocaïne et/ou à l'héroïne vis-à-vis de leur prise en charge médicale, nous avons réalisé un questionnaire, présenté en annexe 1. Ce questionnaire a été intégralement créé, en collaboration avec le directeur de thèse, le Dr Jean-Marie HEID, et ciblait les patients atteints d'une addiction à ces substances et consultant un médecin généraliste ou addictologue en Lorraine.

Cette étude a pour objectif d'explorer les attentes et les modalités souhaités par les patients dépendants à l'héroïne ou à la cocaïne, afin d'adapter et optimiser leur prise en charge en médecine générale et en structure spécialisée.

Il s'agit d'une étude quantitative par questionnaire, descriptive, transversale et multicentrique ciblant des patients consultant un généraliste et/ou addictologue dans le Grand-Est pour la prise en charge de leur addiction à l'héroïne ou à la cocaïne.

Les retombées attendues de cette thèse seront de permettre d'adapter et optimiser la prise en charge de ces patients en médecine générale et en structure spécialisée.

Critères d'inclusion :

- addiction à la cocaïne et/ou héroïne selon les critères du DSM-V
- consultant un médecin généraliste ou un médecin de structure spécialisée pour la prise en charge de son addiction à la cocaïne et/ou héroïne
- âgé d'au minimum 18 ans
- formulaire de consentement signé

Critère de non inclusion :

- patient ne comprenant pas le questionnaire

2. Population cible

Le recrutement des patients a été effectué lors d'une consultation de suivi par le médecin investigateur, qui a vérifié systématiquement l'éligibilité. Les attentes des patients consultant pour la prise en charge de leur addiction à l'héroïne ou à la cocaïne ont été évaluées grâce à un questionnaire présenté en annexe 1.

Les réponses des questionnaires papiers ont été reportées manuellement dans un tableur du logiciel MICROSOFT® EXCEL version 16.0, puis l'analyse statistique descriptive a également été effectuée avec ce même programme.

3. Ethique et cadre réglementaire

Tous les questionnaires de cette étude ont été recueillis sans aucune information permettant de retrouver l'identité des patients. L'objectif de l'étude et son caractère anonyme ont été expliqués par oral et par écrit grâce à un formulaire d'information et de consentement (voir annexe 2). Ce document a systématiquement dû être signé par les patients souhaitant participer à l'étude, avec la possibilité de modifier la signature ou d'apposer une simple croix, celle-ci ne servant qu'à consigner leur consentement éclairé.

Il s'agit ici d'une étude observationnelle sans recueil de données identifiantes, sans données sensibles, n'incluant pas les personnes mineures ou majeures sous protection juridique. Elle ne nécessite donc ni l'autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP), ni celle de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

4. Présentation des résultats

a. Chronologie de l'étude

Après validation du synopsis par le Conseil Méthodologique du Département de Médecine Générale de Nancy en date du 07 décembre 2021, 500 versions du questionnaire papier ont été distribuées à différents médecins généralistes, CSAPA, centres hospitaliers et autres structures spécialisées prenant en charge les addictions à l'héroïne et cocaïne dans toute la région Grand-Est. Les coordonnées des addictologues ont été recherchées sur l'annuaire du site Grand Est Addictions, réseau d'addictologie du Grand-Est et ceux des généralistes sur le site du conseil de l'Ordre des Médecins.

Entre décembre 2021 et novembre 2022 et grâce à l'aide des différents médecins contactés, 96 patients avaient rempli et rendu le questionnaire. 79 questionnaires ont été rendus sous le format papier et 17 envoyés par e-mail après avoir été scannés. Parmi les 96 questionnaires récupérés, 13 ont

dû être exclus car remplis partiellement ou complétés par des patients ne répondant pas aux critères d'inclusion.

Le flowchart suivant résume les étapes de collecte des données sur cette période :

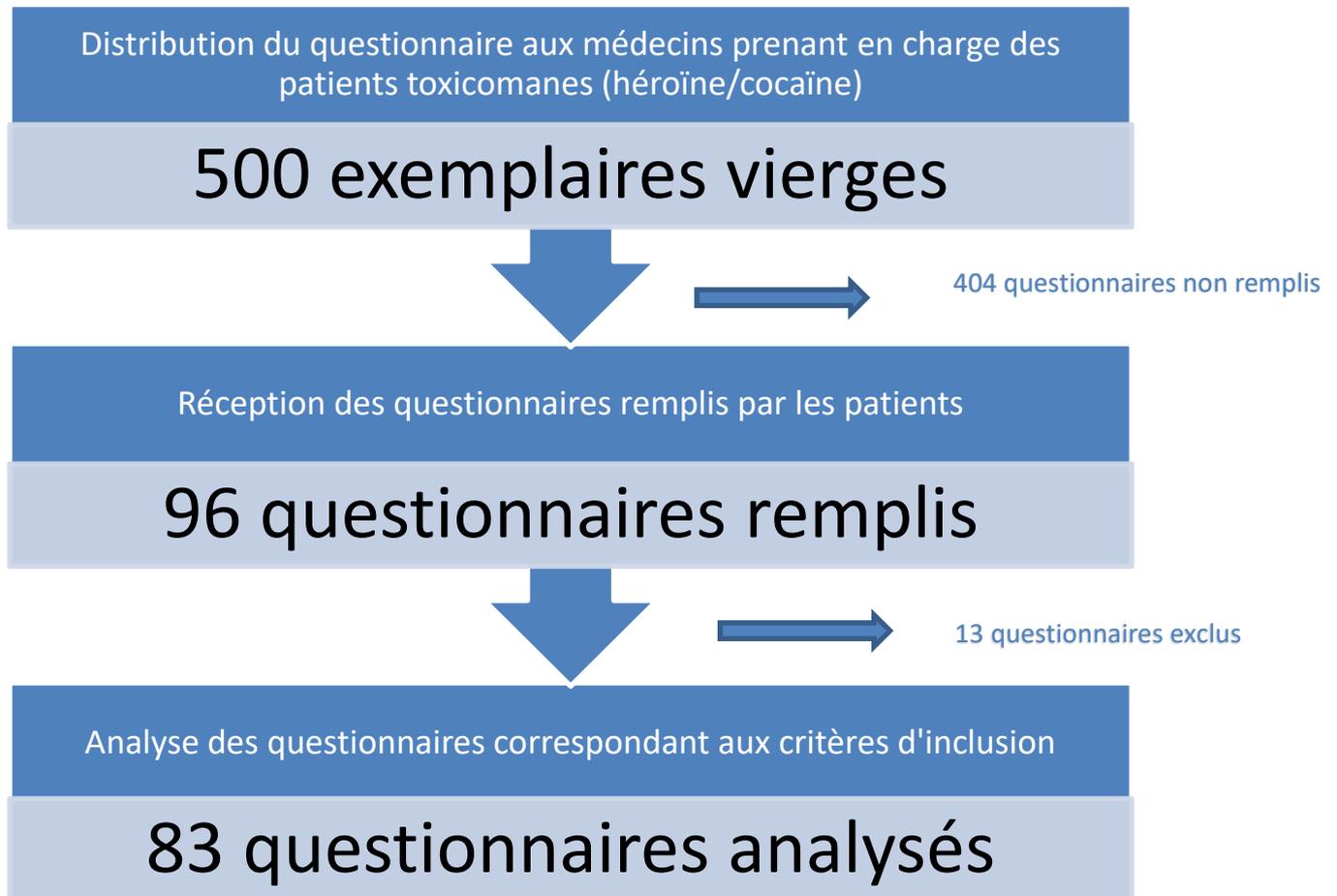


Figure 22 : étapes de l'étude

La provenance des questionnaires est résumée dans le schéma ci-dessous :

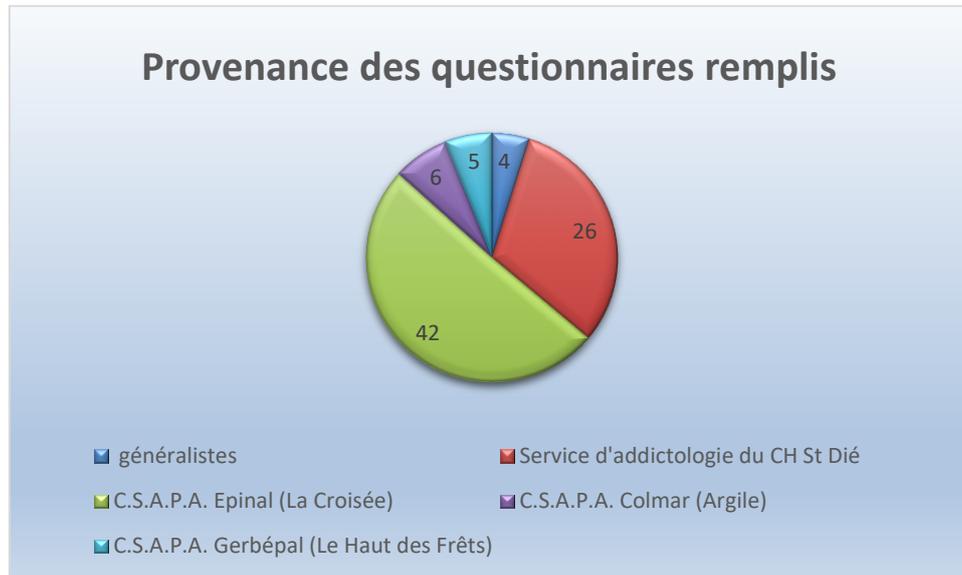


Figure 23 : provenance des questionnaires analysés en valeur absolue (total 83)

b. Caractéristiques de la population étudiée

Deux caractéristiques ont été utilisées pour étudier notre échantillon de consommateurs (questions 1 et 2) : l'âge et le genre.

L'âge, qui est notre seule variable quantitative du questionnaire, sera représenté par la moyenne, la médiane, le minimum et le maximum. Le genre sera présenté en valeur absolue et pourcentage de l'échantillon total.

Age

Moyenne	38
Médiane	37
Minimum	20
Maximum	58

Figure 24 : Analyse descriptive de l'âge de l'échantillon étudié

Genre

Genre	Effectif	Pourcentage
Femme	21	25.3
Homme	62	74.7
Autre	0	0

Figure 25 : analyse descriptive du genre de l'échantillon étudié

Nous voyons ici que l'âge de la population étudiée s'étale de 20 à 58 ans, l'âge moyen est de 38 ans, l'âge médian de 37 ans. 74.7 % des patients étaient des hommes.

Nous avons étudié une population de patients âgée en moyenne de 38 ans, essentiellement masculine, consultant pour la prise en charge d'une addiction à l'héroïne ou la cocaïne dans le Grand-Est.

c. Analyse des consommations et de l'état de santé de l'échantillon

La deuxième partie du questionnaire (questions 3 à 13) avait pour but d'analyser les consommations actuelles et passées des patients d'une part, et de recueillir des informations sur leur état de santé ainsi que sur leur état de connaissance vis-à-vis de leur état de santé d'autre part.

La question 3 permettait de faire le point sur les consommations de drogues actuelles et passées des participants, présentées ci-dessous en pourcentage de l'échantillon total.

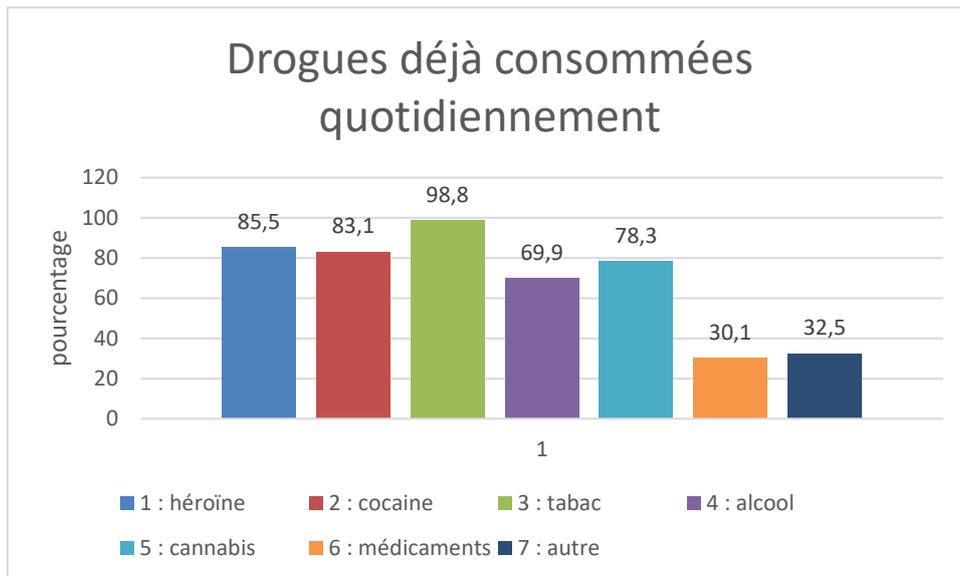


Figure 26 : état des lieux des consommations passées

On remarque sur cette question que les patients consommant de l'héroïne ou de la cocaïne inclus dans cette étude consomment également le plus souvent de nombreuses autres substances, et quasiment la quasi-totalité d'entre eux fument du tabac. Cette polyconsommation de substances addictives sera à prendre en considération dans la prise en charge des patients.

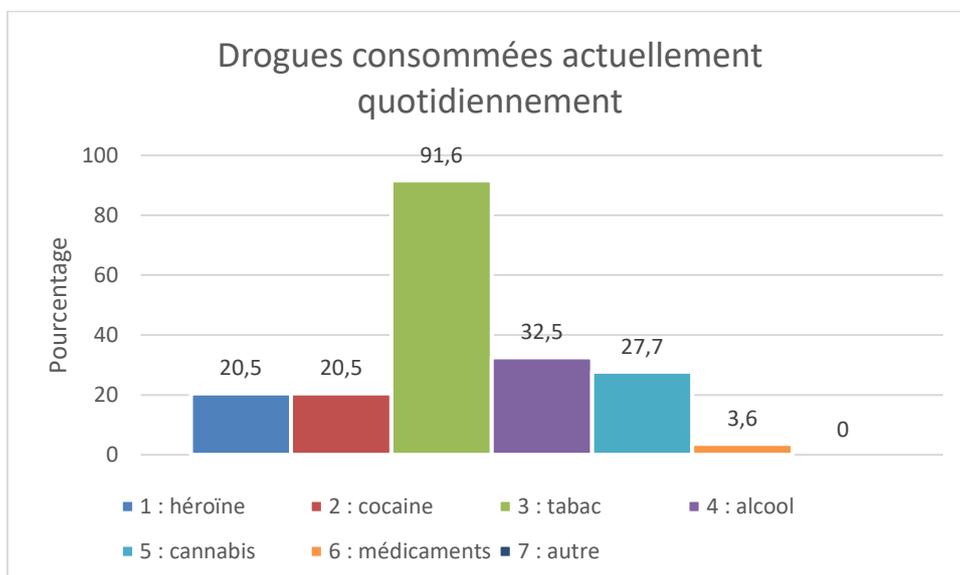


Figure 27 : état des lieux des consommations actuelles

La question 4 permet de résumer les consommations actuelles de substances addictives, alors que les patients étudiés sont tous en cours de prise en charge addictologique. On observe une diminution des substances consommées, même si la consommation de tabac semble être celle qui persiste le plus.

Les questions 5, 6 et 7 font le point sur les sevrages de l'échantillon. On remarque que 100% des patients étudiés ont déjà réalisé un sevrage d'héroïne ou de cocaïne, le plus souvent seuls pour 57.8% d'entre eux, à domicile pour 51.8% d'entre eux, et hospitalier pour 48.2% d'entre eux. On remarque donc que la plupart des patients ont testé plusieurs types de sevrages au cours de leur prise en charge.

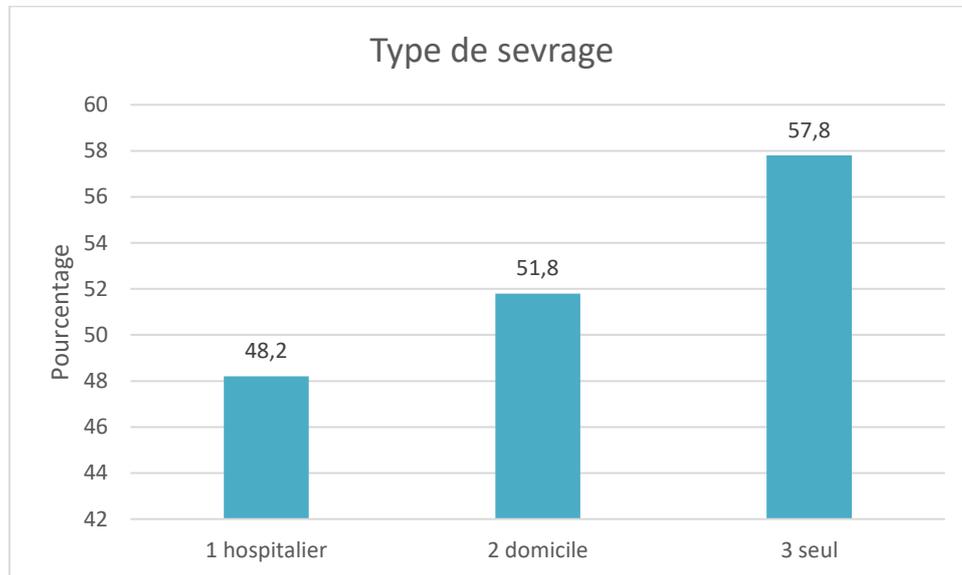


Figure 28 : les différents types de sevrage exprimés en pourcentage

Parmi les consommateurs d'héroïne (71 patients sur les 83 étudiés), 62 patients, soit 55%, avaient eu une substitution par méthadone et 51 patients, soit 45% par buprénorphine.

La question 8 faisait le point sur l'utilisation concomitante d'héroïne lors d'une substitution par buprénorphine ou méthadone. 68 patients avaient une substitution et parmi eux 26, soit 38% consommaient en même temps de l'héroïne ; 62% n'avaient pas consommé de l'héroïne en même temps que la substitution.

Les questions 9 et 10 faisaient le point sur l'apparition de transfert de substance à l'arrêt de la cocaïne/héroïne et de ses raisons.

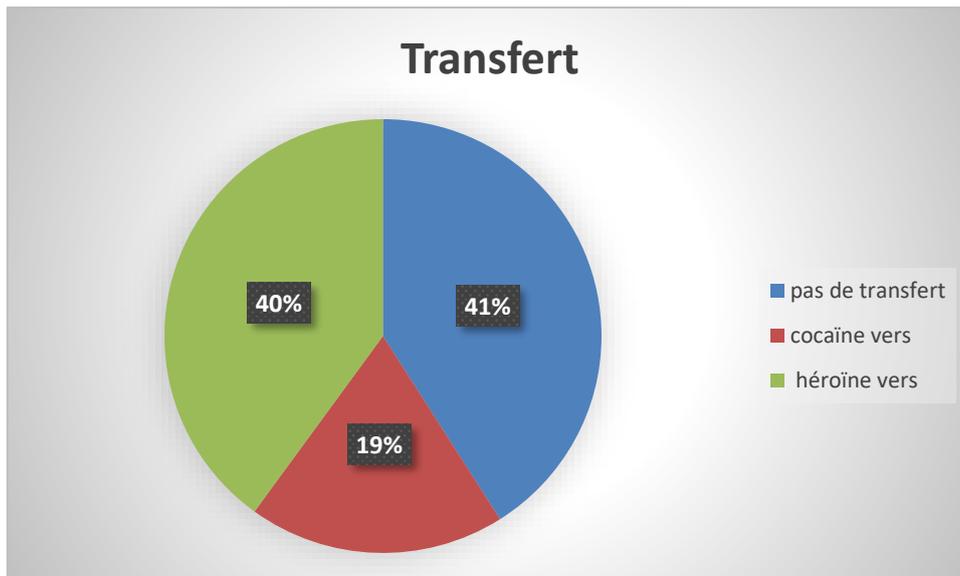


Figure 29 : diagramme mettant en évidence les différents types de transferts

On observe que le transfert de substance survient la plupart du temps à l'arrêt de l'héroïne mais que dans près d'un arrêt sur deux il peut être évité.

Cette question étudiait également vers quelle(s) substance(s) le transfert s'effectuait : il s'agissait dans la plupart des cas d'un transfert vers l'alcool, le cannabis, les médicaments ainsi que les autres drogues (ecstasy, kétamine, LSD etc.). Un transfert de la cocaïne vers l'héroïne et inversement revenait également fréquemment.

Il est également intéressant d'observer les causes de ce transfert de substance :

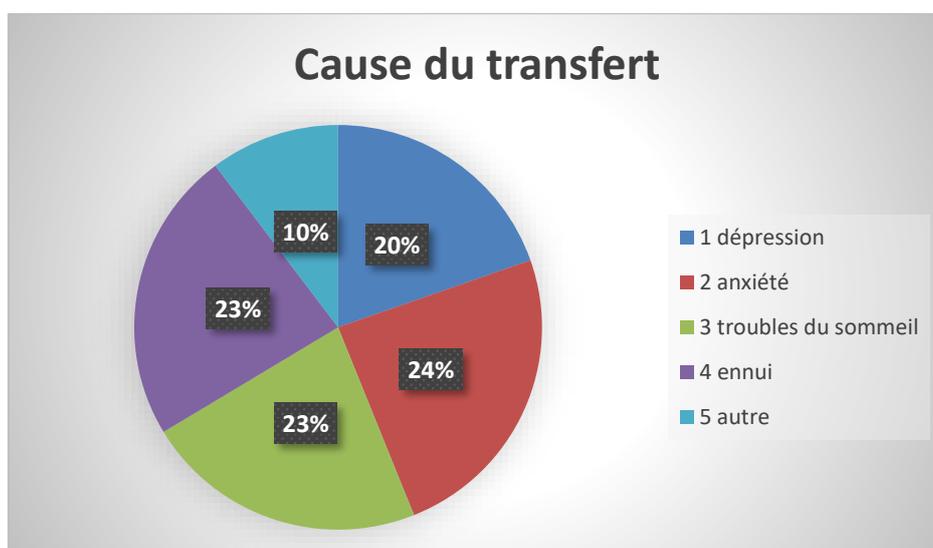


Figure 30 : les causes du transfert

On remarque que les raisons sont multiples, mais les troubles anxiodépressifs ainsi que les troubles du sommeil reviennent fréquemment.

Les questions 12 et 13 étudient les comorbidités psychiatriques et leurs éventuels traitements. On observe que nombreux sont les patients de l'échantillon souffrant de troubles de l'humeur.

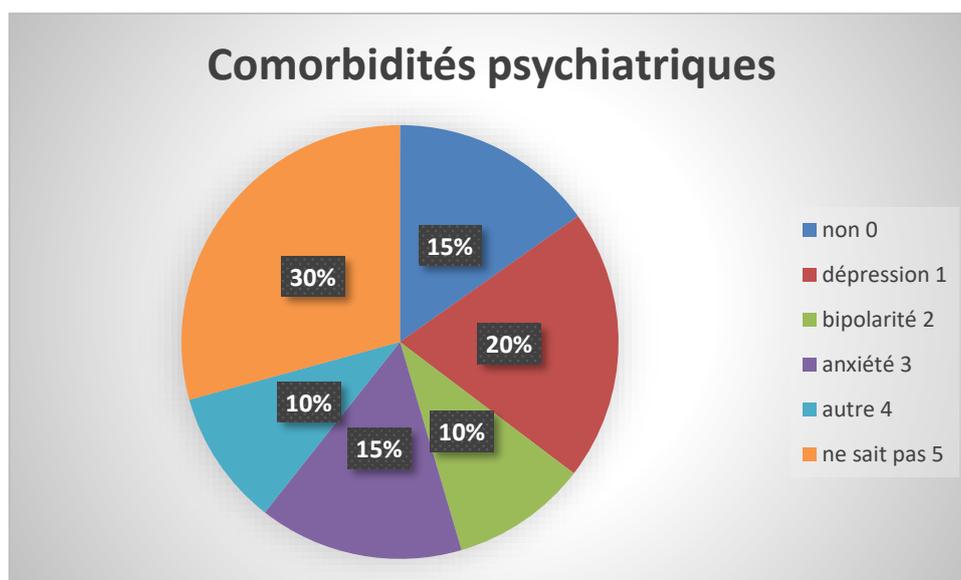


Figure 31 : les différentes comorbidités psychiatriques

On observe que 30% des patients ne savent pas s'ils sont ou non atteints d'une pathologie psychiatrique, et seuls 15% déclarent ne pas souffrir d'une autre pathologie psychiatrique.

La question 12 montre que 49 patients, soit 59% des patients de l'échantillon, ont un traitement psychotrope. Il s'agissait dans la plupart des cas d'antidépresseurs, de thymorégulateurs, de neuroleptiques mais aussi de benzodiazépines. Les 34 autres, soit 41%, n'avaient pas de traitement psychotrope.

La question suivante s'intéressait à l'origine de ces traitements.

Dans 84% des cas il s'agit d'un traitement prescrit dans le cadre médical, dans 8%, il est fourni par un proche à qui il a été prescrit, et dans 8% il est procuré hors circuit médical.

d. La prise en charge addictologique

i. Types de soignants assurant la prise en charge addictologique

Dans la dernière partie du questionnaire, nous nous sommes intéressés à la prise en charge addictologique et aux attentes des patients concernant ce suivi.

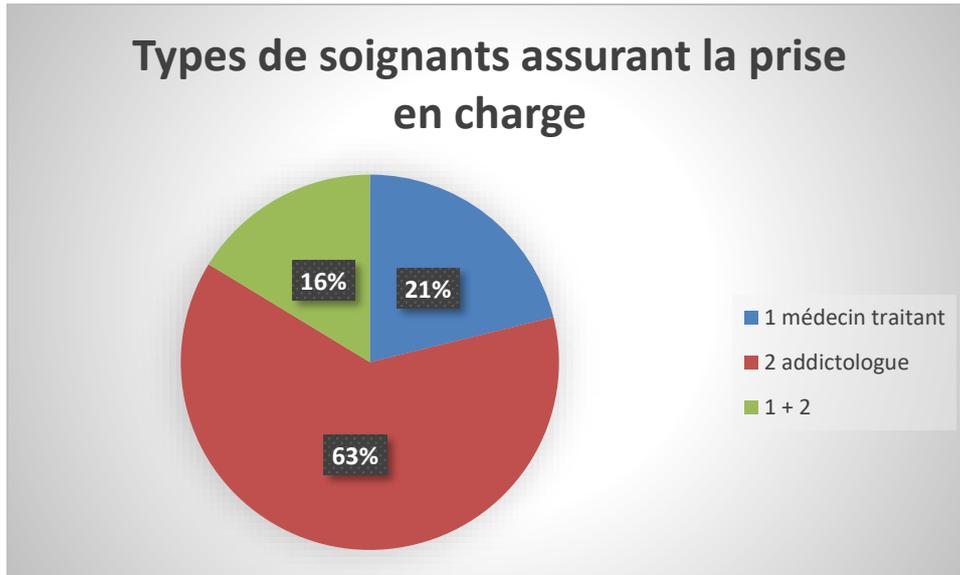


Figure 32 : les différents types de soignants assurant la prise en charge

Nous voyons ici que notre échantillon était suivi pour l'addiction à l'héroïne ou cocaïne par un addictologue (hospitalier ou de CSAPA) dans 63% des cas, par un médecin traitant dans 21% des cas et par les deux dans 16% des cas.

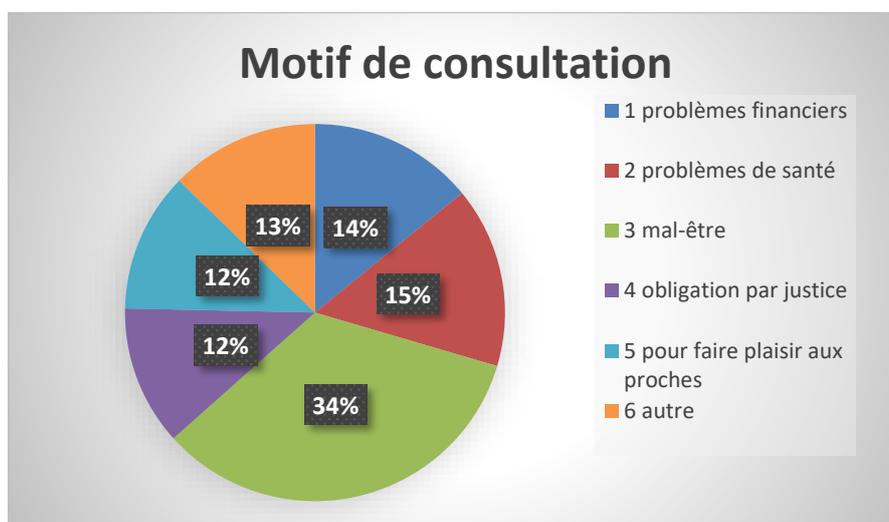


Figure 33 : les motifs de consultation

Les motifs d'entrées dans la prise en charge addictologique sont résumés ici. On observe que le motif le plus fréquent est le mal-être dans 34% des cas, suivi des problèmes de santé dans 15% des cas, puis des problèmes financiers (14%), des obligations par la justice et pour faire plaisir à l'entourage (12%). Parmi les autres motifs évoqués revenait le plus fréquemment l'envie de changement de vie. Il y avait sporadiquement des problèmes de manque ou un besoin de prendre en charge une comorbidité psychiatrique qui avaient motivé dans quelques cas, l'entrée dans une prise en charge addictologique.

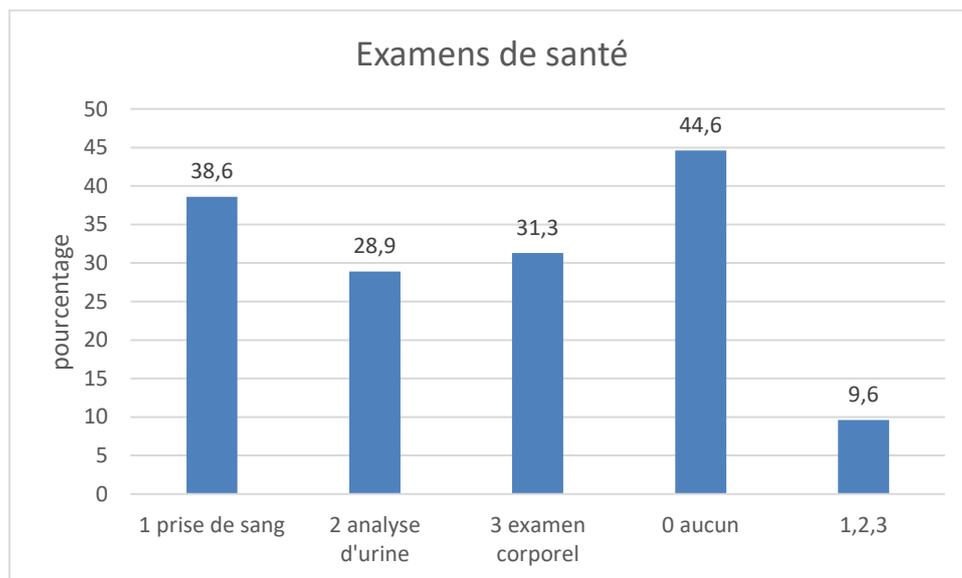


Figure 34 : les différents examens de santé

Nous avons pu réaliser lors de cette étude que près de 45% des patients suivis n'avaient aucun examen médical et seuls 9.6% d'entre eux avaient régulièrement à des analyses de sang, d'urine et examens corporels.

ii. Satisfaction vis-à-vis de la prise en charge

Nous observons avec la question suivante que 93% de l'échantillon étudié est satisfait et 7 % était insatisfait de la prise en charge addictologique dont il bénéficie.

Intéressons-nous à présent aux attentes des patients vis-à-vis des médecins assurant leur suivi addictologique.

iii. Attentes des patients concernant le suivi par rapport aux qualités médicales des soignants

La question 18 résume les caractéristiques du praticien que les patients estiment être importantes pour assurer un bon suivi de leur addiction.

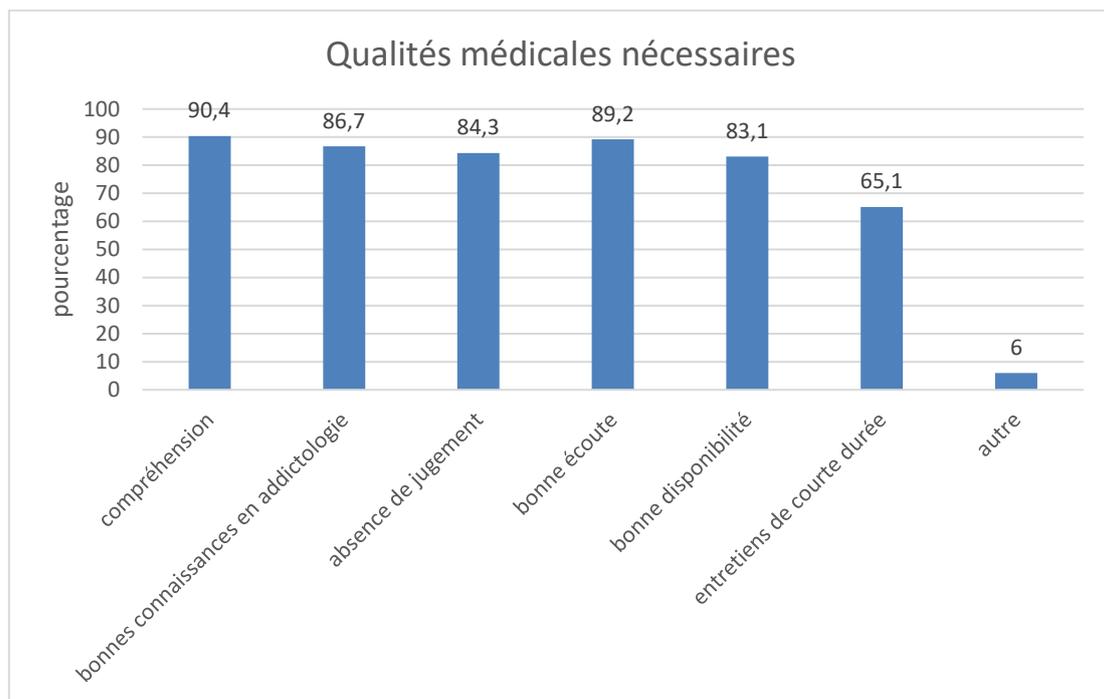


Figure 35 : les différentes qualités médicales que les patients estiment importantes

On remarque ici que les qualités médicales qui semblent les plus importantes pour les patients sont la bonne compréhension lors des entretiens.

A contrario, 65% d'entre eux souhaitent que les entretiens soient de courte durée.

Parmi les autres caractéristiques médicales importantes citées dans la dernière colonne revenait une fois « confiance et franchise » ainsi qu'une fois « connaissances en phytothérapie ».

Les questions 19 et 20 étudiaient la volonté des patients d'avoir ou non un soutien psychologique dans le cadre de leur suivi addictologique, ainsi que s'ils en bénéficiaient ou pas.

45% des patients étudiés (soit 37) souhaitent un accompagnement psychologique, 55% (soit 46) n'en veulent pas.

Parmi le total des patients, 52% des patients (soit 43) ont bénéficié de cet accompagnement et 48% (soit 40) n'en ont pas bénéficié.

Parmi les patients souhaitant avoir un accompagnement psychologique (37 patients), 11 d'entre eux soit 30% n'en disposaient pas.

iv. Education thérapeutique

La question 21 recensait le pourcentage des patients de l'échantillon à qui on avait déjà expliqué les termes techniques en addictologie. On remarque ici que moins de la moitié des patients interrogés avaient eu des explications sur le terme « craving » et 39.8% avaient eu des explications sur tous les termes médicaux ci-dessous. 4.8% d'entre eux n'en connaissaient aucun.

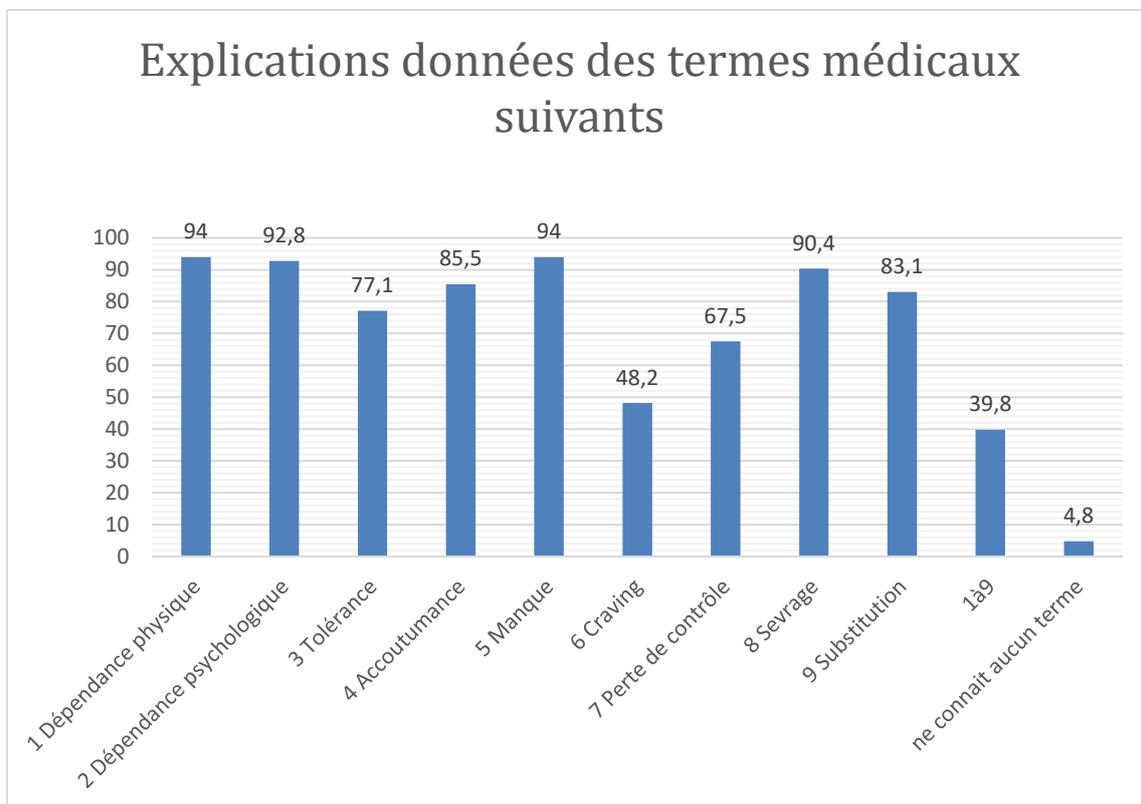


Figure 36 : termes médicaux expliqués aux patients

La question 22 faisait le point sur l'état de connaissance des patients sur leur état de santé, exprimé en pourcentage de l'échantillon total.

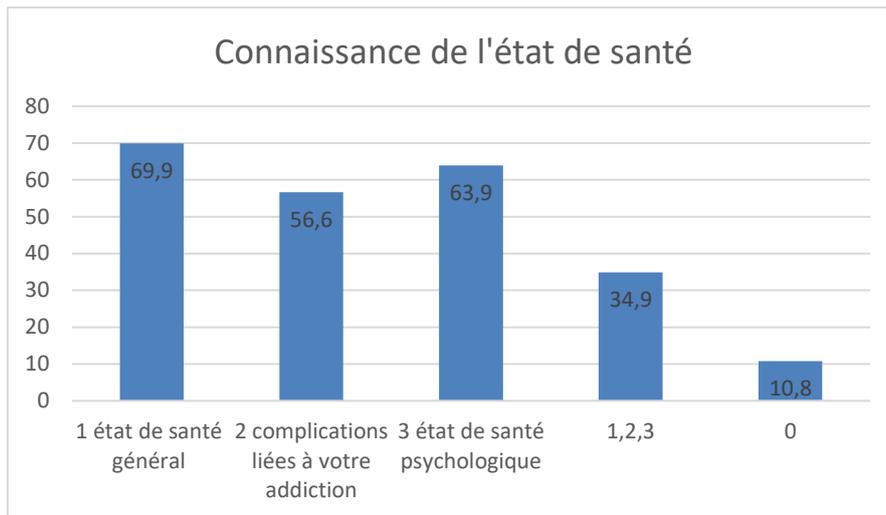
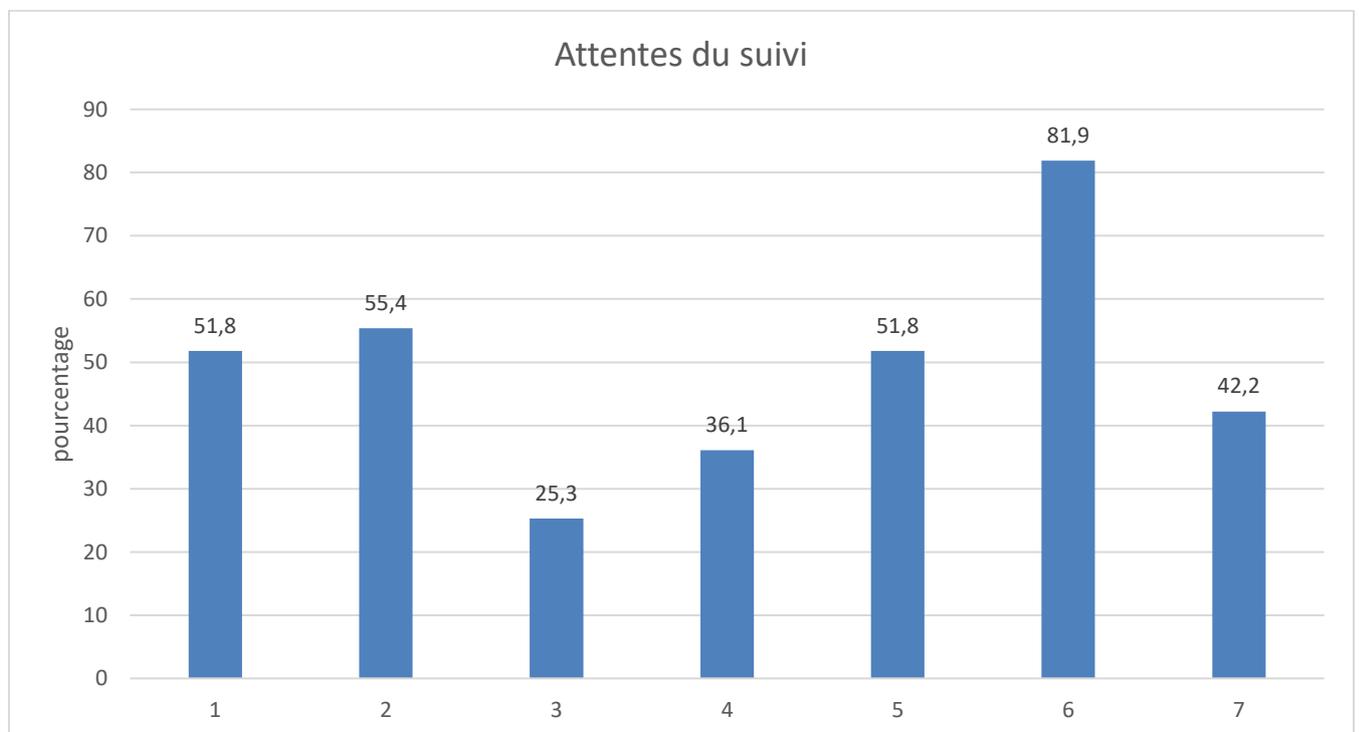


Figure 37 : connaissance de l'état de santé des patients

On observe que seulement 34.9% des patients connaissent à la fois leur état de santé général et psychologique ainsi que les complications liées à leur addiction, et que 10.8% d'entre eux n'ont aucune idée de leur état de santé...

La question 23 permet de faire un point sur les attentes des patients vis-à-vis du suivi addictologique.



Légende :

1 Substitution (méthadone ou subutex) à long terme/à vie

2 Sevrage complet (ni substitution, ni consommations), abstinence à long terme
3 Diminution de la consommation d'héroïne/cocaïne
4 Prise en charge globale/complète : de la santé mentale (par exemple dépression), physique et aide sociale (notamment concernant les problèmes d'argent)
5 Se réinsérer dans la société ((re)trouver un travail, un logement, une stabilité financière, un cercle social, etc.)
6 Vous sentir mieux dans votre peau, qualité de vie
7 Vivre plus longtemps

Figure 38 : les attentes des patients vis-à-vis de leur suivi addictologique

La dernière question permettait de faire un point sur ce qui aide les patients à contrôler leur addiction, résumé dans le graphique ci-dessous.

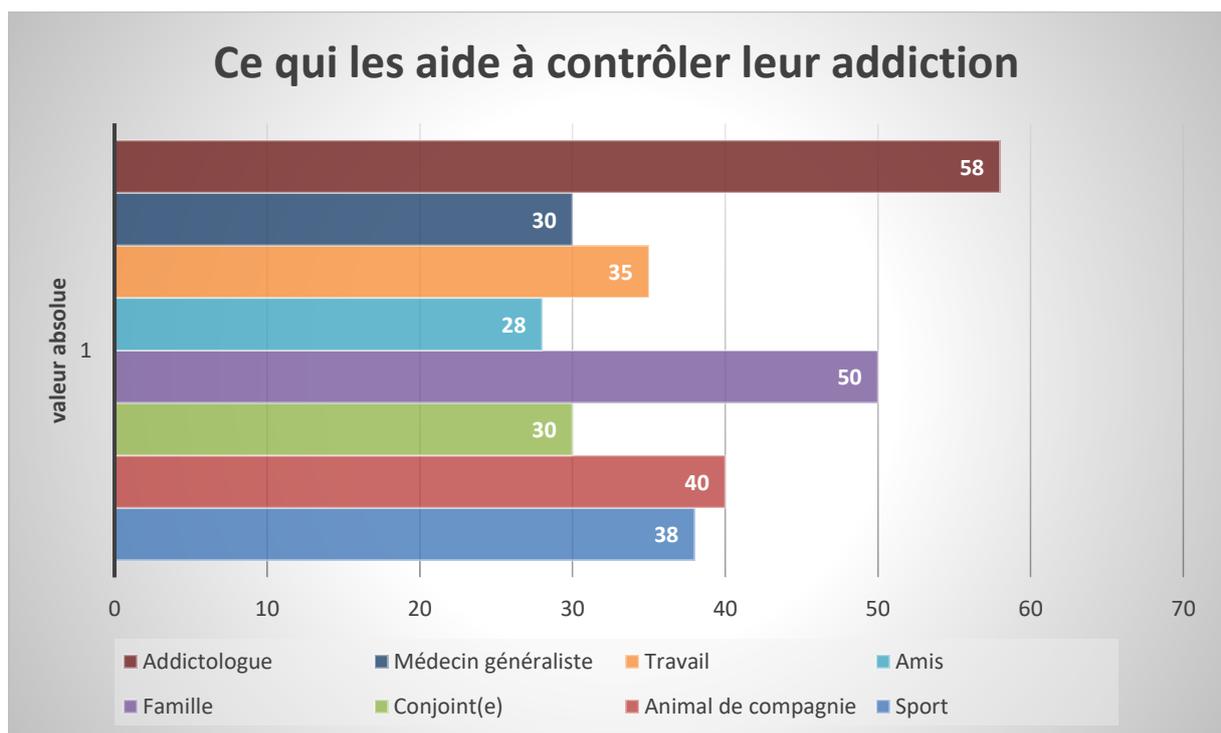


Figure 39 : les différents moyens permettant aux patients un meilleur contrôle de leur addiction

IV] Discussions et perspectives

1. Forces et limites

a. Les forces de l'étude

i. Le questionnaire

Nous avons créé de toute pièce un questionnaire, en collaboration avec le directeur de thèse et addictologue, le Dr Jean-Marie Heid, doté d'une longue expérience en addictologie.

L'élaboration du questionnaire a permis de récolter des données nouvelles, non déjà recensées dans la littérature, et de répondre de manière précise à la problématique.

ii. Etude multicentrique

Le caractère multicentrique de notre travail recrutant des patients consultant au sein de trois CSAPA, dans un service d'addictologie d'un centre hospitalier et auprès de quatre généralistes dans le Grand-Est est un critère de qualité, afin d'étudier une large population tout en limitant le biais de sélection géographique.

b. Les limites de l'étude

i. Effectif

Notre échantillon analysé comporte 83 patients, ce qui était trop faible pour être représentatif à l'échelle nationale et ne nous permettait pas d'établir des relations statistiques et ainsi d'établir des vérités définitives. Cependant, cette étude permet de dégager des tendances afin d'engager des pistes de réflexions et de sensibiliser tous les professionnels de santé prenant en charge des patients toxicomanes, pour optimiser leur prise en charge.

ii. Design

Il s'agit d'une étude quantitative par questionnaire, descriptive, transversale. Ce design ne permet que de collecter des données sur une population sans pouvoir établir de liens de causalités entre elles.

iii. Autoquestionnaire

Les questionnaires étaient remplis par les patients eux-mêmes, éventuellement aidés par un tiers lorsqu'il y avait des difficultés de compréhension ou d'écriture. Les réponses dépendent de ceux que les patients déclarent et il n'est pas possible de vérifier leur véracité. Celles-ci peuvent comporter des erreurs, notamment liées à des difficultés de concentration sur les 10 minutes qui nécessitaient le remplissage des 4 pages.

iv. Les biais de l'étude

- Biais de sélection

Parmi les biais de sélection, nous identifions dans notre étude le biais de volontariat. Nous n'avons recruté que des patients volontaires pour participer à cette étude dont les caractéristiques peuvent différer de celles qui refusent d'y participer. (58)

- Biais de désirabilité sociale

Même si les questionnaires étaient anonymes, qu'il leur était expliqué qu'aucun jugement ne serait porté et que les patients les remplissaient seuls la plupart du temps, cette étude comporte le biais de désirabilité sociale. Il s'agit de la tendance qu'ont les participants à vouloir montrer une image positive de soi et à modifier consciemment ou non ainsi les réponses au questionnaire pour mieux paraître au vu des enquêteurs. (59-61)

- Biais de mémorisation

Certaines des questions du questionnaire portent sur des événements passés et la précision des réponses dépend de la mémoire du patient, qui peut ou non se rappeler des événements qu'il a vécus. (58)

2. Etat des lieux des consommations

Nous avons pu observer que les co-addictions de cette population était importante, en particulier pour le tabac. En effet, 98.8% des patients avaient déjà consommé quotidiennement du tabac, et ils fumaient encore pour 91.6% d'entre eux au moment du remplissage du questionnaire.

Il semblerait nécessaire de faire systématiquement un point sur les co-addictions des patients venant consulter pour une prise en charge des addictions à la cocaïne et à l'héroïne et de les aider au mieux à l'arrêt des autres substances. Le tabac semble être la substance la plus associée à cette consommation et également celle qui persiste le plus même après la prise en charge addictologique.

Il convient ici de rappeler que la prescription de substituts nicotiques est ouverte depuis 2016 aux infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, sage-femmes, les chirurgiens-dentistes et médecins du travail. (62) De plus, ceux-ci sont remboursés à hauteur de 65% par l'Assurance Maladie obligatoire depuis 2019 sur prescription. (63)

3. Types de prises en charges accompagnants l'arrêt de l'héroïne

Dans la partie suivante, nous nous sommes intéressés aux types de sevrages effectués par les patients. Nous avons pu observer que 100% des patients étudiés avaient effectué un ou plusieurs sevrages et que dans plus de 57.8% des cas ceux-ci étaient réalisés seuls, sans suivi médical. Nous pouvons sur ce point insister sur l'importance d'un accompagnement médical, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier, dans le sevrage addictologique de la cocaïne et de l'héroïne, prenant également en compte les aspects psychologiques et sociaux et s'inscrivant dans la durée. (64)

Une fois qu'une substitution de l'héroïne est en place, il est possible de débiter progressivement un sevrage de la substitution elle-même lorsque le patient se sent prêt, en veillant à ce que cela ne provoque pas des nouvelles consommations d'héroïne. L'accompagnement addictologique se doit d'être renforcé pendant cette période à risque.

Malgré tout, le sevrage de la substitution n'est pas obligatoire si l'état de santé du patient est stabilisé et qu'il ne souhaite pas la tenter par peur de transfert de substance psychotrope. La substitution sur le long terme peut tout à fait être tolérée. S'il est décidé, l'arrêt du TSO se fera de façon lentement dégressive, à la vitesse qui convient au patient, en fonction de ses éventuels symptômes. Certains éléments, comme la bonne insertion sociale ou l'arrêt de consommation de substance illicite augmentent les chances de réussite du sevrage du TSO. (65)

Nous voyons ensuite que la plupart des patients de notre étude ayant une addiction à l'héroïne ont été substitué à la fois par méthadone et par buprénorphine au cours de leur vie, avec une légère prédominance pour la méthadone.

Nous pouvons nous interroger ici sur la molécule la plus intéressante à utiliser dans le cadre d'une substitution de l'héroïne. La buprénorphine a l'avantage de pouvoir être initiée par un médecin généraliste au cabinet, et ne nécessite pas de primoprescription ou d'une ordonnance relais par un addictologue comme la méthadone. Son aspect agoniste/antagoniste évite le risque de surdosage aux opiacés. En revanche, elle peut plus facilement être détournée pour être injectée ou sniffée, ce qui l'oblige à l'associer à la naloxone dans certains cas. Les deux molécules semblent appropriées pour le sevrage aux opiacées, sans qu'il n'y ait réellement de consensus dans la littérature sur la supériorité d'une molécule par rapport à l'autre à ce jour. Le choix de la molécule sera donc préférentiellement adapté au cas par cas. (66)

Il convient en revanche d'être vigilant à la consommation d'héroïne concomitante à la prise d'un TSO, qui semble fréquente selon les données de notre questionnaire : 38% des patients (question 8). Nous avons vu en effet qu'il existe un risque de surdosage lorsque le patient prend de la méthadone en

parallèle, il conviendra dans ce cas de privilégier la buprénorphine pour éviter une dépression respiratoire pouvant être létale.

Nous nous sommes ensuite intéressés au phénomène de transfert de psychotrope à l'arrêt de l'héroïne ou de la cocaïne. Nous avons pu observer qu'il s'agit d'un phénomène fréquent qu'il convient de repérer et de traiter rapidement.

Pour favoriser l'honnêteté du patient vis-à-vis de cette consommation d'héroïne parallèlement au TSO ou du transfert de substance, il conviendra d'instaurer dès le départ un climat de confiance permettant de rassurer le patient, en prenant le temps de lui expliquer que ces informations serviront exclusivement à l'optimisation de sa prise en charge, et non à le sanctionner de quelques manières que ce soit.

4. Le risque de prise d'autres substances psychotropes

La question suivante s'intéressait à la cause de ce transfert de substance. Nous avons pu observer que les patients consommaient un autre psychotrope à l'arrêt du premier ayant induit la dépendance de manière à s'autotrainer un trouble anxiodépressif, un trouble du sommeil ou parfois même par ennui. A la vue de ces résultats, il conviendra d'être très vigilant à la survenue de tels symptômes et de les traiter avant la prise d'un autre psychotrope. Pour combler le vide laissé à l'arrêt de la substance, on pourrait mettre l'accent sur la réinsertion du patient sur le plan socioprofessionnel ainsi qu'à la participation d'un programme dans un hôpital de jour par exemple.

Dans tous les cas, ces stratégies thérapeutiques doivent être préparées en amont afin d'anticiper le risque de transfert.

5. Comorbidités psychiatriques

Cela rejoint le point suivant concernant les comorbidités psychiatriques de ces patients qui, nous l'avons vu, sont fréquentes et nombreuses. Il semblerait logique que les traiter correctement permettrait de diminuer les rechutes et le risque de transfert. (66)

Nous avons d'ailleurs pu remarquer que la plupart des patients étudiés avaient un traitement psychotrope. Il s'agissait dans la plupart des cas d'antidépresseurs, de thymorégulateurs, de neuroleptiques mais aussi de benzodiazépines. Il conviendra d'être méfiant avec fort risque de dépendance et de développement de co-addictions avec cette dernière molécule. (67)

D'ailleurs, ces derniers peuvent également facilement être revendus dans la rue et alimenter le trafic. Dans notre étude, seulement 84% des psychotropes consommés avaient été prescrits dans un cadre médical aux patients...

6. La prise en charge

La troisième partie du questionnaire étudiait la prise en charge addictologique des patients. La majorité d'entre eux (63%) était suivie exclusivement par un addictologue, mais certains étaient suivis seulement par leur médecin traitant ou les deux.

Les raisons d'entrée dans le suivi addictologique sont variées. Elles doivent être attentivement étudiées afin d'adapter au mieux la prise en charge aux motivations du patient.

Le motif de consultation le plus récurrent était le mal-être, qu'il convient d'explorer afin de déceler et traiter un éventuel réel trouble thymique sous-jacent. Les problèmes de santé et financiers reviennent également souvent. L'envie de changer de vie était également quelquefois citée (dans la rubrique autre), ce qui peut souligner l'importance de l'accompagnement dans le projet de vie ultérieur. Nous voyons donc ici l'intérêt d'une prise en charge globale sur le plan médico-psycho-social, idéalement au sein d'une équipe ou d'un réseau de professionnels pluridisciplinaires.

Pour les quelques patients essentiellement motivés par une obligation de justice ou simplement pour faire plaisir aux proches, on pourra se concentrer sur des entretiens motivationnels afin de faire éclore une réelle motivation personnelle au changement. Cela permettra d'instaurer une adhérence thérapeutique qui peut être inexistante aux prémices de la prise en charge.

La question suivante nous fait nous rendre compte que peu de patients suivis en addictologie sont réellement examinés, que ce soit sur le plan corporel ou biologique. Dans notre étude, près de la moitié des patients n'avaient ni examen corporel ni biologique. Pourtant, ceci-permettrait de mieux dépister et suivre les comorbidités liées ou non à l'addiction des patients, et les bilans urinaires donneraient des informations objectives sur les consommations actuelles, qui sont peut-être difficilement avouables par les patients. Il nous semblerait important que tous les médecins suivant des patients dans le cadre d'une addiction à l'héroïne ou cocaïne soient examinés et qu'il leur soit prescrit des bilans sanguins et urinaires, pour suivre leur état de santé global et leur niveau de consommation actuel.

La question suivante permet de se rendre compte que la plupart des patients interrogés semble satisfait de leur accompagnement addictologique, ce qui montre qu'ils semblent tous bien aidés par cette prise en charge, quelle qu'elle soit. Nous retiendrons de cela que le suivi actuel des patients atteints d'addiction à l'héroïne ou à la cocaïne semble bien bénéfique à leurs yeux, ce qui est bien encourageant.

Pour optimiser cette prise en charge, certaines qualités médicales semblent importantes pour les patients : en premier la compréhension et la bonne écoute, ce qui implique d'avoir des créneaux dédiés à ces consultations qui ne devraient pas se résumer à un renouvellement d'ordonnance. Les bonnes connaissances du sujet sont requises, ainsi que l'absence de jugement aux yeux des patients, d'où l'importance des formations pour le personnel de santé les prenant en charge.

Nous pouvons peut-être nous étonner d'apprendre à la question 19 que 55% des patients ne souhaitent pas d'accompagnement psychologique... Ces patients ne sont-ils pas en souffrance psychique ? Ont-ils peur de s'exprimer ? Ou viennent-ils simplement chercher une ordonnance ?

Ce qui semble cependant alarmant, est que parmi les 45% qui souhaitent un accompagnement psychologique, seulement 70% en ont réellement bénéficié...

La disponibilité des professionnels de la santé psychique et en particulier des psychologues semble encore être à améliorer. Il est bon de noter que le remboursement de 8 séances de psychothérapie par les psychologues libéraux conventionnés est assuré sur prescription médicale depuis le 5 avril 2022. (68) La liste des psychologues conventionnés est disponible sur le site de l'assurance maladie. (69) Pour les patients ne bénéficiant pas de mutuelle ou ne pouvant pas avancer les frais, une orientation vers un centre médicopsychologique peut également permettre l'accès à un psychologue, cette fois-ci sans avance de frais.

Le domaine exploré par la question suivante concerne les connaissances addictologiques des patients pris en charge. Il est important qu'ils disposent des termes techniques pour pouvoir communiquer correctement avec leur médecin, afin d'affiner au mieux la prise en charge. Cela leur permet à la fois de pouvoir exprimer précisément leurs progrès ou éventuelles difficultés, mais également de pouvoir recevoir une éducation thérapeutique appropriée de la part de leur médecin. Nous constatons que si certains termes sont bien compris par la plupart des patients, d'autres, comme la tolérance, la perte de contrôle, ou a fortiori le craving, sont beaucoup moins souvent expliqués aux patients.

7. L'éducation thérapeutique

Pour rester dans le champ de l'information aux patients, la question suivante permettait de faire le point sur les connaissances de ces derniers concernant leur état de santé. On constate que là-encore, ils ne sont pas assez informés, surtout en ce qui concerne les complications liées à leur addiction. On peut espérer que les impliquer davantage permettrait d'améliorer l'adhérence thérapeutique d'une population dont la confiance au corps médical est souvent fragile. Pour y parvenir, un communiqué de la HAS permet d'apporter une aide précieuse. (70)

En conséquence, il semblerait important d'accorder davantage de temps à l'information sur l'état de santé et à l'enseignement des termes techniques et à cette population de patients. Cela permettrait à la fois d'améliorer la communication et l'adhérence thérapeutique.

Dans la partie suivante, les attentes des patients vis-à-vis de leur suivi a été étudié. Nous remarquons alors que les patients souhaitant à terme ne plus rien consommer, ni drogue ni substitution sont un peu plus nombreux que ceux qui veulent une substitution à long terme. La grande majorité souhaite qu'on les aide à se réinsérer dans la société, d'où l'intérêt du travail en réseau avec les professionnels du secteur social. Tous cela dans le but, pour l'immense majorité, d'améliorer leur qualité de vie.

8. Le recours aux aidants

La dernière partie de notre questionnaire portait sur les éléments aidant nos patients à contrôler leur addiction. On remarque ici que la place de l'addictologue est primordiale dans la prise en charge des

patients, d'où l'intérêt du suivi spécialisé pour ces patients aux besoins particuliers. Après l'addictologue viennent dans l'ordre décroissant les éléments suivants : l'entourage familial, les animaux de compagnie, le sport, le travail, le médecin généraliste/le conjoint, les amis. A la vue de ces informations, il conviendra de porter une attention particulière aux ressources du patient et à les exploiter au mieux pour l'aider dans sa prise en charge. La réinsertion sociale, à la fois par l'entourage et par le travail semble être également d'une cruciale importance.

Tous les éléments de ressource identifiés chez chaque patient sont à évoquer et à exploiter au cours de la psychothérapie afin de les aider à développer une vie selon leurs valeurs, pour favoriser une meilleure qualité de vie, en accord avec les principes de la thérapie ACT évoquée plus haut. (46, 47)

CONCLUSION

La place du médecin généraliste, souvent premier interlocuteur et coordonnateur des soins au plus près des patients, est centrale dans la prise en charge des patients toxicomanes. Il prend en charge la santé globale des patients et joue un rôle important de prévention, notamment dans le domaine de l'addictologie et de ses comorbidités. Lorsque le patient toxicomane est suivi dans une structure spécialisée, le médecin généraliste conserve un rôle primordial dans leur accompagnement et dans l'identification précoce des rechutes.

C'est pourquoi nous avons décidé au travers de cette thèse d'explorer les attendus et les modalités souhaités par les patients dépendants à l'héroïne ou la cocaïne vis-à-vis de leur prise en charge addictologique afin d'optimiser leur suivi en ville et dans les structures spécialisées.

Parmi les éléments clés, il s'agit de renforcer leur suivi médical. Sur le plan somatique, nous avons vu que 45% d'entre eux ne sont pas du tout examinés lors de leurs consultations de suivi, alors que cela semble primordial d'identifier précocement toute complication ou comorbidité chez ces patients à la santé souvent fragile. Sur le plan psychologique, parmi les patients qui souhaitaient avoir un accompagnement psychologique, 30 % n'en bénéficiaient malheureusement pas. Pourtant, ce suivi est primordial pour éviter les rechutes, les transferts de substances psychotropes ou les décompensations psychiatriques chez ces patients souvent fragilisés psychologiquement. Nous avons vu que les comorbidités psychiatriques sont nombreuses dans cette population. L'éducation thérapeutique est également à améliorer.

Pour optimiser la prise en charge de ces patients qui semble complexe, il convient de travailler dans un réseau prenant le patient en charge dans sa globalité, sans oublier l'aspect social de la pathologie qui semble prépondérant. Pour parvenir à tout cela, il semblerait important que les généralistes soient mieux formés en addictologie, qu'ils connaissent leurs limites dans ce domaine et qu'ils adressent les patients à l'addictologue lorsqu'elles sont atteintes.

L'addiction représente un réel problème de santé publique, pour lequel il est nécessaire de former davantage d'addictologues pour soutenir le travail des généralistes agissant en première ligne, mais qui doivent déjà faire face à des domaines de compétence très vastes. Un travail de coordination entre généralistes, addictologues et autres membres du réseau d'addictologie serait souhaitable.

"L'addiction, c'est tout ce qui vide la vie de son sens tout en la faisant paraître meilleure."

Clarissa Pinkola Estés - Femmes qui courent avec les loups, 1992

Annexe 1 :

Questionnaire

Identification :

1) Identité de genre : qui êtes-vous ?

Femme Homme Autre

2) Quel âge avez-vous ?

.....

Addictions et santé :

3) Avez-vous déjà consommé quotidiennement :

de l'héroïne oui non

de la cocaïne oui non

du tabac oui non

de l'alcool oui non

du cannabis oui non

des médicaments procurés en dehors du cadre médical oui non

si AUTRE drogue, préciser :

4) Consommez-vous actuellement quotidiennement :

de l'héroïne oui non

de la cocaïne oui non

du tabac oui non

de l'alcool oui non

du cannabis oui non

des médicaments procurés en dehors du cadre médical oui non

si AUTRE drogue, préciser :

5) Avez-vous déjà réalisé un/des sevrage(s) de cocaïne/héroïne ? oui non

6) Si oui, était-ce,

Hospitalier oui non

A domicile avec suivi médical oui non
Seul oui non

7) Avez-vous déjà bénéficié d'une substitution ?

De Subutex (Buprénorphine) oui non
De Méthadone oui non

8) Si vous êtes sous substitution, consommez-vous en même temps de l'héroïne ?

oui non

9) Avez-vous déjà commencé à consommer une nouvelle substance à l'arrêt de la cocaïne/héroïne (alcool, médicaments etc.) = transfert ?

Cocaïne vers

Héroïne vers.....

Pas de transfert

10) Si oui pourquoi ?

(ré)apparition d'une dépression

(ré)apparition d'une anxiété

troubles du sommeil

ennui

autre (préciser :.....)

11) Avez-vous un diagnostic de pathologie psychiatrique ?

non

Dépression

Bipolarité

Anxiété chronique

AUTRE : préciser

je ne sais pas

12) Avez-vous un traitement psychiatrique/médicaments psychotropes ? (antidépresseur, calmants, skenan, gabapentine, benzodiazépines (Seresta, valium etc.)...)

Oui Lequel ?

Non

13) Si vous prenez des médicaments, sont-ils

- prescrits par votre médecin empruntés à un proche, une connaissance, à qui ils étaient prescrits
- procurés en dehors du cadre médical (aucune prescription)

Attentes vis-à-vis du médecin : 

14) Etes-vous pris en charge pour votre addiction à l'héroïne/cocaïne par :

- le médecin traitant un addictologue (médecin à l'hôpital ou CSAPA)

15) Pour quel motif avez-vous consulté ?

- problèmes d'argent problèmes de santé mal-être, dépression
- obligation par la justice pour faire plaisir aux proches
- autre : préciser

16) Faites-vous régulièrement des examens de santé ?

- Prises de sang oui non
- Analyse d'urine oui non
- Examen corporel (auscultation, prise de tension...) oui non

17) Etes-vous satisfait de votre prise en charge ?

- oui non

18) Quelles caractéristiques d'un médecin sont particulièrement importantes pour vous dans la prise en charge de votre addiction ?

- La compréhension ? oui non
- Des bonnes connaissances en addictologie ? oui non
- L'absence de jugement oui non
- une bonne écoute ? oui non
- une bonne disponibilité ? oui non
- (par exemple rendez-vous d'urgence si nécessaire)
- Un entretien de courte durée oui non
- AUTRE : préciser

19) Souhaitez-vous un soutien psychologique ?

oui non

20) Avez-vous déjà eu une psychothérapie/soutien psychologique ?

oui non

21) Vous a-t-on déjà expliqué les termes suivants ?

Dépendance physique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Dépendance psychologique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tolérance	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Accoutumance	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Manque	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Craving	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Perte de contrôle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sevrage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Substitution	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

22) Quel est votre état de connaissance concernant votre santé, notamment savez-vous

quel est votre état de santé général oui non

si vous avez ou non des complications liées à votre addiction oui non

quel est votre état de santé psychologique oui non

23) Quels sont vos attentes de ce suivi ?

Substitution (méthadone ou subutex) à long terme/à vie

Sevrage complet (ni substitution, ni consommations), abstinence à long terme

Diminution de la consommation d'héroïne/cocaïne

Prise en charge globale/complète : de la santé mentale (par exemple dépression), physique et aide sociale (notamment concernant les problèmes d'argent)

Se réinsérer dans la société ((re)trouver un travail, un logement, une stabilité financière, un cercle social, etc.)

Vous sentir mieux dans votre peau, qualité de vie

Vivre plus longtemps

Mode de vie : ♪

24) Qu'est-ce qui vous aide à contrôler votre addiction ?

Le sport	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Un animal de compagnie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre conjoint(e)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Vos amis	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre travail	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre médecin généraliste	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre addictologue	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Annexe 2

Formulaire d'information et de consentement

Vous êtes invité(e) à participer au projet de recherche : « Optimisation de la prise en charge des consommateurs d'héroïne et/ou cocaïne en médecine générale par l'évaluation de leurs attentes en médecine de ville et dans les structures spécialisées »

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de thèse d'Ewin POUJOL-WUCKELT (interne de médecine générale), dirigée par Docteur Jean-Marie HEID, médecin généraliste à Senones et addictologue au Centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges.

L'objectif de cette recherche est d'explorer les attendus et les modalités souhaités par les patients toxicomanes vis-à-vis d'une prise en charge en structure spécialisée ou en cabinet de médecine générale.

Votre participation à ce projet consiste à remplir un questionnaire d'environ 10 min et contribuera à optimiser la prise en charge des patients atteints d'une addiction à la cocaïne/héroïne. Aucun jugement ne sera porté sur votre consommation.

Vos réponses demeureront anonymes et confidentielles : aucune information permettant de vous identifier ne sera donc recueillie.

Votre participation à cette recherche est volontaire : vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Toutefois, lorsque vous aurez rempli et transmis le questionnaire, il sera impossible de détruire les données puisqu'aucune information permettant d'identifier les personnes participantes n'a été recueillie.

Si vous avez des questions ou commentaires concernant cette étude, n'hésitez pas à me contacter par courrier électronique à l'adresse suivante : poujol.wuckelt@gmail.com

Merci pour votre contribution à ce projet.

Ewin POUJOL-WUCKELT, interne de médecine générale

En signant ce document, j'atteste :

- Avoir pris connaissance du formulaire d'information et de consentement**
- Consentir volontairement et librement à participer à ce projet de recherche**

Signature :

Bibliographie

1. (OFDT) OFdDedTA. Rapport national à l'EMCDDA - 2020. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/>. 2020.
2. <https://fr.statista.com/statistiques/591980/nombre-francais-ayant-deja-pris-drogues-type-france/>. Estimation du nombre d'individus ayant déjà consommé au moins une fois des substances psychoactives illicites en France en 2017, par type de drogue. 2017.
3. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/usages-de-substances-psychoactives-illicites-en-france-resultats-du-barometre-sante-2017>. Usages de substances psychoactives illicites en France : résultats du baromètre santé 2017. 2017.
4. Nutt D, King L, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*. 2007;369:1047-53.
5. Lucet C, Olié JP. Addictive behaviors: Clinical facts. *Bull Acad Natl Med*. 2020;204(6):551-60.
6. Site du Gouvernement adPP-VP, Mission interministerielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Qu'est-ce qu'une addiction ? <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>. 2015.
7. Heinz A, Gül Halil M, Gutwinski S, Beck A, Liu S. [ICD-11: changes in the diagnostic criteria of substance dependence]. *Der Nervenarzt*. 2022;93(1):51-8.
8. addictives Ofddedt. Glossaire. 2022.
9. Larousse. accoutumance. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accoutumance/525>. 2022.
10. ASTAING I. Les transferts de dépendance. Etude préliminaire. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Université Substances psychoactives et conduites addictives, Univ Reims Champagne-Ardenne, UFR Médecine. 2004:1 à 3.
11. Collège des enseignants de Psychiatrie et d'Addictologie ApEdI SPA. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 2021:357 à 60.
12. (dir.) MP. Cocaïne, données essentielles. Éditions de l'OFDT, Saint-Denis. 2012:11-6.
13. Grandi MD. La production de cocaïne prospère en Colombie. *Les Echos*. 2019; <https://www.lesechos.fr/monde/ameriques/la-production-de-cocaine-prospere-en-colombie-1122593>.
14. Gerald F. O'Malley ROM. Cocaïne (Crack). LE MANUEL MERCK Version pour professionnels de la santé <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/drogues-et-substances-intoxicantes-%C3%A0-usage-r%C3%A9cr%C3%A9atif/injection-de-drogues>. 2020.
15. Karila L, Benyamina A. Troubles liés à l'usage de cocaïne. Addictions et comorbidités. Paris %J Psychothérapies: Dunod; 2014. p. 223-35.
16. Hugli O, Trueb, L., Yersin, B., Schmidt, S. Rev Med Suisse. Cocaïne : nouveau mode de trafic, nouvelle méthode de détection et nouvelle prise en charge. *Rev Med Suisse*. 2008; volume 6:1752.
17. Toxicomanie OFdDedl. Héroïne : composition, prix, connaissance des usagers. Analyse publiée en 2014 à partir des résultats de l'enquête nationale SINTES de novembre 2010 à décembre 2011:18-28.
18. Lecci C. Papaver Somniferum. Flore alpes https://www.floreAlpes.com/comparaison.php?compar_code_1=papaversomniferum&compar_code_2=nardusstricta&zoomph2=0&zoomph1=5&PHPSESSID=00b85e2dfd3b7ff8cc697e63933e2d2b#visiga. 2010;- Photo N°5.
19. Botineau M. Botanique systématique et appliquée des plantes à fleurs. . Edition Lavoisier, Paris. 2010:314-28.
20. Bruneton J. Plantes toxiques : Végétaux dangereux pour l'homme et les animaux. Edition Lavoisier, Paris. 2005:429-33.

21. Perrot EP, R. Les plantes médicinales. Edition Presses Universitaires de France, Paris. 1974:173.
22. Abbara DA. Papaver somniferum - Pavot somnifère - Pavot à opium - Olivète - Olivette - Œillette. <https://www.waly-abbaracom/museum/photographie/Papaveraceae/Papavert-somniferum/Pavot-a-opium-fruits.html>. 2017;Les fruits du Papaver somniferum.
23. eVidal. Morphine. 2022;version 3.
24. C.Chevalier ANG, I.Nougier, P.Villéger. Addiction avec opiacés : le rôle du pharmacien. Actualités pharmaceutiques. 2015:17-21.
25. Chernilevsky G. Papaver somniferum. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Papaver_somniferum_2021_G3.jpg. 2021.
26. SHIRZADA N. Un Afghan récolte la sève de pavot dans la province de Nangarhar en avril 2018 https://www.challenges.fr/societe/la-production-mondiale-d-opium-et-cocaine-a-explose-rapport-onu_597018. AFP. 2018.
27. wikidoc. Black tar opium seized in Afghanistan. https://www.wikidoc.org/index.php/File:8651819_d63dee249d_ojpg. 2005.
28. Grout JM. Plantes interdites : une histoire des plantes politiquement incorrectes. Editions Ulmer, Paris. 2012:88-95.
29. wikibis A. Héroïne/Diacétylmorphine. http://www.analgesique.wikibis.com/heroin.php#cite_note-synthese-7. 2009.
30. Addiction) vdIEEMCFdAD. « Heroin production explained ». <https://www.youtube.com/watch?v=6o4zOMNlSco>. 2016.
31. Peraldi MT, L. La catastrophe invisible : histoire sociale de l'héroïne. Edition Amsterdam, Paris. 2018:95-100.
32. AFP. La production mondiale d'opium au plus haut depuis les années 1930 https://www.lemonde.fr/addictions/article/2015/06/26/la-production-mondiale-d-opium-au-plus-haut-depuis-les-annees-1930_4662608_1655173.html. Le Monde. 2015.
33. Lyon VCAPd. Produits de coupe. <http://vigitoxcap-lyon.fr/revues/57/articles/289>. 2022.
34. Toxicomanie OFDedl. Synthèse thématique : héroïne et autres opioïdes. <https://www.ofdtdfr/produits-et-addictions/de-z/heroin-et-autres-opiaces/#prod>. 2018.
35. Service DI. Héroïne. www.drogues-info-service.fr/content/view/pdf/20292. 2022.
36. Kieffer DalcdPB. Opiacés et cerveau. http://www.mediachimie.org/sites/default/files/Cerveau_p123pdf. 2014.
37. Médicale CNdP. Opiacées : les points essentiels. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/opiacees-les-points-essentiels>. 2017.
38. TV A. Drogues et cerveau - Opiacés et tranquillisants : du plaisir à la dépendance. <https://www.youtube.com/watch?v=9LK1WrPKm64>. 2017.
39. pharmacies Lmd. La dépendance aux opiacés <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3192/la-dependance-aux-opiaces.html>. Cahier formation n°3192 du 30/09/17. 2017.
40. Psychoactif.org. 1ère injection d'héro <https://www.psychoactif.org/forum/t15757-p1-Premiere-injection-hero.html>. 2015.
41. Santé OMDI. Surdose d'opioïdes. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>. 2021.
42. Catherine Barben TH, Cynthia Decrind, Supervisé par Bérénice Elger. La prise en charge des personnes toxicomanes. 2007:14-40.
43. Ministère de la santé dljeds. Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. https://solidarites-santegouv.fr/IMG/pdf/08_79t0pdf. 2008.

44. médico-sociaux Andlédldéessée. LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES DANS LES CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUES (CAARUD). RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES. 2017:9.
45. Palazzolo J. Chapitre IV. La prise en charge des addictions. Les thérapies cognitives et comportementales. Paris cedex 14 %J Que sais-je ? : Presses Universitaires de France; 2020. p. 53-71.
46. Seznec J-C. ACT : applications thérapeutiques. Les Ateliers du praticien: Dunod 400, Paris. 2019:13-35.
47. Bourgognon FaCP. Le modèle de l'ACT, in La thérapie d'acceptation et d'engagement. Presses Universitaires de France: Paris cedex 14. 2021:77-100.
48. MÉDICALE CNDP. ANTIDÉPRESSEURS : LES POINTS ESSENTIELS. <https://pharmacomedicaleorg/medicaments/par-specialites/item/antidepresseurs-les-points-essentiels>. 2022.
49. (INSERM) Indlsedlrm. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances. Chapitre I.4 : Consommation et mésusages chez les sujets sous médicaments de substitution aux opiacés2012.
50. addiction f. Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine. Edition Respadd. 2014;<https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2014/11/Guide-addictologie.pdf>.
51. Brisacier A-C. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». Observatoire Français Drogues et Toxicomanies. 2020:2-20.
52. Ducharme S, Fraser R, Gill K. Mise à jour sur l'utilisation clinique de la buprénorphine: Can Fam Physician. 2012 Jan;58(1):e9-e14.; 2012.
53. TRANSPARENCE HADSCDL. buprénorphine (chlorhydrate de). [https://wwwhas-santefr/upload/docs/evamed/CT-16213 SUBUTEX PIS RI Avis2 CT16213pdf](https://www.has-santefr/upload/docs/evamed/CT-16213_SUBUTEX_PIS_RI_Avis2_CT16213pdf). 2017.
54. TRANSPARENCE HADSCDL. SUBOXONE. [https://wwwhas-santefr/upload/docs/evamed/CT-13675 SUBOXONE PIC RI Avis3 CT13675pdf](https://wwwhas-santefr/upload/docs/evamed/CT-13675 SUBOXONE PIC RI Avis3_CT13675pdf). 2015.
55. (ANSM) Andsdmedpds. RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT METHADONE. <http://agence-prdansmsantefr/php/ecodex/rcp/R0249836htm>. 2014.
56. Le moniteur des pharmacies Lmd. Tout pour éviter le mésusage des gélules de méthadone. n°2726. 2008;<https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2726/tout-pour-eviter-le-mesusage-des-gelules-de-methadone.html>.
57. BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS mdsedls. METHADONE AP-HP, gélule - Résumé des caractéristiques du produit. <https://base-donnees-publiquemedicamentsgouvfr/affichageDocphp?specid=67296909&typedoc=R>. 2021.
58. Joly NA-CB-NTC-aFG-D. Recherche clinique et épidémiologique2011; Chapitre 2 - Les principaux biais en recherche clinique et épidémiologique.
59. Chung JGSM. Exploring social desirability bias. journal of Business Ethics, 44 (4). 2003;p 291-302.
60. Vallerand RJ. Les fondements de la psychologie sociale. édition e, editor: Gaetan Morin; 2006. 746 p.
61. Zerbe W, Paulhus D. Socially Desirable Responding in Organizational Behavior: A Reconceptation. The Academy of Management Review. 1987;12:250.
62. service ti. Nouveaux prescripteurs et substituts nicotiques. <https://protabac-info-servicefr/Nouveaux-prescripteurs-et-substituts-nicotiniques#:~:text=Depuis%20le%2001%20janvier%202016,peuvent%20prescrire%20des%20substituts%20nicotiques>. 2022.
63. Maladie LA. La prise en charge du sevrage tabagique. <https://wwwamelifr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique>. 2022.
64. (MILDECA) Midlcldelca. Le sevrage et la substitution. <https://wwwdroguesgouvfr/le-sevrage-et-la-substitution> 2022.
65. Santé HAd. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. PRATIQUE RDB, editor. <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution2006.

66. M. Blaise MG, M. Valleur. Addictions à l'héroïne, à la cocaïne, au cannabis et autres substances illicites. EMC psychiatrie volume 14. 2017:1-18.
67. Blecha L, Benyamina A. 108. Addiction aux benzodiazépines. Traité d'addictologie. Cachan %J Traités: Lavoisier; 2016. p. 745-50.
68. Maladie LA. Ouverture du dispositif de remboursement de séances avec des psychologues. <https://wwwamelifr/assure/actualites/ouverture-du-dispositif-de-remboursement-de-seances-avec-des-psychologues> 2022.
69. Maladie La. Trouver un psychologue partenaire près de chez soi. <https://monparcourspsysantegouvfr/annuaire>. 2022.
70. Santé HAd. Démarche centrée sur le patient ; Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. 2015.

VU

NANCY, le **11 avril 2023**

Le Président de Thèse

Professeur Paolo DI PATRIZIO

NANCY, le **12 avril 2023**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/

12936C

NANCY, le **20 avril 2023**

La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RÉSUMÉ

Introduction : La cocaïne est en France la 2ème substance illicite la plus consommée après le cannabis. L'héroïne quant à elle est la 4ème substance illicite la plus consommée en France ; L'héroïne et la cocaïne sont en première et deuxième place des substances les plus addictives au monde. Face à leur propre impuissance, les malades se tournent vers leur médecin pour leur demander l'aide nécessaire et leur prise en charge est complexe.

Objectif : Explorer les attendus et les modalités souhaités par les patients toxicomanes vis-à-vis d'une prise en charge en structure spécialisée ou en cabinet de médecine générale.

Méthode : Une étude quantitative par questionnaire, descriptive et transversale a été menée, ciblant des patients consultant un généraliste et/ou addictologue dans le Grand-Est pour la prise en charge de leur addiction à l'héroïne ou à la cocaïne. Les informations ainsi collectées ont pour but de permettre une optimisation de la prise en charge des patients dépendants à ces substances en médecine générale et en structure spécialisée.

Résultats : La prise en charge de ces patients est complexe, il convient de renforcer leur suivi médical à la fois sur le plan somatique et psychologique, d'être attentif aux comorbidités, de travailler en réseau avec les différents professionnels autour du patient, et de mieux former les médecins généralistes à cette problématique.

TITRE EN ANGLAIS : Optimization of the medical care of heroin and/or cocaine users in general medicine by evaluating their expectations in community medicine and in specialized structures

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2023

MOTS-CLEFS : Addiction, héroïne, cocaïne, prise en charge médicale.

INTITULÉ ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDŒUVRE-LÈS-NANCY
