

Thèse d'exercice

Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 21 Septembre 2023

Par Carla Maruca

Difficultés des Internes de Médecine générale de Limoges en fin de cursus face à la prise en charge d'un patient addict aux opiacés

Thèse dirigée par le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

Mme le Docteur Nadège LAUCHET

Mme le Docteur Léa SEVE

Présidente

Juge

Juge



Thèse d'exercice

Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 21 septembre 2023

Par Carla Maruca

Difficultés des Internes de Médecine générale de Limoges en fin de cursus face à la prise en charge d'un patient addict aux opiacés

Thèse dirigée par le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER

Mme le Docteur Nadège LAUCHET

Mme le Docteur Léa SEVE

Présidente

Juge

Juge



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE

FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTEE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE

MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Maitres de Conférences des Universités associés à mi-temps

SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2021 au 31-08-2022)
-----------------------	---

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	--

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

HOUDARD Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
LAUCHET Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
SEVE Léa	(du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2021
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2021
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2022
DARDE Marie-Laure	du 01-09-2021 au 31-08-2023
DESSPORT Jean-Claude	du 01-09-2020 au 31-08-2022
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2022
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TREVES Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2022
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
VIROT Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2022

Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
AVRAM Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE

BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COMPAGNON Roxane	CHIRURGIE INFANTILE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PIRAS Rafaela	MEDECINE D'URGENCE
RATTI Nina	MEDECINE INTERNE

ROCHER	Maxime OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERNAT-TABARLY Odile	OPHTALMOLOGIE

Chefsde Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE

Per Aspera ad Astra.

A mamma e papà, che hanno permesso tutto questo.

À Thomas, qui me supporte toujours.

A Leo (Archie), per il contributo dato prima ancora di nascere.

Remerciements

Je tenais à remercier en premier lieu le Dr Bureau-Yniesta, pour tout le support et les conseils reçus lors de la rédaction de cette œuvre, ainsi que pour sa bienveillance depuis désormais trois ans. Je porte un merveilleux souvenir du semestre que j'ai passé en stage chez elle et de tout ce que j'ai pu apprendre en termes médicales et en expressions françaises. Son aide, concernant cette épreuve importante, mais également en dehors, a été très important pour moi et je tenais à qu'elle le sache.

Je voudrais remercier également le Professeur Dumoitier pour avoir accepté de présider au jury de ma soutenance, ainsi que les Dr Lauchet et Sève, pour être présentes en qualité de membres du jury.

Un double remerciement au Dr Lauchet, qui a été ma tutrice renforcée et qui a démontré une patience et une gentillesse remarquables envers moi pendant ces dernières années.

Merci au Dr Barré, ma tutrice, pour la bienveillance et pour l'intérêt sincère apporté à mon égard quand en premier semestre je me sentais perdue, loin de chez moi.

Merci aux personnes que j'ai connu pendant les stages, collègues internes et non, qui ont permis de créer une bonne ambiance et un climat de confiance.

Merci à Leonardo, comme j'ai écrit plus haut, pour l'aide à l'écriture de cette thèse quand encore il n'était pas né. J'ai tellement de choses pour lesquelles le remercier, que toute la page ne suffirait peut être pas.

Merci à Thomas. Tu es toujours là pour moi, tu me supportes, dans tous les sens, et tu me rends une meilleure version de moi-même. J'espère de pouvoir faire de même pour toi.

Merci à ma famille, pour y être toujours, pour tout.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CIM 11 : classification internationale des maladies, 11^{ème} révision

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CMG : Collège de Médecine Générale

CNGE : Collège National Généralistes Enseignants

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DES : Diplôme d'études universitaires

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^{ème} édition

ELSA : équipe de liaison des soins en Addictologie

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interne en Médecine Générale

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives

MSO : médicaments de substitution aux opiacés

MSU : Maître de Stage Universitaire

OFDT : observatoire français des drogues et des tendances addictives

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

UTEP : l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient en psychiatrie et santé mentale

Table des matières

Introduction	20
1. Contexte.....	21
1.1. Les opioïdes	21
1.1.1. Définition	21
1.1.2. Histoire	21
1.1.3. De la nature aux produits de synthèse.....	22
1.1.4. Les médicaments de substitution.....	23
1.2. Les addictions.....	24
1.2.1. Définition et généralités	24
1.2.2. Les facteurs de risque	25
1.2.3. Les étapes de l'addiction, un processus neuropsychologique.....	26
1.2.4. Classification et diagnostic d'une addiction.....	26
1.3. La prise en charge d'une addiction aux opioïdes.....	27
2. Matériels et Méthodes	29
2.1. Type d'étude	29
2.2. Objectifs de l'étude	29
2.2.1. Objectif principal.....	29
2.2.2. Objectifs secondaires	29
2.3. Elaboration du questionnaire.....	29
2.4. Considérations éthiques et autorisations nécessaires.....	30
2.5. Population de l'étude	30
2.5.1. Critères d'inclusion	30
2.5.2. Critères d'exclusion	30
2.6. Déroulement de l'enquête	30
2.6.1. Dates et lieux.....	30
2.6.2. Conditions de réalisation	31
2.7. Saisie et exploitation des données.....	31
2.8. Analyses statistiques	31
2.9. Bibliographie	31
Résultats	32
3.1. Analyse descriptive	32
3.1.1. Caractéristiques générales	32
3.1.1.1. Participation	32
3.1.1.2. Caractéristiques socio-démographiques	32
3.1.1.3. Genre, âge, niveau d'études	33
3.1.1.4. Remplacements	34
3.1.1.5. Formation théorique et pratique	34
3.1.1.6. Consommation personnelle ou chez un proche.....	34
3.1.2. Clinique et connaissances.....	35
3.1.2.1. Sentiment de difficulté.....	36

3.1.2.2. Enseignement facultaire dispensé à la Faculté en DES1	36
3.1.2.3. Expériences directes de prise en charge.....	37
3.1.2.4. Aborder le sujet avec le patient	38
3.1.2.5. L'introduction d'un Traitement de Substitution des Opiacés (TSO).....	39
3.1.2.6. Gestion de la difficulté	42
3.1.2.7. Connaissance de structures spécialisées.....	42
3.1.3. Représentations et relation médecin- malade.....	43
3.1.3.1. Rôle de la peur dans la prise en charge	44
3.1.3.2. Principales craintes des internes.....	44
3.1.3.3. Pratique future	46
3.1.3.4. Représentations des patients addicts aux yeux des internes de Médecine Générale interrogés	46
3.1.3.5. Relation médecin-malade.....	47
3.2. Analyse statistique	50
4. Discussion.....	51
4.1. Forces et limites.....	51
4.1.1. Forces et justifications de l'étude.....	51
4.1.2. Limites.....	51
4.2. Discussion des résultats	52
4.2.1. Difficultés des internes dans la prise en charge du patient addict.....	52
4.2.1.1. Difficultés de connaissance.....	53
4.2.1.2. Difficultés cliniques.....	54
4.2.1.3. Difficultés relationnelles	54
4.2.1.4. Difficultés émotionnelles et représentations	55
4.2.2. Profils les plus touchés par difficultés	56
4.3. Perspectives d'amélioration	56
4.3.1. Formation initiale	56
4.3.1.1. Du point de vue théorique	56
4.3.1.2. Du point de vue pratique	57
4.3.2. Formation continue.....	58
4.3.3. Médecin Généraliste : premier recours et coordonnateur des soins	58
4.3.3.1. Outils d'aide à la prescription	59
4.3.3.2. Les structures de soin	60
4.3.3.3. Actualités	61
Conclusion	64
Références bibliographiques	66
Annexes	69
Serment d'Hippocrate.....	81

Table des illustrations

Figure 1: les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) en France, dates clés.....	23
Figure 2: Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives et des joueurs en France métropolitaine	25
Figure 3: niveau d'étude des internes participants.....	33
Figure 4: antécédents de consommation personnelle d'opiacés, à visée récréative ou thérapeutique	35
Figure 5: antécédents d'addiction chez un proche.....	35
Figure 6: cours théorique en début d'internat et connaissances	36
Figure 7: expérience des internes dans la prise en charge d'un patient addict aux opiacés..	37
Figure 8: facilité ressentie par les internes à aborder la consommation d'opiacés chez les patients	38
Figure 9: gestion de la difficulté clinique face à la prescription d'un TSO ou la prise en charge d'un patient addict.	42
Figure 10: structures vers lesquelles les internes adresseraient un patient addict en cas de besoin	43
Figure 11: fréquence en nombre et pourcentages des principales craintes des internes répondants envers les patients addicts aux opiacés.....	44
Figure 12: perspectives de prise en charge des patients addict aux opiacés dans la pratique future des internes interrogés.....	46
Figure 13: page d'accueil d'Addictoclic.....	59
Figure 14: fiche pratique médicaments substitution des opiacés, kit addiction.....	60
Figure 15: plaquette de l'Equipe de Liaison des Soins en Addictologie de Limoges	60
Figure 16: programme d'éducation thérapeutique pour les patients addicts aux opiacés.....	61
Figure 17: conférence interrégionale en Addictologie Auvergne et Limousin	62
Figure 18: rencontre Addictions, Toxicomanie, Hépatites, SIDA à Bayonne, oct 2023	62
Figure 19: annonce 23ème congrès CNGE	63

Table des tableaux

Tableau 1: caractéristiques sociodémographiques des internes par niveau d'étude en effectif et en pourcentage32

Tableau 2: réponses des internes concernant l'introduction d'un TSO chez un patient jamais vu ou déjà suivi, en effectifs et pourcentages.40

Introduction

La France a le niveau le plus élevé de prescription du Traitement Substitutif des Opiïdes (TSO) par habitant dans l'Union Européenne. D'après l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) 180.000 personnes en 2017 ont reçu un remboursement de médicaments substitutifs des opioïdes dans le Pays. [1]

La délivrance peut être réalisée par les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), par les structures hospitalières, ou encore sur prescription médicale en ville.

Les Médecins généralistes et les Internes en Médecine générale peuvent donc être concernés par la prise en charge des patients addicts aux opioïdes et être amenés à prescrire des TSO.

Il a déjà été étudié (2) dans les années précédentes le ressenti des médecins généralistes dans la prise en charge des patients addicts, en identifiant les freins et les contraintes. Pour ce qui concerne les internes, des études (3,4) ont été réalisées dans plusieurs villes de France.

Pendant le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) et/ou les premiers remplacements les internes peuvent être confrontés seuls pour la première fois à la prise en charge des patients dépendants aux opiacés. Leur ressenti face à cette situation de soin peut être différent par rapport à celui des médecins généralistes installés depuis plusieurs années.

De plus, l'organisation du système d'enseignement facultaire n'étant pas le même dans toutes les villes de France, les enseignements facultaires sur les addictions peuvent prendre plus ou moins de place pendant l'externat et l'internat, ce qui peut amener à un ressenti différent dans la pratique.

Dans la littérature, les internes d'autres villes de France ont souligné certains problèmes, notamment un manque de confiance envers le patient (sensation d'être manipulés, peur physique et psychologique), une sensation d'inaptitude face à la prescription ou au renouvellement du TSO, un manque de connaissances de structures qui peuvent apporter un aide.

Les difficultés sont décrites à propos de quatre aspects principaux : connaissances, relationnelles, cliniques et émotionnelles.

Concernant la ville de Limoges, un enseignement de 4 heures intitulé « Addictions et Entretien Motivationnel » est dispensé en présentiel aux internes en première année du Diplôme des Etudes Supérieures (DES) de Médecine Générale.

Cependant, aucune étude explorant le ressenti de ces mêmes internes, une fois confrontés à la pratique, a été menée à l'heure actuelle à Limoges.

Nous avons décidé de mener une étude sur ce sujet, ayant comme objectif principal de déterminer les principales difficultés des internes en fin de cursus de Médecine Générale face à la prise en charge des patients qui présentent des troubles de dépendance aux opiacés.

Cela dans le but de pouvoir comprendre comment éventuellement améliorer la prise en charge de ces patients et contribuer à rendre les internes plus à l'aise dans leur prise en charge.

L'objectif secondaire était de définir d'éventuels profils d'internes présentant plus de difficultés dans la prise en charge de ces patients.

1. Contexte

1.1. Les opioïdes

1.1.1. Définition

Deux termes sont entrés dans le langage commun et sont utilisés souvent comme synonymes, « opiacés » et « opioïdes ».

Les premiers indiquaient à l'origine l'ensemble des dérivés naturels du pavot, à savoir l'opium, la morphine et la codéine. Les opioïdes constituent ses dérivés semi-synthétiques, comme pour héroïne et buprénorphine, ou synthétiques, dans le cas du fentanyl.

La principale différence en termes d'effet est la majeure puissance des propriétés analgésiques des derniers.

Au fil du temps le terme « opioïdes » a commencé cependant à désigner toutes les substances citées confondues : un des points communs à la totalité d'entre elles est la capacité à induire une dépendance psychique et physique. (5)

1.1.2. Histoire

L'histoire de l'opium est liée à celle de l'homme depuis plusieurs milliers d'années. (6) Des traces de graines de pavot datant de l'âge Néolithique ont été retrouvées dans plusieurs habitats en Europe. Aussi, 2000 ans av JC des témoignages écrits montrent l'utilisation de l'opium chez les sumériens, qui définissaient le pavot comme la « plante de joie ». Les propriétés analgésiques et sédatives étaient connues également dans l'ancienne Egypte, et les préparations de ces produits sont reportées sur des papyrus retrouvés à Thèbes, datant d'environ 1550 ans av JC.

Dans différentes parties de l'Europe les connaissances des dérivés du pavot et de leurs caractéristiques étaient aussi répandues plusieurs siècles avant JC : les œuvres de Homère, Théophraste, Hippocrate dans l'ancienne Grèce, Pline l'ancien et Dioscoride dans l'ancienne Rome y faisaient déjà allusion.

L'usage est proposé, au fil des siècles et des découvertes de plus en plus précises sur les effets, comme remède hypnotique, antalgique, puis aussi somnifère, calmant, constipant.

L'histoire de la pharmacologie est liée très fortement à l'opium, car la première préparation confectionnée et complètement décrite dans toutes ses parties remonte au 2^{ème} siècle. Il s'agit de la Thériaque Impériale de Galien, donnée comme remède soulageant la plupart des maladies et à base des dérivés du pavot.

Les siècles passant, dans le Moyen Age une « pause » de l'utilisation des opioïdes a lieu, notamment dans l'Occident chrétien, où la douleur est jugée comme une expiation aux actions de l'homme voulue par Dieu. L'Eglise interdit formellement l'utilisation des analgésiques dans ce contexte et punit les médecins qui en proposent avec l'excommunication.

La consommation des dérivés du pavot reprend à la Renaissance, notamment avec Paracelse, qui l'utilise pour expérimenter ses multiples propriétés médicinales.

L'augmentation des voyages et le développement du commerce maritime permettent progressivement une extension des produits dans le monde entier.

Pendant le XVIII^{ème} siècle, on assiste à une augmentation de la cultivation du pavot dans toute l'Asie avec une généralisation de l'utilisation de l'opium notamment en Chine.

Pendant les deux dernières décennies du XIX^{ème} siècle, la France instaure une Régie de l'opium en Cochinchine, ensuite étendue à toute l'Indochine.

Dans le monde Occidental également, l'utilisation de l'opium en société devient de plus en plus importante : les fumeries se multiplient, les intellectuels en consomment et en parlent dans leurs œuvres, comme dans le cas de Baudelaire dans « Le paradis artificiel » (1845).

En même temps l'intérêt envers l'opium et ses effets analgésiques touche aussi la Philosophie : en France en particulier, des personnes comme Montaigne et Pascal en dissertent. Le premier dans un contexte de soulagement de la douleur vue comme maintien de la dignité humaine. Le deuxième voit un lien étroit entre plaisir et douleur avec une majeure aptitude à l'acceptation de cette dernière.

En médecine les dérivés du pavot sont progressivement utilisés comme panacée dans le traitement de nombreuses maladies, comme dans le cas du diabète, de l'anémie, de l'angine de poitrine, de la nymphomanie, de la syphilis, de la folie, de l'alcoolisme et plus encore. Le développement de son usage médical s'étend même à la pédiatrie.

Pendant la guerre de Sécession et la guerre franco-prussienne (1870-1871) on assiste à une explosion du mésusage des opiacés et de la toxicomanie parmi les soldats, qui continuera quarante-cinq ans plus tard durant la Première Guerre Mondiale (1914-1918).

Sur le plan international, la Convention de la Haye en 1911 et la loi Harrison (aux Etats Unis, en 1914) entraînent un contrôle plus strict du commerce des dérivés du pavot et de leur usage parmi la population générale.

En France la loi Delahaye de 1916 réprime tout usage non médical de ce type de substances et les classe en 3 catégories : la liste A regroupe les produits vénéneux, le tableau B concerne tous les stupéfiants (parmi lesquels les extraits d'opium, morphine, l'héroïne, la cocaïne), la liste C est pour les substances dangereuses.

Pendant la Convention de l'Organisation des Nations Unies (ONU) de 1961 on assiste à la création de l'Organisation Internationale du Commerce des Stupéfiants, qui permet la réglementation et la limitation du commerce à niveau mondial.

A la fin du XX siècle une partielle réhabilitation de la morphine a lieu, avec la création de centres de la douleur, ainsi que le développement des soins palliatifs en fin de vie.

1.1.3. De la nature aux produits de synthèse

Au XIX^{ème} siècle l'opium, mélange de substances actives qui constitue un extrait naturel du pavot, est progressivement purifié jusqu'à la production de la morphine, découverte en 1805 par le Pharmacien Friedrich Sertürner.

L'usage des dérivés du pavot dans le milieu médical augmente ultérieurement en 1832 avec la découverte, toujours à partir de l'opium, de la codéine par Robiquet.

A partir du 1850, l'invention de la seringue et de l'aiguille creuse permettent la réalisation d'injections de morphine. Cela engendre des grands progrès dans la médecine, mais aussi le début du mésusage des opiacés.

En 1874 le premier dérivé d'hémisynthèse de la morphine fait son apparition : Wright découvre l'héroïne, en cherchant à obtenir une substance moins toxicomanogène que la précédente. Même si ce produit se révèle être au contraire hautement addictif, il est tout de même commercialisé à partir des dernières années du XIX^{ème} siècle, mais progressivement proscrite dans l'utilisation médicale.

Des nombreux dérivés de synthèse sont progressivement découverts : à partir de la codéthyline (1899), en passant par hydromorpnone (1923), péthidine (1943), méthadone (1947), pholcodine (1950), dextromoramide (1954), fentanyl (1963) et jusqu'à la

buprénorphine (1968). Certains parmi eux (méthadone et buprénorphine) sont utilisés actuellement en médecine comme traitement substitutif chez les patients dépendants à l'héroïne.

Un mésusage des morphiniques peut entraîner des nombreux effets indésirables, jusqu'aux plus graves qui incluent sédation, coma, dépression respiratoire sévère qui peut causer la mort (dite par overdose). La découverte des antagonistes de la morphine, substances s'opposant à ces effets, révolutionne le XX siècle. Entre 1915 et 1970 plusieurs produits apparaissent : N-allylnorcodéine, N-allylnormorphine et ensuite Naloxone. Cette dernière substance est actuellement utilisée en médecine comme traitement de l'overdose.

1.1.4. Les médicaments de substitution

L'introduction en France des TSO en 1995 (figure 1) est le reflet d'une politique de réduction des risques liés à la santé. L'objectif était une prise en charge à la fois médicale, psychologique et sociale des patients dépendants, de manière à réduire morbidité, mortalité et dommages sociaux. (7)

L'on peut parler donc des TSO comme d'une prise en charge globale qui prévoit, entre autres, l'utilisation de médicaments, plus précisément appelés Médicaments de Substitution des Opiacés (MSO).

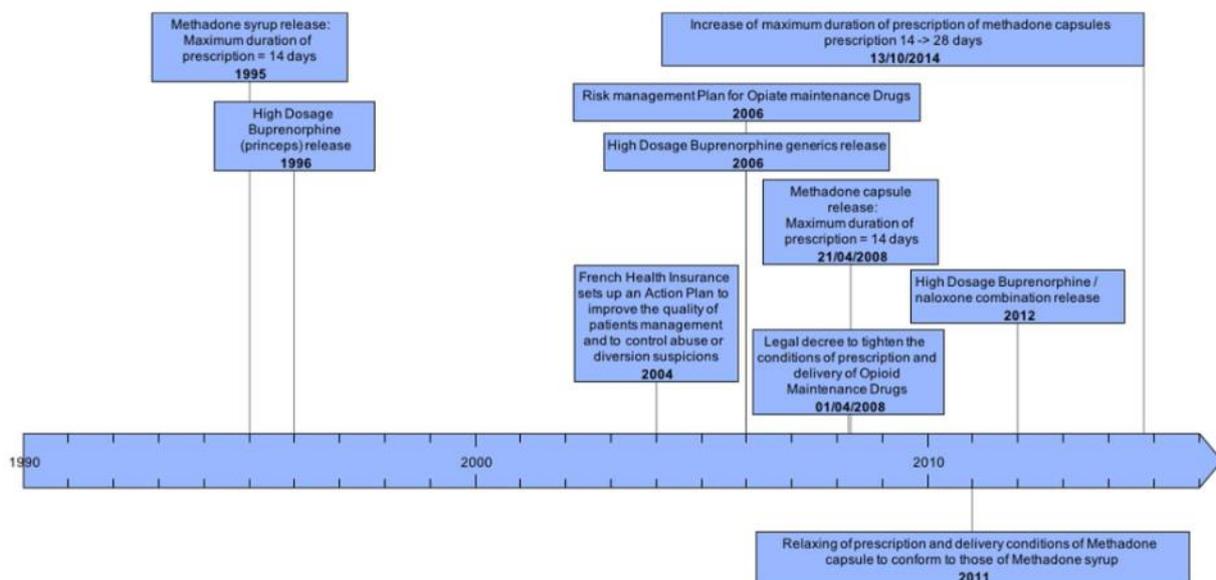


Figure 1: les Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) en France, dates clés

D'après les données de la Haute Autorité de Santé (HAS), les résultats obtenus depuis l'introduction du TSO montrent un impact clairement positif, qui s'est rendu évident déjà pendant les premiers dix ans : diminution de 5 fois des décès pour surdosage en héroïne, 3 fois moins de prématurités chez les enfants nés de mère dépendante, meilleure insertion sociale et dans le monde du travail, bénéfiques également en termes de cout social. (8)

Différentes molécules peuvent être prescrites en tant que MSO : les plus utilisées sont la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) et la Méthadone. En ce qui concerne la première, elle

est commercialisée sous le nom de SUBUTEX®), ou, en cas d'association au Naloxone, elle est vendue comme SUBOXONE®.

La BHD est le médicament de première ligne dans la prise en charge d'une dépendance avérée aux opiacés, car il entraîne un risque moins important de surdoses.

Une ordonnance sécurisée est nécessaire pour la prescription de SUBUTEX® et SUBOXONE®, qui existent sous forme de gélules sublinguales. Pour les deux la durée est limitée à 28 jours, avec fractionnement ou pas sur dérogation.

Les usages non conformes de la BHD sont cependant fréquents : parmi les modes d'usages détournés l'on compte les polyconsommations via inhalation, snif ou injection.

La BHD est vue de manière ambivalente aux yeux des personnes qui en font un usage non conforme. Ceux qui suivent un TSO sans respecter le cadre médical la perçoivent comme un médicament non satisfaisant, thérapeutiquement moins efficace que la méthadone. (9)

Avant la mise en place du plan gouvernementale 2013-2017, le cadre de prescription des MSO était différent. En ce qui concerne la Méthadone en fait, il s'agit d'un agoniste pur des récepteurs opiacés et est classée comme stupéfiant. Le traitement pouvait être initié exclusivement par des médecins exerçants en CSAPA ou à l'hôpital.

Actuellement (10) la primo-prescription est possible en ville : cela suppose un lien de partenariat entre médecin généraliste, pharmacien, CSAPA (pour assurer ponctuellement, en complément ou en collaboration le suivi multidisciplinaire) et l'équipe de liaison de soins en addictologie ou le service hospitalier dédié, qui répond à d'éventuelles situations critiques. Bien que l'ensemble des médecins généralistes soit à l'heure actuelle potentiellement concerné et compétent pour assurer la primo-prescription de la Méthadone, l'engagement reste soumis au volontariat et à la réalisation d'une formation spécifique. La mise en place d'un agrément à l'initiation de ce traitement en ville est une des préconisations pour le futur de la fédération française des addictions.

Le traitement par Méthadone est possible sous deux formes différentes : en sirop ils existent cinq dosages différents, allant de 5 mg/3,75 ml à 60 mg/15 ml. La prescription est sur ordonnance sécurisée avec une durée limitée à 14 jours, avec délivrance fractionnée par périodes de 7 jours maximum. Autre option est la forme en gélules : dans ce cas les dosages vont de 1 à 40 mg et la prescription, toujours sécurisée, est limitée à 28 jours, avec délivrance fractionnée par périodes de 7 jours maximum.

1.2. Les addictions

1.2.1. Définition et généralités

Une addiction est définie par une dépendance à une substance ou à une activité, avec des conséquences sur la santé.

La dépendance a été définie en 1998 par l'Organisation mondiale de la santé comme un syndrome qui regroupe un « ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs d'intensité variable qui font que l'utilisation d'une ou plusieurs substances psychoactives passe avant toute autre activité ». (11)

Une addiction repose donc sur la consommation d'un produit ou la répétition excessive d'un comportement. Plusieurs conséquences néfastes sont possibles et peuvent impacter la sphère personnelle, professionnelle et sociale. (12)

En termes de prévalence, les addictions à des substances sont les plus fréquentes (figure 2, page suivante) : selon les données actualisées à l'année 2022 de l'OFDT, le tabac et l'alcool sont les deux substances les plus consommées au quotidien. (13)

Concernant l'héroïne et les opioïdes, en France le niveau d'expérimentation, qui qualifie l'usage de la substance au moins une fois dans la vie, est estimé à 1.3% en 2017, avec une population concernée dans la tranche d'âge 11-75 ans de 500.000 personnes. (14)



Figure 2: Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives et des joueurs en France métropolitaine

1.2.2. Les facteurs de risque

Trois composantes différentes participent ensemble à créer une addiction : l'individu, le produit et l'environnement. (12)

Le risque individuel repose sur plusieurs facteurs : il augmente avec un jeune âge d'initiation, le sexe masculin, ainsi que des caractéristiques liées à personnalité et humeur. Les personnes anxieuses, introverties, ou également celles à la recherche d'émotions fortes sont plus à risque.

Toujours sur le plan individuel, on peut trouver au niveau neurobiologique et génétique des explications quant à une vulnérabilité variable d'une personne à l'autre.

Plusieurs gènes interviennent dans le métabolisme des drogues et dans la neurotransmission : pour ce qui concerne le circuit de la récompense (système

dopaminergique) et celui lié à l'humeur (système sérotoninergique), des variations interindividuelles peuvent entraîner des facteurs de risque ultérieurs.

Sur le plan du produit, toutes les substances ou comportements n'ont pas le même potentiel addictif, potentiel qui dépend de l'interaction avec les neurotransmetteurs. Pour certaines substances l'addiction s'instaure très rapidement, parfois après une seule prise, comme dans le cas du crack et de la cocaïne. D'autres produits, comme l'alcool, voient une installation beaucoup plus lente dans le temps.

Sur le plan environnemental, le contexte social et familial jouent aussi un rôle très important : l'exposition et la répétition de certains gestes et habitudes, notamment pendant l'enfance et l'adolescence, augmente le risque de développement de l'addiction au fil des années.

1.2.3. Les étapes de l'addiction, un processus neuropsychologique

Souvent l'addiction est caractérisée par un parcours en plusieurs étapes : (12, 15)

- Recherche de plaisir.

C'est l'initialisation avec la participation de deux systèmes principalement : d'un côté les circuits de la récompense libèrent la dopamine en anticipation et en correspondance de l'assomption de la substance ou du comportement pratiqué. Cela entraîne dans les premières phases la réitération, qui engendre à nouveau une récompense. En même temps une modification du système de la sérotonine et des récepteurs des endorphines a lieu : progressivement les récepteurs répondent de moins en moins aux stimulations endogènes et de plus en plus à celles exogènes, donnant en conséquence une réduction naturelle d'endorphines. Le plaisir devient progressivement dépendant de la substance. A ce moment, l'arrêt de la consommation donne une sensation de manque.

- Automatismes qui font poursuivre le comportement
- Conséquences émotionnelles négatives qui remplacent le plaisir initial

Progressivement de moins en moins de dopamine est libérée à chaque consommation. Les stimulations habituelles agissent moins bien sur le circuit et une modification de l'amygdale entre temps se manifeste : cela entraîne une dysphorie. Pour faire face aux deux problèmes qui apparaissent, la personne progressivement augmente les doses ou le temps de consommation. Cette dernière n'a plus pour but alors la recherche de plaisir, mais plutôt le soulagement par rapport aux émotions négatives qui le remplacent.

- Perte de contrôle (craving)

Cette phase est caractérisée par une modification de certains comportements réglés par le cortex préfrontal. Cela serait dû à une réduction du flux sanguin avec hypo activation des régions frontales corticales et hyperactivation des régions qui intéressent motivation, mémoire, conditionnement et émotions.

La conséquence est une altération dans les comportements d'autorégulation, de prise de décisions et de résister à l'envie de consommer.

1.2.4. Classification et diagnostic d'une addiction

La 5^{ème} édition du Manuel de Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5, élaboré par l'American Psychiatric Association en 2013) parle de « conduites addictives »

comme de l'ensemble des usages de substance ou d'autres addictifs qui peuvent entraîner un trouble. (15)

Un trouble lié à l'usage peut être diagnostiqué en présence d'au moins deux critères parmi les suivants (figure 3), se manifestant sur une période de douze mois.

Il est possible de distinguer un trouble léger (2 à 3 critères présents), modéré (jusqu'à 5) ou sévère (au moins 6).

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
3. Craving ou désir urgent de consommer.
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
5. Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
 - Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - Effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
6. Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :
 - Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance ;
 - La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
7. Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé.
8. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
9. Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
10. Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit.
11. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Figure 3 : critères de classification des troubles liés à l'usage selon la classification DSM-5

1.3. La prise en charge d'une addiction aux opioïdes

Plusieurs sont les structures, individuelles ou collectives, qui ont pour objectif une prise en charge des troubles d'usage des substances psychoactives comme les opioïdes (16, 17). En ambulatoire, nous pouvons citer :

- Les CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
Tous les départements de France disposent des centres CSAPA, composés d'équipes pluridisciplinaires comprenant médecins, psychologues et personnel socio-éducatif. L'accueil du patient dans ces structures se fait de façon gratuite et anonyme. Un accompagnement est proposé, ainsi que la mise en place d'un TSO en accord avec le patient. L'accueil est ouvert également à l'entourage en cas de nécessité, de manière ponctuelle ou régulière.

- Les CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

Il s'agit de structures ambulatoires qui s'adressent aux mineurs et jeunes majeurs qui ont des troubles addictifs avec ou sans substance. Les consultations sont toujours gratuites et anonymes et se déroulent dans des espaces dédiés selon le département (au sein des centres CSAPA ou dans des lieux spécialisés d'accueil des jeunes, comme les Maisons des Adolescents ou les Points d'Accueil-Ecoute Jeunes). Un bilan est réalisé, ainsi que la proposition d'un accompagnement et un suivi à long terme. En cas de nécessité, les patients peuvent être adressés vers services ou professionnels spécialisés. Comme pour le CSAPA, le CJC propose également un suivi des proches.

- Les CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

Structure anonyme et gratuite, comme les précédentes, qui est ouverte à tout usager de substance psychoactive. En plus de l'accueil et du suivi personnalisé, il est proposé également un soutien dans les démarches sociales et de réinsertion professionnelle, matériel de prévention des infections (seringues, préservatifs) et bilan d'infections transmissibles.

Les patients peuvent avoir des freins à entamer des démarches d'initiation de prise en charge et accompagnement dans ce type de structures : la localisation (3 CSAPA présents en région Limousine, à Limoges, à Brive-la-Gaillarde et à Guéret) et le temps de délai de consultation en sont des exemples.

Le milieu hospitalier est une autre option, avec la possibilité de réaliser des consultations d'addictologie ou une hospitalisation de courte durée dans certains cas pour mettre en place le sevrage. L'utilisateur qui veut initier un parcours de soin peut également s'adresser directement aux urgences et être mis en relation avec les équipes pluridisciplinaires de liaison de soins en addictologie.

Avec l'élargissement progressif du cadre de prescription des TSO, de plus en plus d'utilisateurs d'opiacés sont toutefois rencontrés directement en médecine de ville. Près des deux tiers des médecins généralistes déclarent recevoir au moins occasionnellement des patients dépendants aux opiacés (18). La moitié déclare en voir au moins un par mois (49,2 %), alors qu'ils n'étaient qu'un tiers en 2003 (34,0 %). Le médecin généraliste est situé donc en première ligne dans l'accompagnement de cette population spécifique.

Dans la pratique, il a été démontré y avoir une variation dans les pratiques de prescription de TSO selon le profil du médecin généraliste (2, 3, 18, 19), avec des freins et des contraintes à la prise en charge parfois mis en avant.

Dans ce contexte, les internes en médecine générale sont aussi potentiellement concernés, à présent et dans leur future activité professionnelle, à prescrire un TSO et assurer le suivi de cette population de patients. D'où l'intérêt de repérer les difficultés à la prise en charge et le ressenti qui leur sont propres.

2. Matériels et Méthodes

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, basée sur des données déclaratives obtenues par auto-questionnaire concernant la prise en charge par les Internes en Médecine Générale (IMG) des patients addicts aux opiacés.

2.2. Objectifs de l'étude

2.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était de déterminer les difficultés globales des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Limoges en fin de cursus dans la prise en charge d'un patient addict aux opiacés.

Identifier les difficultés de type relationnel, clinique, émotionnel ou des connaissances permettrait de perfectionner la formation pour les futures internes.

2.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- Déterminer l'éventuelle présence de profils d'internes qui présentent plus de difficultés dans la prise en charge des patients addicts aux opiacés
- Proposer d'éventuelles pistes d'amélioration.

2.3. Elaboration du questionnaire

Afin de répondre à la question de recherche, un auto-questionnaire anonyme de vingt-deux questions a été élaboré. (Annexe 1)

Les questions ont été formulées de manière à reprendre les principales craintes déjà mises en évidence par les internes d'autres villes, comme Rouen, Poitiers et Angers, ou départements, comme l'Auvergne, et publiés lors de la réalisation de travaux de thèse, notamment d'études qualitatives. (3, 4, 19, 20)

Le questionnaire était composé de vingt-deux questions au total. Six étaient fermées à choix dichotomiques (oui/non, homme/femme, ...), dont une demandant un complément de réponse ouverte et deux ayant la possibilité de ne pas répondre (en cochant la case « je ne souhaite pas répondre à cette question »). Il y avait également treize questions fermées à choix multiples, dont trois où plusieurs réponses pouvaient être cochées. Enfin, trois questions étaient ouvertes.

Ce questionnaire peut être divisé en trois parties. La première se composait de huit questions, concernant les données socio-démographiques des internes participants, dont civilité, âge, situation au niveau des études, éventuelles formations théoriques ou pratiques en Addictologie, réalisation ou pas de remplacements, antécédents personnels de consommation d'opiacés ou chez un proche.

La deuxième partie, composée de neuf questions, s'intéressait principalement à la clinique et aux connaissances déjà acquises par les internes en dernière année d'études : elle interrogeait la population étudiée au sujet du vécu de la prise en charge d'un patient addict

aux opiacés. On y retrouvait aussi la possibilité de donner un retour quant aux compétences acquises lors de l'enseignement facultaire dispensé en DES 1 de Médecine Générale.

La troisième et dernière partie, de cinq questions, se focalisait sur les représentations et sur la relation médecin-malade. Les craintes des internes étaient ici explorées face à cette population particulière de patients.

2.4. Considérations éthiques et autorisations nécessaires

Le projet et le questionnaire ont été soumis à l'attention de la commission des thèses de Médecine Générale du CHU de Limoges à la séance du 07 Avril 2022, avec avis favorable. Etant donné les données anonymes de l'étude, la commission a statué pour la non nécessité de démarche éthique réglementaire.

Tous les participants ont été informés du respect de l'anonymat lors de l'étude.

2.5. Population de l'étude

2.5.1. Critères d'inclusion

La population cible était composée de :

- Internes en Médecine Générale rattachés à la Faculté de Médecine de Limoges
- En fin de cursus (5^{ème} et 6^{ème} semestre) ou ayant validé leur DES
- Internes de Médecine Générale non thésés.

2.5.2. Critères d'exclusion

Etaient exclus :

- Les internes non rattachés à la Faculté de Médecine de Limoges
- Les internes de phase socle et de première année d'approfondissement en Médecine générale
- Les internes d'autres spécialités
- Les médecins thésés.

2.6. Déroulement de l'enquête

2.6.1. Dates et lieux

L'enquête s'est déroulée sur une période de 6 mois, comprenant un semestre d'internat complet.

Il n'y a pas eu un lieu précis d'investigation, car la population cible a été sollicitée à répondre au questionnaire par voie électronique.

Ce questionnaire a été mis en ligne et envoyé aux internes objet d'étude la première fois le 14 Avril 2022, quand un mail a été envoyé par le service de la Scolarité de la faculté de Médecine de Limoges, pour respecter l'anonymat. Les réponses données ont été acceptées jusqu'au 1^{er} Novembre 2022.

2.6.2. Conditions de réalisation

Le questionnaire était accessible sous format numérique uniquement.

Réalisé à l'aide de Google Forms, il a été ensuite envoyé par la Scolarité à tous les internes répondants aux critères d'inclusion. Deux relances ont été réalisées au cours du semestre, selon la même méthode, et une ultérieure relance orale a été effectuée lors des enseignements facultaires.

2.7. Saisie et exploitation des données

Toutes les données relevant de l'étude quantitative, présentes sur le Google Forms, ont été saisies dans un tableau Excel par l'investigatrice.

Les questionnaires incomplets par manque de réponses à une ou plusieurs questions ont été exclus.

Une analyse descriptive des résultats a ensuite été réalisée à l'aide du logiciel Excel, avec une présentation des résultats sous forme d'effectifs et de fréquence en pourcentages.

Trois questions relevaient d'une analyse de type qualitatif, pour laquelle deux logiciels ont été utilisés : les données ont été retranscrites sur Microsoft Word, puis codées et exploitées à l'aide du logiciel NVivo.

2.8. Analyses statistiques

Un logiciel d'aide statistique, JAMOVI, a été utilisé pour l'analyse des données quantitatives retrouvées.

Pour comparer des variables qualitatives indépendantes, nous avons utilisé le test de Chi2, ainsi que le test exact de Fisher. Le test Chi2 a été utilisé lorsque toutes les valeurs prises en compte étaient supérieures à 5, alors que le test exact de Fisher a été utilisé lorsqu'une des valeurs était inférieure ou égale à 5. Il a été utilisé un seuil de significativité p égal à 0.05.

2.9. Bibliographie

Les moteurs de recherche utilisés ont été PubMed et Google Scholar.

Un travail a été réalisé en amont pour rechercher des sujets similaires déjà analysés. Des études, pour la plupart qualitatives, ont été retrouvées dans la littérature, ce qui a mené à la réalisation d'une revue bibliographique de ces derniers. Cela a été le point de départ pour la conception de l'étude, nous nous sommes servi des données qualitatives pour établir le questionnaire.

Certaines revues littéraires scientifiques comme Exercer et Prescrire ont également été utilisées.

Les mots clés : addiction, opioïdes, opiacés, dépendance, médecin, interne, ressenti, difficulté, prise en charge.

La bibliographie a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero.

Résultats

3.1. Analyse descriptive

3.1.1. Caractéristiques générales

3.1.1.1. Participation

68 internes correspondaient aux critères d'inclusion, dont 28 DES 3 (année d'entrée en DES 2019), 18 DES 4 (2018), 7 DES 5 (2017), 15 DES 6 (2016).

Parmi les inclus, 43 internes ont répondu pendant la période concernée.

Devant une réponse incomplète, un questionnaire a été exclu.

42 questionnaires étaient donc exploitables, avec un taux de réponse de 61.8%.

3.1.1.2. Caractéristiques socio-démographiques

Les données socio-démographiques des internes ayant participé à l'enquête sont résumées dans le tableau ci-dessous (tableau 1), regroupées par niveau d'étude des participants.

Tableau 1: caractéristiques sociodémographiques des internes par niveau d'étude en effectif et en pourcentage

	DES 3 (SASPAS fait ou en cours) 21 internes	DES 3 (SASPAS non réalisé) 8 internes	DES 4-6 13 internes	Total 42 internes
Genre				
- homme	11 (26.2%)	1 (2.4%)	9 (21.4%)	21(50%)
- femme	10 (23.8%)	7 (16.7%)	4 (9.5%)	21(50%)
Age				
- 25-27	9 (21.4%)	3 (7.1%)	3 (7.1%)	15(35.7%)
- 28-30	6 (14.3%)	4 (9.5%)	6 (14.3%)	16(38.1%)
- 31-36	6 (14.3%)	1 (2.4%)	4 (9.5%)	11(26.2%)
Remplacements				
- Effectués	14 (33.3%)	3 (7.1%)	12 (28.6%)	29(69%)
- Jamais effectués	7 (16.7%)	5 (11.9%)	1 (2.4%)	13(31%)
Formation pratique (stages Addicto)				
- Pendant externat	8 (19.0%)	4 (9.5%)	4 (9.5%)	16(38.1%)
- Pendant internat	0	0	2 (4.8%)	2(4.8%)

- Non	13 (31.0%)	4 (9.5%)	7 (16.7%)	24(57.1%)
Formation théorique (DU, FST, autre)				
- Oui	1 (2.4%)	0	2 (4.8%)	3(7.1%)
- Non	20 (47.6%)	8 (19.0%)	11 (26.2%)	39(92.9%)
ATCD Consommation personnelle opiacés				
- Récréative	3 (7.1%)	0	0	3(7.1%)
- Thérapeutique	5 (11.9%)	1 (2.4%)	1 (2.4%)	7(16.7%)
- Jamais	13 (31.0%)	7 (16.7%)	12 (28.6%)	32(76.2%)
ATCD addiction d'un proche				
-Oui	5 (11.9%)	4 (9.5%)	7 (16.7%)	16(38.1%)
- Non	16 (38.1%)	4 (9.5%)	6 (14.3%)	26(61.9%)

3.1.1.3. Genre, âge, niveau d'études

La population étudiée, composée au total de 42 internes, comprenait 50% d'hommes et 50% de femmes.

29 parmi les internes (soit 69%) étaient en DES 3 au moment de la clôture de l'étude, les 13 restants (soit 31% du total) étant dans les années supérieures (DES 4, 5, 6).

Parmi les internes en DES 3, 21 avaient déjà réalisé ou réalisaient leur stage SASPAS, les 8 autres devaient encore l'effectuer. (Figure 4)

Quel est votre niveau actuel d'étude?

42 risposte



Figure 3: niveau d'étude des internes participants

La répartition en fonction du DES montrait que les répondants en DES 3 n'ayant pas encore effectué leur stage SASPAS étaient en majorité de sexe féminin (7 internes sur 8, soit 87.5%). Sur les 21 internes en DES 3 chez qui le stage SASPAS était en cours ou déjà effectué, 10 étaient des femmes et 11 des hommes (47,6% et 52.4% respectivement). Enfin, les répondants en DES supérieur étaient pour la plupart de sexe masculin (9 internes sur 13, soit 69.2%).

L'âge des participants était compris entre 25 et 36 ans, avec un âge moyen à 27.78 ans. La tranche d'âge 25-27 ans était le plus représenté chez les DES 3 ayant fait leur SASPAS (avec 9 internes, soit 42.9%), tandis que le tranche 28-30 ans était prévalent chez les autres sous-groupes (4 internes des DES 3 n'ayant pas réalisé leur SASPAS, soit 50% et 6 internes en DES supérieur, soit 46.2%).

3.1.1.4. Remplacements

Les internes ayant déjà remplacé au moins une fois étaient 29 (69% du total).

En stratifiant par sous-groupes en fonction des études, il est possible de voir que parmi les répondants, seulement 3 sur 8 des DES 3 n'ayant pas fait le SASPAS avait déjà remplacé (37.5%). Au contraire, la majorité des internes en DES 3 ayant fait le SASPAS (14 sur 21, soit le 66.7%) et en DES supérieur (12 sur 13, soit 92.3%) avait déjà remplacé au moins une fois.

3.1.1.5. Formation théorique et pratique

Parmi les répondants, ceux qui avaient déjà effectué des stages pratiques d'une ou plusieurs journées dans un service d'Addictologie étaient 18 (42,9%), dont 2 pendant l'internat et 16 durant l'externat. Le restant 57,1% des internes n'en avaient jamais réalisé.

En analysant par sous-groupe, l'on peut retrouver que pour les 29 internes en DES 3, 12 ont eu une formation pratique (41.4%), mais exclusivement pendant l'externat. En revanche, sur les 13 internes de DES supérieur, 6 ont pu profiter d'une formation pratique (46.2%), dont 2 pendant l'internat.

Concernant les formations théoriques, un interne a répondu avoir réalisé un DU d'Addictologie ; deux autres ont affirmé avoir eu des formations théoriques, le premier dans le cadre d'un master en Neurosciences à Bordeaux, le deuxième pendant ses études en Pharmacie (cursus antérieur). Les 39 internes restants (92,8%) n'avaient pas de formation théorique particulière en Addictologie au moment de la clôture de l'étude.

3.1.1.6. Consommation personnelle ou chez un proche

76,2% des répondants (soit 32 internes) affirmaient n'avoir jamais consommé d'opiacés. Parmi les restants, 16,7% disaient en avoir consommé à visée thérapeutique (7 internes) et 7,1% (3 internes) de manière récréative. (Figure 5)

Avez-vous déjà consommé ou consommez-vous actuellement des opiacés?

42 risposte

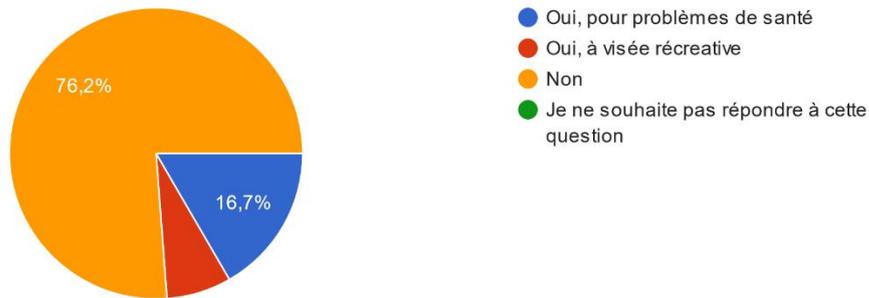


Figure 4: antécédents de consommation personnelle d'opiacés, à visée récréative ou thérapeutique

En filtrant cette population par sous-groupes en fonction du DES, l'on remarque que la consommation personnelle tout but confondu (récréatif et thérapeutique) touchait en DES 3 1 interne sur 8 n'ayant pas réalisé le SASPAS (12.5%) et 8 internes sur 21 ayant fait leur SASPAS (soit 38.1%). En DES supérieur, 1 interne sur les 13 affirmait avoir déjà consommé des opiacés (7.7%).

Avez-vous déjà été concerné par l'addiction d'un proche?

42 risposte



Figure 5: antécédents d'addiction chez un proche

26 participants (61.9%) n'avaient jamais été confronté à l'addiction d'un proche, à la différence des 16 restants (38,1%). Si on divise en fonction du DES, l'on peut retrouver que plus de la moitié des répondants en DES 4, 5 et 6 a vécu la situation de l'addiction d'un proche (7 sur 13, soit 53.8%), alors que chez les internes de DES 3 n'ayant pas fait de SASPAS les réponses affirmatives étaient de 50% et chez ceux ayant réalisé leur SASPAS seulement 5 sur 21 répondaient avoir été confronté à l'addiction d'un proche (23.8%).

3.1.2. Clinique et connaissances

La partie suivante du questionnaire demandait aux internes de répondre à des questions sur les addictions aux opiacés en fonction de leur vécu clinique et de leurs connaissances acquises pendant les stages.

3.1.2.1. Sentiment de difficulté

Sur les 42 internes répondants, 39 jugeaient comme étant difficile la prise en charge d'un patient addict, soit 92.9%.

Concernant les 3 internes restants : tous avaient déjà effectué des remplacements, aucun n'avait une formation théorique particulière en Addictologie, aucun ne consommait personnellement d'opiacés. Deux d'entre eux (une femme et un homme) avaient déjà été confrontés à l'addiction d'un proche.

- 2 étaient de sexe masculin, avaient effectué des stages pratiques en Addictologie pendant l'externat, étaient en DES 3 (SASPAS déjà réalisé).
- 1 était de sexe féminin, en DES supérieur, n'avait jamais réalisé de stage pratique en Addictologie.

3.1.2.2. Enseignement facultaire dispensé à la Faculté en DES1

Questionnés à propos des connaissances acquises lors de l'enseignement théorique d'Addictologie en DES1, 28 internes sur 42 (soit 66.7%) répondaient ne pas les juger suffisantes à la prise en charge dans la pratique d'un patient addict. Parmi les restants, 11 internes (26.2%) trouvaient les connaissances apprises suffisantes et les derniers 3 (7.1%) affirmaient ne pas être présents le jour du cours. (Figure 4)

Est-ce que vous jugeriez que le cours d'Addictologie (en première année d'internat) vous a apporté les éléments théoriques suffisants pour prendre en charge un patient addict?

42 risposte



Figure 6: cours théorique en début d'internat et connaissances

Pour ceux qui avaient répondu négativement à la question ci-dessus, il était proposé d'en expliquer le motif à travers une question ouverte.

Les internes concernés rapportaient alors que l'enseignement facultaire avait une « *bonne approche* », mais leur paraissait « *trop théorique* », de la « *philosophie de la prise en charge de l'Addiction* » et que même si cela permettait de « *poser les bases* », il manquait des « *outils pratiques* » et restait « *loin de la réalité* ». Les répondants ajoutaient qu'ils auraient souhaité une « *mise en situation* », se retrouver face à quelque chose de plus « *concret* », une « *situation réelle* » avec un « *organigramme de la prise en charge* » bien défini.

La « *thématique trop large* » par rapport à un enseignement « *trop bref* », durant « *une seule après-midi* » était un autre point d'attention, qui portait les internes sollicités à définir le sujet comme « *compliqué* ».

Certains avouaient n'avoir « *rien retenu* » du cours, n'en avoir « *aucun souvenir* », et d'autres suggéraient de le proposer plutôt en « *DES2* », convaincus que cet enseignement facultaire était « *effectué trop tôt* » et que l'interne risquait de se sentir « *non impliqué vis-à-vis du cours* ».

Certains s'interrogeaient à propos du « *relationnel* » et de la « *prise en charge globale, sur le long terme* » définissant alors l'enseignement comme « *insuffisant* » sous ces points de vue et demandant « *une formation supplémentaire* ».

3.1.2.3. Expériences directes de prise en charge

L'étude poursuivait en questionnant les internes quant à leur expérience directe dans la prise en charge d'un patient addict aux opiacés.

Parmi les 42 répondants, 39 (soit 92.8%) affirmaient en avoir déjà fait l'expérience. 30 (71.4% du total) avaient déjà pris en charge un patient addict aux opiacés au moins une fois seuls, les autres 9 (21.4% du total) seulement accompagnés par leur Maitre de Stage Universitaire (MSU) ou Maitre de Stage Hospitalier.

Est-ce que vous avez déjà pris en charge des patients addicts aux opiacés?

42 risposte



Figure 7: expérience des internes dans la prise en charge d'un patient addict aux opiacés

En réalisant une stratification en fonction des réponses, l'on retrouve que parmi les 9 internes ayant déjà pris en charge un patient addict avec un accompagnement, deux tiers étaient de sexe féminin ; 7 internes étaient en DES 3 et seulement 2 en DES supérieur.

Plus de la moitié avait déjà réalisé des remplacements (5 internes). Aucun n'avait de formation théorique particulière en Addictologie, mais 3 d'entre eux avaient effectué des stages pratiques pendant l'externat. Tous concordaient pour définir la prise en charge d'un patient addict aux opiacés comme « difficile ». 3 jugeaient le cours en début d'internat « suffisant » à l'apport des notions théoriques nécessaires, un n'était pas présent.

Concernant les 3 internes n'ayant jamais pris en charge un patient addict, deux étaient de sexe féminin et un masculin, tous d'âge compris entre 27 et 30 ans, en DES 3 (dont un ayant déjà commencé son SASPAS) et aucun d'entre eux avait encore réalisé des remplacements. Aucun parmi eux avait eu de formation théorique ou pratique particulière en Addictologie,

aucun n'avait consommé auparavant d'opiacés. Tous les 3 définissaient la prise en charge d'un patient addict comme « difficile » et aucun n'avait jugé suffisant le cours proposé en début d'internat.

3.1.2.4. Aborder le sujet avec le patient

34 (81%) des internes sollicités ont répondu que c'était facile pour eux et que c'était leur rôle d'aborder le sujet de la consommation d'opiacés avec un patient, même si ce dernier ne leur en parlait pas spontanément. Cependant seulement 18 parmi eux (42.9% du total) se sentaient capables de réaliser une prise en charge en autonomie, les autres 16 (38.1% du total) ressentaient le besoin d'un accompagnement.

Même si le patient ne vous en parle pas spontanément, il vous est facile d'aborder avec lui sa consommation d'opiacés

42 risposte

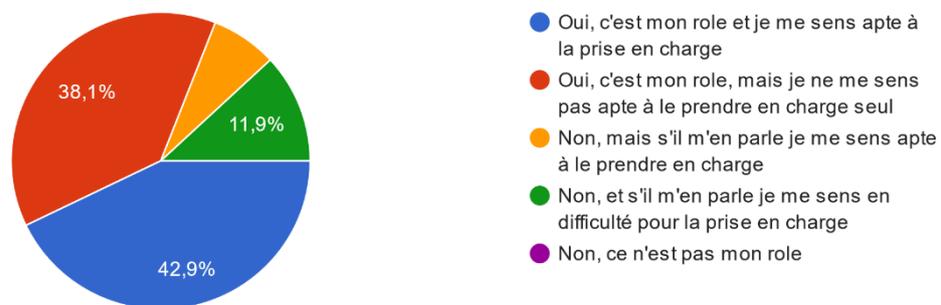


Figure 8: facilité ressentie par les internes à aborder la consommation d'opiacés chez les patients

Les restants (8 internes, 19%) répondaient au contraire que cela n'était pas facile pour eux d'aborder une discussion de ce type : parmi eux, 5 (soit 11.9% du total) affirmaient de plus que si le patient leur en parlait, ils se sentaient en difficulté vis-à-vis de la prise en charge conséquente. Les autres 3 internes (7.1% du total) affirmaient que ce n'était pas leur rôle d'aborder avec un patient sa consommation d'opiacés si ce dernier ne lui en parlait pas spontanément.

Les 18 internes qui affirmaient se sentir aptes à une prise en charge autonome étaient pour les deux tiers de sexe masculin et à l'exception d'un répondant tous avaient déjà fait leur stage SASPAS (la moitié était en DES 3, les autres en DES supérieur). 72.2% d'entre eux (13 internes) avait déjà réalisé des remplacements et plus de la moitié (55.6%, soit 10 internes) avaient effectué un stage pratique dans un service d'Addictologie. Tous avaient déjà pris en charge au moins une fois un patient addict en autonomie et 15 d'entre eux (soit 83.3%) déclaraient ce type de prise en charge comme étant difficile.

Les 16 internes appartenant au groupe qui se sentait apte à la prise en charge avec un accompagnement étaient pour la plupart de sexe féminin (62.5%) et avaient déjà effectué des remplacements (62.5%). Les trois quarts étaient en DES 3 (12 internes, soit 75.0%), dont 5 d'entre eux n'avaient pas encore réalisé leur SASPAS. Plus que la moitié (9 internes, 56.3%) n'avaient pas réalisé de stage pratique d'Addictologie, personne n'avait de formation théorique particulière dans ce champ et seulement 1 interne parmi les 16 avait trouvé suffisantes les connaissances acquises lors de l'enseignement facultaire en DES1. La moitié

des internes (soit 8 répondants) avait déjà eu l'occasion de prendre en charge en autonomie un patient addict, 37.5% (6 internes) avait été accompagné lors de la prise en charge, et seulement 2 internes (12.5%) n'en avaient jamais eu l'expérience.

Tous concordaient pour juger ce type de prise en charge comme difficile.

Le profil des internes qui ne trouvaient pas facile d'aborder le sujet de la consommation d'opiacés avec le patient était le suivant : concernant les 3 répondants qui se sentaient aptes à réaliser la prise en charge, les deux tiers étaient de sexe féminin, les deux tiers également avaient déjà réalisé des remplacements. Tous étaient en DES 3 et deux parmi eux avaient déjà effectué leur stage SASPAS. Personne parmi eux n'avait eu de formation théorique ou pratique particulière en Addictologie, ni avait jugé suffisantes les connaissances acquises lors de l'enseignement facultaire en DES 1. Tous pensaient que la prise en charge d'un patient addict était difficile et deux sur trois en avaient déjà eu l'expérience directe (dont un en autonomie, l'autre avec accompagnement).

Les 5 internes restants, ceux qui avaient répondu se sentir en difficulté en abordant le sujet de la consommation et pour la prise en charge conséquente, étaient pour la plupart de sexe féminin (3 répondants, 60%) et en DES 3 (80%, soit 4 internes, dont 1 qui n'avait pas encore réalisé son stage SASPAS). A l'exception d'1 interne (20%), les autres avaient déjà réalisé des remplacements. Personne n'avait de formation théorique spécifique en addictologie, seulement un avait réalisé un stage pratique auparavant, pendant son externat. Tous trouvaient difficile la prise en charge d'un patient addict. 40% (2 internes) avait jugé les connaissances acquises pendant l'enseignement facultaire comme suffisantes à la pratique future. Les mêmes avaient déjà fait l'expérience de la prise en charge d'un patient addict avec accompagnement. Les autres (60%, 3 internes) avaient vécu cette expérience déjà au moins une fois en autonomie.

Aucun des internes sollicités n'a choisi la dernière option proposée, qui affirmait qu'aborder avec le patient sa consommation d'opiacés n'était pas son rôle.

3.1.2.5. L'introduction d'un Traitement de Substitution des Opiacés (TSO)

Il était demandé aux participants de répondre par la suite à deux questions différentes concernant l'introduction d'un TSO.

Cas d'un patient jamais vu auparavant

En imaginant une situation clinique ambulatoire, les internes devaient choisir dans la première question ce qu'ils auraient fait au cas où un patient jamais vu leur demandait de mettre en place un traitement de substitution.

La deuxième question était similaire à la précédente, mais dans un contexte de patient déjà suivi par l'interne ou par le médecin remplacé.

Huit options, les mêmes, étaient proposées dans les deux cas (annexe 1, questions 14 et 15).

Le répondant ne pouvait en choisir qu'une.

Les réponses ont été regroupées dans le tableau 2.

Tableau 2: réponses des internes concernant l'introduction d'un TSO chez un patient jamais vu ou déjà suivi, en effectifs et pourcentages.

	Un patient que vous n'avez jamais vu vous demande d'introduire un traitement de type TSO	Un patient que vous avez déjà suivi (ou qui est suivi par votre MSU ou médecin remplacé) pour d'autres raisons vous demande d'introduire un traitement de type TSO
« Je le prescris à la dose indiquée par le patient, car il se connaît bien à propos de sa consommation »	1 (2.4%)	2 (4.8%)
« Je le prescris à la dose indiquée par le patient, car je veux seulement m'en débarrasser rapidement »	1 (2.4%)	0
« Je le prescris, mais je fixe des objectifs et j'assure le suivi à distance »	10 (23.8%)	16 (38.1%)
« Je le prescris, mais je ne lui propose pas un suivi à distance »	1 (2.4%)	1 (2.4%)
« Je ne le prescris pas, parce qu'après je ne vais pas le suivre »	7 (16.7%)	3 (7.1%)
« Je ne le prescris pas parce que je n'ai pas le droit de commencer un TSO mais seulement de le renouveler »	8 (19%)	9 (21.4%)
« Je ne le prescris pas, ce n'est pas mon rôle »	2 (4.8%)	2 (4.8%)
« Je ne le prescris pas, je ne sais pas comment faire »	12 (28.6%)	9 (21.4%)
Total	13 + 29 = 42	19 + 23 = 42

En bleu : les réponses positives quant à la prescription du TSO

En rouge : les réponses négatives

Concernant la première question : 13 internes sur les 42 répondants (31%) auraient prescrit un TSO chez un patient jamais vu.

Une majorité de répondants était de sexe masculin (8, soit 61.5%) et en DES3 (7, soit 53.8%). Plusieurs avaient déjà réalisé des remplacements auparavant (61.5%). Tous ceux

qui avaient à l'actif une formation théorique en Addictologie faisaient partie de ce groupe ; 7 internes sur 13 (53.8%) avaient également une expérience pratique liée à des stages dans les services d'Addictologie. Un interne avait été touché personnellement par la consommation d'opiacés (7.7%), et 5 autres (38.5%) répondaient avoir ou avoir eu au moins un proche qui avait déjà consommé ces substances. Tous avaient déjà pris en charge au moins une fois un patient addict, en autonomie (84.6%, soit 11 internes) ou avec accompagnement (15.4%, soit 2 internes) et tous estimaient cela comme étant « difficile ». L'enseignement facultaire dispensé en DES1 relativement à l'Addictologie était jugé utile par 4 répondants (30.8%). Un seul interne affirmait se sentir en difficulté pour aborder le sujet de la consommation avec le patient (7.7%).

10 internes sur les 13 appartenant au groupe (76.9%) choisissaient la même option de réponse dans la situation de la prescription d'un TSO chez un patient jamais vu et dans celle d'un patient déjà connu.

Les 29 internes restants (69%) affirmaient au contraire ne pas prescrire du TSO pour un patient jamais vu.

Une majorité était de sexe féminin (16 internes, soit 55.2%) et en DES3 (75.9%). 8 répondants n'avaient jamais réalisé de remplacement (27.6%). Aucun des internes n'avait à l'actif une formation théorique dans le domaine et la plupart d'entre eux (18, soit 62.1%) n'avaient pas non plus réalisé de stage dans un service d'Addictologie. Ceux qui avaient déjà été touché personnellement par la consommation d'opiacés étaient 9 (31.0%), ceux qui affirmaient avoir au moins un proche touché étaient 11 (37.9%). 26 internes (89.7%) avaient déjà eu l'occasion de prendre en charge un patient addict (dont 19, soit 65.5% en autonomie) ; le même nombre de personnes jugeait la prise en charge comme « difficile ». 7 internes avaient tiré bénéfice de l'enseignement facultaire en DES1 (24.1%). Ceux qui se sentaient à l'aise à discuter avec le patient relativement à sa consommation étaient 22 (75.9%).

Un total de 17 internes sur les 29 concernés (58.6%) choisissaient la même option de réponse s'agissant de prescrire un TSO chez un patient jamais vu ou chez un déjà suivi.

Cas d'un patient déjà connu

Concernant la deuxième question à propos de l'introduction du TSO : 19 internes sur les 42 répondants (45.2%) affirmaient prescrire le traitement pour un patient déjà suivi.

10 étaient de sexe féminin (52.6%) et 11 en DES3 (57.9%). La plupart (13 internes, 68.4%) avait déjà réalisé des remplacements. Tous les internes ayant une formation théorique en Addictologie étaient dans le groupe. 9 des 19 répondants (47.4%) avaient déjà réalisé des stages dans un service dédié. 3 (15.8%) avaient des antécédents personnels de consommation d'opiacés et 8 (42.1%) avaient été déjà touché par la consommation d'un proche. 18 internes (94.7%) avaient déjà fait l'expérience de la prise en charge d'un patient addict au moins une fois, et 18 jugeaient cela comme difficile ; 5 avaient trouvé utile l'enseignement facultaire dispensé à ce propos en DES1 (26.3%). Une seule personne se sentait en difficulté à aborder le sujet de la consommation avec le patient.

Les 23 internes restants (54.8%), répondaient au contraire ne pas introduire de traitement TSO pour un patient déjà suivi.

Une majorité de sexe féminin (12, soit 52.2%) et de DES3 (18, soit 78.3%). 16 internes (69.6%) avaient déjà réalisé des remplacements. Aucun des répondants n'avait de formation théorique particulière dans le domaine de l'Addictologie et une minorité avait déjà effectué des stages dans un service dédié. Concernant les antécédents de consommation d'opiacés,

7 internes (30.4%) avaient déjà été intéressés personnellement par cela et 8 (34.8%) avaient été touchés par la consommation d'un proche. 21 répondants (91.3%) affirmaient avoir déjà pris en charge un patient addict et le même nombre trouvait cela « difficile ». 6 internes (26.1%) avaient jugé suffisantes les notions apprises pendant l'enseignement facultaire en DES1. 16 (69.6%) étaient ceux que déclaraient des difficultés à aborder le sujet de la consommation avec le patient.

3.1.2.6. Gestion de la difficulté

Dans le questionnaire il était demandé par la suite aux internes de répondre comment ils auraient géré une éventuelle difficulté face à la prescription d'un TSO ou la prise en charge d'un patient addict.

Plusieurs options de réponse étaient proposées, l'interne devait en choisir une.

La plupart des internes (figure 7) aurait adressé le patient vers une structure spécialisée (19 réponses, soit 45.2%). 13 internes (soit 31%) déclaraient qu'en cas de difficulté ils auraient demandé conseil autour d'eux, que ce soit au médecin remplacé, au maître de stage universitaire lors du stage ou à un autre confrère. Moins nombreux étaient ceux qui optaient pour recueillir des renseignements à travers la littérature scientifique (9 internes, 21.4%) et qui affirmaient leur intention de se former dans le cadre de la formation continue (1 interne, 2.4%).

Personne n'avait opté pour adresser le patient aux Urgences dans ce contexte, ni aurait effectué des démarches différentes par rapport à celles proposées.

Vous vous sentez en difficulté en ambulatoire face à la prescription d'un TSO ou le suivi d'un patient addict aux opiacés: qu'est-ce que vous faites?

42 risposte



Figure 9: gestion de la difficulté clinique face à la prescription d'un TSO ou la prise en charge d'un patient addict.

3.1.2.7. Connaissance de structures spécialisées

La question suivante de l'étude concernait la connaissance de structures spécialisées vers lesquelles les répondants auraient adressé en cas de besoin un patient addict aux opiacés. Une liste de structures comprenant CSAPA, ANPAA, CAARUD, EDVO et CJC était proposée. Plusieurs options de réponse étaient possibles.

La figure 8 montre la répartition des réponses.

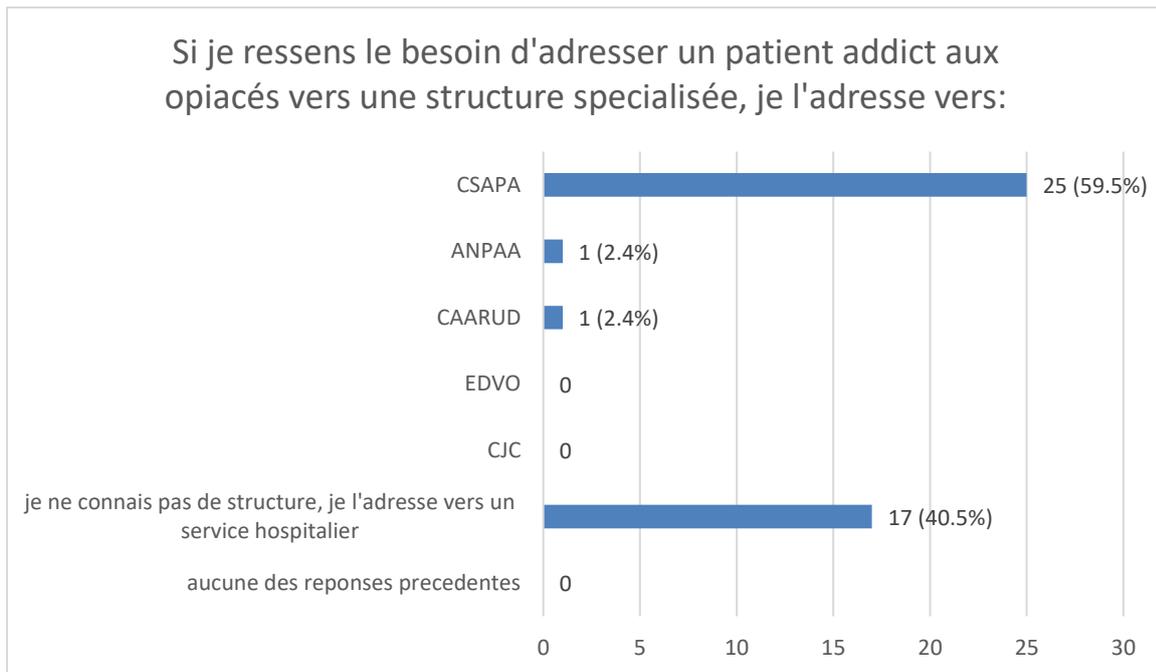


Figure 10: structures vers lesquelles les internes adresseraient un patient addict en cas de besoin

Le CSAPA était la structure spécialisée de soins en Addictologie la plus choisie, par 25 internes (59.5%).

Parmi ces 25 internes, un avait choisi également comme réponse l'ANPAA ; un autre le CAARUD.

Personne n'avait répondu vouloir adresser le patient vers l'EDVO ou le CJC en cas de besoin.

Les restants 17 répondants (40.5%) affirmaient ne pas connaître de structure particulière et dans le cas de besoin ils auraient adressé le patient vers un service hospitalier.

Ce dernier groupe comprenait internes de tous les niveaux d'études analysés, dont une majorité avait déjà effectué des remplacements (58.8%) et avait déjà pris en charge un patient addict au moins une fois seul (58.8%), mais n'avait aucune formation théorique (100%) ou pratique (64.7%) spécifique en Addictologie. Parmi les 17, 5 (29.4%) avaient répondu précédemment qu'en cas de difficulté en ambulatoire face à la prescription d'un TSO ils auraient demandé à un confrère et un nombre égal avait affirmé se renseigner à l'aide de la littérature scientifique sur internet. Les 7 internes restants affirmant ne connaître pas de structure (41.2%) avaient cependant choisi auparavant l'option d'adresser le patient vers une structure spécialisée.

3.1.3. Représentations et relation médecin- malade

Les questions suivantes visaient à explorer les représentations des internes concernés envers les patients addicts et les émotions pouvant jouer un rôle dans la prise en charge.

Il était également demandé aux répondants d'évaluer selon leur point de vue la relation médecin -malade avec cette population particulière de patients.

3.1.3.1. Rôle de la peur dans la prise en charge

Sur le total des 42 internes, dont 21 de sexe féminin et 21 de sexe masculin, 28 (66.7%) répondaient ne pas avoir peur face à la prise en charge d'un patient addict. En filtrant les résultats obtenus en fonction du sexe, l'on remarque que 11 sur les 21 internes de sexe féminin (52.4%) choisissaient cette option, ainsi que 17 sur les 21 internes de sexe masculin (81%).

Les 14 restants (33.3%) au contraire, affirmaient éprouver ce sentiment de peur. Le profil de ces derniers était le suivant :

- Majorité de sexe féminin (71.4%), de DES 3 (78.6%). 4 internes n'avaient jamais effectué de remplacements.
- La plupart d'entre eux n'avait pas de formation particulière en Addictologie, ni théorique (100%) ni pratique (64.3%).
- 50% trouvait facile d'aborder le sujet de la consommation avec le patient, mais affirmait également ne pas se sentir apte à le prendre en charge seul. 7 internes n'en avaient cependant déjà fait l'expérience en autonomie ; un seul interne affirmait n'en avoir jamais eu l'occasion, ni seul ni non plus avec accompagnement.
- La majorité des internes de ce groupe n'auraient pas prescrit un TSO ni dans le cas d'un patient jamais vu (64.3%), ni pour un patient déjà suivi (57.1%).

3.1.3.2. Principales craintes des internes

Il était demandé aux répondants de choisir, parmi une liste donnée, la ou les craintes qui personnellement leur posaient le plus un frein à la prise en charge d'un patient addict.

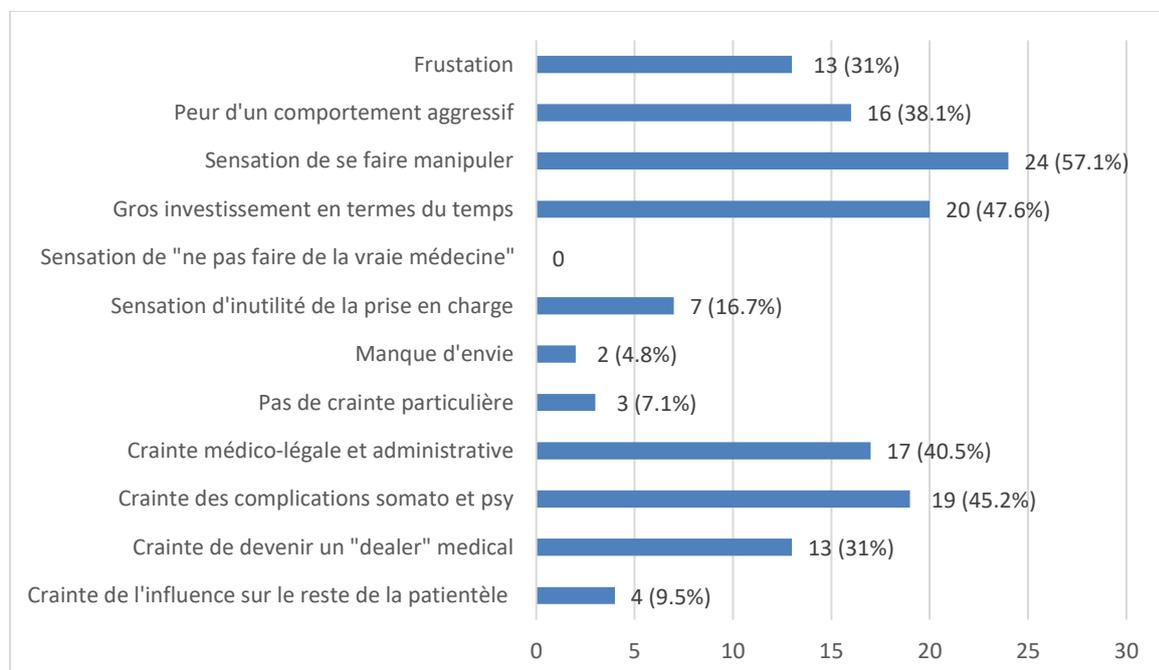


Figure 11: fréquence en nombre et pourcentages des principales craintes des internes répondants envers les patients addicts aux opiacés

Plusieurs choix étaient possibles parmi les options de réponse proposées.

L'analyse de différents travaux de recherche qualitative menés par le passé (3, 4, 18, 19, 20) a permis d'établir les options de réponse décrites ci-dessus. Cela correspondait en fait aux principaux résultats retrouvés dans la littérature quant aux craintes portées en avant par différents professionnels de santé (internes et médecins généralistes installés) envers les patients addicts aux opiacés.

En figure 9 sont présentés les nombre et pourcentage de chaque option de réponse.

36 internes parmi les 42 sollicités (soit 85.7%) ont choisi au moins deux options de réponse.

La « sensation de se faire manipuler » était la crainte prévalente parmi les répondants, choisie par plus de la moitié entre eux (24, soit 57.1%).

Trois autres options atteignaient plus que 40% des choix. En premier le coté chronophage des consultations : 20 internes (47.6%) craignaient un « gros investissement en termes de temps » nécessaire à la prise en charge du patient. La « crainte des complications somatiques et psychiatriques », comme l'overdose ou le risque suicidaire accru, était également prévalente chez la population de répondants, étant choisie par 19 parmi eux (45.2%). 40.5% des internes (soit 17 répondants) choisissaient également l'option de réponse relatif à la crainte médico-légale et administrative.

Plus d'un interne sur trois avait « peur d'un comportement agressif » (16 répondants, soit 38.1%) et plus d'un interne sur quatre craignait un sentiment de frustration (13 répondants, 31%) ou de « devenir un dealer médical » (13 répondants, 31%).

Suivant en ordre de choix était la crainte liée à la « sensation d'inutilité de la prise en charge » : 7 internes (16.7%) partageaient cet avis.

Parmi les quatre options les moins choisies figuraient la crainte en rapport à « l'influence sur le reste de la patientèle (4 internes, 9.5%) et le « manque d'envie » (2 internes, 4.8%).

3 répondants (7.1%) affirmaient ne pas avoir de crainte particulière.

Enfin personne indiquait comme choix la « sensation de ne pas faire de la vraie médecine ».

Les sentiments comme la frustration et la peur étaient prévalents chez les internes de sexe féminin (respectivement 53.8% et 62.5% des répondants à chacune des options) et ceux en DES inférieur (respectivement 76.9% et 75.0% étaient en DES 3). De même il en était pour la crainte des complications, que ce soit de type médico-légale et administratif (choisie au 70.6% par internes de sexe féminin et au 82.4% par internes en DES3), ou somato-psychiatrique (68.4% d'internes de sexe féminin, 79% d'internes en DES3).

Inversement, la crainte d'être manipulé et celle relative à la chronophagie étaient prépondérantes chez les internes de sexe masculin (respectivement 58.3% et 55% des répondants).

En moyenne les internes de sexe féminin ont sélectionné 3.65 craintes, contre les 3.26 chez les internes de sexe masculin.

Les 3 internes qui n'avaient pas de crainte particulière étaient en majorité de sexe masculin (66.7%). Tous en DES 3, aucun parmi eux n'avait d'antécédent de consommation personnelle ni chez un proche. Ils n'avaient pas suivi de formation théorique particulière dans le domaine de l'Addictologie, ils définissaient « difficile » la prise en charge de cette population de patients et n'avaient pas trouvé que les notions apprises pendant le cours facultaire en DES 1 étaient suffisantes à la prise en charge même. Personne parmi les 3 internes concernés avait pris en charge seul auparavant un patient addict et deux sur trois affirmaient ne pas prescrire de TSO pour un patient jamais vu ni pour quelqu'un de déjà suivi car ils « ne sauraient pas comment faire ».

3.1.3.3. Pratique future

Interrogés à propos de leur volonté de soigner les patients addicts dans le futur, 36 internes (87.3%) ont répondu affirmativement. 9 parmi eux (correspondant à 21.4%) souhaitaient cependant le faire en mesure limitée à une consultation par mois maximum (figure 10).

Les 6 internes restants (14.3%) exprimaient au contraire leur volonté de ne pas prendre en charge la population des patients addicts aux opiacés. Également repartis en fonction du genre, ils étaient pour la plupart (83.3%) en DES3 et dans la majorité des cas (83.3%) ils avaient déjà fait l'expérience de la prise en charge d'un patient addict en autonomie et ils trouvaient cela difficile. Personne dans ce groupe n'avait de formation théorique particulière en Addictologie ; personne n'aurait prescrit de TSO ni pour un patient jamais vu, ni pour un patient déjà connu. La moitié parmi eux affirmait avoir peur de la prise en charge. Relativement aux craintes principales, les résultats étaient similaires à ceux trouvés dans la population générale des répondants : la peur d'un comportement agressif, la crainte d'être manipulé et celle regardant la chronophagie étaient toutes les trois choisies par 66.7% des internes du groupe.

Est-ce que dans votre pratique future vous pensez vouloir prendre en charge des patients addicts?

42 réponses

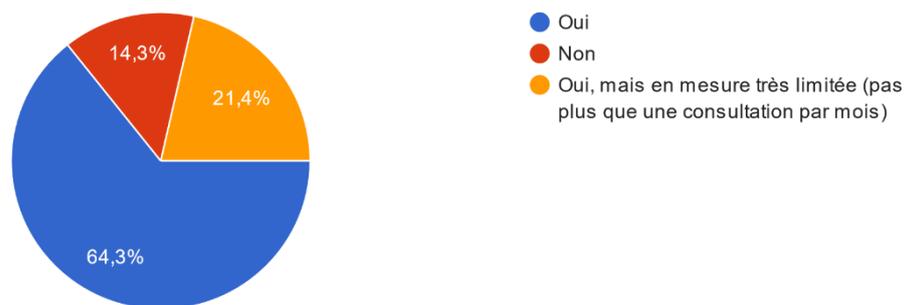


Figure 12: perspectives de prise en charge des patients addict aux opiacés dans la pratique future des internes interrogés

3.1.3.4. Représentations des patients addicts aux yeux des internes de Médecine Générale interrogés

Une question ouverte invitait les répondants à décrire en quelques mots les caractéristiques définissant selon eux un patient addict. Ce dernier était considéré par plusieurs comme une « *personne dépendante* », un « *prisonnier de sa condition* » qui « *malgré sa volonté* » présente une « *incapacité à contrôler* » son « *comportement répétitif* », engendrant un « *cercle vicieux* » avec des répercussions du point de vue personnel (« *troubles psychiatriques* », patient qui est souvent « *polypathologique* ») et « *difficultés d'insertion, sociales* ».

Certains le décrivaient comme une « *victime* », une personne en « *souffrance* », « *fragile* », quelqu'un de « *vulnérable* », « *seul* » et « *malheureux* », en situation de « *précarité* ». D'autres se concentraient au contraire sur le côté « *manipulateur* », en définissant le patient addict plutôt comme un « *menteur* », ou encore ils le trouvaient « *pénible* ». Il y avait aussi ceux qui portaient en avant le caractère « *impulsif* » et « *imprévisible* », pouvant devenir « *agressif* » et enfin ceux qui le trouvaient « *comme les autres* ».

L'« *ambivalence permanente* » associée à ce « *profil atypique et versatile* » le rendait « *difficile à cerner* » : il en découlait une « *prise en charge complexe* » qui rendait le malade « *difficilement soignable* ».

Cette même « *ambivalence* », d'après les répondants, donnait lieu à une « *demande de soins et d'accompagnement* » de la part du malade, qui cependant présentait également un « *manque d'envie de sevrage* » et se rendait en consultation « *essentiellement pour le produit* ».

Certains internes trouvaient alors essentiel de chercher à « *entretenir la relation de confiance* » avec le patient addict et ils étaient convaincus du « *besoin d'un cadre de suivi et de règles* », ce qui les emmenait pendant la consultation à « *fixer des règles strictes* », tout en évitant de devenir « *jugeant ou oppressant* » et sans « *tomber dans une complaisance inutile* ».

Plusieurs contraintes relatives à ce type de consultations étaient mises en évidence : le côté « *chronophage* », la nécessité de « *négociation* » et la sensation de faire du « *marchandage* ». Toutefois certains internes trouvaient « *gratifiant* » d'apporter concrètement de l'aide à ces patients, si cela pouvait diminuer les « *conséquences néfastes sur la santé, la vie sociale* » et les risques annexes de « *décès prématuré* » et « *suicide* ».

3.1.3.5. Relation médecin-malade

Les répondants étaient enfin sollicités à indiquer comment ils jugeaient leur relation médecin-malade avec les patients addicts aux opiacés. Ils pouvaient choisir une ou plusieurs options parmi les suivantes :

- « *Je suis plutôt détaché(e), je veux finir la consultation le plus vite possible* »

3 internes (7.1%) choisissaient cette option. Deux tiers de sexe féminin, tous en DES3, tous trouvaient la prise en charge d'un patient addict difficile et en avaient déjà fait l'expérience (dont 66.7% en autonomie). Tous craignaient d'être manipulés et de devenir un « *dealer* » médical. Un tiers ne souhaitait pas prendre en charge les patients addicts dans le futur, les autres désiraient le faire que de manière limitée. Tous les répondants de ce sous-groupe affirmaient également être à l'écoute du patient, mais s'en méfier. Deux tiers disaient vouloir discuter avec le malade dans le but de trouver un compromis acceptable.

- « *Je veux le soigner, je lui explique que c'est pour sa santé* »

Sélectionné par 11 internes (26.2%).

Une majorité de sexe masculin, la plupart état en DES3 (7 sur 11). Tous sauf un trouvaient que la prise en charge d'un patient addict était difficile ; le même nombre en avait déjà fait l'expérience en autonomie ou avec accompagnement. 54.6% affirmait ne pas prescrire de TSO chez un patient jamais vu, pourcentage qui baissait au 36.4% dans le cas de quelqu'un de déjà suivi. Seulement deux internes répondaient avoir peur de prendre en charge un patient addict aux opiacés. Les trois craintes principales, choisies par au moins 5 internes sur 11 (45.4%), étaient relatives à la manipulation, la chronophagie et les complications somato-psychiatriques. Un seul interne ne souhaitait pas prendre en charge aucun patient addict aux opiacés dans le cadre de sa pratique future. Tous les appartenants à ce sous-groupe choisissaient au moins une autre option parmi les suivantes. Les deux qui plus fréquemment recourraient ensemble à la réponse décrite regardaient la volonté d'écouter sans apporter de jugement et celle de chercher un compromis acceptable.

- « *Je veux l'accompagner dans sa démarche, même si cela demande beaucoup de temps* »

17 internes (40.5%) affirmaient leur volonté d'accompagner le patient dans sa démarche, dont 9 de sexe masculin (52.9%) et 13 en DES3 (68.4%). 6 parmi les répondants n'avaient jamais réalisé de remplacement auparavant. Les trois internes ayant un bagage théorique en Addictologie étaient dans ce groupe. 13 internes (76.5% du groupe) avaient déjà pris en charge au moins une fois un patient addict en autonomie, 1 avec accompagnement. La majorité des répondants de ce groupe n'aurait pas prescrit de TSO pour un patient jamais vu (11 internes), ni pour un patient déjà connu (9 internes) : le motif principal dans les deux cas était qu'ils ne savaient pas comment faire. Seulement une minorité (4 internes, 23.5%) déclarait avoir peur de prendre en charge un patient addict. Les deux craintes qui recourraient majoritairement concernaient la sensation d'être manipulé et la peur des complications médico-psychiatriques (respectivement chez 11 et 9 internes). Plus que la moitié des répondants affirmaient également que dans la relation médecin-malade avec le patient addict ils écoutaient sans jugement (10 internes) et qu'ils discutaient à la recherche d'un compromis acceptable (14 internes).

- « *J'écoute ce qu'il me dit, mais je suis toujours un peu méfiant. Je sais qu'il va probablement me mentir.* »

15 internes (35.7%) choisissaient cette option. Ils étaient en majorité de sexe masculin (60%) et en DES3 (80%). Tous avaient déjà pris en charge au moins une fois un patient addict, en autonomie (11 internes) ou avec accompagnement (4 internes). 73.3% de ce groupe n'aurait pas prescrit de TSO pour un patient jamais vu, ni pour un patient déjà connu. Nombreux (46.7%) étaient ceux qui déclaraient avoir peur de la prise en charge. La crainte principale était relative à la manipulation (choisie par 11 des 15 internes du groupe), suivie par peur d'un comportement agressif, chronophagie et crainte médico-légale et administrative (toutes ces options étaient choisies par plus que la moitié des participants du groupe). 40% affirmait ne vouloir pas prendre en charge de patient addict dans sa pratique future et 33.3% déclarait ne vouloir le faire qu'en mesure très limitée. Concernant la relation médecin-malade, 11 internes sur 15 affirmaient vouloir trouver un compromis acceptable avec le patient addict.

- « *J'écoute ce qu'il me dit. Je n'apporte pas de jugement, même quand je sens qu'il dit des mensonges* »

59.5% des internes sollicités choisissaient cette option. 13 de sexe féminin et 12 de sexe masculin, 40% des répondants étaient représentés par internes en DES supérieur. 18 des répondants n'auraient pas prescrit de TSO à un patient jamais vu, chiffre qui diminuait à 12 chez un patient déjà connu. Au moins la moitié des internes craignait d'être manipulé et les complications médico-psychiatriques. 22 internes (88%) affirmaient vouloir prendre en charge des patients addicts dans leur pratique future, 3 desquels en mesure limitée. 21 des répondants de ce groupe déclaraient, à propos de la relation médecin-malade, vouloir discuter avec le patient afin de trouver un compromis acceptable.

- « *Je donne des objectifs à atteindre et j'insiste sur la nécessité d'y arriver* » et « *Je ne donne pas d'objectif, ce n'est pas mon rôle* »

14 internes (33.3%) choisissaient la première des options reportées ci-dessus, 1 interne (2.4%) optait pour la deuxième.

Les répondants qui affirmaient vouloir fixer des objectifs à atteindre étaient au 64.3% de sexe féminin et au 87.5% en DES3. 9 des 14 n'avaient pas d'expérience de formation pratique en Addictologie et 13 sur 14 n'avaient pas suivi de formation théorique particulière dans ce domaine. La moitié des répondants avait été concernée par le passé par la consommation d'un proche. 35.7% des internes de ce groupe jugeaient que les éléments théoriques appris lors du cours facultaire en DES1 étaient suffisants pour la prise en charge d'un patient addict ; 10 internes avaient d'ailleurs déjà pris en charge au moins une fois un patient addict en autonomie. Une minorité parmi eux affirmait prescrire de TSO pour un malade jamais vu (21.4%) et pour un déjà connu (42.9%). Plus nombreux étaient ceux qui affirmaient ne pas avoir peur de la prise en charge (57.1%). 4 craintes à la prise en charge étaient mises en avant par plus que la moitié des répondants : la sensation d'être manipulés, la peur d'un comportement agressif, la crainte des complications médico-légales et administratives et de celles somato-psychiatriques. Deux étaient les internes ne voulant pas soigner des patients addicts dans leur pratique future. Par rapport à la relation médecin-malade, la volonté de fixer des objectifs s'accompagnait le plus souvent avec la recherche d'un compromis acceptable et avec l'écoute sans jugement.

Le profil du répondant qui affirmait ne pas donner d'objectif était celui d'un interne de sexe masculin en DES supérieur, ne possédant pas de formation théorique particulière en Addictologie. Il affirmait avoir déjà remplacé par le passé et avoir déjà pris en charge en autonomie des patients addicts aux opiacés. Il déclarait prescrire de TSO pour un malade le demandant, et dans le cas d'un patient déjà connu et si jamais vu. Il répondait craindre un comportement agressif et la chronophagie, ainsi que la sensation de devenir un dealer médical. Dans la relation médecin malade il affirmait sa volonté de soigner et d'écouter le patient, mais en gardant une certaine méfiance.

- « *Je discute avec le patient pour trouver un compromis acceptable comme objectif à atteindre* »

30 internes (71.4%) avaient choisi cette option, dont 17 (56.7%) de sexe féminin et 10 des 13 internes en DES supérieur. Sauf 1 interne, tous avaient déjà fait l'expérience de la prise en charge d'un patient addict, en autonomie ou avec accompagnement. 11 parmi les 14 internes qui affirmaient craindre la prise en charge d'un patient addict étaient dans ce groupe. Deux craintes étaient partagées par plus que la moitié des internes : la manipulation et la peur des complications somatiques et psychiatriques. Deux tiers des répondants affirmait vouloir prendre en charge les patients addicts dans leur pratique future. Des restants, la moitié (5 internes) déclarait vouloir le faire de manière limitée et l'autre moitié (5 internes) ne souhaitait pas le faire.

- « *Je n'ai jamais pris en charge un patient addict* »

Un seul interne affirmait ne jamais avoir pris en charge de patient addict. De sexe masculin, en DES3, il avait déjà réalisé des remplacements auparavant et n'avait pas de formation théorique particulière en Addictologie. Il trouvait la prise en charge d'un patient addict difficile, mais n'avait pas de crainte particulière vis-à-vis de cela.

3.2. Analyse statistique

La difficulté de la prise en charge d'un patient addict ne semble être liée statistiquement au sexe des internes ($p=1$), à leur niveau d'étude ($p=1$), ou à la présence d'une formation spécifique en addictologie ($p=1$). En effet, il n'a été retrouvé aucune différence significative lors de l'analyse statistique.

De même, la prise en charge antérieure d'un patient addict n'entraîne pas une diminution significative de la difficulté déclarée ($p=0.99$), tout comme l'addiction d'un proche ($p=0.547$) ou la consommation personnelle des internes ($p=1$).

La sensation d'aptitude à une prise en charge autonome du patient addict ne semble pas être liée statistiquement au niveau d'études des internes ($p=0.10$), ni à leur sexe ($p=0.11$).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre le sentiment de peur et le sexe des répondants ($p=0.10$), et leur niveau d'étude ($p=0.47$) ou leur formation spécifique ($p=0.539$).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la satisfaction des internes concernant l'enseignement facultaire dispensé en DES1 et la difficulté de la prise en charge, de même pour le sentiment de peur ($p=0.99$ dans les deux cas).

Aucune différence significative n'émergeait relativement à la peur et à la volonté de prendre en charge les patients addicts dans la pratique future ($p=0.388$).

4. Discussion

4.1. Forces et limites

4.1.1. Forces et justifications de l'étude

Dans les dernières années on a assisté à un élargissement progressif du cadre de prescription de TSO avec une place de plus en plus importante des médecins généralistes, médecins de premier recours et donc régulièrement confrontés à une population addictive. En 2017 plus de 160000 patients en France avaient bénéficié de la prescription d'un médicament de substitution : le médecin généraliste était à l'origine de 80% de ces prescriptions concernant la BHD et de 50% de celles pour la méthadone.

Environ les deux tiers des médecins généralistes recevraient au moins occasionnellement des patients dépendants des opiacés. (18)

Cependant les problématiques addictologiques sont enseignées de façon différente au sein des facultés de Médecine, en particulier pendant l'internat de Médecine Générale, ce qui est à l'origine d'une certaine disparité dans les connaissances acquises par les étudiants.

Des craintes et des difficultés persistent vis-à-vis de la prise en charge de cette population (2) : nos recherches bibliographiques ont révélé que des nombreux travaux de thèse, adressés aux internes et aux spécialistes de Médecine Générale (3, 4, 18, 19, 20), ont analysé cela dans différentes villes françaises, où le cursus d'études ne prévoyait pas systématiquement un enseignement en Addictologie.

Cela a été source d'inspiration à la réalisation du questionnaire et de l'étude ci présent.

Nous nous sommes intéressés à voir si les difficultés ressenties par les internes de Limoges en fin de cursus étaient les mêmes que celles déjà décrites, ou si l'enseignement facultaire en DES1 avait apporté une majeure facilité de prise en charge.

Toutes les craintes principales ressorties des travaux cités ont donc été analysées, et les internes interrogés ont pu également s'exprimer au sujet de leurs représentations et ressenti, de façon à voir si d'éventuelles craintes différentes apparaissaient.

L'anonymat des réponses et la mise en place d'une option « je ne souhaite pas répondre à cette question » lors des questions fermées touchant des sujets sensibles, comme la consommation personnelle, a permis d'éviter d'avoir des questionnaires incomplets et non exploitables à cause de la peur du jugement des répondants.

Le sujet de notre étude était donc d'actualité et original, intéressant directement les acteurs qui pendant toute leur carrière professionnelle seront concernés par la prise en charge de cette population particulière que sont les patients addicts.

4.1.2. Limites

La population des répondants au questionnaire étant peu nombreuse, cela peut être une limite à la généralisation des résultats de l'étude.

Un total de 68 internes était éligible, mais seulement 43 ont participé ; parmi ces derniers, nous n'avons retenu que 42 questionnaires, car le dernier était incomplet. Cela nous donne un taux de participation à l'étude de 61.8%.

La sollicitation à participer à l'étude ayant été faite principalement par envoi du questionnaire directement à l'adresse électronique des internes éligibles, cela a pu entraîner un biais de

sélection envers ceux qui auraient entre temps changé d'adresse de poste électronique ou ne contrôlèrent pas assidument leurs mails.

Il peut exister un biais de désirabilité sociale : le questionnaire bien qu'anonyme, certains internes auraient pu avoir la tendance à éviter les réponses considérées comme socialement peu désirables pour se mettre, consciemment ou non, dans une position considérée comme plus favorable. Cela au détriment de l'expression sincère de leur pensée.

Nous avons constaté, un biais dans la réponse au questionnaire de certains internes. En analysant les réponses, 3 internes affirmaient ne jamais avoir pris en charge un patient addict (question 12, annexe 1), tout en donnant par la suite une réponse différente lors de la question relative à leur relation médecin-malade (question 22). Inversement, un interne ayant répondu avoir déjà pris en charge un patient addict avec accompagnement, affirmait lors de la question 22 ne pas pouvoir parler de sa relation médecin-malade avec un patient addict car il n'en avait jamais pris un en charge.

Enfin, nous avons demandé si les répondants jugeaient la prise en charge du patient addict comme étant difficile, pour ensuite approfondir avec les questions suivantes les principales sources de difficulté. Certains répondants auraient cependant pu interpréter le mot « difficile » comme synonyme de « complexe », affirmant donc trouver la prise en charge du patient addict comme complexe, mais sans pour autant se sentir en difficulté.

Nous pensons que pour limiter ce biais nous aurions pu modifier la question en demandant plutôt : « éprouvez-vous des difficultés dans la prise en charge du patient addict ? ».

4.2. Discussion des résultats

4.2.1. Difficultés des internes dans la prise en charge du patient addict

Les résultats de notre étude montrent que les internes de Médecine Générale en fin de cursus de la faculté de Limoges présentent très majoritairement des difficultés dans la prise en charge du patient addict (92.9%). Cela est en adéquation avec les résultats retrouvés dans les autres villes où des enquêtes similaires ont été menées (3, 4, 19, 20).

La littérature disponible à ce sujet concerne principalement les médecins déjà installés (2, 18), tout en laissant émerger également des difficultés afférentes à quatre axes principaux : clinique, de connaissance, relationnel et émotionnel.

Ce qui est inconnu peut faire peur. Si d'un côté les médecins généralistes, et par conséquent les internes en stage, voient de plus en plus de patients addicts aux opiacés en consultation, il est vrai aussi que cette population est relativement peu nombreuse. Cela explique également pourquoi certains internes avouaient n'avoir encore jamais pris en charge un patient addict pendant leurs stages (7.1%) et d'autres l'avaient fait seulement avec un accompagnement (21.4%).

Nous avons toutefois retrouvé dans notre étude un nombre important d'internes qui avaient déjà été confronté à la consommation d'opiacés personnelle (23.8%) ou chez un proche (38.1%).

Etonnement, les seuls 3 internes qui affirmaient ne pas avoir de crainte particulière n'avaient pas non plus une formation théorique ou pratique spécifique dans le domaine et n'avaient jamais fait l'expérience de la prise en charge en autonomie. Cela pourrait laisser suggérer que les mauvaises expériences eues avec des patients addicts gênaient un sentiment de peur chez certains internes.

Nombreuses sont les représentations négatives de la société envers les usagers de drogues (21) : les expériences personnelles, la vision donnée par les médias et le type d'éducation reçue sont des facteurs structurants les opinions de chaque individu à ce sujet.

Ainsi le sentiment d'une insuffisante préparation spécifique à la prise en charge du patient addict est un facteur qui met potentiellement mal à l'aise l'interne qui y est confronté. Les résultats de l'enquête ont montré dans ce sens que la presque totalité des interrogés définissait la prise en charge du patient addict comme « difficile » et moins que la moitié parmi eux (42.9%) se disait prêt à réaliser la prise en charge en autonomie.

4.2.1.1. Difficultés de connaissance

Deux tiers des internes interrogés jugeaient ne pas avoir acquis des compétences suffisantes à la prise en charge du patient addict lors de l'enseignement facultaire en DES1, un enseignement qui a été décrit par beaucoup comme « *trop court et trop théorique, loin de la réalité clinique* ».

Un travail de thèse de 2020 interrogeant les internes de la faculté de Médecine d'Angers (20) décrivait également un sentiment de manque de connaissances théoriques, comblé par la collaboration avec des professionnels « *experts* » dans le domaine de l'Addictologie. En particulier le CSAPA constituait un des premiers recours cités.

Une étude de 2019 publiée sur la revue *Exercer* (22) montrait que pour les internes en fin de cursus en médecine générale il y avait une corrélation entre raisonnement adapté à la prise en charge du patient addict, connaissances et existence d'une formation spécifique facultaire obligatoire.

Dans notre étude, peu nombreux étaient ceux qui, intéressés par le domaine de l'Addictologie, avaient décidé de suivre des formations supplémentaires, spécifiques à ce sujet (7.1%).

Nous avons formulé en amont de notre travail une hypothèse en accord avec l'étude de 2019, en imaginant que les internes avec une formation en Addictologie avaient moins de difficultés quant à la prise en charge. Les résultats ne montrent toutefois pas de différence substantielle.

La connaissance théorique ne constitue toutefois qu'une partie de la prise en charge globale.

Comme décrit par Sejourne et al. (23) le médecin généraliste en France occupe une place « au cœur du système des soins ». Grâce à son rôle de coordination il est mené à s'entourer de professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux de manière à pouvoir répondre au mieux aux besoins des patients et les accompagner dans la prise en charge.

La capacité de mettre en place une coordination avec des structures externes et de pouvoir garantir un suivi pluridisciplinaire fait partie des objectifs que l'étudiant doit acquérir pendant l'internat en Médecine Générale, soit la compétence à travailler en réseau. D'où l'importance de se constituer un réseau de correspondants, de trouver des « bons alliés » sur le territoire.

A ce sujet, bien qu'un nombre important d'internes interrogés jugeait avoir des difficultés quant aux connaissances théoriques nécessaires, plus de la moitié des répondants affirmaient connaître le CSAPA, ce qui est un résultat très positif. Beaucoup moins nombreux étaient ceux qui auraient adressé les patients vers structures comme CAARUD et ANPA. Une partie consistante des internes (17, 40.5%) avouait au contraire ne pas connaître de structure spécialisée vers laquelle orienter le patient en cas de difficulté. En particulier, 7 parmi eux (soit 41.2% de ce groupe) avaient affirmé précédemment vouloir adresser le patient vers une structure, ce qui semble étonnant. Il est possible que ces répondants ne se soient pas vraiment posés la question du suivi des patients addicts jusqu'à ce moment-là.

Concernant les médecins généralistes installés, le panel d'observation DREES sur les pratiques et conditions d'exercice en Médecine générale (18) signale un recours fréquent des professionnels de santé vers les structures hospitalières et le CSAPA, avec cependant une sollicitation des autres structures beaucoup moins répandue.

4.2.1.2. Difficultés cliniques

81% des internes sollicités affirmaient que la prise en charge des patients addicts fait partie des rôles du médecin généraliste, et personne ne craignait de « ne pas faire de la vraie médecine », ce qui est un résultat très prometteur. De plus, la moitié parmi eux se sentaient en mesure de pouvoir aborder le sujet de la consommation avec le patient et de réaliser la prise en charge en autonomie.

Tout en n'existant pas dans notre étude un profil d'interne significativement plus à l'aise à prendre en charge les patients addicts en autonomie, nous avons remarqué toutefois une tendance chez les internes en DES supérieur et ceux de sexe masculin, ce qui est en accord avec notre hypothèse effectuée en amont de l'étude.

En proposant une situation clinique imaginaire, où un patient jamais vu auparavant demandait l'introduction d'un traitement de type TSO, nous avons retrouvé que seulement un tiers des répondants (31%) aurait effectivement donné suite à la demande, alors que 18% répondait, à tort, que les internes n'avaient pas le droit de débiter un TSO mais seulement de le renouveler et 28.6% des répondants avouaient ne pas le prescrire car ils ne savaient pas comment faire. Les pourcentages changeaient en faveur de la prescription (45.2%) quand la demande d'introduction du TSO venait d'un patient déjà connu du cabinet, probablement pour une mineure crainte de mésusage du traitement, ou probablement car l'interne était plus rassuré quant au suivi.

Un travail de thèse réalisé en 2019 en Auvergne (3) allait dans le même sens quant aux difficultés cliniques, décrivant en particulier un sentiment de difficulté lors de l'introduction du TSO. Cela notamment par rapport à la posologie et à la programmation du suivi.

Une analyse multivariée visant les pratiques de prescription des TSO chez les généralistes installés (18) retrouvait aussi des résultats en accord avec notre étude. Des différences importantes émergeaient en fonction de l'âge et du sexe des médecins : les hommes prescrivaient plus de TSO que leurs consœurs et les praticiens plus âgés réalisaient plus de primo-prescriptions, alors que le fait de réaliser uniquement des renouvellements de TSO était plus fréquent chez les médecins plus récemment installés.

Un guide d'analyse de pratiques professionnelles (24) propose dans ce contexte une initiation du TSO au sein d'une structure comme le CSAPA, où une équipe pluridisciplinaire peut assurer la prise en charge initiale et ajuster la posologie du traitement jour après jour, pour ensuite effectuer le relai médical avec le médecin généraliste, tout en gardant le suivi psychosocial du patient selon son souhait.

Dans notre étude nous avons constaté que les difficultés cliniques étaient globalement bien gérées, avec des répondants qui avouaient leur manque de compétence mais cherchaient également une solution pour le patient : presque la moitié des internes choisissait d'adresser le malade vers une structure spécialisée (45.2%), et environ un tiers (31%) demandait de l'aide à un professionnel de santé de confiance.

4.2.1.3. Difficultés relationnelles

Plus de la moitié des répondants (59.5%) affirmaient vouloir mettre en place une relation médecin-malade fondée sur l'écoute sans apporter de jugement et plus des deux tiers

(71.4%) se disait favorable à trouver avec le patient un compromis acceptable concernant l'objectif à atteindre.

Cependant des difficultés relationnelles émergeaient pour une minorité d'internes qui affirmaient être détachés et vouloir finir la consultation vite (7.1%), ainsi que pour ceux qui gardaient une certaine « méfiance » (35.7%) envers le malade lors de l'entretien.

En amont de l'étude nous nous attendions à ce que le sentiment de peur envers le patient addict puisse impacter la relation médecin-malade, en particulier pour certains profils d'internes : nous avons formulé l'hypothèse que les répondants de sexe féminin et ceux qui avaient un niveau d'étude plus bas auraient pu craindre en mesure majeure la prise en charge. Bien qu'aucune différence statistiquement significative ait émergé, nous avons toutefois constaté une tendance qui allait dans le sens de l'hypothèse initiale.

Aucun des internes sollicités n'a choisi la dernière option proposée, qui affirmait qu'aborder avec le patient sa consommation d'opiacés n'était pas son rôle

La littérature est riche de travaux qui interrogent les médecins généralistes installés quant à leurs réticences à soigner les patients addicts (2, 10, 18). Aucune étude ne s'était intéressée cependant à la volonté des internes de prendre ou pas en charge dans le futur cette population. A ce propos nous avons retrouvé des résultats plutôt positifs : 87.3% des répondants affirmaient bien vouloir suivre au moins un patient par mois présentant une addiction aux opiacés.

Nous en déduisons alors que les difficultés et les craintes mises en avant ne constituent pas un refus catégorique à la volonté de prise en charge, mais plutôt une demande d'accompagnement. La nécessité de mettre en place une « mise en pratique » durant l'internat semble alors évidente pour le développement progressif des compétences et du « savoir-faire » de l'interne.

4.2.1.4. Difficultés émotionnelles et représentations

Dans la littérature (22) les étudiants ayant pu bénéficier d'une formation avaient des représentations moins négatives à propos des patients addicts concernant plusieurs aspects : ils les considéraient moins responsables de leurs choix et plus victimes de leur environnement. Ils considéraient également les traitements de substitution comme les autres médicaments et non pas comme des « drogues légales ».

Dans notre étude nous avons pu constater la présence de difficultés émotionnelles, liées au ressenti des internes lors de la prise en charge du patient addict. Ces difficultés ne semblent pas être en lien avec les caractéristiques socio-démographiques des internes interrogés, ni avec les antécédents de consommation personnelle ou chez un proche.

Nous nous sommes intéressés à savoir quelles étaient les principales craintes des internes sollicités face à la prise en charge du patient addict : les réponses nous ont donné un état des lieux des principales difficultés ressenties par les répondants du point de vue émotionnel, qui reflètent celles de la population générale. La sensation de se faire manipuler était la crainte plus répandue, touchant plus de la moitié des répondants. La peur d'un comportement agressif concernait également plus d'un tiers des internes.

Plusieurs autres représentations négatives, telles que la sensation que le malade a cherché sa condition, la sensation de devenir un dealer et la peur de l'influence sur le reste de la patientèle étaient présentes.

Le manque d'expérience pratique, mis en avant par plusieurs répondants lors d'une question ouverte, entraîne le développement des craintes. Le jeune médecin ressent une frustration face à la prise en charge, qu'il redoute car il ne sait pas comment aborder le sujet de la consommation, ou qui devient chronophage. Il a la sensation que ses efforts soient inutiles. Il

craint aussi les répercussions de cette inexpérience, du point de vue des complications somato-psychiques et des contraintes médico-légales.

Nous avons donc constaté que les internes sollicités partageaient les craintes similaires à leurs pairs des autres facultés. En les interrogeant librement sur leurs représentations de cette population, deux profils principaux de patients apparaissent : le « malade » et le « dangereux ».

4.2.2. Profils les plus touchés par difficultés

La littérature montre une certaine hétérogénéité des pratiques (25) quant à la prescription des TSO. Les caractéristiques socio-démographiques des médecins semblent en être le plus souvent en cause.

Comme déjà dit, la prise en charge des patients addicts est assurée dans la plupart des cas par des médecins de sexe masculin. Facteurs comme l'exercice en cabinet de groupe, un grand nombre de patients reçus par jour et un pourcentage supérieur à 10% de patients bénéficiant de la CMU sont également associés. Au contraire, l'âge des généralistes ne semble pas actuellement avoir d'influence sur leurs pratiques de prescription.

Déjà en 2003 la disparité des pratiques avait été analysée et il en ressortait un lien avec l'absence de préparation spécifique chez les médecins généralistes, donnée par des recommandations ciblées et des conduites à tenir pratiques qui guident le professionnel. Par conséquent, les médecins qui avaient plus d'expérience dans le domaine de l'Addictologie, pour motifs personnels ou pour simple intérêt professionnel, étaient à l'aise dans la prise en charge, tandis que les autres présentaient des nombreuses difficultés liées à la relation médecin-malade, aux connaissances insuffisantes. L'existence de représentations négatives ne ferait dans ce sens qu'aggraver les difficultés.

L'analyse des pratiques des internes en Médecine Générale réalisée dans notre étude ne nous permet pas à l'heure actuelle de définir un vrai profil plus touché que d'autres par les difficultés de la prise en charge des addicts aux opiacés. Nous avons toutefois remarqué une tendance chez les internes de sexe féminin et ceux en DES inférieur (DES3) à présenter plus de difficultés, que ce soit d'ordre clinique, de connaissances, relationnel. De plus ces catégories de répondants manifestaient plus souvent sentiments de frustration et peur de comportements agressifs. Aussi, ils craignaient majoritairement les complications.

4.3. Perspectives d'amélioration

4.3.1. Formation initiale

4.3.1.1. Du point de vue théorique

Tout étudiant en DES de Médecine Générale est normalement confronté à un nombre défini de situations cliniques représentatives, appartenant à 11 familles différentes, pendant son parcours (26). La prise en charge en premier recours de patients addicts peut être assimilée dans la première famille, concernant les « situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence », ainsi que dans la neuvième, à propos des « situations avec des patients difficiles et/ou exigeants » et à la dixième, qui traite les « situations où les problèmes sociaux sont au premier plan ».

Cependant la formation actuelle à ce propos montre des disparités d'une faculté à l'autre de France. Dans l'absence de méthodes pédagogiques fixés à niveau pédagogique, ou

d'indications sur les modalités de l'enseignement à niveau national, chaque Ecole est libre de décider comment organiser la formation en matière.

Concernant la meilleure méthode d'enseignement, plusieurs types de formation ont été analysés : un intérêt particulier est porté sur la formation au repérage précoce et à l'entretien motivationnel, qui ont démontré une grande efficacité dans la prise en charge des addictions. (24)

D'après une étude publiée sur Exercer cette année (26), il y aurait un lien entre un enseignement facultaire obligatoire pendant l'internat de Médecine Générale et un plus élevé niveau de connaissances en Addictologie.

La faculté de Limoges dispense à ses étudiants en DES1 un enseignement obligatoire de 4 heures portant sur l'Addictologie.

Toutefois plusieurs difficultés subsistent d'après les réponses données à notre questionnaire par les internes sollicités. La plupart des répondants trouve insuffisant le temps dédié à cette formation.

Plusieurs propositions ont été formulées avec l'objectif d'améliorer l'apprentissage.

- Déplacer l'enseignement.

Plusieurs étudiants trouvent que le cours est dispensé trop tôt dans le parcours de formation. Ils souhaiteraient affronter le sujet juste avant ou pendant leur stage SASPAS en DES3, pour que la théorie ait directement une application pratique.

- Une empreinte plus portée sur la pratique.

Il a été formulé le souhait d'une « mise en pratique » et de la création d'un « organigramme » comme appui sur la conduite à tenir, l'objectif étant de se rapprocher de la réalité du terrain.

- Une place plus ample pour l'enseignement.

Certains internes décrivaient la thématique comme trop complexe pour être abordée lors d'une seule demi-journée. Ils proposaient de traiter plus dans les détails différents aspects de l'Addictologie, en plusieurs fois.

4.3.1.2. Du point de vue pratique

- Lien avec les « acteurs locaux ».

Il pourrait être intéressant toutefois de mettre en place pendant l'internat des journées de rencontre entre étudiants et experts sur plusieurs thématiques, dont l'Addictologie. Cela permettrait d'approfondir la connaissance des structures sur le territoire, que l'interne pourra ensuite solliciter en cas de besoin.

- Possibilité de stage dans une structure d'Addictologie

A chaque interne de la faculté de Limoges est fourni en début de DES1 un livret de stage, qui contient entre autres une liste de terrains de stage où il peut se rendre selon son intérêt. Cela comprend des structures d'Addictologie. Néanmoins, peu d'internes saisissent cette opportunité de découverte.

De plus, il existe actuellement la possibilité de suivre une Formation Spécialisée Transversale (FST) ou un Diplôme Universitaire (DU) en Addictologie. Les deux formations sont cependant hors du parcours de Médecine Générale. Il pourrait alors être utile pour les étudiants portant un intérêt particulier vers cette discipline d'offrir la possibilité de réaliser un stage, complet ou en alternance, dans des structures spécialisées.

4.3.2. Formation continue

Pour les médecins ayant fini leurs études, des programmes de formation sont mis en place dans le contexte du Développement Professionnel Continu (DPC), un parcours introduit dans le Code de Santé Publique en 2009 pour améliorer les pratiques professionnelles.

Le site www.agencedpc.fr fournit une liste de tous les organismes qui proposent des formations. Plusieurs concernent les addictions et sont accessibles en présentiel, en e-learning ou en format mixte (27).

De suite quelques exemples pour l'année 2023.

- Format mixte
 - « Mésusage, abus et dépendance aux médicaments », par eduprat formations

- En présentiel dans la région Nouvelle Aquitaine
 - « Prise en charge des addictions : le rôle central du médecin généraliste pour le repérage et la prise en charge en première intention », en Nouvelle Aquitaine, au sein de l'Unité Mixte de Formation de l'Université de Bordeaux

 - « Les pratiques addictives », par Groupe d'Enseignement Médical Agréé, en Nouvelle Aquitaine, à Bayonne

- En e-learning
 - « Place du repérage et de la prise en charge des conduites addictives en médecine générale »
 - « Alcool, cannabis, cocaïne, benzodiazépine et opioïdes : repérage et accompagnement du patient »
 - « Prise en charge du patient souffrant d'addiction aux opioïdes »

4.3.3. Médecin Généraliste : premier recours et coordonnateur des soins

Le Code de la Santé Publique, à l'article L.4130-1, décrit le rôle du médecin généraliste comme celui d'un professionnel au centre du parcours des soins, qui oriente ses patients en fonction des leurs nécessités et s'assure de la coordination nécessaire auprès des autres acteurs concernés. (28)

Nombreux sont les types d'appui sur lesquels il peut compter dans sa pratique concernant la prise en charge des addictions.

4.3.3.1. Outils d'aide à la prescription

- De la même manière que les outils en antibiothérapie (Antibiocllic) ou en Ophtalmologie (Ophtalmoclic), il existe également une plateforme d'appui en Addictologie, qui s'appelle Addictoclic (figure 11). Cela permet de retrouver plus facilement informations et structures d'accompagnement selon les besoins du patient. Un espace dédié aux professionnels de santé est également présent pour tout ce qui est de l'aide pratique dans les soins primaires.



Figure 13: page d'accueil d'Addictoclic

- Une collaboration entre la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) et le Collège de Médecine Générale (CMG) a permis de produire huit fiches pratiques à destination du médecin généraliste pour la prise en charge des conduites addictives. Le Kit Addiction concernant les opiacés est présent en figure 12.

Pour les médecins qui souhaitent un appui quant à l'éducation thérapeutique, des programmes spécifiques sont mis en place en collaboration entre le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges et l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique du patient en psychiatrie et santé mentale du limousin, UTEP (figure 14).

Education thérapeutique ?

Elle vise à aider les personnes à acquérir ou maintenir les compétences dont elles ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie.

Votre équipe



- Infirmiers(ères)
- Médecin généraliste
- Assistant(e) de service social
- Psychologue
- Psychiatre
- Médiateur(trice) de santé pair
- Pair-aidant

NB : Ce dispositif fait partie de votre prise en charge. Dans ce cadre, aucune participation financière ne vous est demandée.

Centre Hospitalier Esquirol
15, rue du Docteur Marcland
BP 67330
87000 Limoges
05 55 43 10 10



PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

OPIACÉS ET TSO, ICI ON EN PARLE

ARS
Autorisé par l'ARS en décembre 2018

CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL
LIMOGES

UTEP
Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du patient en psychiatrie et santé mentale du Limousin

Figure 16: programme d'éducation thérapeutique pour les patients addicts aux opiacés

4.3.3.3. Actualités

Plusieurs ateliers et rencontres sont disponibles tout au long de l'année en Nouvelle Aquitaine et dans les régions voisines, comme dans les affiches reportées en figure 15 et 16.

La première concerne une conférence interrégionale en Addictologie.



Figure 17: conférence interrégionale en Addictologie Auvergne et Limousin

La deuxième est une rencontre sur plusieurs journées qui se déroule à Biarritz cette année pour sa 16^{ème} édition et qui a pour sujets les Addictions, la Toxicomanie, les Hépatites et le SIDA.



Figure 18: rencontre Addictions, Toxicomanie, Hépatites, SIDA à Bayonne, oct 2023

Chaque année, lors du congrès du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), (figure 17), une place est réservée aux communications orales concernant l'Addictologie. En 2023 également la thématique sera discutée, comme souligné par le président Saint Lary Olivier dans la lettre d'accueil présente sur le site internet. (29)

23^e CONGRÈS NATIONAL

Exercer et enseigner la médecine générale

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

40 ANS CNGE

Centre des congrès de Lyon

29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

FRACOMÉDGE

CLGE

CAME

collège stéphanois des généralistes enseignants

CRGE AUVERGNE

CNGE COLLEGE ACADÉMIQUE
cngc.fr

#CNGE2023 www.congrescng.fr

Figure 19: annonce 23ème congrès CNGE

Conclusion

L'interne en Médecine Générale est de plus en plus souvent confronté à la prise en charge du patient addict aux opiacés pendant ses stages, notamment en ambulatoire, conséquence d'une possibilité de prescription des traitements de substitution majoritairement répandue en médecine de ville.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les difficultés des internes de la faculté de Limoges en fin de cursus dans la prise en charge de cette population particulière de patients.

Nous avons retrouvé que la grande majorité des répondants (92.9%) présentent effectivement des difficultés, que ce soit du point de vue des connaissances, de la clinique, relationnel ou émotionnel et lié aux représentations.

Le sentiment d'une insuffisante préparation théorique, prévalent parmi les répondants, en concernait les deux tiers. Plus de la moitié (57.8%) d'ailleurs étaient ceux qui ne se sentaient pas prêts à prendre en charge en autonomie un patient addict.

Le cours facultaire était considéré par plusieurs comme « *trop théorique* » et « *trop loin de la réalité* », ne laissant pas acquérir d'après certains les compétences nécessaires à la prise en charge de cette population de patients. Ce sentiment de préparation insuffisante était toutefois compensé par la connaissance de plusieurs structures, le CSAPA en premier lieu, avec lesquelles travailler en coordination, pour améliorer la qualité de la prise en charge.

Les difficultés cliniques se présentaient lors de la prescription du TSO notamment : seulement un tiers affirmait donner suite à la demande d'une prescription de médicaments de substitution chez un patient non connu, moins de la moitié pour quelqu'un de déjà suivi. Dans le complexe les difficultés cliniques étaient toutefois bien gérées, grâce au recours vers un professionnel de santé de confiance ou une structure de soin connue.

Les difficultés relationnelles semblaient concerner dans notre étude une minorité d'internes, qui avouaient être méfiants ou détachés.

Pour ce qui est des difficultés émotionnelles et des représentations, au contraire, une majorité de répondants affirmaient en avoir, les principales étant la peur d'un comportement agressif et la sensation de se faire manipuler.

Nous avons comme objectif secondaire de déterminer d'éventuels profils qui présentaient plus de difficultés que d'autres. Bien que aucune différence significative ait été retrouvée, nous avons constaté que chez les internes de sexe féminin, ainsi que ceux en DES inférieur, il existait une tendance à manifester plus de difficultés, que ce soit sur le plan clinique, de connaissances et relationnelles. Les mêmes profils craignaient également majoritairement les complications d'ordre somato-psychologique ou médico-légale.

En raison des résultats retrouvés, nous nous sommes demandés si des améliorations étaient possibles : quant à l'enseignement, certains internes conseillaient un déplacement du cours facultaire et une empreinte plus portée sur la pratique, avec si possible une place plus ample à consacrer à la thématique addictologique. Du point de vue pratique, un renfort du lien avec les acteurs locaux, ainsi que la possibilité de réaliser des stages dans un service dédié pourraient réduire les difficultés.

Plusieurs outils peuvent venir en aide lors de la prise en charge d'un patient addict aux opiacés, comme les fiches pratiques du Kit Addiction ou le dispositif Addictoclic.

Pour ceux qui le souhaitent, des nombreuses propositions existent dans le cadre de la formation continue. De plus, des rencontres thématiques sont souvent organisées en région Nouvelle Aquitaine.

En sommes, même si des difficultés persistent, la prise en charge des patients addicts par les internes n'est plus diabolisée et des nombreux outils sont à leur disposition pour les aider à assurer une prise en charge globale de qualité dans les meilleures conditions.

Références bibliographiques

- 1 Brisacier AC. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». OFDT. sept 2020;
- 2 Longman C. Reluctant to train, reluctant to prescribe : barriers to general practitioner prescribing of opioid substitution therapy. Australian Journal of Primary Health. 2012;(18(4).):346-51.
- 3 C Martinez. Difficultés des jeunes médecins en présence de patients sous traitement de substitution aux opiacés. Etude qualitative par entretiens semi-directifs en Auvergne. sciences du Vivant [q-bio]. 2019. Dumas-02481729
- 4 B Kerchouche. Etat des lieux des représentations et du ressenti des internes de Médecine Générale de Rouen en fin de cursus face à un patient toxicomane. Medecine humaine et pathologie. 2017. Dumas-01700947
- 5 Héroïne et opioïdes.Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives [Internet]. mai 2022; Disponible sur: www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/heroine-et-autres-opiaces/
- 6 Histoire du médicament. Librairie Médicale; p. 11-17. Disponible sur: <https://www.remede.org/librairie-medicale/pdf/e9782340009370.pdf>
- 7 Brisacier AC, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes [Internet]. OFDT; 2014. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxabua.pdf>
- 8 Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004
- 9 Milhet M, Cadet-Taïrou A. Usages de BHD non conformes au cadre médical De la buprénorphine au Subu : observations récentes du dispositif TREND [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmmx5.pdf>
- 10 Morel A. Vers la mise en place de la primo-prescription de Méthadone en ville Constats, problématiques et préconisations [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2022/10/note_ppmv_sscorpus1.pdf
- 11 Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance. OMS, série de rapports techniques. 1998;(trentième rapport).
- 12 Addictions : du plaisir à la dépendance.Inserm, La Science Pour la Santé.Publié le 29/05/2017, modifié le 11/09/2020.
- 13 Morel d'Arleux J. Drogues et addictions: chiffres clés [Internet]. 2022. Disponible sur: www.ofdt.fr

- 14 Estimations de l'OFDT 2022 selon les données les plus récentes des enquêtes Barometre Santé (SpF), ESCAPAD et EnCLASS.[Internet]. 2022. Disponible sur: www.ofdt.fr
- 15 Classification des conduites addictives. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie [Internet]. A.N.P.A.A.; 2019. Disponible sur: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf>
- 16 Haute Autorité de santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Site internet : HAS. Saint-Denis La Plaine (France) ; 2020
- 17 La réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. oct 2022; Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-chez-les-usagers-de-drogues>
- 18 David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale [Internet]. DREES ; 2021. Disponible sur :<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/DD80.pdf>
- 19 Baque M. Étude du lien entre formation initiale à l'addictologie et savoirs et attitudes des jeunes médecins généralistes [Internet]. Thèsed'exercice ; Disponible sur :<http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/fe1d065c-9b7f-4d56-92be-3b1c7635d86d>
- 20 Salvat E. Représentations de la prise en charge des usagers dépendants aux opiacés en médecine générale : Point de vue des internes de médecine générale en fin de cursus [Internet]. Thèse d'exercice ; 2020. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/15008704/2020MCEM11670/fichier/11670F.pdf>
- 21 Costes JM, Le Nézet O, Spilka S, Laffiteau C. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). n 71 [Internet]. OFDT. aout 2010; Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxjqc8.pdf>
- 22 Binder P, Brabant Y, Baque M, Ingrand P, Castéra P, Di Patrizio P, et al. Influence des choix pédagogiques et des représentations sur les connaissances et raisonnements en addictologie chez les étudiants en fin de DES de médecine générale. *exercer*. 2019;153:231-7.
- 23 Sejourne, E., Pare, F., Moulevrier, P., Tanguy, M. & Fanello, S. (2010). Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes.

Pratiques et Organisation des Soins, 41, 331-339.
<https://doi.org/10.3917/pos.414.0331>

- 24 Les pratiques professionnelles concernant les traitements de substitution aux opiacés (T. S.O.) dans les CSAPA De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées [Internet]. Federation Addiction; 2010. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2022/08/tso_guide_tso_final1.pdf
- 25 Beck F, Guignard R, Gautier A, Palle C, Obradovic I. La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes : état des lieux et tendances récentes. *Revue française des affaires sociales La Documentation française*. mars 2013; *La Documentation française*:24-41.
- 26 Leclerc A, Leforestier P, Cabé N. Élaboration d'un consensus sur les compétences addictologiques minimales à acquérir en 3e cycle de médecine générale pour l'alcool et le tabac Méthode DELPHI. *exercer* 2023;189:39-46.
- 27 Agence Nationale du Développement Professionnel Continu. Engagée pour un DPC de qualité. [Internet]. Disponible sur : <https://www.agencedpc.fr/formations-dpc-rechercher-un-dpc>.
- 28 Guide méthodologique Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. Direction générale de l'offre de soins. Ministère chargé de la Santé; 2012. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
- 29 Saint Lary O. 23ème congrès national de CNGE Collège Académique [Internet]. Disponible sur: <https://www.congrescngc.fr/>

Annexes

Annexe 1. Questionnaire de l'étude	70
Annexe 2. Réponses ouvertes question 11	76
Annexe 3. Réponses ouvertes question 21	78

Annexe 1. Questionnaire de l'étude

Difficultés de la prise en charge d'un patient addict aux opiacés

Bonjour à tous, je suis interne de Médecine Générale en 4ème semestre à Limoges et je vous propose ce questionnaire dans le cadre de ma thèse. Je suis intéressée à déterminer quelles sont les difficultés relationnelles, de connaissances, cliniques et émotionnelles des internes en médecine générale de Limoges en fin de cursus face aux patients qui présentent des troubles de dépendance aux opiacés.

Pour ce faire je vous prie de répondre au questionnaire suivant en entier.

Le questionnaire est anonyme et ne prend que quelques minutes.

Je vous remercie en avance pour votre participation.

Introduction

1. Vous êtes :

- Homme
- Femme

2. Âge :

3. Quel est votre niveau actuel d'étude ?

- DES 3ème année et je suis en train ou j'ai déjà fait le stage SASPAS
- DES 3ème année et je n'ai pas encore fait le stage SASPAS
- DES 4ème-6ème année non thésé

4. Avez-vous déjà effectué des remplacements?

- Oui
- Non

5. Avez-vous déjà effectué des stages (une ou plusieurs journées) dans un service d'addictologie ?

- Oui, pendant mon externat
- Oui, pendant mon internat
- Non

6. Avez-vous une formation théorique (DU, FST, autre) spécifique en addictologie? si oui, laquelle?

7. Avez-vous déjà consommé ou consommez-vous actuellement des opiacés ?

- Oui, pour problèmes de santé
- Oui, à visée récréative
- Non
- Je ne souhaite pas répondre à cette question

8. Avez-vous déjà été concerné par l'addiction d'un proche ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre à cette question

Clinique et connaissances

9. Jugez-vous la prise en charge d'un patient addict difficile ?

- Oui
- Non

10. Est-ce que vous jugeriez que le cours d'Addictologie (en première année d'internat) vous a apporté les éléments théoriques suffisants pour prendre en charge un patient addict ?

- Oui

- Non
- Je n'étais pas présent le jour de ce cours.

11.Si non, pourquoi?

12.Est-ce que vous avez déjà pris en charge des patients addicts aux opiacés ?

- Oui, au moins une fois seul/e
- Oui, mais seulement avec mon MSU (ou maître de stage hospitalier)
- Non

13.Même si le patient ne vous en parle pas spontanément, il vous est facile d'aborder avec lui sa consommation d'opiacés ?

- Oui, c'est mon rôle et je me sens apte à la prise en charge
- Oui, c'est mon rôle, mais je ne me sens pas apte à le prendre en charge seul
- Non, mais s'il m'en parle je me sens apte à le prendre en charge
- Non, et s'il m'en parle je me sens en difficulté pour la prise en charge
- Non, ce n'est pas mon rôle

14.Un patient que vous n'avez jamais vu vous demande d'introduire un traitement de type TSO (traitement substitutif des opiacés):

- Je le prescris à la dose indiquée par le patient, car il se connaît bien à propos de sa consommation
- Je le prescris à la dose indiquée par le patient, car je veux seulement m'en débarrasser rapidement
- Je le prescris, mais je fixe des objectifs et j'assure le suivi à distance
- Je le prescris, mais je ne lui propose pas un suivi à distance
- Je ne le prescris pas, parce qu'après je ne vais pas le suivre
- Je ne le prescris pas parce que je n'ai pas le droit de commencer TSO mais seulement de le renouveler
- Je ne le prescris pas, ce n'est pas mon rôle
- Je ne le prescris pas, je ne sais pas comment faire

15. Un patient que vous avez déjà suivi (ou qui est suivi par votre MSU ou médecin remplacé) pour d'autres raisons vous demande d'introduire un traitement de type TSO (traitement substitutif des opiacés):

- Je le prescris à la dose indiquée par le patient, car il se connaît bien à propos de sa consommation
- Je le prescris à la dose indiquée par le patient, car je veux seulement m'en débarrasser rapidement
- Je le prescris, mais je fixe des objectifs et j'assure le suivi à distance
- Je le prescris, mais je ne lui propose pas un suivi à distance à propos du TSO
- Je ne le prescris pas, je ne me sentirais pas capable d'assurer un suivi à distance à propos de son TSO
- Je ne le prescris pas parce que je n'ai pas le droit de commencer TSO mais seulement de le renouveler
- Je ne le prescris pas, ce n'est pas mon rôle
- Je ne le prescris pas, je ne sais pas comment faire

16. Vous vous sentez en difficulté en ambulatoire face à la prescription d'un TSO ou le suivi d'un patient addict aux opiacés: qu'est-ce que vous faites ?

- J'en parle avec le Médecin que je remplace/ mon MSU SASPAS/ un autre confrère
- J'adresse le patient vers une structure spécialisée
- J'adresse le patient vers les Urgences
- Je me renseigne à travers la littérature scientifique à disposition sur Internet (ou autres sources d'information scientifique)
- Je me forme dans le cadre de la formation continue
- Aucune des réponses précédentes

17. Si je ressens le besoin d'adresser un patient addict aux opiacés vers une structure spécialisée, je l'adresse vers : (plusieurs réponses acceptées)

- CSAPA
- ANPAA
- CAARUD
- EDVO
- CJC
- Je ne connais pas de structure, je l'oriente vers un service d'addictologie hospitalier
- Aucune des options précédentes

Représentations et relation médecin-malade

18. La prise en charge d'un patient addict vous fait peur ?

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre à cette question

19. Quelles sont vos craintes principales concernant la prise en charge d'un patient addict ?
(Plusieurs réponses sont acceptées)

- Frustration (le patient consulte seulement pour son TSO, toute autre exploration/bilan/examen que je juge nécessaire et je lui prescris, n'est jamais fait)
- Peur d'un comportement agressif
- Sensation de se faire manipuler
- Gros investissement en termes du temps (consultations très chronophages)
- Sensation de "ne pas faire de la vraie médecine"
- Sensation d'inutilité de la prise en charge (les efforts ne serviront à rien, le patient fera à sa tête en tout cas)
- Manque d'envie ("ils ont cherché ce qui leur est arrivé, je ne veux pas perdre du temps avec")
- Je n'ai pas de crainte particulière
- Crainte médico-légale et administrative
- Crainte des complications somatiques et psychiatriques (overdose, risque suicidaire par exemple)
- Crainte de devenir un "dealer" médical
- Crainte de l'influence sur le reste de la patientèle

20. Est-ce que dans votre pratique future vous pensez vouloir prendre en charge des patients addicts ?

- Oui
- Non
- Oui, mais en mesure très limitée (pas plus qu'une consultation par mois)

21. Si vous deviez définir un patient addict avec quelques mots (max 4/5 mots), vous diriez:

22. Comment vous jugez actuellement, en qualité de soignants, votre relation médecin-malade avec les patients addicts? (Plusieurs réponses sont acceptées)

- Je suis plutôt détaché(e), je veux finir la consultation le plus vite possible
- Je veux le soigner, je lui explique que c'est pour sa santé
- Je veux l'accompagner dans sa démarche, même si cela demande beaucoup de temps
- J'écoute ce qu'il me dit, mais je suis toujours un peu méfiant. Je sais qu'il va probablement me mentir.
- J'écoute ce qu'il me dit. Je n'apporte pas de jugement, même quand je sens qu'il dit des mensonges
- Je donne des objectifs à atteindre et j'insiste sur la nécessité d'y arriver
- Je ne donne pas d'objectif, ce n'est pas mon rôle
- Je discute avec le patient pour trouver un compromis acceptable comme objectif à atteindre
- Je n'ai jamais pris en charge un patient addict

Annexe 2. Réponses ouvertes question 11

Est-ce que vous jugeriez que le cours d'Addictologie (en première année d'internat) vous a apporté les éléments théoriques suffisants pour prendre en charge un patient addict ? si non pourquoi ?

28 réponses « non »

25 commentaires aux réponses « non » :

- Interne 1 : *Nécessite de mise en situation*

- Interne 3 : *Serait plus utile en DES 2, juste avant de revenir en stage praticien car nous ne sommes pas autonomes en stage praticien de DES1 et donc non impliqué vis a vis de ce cours je pense*

- Interne 5 : *Notions pratiques manquantes*

- Interne 6 : *Thématiques beaucoup trop large pour être abordée en seulement une après-midi, néanmoins c'est compliqué de faire plus...*

- Interne 7 : *Car théorique seulement, pas d'organigramme de prise en charge décrit , entretien motivationnel etc etc*

- Interne 8 : *Sujet trop compliqué pour l'aborder sur un seul après midi*

- Interne 11 : *J'apprends mieux en pratiquant*

- Interne 12 : *Trop bref, très peu concret*

- Interne 13 : *Le cours a été proposé trop tôt dans le cursus*

- Interne 14 : *Théorie différent de la pratique*

- Interne 16 : *Prise en charge global sur le long terme non considéré*

- Interne 17 : *Effectué trop tôt dans l'internat, ce serait peut-être mieux de le réaliser au moins en deuxième année*

- Interne 18 : *Éléments théoriques*

- Interne 20 : *Non n'avons pas eu de cours sur l'addictologie en DES 1.*

- Interne 23 : *Je n'ai rien retenu de ce cours visiblement*

- Interne 26 : *C'était une bonne approche, mais une bonne prise en charge demandera aussi de l'expérience, une meilleur connaissance des acteurs locaux. Une formation supplémentaire à voir si mon activité future le justifie ou non*

- Interne 27 : *Je n'ai aucun souvenir du contenu de ce cour, surement que je n'ai rien appris de plus que ce que je ne savais déjà*

- Interne 28 : *absence de cours sur le relationnel et les aptitudes à adopter*

- Interne 30 : *Pas assez de piste théorique à utiliser en consultation.*

- Interne 31 : *Trop théorique. Pas de concret. Pas d'outils. Surtout de la philosophie de la prise en charge de l'addiction. Il manque l'essentiel, les outils pratiques.*

- Interne 32 : *Très compliqué à appliquer en situation réelle*

- Interne 33 : *Peu de moyens utiles donnés à la prise en charge, quelques exemples théoriques qui semblent bien loin de la réalité des consultations et des patients.*

- Interne 34 : *Besoin de revoir après le stage chez le praticien*

- Interne 39 : *A la fois oui car ça pose les bases théoriques et ça explique comment rédiger une ordonnance sécurisée mais en pratique le relationnel et traitement au long cours c'est clairement insuffisant c'est une sous spécialité de la psychiatrie à part entière.*

- Interne 43 : *je ne m'en souviens pas*

Annexe 3. Réponses ouvertes question 21

42 réponses

- Interne 1 : *Incapacité à contrôler sa dépendance*
- Interne 3 : *Faire attention à nos prescriptions*
- Interne 4 : *Manque d'envie de sevrage*
- Interne 5 : *Ambivalence permanente entre conso et envie de sevrage. Mises en danger et négligence de sa santé. Précarité souvent. Souffrance.*
- Interne 6 : *Compliqué, chronophage, besoin, précarité, gratifiant*
- Interne 7 : *sensible, impulsif, prisonnier de sa condition, affectueux*
- Interne 8 : *Difficile à cerner*
- Interne 9 : *Compliqué*
- Interne 10 : *confiance difficile*
- Interne 11 : *Fragile, complexe, troubles psychiatriques*
- Interne 12 : *Souffrance psychologique, difficulté de prise en charge*
- Interne 13 : *Malade psychiatrique complexe, soins intensifs*
- Interne 14 : *Manipulation déni*
- Interne 15 : *Difficile, temps, négociation,*
- Interne 16 : *Dépendant malgré sa volonté*
- Interne 17 : *Une personne dépendante*
- Interne 18 : *Chronophage pénible difficile à prendre en charge*

- Interne 19 : *Malade avec risque suicidaire*
- Interne 20 : *Patient malade et vulnérable*
- Interne 21 : *Profil particulier*
- Interne 22 : *Anxiété dépendance victime marchandage*
- Interne 23 : *Manipulateur, agressifs*
- Interne 24 : *difficile long critique*
- Interne 25 : *Un patient qui a un comportement répétitif ne pouvant être freiné aux conséquences néfastes sur sa santé/ sa vie sociale/ son métier etc.*
- Interne 26 : *Besoin d'un cadre de suivi et de règles. Labile, difficultés motivationnelles à prendre en compte et entretenir la relation de confiance et essayant de ne pas être jugeant ou oppressant mais en fixant des règles strictes dans notre relation pour tenter d'atteindre de vrai objectif et ne pas stagner dans une complaisance inutile*
- Interne 27 : *viens chez le médecin dans un démarche de craving involontaire, trop souvent bien habillé voulant paraître plus que être, involontairement Patient difficilement soignable car est essentiellement là pour le produit*
- Interne 28 : *attachant, sensible, victime de ses affects*
- Interne 29 : *Dépressif, seul, fragile,*
- Interne 30 : *Chronophage, complexe, prudent*
- Interne 31 : *Polypathologie, trouble de l'insertion, majoration de facteur de risques, augmentation du risque de décès prématuré.*
- Interne 32 : *Complicé, malheureux, imprévisible, dépressif*
- Interne 33 : *Manipulateur, souffrant, menteur, atypique*
- Interne 34 : *Dépendant, surveiller les autres additions possibles*

- Interne 35 : *patient complexe, en demande de soins et d'accompagnement mais chronophage*
- Interne 36 : *Complexe, difficultés sociales*
- Interne 37 : *Menteur agressif dépressif*
- Interne 38 : *Dur à sevrer - Potentiellement manipulateur*
- Interne 39 : *Labile, Versatile, Complexe, Ambivalent*
- Interne 40 : *Question réductrice*
- Interne 41 : *Dépendance, difficultés motivationnelles, craving, cercle vicieux*
- Interne 42 : *Comme les autres*
- Interne 43 : *prise en charge complexe*

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Difficultés des Internes de Médecine générale de Limoges en fin de cursus face à la prise en charge d'un patient addict aux opiacés

Introduction : les généralistes sont de plus en plus souvent confrontés à la prise en charge du patient addict aux opiacés. Des difficultés émergent pour les médecins installés, mais qu'en est-il pour les internes ?

Méthodes : étude quantitative descriptive, réalisée entre avril et octobre 2022, basée sur des données déclaratives obtenues par auto-questionnaire. L'objectif principal était de déterminer les difficultés des internes de médecine générale de la Faculté de Limoges en fin de cursus dans la prise en charge d'un patient addict aux opiacés. Il était également intéressant de rechercher des éventuels profils d'internes plus en difficulté.

Résultats : sur les 68 internes sollicités, 42 questionnaires ont été étudiés. 92.9% jugeaient la PEC difficile, 66.7% affirmaient ne pas avoir acquis de connaissances suffisantes lors de l'enseignement facultaire. 85.7% avaient plus d'une crainte : la manipulation était la principale (57.1%). 81% répondaient cependant qu'aborder le sujet de la consommation avec le patient était le rôle du médecin généraliste. 45.2% auraient adressé le patient vers une structure spécialisée en cas de difficulté, en particulier le CSAPA. Il n'y avait pas de profil plus touché par les difficultés.

Conclusion : plusieurs difficultés émergent à l'heure actuelle chez les internes en médecine générale. L'amélioration de la formation initiale et continue, ainsi qu'un développement de la coordination des soins avec les réseaux de proximité et l'appropriation des outils pratiques d'aide à la prescription peuvent concourir à assurer une meilleure qualité de prise en charge.

Mots-clés : TSO, opiacés, médecine générale, difficultés, internes

Difficulties of Interns of General Medicine of Limoges in final years in the management of a patient addicted to opioid drugs.

Introduction: GPs are more and more concerned about the management of the patient addicted to opioid drugs. Difficulties are emerging for installed doctors, but what about interns?

Methods: descriptive quantitative study, conducted between April and October 2022, based on declarative data obtained by self-questionnaire. The main objective was to determine the difficulties of the interns of general medicine of the Faculty of Limoges in final years in the management of a patient addicted to opiates. It was interesting to look for possible profiles of interns more concerned by difficulties too.

Results: of the 68 interns requested, 42 questionnaires were studied. 92.9% considered the management difficult, 66.7% said they had not acquired sufficient knowledge during faculty education. 85.7% had more than one fear: manipulation was the main one (57.1%). 81% responded that talking about addiction with the patient was the role of the GP. 45.2% would have referred the patient to a specialized structure in case of difficulty, in particular to the CSAPA. There was no profile more affected by the difficulties.

Conclusion: several difficulties are emerging at the moment among interns in general medicine. The improvement of initial and continuing training, as well as the development of coordination of care with local networks and the appropriation of practical aid tools for prescriptions can help ensure a better quality of management

Keywords OST, opioid drugs, General Medicine, difficulties, interns

